

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الهضاب 02 - سطيف -

مذكرة

مقدمة بكلية العلوم الإنسانية و الإجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا

لنيل شهادة الماجستير

من طرف: مزلق وفاء

الموضوع:

استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي لدى مرضى السرطان

دراسة ميدانية بالعيادة المتعددة الخدمات "قماش أحمد" - سطيف -

بتاريخ:/...../.....

أمام اللجنة المتكونة من

أ. د . شرفي محمد الصغير أستاذ التعليم العالي - جامعة سطيف - مقرر

د . معروف لمنور أستاذ محاضر - جامعة قسنطينة - مشرفا

د . تغليت صلاح الدين أستاذ محاضر - جامعة سطيف - مناقشا

السنة الجامعية: 2013-2014

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ
الْحَمْدُ لِلَّهِ الَّذِي
خَلَقَ السَّمَوَاتِ وَالْأَرْضَ
وَالَّذِي جَعَلَ مِنَ
النَّارِ سَمُوكًا
وَالَّذِي جَعَلَ
لِلنَّجْمِ كُتُبًا
وَالَّذِي جَعَلَ
لِلْقَمَرِ نُجُومًا
وَالَّذِي جَعَلَ
لِلشَّمْسِ كُرْسِيًّا
مُجِيدًا
وَالَّذِي جَعَلَ
لِلنَّجْمِ كُتُبًا
وَالَّذِي جَعَلَ
لِلْقَمَرِ نُجُومًا
وَالَّذِي جَعَلَ
لِلشَّمْسِ كُرْسِيًّا
مُجِيدًا

شكر و تقدير:

بسم الله والصلاة والسلام على رسول الله سيدنا محمد وعلى آله وصحبه وسلم،
بداية نتوجه بالحمد الكثير لله عز وجل على أن وفقنا لإتمام هذا العمل، ثم لا
يسعني إلا أن أتقدم بالشكر الجزيل إلى الأستاذ المحترم "المنور معروف"
المشرف على هذا البحث، والذي أثار دربي بنصائحه وتوجيهاته القيمة التي
خدمت هذه الدراسة.

وأتوجه بأسمى معاني الشكر إلى كافة أساتذة قسم علم النفس وعلوم التربية
والأرطوفونيا.

كما أوجه شكري الجزيل إلى العاملين بقسم الجراحة العامة بالمستشفى
الجامعي "سعادنة عبد النور"،

والعاملين بالعيادة المتعددة الخدمات "أحمد قماش" بالمضارب
ولجميع مرضى السرطان الذين لم يبخلوا علي بأي معلومة تساعدني في
الدراسة، شفاهم الله.

كما لا أنسى أن أتقدم بجزيل الشكر لـ "عمار ثابت" رئيس المطلة بالعيادة
المتعددة الخدمات "بوسحابة قاسم" وجميع العاملين بها.
وفي الأخير أشكر كل من ساعدني في إنجاز هذا العمل.

إهداء:

أهدي ثمرة هذا الجهد المتواضع إلى الوالدين العزيزين

أطال الله في عمرها ورعاها برعايته الدائمة.

كما أهدي هذا العمل إلى أخي وأخواتي البنات

بدر الدين، صبرينة، حورية، والمدللة خليفة.

إلى أخوالي وخالتي، أعمامي وعمتي

إلى كل المرضى شفاهم الله وعافاهم

كما لا أنسى جميع صديقاتي، وإلى من قدم لي يد العون

وساعدني في إتمام هذا العمل

أقول: جزاكم الله خيرا

مزلوق وفاء

خطة البحث

الصفحة	فهرس المحتويات:
	شكر وتقدير.
	إهداء.
	ملخص البحث.
	فهرس المحتويات.
	فهرس الجداول.
	قائمة الأشكال والمخططات.
أ، ب، ج.	المقدمة
الجانب النظري	
الفصل الأول: مشكلة البحث وأهميته.	
06	1.1. عرض مشكلة الدراسة.
16	2.1. التحديد الإجرائي للمصطلحات.
20	3.1. أهمية الدراسة.
22	4.1. أهداف الدراسة.
22	5.1. فرضيات الدراسة.
23	6.1. الدراسات السابقة.
31	7.1. التعقيب على الدراسات السابقة.
32	8.1. حدود البحث.
33	9.1. أسباب اختيار موضوع البحث.

الفصل الثاني: الضغط النفسي.	
37	تمهيد
38	1.2. أصل وتاريخ ظهور مفهوم الضغط النفسي.
42	2.2. تعريف الضغط النفسي.
59	3.2. أعراض الضغط النفسي.
62	4.2. آثار الضغط النفسي.
63	5.2. أنواع الضغط النفسي.
74	6.2. مكونات الضغط النفسي.
75	7.2. مستويات الضغط النفسي.
75	8.2. النماذج النظرية المفسرة للضغط النفسي:
75	1.8.2. نظرية "كانون" (W.Cannon).
79	2.8.2. نظرية "هانز سيلي" (H.Selye).
87	3.8.2. نظرية العجز المتعلم لـ "سليجمان" (Seligman).
89	4.8.2. اتجاه "هنري موراي" (H.Murray) في تقدير الضغط.
90	5.8.2. اتجاه التقدير المعرفي لـ "ريتشارد لازاروس" (R.Lazarus).
94	6.8.2. النسق النظري لـ "سبيلبرجر" (Spielberger).
98	7.8.2. نظرية حفظ المصادر لـ "هوبفول" (Hobfoll).
99	9.2. تعقيب على النماذج النظرية للضغط النفسي.
100	10.2. مقاييس الضغط النفسي:
100	1.10.2. مقياس أحداث الحياة "Social Readjustment Rating Scale".
102	الخاتمة.
الفصل الثالث: استراتيجيات المواجهة.	
105	تمهيد.
106	1.3. أصل كلمة إستراتيجية المواجهة.

107	2.3. تاريخ ظهور مفهوم المواجهة.
109	3.3. مفهوم إستراتيجيات المواجهة:
109	1.3.3. من الناحية اللغوية.
111	2.3.3. من الناحية الاصطلاحية.
121	4.3. خصائص المواجهة.
122	5.3. أنواع استراتيجيات المواجهة.
123	6.3. محددات التعامل مع الضغط النفسي:
123	1.6.3. محددات استعدادية للتعامل مع الضغط النفسي.
124	2.6.3. المحددات المعرفية.
124	3.6.3. المحددات الشخصية.
125	4.6.3. المحددات الموقفية للتعامل مع الضغط النفسي.
125	5.6.3. المحددات الائتلافية للتعامل مع الضغط النفسي.
127	7.3. موارد(مصادر) استراتيجيات المواجهة.
128	8.3. النماذج النظرية المفسرة لمفهوم المواجهة:
128	1.8.3. النموذج الحيواني:
128	1.1.8.3. المواجهة و ميكانيزمات الدفاع.
145	2.1.8.3. المواجهة والتكيف.
146	2.8.3. التقييم المعرفي للمواجهة.
150	1.2.8.3. أنواع التقييم المعرفي:
150	1.1.2.8.3. التقييم الأولي.
150	2.1.2.8.3. التقييم الثانوي.
152	3.1.2.8.3. العلاقة بينهما.
155	4.1.2.8.3. إعادة التقييم.
156	2.2.8.3. وظائف المواجهة:

156	1.2.2.8.3. المواجهة المتمركزة حول المشكل.
158	2.2.2.8.3. المواجهة المتمركزة حول الانفعال.
161	3.2.2.8.3. العلاقة بينهما.
166	3.8.3. النظرية الاجتماعية.
167	4.8.3. النظرية المعرفية.
169	5.8.3. النظرية التفاعلية.
172	9.3. تصنيف استراتيجيات المواجهة.
180	10.3. العوامل المؤثرة في تحديد استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية.
195	11.3. فعالية المواجهة على الصحة الجسدية.
196	12.3. طرق قياس استراتيجيات المواجهة.
196	1.12.3. مقياس "ميلتر" للأسلوب السلوكي.
197	2.12.3. قائمة مصادر المواجهة للضغوط.
197	3.12.3. استبيان أساليب المواجهة.
200	4.12.3. سلم "فيتاليانو".
201	5.12.3. مقياس أساليب مواجهة الضغوط.
201	6.12.3. قائمة المواجهة المتعددة الأبعاد.
202	7.12.3. مقياس مؤشر إستراتيجية المواجهة.
203	8.12.3. قائمة المواجهة في المواقف الضاغطة.
204	9.12.3. استبيان المواجهة الدينية.
204	10.12.3. قائمة مصادر المواجهة.
205	11.12.3. مقاييس المواجهة للمراهقين.
205	12.12.3. استبانة التعامل مع الضغط النفسي.
206	13.12.3. مقياس عمليات تحمل الضغوط.
207	14.12.3. مقياس الأبعاد الوظيفية للمواجهة.

207	15.12.3. الصورة المختصرة لمقياس التكيف.
209	الخاتمة.
الفصل الرابع: السرطان	
212	تمهيد.
213	1.4. الجانب البيولوجي:
213	1.1.4. أصل وتاريخ داء السرطان.
214	2.1.4. نشأة السرطان.
216	3.1.4. مدى انتشار مرض السرطان.
219	4.1.4. ماهية السرطان.
221	5.1.4. تصنيف السرطان:
221	1.5.1.4. الورم Tumeur.
221	2.5.1.4. التئشو Néoplasme.
224	6.1.4. أعراض السرطان.
225	7.1.4. مسببات السرطان.
227	8.1.4. أنواع السرطان.
227	9.1.4. أماكن انتشار (Métastasie) الأورام لدى مرضى السرطان.
228	10.1.4. علاج السرطان.
235	11.1.4. مكافحة داء السرطان.
235	2.4. الجانب النفسي:
235	1.2.4. الاضطرابات النفسية.
241	2.2.4. ميكانيزمات الدفاع.
241	3.2.4. استراتيجيات المواجهة.
244	الخاتمة.

الجانب الميداني	
الفصل الخامس: إجراءات الدراسة	
247	1.5. منهج الدراسة.
247	2.5. أدوات الدراسة.
247	1.2.5. المقابلة.
248	2.2.5. مقياس الضغط النفسي.
254	3.2.5. مقياس استراتيجيات المواجهة.
260	3.5. عينة الدراسة:
260	1.3.5. مجتمع الدراسة.
261	2.3.5. المجتمع الأصلي للدراسة.
262	3.3.5. عينة الدراسة.
264	4.3.5. وصف جلسات تطبيق المقياسين.
265	4.5. الأساليب الإحصائية المستخدمة.
الفصل سادس: عرض البيانات واستخلاص النتائج	
269	1.6. عرض البيانات.
288	2.6. معالجة الفرضيات واستخلاص النتائج.
328	الخاتمة
330	المقترحات
	المراجع
	الملاحق

فهرس الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
01	يبين المظاهر الفسيولوجية المعرفية والسلوكية للضغط النفسي.	61
02	يوضح أوجه الاختلاف بين ميكانيزمات الدفاع في المجال السيكودينامي وميكانيزمات المواجهة ل "هان" "فالت" (Haan, Vaillant).	133
03	يوضح أوجه الاختلاف بين ميكانيزمات الدفاع واستراتيجيات المواجهة ل "هان" (Haan, 1977).	134
04	يوضح مظاهر استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل و استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال.	161
05	يوضح أهم أنواع السرطان في العالم لسنة 2002.	218
06	يوضح الفروق بين التنشؤ الحميد والخبيث.	223
07	يوضح أعراض القلق والاكتئاب عند مرضى السرطان.	238
08	يوضح حساب صدق المحكمين لمقياس الضغط النفسي.	251
09	يوضح حساب صدق المحكمين لمقياس استراتيجيات المواجهة.	257
10	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس.	262
11	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير المرحلة العمرية.	263
12	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيري الدراسة (الجنس، المرحلة العمرية).	263
13	يوضح درجات أفراد عينة الدراسة في مقياس الضغط النفسي ومقياس استراتيجيات المواجهة ككل.	269
14	يوضح درجات أفراد عينة الدراسة في مقياس الضغط النفسي حسب متغير الجنس.	274
15	يوضح درجات أفراد عينة الدراسة في مقياس الضغط النفسي حسب	279

	متغير المرحلة العمرية.	
283	يوضح درجات أفراد عينة الدراسة في مقياس استراتيجيات المواجهة حسب متغيري الجنس و المرحلة العمرية.	16
289	يوضح قيمة(ت) لبعدي استراتيجيات المواجهة (المتمركة حول المشكل و المتمركة حول الانفعال).	17
290	يوضح قيمة(ت) لبعدي استراتيجيات المواجهة (المتمركة حول المشكل و المتمركة حول السند الاجتماعي).	18
291	يوضح قيمة(ت) لبعدي استراتيجيات المواجهة (المتمركة حول الانفعال و المتمركة حول السند الاجتماعي).	19
297	يوضح قيمة(ت) لاستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركة حول المشكل حسب متغير الجنس.	20
298	يوضح قيمة(ت) لاستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركة حول الانفعال حسب متغير الجنس.	21
299	يوضح قيمة(ت) لاستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركة حول السند الاجتماعي حسب متغير الجنس.	22
304	يوضح قيمة(ت) لاستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركة حول المشكل حسب الفئة العمرية (الشباب، الكهول).	23
305	يوضح قيمة(ت) لاستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركة حول المشكل حسب الفئة العمرية (الشباب، المسنين).	24
306	يوضح قيمة(ت) لاستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركة حول المشكل حسب الفئة العمرية (الكهول، المسنين).	25
308	يوضح قيمة(ت) لاستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركة حول الانفعال حسب الفئة العمرية (الشباب، الكهول).	26
309	يوضح قيمة(ت) لاستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركة حول الانفعال حسب الفئة العمرية (الشباب، المسنين).	27

310	يوضح قيمة(ت) لاستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول الانفعال حسب الفئة العمرية (الكهول، المسنين).	28
312	يوضح قيمة(ت) لاستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول السند الاجتماعي حسب الفئة العمرية (الشباب، الكهول).	29
313	يوضح قيمة(ت) لاستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول السند الاجتماعي حسب الفئة العمرية (الشباب، المسنين).	30
314	يوضح قيمة(ت) لاستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول السند الاجتماعي حسب الفئة العمرية(الكهول، المسنين).	31
318	يوضح قيمة(ت) لبعدي استراتيجيات المواجهة (المتمركزة حول المشكل والمتمركزة حول الانفعال) لذوي الضغط النفسي المرتفع.	32
319	يوضح قيمة(ت) لبعدي استراتيجيات المواجهة (المتمركزة حول المشكل والمتمركزة حول السند الاجتماعي) لذوي الضغط النفسي المرتفع.	33
320	يوضح قيمة(ت) لبعدي استراتيجيات المواجهة (المتمركزة حول الانفعال والمتمركزة حول السند الاجتماعي) لذوي الضغط النفسي المرتفع.	34
322	يوضح قيمة(ت) لبعدي استراتيجيات المواجهة (المتمركزة حول المشكل والمتمركزة حول الانفعال) لذوي الضغط النفسي المنخفض.	35
324	يوضح قيمة(ت) لبعدي استراتيجيات المواجهة(المتمركزة حول المشكل والمتمركزة حول السند الاجتماعي) لذوي الضغط النفسي المنخفض.	36
325	يوضح قيمة(ت) لبعدي استراتيجيات المواجهة(المتمركزة حول الانفعال والمتمركزة حول السند الاجتماعي) لذوي الضغط النفسي المنخفض.	37

قائمة الأشكال والمخططات

الصفحة	العنوان	الرقم
53	يوضح مراحل الاستجابة للضغوط ومظاهرها في نموذج "سيلبي" (H.Selye).	01
74	يوضح عناصر الضغط.	02
84	يوضح حدوث الضغوط النفسية طبقاً لنظرية "هانز سيلبي" (Hans Selye).	03
92	يوضح نموذج التقدير المعرفي للضغوط .	04
94	يوضح ميكانيزمات ترشيح أثر الضغوط على الفرد.	05
96	يوضح مخطط لنموذج التفاعلات بين القلق، الضغط، المواجهة "رولاند" (Rolland, 1998).	06
126	يوضح استراتيجيات المواجهة، ومظاهر للسيرورات والمحددات ل"بروشور- سويتزر" (M. Bruchon-schweitzer, 2002).	07
153	يوضح نموذج التقييم المزدوج ل"لازاروس" (1966).	08
155	يوضح سياق التقدير وإعادة التقدير وعلاقته بالواجهة.	09
163	يبين المواجهة كوسيط للانفعال حسب "لازاروس" "فولكمان" (1988).	10
171	يوضح حلقة السيرورات الخاصة بالتعاملات الضاغطة ل"لازاروس" "فولكمان" (1984).	11
172	يوضح التخطيط لنموذج "لازاروس" "فولكمان" (Lazarus & Folkman, 1984)	12

المقدمة

مقدمة:

يواجه الإنسان في حياته كثيرا من المواقف والأحداث التي تتضمن خبرات غير مرغوب فيها، أو مهددة له من بينها: فقدان شخص عزيز، الصراع الأسري، الوقوع ضحية جريمة كالسرقة، الإصابة بمرض مزمن... الخ، هذا الأخير - المرض المزمن - الذي يطلق على عدد كبير من الأمراض التي تختلف فيما بينها من حيث المنشأ والأعراض والتنبؤ بمآلها، والتي تنمو في العادة بصورة بطيئة، وتستمر لفترة طويلة، وتأخذ مجرى يصعب التنبؤ به، والتي يكون فيها الشفاء الكامل مستعصيا في الكثير من الأحيان، والتي من أكثرها انتشارا في الوقت الراهن ما يلي: الأمراض القلبية الوعائية، الفشل الكلوي المزمن، أمراض الروماتيزم، الصداع المزمن، أمراض الجهاز المعدي المعوي، السكري، تليف الكبد، تصلب الشرايين، أمراض الإدمان، مرض الربو الشعبي، وفي الأخير مرض الأورام السرطانية، هذا الأخير الذي لاقى اهتمام الباحثين النفسانيين منذ سنين عديدة في مجال الأمراض المزمنة، وقد تطورت مجالات البحث فيه فشملت المظاهر النفسية أو النفسية الاجتماعية، ولعل ضرورة هذا التطور نابعة من حاجة الأقسام الطبية المتزايدة للمعارف النفسية فيما يتعلق بالوقاية والعلاج وإعادة التأهيل لهؤلاء المرضى، والتي تحتل الجزء الرئيسي في التكفل التام بهم. (عودية ولديحي حورية، 2005، ص508)

ولاشك أن الإصابة بمرض السرطان يعد أحد أكثر الأمراض المزمنة خطورة وانتشارا، والتي جلبت اهتمام العديد من الأطباء المختصين والباحثين في ميدان علم النفس، حيث يتميز هذا المرض بآثاره وتبعاته التي يخلفها هذا الداء على صحة المريض ومن حوله، فالفرد المصاب بورم سرطاني يعيش تحت رحمة ضغوط نفسية عدة، تتعلق بنواح مختلفة من حياته سواء الجسمية أو النفسية أو الاجتماعية أو الاقتصادية وغيرها، فالضغط النفسي أحد العوامل النفسية التي درست في التفسيرات الطبية بما في ذلك ميدان الطب السيكا تري، وكذا ميدان الأمراض النفسية الجسمية، فالكثير من الباحثين يعتقدون بأن الضغط مرتبط بالصحة والمرض، نظرا لتداخل ميكانيزمات متعددة في حدوثه من جهة، ونظرا لانعكاساته على مختلف الميادين بما في ذلك الاقتصادية، الاجتماعية، التربوية، المهنية، وكذا المادية التي

تثقل ميزانية العائلات والهيئات الصحية من جهة أخرى، وذلك نظرا لكونه من أخطر الأمراض المزمنة وأشدها فتكا بحياة المصابين به.

ومعلوم أن آثار هذا المرض الخبيث تدوم لفترة طويلة، وتستلزم على المريض التكيف معها، وتطويرها باستخدام استراتيجيات تكيفية مناسبة، تقلل من الآثار السلبية على صحته وراحته، وتعمل على تحقيق التوازن والراحة النفسية، وذلك بمسايرة هذا الداء والتحكم في مساره، لذلك بات التكفل النفسي بشريحة مرضى الأورام السرطانية ضرورة طبية تفرض نفسها قصد التوصل إلى أفضل سبل الاتصال بين المريض ومحيطه، وتسمح بتكيف أفضل مع متطلبات المرض وتطورات المفاجئة، مما جعل موضوع البحث عن استراتيجيات توافقية يوظفها المصابون للتخفيف من المعاناة التي يعيشونها أمرا بالغ الأهمية في وقتنا الحالي.

(عودية ولديحي حورية، 2005، ص507)

وقد هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن الضغط النفسي الذي يعيشه مريض السرطان وسبل تكيفه معه، ذلك في خضم وجود استراتيجيات للمواجهة يسعى الفرد من خلالها إلى خفض التوتر وتحقيق التوازن، سعيا لتحقيق توافق نفسي أفضل لديه، وقد حملت هذه الدراسة في طياتها جانبين: الجانب النظري والجانب الميداني، وعند كتابة تقريرها ارتأت الباحثة تقسيمه إلى ستة فصول .

تناول الفصل الأول: تحديد مشكلة الدراسة، التحديد الإجرائي للمصطلحات، عرض لأهمية وأهداف هذه الدراسة، فرضياتها، وعرض موجز للدراسات السابقة والتعقيب عليها، وأسباب اختيار موضوع البحث.

أما الفصل الثاني فقد خصص للضغط النفسي، حيث استعرضت الباحثة فيه: التطور التاريخي لهذا المصطلح مبينة أصل الكلمة ومعناها الاشتقاقي، وأهم المحطات التاريخية لهذا المفهوم، ثم تعريفه لغة أين تم التطرق لمفهوم الضغط النفسي طبقا لبعض المعاجم والقواميس، واصطلاحا حيث تم التطرق لتداخل مصطلح الضغط النفسي ببعض المصطلحات الأخرى، أعراضه، آثاره، أنواعه، مكوناته، وعرض للنماذج النظرية المفسرة له والتعقيب عليها، وفي الأخير عرض لمقياس أحداث الحياة الضاغطة.

وفي الفصل الثالث قامت الباحثة بعرض فصل استراتيجيات المواجهة والذي تضمن ما يلي: أصل الكلمة وتاريخ ظهورها، مفهوم استراتيجيات المواجهة لغة واصطلاحاً، خصائصها، أنواعها، محددات التعامل مع الضغط النفسي، مواردها، النظريات المفسرة لها، تصنيف استراتيجيات المواجهة، العوامل المؤثرة في تحديدها (المتغيرات الشخصية كمركز الضبط، تقدير الذات، نمط الشخصية... وغيرها، والعوامل الموقفية كطبيعة الموقف وخصائصه، المساندة الاجتماعية)، التطرق لفعالية هذه الاستراتيجيات على الصحة الجسدية، وبعدها عرض لباقة من المقاييس الخاصة باستراتيجيات المواجهة.

أما الفصل الرابع فيضم فصل السرطان، والذي يحمل في طياته شقين: الشق الأول خاص بالجانب البيولوجي وفيه: أصل وتاريخ ظهور هذا الداء، نشأته، انتشاره، ماهيته، تصنيفه، أعراضه، مسبباته، أنواعه وأماكن انبثاقه، وعلاجه، أما الشق الثاني فقد ضم الجانب النفسي من خلال حصد للاضطرابات النفسية التي يعاني منها مرضى الأورام السرطانية، إضافة لميكانيزمات الدفاع واستراتيجيات المواجهة التي يوظفونها في سبيل التخفيف من حدة الضغوط التي يعانون منها.

أما الفصل الخامس، فقد خصص لعرض إجراءات الدراسة الميدانية ووصف لخطواتها، وقد ضم: منهج الدراسة، أدواتها، وشرح مفصل للطرق المعتمدة للتأكد من مدى تمتع كل أداة بالصفات السيكومترية اللازمة (الصدق والثبات)، كما شمل هذا الفصل وصف لأفراد عينة الدراسة، وخصائصها، ومختلف الأساليب الإحصائية المستخدمة.

أما الفصل السادس فقد ضم عرض البيانات واستخلاص النتائج، والخاتمة، لتصل الباحثة إلى وضع مجموعة من التوصيات والاقتراحات بناء على نتائج هذه الدراسة، وفي الأخير قائمة المراجع، ثم الملاحق.

المجانبة النظري

الفصل الأول = مشكلة البحث وأهميته

- 1.1. عرض مشكلة الدراسة.
- 2.1. التحديد الإجرائي للمصطلحات.
- 3.1. أهمية الدراسة.
- 4.1. أهداف الدراسة.
- 5.1. فرضيات الدراسة.
- 6.1. الدراسات السابقة.
- 7.1. التعقيب على الدراسات السابقة.
- 8.1. حدود البحث.
- 9.1. أسباب اختيار موضوع البحث.

1.1. عرض مشكلة الدراسة:

تعد الأمراض المزمنة والمستعصية على الشفاء من أهم المشكلات التي تواجه المجتمعات الإنسانية، وقد أدى ظهورها وانتشارها بشكل واسع ووبائي إلى لفت الانتباه إلى العوامل الكامنة ورائها، ومنها العوامل السلوكية والنفسية والاجتماعية التي تلعب دورا مهما في هذه الأمراض، وكذا في كيفية مواجهتها، ويشير تعبير الأمراض المزمنة إلى أي حالة تتضمن قدرا من الإعاقة التي تحدث نتيجة لتغيرات مرضية، والتي تتطلب تدريبا ودافعية من جانب المرضى للعناية بأنفسهم، ومن تلك الأمراض الأكثر خطورة تلك الأمراض المهددة للحياة والتي يقع السرطان على رأس قائمتها. (وليدة مرزوقة، 2008، ص02)

وقد شهدت السنوات الأخيرة تفاقم خطر الأمراض المزمنة، إذ أصبحت تهدد حياة الأفراد والشعوب بما تلحقه من أذى مادي ومعنوي على حياة المريض ومن يحيطون به، فيجعل التعايش معها تحديا كبيرا، مما يجعل موضوع الصحة لا يقتصر على الجانب الطبي، بل لفت انتباه الباحثين النفسانيين إلى محاولة معرفة دور السلوك في صحة المريض، وتبني الفرد لأساليب حياة صحية تخفف من حدة الظروف المحيطة به سواء الاجتماعية أو المهنية أو النفسية. (عزوز إسمهان، 2008، ص02)

ويواجه الإنسان في حياته كثيرا من المواقف التي تتضمن خبرات غير مرغوب فيها أو مهددة له، بحيث تتعرض رفاهيته وتكامله للخطر نتيجة لذلك، ولعل أكثر هذه المواقف الأمراض المزمنة ومنها مرض السرطان الذي يعتبر أحد الأحداث الحياتية الضاغطة، والذي له علاقة بالإصابة بالاضطرابات النفسية والجسمية، كما أن الضغط الناتج عن المرض وعلاجه ربما يزداد مع عوامل ضاغطة أخرى كالعائلة، العمل، الظروف المادية، بالإضافة إلى الضغوط اليومية الموجودة قبل تشخيص المرض للمصاب بالسرطان.

(أوهام نعمان ثابت، 2008، ص01)

وقد أصبحت الأورام السرطانية اليوم من المشكلات الصحية الخطيرة التي تواجه الإنسان، حتى أنها تصدرت اهتمام الكثير من المؤسسات الطبية والنفسية والأكاديمية والتطبيقية، ومن معالم تلك الأهمية أن أصبحت موضوعا بارزا للدراسة داخل فرع علم النفس العيادي وعلم

الصحة النفسية، والذي يستهدف دراسة التغيرات النفسية المرتبطة بالأمراض البدنية، ويتضح كذلك هذا الاهتمام من خلال تشجيع "الجمعية الأمريكية للسرطان" الباحثين على إجراء بحوث ودراسات في مختلف المجالات المعرفية ومنها الميدان السيكلوجي من أجل التوصل إلى طرق فعالة للتكفل الجيد بالمصابين بهذا الداء، وتأتي الدراسة الراهنة كواحدة من الدراسات التي تدعم اتجاه الاهتمام بهذا المرض، والتي تعنى باستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي لدى مرضى السرطان. (هناك أحمد شويخ، 2007، ص13)

حيث يعد السرطان من أهم أسباب الوفاة في جميع أنحاء العالم، وتشير الإحصائيات إلى أنه تسبب في وفاة (7.9 مليون نسمة) أي بنحو (13%) من مجموع الوفيات لسنة (2008)، وقد أثبتت الدراسات الحديثة كذلك انتشار هذا المرض في الدول النامية أكثر من غيرها، ويتوقع زيادة نسبة الإصابة به، وأنه سيصبح من أكبر المشكلات الصحية فيها مستقبلاً، فالسرطان مصطلح عام يشمل مجموعة من الأمراض، يمكنها أن تصيب كل أجزاء الجسم، ويشار إليها أيضاً بالأورام الخبيثة (Les tumeurs malignes) ومن السمات التي تطبع السرطان التولد السريع لخلايا شاذة (Métastasie)، والتي يمكنها النمو خارج حدودها المعروفة، واقتحام أجزاء من الجسد، ومن ثم الانتشار في أعضاء أخرى. (وليدة مرزوقة، 2008، ص02)

فالسرطان مشكلة عالمية، ففي عام (2010) تعرض للسرطان ما يقارب (8 ملايين شخصاً) أصيب بهذا المرض على الصعيد العالمي، فيما سيتم تشخيص هذا الداء لدى أكثر من (13 مليون مريض جديد)، وتشير بيانات "منظمة الصحة العالمية" إلى أن أكثر من ثلثي هذه الحالات الجديدة والوفيات الناجمة عن السرطان ستحدث في العالم النامي، حيث مازالت معدلات الإصابة به تتزايد على نحو مثير للقلق. (مسعود السامعي، 2011، ص06)

فعلى لسان "المدير العام للوكالة الدولية للطاقة الذرية" في دعمه لجهود مكافحة السرطان قال: "...يتعدى السرطان مجرد كونه مشكلة صحية، ففي البلدان النامية بات هذا الداء يندر بنشوء أزمة، فعلى الصعيد العالمي يقتل السرطان حالياً أعداداً من البشر تفوق تلك التي يقتلها داء السل وفيروس نقص المناعة البشرية والمalaria مجتمعة، وما فتئت هذه الأعداد تتزايد سريعاً، وإذا لم نتخذ إجراءات طارئة فبحلول (2030) سيتسبب السرطان بموت أكثر من (13 مليون شخص كل سنة) وستحدث غالبية هذه الوفيات في الدول النامية، ومن ناحية أخرى فإن

الإصابة بالسرطان ليست حكما بالإعدام، تتوفر أساليب وقائية لتفاديه، وطرق علاجية عالية الفعالية لعلاجها والشفاء منه، ويمكن تفادي ثلث حالات الإصابة به، كما يمكن أيضا شفاء ثلث الإصابات شفاء تاما". (نفس المرجع السابق، ص03)

أما على الصعيد الوطني فقد دق آخر تقرير لوضعية الصحة في الجزائر الصادر عن "منظمة الصحة العالمية" ناقوس تفاقم تعداد مرضى السرطان، حيث تم تصنيف الجزائر ضمن الخانة الحمراء للأمراض الخبيثة، إذ تقدر عدد الإصابات بالسرطان أكثر من (300 ألف حالة جديدة) تسجل وأكثرها خاصة بسرطان الثدي لدى النساء، حيث كشفت المنظمة أن الجزائر تسجل ما بين (4000 و 7000 حالة جديدة سنويا) وهي أرقام تنذر بالخطر، وشدد تقرير منظمة الصحة العالمية أن ظروف العلاج بالجزائر لمرضى السرطان في خطوطها الحمراء.

(فضيلة مختاري، 2012، ص04)

وقد أكد البروفيسور "بوزيد" لجريدة "الخبر" "أن سنة (2011) شهدت تسجيل (44 ألف حالة جديدة) لمختلف أنواع السرطان، مضيفا أن السبب وراء ذلك راجع للتشخيص المتأخر للداء، حيث أن (80% من الحالات) لا يتم تشخيصها إلا في حالة متأخرة.

(ص.بورويلا، 2011، ص04)

وطبيعي أن يواجه مريض السرطان مدى واسعا من التحديات والأزمات، حيث تلازم الإصابة بهذا المرض اضطرابات جسمية كثيرة ومتنوعة: كالالتهابات المختلفة، الغثيان، فقدان الشهية، الإسهال، اضطرابات الجهاز العصبي المركزي، هبوط في قدرة جهاز المناعة على التنظيم، مما يجعل المريض عرضة لأمراض ومضاعفات أخرى، بالإضافة إلى أعراض نفسية واجتماعية: كالقلق، الاكتئاب، الأرق، فقدان الدخل، الانعزال الاجتماعي، الوصمة الاجتماعية، الشعور بالإجهاد.

كما أن العلاجات الطبية للسرطان لها آثار جانبية سلبية يمكن أن تسبب الضغط النفسي لمرضى السرطان، وهذه العلاجات تتضمن: الجراحة، العلاج بالأشعة، العلاج الكيميائي، العلاج الهرموني، والعلاج المناعي، وأن العلاجات الثلاثة الأولى هي الأكثر شيوعا وتأثيرا.

(أوهام نعمان ثابت، 2008، ص08)

ومهما تكن طبيعة هذه العلاجات فإنها تسبب تغيرات جسدية دائمة أو مؤقتة، تقود إلى تغير وتبدل في صورة الجسم، وتدن في تقدير الذات لدى المصابين به، إذ إن فقدان عضو أو حدوث الندبات نتيجة الجراحة أو فقدان الشعر نتيجة العلاج الكيميائي تؤدي إلى تكون خبرة مهدة لتقدير الذات. (نفس المرجع السابق، ص01)

وقد أثبتت الكثير من الدراسات في هذا الميدان وجود العديد من التغيرات الفسيولوجية والنفسية عند توجه المرضى لأخذ العلاج الكيميائي أو العلاج المركب (العلاج الجراحي والكيميائي)، أو العلاج الإشعاعي، وتتمثل أعراضه في: فقدان الشهية، الأرق، التعب، فقدان الوزن، فقدان الرغبة الجنسية، الخمول، وتتعلق هذه الأعراض في حالة السرطان بمراحل المرض أو الآثار الجانبية للعلاج، ويفضل تقييم حالة الاكتئاب الشديد عند المرضى حسب شدة المزاج الكئيب، فقدان المتعة بالحياة، درجة الإحساس بالتشاؤم، الشعور بالذنب وعدم القيمة، وجود الأفكار الانتحارية، والخوف الشديد المصاحب للانسحاب أو الانعزال الاجتماعي. (أوهام نعمان ثابت، 2008، ص11)

فعلى سبيل المثال، فإن تناول المريض للأدوية المضادة للتقيؤ، لا يمنع من وجود بعض المرضى يعانون من الغثيان والتقيؤ الدوري أي قبل وقت تناول العلاج الكيميائي ويسمى (بالغثيان والتقيؤ المصاحب للعلاج الكيميائي) الذي يعتبر كاستجابة لحافز الطعم والرائحة والمكان المقترن بالعلاج الكيميائي، وقد أكدت بعض الدراسات أن أكثر من (24%) من المرضى يتعرضون لدرجة متوسطة إلى شديدة من حالة الغثيان، ويعتبر التعب من أكثر التحديات التي يشكو منها مرضى السرطان وأن (91%) من هؤلاء المرضى أكدوا بأن التعب يمنعهم من القيام بأعمالهم أو مزاولة حياتهم الطبيعية، وأن المؤشرات الموجودة تؤكد أن التعب ينشأ بعد انتهاء العلاج للحالات الحادة من السرطان، ويعود السبب إلى استعمال العلاج الكيميائي بغض النظر عن مدة العلاج، كما وجد أن التعب يعد من الأعراض الجانبية للعلاج الإشعاعي، ويستمر هذا العرض بنسبة تتراوح من (65%-100%) من المرضى بعد توقف العلاج. (نفس المرجع السابق، ص12)

وتشير بعض الإحصائيات الطبية إلى أن نسبة تتراوح بين (40-60%) من حالات الإعياء والتعب النفسي عند مرضى السرطان لا تتم عن حالات جسدية حيوية، إنما نابعة عن حالات وظروف نفسية، وقد أشارت دراسة إلى أن نسبة كبيرة من المرضى يعانون من التعب والإعياء النفسي (Fatigue)، وبخاصة عقب الانتهاء من تلقي المعالجات المختلفة الكيماوية أو الإشعاعية لهذا المرض، حيث يعد الإعياء عرضا معقدا ومتعدد الجوانب والعوامل والمسببات، إضافة إلى تعدد أعراضه وتفاوت مظاهره الجسدية والحيوية والنفسية والعاطفية والسلوكية. (زياد بركات، 2006، ص913)

كما أن العيش مع السرطان يتسبب في ظهور ضغوط لها تأثير نفسي شديد تتمثل في: اختلال صورة الجسم، المشاكل الجنسية، صعوبات العلاقات الشخصية، القلق، الخوف، القلق المتعلق بالبقاء على قيد الحياة، الخوف من رجوع السرطان، وأن أغلب المصابين بالسرطان تظهر عليهم أعراض خفيفة أو متقلبة من القلق والكآبة، وتتطور عند غيرهم لتصبح شديدة كالقلق والكآبة أو اضطرابات التوتر بعد الصدمة (PTSD) وأن هذه الحالات تحتاج إلى تكفل خاص. (أوهام نعمان ثابت، 2008، ص09)

كما تبين الدراسات بهذا المجال أن ما نسبته (15-25%) من المرضى يعانون من أعراض الاكتئاب النفسي. (زياد بركات، 2006، ص913)

وقد أثبتت بعض الدراسات التي أجريت على مرضى السرطان أنهم يعانون من ضعف الانتباه، ضعف النشاط العقلي، ضعف سرعة استلام المعلومات، ضعف التركيز البصري، كما يعاني مرضى السرطان خلال مرحلة ما بعد التشخيص والعلاج من حالة الإرباك والقلق للحاجات المعلوماتية حول حالتهم المرضية مثل: تكاليف العلاج، الإجراءات الطبية المطلوبة، الخدمات الإنسانية: كالعلاج الطبيعي، الإرشاد، الأطراف والأجزاء الاصطناعية، السفر للعلاج، العناية بالأسرة، المساعدة المنزلية، بالإضافة إلى الأعباء المالية الناتجة عن فقدان العمل، كما أن القلق بخصوص هذه المشاكل والحاجات وكيفية الحصول على المعلومات المتعلقة بها لعلها تؤثر على علاج مرضى السرطان وعلى سعادتهم وراحتهم النفسية، وأن عددا كبيرا من الأسر تفقد أغلب دخلها المادي مقابل علاج أحد أفرادها المصاب بهذا المرض،

ويرجع ذلك إلى ارتفاع التكلفة المادية للعلاج، وبالتالي يؤدي إلى تدهور الحالة الاقتصادية للأسرة (Lansky, 1979)، وأن المتغيرات الاقتصادية: كتكاليف المستشفى، أجر الطبيب، تكلفة العلاج، الفحوصات المطلوبة، بالإضافة إلى تكاليف الانتقال خاصة مع تباعد مكان إقامة المريض عن مركز العلاج، تمثل عبئا كبيرا على المريض، وتؤدي إلى العديد من الضغوط النفسية والاجتماعية، وإلى مزيد من تدهور الحالة الصحية للمرضى.

(أوهام نعمان ثابت، 2008، ص14)

فبعد الإصابة بمرض السرطان، يكون المريض في قلق مستمر بخصوص عودة المرض والخوف من الفحوصات الطبية التي قد تستمر ربما لعدة سنوات، وبالرغم من أن القلق يعتبر كاستجابة طبيعية لحوادث الحياة الضاغطة إلا أن بعض حالاته تؤثر في العلاقات الاجتماعية أو المهنية أو السلوكيات المتعلقة بالصحة، إضافة إلى بروز المشاكل المصاحبة للقلق والتي تتمثل في: اليقظة الجسدية، اضطراب النوم، قلة التركيز، ضعف القدرة على اتخاذ القرار، التهيج والغضب، تجنب المواقف والحالات التي تسبب الألم والكرب، وقد تؤثر هذه الاستجابات وبشدة على وظيفة الشخص وعائلته. (نفس المرجع السابق، ص10)

هكذا تتعدد المصادر المسببة للضغط النفسي ولكن في هذه الدراسة سنتناول الضغط النفسي عند مرضى السرطان الناشئ أساسا من أربع (4) مصادر باعتبارها تضم أكثر المواقف إثارة للضغط النفسي عند هذه الشريحة من الأفراد وهذه المصادر هي: المصدر النفسي، الجسمي، المرتبط بالعلاج، الاقتصادي/الاجتماعي (أنظر لأبعاد مصادر الضغط النفسي في هذه الدراسة ص249)، ومن كل هذا فإن من المعلوم أن للضغوط الحياتية تأثيرا كبيرا على الصحة، وذلك من خلال تأثيراتها على العمليات العضوية والسيكولوجية، لذلك يتجه علماء النفس الصحة حاليا «Health Psychology» إلى الاهتمام بتعليم الأفراد كيف يتعاملون مع مثل تلك الضغوط، ليتمتعوا بحياة وصحة جيدة على المستوى العضوي والنفسي، وكذلك يهتمون أيضا بتعليم الأفراد كيفية التعامل مع ما يتعرضون له من ضغوط، سواء كانت تلك الضغوط أمراضا مزمنة أو مشكلات نفسية اجتماعية، بشكل لا يؤثر في تدهور حالتهم الصحية

والنفسية، كما يقومون بدور مهم في إيضاح الدور الذي تمارسه الضغوط في الصحة بشكل عام. (خالد محمود عبد الوهاب، 2006، ص82)

كما أن الفرد لا يستطيع الهروب من الضغوط، وبالتالي فإنه بحاجة إلى تعلم كيفية التعامل معها بفعالية، وذلك بتبنيه استراتيجيات مواجهة مناسبة، تتغير حسب تقييم الشخص لها سواء بطرق إيجابية بناءة تتوجه مباشرة نحو حل المشكل أو الموقف الضاغط، أو بأساليب أخرى سلبية تجنبية مركزة على الانفعال. (عزوز إسمهان، 2008، ص03)

فالمواجهة المتمركزة حول المشكل تتضمن استراتيجيات تساعد الفرد على حل المشكلة والتقليل من تأثيرات الموقف الضاغط، أما المواجهة المتمركزة حول الانفعال فتتضمن استراتيجيات تستهدف خفض الآثار الانفعالية الناجمة عن الضغوط.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص78)

ومن ثم فالمفتاح الرئيسي لفهم استجابات الضغوط لا يعتمد على طبيعة الضواغط ومصدرها، وإنما يتوقف على الكيفية التي يستجيب بها الفرد لتلك الضغوط، فبعض الناس ينهارون أمام الخبرات المؤلمة للضغوط النفسية الشديدة كتلك التي تسببها الإصابة بالأورام الخبيثة، بينما نرى بعضهم يجتهد للتعامل معها، وهذا راجع للاختلاف الطبيعي بين الأفراد وكيفية إدراكهم للمثيرات الضاغطة. (أوهام نعمان ثابت، 2008، ص ص01-02)

ويكتسب مفهوم استراتيجيات المواجهة أهمية تطبيقية وعملية كبيرة في مجال الأمراض المزمنة ومجال الرعاية الصحية، كما أشارت دراسات متعددة إلى شيوع الاضطرابات النفسية بين مرضى الأورام السرطانية، وكشفت أيضا عن استهدافهم للاضطرابات النفسية بمجرد تأكيد تشخيص هذا المرض لديهم، ومن ناحية أخرى نبه بعض الباحثين إلى الدور المهم لاستراتيجيات المواجهة كمتغير معدل للعلاقة بين التشخيص بمرض مزمن، واحتمالات الإصابة بالاضطرابات النفسية (Endler & Rarker, 1990) وحدة التغيرات في أسلوب الحياة الناتجة عن الإصابة به (Kyngas et al) والقدرة على التوافق مع الأنماط المتعددة للعلاجات التي يخضع لها المرضى (Martelli, Alexander & Mercuri, 1987)، ومن هنا بدأت المعاناة المزمنة لدى مرضى الأورام السرطانية بمثابة مصدر رئيس للضغط

النفسي، والتي تحتاج لنوع ما من استراتيجيات المواجهة للتخفيف من وطأة هذا المرض، ويتضح الدور المهم لاستراتيجيات المواجهة التي يستخدمها المرضى بأنفسهم، لتعنيهم على مواجهة الأعراض المرضية التي عجزت أمامها التدخلات الطبية، وهذا ما أكده "دروبكين" وآخرون (Dropkin et al) (2001) من أن لاستراتيجيات المواجهة دورا بارزا في التخفيف من حدة الأعراض الجانبية للعلاج لدى مرضى أورام العنق والرأس.

(هناء أحمد شويخ، 2007، ص ص14-15)

أما عن المساندة الاجتماعية، فقد أوضحت الدراسات والأبحاث عن أهمية هذا المتغير في مجال الأمراض العضوية، فقد ذكر "سارافينو" (Sarafino) (1994) أن المساندة الاجتماعية تتعلق بمدى اعتقاد الفرد بأن البيئة المحيطة به من أشخاص ومؤسسات ما هي إلا مصدر للدعم الفعال، فهي عملية تقييمية لمدى إدراك الفرد لعمق وكفاية علاقاته مع الآخرين، حيث أن لهذا المتغير دورين مهمين:

الأول: الدور المباشر، ويظهر من خلال المساندة الاجتماعية التي تقدم للفرد ويدركها على نحو واقعي بصورة مباشرة.

الثاني: الدور الغير مباشر، الذي يظهر من خلال تنميتها ودعمها للأدوار الإيجابية للمتغيرات النفسية الأخرى (كالصلاية النفسية، التفاؤل، تقدير الذات) للتخفيف من شدة الأحداث الضاغطة، فالعلاقة بين الفرد والآخرين التي يسودها الحب والتقدير والاهتمام ترفع من تقدير الفرد لذاته، فهما عاملان يقيان الفرد ويساعدانه على مقاومة الضغط، ويخففان من الآثار المترتبة عنه، أما إدراك الفرد لعدم وجود مساندة اجتماعية فيشعره ذلك بالعجز عن المقاومة، ومن ثم يبدأ ظهور الخصال المزاجية كالاكتئاب. (نفس المرجع السابق، ص23)

وتشير الدراسات إلى أهمية العناية والرعاية التي تبذل من قبل الأهل والأصدقاء والأقارب، حيث تزيد من تقدمهم العلاجي وتعديل اتجاهاتهم الإيجابية نحو المرض والاستجابة له بفاعلية.

(زياد بركات، 2006، ص916)

ومن الأمور الأساسية في علم النفس الصحة "Health Psychology" ذلك الفرض الذي ينص على أن "المساندة من الآخرين الموثوق فيهم لها أهمية رئيسية في مواجهة أحداث الحياة

الهامة، وأن المساندة الاجتماعية يمكن أن تخفض أو تستبعد عواقب هذه الأحداث على الصحة"، فيذهب "كيترونا" و"راسيل" (Cutrona & Russell) (1990) إلى أن المساندة الاجتماعية وإتاحة علاقات اجتماعية مُرضية- تتميز بالحب، الود، الثقة- تعمل كحواجز أو مصدات ضد التأثير السلبي لضغوط الحياة على الصحة الجسمية والنفسية.

(حسين علي فايد، 2005، ص220)

ويرى "جونسون" و"كاسبير" (Johnson & Casper, 1979) أن الضغط النفسي الذي يعاني منه مرضى السرطان يؤدي إلى تحديد النشاطات الاجتماعية، حيث إن السند والدعم الاجتماعي يعتبر عاملا مهما في توافق المريض مع السرطان، فأغلب مرضى السرطان يواجهون الكثير من التحديات في النشاطات الاجتماعية كنتيجة للمرض، وقد ظهر أن الإجهاد النفسي وقلة الدعم الاجتماعي يؤثران وبشكل مباشر في مستوى الكآبة لدى المرضى.

(أوهام نعمان ثابت، 2008، ص ص08-09)

وقد أظهرت نتائج دراسات كل من "بوتن" وزملائه (Buton et al) (2000) و"لي" وزملائه (Lee et al) (2000) و"موسكوفيتز" وزملائه (Moskovitz et al) (2000) و"جراس" وزملائه (Grasse et al) (1998) أهمية أساليب التعامل مع الضغوط بشكل إيجابي، وأكدت أيضا على أهمية المساندة الاجتماعية في مواجهة العديد من الضغوط حتى ضغوط المرض، بل وحتى الأمراض الخطيرة منها: السرطان، اضطرابات الهضم والمعدة، الالتهابات المعوية، وكذلك مرض الإيدز.

(خالد محمود عبد الوهاب، 2006، ص100)

ومع تعدد مظاهر الضغط النفسي التي تواجه مرضى السرطان، يحتاج المريض إلى تبني واستخدام استراتيجيات للمواجهة، والتي لها دور فعال في إعانة المرضى على التوافق مع معاناتهم والتي عجزت أمامها التدخلات الطبية، كما أن وجود كل من استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل والمتمركزة حول الانفعال والمساندة الاجتماعية قد تخفف من الآثار السلبية للمرض، ويساعد ذلك على التوافق والتعايش معه. (هناؤ أحمد شويخ، 2007، ص08)

لذا فقد تم إدراج استراتيجيات المواجهة لهذه الدراسة في ثلاث (3) استراتيجيات رئيسية تتمثل في: استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل في السعي للتخفيف من حدة الضغوط التي يعيشها هؤلاء المرضى، استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال بغية التخلص من المشاعر السلبية، استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول السند الاجتماعي والخاص بالدعم المقدم من أهل المريض وأقاربه للتخفيف من المشقة النفسية التي يعاني منها هؤلاء المرضى (أنظر لأبعاد استراتيجيات المواجهة في هذه الدراسة ص ص 254-255)، ومن هذا المنطلق تحاول الدراسة الحالية الإجابة عن التساؤلات الآتية:

- ✓ ما هو مستوى الضغط النفسي (المرتفع والمنخفض) الذي يعيشه مرضى السرطان؟.
- ✓ ما نوع استراتيجيات المواجهة التي يوظفها مرضى السرطان في مواجهة الضغط النفسي؟.

والذي تندرج تحته عدة تساؤلات فرعية:

- هل تتشابه أو تختلف الاستراتيجيات التي يتبناها مريض السرطان في مواجهة الضغط النفسي حسب الجنس؟.
- هل تتشابه أو تختلف الاستراتيجيات التي يتبناها مريض السرطان في مواجهة الضغط النفسي حسب المرحلة العمرية؟.
- هل تتشابه أو تختلف استراتيجيات المواجهة التي يتبناها مرضى السرطان من مرتفعي الضغط النفسي؟.
- هل تتشابه أو تختلف استراتيجيات المواجهة التي يتبناها مرضى السرطان من منخفضي الضغط النفسي؟.

2.1. التحديد الإجرائي للمصطلحات:

يتضمن البحث مجموعة من المفاهيم الأساسية التي استوجب تناولها وضبطها إجرائياً، ليتضح معناها وتتجلى حدودها ضمن إطار الدراسة الحالية:

√ الضغط النفسي:

عرف "سبيلبرجر" (Spielberger) (1971) الضغط النفسي بأنه "القوة الخارجية التي تحدث تأثيراً على الفرد كخواص موضوعات البيئة، أو ظروف مثيرة تتميز بدرجة الخطر الموضوعي". (وليد السيد أحمد، مراد علي عيسى، 2008، ص127)

ويعرف "البيلاوي" (Elbilawi) (1988) الضغط النفسي على أنه "الحالة التي يتعرض فيها الفرد لظروف أو مطالب تفرض عليه نوعاً من التكيف، وتزداد هذه الحالة إلى درجة الخطر كلما ازدادت شدة الظروف والمطالب واستمرت لفترة طويلة".

وقد جاء في "معجم علم النفس والتحليل النفسي" تعريف الضغط النفسي على أنه "مجموعة من العوامل الخارجية والداخلية الضاغطة على الفرد بدرجة تولد لديه إحساساً بالتوتر أو تشويهاً، وإذا ما زادت حدته تفقده توازنه". (بوزقاق سميرة، 2005، ص33)

كما يعرف "جبريل" (Gebriel) الضغط النفسي بأنه "تلك الحالة الوجدانية التي يخبرها الفرد، والنتيجة عن أحداث وأمور تتضمن تهديداً لإحساسه بالحياة الهانئة، وتشعره بالقلق فيما يتعلق بمواجهتها". (أحمد نايل الغرير، أحمد عبد اللطيف، 2009، ص25)

ويقاس الضغط النفسي في هذه الدراسة بمقياس "الضغط النفسي" لـ "أوهام نعمان ثابت" (2008)، والذي يضم في ثناياه 4 أبعاد تشكل مصادر الضغط النفسي التي يعاني منه مرضى السرطان، والتي تتمثل في:

- **البعد النفسي:** يقصد به مجموع الأعراض النفسية التي يعاني منها مرضى السرطان كالقلق، الكآبة، الإحباط، التشاؤم، وغيرها.
- **البعد الجسدي:** يقصد به الأعراض الجسمية التي تظهر عند الإصابة بالأورام السرطانية، ومن بينها نجد: الغثيان والتقيؤ، الإسهال/الإمساك، اضطرابات النوم، فقدان الشهية، وغيرها.

• **البعد المرتبط بالعلاج:** ويقصد به مجموع الأعراض التي يعاني منها مرضى السرطان أثناء وبعد العلاج على اختلاف أنواعه، سواء أكان العلاج جراحي، كيميائي، إشعاعي، وغيرها.

• **البعد الاقتصادي/الاجتماعي:** ويقصد به ظهور اضطرابات في العلاقات الاجتماعية، إضافة للصعوبات المالية التي يعاني منها هؤلاء المرضى جراء الإصابة بالسرطان.

ويعبر عن هذا المقياس بالدرجة النهائية التي يحصل عليها الفرد عند أدائه على هذا الاختبار.

√ استراتيجيات المواجهة:

يعرف "لازاروس" و"فولكمان" (Lazarus & Folkman) (1984) المواجهة بأنها "الجهود السلوكية والمعرفية المتغيرة باستمرار، والتي يتخذها الفرد في إدارة مطالب الموقف، والتي تم تقديرها من جانب الفرد على أنها مرهقة وشاقة وتتجاوز مصادر الشخص وإمكاناته".

فالمواجهة هي إذن محاولات سلوكية ومعرفية يقوم بها الفرد للتعامل مع المواقف الضاغطة بصرف النظر عن فاعليتها، وذلك في ضوء المتغيرات الشخصية والمصادر المتاحة لديه والمتغيرات الموقفية".

أي عبارة عن مجموعة الأساليب التي يستخدمها الفرد في التعامل مع المواقف والأحداث الضاغطة، وذلك للتخفيف من حدة الموقف الضاغط وخفض الانفعالات السلبية التي تتولد عنه، وعليه فهي الجهود التي يبذلها الفرد في تعامله مع الأحداث الضاغطة سواء كانت هذه الجهود موجهة نحو الانفعال أو موجهة نحو المشكلة أو نحو المساندة الاجتماعية.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2009، ص ص 78-79)

وتقاس استراتيجيات المواجهة في هذه الدراسة بمقياس "استراتيجيات المواجهة" ل"كوسو" (Cousson) (1996)، ويضم 3 أبعاد تتضمن:

• استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل:

عبارة عن الجهود التي يبذلها الفرد لتعديل العلاقة الفعلية بين الشخص والبيئة، فالشخص في المواقف الضاغطة يحاول تغيير أنماط سلوكه الشخصي أو يعدل الموقف ذاته، فيحاول تغيير سلوكه الشخصي من خلال البحث عن معلومات أكثر عن الموقف أو المشكلة.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص91)

وهي الاستراتيجيات التي تقوم على: التقييم الإيجابي للموقف، استخدام مهارات التخطيط، التقبل، إعادة البناء أو التشكيل الإيجابي للموقف، وغالبا ما ترتبط هذه الاستراتيجيات بنتائج إيجابية لدى الفرد. (أحمد عيد مطيع الشخانة، 2010، ص38)

• استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال:

تشير إلى الجهود التي يبذلها الفرد لتنظيم الانفعالات وخفض المشقة والضيق الانفعالي، الذي يسببه الحدث أو الموقف الضاغط للفرد، عوضا عن تغيير العلاقة بين الشخص والبيئة، وتتضمن: الابتعاد، تجنب التفكير في الضواغط، الإنكار، وغيرها.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص91)

وتتضمن هذه الاستراتيجيات: التجنب، التفريغ العدوانى، الهرب، الخضوع، الإنكار، ولذلك فهي تستعمل لخفض التوتر وتغيير إدراك الفرد للوضعية. (Julie Roberge, 2007, p20)

• استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الدعم الاجتماعي:

يعرف "ساراسون" وآخرون (Sarason et al) (1983) المساندة الاجتماعية "بأنها تعبر عن مدى وجود أو توافر أشخاص يمكن للفرد أن يثق فيهم، ويعتقد أنهم في وسعهم أن يعتنوا به ويحبوه ويقفوا بجانبه عند الحاجة". (حسين علي فايد، 2005، ص218)

ويعبر عن هذا المقياس بالدرجة النهائية التي يحصل عليها الفرد عند أدائه على هذا المقياس.

✓ السرطان:

اشتق اللفظ الانجليزي للسرطان من الكلمة اليونانية "كارسينوما" (Carcinomas) أي "السلطعون البحري"، ولم يستطع الأطباء وضع تعريف محدد لمرض الأورام السرطانية حتى العشرينيات من القرن (20)، ولكن مع تقدم العلم أمكن لبعض الباحثين وضع تعريفات لهذا المرض مرتبطة بالأبحاث الخاصة بهم، فقدم "أيونج" (Ewing) تعريفا بسيطا لمصطلح السرطان بأنه "نماء ذاتي نسبي للنسيج" (Neoplasm)، ويقتصر الأطباء على استخدامه مصطلح النماء على الأورام السرطانية الخبيثة، وأضاف "جبرائيل" (Jebrail) (1983) أن مرض الأورام السرطانية اسم يطلق على كل الأورام التي لها ميل إلى الاستمرار أو إلى النمو، والتي تهلك الأنسجة السليمة، ولها صفة المعادة بعد فترة قد تطول قليلا أو كثيرا.

(هناك أحمد شويخ، 2007، ص31)

فالسرطان عبارة عن تورم ناتج عن خلايا خرجت عن أجهزة المراقبة في الجسم وأخذت تنمو بصورة عشوائية، حيث أن النمو في البدء يكون في العضو المصاب، ثم يتخطى التورم الحواجز التي تفصل بين الأعضاء، وخلال هذا التخطي قد تخرج بعض الخلايا السرطانية لتدخل في الشعيرات الدموية أو البلغمية التي تنقلها إلى مختلف أجزاء الجسم.

(مصطفى مفتاح الشقمانى، محمد أحمد الفقى، 2006، ص233)

وقد تم اختيار أفراد عينة الدراسة من مرضى السرطان بالعيادة المتعددة الخدمات "قماش أحمد"، وذلك بعد تشخيص حالتهم من طرف فريق متخصص من الأطباء على أنهم مصابون بداء السرطان، ويزاولون العلاج الكيماوي على فترات منتظمة، وقد تم عزل فئتي الأطفال والمراهقين لما لهذه الفئة من خصوصية (نفسية، اجتماعية، سلوكية، معرفية، وغيرها) وقد اختيرت فئة الراشدين، وذلك للتمكن من التحكم في متغيرات هذه الدراسة، والتي تم تقسيمها إلى ثلاث فئات عمرية هي:

- ✓ مرحلة الشباب: وهي الفئة التي تنحصر في هذه الدراسة من [20-40] سنة.
- ✓ مرحلة الكهول: وهي الفئة التي تنحصر في هذه الدراسة من [41-60] سنة.
- ✓ مرحلة المسنين: وهي الفئة التي تنحصر في هذه الدراسة من [61 فأكثر] سنة.

3.1. أهمية الدراسة:

تنوعت وتعددت مجالات الحديث عن أهمية هذا الموضوع، والتي يمكن إدراجها في المجالات الآتية:

1.3.1 المجال العلمي:

تكمن الأهمية العلمية لهذه الدراسة في الموضوع الذي تناولته والخاص ب"داء السرطان"، لاسيما وأنه أصبح أحد موضوعات العصر الحديث، وحديث العام والخاص، إضافة لما يخلفه هذا الداء من حالة الخوف والفرع والرعب بمجرد السماع باسمه، وتعتبر هذه الدراسة من بين الدراسات القلائل التي تطرقت لهذا الموضوع، وربطه بالمتغيرات النفسية المتمثلة في: الضغط النفسي واستراتيجيات المواجهة، وكذا المتغيرات الديمغرافية (الجنس، السن)، حيث تعد هذه المتغيرات هامة والتي تساعدنا على الفهم والاستيعاب الجيد لمضمون هذا المرض خاصة للجانب النفسي منه، وكذلك في تشخيص الداء ووصف الدواء اللازم لعلاجيه أو حتى الحد من انتشاره، إضافة إلى أن هذه الدراسة تعتبر داعمة للدراسات والبحوث العلمية في المجال السيكلوجي على الصعيد الوطني من جهة، وعلى الصعيد العربي من جهة أخرى، كما تهدف هذه الدراسة إلى تقليص المسافة وتوسيع رقعة الشراكة بين الدول التي تسعى جاهدة لمكافحة هذا الوباء، وذلك من خلال تسخير جميع الطاقات المادية والبشرية وحتى التقنيات الحديثة للحد من انتشار الأورام السرطانية.

2.3.1 المجال السيكلوجي:

تعد هذه الدراسة من الدراسات المهمة في الحقل النفسي المرتبط بالأمراض المزمنة بما فيها الأورام السرطانية، ويمكن اعتبارها كذلك من الدراسات العربية القليلة- حسب علم الباحثة- التي اهتمت بمتغيري الضغط النفسي واستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان، وبالمقابل نجد الدراسات العالمية قد أسالت الكثير من الحبر على مثل هذه المواضيع المتعلقة بالاضطرابات النفسية: كالقلق، التشاؤم، الاكتئاب، اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (PTSD)، الضغط النفسي، وغيرها، إضافة لاستراتيجيات المواجهة التي يوظفها مرضى السرطان للتخفيف من معاناتهم النفسية.

3.3.1. المجال الاجتماعي:

حملت هذه الدراسة في طياتها دراسة الضغط النفسي من الناحية الاجتماعية من خلال ما تسببه الإصابة بورم سرطاني من متاعب تمس صحة المريض، وأثرها عليه وعلى أفراد أسرته من جهة، ومن جهة أخرى دراسة إستراتيجيات المواجهة الخاصة بالدعم الاجتماعي الذي يقدم من الأهل، والأقارب، والزوج، والأصدقاء، وحتى جيران المريض بالسرطان ومدى فاعلية وكفاءة الدعم الذي يوفره للتخفيف من المعاناة والألم الذي يعاني منه هؤلاء المرضى، والذي يعود عليهم بالإيجاب على صحتهم وقدرتهم على مقاومة المرض أو حتى في الشفاء منه.

4.3.1. المجال العلاجي:

تقدم هذه الدراسة صورة علمية وعملية للمهتمين والعاملين في المجال النفسي والطبي والاجتماعي، وذلك بتقديم برامج وخطط علاجية من شأنها مساعدة المريض على التكيف الجيد مع المرض، ففي مجال "علم النفس العيادي" و"الصحة النفسية" والذي يعرفان على أنهما "الدراسة العلمية التي تتعدى لمجموعة الجهود ذات الطبيعة التطبيقية والمهنية التي تنتجها الإسهامات النظرية والتربوية والمهنية لعلم النفس بهدف تفعيل ورفع كفاءة تقديم الخدمة النفسية المتخصصة في مجال تحسين الصحة العامة (نفسيا، بدنيا، معرفيا، أخلاقيا) ودعمها (Health promotion) والحفاظ عليها، والوقاية من المرض (Prévention) والتدخل (Intervention) إما بهدف تنمية أنماط العادات والسلوك الصحي الإيجابي وتطويره، أو بهدف تعديل كثير من الأفكار والاعتقادات الخاطئة حول الصحة والسلوك الصحي، أو بهدف علاج بعض الاضطرابات النفسية، والنفسية الجسمية، والنفسية الاجتماعية الناجمة عن السلوك الصحي السلبي، وتحديد المتعلقات السلبية والشخصية الفارقة للصحة و الاختلالات الوظيفية المرتبطة بها عبر حياة الفرد كاملة بهدف تحسين نوعية حياته وكيفها".

لذا تعد هذه الدراسة حافزا للقيام ببرامج علاجية نفسية إرشادية تدعم صحة المريض باستخدام استراتيجيات توافقية تمكنه من السيطرة على المرض والتعامل معه كمرض يمكن الشفاء منه، خاصة في مراحله الأولى، وكذا دعم الجهود الخاصة بأهمية الكشف المبكر للحد من استفحال

هذا الداء، إضافة إلى لفت انتباه المختصين لأهمية الجانب النفسي في الشفاء والرفع من معنويات المريض وأهله.

5.3.1. المجال الاقتصادي:

إن التكاليف الباهظة التي تنفق على مرضى السرطان من الدولة ومؤسساتها له بالغ الأثر على ميزانيتها، والتي تخص: تكاليف العلاج كالأدوية، الأجهزة، المعدات الخاصة بإجراء التحاليل والفحوصات والعلاجات المختلفة كالعلاج الإشعاعي على سبيل المثال، لذا فإن الحكومات تعمل جاهدة للحد من انتشار داء السرطان من خلال رفع حملات التوعية بضرورة الكشف المبكر، والتذكير بمخاطر التعرض للمواد المسرطنة، والحث على ترك التدخين، حماية البيئة، استخدام آلات صديقة للبيئة لمنع التلوث، وإجراءات وقائية عدة لها أثرها الكبير على خفض المستحقات من النفقات والمصاريف التي تدفعها الدولة جراء انتشار الأمراض المزمنة.

4.1. أهداف الدراسة: تهدف هذه الدراسة إلى تحقيق ما يلي:

- معرفة مستوى الضغط النفسي عند مرضى السرطان.
- مدى التشابه والاختلاف في استخدام استراتيجيات المواجهة حسب جنس و سن المريض.
- معرفة مدى تشابه واختلاف مستوى الضغط النفسي (مرتفع/منخفض) لأفراد عينة الدراسة حسب متغيري الجنس والسن.
- معرفة مدى تشابه واختلاف مرضى السرطان في استخدامهم لكل إستراتيجية على حدى.

5.1. فرضيات الدراسة:

على ضوء ما أسفرت عنه مشكلة الدراسة، ومن خلال عرضنا للتصور الإجرائي للموضوع أمكن صياغة فرضيات الدراسة كإجابات محتملة عن التساؤلات التي أثيرت في إشكالية الدراسة، والتي تدور فكرتها العامة حول: الكشف عن استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي لدى مرضى السرطان، وفي ضوء المتغيرات الديمغرافية (الجنس، السن)، أمكننا صياغة الفرضيات على النحو الآتي:

- تختلف استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي لدى مرضى السرطان.
- تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان في توظيف استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي باختلاف جنس المريض.
- تختلف متوسطات درجات أفراد العينة في توظيف استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي باختلاف المرحلة العمرية للمريض.
- تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان من ذوي الضغط النفسي المرتفع في توظيف استراتيجيات مواجهة.
- تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان من ذوي الضغط النفسي المنخفض في توظيف استراتيجيات مواجهة.

6.1. الدراسات السابقة:

تمثل الدراسات السابقة مصدرا لرصد الظاهرة وتحديد موقعها من الإنتاج الفكري النفسي، فكان الاهتمام في الدراسة الراهنة منصبا على عرض الدراسات السابقة لاستنباط فروض الدراسة، وتحديد موقع الدراسة الراهنة من الدراسات السابقة، وذلك ببيان أوجه الاتفاق والاختلاف بينهما، وهو ما يدفعنا الآن إلى استعراض الدراسات الخاصة بالضغط النفسي واستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان، والتي تتمثل في:

1.6.1. دراسة "هوبفول" (Hobfoll) (1984):

أجرى الباحث "هوبفول" (Hobfoll) (1984) دراسة الهدف منها هو معرفة العلاقة بين الدعم أو الإسناد النفسي الاجتماعي وتقدير الذات لمريضات مصابات بسرطان حاد، لعينة قوامها (ن=68) مريضة تتراوح أعمارهن بين (28-58) عاما وهي المجموعة التجريبية وتلقت المساعدة النفسية الاجتماعية، أما المجموعة الضابطة (ن=30) مريضة لم تتلق الدعم والمساعدة النفسية الاجتماعية، ونتائج الدراسة أشارت إلى أن هناك علاقة إيجابية بين الإسناد وانخفاض مستوى الضغط النفسي، وأن اللواتي استلمن المساعدة النفسية الاجتماعية أصبحن

أقل قلقاً خلال الآلام الحادة للمرض، وأصبح لهن تقدير ذات عال أكثر من المريضات اللواتي لم يحصلن على الإسناد والمساعدة النفسية الاجتماعية. (أوهام نعمان ثابت، 2008، ص66)

2.6.1. دراسة "نولنك" و"واينفيلد" (Nauling & Winfield)(1988):

قام كل من "نولنك" و"واينفيلد" (Nauling & Winfield)(1988) بدراسة الهدف منها معرفة رضا مريضات سرطان الثدي بعد إجراء الجراحة عن المساعدات المختلفة من الأصدقاء الحميمين والهيئات الطبية المختلفة، وتكرار هذه المساعدات لمدة ثلاثة أشهر وأثرها على سرعة شفائهن، والعينة (ن=58) مريضة تتراوح أعمارهن من (34-82 عاماً) ، وكان 43 منهن متزوجات و35 منهن أجري لهن استئصال الثدي، وقد تم توجيه وإرشاد الأصدقاء والأطباء إلى طرق مساعدة ومساندة المريضات، أما المقاييس التي استخدمت في الدراسة فهي مقياس المساعد المتعدد الأوجه، ومقياس سمات القلق ل "سبيلبرجر"، ومقياس "ويكفيلد" الذاتي للاكتئاب، ومقياس "روزنبرج" لتقدير الذات، حيث أن نتائج الدراسة أشارت إلى أن المريضات اللواتي تلقين المساعدة كن أقل قلقاً واكتئاباً وهن في المستشفى من اللواتي لم يتلقين أية مساعدة، وكانت المريضات في الشهر الأول من إجراء الجراحة يقبلن مساعدة الهيئة الطبية أكثر من مساعدة الأصدقاء، ولكن بعد ثلاثة أشهر ارتبطت مساعدة الأصدقاء بالشفاء إيجابياً. (نفس المرجع السابق، ص68)

3.6.1. دراسة "فلو فيلد" وزملاؤه (Fallow field)(1990):

قام الباحث "فلو فيلد" وزملاؤه (Fallow field et al)(1990) بدراسة الهدف منها توضيح النتائج والآثار النفسية الناتجة عن المعالجة الجراحية سواء باستئصال الثدي التام أو الجزئي للمصابات بسرطان الثدي المبكر، معتمداً في ذلك على تحديد الطبيب لنوع العملية الجراحية، وقد كانت العينة مكونة من (ن=269 مريضة)، وتم إعطاؤهن أداة الدراسة للإجابة عنها بأنفسهن قبل إجراء الجراحة، وذلك على ثلاث مراحل، وبعد أسبوعين من إجرائها، بعد 3 أشهر من إجرائها، ثم بعد 12 شهراً من إجراء الجراحة، وجميع هذه المقابلات كانت فردية وشبه مقننة بعد العملية الجراحية، وقد أظهرت نتائج الدراسة أن الخوف من السرطان ومعاودة ظهوره يشكل الخوف الأكبر لديهن أعلى من خوفهن لخسارة جزء من جسدهن، حيث تبين أنه

يشكل دافعا كبيرا لتقرير المريضات لنوع المعالجة الجراحية عند إتاحة الاختيار لهن، وهذا يثبت أهمية تقديم الدعم قبل وبعد الجراحة لإبعاد المريضة من مرحلة تأنيب الذات بعد فشل المعالجة، وأهمية إعطائهن المعلومات الوافية عن سبب الاختيار لهذا النوع من المعالجة المقررة لهن، حيث أثبتت نتائج الدراسة أن طريقة تقديم المشورة من قبل الطبيب للمريضة في جلسة ثبوت التشخيص بوجود مرض سرطان الثدي لديها والذي قد يكون له الأثر الكبير على التوافق البعيد المدى.

4.6.1. دراسة "تايلور" وآخرون (Taylor et al)(1992):

هدفت دراسة "تايلور" وآخرون (Taylor et al)(1992) إلى معرفة بعض استراتيجيات المواجهة الفعالة مع المشكلات المتعلقة بمرض السرطان، وضمت الدراسة عينة قوامها (603) مريض مصاب بالسرطان، كما استخدم في هذه الدراسة قائمة أساليب المواجهة، كما سئل المرضى عن أكثر النواحي التي تشكل ضغطا نفسيا بالنسبة لهم، وتبين من النتائج أن الخوف وغموض المستقبل كانا 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 (5) استراتيجيات هي: السعي للمساعدة الاجتماعية، الإقصاء، الهروب المعرفي/التجنب، التركيز الإيجابي، الهروب السلوكي/التجنب، في حين يعتبر التكيف من خلال المساعدة الاجتماعية، التركيز على ما هو إيجابي، وإقصاء الذات هي أنماط لها علاقة وطيدة بمستويات أقل من الضيق الانفعالي الناجم عن السرطان، أما المرضى الذين تعاملوا مع مشكلاتهم المتصلة بالسرطان من خلال استراتيجيات التجنب أو الهروب المعرفي والسلوكي، فقد أظهروا ضيقا انفعاليا أكبر.

5.6.1. دراسة "تايلور" وآخرون (Taylor et al)(1994):

أجرى "تايلور" وآخرون (Taylor et al)(1994) دراسة كان هدفها معرفة العلاقة بين السرطان والمواجهة، وقد استخدم الباحثون مقياس استراتيجيات المواجهة مع النساء المصابات بسرطان الثدي في المرحلة المبكرة، والسيطرة على الأعراض الجسمية في هذه الدراسة لتحليل

الارتباطات بين المواجهة والتأثير السلبي والإيجابي، حيث كان للأعراض الجسمية تأثير كبير في العلاقات بين المواجهة والأثر السلبي مقارنة بعلاقات المواجهة والأثر الإيجابي، وقد ارتبطت مواجهة الهروب، التجنب، ومواجهة التحدي بتأثير سلبي أكبر، بينما المواجهة من خلال الإقصاء، التقييم الإيجابي، والتحكم في الذات ارتبطت كلها بتأثير إيجابي أكبر.

(وليدة مرزوقة، 2008، ص ص13-15)

6.6.1. دراسة "إفنس" (Evans)(1995):

قام "إفنس" (Evans)(1995) بدراسة هدفت للمقارنة بين كفاءة أسلوبين للعلاج هما: أسلوب المساندة، وأسلوب العلاج المعرفي، أجريت الدراسة على عينتين من مرضى الأورام السرطانية (المثانة والبروستاتة) وعينة من الأسوياء، وانتهت نتائجها إلى أن المجموعة التي تلقت المساندة الاجتماعية كانت أقل اكتئاباً، وقلقاً، وشكاوى جسدية بالمقارنة بكل من المجموعة التي خضعت للعلاج المعرفي، والمجموعة الضابطة.

(هناء أحمد شويخ، 2007، ص180)

7.6.1. دراسة "نازو" وآخرون (Nezu et al)(1995):

أجرى "نازو" وآخرون (Nezu et al)(1995) دراسة الهدف منها البحث في علاقة أسلوب المواجهة المتمثل في حل المشكل والضيق الانفعالي لدى مرضى السرطان، وقد تضمنت الدراسة (134 مريضاً بالغاً) ، وكشفت النتائج أن القدرة على حل المشكل كانت لتعديل وتهدئة تأثيرات الضغوط المرتبطة بالسرطان خاصة تحت مستويات متماثلة من الضغط، وقد سجل مرضى السرطان المتميزون بالقدرة الضعيفة على حل المشكل، مستويات عالية من الأعراض الاكتئابية والقلق مقارنة مع المرضى المتميزون بالقدرة الفعالة في حل المشكل.

(وليدة مرزوقة، 2008، ص15)

8.6.1. دراسة "هوسكنس" (Hoskins)(1997):

قام الباحث "هوسكنس" (Hoskins)(1997) بإجراء دراسة طولية الهدف منها وصف التغيير في التأثيرات الجانبية، والإجهاد النفسي، والحالة الصحية الناتجة من الأنواع المختلفة

للمعالجة من سرطان الثدي لعينة مكونة من (ن=93 امرأة) للمصابات بعد العملية الجراحية لرفع الورم الثديي وصيانة الثدي، وللمصابات بعد العملية الجراحية لرفع الثدي، وذلك باستخدام استبيان ذاتي لتجميع المعلومات في منازل المشاركات على ست(6) مراحل خلال السنة الأولى بعد العملية الجراحية، وكانت نتائج الدراسة هي أن التعب والإجهاد النفسي هي المخرجات المتواصلة طول فترة الدراسة، وأنه لا توجد فروق بين المجموعتين في درجة الإجهاد النفسي والحالة الصحية مع التحسن فيهما عند كلتا المجموعتين، ولكن توجد فروق إحصائية بين النساء اللواتي عولجن بالعلاج الكيميائي بعد العملية الجراحية واللواتي لم يستلمن العلاج الكيميائي. (أوهام نعمان ثابت، 2008، ص ص58-59)

9.6.1 دراسة "سماري" و"فليسدوتير" (Smari&Valysdottir)(1997):

قام كل من "سماري" و"فليسدوتير" (Smari&Valysdottir)(1997) بدراسة الهدف منها تقييم أثر أسلوب المواجهة على التكيف الانفعالي للمرضى، وتمت الدراسة على(120 راشدا) مريضا بالسكري النوع الأول(Type1) ، باستخدام "قائمة مواجهة المواقف الضاغطة"(Coping inventory of stressful situation)، وقد دلت النتائج أن الذين يلجئون لتفضيل إستراتيجية التمركز حول المشكل يتنبئون بنتيجة انفعالية إيجابية ملائمة، في حين أن الذين اختاروا إستراتيجية التمركز حول الانفعال بينت النتائج أن لديهم اضطرابات في التكيف الانفعالي(حالات قلق واكتئاب). (عزوز إسمهان، 2008، ص08)

10.6.1 دراسة "ستيجينجا" وآخرون (Steginga et al)(1998):

في دراسة قام بها الباحث "ستيجينجا" وآخرون (Steginga et al)(1998) الهدف منها معرفة الصعوبات التي تواجه المصابات بسرطان الثدي في استراليا بعد المعالجة الأولية، وتم إرسال استبانته الدراسة عن طريق البريد إلى عينة مكونة (ن=245) مريضة بسرطان الثدي وبعد أربعة أشهر من إجراء العملية، أظهرت نتائج الدراسة أن الخوف من عودة المرض هو أعلى المخاوف لدى المصابات وأنه يؤثر بشكل كبير على الاكتئاب النفسي الذي تعاني منه المصابات، وأظهرت النتائج صعوبة في حصول المريضات على المعلومات الصحية الخاصة بمرضهن، كما تبين أن المريضات بعد عملية استئصال الثدي التام لديهن كن يعانين من مشاكل

متعلقة بصورة الجسد ومنها العلاقات الاجتماعية، فقد تبين أنهم واجهن بعض المشاكل الاجتماعية. (أوهام نعمان ثابت، 2008، ص ص60-61)

11.6.1. دراسة "ويليامسون"(Williamson)(2000):

أجرى الباحث "ويليامسون"(Williamson)(2000) دراسة على عينة قوامها (ن=191) من مريضات أورام الثدي، وقسمت العينة إلى ثلاث(3) مجموعات، وذلك حسب مرحلة المرض، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود اختلاف بين المرضى في مصادر المساندة باختلاف مرحلة المرض، كما أكدت الدراسة أن للمساندة الاجتماعية تأثير كبير في تحقيق التوافق والمواجهة مع الأحداث الضاغطة، وفي استمرار النشاطات الطبيعية للسيدات رغم إصابتهن بمرض أورام الثدي. (نفس المرجع السابق، ص72)

12.6.1. دراسة "كانز" وآخرون (Ganz et al)(2004):

قام الباحث "كانز" وآخرون (Ganz et al) (2004) بدراسة لمعرفة أثر العلاج على المصابات بسرطان الثدي اللواتي أكملن العلاج حديثاً، وقد جمع الباحثون المعلومات مباشرة بعد إجراء العملية الجراحية، وبعد فترة إكمال علاجهن الكيميائي أو الهرموني أو كليهما، وكان التحليل الإحصائي حسب نوع العلاج ومدة العلاج، وأظهرت النتائج أن حالة الراحة والسعادة النفسية تتشابه لدى جميع النساء مع زيادة قليلة في الاكتئاب، وأنهن غير سعيدات بسبب مظهرهن، وأنهن يعانين من هبات الحرارة والحكة والألم، والنسيان الشديد، وآلام المفاصل وتصلب العضلات، كما توصل الباحثون إلى نتيجة أن النساء اللواتي أكملن العلاج حديثاً يعانين من مشاكل نفسية أقل من المشاكل الجسمية. (أوهام نعمان ثابت، 2008، ص63)

13.6.1. دراسة "جودي جونسون" و"بالنسكي"(Jodie.Johnson , Palenskey)(2004):

حاولت دراسة "جودي جونسون" و"بالنسكي"(Jodie.Johnson , Palenskey)(2004) فهم كيفية مواجهة النساء لنباً تشخيصهن بمرض سرطان الثدي وعلاجه، بمكتب تسجيل السرطان "نبراسكا"، وقد جمعت البيانات أولاً عن طريق استخدام نسخة من نموذج طرق

مواجهة السرطان لـ "تايلور" و "دانكل" (1992)، والتي تفيد في قياس استراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان، وأيضا استخدام مقياس "شيفر" (1989) للمواجهة، لبيان الاستعمال المتكرر لإستراتيجية المواجهة الإيجابية، كما كشفت البيانات النوعية التي تم جمعها عن طريق المقابلات نصف الموجهة، عن بروز إستراتيجية إعادة التقييم الإيجابي في محاولة لكسب فهم أكثر.

14.6.1. دراسة " لوفير" وزملاؤه (Lauver et al) (2007):

أجرى الباحث " لوفير" وزملاؤه (Lauver et al) (2007) دراسة الهدف منها معرفة الضغوط التي تعاني منها المصابات بسرطان الثدي الأولي والسرطانات النسائية الأخرى، وكذلك لمعرفة الاستراتيجيات المستخدمة لمواجهتها بعد انتهاء المعالجة، والعينة كانت (ن=51 امرأة) أعمارهن تتراوح بين (34-77 عاما)، وخضعن للعلاج الإشعاعي أو للعلاج الكيميائي أو لكليهما معا، فالنتائج أظهرت أن الضغوط التي تعاني منها المصابات بعد المعالجة من السرطان تتضمن: الشعور بالشك وعدم الثقة بالمعالجة والمتابعة الطبية والأعراض المرضية، والقلق حول المشاكل الجسمية كصعوبة التركيز والاتجاهات حول الجسد والتعامل مع الموت، المشاركات في الدراسة استخدمن أسلوب التقبل والتدين واللهو والتسلية كإستراتيجيات أولية لمواجهة المرض. (أوهام نعمان ثابت، 2008، ص ص64-65)

15.6.1. دراسة "هناء أحمد شويخ" (H.A.Chwikh) (2007):

هدفت دراسة "هناء أحمد شويخ" (H.A.Chwikh) (2007، ص196) للكشف عن أساليب التخفيف من الضغوط النفسية الناتجة عن الأورام السرطانية بمصر، مستخدمة المنهج الوصفي المقارن، على عينة تجريبية والأخرى ضابطة، بلغ عدد أفراد المجموعة التجريبية 40 مريض بأورام المثانة السرطانية (منهم 25 ذكور، 15 إناث)، أما المجموعة الضابطة فبلغت 50 فردا من غير المرضى (25 ذكور، 25 إناث)، وطبقت الباحثة رزمة من الاختبارات تمثلت في: اختبار استراتيجيات المواجهة، اختبار المساندة الاجتماعية، اختبار قلق الموت، اختبار العجز المكتسب، اختبار الضغط النفسي، اختبار التشاؤم، وقد أسفرت الدراسة على النتائج الآتية:

✓ وجود فروق دالة إحصائية بين المرضى وغير المرضى على متغير المواجهة، وأن اتجاه تلك الفروق يشير إلى أن غير المرضى أكثر استخداما لاستراتيجيات المواجهة بشكل عام، كما

أظهرت لنا فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى وغير المرضى على مستوى الاستراتيجيات الفرعية للمواجهة، تمثلت في:
√ ميل غير المرضى مقارنة بالمرضى بدرجة أعلى وذات دلالة إحصائية لاستخدام استراتيجيات التخطيط، التنمية الذاتية، التجنب، الإدراك الإيجابي
√ تفوق المرضى مقارنة بغير المرضى في استخدام إستراتيجية المواجهة بشكل دال إحصائياً، ولم يختلف استخدام المرضى وغير المرضى في إستراتيجية التقبل، الإفصاح، الكبت، التوجه للدين، الإنكار.

16.6.1. دراسة "بوفين" وآخرون (Boivin et al) (2008):

أجرى "بوفين" وآخرون (Boivin et al) (2008) دراسة الهدف منها معرفة النقص في الأداء العصبي النفسي للنساء المصابات حديثاً بسرطان الثدي مقارنة مع النساء المصابات بالأورام الحميدة، وكذلك مع النساء المصابات بأنواع أخرى من السرطان، ولكن بعد إكمال العلاج الخاص بهن، وقد شملت الدراسة على عينة قوامها (ن=58 امرأة)، سبع عشرة (17) امرأة تلقين العلاج الكيميائي والعلاج الإشعاعي، وواحدة وعشرون (21) امرأة مصابة بالأورام الحميدة، وعشرون (20) امرأة أكملن قبل سنة العلاج الخاص بالسرطان، كانت أعمار المشاركات تتراوح بين (17-53 عاماً)، أظهرت نتائج الدراسة أن المرأة التي تشخص حديثاً بسرطان الثدي تعاني من أعراض عدم الدقة والرتابة في إنجاز الأعمال، وبطء التعلم، وأن هذه الصعوبات المعرفية تكون مرتبطة بالضغط النفسي الناتج عن تشخيص السرطان وليس مجرد التأثيرات الجانبية للإشعاع والعلاج الكيميائي. (أوهام نعمان ثابت، 2008، ص65)

17.6.1. دراسة "أوهام نعمان ثابت" (A.N.Tabet) (2008):

هدفت دراسة "أوهام نعمان ثابت" (A.N.Tabet) (2008) لمعرفة الضغوط النفسية وعلاقتها بالتوافق النفسي للمصابات بسرطان الثدي المبكر، أجريت الدراسة في الأردن، وبلغ عدد أفراد العينة (198 مريضة) مصابة بسرطان الثدي من المتزوجات، طبقت عليهن مقياس الضغوط النفسية ومقياس التوافق النفسي والاجتماعي والزواجي، وقد أسفرت نتائج هذه الدراسة على ما يلي: توجد فروق في التوافق النفسي للمصابات بسرطان الثدي حسب العمر، فالمصابات من فئة 40 سنة فأقل أقل توافقاً نفسياً مقارنة بالمصابات من فئة 40 سنة فأكثر، في المقابل لا توجد

فروق في التوافق الاجتماعي والزواجي للمصابات بسرطان الثدي حسب اختلاف العمر، وأنه كلما زادت الضغوط النفسية عليهن كلما انخفض مستوى التوافق النفسي والاجتماعي والزواجي لديهن.

18.6.1. دراسة "وليدة مرازقة" (W.Mrazka)(2008):

هدفت دراسة "وليدة مرازقة" (W.Mrazka)(2008) للكشف عن طبيعة العلاقة بين مركز ضبط الألم واستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان بالجزائر، بلغت عينة الدراسة 52 مريضا بالسرطان (27 ذكور، 25 إناث) تتراوح أعمارهم بين (21-56 سنة)، مصابون بأنواع مختلفة من السرطان، وقد استخدمت الباحثة المنهج الوصفي الارتباطي، أما عن أدوات الدراسة فقد استخدمت مقياس مركز ضبط الصحة متعدد الأبعاد الخاص بالألم، ومقياس استراتيجيات المواجهة المعدل من طرف "كوسو" (Cousson)(1996)، والتي أسفرت عن النتيجة الآتية: عدم وجود فروق دالة إحصائية بين مرضى السرطان في متوسطات استراتيجيات المواجهة تعزى لمتغير الجنس والسن والحالة الاجتماعية.

7.1. التعقيب على الدراسات السابقة: من عرضنا للدراسات السابقة نستخلص ما يلي:

- التركيز على دراسة سرطان الثدي في غالبية الأبحاث كدراسة "نولنك" و "واينفيلد" (Nauling & Winfield)(1988)، دراسة "جودي جونسون" و "بالنسكي" (Jodie.Johnson , Palenskey)(2004)، ودراسة "بوفين" وآخرون (Boivin et al) (2008)، وغيرها.
- قلة الدراسات العربية مقارنة بنظيرتها الأجنبية، التي تناولت مرضى الأمراض المزمنة بصفة عامة والأورام السرطانية بصفة خاصة في دراسة المتغيرات النفسية كالقلق، الاكتئاب، الضغط النفسي، وغيرها.
- أن غالبية أفراد عينة هذه الدراسات من مرضى السرطان الخاضعين لنوع معين أو أكثر من العلاجات كالعلاج الكيماوي، الإشعاعي، الجراحي، وما تخلفه من آثار جانبية على صحة المريض والتي تكون أخطر من المرض في حد ذاته.
- اعتماد معظم هذه الدراسات على أدوات القياس كالمقابلة والاستبيان، كونها من أهم أدوات جمع البيانات حول المرضى.

- قلة الدراسات التي تجمع بين متغير الضغط النفسي واستراتيجيات المواجهة - حسب علم الباحثة- إلا في بعض الدراسات منها: دراسة "هناء أحمد شويخ" (H.A.Chwikhe)(2007)، دراسة "تايلور" وآخرون (Taylor et al)(1992) .
- تعدد واختلاف المتغيرات النفسية التي تناولتها هذه الدراسات والخاصة ب: التوافق النفسي، مركز ضبط الألم، دراسة الاضطرابات النفسية: كالقلق والاكتئاب سواء منفصلة أو تم الربط فيما بينها.
- أن الدراسات التي تناولت الضغط النفسي تمثلت في: دراسة "فلوفيلد" وزملاؤه (Fallow field)(1990)، دراسة "ستيجينجا" وآخرون (Steginga et al)(1998)، دراسة "كانز" وآخرون (Ganz et al)(2004)، وغيرها.
- أن الدراسات التي تناولت استراتيجيات المواجهة على اختلاف أنواعها تمثلت في: دراسة "تايلور" وآخرون (Taylor et al) (1994)، دراسة "جودي جونسون" و"بالنسكي" (Jodie.Johnson , Palenskey) (2004)، دراسة "وليدة مرازقة" (W.Mrazka)(2008)، دراسة "هناء أحمد شويخ" (H.A.Chwikhe)(2007).

8.1. حدود البحث:

❖ الحدود المكانية:

قامت الباحثة بإجراء هذه الدراسة بالعيادة المتعددة الخدمات "قماش أحمد" بمدينة سطيف - الهضاب، بجناح خاص بالأورام السرطانية والعلاج الكيماوي (Service d'encologie).

❖ الحدود الزمنية:

تم إجراء هذه الدراسة في الفترة الممتدة ما بين 15 سبتمبر 2011 إلى 30 ديسمبر 2011.

❖ الحدود البشرية:

تم استنباط المجتمع الأصلي لمرضى السرطان المتواجدين بالمصحة والذي قدر عددهم بحوالي 260 فرد مصاب بالسرطان، باختلاف نوع الورم (الثدي، القولون/المستقيم، الكبد، الرئة، المعدة، البروستات، الدم، الرحم، وغيرها) من ولاية سطيف وولايات أخرى (مسيلة، جيجل،

بجاية، برج بوعريرج، وغيرها)، حيث قدرت عينة البحث بـ120 مصاب بالسرطان طبق عليهم مقياسي الدراسة (الضغط النفسي، استراتيجيات المواجهة).

9.1. أسباب اختيار موضوع البحث:

تمخضت عن هذه الدراسة عدة دوافع للبحث في هذا الموضوع، والتي تتمثل في:

- احتياج مرضى الأمراض المزمنة بوجه عام، ومرضى الأورام السرطانية بوجه خاص للرعاية النفسية المتخصصة إلى جانب التدخل الطبي.
- توصية "الجمعية الأمريكية لعلم النفس" (American Psychological Association) للباحثين بضرورة إجراء أبحاث هدفها الأساسي هو حماية صحة الفرد النفسية والجسمية، لذا نجد أبحاث فرع علم النفس الإكلينيكي تدور حول شقين:

✓ الأول: يركز على تقييم وقياس المتغيرات النفسية وثيقة الصلة بالصحة البدنية والنفسية، كخطوة مبدئية للوقاية من الإصابة بهذه الأمراض.

✓ الثاني: يختص بدعم اتجاه التدخل من خلال تصميم برامج للمرضى بالفعل متباينة الأهداف والوسائل، تخفف المعاناة النفسية الناتجة عن آلام هذه الأمراض المزمنة.

- تعتبر الدراسة الراهنة واحدة من الدراسات التي تدعم اتجاه التقييم والقياس للمتغيرات النفسية (الضغط النفسي، استراتيجيات المواجهة) في مجال الأورام السرطانية، لذا يدور محورها الرئيسي حول الكشف عن استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي لدى مرضى السرطان.
- تمر هذه الفئة المرضية من لحظة الإصابة بالمرض، مروراً بإجراءات التشخيص، ووصولاً إلى مرحلة العلاج بضغوط متباينة، والتي تحتاج إلى جهود الباحثين في كافة المجالات الطبية والنفسية والاجتماعية للتخفيف من حدة معاناة هؤلاء المرضى.
- قلة ما كتب عن هذا الموضوع في بيئتنا العربية، وأبرز الدراسات هي دراسة "هناء أحمد شويخ" (2007) حول "أساليب تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن الأورام السرطانية"،

ودراسة "أوهام نعمان ثابت الثابت" (2008) حول "الضغوط النفسية وعلاقتها بالتوافق النفسي والاجتماعي والزواجي لدى المصابات بسرطان الثدي المبكر".

الفصل الثاني : الضغط النفسي

*- تمهيد.

1.2. أصل وتاريخ ظهور مفهوم الضغط النفسي.

2.2. تعريف الضغط النفسي.

3.2. أعراض الضغط النفسي.

4.2. آثار الضغط النفسي.

5.2. أنواع الضغط النفسي.

6.2. مكونات الضغط النفسي.

7.2. مستويات الضغط النفسي.

8.2. النماذج النظرية المفسرة للضغط النفسي:

1.8.2. نظرية "كانون" (W.Cannon).

2.8.2. نظرية "هانز سيللي" (H.Selye).

3.8.2. نظرية العجز المتعلم لـ "سليجمان" (Seligman).

4.8.2. اتجاه "هنري موراي" (H.Murray) في تقدير الضغط.

5.8.2. اتجاه التقدير المعرفي لـ "ريتشارد لازاروس" (R.Lazarus).

6.8.2. النسق النظري لـ "سبيلبرجر" (Spielberger).

7.8.2. نظرية حفظ المصادر لـ "هوبفول" (Hobfoll).

9.2. تعقيب على النماذج النظرية للضغط النفسي.

10.2. مقاييس الضغط النفسي:

1.10.2. مقياس أحداث الحياة "Social Readjustment Rating Scale".

*- الخاتمة.

تمهيد:

تعتبر ظاهرة الضغوط ظاهرة قديمة قدم الإنسان، حيث عاشها منذ بداية ظهوره على الأرض، غير أن الدراسة العلمية لهذه الظاهرة لم تبدأ إلا في نهاية القرن العشرين، حيث مر مفهوم الضغط بمراحل متعددة، تغير خلالها مفهومه، ومجالات استخدامه، والتصورات النظرية التي تناولته، وسنحاول في هذا الفصل توضيح ذلك.

1.2. أصل وتاريخ ظهور مفهوم الضغط النفسي:

تاريخيا مصطلح الضغط (Stress) يسبق الاستخدام العلمي المنظم له بزمن طويل، فقد استخدم منذ بداية القرن (14م) بمعنى الصلابة Hardship، أو العسر Strait، أو الضراء Adversity، أو الكرب Affliction، وفي أواخر القرن (17) استخدم "هوك" (Hooke) الضغط في سياق العلوم الطبيعية على الرغم من أن هذا الاستعمال لم يكن منظما حتى في بداية القرن (19)، وبعد عدة سنوات اعتبر "كانون" (Cannon) (1932) الضغط اضطرابا في التوازن الذاتي يحدث تحت ظروف البرد، نقص الأوكسجين، انخفاض السكر في الدم، وغيرها. (جمعة سيد يوسف، 2000، ص 257-258)

ويعود الاهتمام بدراسة أثر الخبرات والأحداث التي يمر بها الفرد على صحته النفسية إلى عام (1929)، حيث أجرى "والتر كانون" ملاحظاته المنظمة على التغيرات الفسيولوجية المصاحبة للانفعالات الشديدة والظروف المثيرة للضغط كالألم والجوع، وانتهى من ذلك إلى أن المنبهات التي تحدث إثارة انفعالية تسبب تغيرات في العمليات الفسيولوجية الأساسية، وفي عام (1951) قدم "أدولف ماير" (A.Mayer) إنجازا يتعلق باستخدام خريطة الحياة كوسيلة في التشخيص الطبي، مؤكدا على دور أحداث الحياة المثيرة للضغط في نشأة الاضطرابات النفسية. (حسين علي فايد، 2005، ص 196)

كما كان "هانز سيلبي" (H.Selye) عالم الغدد الصماء بجامعة "مونتريال" هو رائد المدرسة التي قدمت مفهوم الضغط إلى الحياة العلمية عندما أرسى مفهومه عن "زملة التكيف العامة" (General Adaptation Syndrome) (GAS) في كتابه "فسيولوجية وباثولوجية التعرض للضغط" و"الضغط في الحياة"، ومن بعد ذلك طور هذا المفهوم في كتابه "دليل سيلبي لبحوث الضغط" عام (1980)، وقد تجمعت روافد الاهتمام العلمي بالضغط من عدة فروع علمية تشمل: علم الاجتماع، الأنثروبولوجيا، علم النفس، علم وظائف الأعضاء، علم الغدد الصماء، الطب.

وبالرغم من ذلك هناك فرعان فقط هما اللذان تمت من خلالهما بحوث الضغط، الأول المنظور البيولوجي الذي قام على أساس البحوث الفسيولوجية والغدد، والثاني هو علم النفس.

(جمعة سيد يوسف، 2000، ص422)

وعليه تعتبر ظاهرة الضغوط - بصفة عامة- ظاهرة قديمة قدم الإنسان، إلا أن الاهتمام بها كموضوع للدراسة العلمية حديث نسبيا، رغم جهود علماء المسلمين من أمثال "الغزالي" "ابن سينا"، لكنهما لم يتعرضا في كتاباتهما لها بالصورة التي يبحث فيها في العصر الحديث، كما قد أشار "جرمان" (Gherman, 1971) في حديثه عن الضغوط أن كتاب أوروبا لم يشيروا إلى هذا المصطلح إلا في القرن (14) الميلادي.

(بوزقاق سميرة، 2005، ص27)

ولعل "ابن سينا" (Ibn Sina) (980-1037) هو أول من تناول مفهوم الضغط بالدراسة العلمية التجريبية، فقد ربط حملا وذنبا في غرفة واحدة دون أن يستطيع أحد منهما أن يطال الآخر، وقد كانت النتيجة هزال الحمل وضموره ومن ثم موته، وذلك على الرغم من أن لديه نفس كمية الغذاء التي كان يستهلكها حمل آخر يعيش في ظروف طبيعية.

(بن زروال فتيحة، 2007، ص14)

كما استخدم هذا المفهوم في البداية في اللغة الانجليزية في القرن (17) تحت مفهوم الضيق، الاضطهاد، قسوة الحياة، فقدان، الإعياء، الحرمان، المحن، الهواجس، الكوارث، والخصومة، أي أنها تعبر عن نتائج حياة قاسية بكلمة واحدة هي "الضغط"، ولم يوجد هذا المفهوم في اللغة الفرنسية قبل القرن (20). (E.D. Soir, et al, sans date, p32)

بمعنى آخر لم توجد كلمة "Stress" في اللغة الفرنسية قبل القرن العشرين، ولكنها على العكس كانت مستخدمة في اللغة الإنجليزية خلال قرون.

(جان بنجامان ستورا، 1997، ص11)

وفي القرن (18) استخدم مصطلح الضغط مرادفا لمعنى القوة والضغط النفسى، أما في العصر الحالي فقد أصبح يشير لدى كثير من العلماء والباحثين إلى الصراع وبعض الانفعالات كالغضب والخوف. (أحمد عيد مطيع الشخانة، 2010، ص ص 19-20)

وقد استخدمت كلمة الضغوط في القرن (18) لتعني الإكراه، والقسر، والجهد القوى، والإجهاد، والتوتر لدى الفرد أو لأعضاء الجسم أو قواه العقلية.

(حسين حريم، 1997، ص 378)

كما عرف القرن (19) بداية انتشار استعمال مفهوم الضغط، فخلال هذه الفترة أترف الفسيولوجي الفرنسي "كلود برنارد" (Claude Bernard) (1867) بالنتائج السلبية الكامنة في عملية الضغط على اتزان الجهاز العضوي، حيث قال: " إن التغيرات الخارجية في البيئة بإمكانها تعطيل الجهاز العضوي، وحتى يحافظ على نفسه ينبغي عليه أن يتكيف بطريقة ملائمة مع هذه التغيرات، وأنه من المهم جدا أن يحصل العضو على الاتزان في البيئة الداخلية". (<http://assps.yourforumlive.com>)

وترجع جذور مصطلح "الضغط" إلى بدايات القرن (20)، إذ تشير قواميس اللغة إلى أن هذا المصطلح مرادف للشدة (Strain) والتي تعني الإجهاد أو التوتر، ويشير باللاتينية إلى التعرض للضغوط، واستعمل في اللغة الانجليزية لأول مرة مصطلح « Distress » بمعنى الكرب، « Hardship » بمعنى الضيق، « Adversity » بمعنى الشدة.

(أحمد نايل الغرير، أحمد عبد اللطيف، 2009، ص 21)

كما تم رصد مصطلح الضغوط في كتاب مميز عن الحرب كتبه "جرينكر" و"سيجل" (Grunker et Spiegel) كان عنوانه "البشر تحت الضغوط"، كما يمثل "لازاروس" (Lazarus) (1966) أحد العلماء البارزين في دراسة الضغوط وتنبثق أهمية أعمال "لازاروس" في اهتمامه بعملية المواجهة أو التعامل مع الضغوط (Coping). (<http://assps.yourforumlive.com>)

حيث يشير "لازاروس" (Lazarus) (1966) إلى أن عددا من علماء النفس قد استخدموا مفهوم الضغط النفسي مرادف لمعان مختلفة مثل: القلق، الصراع، أو لبعض الانفعالات مثل: الغضب، الخوف، واعتبرها بعضهم الآخر خبرات مؤلمة تؤثر في مزاج الفرد.

(أحمد عيد مطيع الشخانية، 2010، ص19)

ويشير "برانير" (Briner) (1998) إلى أن هناك ثلاث (3) مسارات تاريخية تعكس تطور مصطلح الضغوط النفسية في الوقت الراهن وهي:

المسار الأول: يتمثل في تأثير الأفكار المستمدة من علم الأحياء والكيمياء التي وجدت في القرن (19) في أعمال كل من "كانون" (Cannon, 1935) "سيللي" (Selye, 1956).

(نفس المرجع السابق، ص24)

ففي عام (1936) قام الأستاذ "هانز سيللي" بجامعة "مونتريال" بوضع أولى علامة لاستجابة الإنذار في أبريل و ماي (1948) في مؤتمر بفرنسا، وفي جوان (1950) بمستشفى "Laennec" عرض مفهومه حول "التناذر العام للتكيف".

(P. Loo, H. Loo, A. Galinowski, 2003, p04)

وفي عام (1950) قام الفيزيولوجي الكندي "سيللي" بتبني موضوع الضغط، وهو ما أطلق عليه عام (1936) ب "التناذر العام للتكيف" (Syndrome Général Adaptation) أو رد الفعل الفيزيولوجي الموحد للعضو الخاضع للعدوان، أو بالأحرى خاضع لطبيعة هذا العدوان.

وقد بدأ في عام (1936) مصطلح الضغط يستخدم بمعنى فني خاص جدا، حيث كان يعني مجموعة متناغمة من دفاعات الجسم ضد أي شكل من المنبهات المؤلمة، بما في ذلك التهديدات السيكلوجية، وهي الاستجابة التي أطلق عليها "سيللي" ب "زملة التكيف العام"، وبالتالي لم يعد الضغط حاجة أو ظرفا بيئيا، وإنما مجموعة فسيولوجية شاملة من الاستجابات والعمليات تفرضها تلك الحاجات أو الظروف، وبدأ "سيللي" ينشر تقريرا سنويا عن الضغط من خلال بحوث بدءا من عام (1950)، وفي عام (1956) جمع "سيللي" هذه التقارير في

كتاب كبير أطلق عليه "ضغط الحياة" « **The stress of life** » وفي ذلك الوقت تضاعف تراث فسيولوجيا الضغط ليقترّب من 6 آلاف مادة منشورة في العام الواحد، وقد ساعدت دعوة "جمعية علم النفس الأمريكية" "سيللي" (1955) على نقل الاهتمام بالضغط من الفسيولوجيا إلى علم النفس والعلوم السلوكية الأخرى.

(جمعة سيد يوسف، 2000، ص ص 257-259)

المسار الثاني: يتمثل في الأفكار المستمدة من أبحاث علماء التحليل النفسي التي قام بها "فرويد" (Freud) والتي قادت كلا من "هارتمان" (Hartman, 1939) و"مينجر" (Manniger) إلى تفحص الدور الفعلي للذات في الضغوط النفسية.

المسار الثالث: فقد جاء نتيجة لتطبيق مفاهيم علم النفس ومبادئه في قطاعات الجيش والصناعة.

2.2. تعريف الضغط النفسي:

1.2.2. لغة:

الضَغَط (ضغط الدم): في الطب هو الضغط الذي يحدثه تيار الدم على جدر الأوعية، وفي الهندسة الميكانيكية هي: القوة الواقعة على وحدة المساحات في الاتجاه العمودي عليها، والضغط الجوي في الطبيعة هو: الضغط الذي يتركز على نقطة معينة بفعل الثقل الذي يحدثه عمود الهواء على هذه النقطة وفيها الضغطة، الضغط... وغيرها.

(عبد العزيز النجار، 2005، ص 541)

والضَغْطَة بالفتح: هي الاضطراب والضيق والقهر، والضَغْطَة بالضم: الزحمة والضيق والإكراه على الشيء والشدة والمشقة، ويقال: "اللهم ارفع عنا هذه الضغطة".

(عمر مصطفى النعاس، 2008، ص ص 26-27)

ويعرف "كمال دسوقي" (K.Dessouki) (1990) الضغط كما يلي:

- الضغط كاسم: يعني: ضائقة، كرب، شدة.

- الضغط كحال: يعني: شد أو جهد جسميا كان أم نفسيا.

- الضغط كفعل: يعني: التشديد في القول أو الكتابة. (عايدة شكري حسن، 2001، ص18)

ومن الناحية اللغوية أيضا يعرف "عبد المنعم الحفني" الضغط بأنه "حالة المحنة، تعصب المرء، أي حينما تشتد وتعصف به، ويقال الأمر عصيب أي أنه شديد، والمحنة والشدة تنزل بالمرء فينعصب بها أو يمحن أي يتوتر ويقلق وتستقر دفاعاته البدنية والنفسية ليتوصل بها للتهيؤ مع الموقف العصيب فيخفف من توتره وقلقه ويستعيد التكامل والتوازن الذي كان له".

(مخلف سعاد، 2005، ص19)

لذا لم يظهر مفهوم الضغط النفسي حديثا، فقد اشتقت كلمة "Stress" من الفعل اللاتيني "Stringère" الذي يعني ضيق على، ضغط، شد، أوثق، ومنه أخذ الفعل الفرنسي "Etreindre" بمعنى طوق بذراعيه وبجسمه مؤديا إلى الاختناق الذي يسبب القلق.

(لوكيا الهاشمي، زروال فتيحة، 2006، ص07)

وقد أرجع أحد الكتاب كلمة الضغط (Stress) إلى الكلمة اللاتينية (Stringère) والتي تعني يحس بالشدة (To draw tight). (حسين حريم، 1997، ص378)

فكلمة (stress) منحدره من الترخيم « Distress » الذي صدر عن القدامى الفرنسيين ب « Destrece » « Estrece »، بمعنى أن « Destrece » تعني الشدة و « Estrece » تعني الضيق والاضطهاد. (Pierluigi Graziani, Joel Swendsen, 2005, p10) أما عند الانجليزيين فقد جاءت كلمات ك (Destress, Distress, stress) لتدل على تصنيفين مختلفين: الأول تجاذبي (الضغط الإيجابي)، أما الثاني فيعني شيئا غير سار (الضغط السلبي). (David Fontana, 1990, p08)

كما أن هناك اختلاف بين مصطلح الضغط (Stress) والكرب (Distress) فالأول قد يكون سلبيا أو إيجابيا، ضارا أو مفيدا، أما الثاني-الكرب- فيكون سلبيا دائما وناجم عن أحداث سيئة وغير مرغوب فيها. (جمعة سيد يوسف، 2007، ص06)

فالضغط هي كلمة أصلها الحقيقي انجليزي (Anglo-Saxon) والتي تعني الضيق، التوتر، فالفرد المضغوط هو شخص مضيق أو مشدود، إضافة إلى أصلها اللاتيني القديم جدا والذي ظهر في الفعل الفرنسي (Stringère). (Sébastien Tubau, 2001, p11)

كما ورد مصطلح (Stressor) أو الضغوطات في اللغة الإنجليزية، والتي تعني القوى أو المؤثرات البيئية والاجتماعية والنفسية والفيزيائية. (قماز فريدة، 2008، ص177) وقد تحول اللفظ في الانجليزية إلى "Stress" ليعني التناقض، أما لفظة "Distress" في الانجليزية فتعني الشيء غير المرغوب فيه أو غير المحبب.

كما يمكن القول أن الأطباء يستخدمون لفظ الضغط في إطار الميكانيزمات الفسيولوجية، ويستخدمه المهندسون للدلالة على مدى تحمل المادة، ويتناوله علماء النفس للدلالة على الحالة النفسية والمزاجية الناتجة عن وجود الإنسان في حالة ضيق أو شعور بالظلم أو الاختناق. (حمدي علي الفرماوي، رضا عبد الله، 2009، ص20)

وقد شاع استخدام مفهوم الضغط النفسي في علم النفس والطب النفسي، والتي تمت استعارته من الدراسات الهندسية والفيزيائية، حينما كان يشير إلى (الإجهاد، Press، الضغط، Strain العبء، Load). (محمد علي كامل، 2004، ص06)

أي أنه معنى مماثل للضغط من الناحية الفيزيائية التي تمارس على الأشياء والأشخاص وما ينتج عن ذلك يسمى نتيجة الإجهاد (Strain). (هدى سلام، 2007، ص39)

أما ما يقابل كلمة "Stress" في اللغة العربية فهناك كلمة: كرب، ضائقة، إرهاق، إجهاد، ضغط. (لوكيا الهاشمي، زروال فتيحة، 2006، ص08)

والضغوط أو المشقة أو الانعصاب كلها ترجمة بمعنى واحد هو « Stress » ويشير إلى إجهاد أو قوة تمارس ضغطها على الأجسام، وقد استعار علم النفس مصطلح الضغوط من

علم الفيزياء للإشارة إلى درجة مرتفعة من الضغوط الواقعة على الإنسان في حياته اليومية، والتي يمكن أن تضغط عليه وتدفعه وتجذبه. (محمد حسن غانم، 2009، ص286)

كما استخدمت كلمة (Stress) في ميدان الهندسة والعلوم الطبية لتشير إلى قوة خارجية، تؤثر بشكل مباشر على موضوع طبيعي، ونتيجة لهذه القوة يحدث الإجهاد « Strain » الذي يؤثر ويغير في شكل وبناء الموضوع، وقد بدأ استخدام كلمة ضغط (Stress) حديثاً في العلوم الإنسانية، ليشير إلى تلك القوة التي تؤثر على الفرد، وتسبب له بعض التغيرات النفسية مثل: التوتر والضييق، وبعض التغيرات العضوية والفسبولوجية، وقد نشأت فكرة "الإجهاد" في علم وظائف الأعضاء للدلالة على استجابات جسدية غير محددة "زملة التكيف العام" (GAS) ل"هانز سيلي" (H.Selye).

(وليد السيد أحمد، مراد علي عيسى، 2008، ص125)

ومنه فقد ميز كل من "مورال" (Mural) (1978) و"هانكل" (Hankel) (1973) أربع مواقف أساسية إزاء استعمال لفظ الضغط (Stress) حيث يخصص:

√ **الموقف الأول:** كلمة (Stress) للدلالة على عوامل المواقف الضاغطة (المتطلبات والضغوط والقيود والعراقيل والصعوبات والمشاكل الموقفية)، ويخصص لفظ (Strain) أو (Distress) للدلالة على ردود الأفعال (التغيرات) النفسية الانفعالية، والفيزيولوجية والسلوكية.

√ **الموقف الثاني:** يتناقض مع الموقف الأول تماماً، حيث يستعمل كلمة (Stress) للدلالة على ردود الأفعال المتمثلة في التغيرات النفسية الانفعالية، التغيرات العضوية والتغيرات السلوكية، ويستعمل بالمقابل كلمة (Strain) أو كلمة (Stressors) للدلالة على عوامل الموقف أو المحيط الضاغط.

√ **الموقف الثالث:** يتصف بالثورة على استخدام لفظ (Stress) ومشتقاته ككلمة (Strain) و (Distress) ويطلب بإهماله تماماً و إحلال محله ألفاظاً أخرى أكثر وضوحاً وتحديداً.

√ **الموقف الرابع:** فحسب "تغزي أحمد" (T.Amhamad) (1993) فهو توفيقى بحيث يقترح استعمال لفظ (Stress) كمفهوم جامع للعوامل الموقفية الضاغطة، وللانعكاسات

النفسية والفيزيولوجية والسلوكية، وللمتغيرات الوسيطة.

(قريد صلاح الدين، 2008، ص ص 87-88)

2.2.2. مفهوم الضغط في بعض المعاجم والقواميس:

إن الأصل اللغوي للفظ (Stress) أنه حالة من الطحن أو الكبس أو العصر... فقد جاء هذا المعنى في "المعجم المختار"، حيث يشير إلى أن أصل كلمة "ض غ ط" أي ضغط اللحم أي فرمها فرما، وهو لفظ يدل على "الشدة" أو "المشقة"، وقد جاء في "المورد" لمعنى يضغط (Stress) أنها وطأة أو إجهاد وهو مشتق من ضغط (Press) بمعنى كبس أو ضغط بمعنى تحت الشعور بالوطأة أو الإجهاد، وقد جاء في "معجم علم النفس والتحليل النفسي" أن الضغط هو مجموعة من العوامل الخارجية والداخلية الضاغطة على الفرد بدرجة تولد لديه إحساسا بالتوتر أو تشويها، وإذا ما زادت شدته تفقده توازنه.

(بوزقاق سميرة، 2005، ص 33)

أما في "معجم الوجيز" (1996) فقد وردت كلمة ضغط بهذه المعاني المتعددة: ضغط، ضغطاً: عصر وزحمة، والتي تشير إلى معنى الاختناق والشعور بالضيق والظلم.

(عمر مصطفى النعاس، 2008، ص 26)

وقد جاء في معجم "مصطلحات في علم النفس والطب النفسي" أن الضغط (Stress) (قوة، ضغط) حيث يرى "سيللي" (1936) أنه كلمة تعني بالأصل حالة رد فعل جسم حي خاضع لعمل محرض ما، سمي هذا المحرض فيما بعد الضغط. (ميشيل غودفريد، 2010، ص 88) وأشار قاموس "أكسفورد المختصر" إلى أن الضغط هو "العبء أو المطلب الواقع على الجهد البدني والذهني". (وليد السيد أحمد، مراد علي عيسى، 2008، ص 126)

ويعرف "الدليل التشخيص والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية" (DSM IV, 1994) الضغوط بأنها "أعباء ترهق الفرد وتتجاوز طاقة التحمل لديه بدءاً من أحداث الحياة القوية اليومية إلى أحداث الحياة القوية والحادة، حيث تمثل تلك الضغوط محوراً هاماً وأساسياً عند تشخيص أي مرض نفسي". (أمل سليمان العنزي، 2004، ص 25)

3.2.2. تداخل مصطلح الضغط مع مصطلحات أخرى:

هناك عدة مفاهيم تتداخل مع مفهوم الضغط، أو تحمل معنى قريب منه، كما يوجد ارتباك وخط في التمييز بين الضغوط النفسية، القلق، الإجهاد، الإحباط، إلا أن هذه المصطلحات تستخدم أحيانا كمفردات مترادفة في مراجع علم النفس، إذ يشير "ستيفن" (Stephen) (1997) إلى أن مصطلح الضغوط النفسية من أكثر المصطلحات عرضة لسوء الاستخدام وسوء الفهم من قبل الباحثين.

حيث أشار "كوفر" و"آيلي" (Cover & Aili) منذ سنوات مضت إلى أن مصطلح الضغط احتل مجالا كانت تغطية من قبل عدة مصطلحات أخرى مثل: القلق Anxiety، الصراع Conflit، الإحباط Frustration، الاضطراب الانفعالي Emotional Disturbance، الصدمة Trauma، الاغتراب Aliénation، والشذوذ Anomly، كما هو الحال بالنسبة لمصطلحات أخرى. (جمعة سيد يوسف، 2000، ص257)

لذا فقد قامت "بن زروال فتيحة" (F. Ben Zarwal) (2007، ص23) بوضع محددات لهذه المفاهيم من خلال توضيح كل مفهوم على حدى:

√ **الضغط ليس قلقا:** فالقلق انفعال، في حين يعبر الضغط عن موقف يتواجد فيه الفرد ويجبره على التكيف، مفرزا بذلك مجموعة متنوعة من الاستجابات قد يكون القلق واحدا منها، وفي علاقة الضغط بالقلق يرى "لازاروس" (Lazarus) أنه بالرغم من تداخل المفهومين، فإن القلق يشكل نتيجة للإجهاد. (لوكيا الهاشمي، زروال فتيحة، 2006، ص08)

√ **الضغط ليس توترا عصبيا:** فرغم وجود علماء أمثال "مايسن" (Maison) (1975) يميلون إلى تعريف الضغط بالتوتر العصبي أو الإثارة العاطفية المفرطة، إلا أن التوتر العصبي مثل القلق يمكن أن ينتج عن المواقف المجهد.

√ **الضغط ليس دائما فرطا في الإثارة:** فقد ينتج عن بيئة فقيرة المتطلبات، كما يحدث في الوظائف الروتينية المملة، ويؤدي هذا النوع من النقص في التنبيه إلى الاكتئاب.

√ **الضغط ليس مرضاً ولا مشكلة:** فهو استجابة تمكن الفرد من التكيف مع ما يطرأ في بيئته من تعديلات وتغيرات صغيرة كانت أم كبيرة، لكن الإفراط في ذلك قد يسبب تأثيرات سلبية كالأمراض النفس-جسدية.

√ **الضغط ليس بالضرورة سيئاً ومضراً:** فالضغط في الحقيقة محايد في جوهره، وما الطابع الإيجابي أو السلبي الذي يضيف عليه إلا نتيجة لطريقة الفرد في معايشة الحدث أو الموقف الضاغط.

ومن جهة أخرى توجد عدة مصطلحات تشير جميعها إلى مضمون واحد، فكلمات الضغط (Stress)، الإحباط (Frustration)، الأزمة النفسية (Psychological Crisis)، والشدة وهي كلمات تحل بعضها محل الآخر في كتابات العلماء والباحثين، فيوضح "لازاروس" (Lazarus) أن لمصطلح الضغط معاني متعددة، بينما نجد "سبيلبرجر" (Spielberger) يستخدم مصطلح "الضغط"، ونجد "هاين" (Hiun) يستخدم مصطلح "المواقف المتطرفة"، ويرادف "سعد جلال" (S.Djalel) بين مفهوم "الضغط" ومفهوم "الشدة"، إلا أنه يكاد يوجد اتفاق بين الباحثين على نواتج الضغوط والأعراض والمؤثرات التي يستدل منها على أن الفرد واقع تحت ضغط ما، ويعد مصطلح الضغط من المصطلحات القديمة في مجال العلوم الطبيعية، ولكنه من المصطلحات الحديثة في مجال العلوم الإنسانية عامة وعلم النفس خاصة.

(وليد السيد أحمد، مراد علي عيسى، 2008، ص126)

ويستخدم مصطلح توتر وصراع ليبدل على الضغط، بينما يستخدم كل من "عبد الخالق صبوة" (A.Saboi) (1996) مفهوم انعصاب، ويستخدم آخرون مفهوم الاحتراق النفسي ومن هؤلاء "ريد" (Reed) (1979)، "جackson" (Jackson) (1981)، "بلانتون" (Blanton) (1987)، "فيولا البيلالوي" (V.Elbilawi) (1988)، ويشار إلى الضغوط في علم النفس بالضغوطات المتعددة التي لا يستطيع الفرد مواجهتها.

(عمر مصطفى النعاس، 2008، ص28)

ولا يزال الخلاف بين الباحثين العرب كذلك قائما حول ترجمة مصطلح (Stress)، حيث يرده بعض مترجميه إلى "الانعصاب" (كولز، Kolz، 1992) وهي الترجمة التي قدمها "يوسف مراد" (J.Mourad)، واستخدم البعض مصطلح "الإجهاد" أو "الشدة" (عبد المعطي، A.Elmoeti، 1989)، ويصر البعض الآخر على استخدام مصطلح "الضغط"، وحاول (الطريفي، Titri، 1994) أن يؤصل له من الناحية اللغوية ووجد أن لها استخدامات واضحة بمعناها اللغوي في مجالات الهندسة والفيزياء والطب، وبالتالي استساع نقلها إلى مجال الدراسات النفسية مع إضافة كلمة نفسي لها "الضغط النفسي". (جمعة سيد يوسف، 2000، ص256)

لذا يعتبر مفهوم الضغط في علم النفس مشكلة اصطلاحية لتعدد المعاني الموجودة لهذا المصطلح، فكلمة ضغط تعني: الشدة، الأزمة النفسية، الانعصاب، وهي كلمات يحل بعضها محل الآخر في كثير من الكتابات. (وليد السيد أحمد، مراد علي عيسى، 2008، ص125)

ويرجع السبب لهذه التعددية حسب "لازاروس" (Lazarus) إلى كثرة الميادين والمجالات التي يستخدم فيها هذا المضمون، وإلى ولع الباحثين باستخدام مفهوم دون مفهوم آخر فيه أكثر دلالة وتعبيرا في مجال تخصصاتهم. (قريد صلاح الدين، 2008، ص88)

ويعد "والتر كانون" (Walter Cannon)، "هانز سيلبي" (Hans Selye)، "ماريان فرانكنهورز" (Marianne Frankenhauser)، "ريتشارد لازاروس" (Richard Lazarus)، "كوكس" (Cox)، "ماكاي" (Mackay) من أشهر العلماء الذين ساهموا في تطور المعرفة المرتبطة بالضغط.

(وليد السيد أحمد، مراد علي عيسى، 2008، ص133)

4.2.2. اصطلاحا:

رغم الكتابات الكثيرة حول مفهوم الضغط النفسي من جانب العديد من المهتمين بالصحة النفسية والجسمية، إلا أن عبارة الضغط لا تعني الشيء نفسه لهم جميعا، والعامل المشترك في تعريفاتهم هو الحمل الذي يقع على كاهل الكائن الحي، وما يتبع من استنتاجات من جانبه ليتكيف أو يتوافق مع التغيير الذي يواجهه. (قماز فريدة، 2008، ص177)

وعليه يمكن اعتبار الضغط كمثير (مصدر لنشوء المرض)، كاستجابة (من خلال التظاهرات البيولوجية التي تستجيب لمثير بيئي)، أو كإدراك للعلاقة بين مطالب الوضعية والقدرة على استجابة العضو. (De Keyser. V, Hansez. I, 1996, p02)

بمعنى آخر يعرف الباحثون في علم النفس الضغط النفسي بعدة تعريفات وكل تعريف ينطلق من أساس محدد وواضح، فبعض التعريفات ينطلق من المثير المحدث للإثارة، ونجد آخرون ينطلقون من الاستجابة الصادرة إزاء المثير، والبعض الآخر من التعريفات يجمع بين المثير والاستجابة، بالإضافة إلى متغيرات وسيطة قد لا تكون واضحة.

(أمل سليمان العنزي، 2004، ص15)

وقد عرف العلماء الضغط من زوايا مختلفة، مما جعل البعض منهم مثل "لوبسون" (Lobson) وآخرين يوضحون صعوبة وضع تعريف مناسب للضغط يتفق عليه الجميع، لكن بإمكاننا ملاحظة وجود ثلاثة اتجاهات في تعريف الضغط، يعتبره الاتجاه الأول: مثيرا، والثاني: يعزوه إلى نتائجه أي استجابة الفرد في المواقف الضاغطة، أما الثالث: فينادي أصحابه بالتناول التفاعلي بين مسببات الضغط من جهة والاستجابات السيكوفيسيولوجية للعضوية اتجاه هذه المثيرات من جهة أخرى.

(لوكيا الهاشمي، زروال فتيحة، 2006، ص10)

وبالتالي فثمة تعريفات كثيرة لمفهوم الضغط النفسي، والتي يمكن تصنيفها إلى:

√ الاتجاه الأول: تم تعريف الضغط على أنه مثير منذ عام (1914) على يد العالم "والتر كانون" (Cannon) والذي يعني به مجموعة المثيرات الفسيولوجية و الانفعالية التي تجعل

الإنسان يتعامل معها من أجل استعادة التوازن لديه، ولذلك فإن أي ظروف مؤثرة تخل بنظام العضوية تعتبر ضغوطاً. (غربي صبرينة، دون تاريخ، ص215)
كما يركز على المثبرات أو الظروف الخارجية في تعريفه للضغوط النفسية، فيعرفها بأنها "وجود متطلبات أو تغيرات بيئية تفوق قدرة الفرد على احتمالها".

(أحمد عيد مطيع الشخانة، 2010، ص21)

ويشير مفهوم الضغط بوصفه مثيراً إلى القوى الخارجية التي تسبب تشويهاً مادياً في هيكل الجسم أو تعطيلاً لوظائفه، وعلى هذا الأساس فالضغوط تعرف على أنها "المثبرات الضارة في البيئة المحيطة، والتي قد تكون نفسية أو مادية أو اجتماعية، مؤقتة أو دائمة".

(بن زروال فتيحة، 2008، ص118)

يرى "هولمز" (Holmes) بأن الضغط هو "حادث مثير يلقي مطالب صعبة على الفرد".

(غربي صبرينة، دون تاريخ، ص215)

ويرى "تولور" (Tolor) الضغط بأنه "أي تغير يلقي عبئاً على القدرات التكيفية لدى الفرد".

(بن زروال فتيحة، 2007، ص17)

ويعرف "دافيدوف" (Davidov) (1983) الضغط النفسي على أنه "مجموعة من المؤثرات غير السارة والتي يقيها الفرد على أنها تفوق مصادر التكيف لديه، وتؤدي إلى اختلال في الوظائف النفسية والفسولوجية والجسمية لدى الفرد".

(ماجدة بهاء الدين السيد ، 2008 ، ص21)

كما عرفه "كوبر" (Cooper) (1992) بأنه "أية مثبرات أو تغيرات في البيئة الداخلية أو الخارجية تتصف بدرجة معينة من الشدة والاستمرارية بما يثقل القدرة التكيفية للفرد إلى حدها الأقصى مما يوقع الفرد في أمراض، وأن استمرار هذه المثبرات بقدر ما يؤدي إلى استجابات جسمية و نفسية غير صحية".

كما عرفه "باول" (Powell) (1994) "بأنه الأحداث والعلامات التي تحدث بعد أحداث رئيسية مهددة مثل: موت أحد الأقارب أو الإصابة بمرض جسدي أو التعرض للتهديد أو التعرض للكوارث". (غربي صبرينة، دون تاريخ، ص 215)

√ **الاتجاه الثاني:** يركز هذا الاتجاه على الاستجابات الفسيولوجية والنفسية للضغوط النفسية في تعريفها، فيعرفها- الضغوط النفسية- بأنها "الاستجابات السلوكية والانفعالية الناجمة عن وجود متطلبات تفوق قدرة الفرد على احتمالها".

وقد تأثر هذا التعريف بنتائج الأبحاث التي قام بإجرائها علماء الأحياء والطب، وبخاصة تلك التي قام بها "كانون" (Cannon) (1914) والتي تعد البدايات العلمية الأولى في دراسة الضغوط النفسية للإشارة إلى المثبرات الفسيولوجية التي تدفع الكائن الحي إلى القيام بسلوك معين بهدف استعادة حالة التوازن، وقد توصلت دراسته إلى أن الكائن الحي عندما يتعرض إلى خطر ما أو تهديد لحياته، فإن استجابته التكيفية لمواجهة تلك الأخطار تكون إما بالقتال أو الهروب، ولقد تم تطوير عمل "كانون" (Cannon) من قبل "سيلي" (H.Selye) (1964) حيث استخدم مصطلح الضغوط للإشارة إلى التغيرات الفسيولوجية التي تحدث في الجسم كاستجابة لمثبرات البيئة التي تشكل تهديداً لحياة الإنسان، والتي تمر بثلاث (3) مراحل رئيسية متتابعة:

√ مرحلة الإنذار والتنبيه La phase d'alarme.

√ مرحلة المقاومة La phase de résistance.

√ مرحلة الإنهاك La phase d'épuisement.

(أحمد عيد مطيع الشخانة، 2010، ص 22-23)

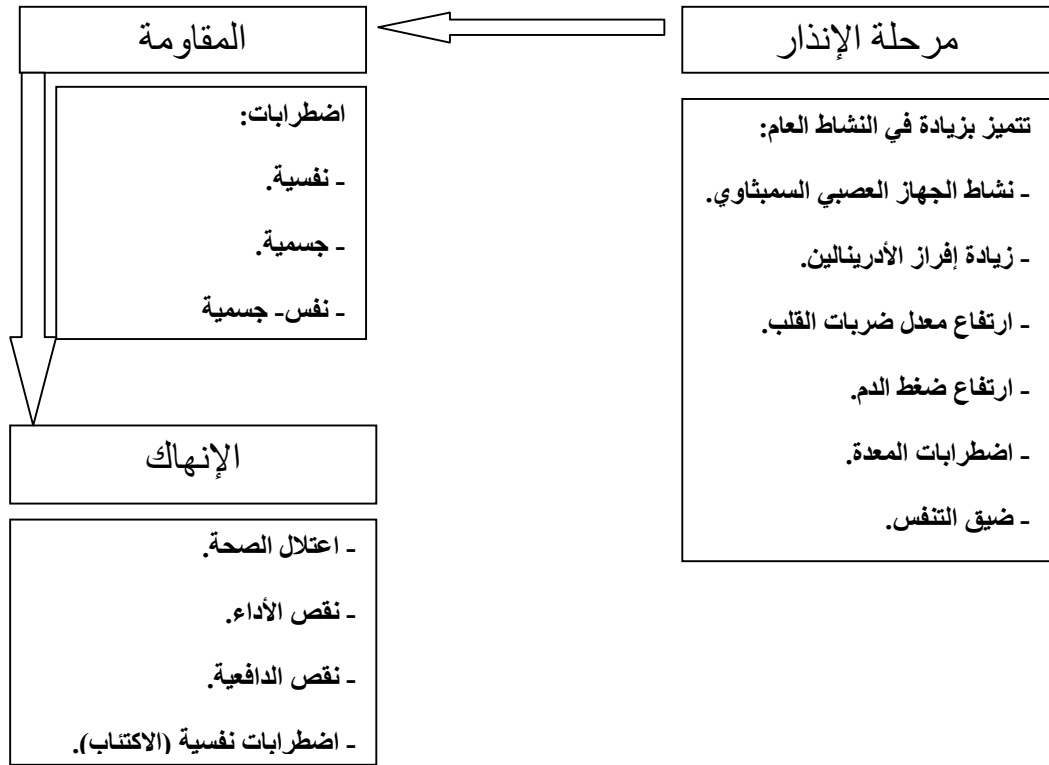
ومع استمرار التعرض للضغوط وعدم تمكن الفرد من التكيف والتغلب عليها، تستنزف طاقة الفرد وقدراته على التكيف والتغلب عليها، مما يؤدي إلى انهيار نظم ووسائل التكيف معها.

(حسين حريم، 1997، ص 378)

وعليه يمكن تلخيص هذه المراحل في الرسم التخطيطي الآتي:

الشكل(01): يوضح مراحل الاستجابة للضغوط ومظاهرها في نموذج

"سيلبي"(H.Selye).



(نشوة كرم عمار، 2007، ص31)

يوضح هذا الشكل الاستجابات الصادرة عن كل مرحلة، والخاصة بنموذج "سيلبي" بداية بمرحلة الإنذار وما ينتج عنها من إفرازات وتفاعلات هرمونية، تليها مرحلة المقاومة والخاصة بظهور جملة من الاضطرابات الجسمية، أو النفسية، أو النفس-جسدية، وفي الأخير تأتي مرحلة الإنهاك لتظهر معها العلل الخاصة بسوء التوافق مع هذه الضغوط.

يعرف "سيلبي" (1983) الضغط بأنه "الاستجابة غير المحددة للجسم اتجاه أي وظيفة تتطلب منه ذلك، سواء كانت سببا أو نتيجة لظروف مؤلمة أو غير سارة".

(أحمد نايل الغريير، أحمد عبد اللطيف، 2009، ص24)

ويعرف كذلك - "سيللي"- الضغوط النفسية بأنها "استجابة غير محددة في الجسم نحو مثير يطلب منه أن يستجيب له". (أمل الأحمد، رجاء محمود، 2009، ص16)

يعرف "كيرياكو" (Kyriaco) (1979) الضغط بأنه "استجابة فيزيولوجية ونفسية تنتج من محاولة الفرد في التوافق والتكيف مع كل الضغوط التي يتعرف عليها".

(وليد السيد أحمد، مراد علي عيسى، 2008، ص127)

ويرى "إليسون" (Ellison) بأن الضغط يمثل "استجابة كيميائية جسدية لحالة التهديد من المؤثر بهدف المحافظة على الذات، لكن تكرارها باستمرار التعرض للمؤثر يمكن أن يسبب أمراضا كأمراض القلب والتنفس وغيرها". (لوكيا الهاشمي، زروال فتيحة، 2006، ص10) واقترح كل من "كيرياكو" و"ستكلف" (Kiriaco & Sutcliff) تعريفا للضغط ويعتبرانه بأنه "استجابة لمؤثر سلبي مثل الغضب والإحباط ناتج عن إدراك الفرد بأن ما يطلب منه يشكل تهديدا لذاته، فينشط آلياته الدفاعية لتخفيف هذا التهديد".

يعرف "زمباردو" (Zimbardos) الضغط بأنه "استجابة يقوم بها الكائن لحادث يخل توازنه ويرهق أو يتجاوز قدراته على التكيف". (نفس المرجع السابق، صص 11-12)

يعرف "وولف" (Wolff) الضغط "كاستجابة لمختلف المثيرات الجسدية والنفسية، مع احتمال لتعديل أساسي لتكامل البدن (Homéostasis)".

(J. P. Bounhoure, et al, 2010, p02)

ويذهب "بيك" (Beck) (1976) في تعريفه للضغط النفسي على أنه "استجابة يقوم بها الكائن الحي نتيجة لموقف يضغط على تقدير الفرد لذاته، أو مشكلة ليس لها حل تسبب له إحباط وتعوق اتزانه، أو موقف يثير أفكارا عن العجز واليأس والاكتئاب".

(وليد السيد أحمد، مراد علي عيسى، 2008، ص128)

كما يعرف "جرينبيرج" (Gerenberg) (1984) الضغط النفسي بأنه "رد فعل فيزيولوجي وسيكولوجي وعقلي ناتج عن استجابات الأفراد للتوترات البيئية والصراعات والأحداث الضاغطة".

ويعتبر "معجم علم النفس" (1996) الضغط مصطلحا يستخدم للدلالة على نطاق واسع للحالات الناشئة كرد فعل لتأثيرات مختلفة بالغة القوة... قد تؤدي إلى تغييرات في العمليات العقلية، وتحولات انفعالية وبنية دافعية متحولة للنشاط وسلوك لفظي وحركي قاصر.

(بن زروال فتيحة، 2007، ص19)

وتعرف "عبير محمد حسن" (A. M. Hassan) (2003، ص20) الضغط النفسي بأنه "الاستجابة النفسية الجسمية لأي عوامل خارجية ضاغطة تقع على الفرد بدرجة توجد لديه إحساساً بالتوتر والضيق، وعندما تزداد حدة هذه الضغوط عليه فإن ذلك قد يفقده قدرته على التوازن ويغير نمط سلوكه عما هو عليه".

فالضغط إذن استجابة لا نوعية خاصة بالفرد الذي يخضع لمثيرات خارجية تسمى "الضواغط" (stresseurs)، هذه الأخيرة-الضواغط- يمكن أن تكون غير سارة وشاقة أو أن تكون مرغوب بها وسارة، مثال ذلك: الطلاق حدث على العموم شاق، بينما الزواج حدث على العموم سار، غير أن في هذين النوعين من الضغوط يمكن أن تشترك في نفس النوع من الاستثارة كالانفعال، الخفقان، البكاء. (Charly Cungi, 2003, p22)

√ الاتجاه الثالث: الذي يركز على التفاعل بين المثيرات الخارجية، وخصائص شخصية الفرد، فيعرف الضغوط بأنها "العلاقة التفاعلية بين الفرد وبين المتطلبات أو الظروف الخارجية"، ولا يهمل هذا الاتجاه دور العوامل الوسيطة (الشخصية، التفكير، الدعم الاجتماعي) في تعريف الضغوط النفسية، إذ يركز على التفاعل بين العضوية والمثيرات الخارجية. (أحمد عيد مطيع الشخانية، 2010، ص23)

وينظر إلى الضغط على أنه انعكاس لنقص التوافق بين الشخص والبيئة، وينظر إليه على أنه متغير وسيط بين المثير والاستجابة. (حسين علي فايد، 2005، ص197)

كما ينظر للضغط على أنه محصلة لتفاعل الإنسان مع البيئة التي يتواجد فيها، ويرى أن الضغط هو علاقة ديناميكية بين الفرد وبيئته، ومن ممثلي هذا الاتجاه "لازاروس" و"فولكمان" (Lazarus&Folkman) (1984)، حيث يرى هذان الباحثان أن الشعور بالضغط لا يكون أوتوماتيكيا، ولكن يتوقف على تقويم الشخص له.

(محمد مقداد، محمد المطوع، 2004، ص261)

يرى "لازاروس" (Lazarus, 1966) أن الضغط ظاهرة خاصة بين الفرد والبيئة، فإذا ما أدرك الفرد أن هذه البيئة ترهقه وتفق قدراته وتهدد توازنه استجاب لها، أي أن الضغط يتجدد من منطلق مهم هو تقييم الفرد للموقف الضاغط بغض النظر عن نوعه، أي أنه ليس مثير ولا استجابة بل العلاقة بين المثير والاستجابة في تقييم هذا الموقف.

(غربي صبرينة، دون تاريخ، ص216)

وتتدرج أكثر التعريفات الحديثة ضمن الاتجاه التفاعلي، بحيث تهتم بتقييم الفرد للأحداث، فيرى "لازاروس" أن الضغط ليس مثيرا ولا استجابة، بل هو علاقة بين الفرد وبيئة يقيمها هذا الأخير بأنها مرهقة، وتفق قدراته، وتعرض وجوده للخطر مشيرا بذلك إلى العمليات الوسيطة بين المثير والاستجابة. (لوكيا الهاشمي، زروال فتيحة، 2006، ص ص12-13) فيعرف "لازاروس" و"فولكمان" (Lazarus&Folkman) الضغط النفسي بأنه "العلاقة بين الفرد والبيئة، والتي يعتقد أنها ترهق أو تفوق طاقاته وتعرض سعادته للخطر".

(وليد السيد أحمد، مراد علي عيسى، 2008، ص128)

أو بعبارة أخرى يرى كل من "لازاروس" و"فولكمان" (1984) أن الضغط النفسي عبارة عن "علاقة خاصة بين الفرد والمحيط، والتي تقيم من الفرد كتجاوز لمصادره وتهديدا لراحته". (Ofra Hazanov- Boskovitz, 2003, p15)

ويعرف "لازاروس" (1984، 1966) الضغط بأنه "نتيجة لعملية تقييمية يقيم بها الفرد مصادره الذاتية ليرى مدى كفاءتها لتلبية متطلبات البيئة، أي مدى الملائمة بين متطلبات الفرد الداخلية والبيئة الخارجية". (أحمد نايل الغرير، أحمد عبد اللطيف، 2009، ص24)

كما يعرف "سبيلبرجر" (Spielberger) (1979) الضغط بأنه " مجموع التفاعلات بين الفرد ومحيطه في الضغوط المرتبطة باستجابات القلق في إدراكه للتهديد".

(M. Dumont, B. Plancherel, 2001, p13)

يعرف كل من "كوكس" و"مكاي" (Cox & Mackay) (1976) الضغط على أنه "نتيجة التعامل بين الفرد وبيئته"، فحسب "ماكجراث" (Mac Grath) (1970) الضغط هو "نوع من اللاتوازن بين المطالب والقدرة على الاستجابة له في ظل ظروف يدرك فيها الفشل في تلبية المطالب على أن له عواقب مهمة". (بن زروال فتيحة، 2007، ص 20)

يرى "بيرفن" (Pervin) (1968) أن الضغط هو "العلاقة بين الفرد والبيئة، وعندما يدرك الفرد بأن إمكانياته تكفي للتعامل مع مطالب البيئة، لكن بعد بذل الكثير من الجهد يشعر في تلك الحالة بمقدار متوسط من الضغط، أما عندما يدرك أن إمكانياته لا تكفي لسد الحاجات البيئية، فإنه في تلك الحالة يعاني من الضغوط بشكل كبير".

(وليد السيد أحمد، مراد علي عيسى، 2008، ص ص 129-130)

وغالبا ما يستخدم للتعبير عن السبب والنتيجة في آن واحد، وذلك نتيجة للخلط القائم بين العوامل المسببة للشعور بالضغط، وبين نتيجة الضغط، وهي الشعور بالضغط النفسي (Stress)، كما يعد بعض الباحثين الضغوط النفسية والقلق من الجوانب الانفعالية الناجمة عن الإحباط، ويؤكد "كوكس" (Cox) (1978) أن مصطلح الضغوط النفسية لا يزال غامضا وغير محدد، حيث لا يوجد له تعريف شائع ومتفق عليه، على الرغم من شيوع هذا المفهوم، ونظرا لوجود اختلافات في تعريف الضغط، واختلافات في المصطلحات البديلة للضغوط النفسية المستخدمة في المواقف المختلفة. (أحمد عيد مطيع الشخانة، 2010، ص 20)

وقد صنفت "ابن زروال فتيحة" (F. Ben Zarwal) (2001، ص 30) مفهوم كلمة ضغط على النحو الآتي:

*الضغط عبارة عن قوة (حافز خارجي أي عامل طبيعي أو نفسي) تمارس على جسم ما فتؤدي إلى ظهور توتر وتشوه الجسم.

*الضغط هو نتيجة عامل ضاغط (Stressor)(طبيعي، نفسي، أو اجتماعي) تظهر في تعابير متنوعة (مظهر عقلي، نفسي، بيولوجي) في وجود عوامل مساعدة (الزمن، الاستعداد الوراثي...).

*الضغط هو نفسه الضاغط، أي أن عامل الضغط هو نتيجة الضغط نفسه على مختلف الأبعاد الفردية.

*الضغط عبارة عن تفاعل دينامي بين عامل خارجي يواجه الفرد في زمان ومكان معينين، فيستخدم دفاعاته الذهنية والبدنية لمواجهة.

ويرى "محمد حسن غانم" (M.H.Ganem) (2009، ص287) أن تعريفات الضغط تتميز ب:

- عدم الاتفاق بين الباحثين على ترجمة كلمة Stress فمرة تترجم على أنها: ضغط، أو إجهاد، أو انعصاب، أو أحداث الحياة، أو صدمة، أو كارثة، أو أزمة...الخ.
- التركيز على مصادر الضغوط إما بأسلوب عام في حين أن بعض التعريفات تميل إلى تأكيد بعض مصادر هذه الضغوط (الأحداث الضاغطة الخارجية).
- التأكيد على أن المشكلة ليست في نوعية الضغوط، بل في كيفية إدراك الفرد لهذه الضغوط.
- إن رد الفعل اتجاه الضغوط يختلف من فرد إلى آخر، بل في الفرد الواحد من موقف لآخر.
- أن النتائج مترتبة على الضغوط في الغالب يكون لها آثار سلبية.

3.2. أعراض الضغط النفسي:

هناك علامات وأعراض متنوعة تظهر نتيجة التعرض للضغوط النفسية:

1.3.2. الأعراض العضوية: وتتمثل فيما يلي:

- أعراض الجهاز العصبي: تظهر في توتر العضلات في الرقبة والظهر، مما يسبب الرعشة، الصداع التوترى، وبرودة الأطراف.
- أعراض الجهاز الهضمي: تظهر في صورة حموضة المعدة، غثيان، غازات، إمساك، فقدان الشهية، إسهال.
- مشكلات النوم: تتمثل في أرق بداية النوم، أو نهايته، أحلام مزعجة.
- آلام متعددة: تظهر في ألم الأسنان على سبيل المثال.
- اضطراب في القلب: كزيادة في ضربات القلب.
- اضطراب التنفس: كصعوبة التنفس، ألم في الصدر.
- اضطرابات جنسية: كالبرود جنسي، أو العجز الجنسي.

(علي إسماعيل عبد الرحمان، 2008، ص45)

إضافة إلى ضغط الدم، الإنهاك، الشقيقة، آلام الظهر، اضطراب التنفس، اضطرابات المعدة (كرة في المعدة، مغص، تشنجات، فرط الحموضة)، الاضطرابات القلبية - الوعائية (ارتفاع الضغط، زيادة الكولسترول، زيادة في الأدرينالين، ارتفاع السكر)، قلة المضادات في الجسم أي مقاومة أقل وأمراض كثيرة. (Ariel. P. Haemmerle, 2003, p42)

2.3.2. الأعراض النفسية الانفعالية: وتتمثل في: الشعور بالضيق، الكآبة، الحزن، فقدان

الاهتمام، سرعة الاستثارة، فرط النشاط، عدم الاستقرار الحركي والنفسي، الغضب، صعوبات الكلام، الملل، الخمول، التعب، الإنهاك، ضعف التركيز، التشويش الذهني، السلبية، عدم القدرة على اتخاذ القرار. (علي إسماعيل عبد الرحمان، 2008، ص46)

إضافة إلى العصاب، العدوان، سرعة الغضب، الحذر، القلق، الحصر، اضطراب النوم، الاكتئاب. (Ariel. P. Haemmerle, 2003, p42)

هذا عن أعراض الضغط النفسي بصفة عامة، في حين يرى "سمير شيخاني" (S.Chikhani) (2003، ص ص18-19) أن أعراض الضغط النفسي تتمثل فيما يلي:

√ الأعراض الجسدية: تتمثل في:

تغيرات في أنماط النوم، التعب، تغيرات في الهضم (الغثيان، القيء، الإسهال)، فقدان الدافع الجنسي، آلام الرأس، آلام وأوجاع في أماكن مختلفة من الجسم، العدوى، عسر الهضم، الدوار، الإغماء، التعرق، تنمل اليدين والقدمين.

√ الأعراض العقلية: تتمثل في:

فقدان التركيز، انحطاط في قوة الذاكرة، صعوبة اتخاذ القرار، التشويش والارتباك، الانحراف عن الوضع السوي، نوبات الهلع.

√ الأعراض السلوكية: تتمثل في:

تغير في الشهية، اضطرابات الأكل (فقدان الشهية، أو الشره)، الزيادة في تناول الكحول والعقاقير، الإفراط في التدخين، القلق مع حركات عصبية، قضم الأظافر، وساوس المرض، الأعراض العاطفية، نوبات الاكتئاب، حدة الطبع، نوبات الغضب الشديد.

√ الأعراض المعرفية: تتمثل في:

التفكير غير العقلاني، التردد، فقدان الثقة، ضعف التركيز، الشرود أو النسيان، اتخاذ قرارات غير مدروسة، تدني احترام الذات. (<http://assps.yourforumlive.com>)

الجدول(01): يبين المظاهر الفسيولوجية المعرفية والسلوكية للضغط النفسي.

الرقم	المظاهر الفسيولوجية	المظاهر المعرفية الإدراكية	المظاهر السلوكية
01	- زيادة إفراز الإبنفرين والنورابنفرين في الدم.	- زيادة القلق والتوتر.	- يحدث تغيير وعدم استقرار لدى الفرد.
02	- اتساع في حدقة العينين.	- قد يحدث تشوش في الإدراك.	- هياج وتشنج وصراخ أحيانا.
03	- زيادة عدد مرات التنفس (معدل التنفس).	- عدم قدرة الفرد على حل المشكلات التي تواجهه.	- استخدام أو إساءة استخدام ميكانيزمات الدفاع.
04	- زيادة ضربات القلب.	- عدم القدرة على التركيز.	- اضطراب في وظائف الفرد الروتينية.
05	- ارتفاع في ضغط الدم الأساسي.	- تتركز عمليات الانتباه المعرفي والإدراكي على التخلص من القلق.	- فقدان الشهية للأكل مع أرق.
06	- عسر الهضم، ارتفاع معدل السكر في الدم.	- تثبيط عملية التعلم.	- ظهور سلوك قهري وشاذ.
07	- زيادة الاستقلاب.	- الأفكار ربما تعكس وجود وساوس وتأملات.	- يعتمد ذلك على مستوى القلق الحالي.
08	- زيادة الدهون في الدم، والكوليسترول، الشحوم.	- الخوف من حدوث جلطة قاتلة.	- الخوف من الموت.

(عبد الكريم قاسم، 2002، ص343)

4.2. آثار الضغط النفسي:

يمس الضغط النفسي نواحي كثيرة تتداخل فيما بينها، ويمكن تصنيفها كالآتي:

√ الناحية السلوكية:

ويقصد بها مختلف التغييرات السلوكية الفردية التي تحدث نتيجة موقف مجهد، والتي تترجم جانبا آخر هو الجانب الفكري وتحدد جانبا آخر وهو الجانب الفكري (المعرفي)، ويمكن تمييز نوعين منها:

- إما أفعال ظاهرة مقبولة كحل المشكلات، إنجاز الأعمال... الخ.

- أو أفعال وحركات ظاهرة غير مقبولة: كالعدوانية، الصراعات المهنية، اضطرابات التركيز، الهروب من المسؤولية، الإهمال واللامبالاة، الخلافات العائلية، تعاطي الكحول، التدخين المستمر.

√ الناحية النفسية:

عندما يعجز الفرد عن مقاومة المواقف المجهدة باستجابات سلوكية، أو لا تساعد هذه الأخيرة على حل المشكلة بل تزيد من تعقدها، يرتفع الضغط النفسي لديه، فيستجيب سلبيا وبالتالي تظهر عليه أعراض نفسية - سلوكية: كالتعب، نقص الحيوية، الانطواء، الإرهاق، القلق الذي يشعر به عند مواجهة أبسط المشكلات، إضافة إلى أعراض أخرى: كالتهيج العام، القابلية للإثارة، الاكتئاب، عدم الثبات الانفعالي، الأرق... وقد يؤدي الضغط النفسي الحاد في بعض الأحيان إلى أمراض نفسية وعصبية كالانهيار العصبي الكامل.

√ الناحية الجسمية:

يظهر تأثير الضغط النفسي على هذه الناحية من خلال مجموعة من الأعراض الجسمية أو النفسية الجسمية منها: توتر عضلات الرقبة والأكتاف والظهر، آلام البطن التي تؤدي إلى الإمساك أو الإسهال، الاضطرابات الجنسية، ضيق التنفس، اضطرابات النوم (الأرق، عدم القدرة على الاستمرار في النوم، الكوابيس...)، الصداع النصفي، ضعف المناعة (إصابات متكررة بالمرض)، الوهن العضلي، أمراض القلب، القرحة المعدية، الربو الشعبي.

(بن زروال فتيحة، 2008، ص ص 121-122)

5.2. أنواع الضغط النفسي:

تتفاوت الضغوط التي يواجهها الناس، فمنها الضغوط الخفيفة أو المعتدلة أو الشديدة، ومن الضغوط ما هو مؤقت، ومنها ما هو مستديم، كما أن الناس يتفاوتون في استجاباتهم لنفس الضغوط تبعاً لشخصيتهم، وقدراتهم في الاستجابة والتكيف، وإدراكهم للضغوط ونتائجها عليهم، ومدى تحملهم، وما يتمتعون به من دعم ومؤازرة. (حسين حريم، 1997، ص380)

أما "ثيرول" (Theorell) (1970) فقد قسم مثيرات الضغط إلى حادة ومزمنة، الأولى: تعني تغيرات الحياة التي يمر بها الشخص، والثانية: مجموع التقديرات الكلية للأحداث وعدد الأحداث التي تعرض لها المبحوث بالفعل. (جمعة سيد يوسف، 2000، ص259)

1.5.2. الضغط النفسي الحالي: هو نتيجة موقف معين (مسابقة مثلاً) وإذا تم التحكم به يصبح فعالاً.

2.5.2. الضغط النفسي المتوقع: يرتبط بدخول امتحان معين، ويكون ضاراً عندما يعطيه الفرد أهمية كبيرة.

3.5.2. الضغط النفسي الحاد: هو استجابة الفرد لتهديد فوري مباشر، وهو ما يسمى بالصدمة، حيث يجد الفرد نفسه في موقف يهدده ولا يستطيع منعه.

(وليد السيد أحمد، مراد علي عيسى، 2008، ص138)

وتتمثل الأحداث الحادة كذلك في: الحوادث، الوفاة بطريقة قاسية، الكوارث الطبيعية، الطرد من العمل، وغيرها التي تحمل معها مختلف الضغوط، والتي تكون غير متوقعة، غير مراقبة، مرتفعة الشدة، وتمثل في غالب الأحيان ضغوطاً كبرى (des stress majeurs).

(Daniel Gloaguen, sans date, p11)

ويصنف الضغط الحاد بأنه قلق كلاسيكي، يتسبب في توليد أعراض مرضية، وتبدأ أعراضها تظهر عند الشخص بعد مضي شهر من تاريخ تعرضه إلى الضغوط وتستمر شدتها لمدة يومين على الأقل، ومن ثم تأخذ بالتلاشي التدريجي مدة أربعة أسابيع.

(ديانا هيلز، روبرت هيلز، 1999، ص ص 82-83)

فالضغوط الحادة هي الأكثر انتشارا نتيجة متطلبات الماضي القريب والمتطلبات المتوقعة للمستقبل، وهذه يمكن أن يمر بها معظم الناس مثل: فقدان عقد مهم، ترك وظيفة، وغيرها، وهي لا تحدث التدمير كما هو الحال في الضغوط المزمنة. (أحمد توفيق، 2006، ص 61) وتتمثل أعراض الضغط الحاد في: خفقان القلب بسرعة وبقوة، تتشنج العضلات، تزداد سرعة التنفس، يجف الفم، التعرق، الإحساس باضطراب في المعدة.

(ناتالي بيرغ، 2004، ص 10)

4.5.2. الضغط النفسي المزمن: هو نوع من الضغوط التي تطحن الناس يوما بعد يوم وشهرا بعد شهر وسنة بعد سنة، والأمر أسوأ بالنسبة للضغوط المزمنة، حيث أن الناس تتعود عليها، وعليه فالناس ينتبهون للضغوط الحادة لأنها مستجدة عليهم، ولكنهم يتجاهلون الضغوط المزمنة لأنها قديمة ويعتادون عليها.

(حسين أحمد حشمت، مصطفى حسين باهي، 2006، ص ص 23-24)

فالضغط المزمن هو نتيجة لأحداث منهكة تتراكم مع الزمن في شكل سلسلة من الضغوط المتراكمة. (وليد السيد أحمد، مراد علي عيسى، 2008، ص 138)

وفي غالبية الحالات الضغط يكون مزمنا، والعامل الضاغط يتميز بأنه متكرر ونفسي، ويعيش الفرد تحت توتر دائم مما يدخله في خطر الإنهاك.

(Daniel Gloaguen, sans date, p11)

5.5.2. الضغط الإيجابي:

الضغط النفسي عبارة عن العنصر المجدد للطاقة التكيفية لكل من العقل والجسم، فإذا كانت هذه الطاقة يمكنها احتواء المتطلبات، وتستمتع بالاستثارة المتضمنة فيها، فإن الضغط يكون مقبولا ومفيدا، أما إذا كانت لا تستطيع احتواء المتطلبات، ووجود الاستثارة يضعفها، فإن الضغط لا يكون مقبولا وغير مفيد بل يكون ضارا.

(حسين أحمد حشمت، مصطفى حسين باهي، 2006، ص ص 23-24)

كما يعتبر الضغط عنصرا طبيعيا لا مفر منه، وهذا نظرا للمواقف الضاغطة والمهددة التي يتعرض لها الفرد باستمرار، حيث يقوم الضغط بواسطة استجابات بيوكيميائية دالة عليه بمساعدة الفرد على مقاومة مثل هذه المواقف، وذلك من أجل السيطرة عليها وتعديلها، وبالتالي التخفيف من حدتها ليصل بذلك إلى نوع من التكيف مع ذاته ومع بيئته، ويظهر هذا الأخير من خلال:

* **الجانب الجسدي:** يحدث الضغط بطريقة مباشرة أو غير مباشرة تحسينات عديدة في هذا الجانب لتنشيط الجهاز الدوري، التنفسي، وغيرهما.

* **الجانب الفكري:** يتعلق بمختلف العمليات العقلية التي يعمل الضغط كمحفز على نضجها وتنميتها.

* **الجانب النفسي/السلوكي:** يتمثل في تعلم الفرد أنماطا سلوكية جديدة نتيجة اكتشافه لمجموعة من الخبرات الحياتية التي تعرض لها، والتي تساعد على حل المشكلات والاستعداد النفسي لها.

* **الجانب العلائقي:** ذلك عن طريق قدرة الفرد على التكيف مع المستجدات الخارجية وحسن تصرفه مع المواقف الاجتماعية الجديدة. (بن زروال فتيحة، 2008، ص ص 119-120)

وقد تحدث بعض الباحثين أمثال: "سيلبي" (1974) "إيفرلي" "روزنفيلد" (Selye, 1974, Everly&Rosenfeld, 1981) عن الضغط السار أو الإيجابي (Eustress) والذين يعتقدون أنه يظهر كتابع للأحداث الممتعة كالنجاح على سبيل المثال.

(Bryan Hiebert, 1984, p16)

فالضغط الإيجابي يزودنا بالطاقة التي نحن بحاجة لها، وذلك لجعلنا في حالة نشاط وديناميكية، والتي تسمح بالعيش في توافق مع حالة الضيق، ومقاومته وإعطاء الأفضل لنا.

(D. Carnegie, 2000, p15)

ويرتبط بوجود درجة مناسبة من الضغط والتوتر تدفع الفرد للعمل بشكل متتبع محققا لأهدافه. (وليد السيد أحمد، مراد علي عيسى، 2008، ص138)

حيث يمثل الجانب الإيجابي قدرة الكائن الحي على التحكم في مصادر الضغط، ويشير "جكسنتمهالي" (Csikszentmihalyi) إلى أن المتعة في ما يقوم به الفرد تظهر في الحدود بين الملل والقلق. (علي عسكر، 2000، ص25)

فليس من الضروري أن تكون الضغوط لها تأثير سلبي، فالقدر الخفيف من الضغوط يمكن أن يكون في بعض الأحيان مفيدا. (أحمد توفيق، 2006، ص61)

وتوصل "لوفي" (Levi) إلى وجود نوعين من الضغط: نوع مفيد لبقاء الفرد، ونوع ضار لنموه، وأكد أن الضغط شيء طبيعي في حياتنا ومن المستحيل تجنبه، وأن الإنسان يحتاج إلى قليل من الضغط المعقول. (مخلوف سعاد، 2005، ص25)

كما يوضح "كابلان" (Caplan) (1981) بأن الضغوط النفسية قد تكون في بعض الأحيان قوة دافعة إيجابية ومبعثا للحبوية والنشاط، تساعد الفرد على تحقيق أهدافه عن طريق مضاعفة مجهوداته ونشاطاته. (أمل سليمان العنزي، 2004، ص16)

6.5.2. الضغط السلبي:

هو عبارة عن الضغوطات التي يواجهها الفرد في العائلة أو العمل أو العلاقات الاجتماعية، والتي تؤثر سلبا على الحالة الجسدية والنفسية، وتؤدي إلى أعراض مرتبطة بالضغط النفسي كالصداع، آلام في المعدة، التشنجات العضلية، الأرق، وغيرها.

(ماجدة بهاء الدين السيد ، 2008 ، ص25)

ويعرفه "إليسون" (Ellisson) على أنه "عبارة عن استجابة كيميائية جسدية لحالة تهديد من مؤثر معين بهدف المحافظة على الذات، ولكن باستمرار تعرضه للمؤثر يمكن أن يسبب له أمراضا كأمراض القلب والسرطان... والضغط بهذا المفهوم يختلف باختلاف العوامل الضاغطة من حيث شدتها، تكرارها... وعادة يحدث نتيجة شعور الفرد بحالة من الإنذار المبكر حينما يدرك الموقف الذي يعيشه، فيزيد الجسم من إفراز هرمون الأدرينالين في الدم، ويدخل سلسلة من التغيرات الفيزيولوجية كزيادة ضربات القلب ووتيرة التنفس... الخ، وإذا لم تجد هذه الطاقة المعبئة طريقة تصريف عضلي، فإنها تنقلب على الجسم وتحطمه مما يؤثر على الوظيفة العضوية.

(بن زروال فتيحة، 2008، ص120)

وترى "ألين" (Allen) أن تعرض الفرد للمواقف الضاغطة الصعبة يكون لها تأثير سلبي، فتجعل الفرد عاجز عن تحقيق أهدافه، وأيضا يعجز عن التفاعل مع الآخرين، ومن ثم ظهور الأعراض النفسية والجسمية.

(وليد السيد أحمد، مراد علي عيسى، 2008، ص138)

فمن النتائج السلبية للضغط النفسي على الجسد نجد: الأرق، التجاعيد، فرط التوتر، الخفقان، آلام الظهر، مشاكل البشرة، المعدة، إنتانات، العجز الجنسي، والتي تنعكس على العلاقات الاجتماعية وعلى النجاعة في العمل، وتظهر في: القابلية للغضب، فقدان القدرة على السماع، انخفاض القدرة على التركيز، الانسحاب، وتكون هذه الأعراض نمطية تسمى: الإرهاق

(D. Servan-Schreiber, 2003, pp72-73). (Surmenage).

فقد يكون للضغط المفرط والممتد تأثير مؤذ على الصحة العقلية والجسدية والروحية، وإذا ما تركت مشاعر الغضب، الإحباط، الخوف، الاكتئاب، المتولدة من الضغط دون حل فإنها

تستطيع أن تطلق تشكيلة من الأعراض، والضغط يعد عامل مساعد على إحداث حالات ثانوية نسبيا كالصداع، الاضطرابات الهضمية، الاضطرابات الجلدية، الأرق، ويمثل كذلك دورا مهما في الأسباب الرئيسية للموت: كالسرطان، الأمراض القلبية الشريانية،... وغيرها.

(سمير شيخاني، 2003، ص13)

ويصبح الضغط مشكلة عندما يكون هناك الكثير منه، عندما يدوم طويلا، أو عندما يحدث غالبا، عندئذ يبدأ بإحداث أعراض غير مرضية وإيذاء الجسم، وهذا هو الضغط السلبي الذي يسميه "سيللي" ب"المحنة".

وقد أكد كل من "ماير" و"سوتن" (Mayer&Sutton) (1996) أن الضغوط تؤدي إلى الاضطراب النفسي والعقلي والعاطفي، مما يؤدي إلى فقدان الطاقة والثقة و ضعف الأداء و السلبية اتجاه الآخرين.

ولقد اعترف الباحثون بوجود نوعين من الانفعالات، يعتبر أحدهما إيجابيا والآخر سلبي، ومن بين هؤلاء الباحثين "هانز سيللي" الذي كان أول من عرف الانفعال النفسي البدني وشبهه ب"ملح الحياة"، وإن شدة الانفعال هي التي تضر بالجسم والسلوك، فقد يصل الأمر إلى ظهور أمراض نفسية جسدية (Les maladies Psycho-somatiques) وقد تحدث انحرافات سلوكية أهمها: شرب الخمر، الكحول، تناول المخدرات.

(محمد نصر الدين ياحي، 2000، ص06)

أشار "ألين" (Alen) (1983) إلى أن تعرض الفرد للمواقف الضاغطة قد يكون له تأثيرا إيجابيا يدفعه إلى تحقيق ذاته، وقد يكون له تأثيرا سلبيا يجعله يعجز عن تحقيق أهدافه، و يعجز أيضا عن التفاعل مع الآخرين، ومن ثم ظهور الأعراض النفسية.

وأكد كل من "أبو سريع" و"رمضان محمد" (Abou Sarie& R.Mohamed) (1994) على أن الضغوط ليست كلها سيئة على الإطلاق، كما أنها ليست كلها جيدة على الإطلاق، وإنما هو متصل بين قطبين يضم العديد من المحددات والمتطلبات التي تتعلق بكل من العقل والجسم، فالضغوط هي مطلب من مطالب الطاقة الجسمية، و تبعا لطبيعة ومدى

هذه الطاقة تتم الاستجابة على نحو ما، فإذا كانت طاقتنا جدية وكافية فإننا نستجيب بطريقة جيدة و إذا لم تكن كذلك فإننا نستسلم و ننهار. (هشام عبد الرحمان خولي، 2007، ص63)

7.5.2. اضطراب الضغوط التالية للصدمة: (Post Traumatic Stress Disorder)

يرمز له ب (PTSD) يعرف في الطبعة المنقحة في "الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع المنقح" (DSM-IV-TR,2000) الذي صدر عن جمعية الطب النفسي الأمريكية بأنه "حدث كبير وجسيم وفجائي، خارج عن النطاق المألوف واستثنائي وخطير، مما يدخل الأفراد في دوامة من العجز للتكيف معه، وتتمثل في الأفعال المقصودة (الاعتداء الجسدي، الاغتصاب، السرقة، السطو بالقوة، أعمال إرهابية، الحروب) والحوادث العامة (حوادث الطرقات، الحرائق، حوادث العمل، حوادث صناعية) والكوارث الطبيعية (الزلازل، الفيضانات، الأعاصير،...الخ). (محمد الصغير شرفي، سليمان جار الله، 2009، ص19)

8.5.2. الضغوط المادية:

لم ينشأ الاهتمام المستمر والمتنامي بالضغط من فراغ، بل إن ما تتكبده المؤسسات والمجتمعات من جراء تأثيراته السلبية من خسائر تقدر بالملايير، كفيل بجعله بؤرة اهتمام تنظيمات متنوعة، وذلك حسب تنوع أنشطة الإنسان ومناحي حياته (السياسية، الاقتصادية، العلمية، التربوية، الاجتماعية)، لذا فقد قامت منظمة الصحة العالمية (OMS) بإيراد ندوة وزارية أوروبية حول الصحة العقلية من أن كلفة الضغط في البلدان الخمسة عشر (15) أعضاء الاتحاد الأوروبي قبل (2004) تتمثل في المتوسط ما بين (3 و4%) من المنتج الوطني الصافي، أي ما يعادل (265 مليار سنويا)، كما قدر كل من "كارازاك" (Karasek) و"تيورال" (Theorell) (1990) هذه الكلفة في الولايات المتحدة الأمريكية ب(150مليار دولار). (بن زروال فتيحة، 2007، ص ص04-05)

ويقرر "بيتر هانسون" (Peter Hanson) أن اقتصاد أمريكا الشمالية يخسر سنويا حوالي (200 بليون دولار) بسبب الضغوط، وأن الضغوط مسئولة عن (80%) من الأمراض، وتتسبب في وفاة الملايين من البشر سنويا، كذلك يرى أن الإنسان الخاضع

للضغوط والذي لا يعرف كيف يواجهها بشكل صحي كثيرا ما يستجيب استجابة مرضية بالتدخين أو الإدمان على المخدرات. (خالد محمود عبد الوهاب، 2006، ص81)

9.5.2. الضغوط الخارجية: هي صعوبات في التعامل مع المحيط الاجتماعي، عدم القدرة على مواجهة المشكلات وتحمل الصدمات كالخسائر المادية، موت شخص عزيز.

(محمد علي كامل، 2004، ص09)

10.5.2. الإنهاك النفسي (الاحتراق النفسي): Burnout

هو مصطلح شاع استخدامه في اللغة الأنجلوسكسونية، ويستخدم بشكل مفرط مرادفا للضغط المهني، فحسب مقاربة التحليلي "فروندبرجر" (H.J.Frendenberger) (1974) فإنه يشير إلى إرهاق يصيب على الأخص أصحاب المهن ذات الطابع الاجتماعي (الصحة، التعليم، الحماية المدنية... وغيرها) باعتبارها مهنا مرتبطة بشكل مباشر بالعلاقات والانفعالات بين الأشخاص، كما يعتبر تناذر الاحتراق النفسي استجابة لضغط مزمن يعبر عنها من خلال: إرهاق جسدي، نفسي، معرفي، يتميز بالشعور بالعجز واليأس، انخفاض تقدير الذات، فقدان الحماس في الحياة عموما، وفي العمل خصوصا.

(بن زروال فتيحة، 2007، ص24)

لذا فهو حالة من استهلاك القوى الجسدية والعقلية والعاطفية مجتمعة، وتنشأ من النتائج التراكمية للإجهاد المتواصل، وبالتالي هي حالة من الاستنزاف التدريجي للطاقة، وإذا استمرت هذه الحالة يحدث تدهور للجهاز العضوي.

(ماجدة بهاء الدين السيد ، 2008 ، ص24)

ففي أعمال كل من "الدويتش" و"برودسكي" (Eldewich&Brodsky) (1980) و"جولمبيوفسكي" (Golembiewski) (1983) قاما بتمييز أربع مراحل متتالية في تطور الاحتراق النفسي:

√ حماس، اندماج، بداية مستوى مرتفع من الطموح، يليها إحباط تدريجي راجع إلى قلة النجاح وعدم كفاية الموارد المتاحة.

√ يؤدي هذا التباعد بين المتطلبات والموارد المتوفرة إلى ضغط يظهر من خلال تعب نفسي متزايد.

√ إذا استمر التباعد يؤدي للضغط والخيبة بالفرد إلى تطوير استجابات دفاعية كالتشاؤم، اللامبالاة، العدوانية اتجاه المحيط المهني.

√ وأخيرا يبدأ الانسحاب والانفصال الانفعالي مؤديا إلى بلادة عامة، فيشعر الفرد بأنه مستنفذ ومحترق من الداخل. (بن زروال فتيحة، 2007، ص ص 24-25)

√ كما يصنف الضغط النفسي إلى:

❖ الضغط المتوقع: Anticipatory stress

هو استجابة الفرد لضغط متوقع، فيحضر الذهن الجسم سلفا للتغيير، ويعتبر هذا الأخير مفيدا لتعديل درجة الضغط لأنه يحضر الذهن والجسم سلفا لأحداث على وشك الوقوع، لكنه يصبح ضارا عندما تضخم الأحداث بنتائجها السلبية.

❖ الضغط الحالي/الجاري: Current stress

ينشأ هذا الضغط ويتراكم خلال تجربة الضغط، إذ يستثار الجسد استثارة شديدة كاليقظة الشديدة أثناء مناقشة أو كتدفق طاقة متسابق في المائة متر الأخيرة، فإذا تم ضبط هذا الضغط يصبح حيويا وفعالا لإنجاز العمل انجازا جيدا.

❖ الضغط المتبقي: Residual stress

هو الذي يتراكم أو يبقى بعد انتهاء خبرة الضغط أو الموقف الضاغط، إذ يبقى الجسم في حالة استثارة ويقظة بعض الوقت بعد انتهاء الموقف الضاغط.

(نفس المرجع السابق، ص 48)

- ويميز "وليام بلوكر" (William Bloker) نوعين من الضغط:
- **الضغط المفيد (L'eustress)(Le bon stress):** الذي يعبر عنه بـ"ملح الحياة"، وذلك نظرا للدور الهام الذي يلعبه الضغط في تنشيط الجهاز الفسيولوجي للعضوية التي تستجيب عن طريقه للمواقف المهددة التي تعترضها.
- **الضغط المضر (Le distress)(Le mauvais stress):** الذي إذا بلغ مستوى معين من الشدة قد يسبب أضرارا معتبرة جسمية كانت أو نفسية.

(ابن زروال فتيحة، 2001، ص34)

- وأشار "يوسف ميخائيل أسعد" (Y.M.Assaad) إلى نوعين من الضغط النفسي:
- **الضغط النفسي المؤقت:** الذي يكون حالة طارئة نتيجة موقف محدد بالذات.
- **الضغط النفسي المزمن:** الذي يكون نتيجة لأسباب متراكمة أحدثت ضغطا نفسيا مزمنا ملازما للحالة النفسية للفرد. (مخلوف سعاد، 2005، ص26)

➤ وقد قسم "أبتير" (Apter)(1989) الضغوط إلى نوعين هما:

• **ضغط التوتر: Tension Stress**

فمصطلح التوتر يستخدم هنا في شكل يتفق مع الاستخدام اليومي للمصطلح، ولكي يشير إلى مشاعر عدم الراحة والشعور بأن الأشياء ليست كما ينبغي أن تكون عليه، وأن الفرد يحتاج لبذل جهد أكبر.

• **ضغوط الجهد: Effort Stress**

تعني بأن الفرد يبذل جهدا أكبر للتقليل من ضغوط التوتر، كما أنهما (التوتر والجهد) يتعلقان ببعضهما إيجابيا، فكلما زاد التوتر كلما زاد الجهد للتغلب عليه.

(وليد السيد أحمد، مراد علي عيسى، 2008، ص138)

➤ ويحدد "ماك لين" (Mc Lin) متغيرين أساسيين لفهم طبيعة الضغوط هما:

▪ **العبء الكمي Quantative Overload:**

أي زيادة حجم الأعمال والمستويات المطلوبة من الأفراد والجماعات لمواجهة الإحساس بالضغط.

▪ **العبء التكيفي Calitative Overload:**

هو أن الأعمال والمسؤوليات تتطوي على نوع من الصعوبة والتحدي، مما تؤهلهم وإمكاناتهم ومهاراتهم وخبراتهم السابقة لإنجازها لمواجهة الضغوط.

(وليد السيد أحمد، مراد علي عيسى، 2008، ص150)

➤ ووصف النفساني "دافيد الكند" (David Elkind) ثلاث مواقف يومية ضاغطة تتمثل في:

- ✓ ضغوط يمكن التكهن بها والتنبؤ بها و يمكن تفاديها.
- ✓ ضغوط لا يمكن التكهن بها ولا يمكن تفاديها.
- ✓ ضغوط منظورة ولكن لا يمكن تحاشيها.

(ديانا هيلز، روبرت هيلز، 1999، ص 335-336)

وقد ظهر أن ما يحدث ضغطا عند شخص ما قد لا يظهر نفس الجواب عند آخر، وهذا ما يجعل "لازاروس" و"كوهين" (Lazarus & Cohen) يقسما الضواغط إلى ثلاث (3) مجموعات تتمثل في:

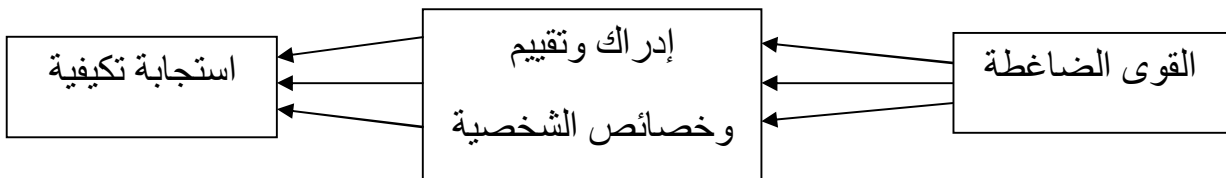
- **الحوادث الجائحة (الكوارث):** تجمع كل الحوادث المفاجئة والعنيفة: كالحروب، الكوارث الطبيعية (زلازل، براكين).
- **الضواغط الشخصية:** تجمع كل الأحداث القوية والشديدة: كالأمراض العضوية (الربو، القلب، السرطان). (عبد الله بن حميد السهلي، 2009، ص19)

- الضواغط العامة: تجمع كل الحوادث التي تمتاز بشدة منخفضة، وبالاستمرارية والتكرار: كالزحام، المشاجرات، المضايقات اليومية... الخ.
(مقبال مولودة هديبل، 2008، ص ص 96-97)

6.2. مكونات الضغط النفسي: لها ثلاث (3) عناصر مترابطة هي:

- √ القوى الضاغطة أو عوامل الضغط (Stressors): تتمثل في متطلبات موقفية تحتاج إلى التكيف الفردي معها كالصراع.
- √ إدراك الفرد وتقييمه لهذه القوى الضاغطة وطبيعتها وديناميتها وآثارها، وقدراته على التعامل معها والسيطرة عليها واحتوائها.
- √ الاستجابة الفردية للقوى الضاغطة حسب طبيعة إدراكها وتقييمها، فغالبا ما تكون هذه الاستجابة مزيجا من ردود فعل نفسية وجسمية.

الشكل (02): يوضح عناصر الضغط.



(ابن زروال فتيحة، 2001، ص ص 33-34)

يوضح هذا الشكل المكونات الأساسية التي يندرج تحتها أي نوع من الضغوط، فهي تبدأ بوجود قوى ضاغطة (Stressors)، يقوم الفرد بإدراكها وتقييمها، وفي النهاية يقوم باستجابة تكيفية نحو الموقف الضاغط.

ولتقدير شدة الضغط النفسي الذي يعانيه الفرد لابد من الأخذ بعين الاعتبار عددا من العوامل هي:

√ المدة الزمنية التي يستمر فيها الموقف الضاغط.

√ إدراك الفرد للموقف على أنه ضاغط.

√ وجود تهديد من الموقف الضاغط. (ماجدة بهاء الدين السيد، 2008، ص26)

7.2. مستويات الضغط النفسي:

تشكل الضغوط النفسية الأساس الرئيسي الذي تبنى عليه بقية الضغوط الأخرى، وهو يعد العامل المشترك في جميع أنواع الضغوط الأخرى، كالضغوط الاجتماعية، ضغوط العمل، الضغوط الاقتصادية، الضغوط الأسرية، الضغوط الدراسية، والضغوط العاطفية.

للضغوط ثلاث (3) مستويات هي: (محمد علي كامل، 2004، ص10)

* **بيولوجي:** الذي يتمثل في إصابة الجسم بالميكروبات، وتعرضه لظروف فيزيقية مختلفة (كارتفاع درجة الحرارة). (أحمد بن محمد عسيري، دون تاريخ، ص967)

* **النفسي:** الذي يتمثل في الإحباط والصراعات على اختلاف مصادرها وأنواعها.

* **الاجتماعي:** يتمثل في القيود الاجتماعية والأعراف والعادات والتقاليد التي تحد من نشاط الفرد. (حسين علي فايد، 2005، ص196)

8.2. النماذج النظرية المفسرة للضغط النفسي:

لقد اختلفت النظريات التي اهتمت بدراسة الضغط طبقاً لاختلاف الأطر النظرية التي تبنتها وانطلقت منها على أساس أطر فسيولوجية أو نفسية أو اجتماعية، كما اختلفت هذه النظريات فيما بينها بناء على ذلك من حيث مسلمات كل منها، لذا حاول بعض الباحثين تفسير الضغوط النفسية على ضوء النظريات أو التصورات أو النماذج، وسوف نحاول عرض بعض منها لمحاولة تفسير ظاهرة الضغوط النفسية.

1.8.2. نظرية "كانون" (Walter Cannon):

يعتبر العالم الفسيولوجي "كانون" (W.Cannon) من الأوائل الذين استخدموا عبارة "الضغط"، وعرفه برد الفعل في حالة الطوارئ بسبب ارتباطه بانفعال القتال أو المواجهة.

(على عسكر، 2000، ص33)

والذي يعرف باستجابة "الكر والفر" (**Fight or Flight**) والذي وضعها عام (1930).

(D. Servan-Schreiber, 2003, p231)

ففي (1914) تحدث الفسيولوجي الأمريكي "والتر كانون" (**W.Cannon**) عن التنظيم الهرموني للانفعالات عند الحيوان. (Louis Crocq et al, 2007, p03)

فقد كتب في (1929) حول استجابة الاستعجال للحيوان في حالة التهديد، والتي تسمى بـ "الكر والفر" (**lutter ou fuir**) (**Fight or Flight**) والمرتبطة بتحرير الأدرينالين (Adrenaline). (Dominique Servant, 2007, p29)

وقد ذكر "كانون" في عام (1932) أن الإفراز في حالة الاستعجال للأدرينالين هو رد فعل على حالة الخوف والغضب، في كتابه المعنون بـ "حكمة الجسد" (**The wisdom of (la sagesse du corps) the body**).

(P. Loo, H. Loo, A. Galinowski, 2003, p04)

وفي عام (1920) أدخل "والتر كانون" (**W. Cannon**) مفهوم "الاتزان الحيوي" (**Homeostasis**) الذي يدل على المحافظة على اتزان البيئة الداخلية، وقد كان يتعامل فعلا مع مفهوم الضغط دون تسميته، حيث تحدث عن "المستويات الحرجة للضغط" (**Critical levels of stress**) وهي تلك المستويات التي تحدث انهيارا في آليات الاتزان الحيوي، سواء في إطار اجتماعي أو تنظيمي. (ابن زروال فتيحة، 2007، ص15)

كما أن "تكامل البدن" (**Homeostasis**) للعضوية يدرس مقاومة الحيوانات في مواجهة التهديدات الخاصة بتكامل البدن، من هذه التهديدات: الحرارة، البرودة، الانتانات.

(Catherine Gaumé, 2009, p50)

وقد وصف "كانون" (1932) استجابة القتال أو الهروب، حيث يرى أن الكائن الحي حين يدرك تهديدا يقوم الجهاز العصبي السمبثاوي والغدد الصماء باستثارة الجسم وتحفيزه استجابة للضغوط، وذلك بإفراز هرمونات الكاتيكولامين (Catecholamines) وهذه

الهرمونات تسرع معدل دقات القلب، تزيد ضغط الدم، تزيد في معدل السكر في الدم، تزيد في معدل التنفس، وتقل دورة الدم المتجه إلى الجلد، تزيد معدل دورانه في العضلات، وهذه الاستجابة الفسيولوجية تحرك الكائن الحي ليهاجم التهديد أو الهروب منه.

(عايدة شكري حسن، 2001، ص11)

ويعود الاهتمام بدراسة أثر الخبرات والأحداث التي يمر بها الفرد على صحته النفسية إلى عام (1929)، حيث أجرى "كانون" ملاحظاته المنظمة على التغيرات الفسيولوجية المصاحبة للانفعالات الشديدة والظروف المثيرة للضغوط كالآلم، الجوع، وانتهى من ذلك إلى أن المنبهات التي تحدث إثارة انفعالية تسبب تغيرات في العمليات الفسيولوجية الأساسية.

(حسين علي فايد، 1998، ص159)

كما أن أصل مفهوم الضغط فيزيائي وظف لأول مرة في الميدان الفسيولوجي على يد عالم الكندي "هانز سيللي" (H.Selye) (1936)، وقد أكد قبل ذلك "كانون" (1914) أن الاستجابات الجسمية المصاحبة لحالات الهروب أو الهجوم عند الحيوان مثل: السرعة في ضربات القلب، وقوف الشعر (Pilo Erection)، تمدد حدقة العين، إفراط في التهوية (Hyperventilation) سببها هرمون الأدرينالين، ولب الكظر وهما المسؤولان عن حدوث "تأخر الاستعجال" (Syndrome d'urgence).

(قماز فريدة، 2008، صص 178-179)

ولقد جاء التجريب المنظم لآثار الضغط على يد "كانون" بملاحظاته على التغيرات الجسمية المرتبطة بالآلم، الجوع، الخوف، الانفعالات الشديدة، ويوحى العمل التجريبي لـ "كانون" بوجود علاقة بين أحداث الحياة المثيرة للضغط، وما يترتب عليها من أضرار بمعنى أن المنبهات المرتبطة بالاستثارة الانفعالية تسبب تغيرات في العمليات الفسيولوجية الأساسية.

(جمعة سيد يوسف، 1991، ص35)

ويصف "كانون" (W.Cannon) (1935) الضغط وصفا فسيولوجيا بحتا، بحيث يربطه بالأنظمة الهرمونية المتواطئة في رد فعل الإجهاد سواء تعلق الأمر بالجهاز الودي واللب الكظري الذي يتدخل في رد الفعل الطوارئ، وإما بالجهاز النخامي القشري الكظري المسئول عن الأعراض العامة للتكيف كما جاء في وصف "هانز سيللي".

(قريد صلاح الدين، 2008، ص ص88-89)

إضافة إلى ما يتميز به الضغط من إفرازات هرمونية كالأدرينالين (Adrenaline)، النورادرينالين (Noradrénaline)، القشرية (Corticoides) المسئولة عن دورانها في مختلف التظاهرات الخارجية الجيدة أو السيئة. (D. Carnegie, 2000, p14)

ويعتبر "كانون" من أوائل الذين استخدموا عبارة الضغط وعرفه برد الفعل في حالة الطوارئ، ففي بحوثه على الحيوانات استخدم عبارة الضغط الانفعالي ليصف عملية رد الفعل النفسي الفسيولوجي التي كانت تؤثر في انفعالاتها، وقد بينت دراسته أن مصادر الضغط الانفعالية كالألم والخوف والغضب تسبب تغيرا في الوظائف الفسيولوجية للكائن الحي، يرجع إلى التغيرات في إفرازات عدد من الهرمونات.

ويعتبر "كانون" أول من وضع الخطوط العريضة لتوصيف الاستجابات الجسمية للضغوط النفسية، وذلك في دراسة عن كيفية استجابة الإنسان والحيوان لتهديد خارجي، حيث ذكر أن الجهاز العصبي يقوم بعملية تنظيم فاعلية أعضاء الجسم عندما يواجه الفرد موقفا ما مثير للضغوط، فإنه يحدث بالجسم بعض التغيرات الفسيولوجية الداخلية وأخرى خارجية مثل ما يظهر في تعبيرات الوجه، والتي تعتبر من أولى العلامات الجسمية الدالة على تعرض الفرد للضغوط، ثم يفرز الجهاز العصبي مادة "الأندروفين" وهذا الهرمون من شأنه تقليل الشعور بالألم، ويلي ذلك إفراز الجهاز العصبي لأنواع مختلفة من الهرمونات، لكل هرمون عمله الخاص به، وهكذا نجد أن ما يقوم به الجهاز العصبي من إفراز الهرمونات اللازمة للقيام بأي عمل وتنظيم العمل بالجسم، يهدف لإحداث توافق في أثناء المواقف الضاغطة.

(غزلان شمسي الدعدي، 2008، ص23)

وفي عام (1951) قدم "أدولف ماير" (A.Mayer) إنجازا يتعلق باستخدام خريطة الحياة كوسيلة في التشخيص الطبي مؤكدا على دور أحداث الحياة المثيرة للضغط في نشأت الاضطرابات النفسية. (حسين علي فايد، 1998، ص159)

2.8.2. نظرية "هانز سيلبي" (Hans Selye):

يعتبر "هانز سيلبي" (H. Selye) من الرواد الأوائل الذين اهتموا بموضوع الضغط النفسي ونتائجه السلبية والمرضية، حيث كانت أعماله بشكل خاص منطلقا لزيادة الاهتمام بالضغط، وقد أكدت تجاربه وجود آثار للضغط النفسي على العمليات الفسيولوجية للعضوية.

(مخلوف سعاد، 2005، ص29)

ويعتبر "سيلبي" (H.Selye) عالم الغدد الصماء الكندي الأصل من الباحثين الأوائل الذين درسوا الضغط بشكل أعمق. (Sébastien Tubau, 2001, p13)

كما ساهم بشكل قوي في جلب انتباه الأطباء والأخصائيين النفسانيين حول أثر الضغط.

(David Fontana, 1990, p18)

وقد كان لطبيعة تخصصه- "سيلبي"- الدراسي الأول تأثير كبير في صياغة نظريته في الضغوط، فلقد تخصص في دراسة الفسيولوجيا والأعصاب، وظهر هذا التأثير من خلال اهتمامه باستجابات الجسم الفسيولوجية الناتجة عن الضاغطة، ويتألف النسق الفكري لنظرية "سيلبي" في الضغوط أن الضغط متغير مستقل وهو استجابته للبيئة الضاغطة، وأن هناك أنماط معينة من الاستجابات يمكن الاستدلال منها على أن الشخص يقع تحت تأثير بيئي مزعج. (غزلان شمسي الدعدي، 2008، ص23)

وفي (1976) يعرف "سيلبي" الضغط "كمجموع الاستجابات اللانوعية للوضعيات والأحداث عموما، وبصفة أخرى لمطالب المحيط التي تتجاوز قدرات الفرد على الاستجابة". (M. Santiago-Delefosse, 2002, p22)

فقد أجرى عددا كبيرا من التجارب على الحيوان بقصد دراسة تأثير البرودة، الحروق، المواد السامة، الإنتانات،... وغيرها، وتوصل إلى نتيجة مفادها أن كل المؤثرات التي يتعرض لها الكائن الحي تجر إلى جانب تأثيراتها النوعية إلى "حاجة عالية لا نوعية إلى وظائف تكيف بغية استعادة الحالة الطبيعية". (كلاوس شويخ، غيرت شراينكه، 2006، ص16)

كما تعيد إنتاج الخبرات التي يعيشها الحيوان في ضغوط جسدية كالتغير المفاجئ لدرجة الحرارة، عوامل الإدمان، الفوضى الشديدة. (Dominique Servant, 2007, p29)

وقد أقر "سيللي" بأن استجابات الضغط الصارمة والممتدة تستطيع أن تضر بالخلايا وتساهم في تطور المرض. (Catherine Gaumé, 2009, p50)

وتنطلق نظرية "هانز سيللي" من مسلمة ترى أن الضغط متغير غير مستقل، وهو استجابة لعامل ضاغط (Stressor) يميز الشخص ويضعه على أساس استجابته للبيئة الضاغطة، وهناك أنماط معينة من الاستجابات يمكن الاستدلال منها على أن الشخص يقع تحت تأثير بيئي مزعج. (فاروق السيد عثمان، 2001، ص98)

ويعتبر "سيللي" أول من استخدم مصطلح الضغط "Stress"، وذلك في مجال الطب والبيولوجيا عام (1926)، وكان مفهومه عن الضغط آنذاك مفهوما فسيولوجيا، ثم طوره بعد ذلك وأوضح الجانب النفسي للمفهوم، وقدم نموذجا أطلق عليه "زملة التكيف العام" (Gas) وهي عبارة عن سلسلة من الاستجابات الجسمية والنفسية لمواجهة المواقف الضاغطة السلبية. (نشوة كرم عمار، 2007، ص30)

فالفرد بحاجة للمحافظة على حالة التوازن الجسدي والنفسي، فإذا كان في وضعية أمانة يدفع ذلك للإحساس بالراحة والسعادة، وتتغير إذا هددت توازننا، ويتم إصلاحها بطريقة قولبية (stéréotypée)، هذا ما جاء به "سيللي" في كتابه "ضغط الحياة" (Le stress de la vie) (The stress of life). (Vera Pieffer, 2005, p17)

ويرى "سيللي" (1956) أن الضغط هو استجابة العضو لمطالب المحيط، حيث أن الضغط يرسل تظاهرات عضوية لا نوعية استجابة لعدوان جسدي، أي أن مجموع هذه الاستجابات

اللانوعية تحرض بعامل عدائي جسدي تنشأ عنها استجابات قولبية (stéréotypée).
(Laurent Guillet, sans date, p02)

وعن التأثيرات المختلفة للضغوط قام "سيللي" بتجربة شهيرة عن تأثير الضغوط على الحالة الجسمية، وفيها تم تعريض مجموعة من الفئران في معمله لأنواع مختلفة من الضواغط (Stressos) وقد وجد أن جميع الفئران حشدت كل طاقتها الجسمية لمواجهة تلك الأخطار، حيث نشطت الغدد وتضخمت الغدة الأدرينالية وتزايد إفرازها،

(خالد محمود عبد الوهاب، 2006، ص83)

ونتيجة للنشاط غير العادي في إفرازات الأدرينالين تتحول الأنسجة إلى جلوكوز بمد الجسم بالطاقة، والتي تجعله في حالة تأهب دائم لمواجهة الخطر، وقد أثبت "سيللي" أن استمرار تعرض حيواناته للضغوط المعملية سيجعلها عاجزة عن المقاومة طويلا.

(عبد الستار إبراهيم، 1998، ص108)

كما أدخل "هانز سيللي" عام (1935) مفهوم الضغط بوصفه تناذرا أو مجموعة من الإرتكاسات الفيزيولوجية غير النوعية للعضوية على عوامل ضارة من البيئة ذات طبيعة فيزيائية أو كيميائية، وصياغة "سيللي" مسؤولة عن إدخال مفهوم الكرب في المعجم العلمي، إذ دشن على هذا النحو أكثر من 50 عاما من البحوث على المستوى العلمي في العديد من فروع الطب والعلوم الاجتماعية. (J. B. Stora, 1993, PP80-82)

ويعتبر "سيللي" أن أعراض الاستجابة الفسيولوجية للضاغط هدفها هو المحافظة على الكيان والحياة، ويذكر أن شدة الاستجابة للضغوط تتحدد عن طريق العوامل الوسيطة، كما تعتمد نوعية الاستجابة على نوع عملية التكيف، ولقد وضع "سيللي" (Selye) نظريته من خلال تجاربه المتنوعة على الحيوان والإنسان، وقد تبين أن التعرض المستمر للضغط النفسي يحدث اضطرابا في الجهاز الهرموني من خلال الاستثارة الزائدة للجهاز العصبي المستقل، وأن هذه الاضطرابات الهرمونية هي المسؤولة عن الأمراض السيكوسوماتية الناتجة عن التعرض للتوتر والضغط النفسي الشديدين. (قماز فريدة، 2008، ص179)

كما يعتبر "سيلبي" (H.Selye) من الرواد الأوائل الذين بحثوا في موضوع الضغط النفسي، واهتموا بنتائجه المرضية، فبيّن في (1946 و1950) أن الضغط عبارة عن "رد فعل لا نوعي لجسم ما على أي تأثير بيئي"، وقدم "سيلبي" نموذجاً يوضح استجابة العضوية للضغط يتكون من ثلاث (3) مراحل سماه "متلازمة التكيف العام" (General Adaptation Syndrome).

وقد استخدم "سيلبي" تسمية "متلازمة التكيف العام" في وصف مفهوم الضغط لأول مرة في رسالته إلى المجلة الانجليزية "الطبيعة" عام (1936).

(كلاوس شويخ، غيرت شراينكه، 2006، ص16)

1.2.8.2. التناذر العام للتكيف: Syndrome Général d'Adaptation

في عام (1930) خلال الأبحاث الخاصة بالضغط اختار "هانز سيلبي" (1956) موضوع "التناذر العام للتكيف" (SGA) للكتابة حول مخطط الاستجابة البيولوجية العامة في مواجهة الضغط الممتد أو المتجاوز، كما أشار "سيلبي" إلى أن أجسادنا تستجيب بالطريقة نفسها لعدة أنواع من الضواغط المزعجة. (J. Nevid, S. Rathus, B. Greene, 2009, p111)

فالتناذر العام للتكيف هو وصف خاص لاستجابات الجسم الفسيولوجية على المجهودات المختلفة، وقد ميز "سيلبي" متأثراً بـ "كانون" ثلاث مراحل متعاقبة لتكيف الجسم مع متغيرات بيئته. (لوكيا الهاشمي، زروال فتيحة، 2006، ص55)

و بعبارة أخرى هو عبارة عن ميكانيزمات دفاعية تنشط في مواجهة أي حدث تهديدي، في محاولة منه لخفض الاضطراب الفسيولوجي والنفسي وإعادة تحقيق الاتزان للكائن العضوي، فالفرد لديه مصادر محددة وعناصر للتكيف مع البيئة.

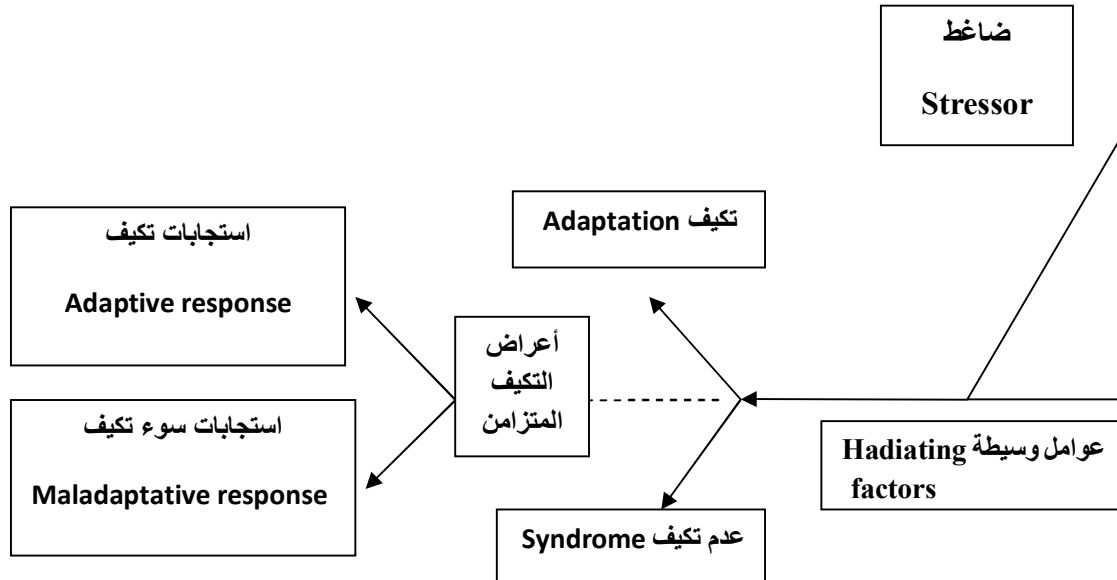
(ماجدة بهاء الدين السيد ، 2008 ، ص128)

إضافة إلى أنه سلسلة من الاستجابات الجسمية لمهاجمة المرض، يطلق عليها عامة لظهور الاستجابات الفسيولوجية الثلاثة التالية، والتي تحدث في العديد من المواقف الضاغطة:

- √ تضخم أو اتساع الغدة الأدرينالية.
- √ انكماش الغدة الصعترية (غدة صغيرة صماء قرب قاعدة العنق) والجهاز اللمفاوي المسئول عن مقاومة الأمراض.
- √ القرح الهضمية. (أحمد نايل الغرير، أحمد عبد اللطيف، 2009، ص60)
- وقد لاحظ "سيللي" خلال دراساته الطبية أن مختلف استجابات الصدمة سواء صدمة الحروق، أو صدمة النزيف، أو صدمة العفن... الخ، تشترك في مظاهر إكلينيكية متشابهة:
- تقلص حجم الثيموس (Thyus) والطحال والغدد اللمفاوية.
 - قروح معدية- معوية.
 - ارتفاع حجم قشرة الكظر.
 - انخفاض عدد الخلايا في الدم.
- كما أنه - التناذر العام للتكيف- شكل عام من السيرورات والحالات الفيزيولوجية التي تطرأ استجابة لمختلف الظروف من المنبهات الخارجية أو المسببة للضغط، ويميز "سيللي" مستوحيا من ملاحظات "كانون" ثلاثة أطوار متعاقبة من تكيف العضوية مع كل تغير في البيئة: طور الإنذار، طور المقاومة، طور الإنهاك. (J. B. Stora, 1993, PP82-83)
- وقد أوضح في كتابات "ليفين" و"اسكوتش" (Levin&Scotch) أن "سيللي" قد قدم رسما توضيحيا لنظريته، ويوضح الشكل الآتي حدوث الضغوط النفسية طبقا لنظرية "هانز سيللي".

الشكل (03): يوضح حدوث الضغوط النفسية طبقاً لنظرية

"هانز سيلبي" (Hans Selye).



(وليد السيد أحمد، مراد علي عيسى، 2008، ص152)

يوضح هذا الشكل أن شدة الاستجابة للضغوط سواء كانت تكيفية أو غير تكيفية تتحدد عن طريق العوامل الوسيطة، كما تعتمد نوعية الاستجابة على نوع عملية التكيف وفقاً لمفهوم "سيلبي".

وقد أطلق "سيلبي" على الأعراض التي تظهر على العضو أثناء ذلك باسم "زملة أعراض التكيف العام" هذه الزملة تحدث خلال ثلاث مراحل:

1.1.2.8.2. استجابة الإنذار: Phase d'alarme

في هذه المرحلة يستدعي الجسم كل قواه الدفاعية لمواجهة الخطر الذي يتعرض له، فتحدث مجموعة من التغيرات العضوية والكيميائية، فيصبح الجسم في حالة استنفار وتأهب كاملين من أجل الدفاع والتكيف مع العامل المهدد. (قماز فريدة، 2008، ص179)

وفيها تحدث استثارة الفرد من خلال المنبه أو المثير، ويستجيب الجسم بإفراز الهرمونات بغية توفير الطاقة اللازمة لمواجهة الموقف المهدد.

(إيناس عبد الفتاح، محمد محمود، 2002، ص421)

والذي يختص بتحرير الكاتيكولامينات (الأدرينالين) والغلوكورتيكويد (الكورتيزول) مع خفض مؤقت في مقاومة الضغط. (Dominique Servant, 2007, p30)

كما أن هذه المرحلة توافق الضغط الحاد، ومن خواصها أنها ذات مدة قصيرة، تستمر من بضع دقائق إلى بضع ساعات، أي لا تتجاوز 48 ساعة.

(Patricia Lentini, 2009, p62)

وخلال هذه المرحلة تظهر أولى الاضطرابات الفيزيولوجية (تعرق، تسارع دقات القلب، وسرعة في التنفس... الخ) وفي نفس الوقت نلاحظ انخفاض في دفاعات الفرد، الذي يصبح أكثر حساسية للأمراض. (A.H.Stroud, 1997, P40)

وعند تعرض الفرد للخطر أو التهديد الجسمي فإن رد فعل الجسم تكون واحدة، حيث تبدأ من الإشارات العصبية والهرمونية في الجسم لتعبئة الطاقة اللازمة للطوارئ: فتزداد دقات القلب، يرتفع ضغط الدم، تتوتر العضلات، يزداد إفراز العرق، يزداد إفراز الأدرينالين، ومن ثم يحاول الفرد مواجهة مصدر الضغط النفسي هذا من جهة، ومن الناحية الفسيولوجية يقوم الجهاز العصبي السمبثاوي والغدد الأدرينالية بتعبئة أجهزة الدفاع في الجسم، إذ يزداد إنتاج الطاقة إلى أقصاه لمواجهة الضغوط، فعندما يتخلص الفرد من التهديد فإن الجسم يعود إلى مستوى منخفض من الإثارة، وتسمى بـ "حالة التوازن الداخلي".

(أحمد نايل الغريير، أحمد عبد اللطيف، 2009، ص61)

2.1.2.8.2. مرحلة التكيف و المقاومة: Phase d'adaptation et de résistance

إذا استمر الحدث الضاغط فإن مرحلة الإنذار يتبعها مرحلة مقاومة هذا الحدث، في هذه المرحلة يتعرف الشخص على عامل الضغط والتكيف معه، فيحاول تجنيد المصادر الطاقوية

لمواجهة التهديد، فإذا نجحت المقاومة وتغلب الشخص على الضغط فإن الجسم يعود إل حالته الطبيعية، ويعني هذا أن الشخص قد استعمل مصادر فعالة، أما إذا استمر الضغط لمدة طويلة فإنه سينهك الجسم وبالتالي ستضعف وسائل مقاومته ويصبح الشخص عاجزاً عن التكيف.

(قماز فريدة، 2008، ص179)

وتظهر فيها خطر الهشاشة (le risque de vulnérabilité) في المظهر السلوكي والتمثل في: الإعياء، قابلية التهيج، التشاؤم، واضطرابات النوم.

(Patricia Lentini, 2009, p63)

تشمل هذه المرحلة على الأمراض الجسمية التي يحدثها التعرض المستمر للمواقف الضاغطة، وتعتبر هذه المرحلة هامة في نشأة أعراض التكيف أو ما يسمى بالأعراض السيكوسوماتية، ويحدث ذلك عندما تعجز قدرة الإنسان على مواجهة المواقف.

(غزلان شمسي الدعدي، 2008، ص ص23-24)

ففي هذه المرحلة تزول الأعراض الخاصة بمرحلة الإنذار، ويقوم الفرد بتعبئة كل دفاعاته ضد العامل الضاغط، ورغم ذلك لا يحصل الفرد على توازنه وتكيفه مع الوضعية، مما ينبأ بدخوله في المرحلة الثالثة هي الإنهاك.

(A.H.Stroud, 1997, P40)

3.1.2.8.2 مرحلة الإنهاك: Phase d'épuisement

أو الإعياء فإذا طال تعرض الفرد للضغوط لمدة أطول، فإنه سيصل إلى نقطة يعجز فيها عن الاستمرار في المقاومة، ويدخل في مرحلة الإنهاك ويصبح عاجزاً عن التكيف بشكل كامل.

(غزلان شمسي الدعدي، 2008، ص ص23-24)

وفيها إما أن يتحقق التكيف أو يحدث التعب والإجهاد الناشئ من الإحساس بالخوف والتهديد، الأمر الذي يؤثر بطبيعة الحال على كافة أجزاء الجسم، فيتبدى في أعراض منها: انخفاض مقاومة الفرد للالتهابات، تأخر النمو في الأنسجة الجديدة، انخفاض تكوين الأجسام المضادة،

تناقص عدد كريات الدم البيضاء، تظهر القرحة في الجهاز الهضمي، ينخفض نشاط الغدة الدرقية. (إيناس عبد الفتاح، محمد محمود، 2002، ص421)

كما أن استمرار التعرض للعامل الضاغط يؤدي إلى استنزاف قوى الفرد، وبالتالي يمكن أن يؤدي إلى مشكلات جسدية أو نفسية، وقد يؤدي إلى الموت، في حالة ما إذا لم يستطع الشخص التعامل مع هذه المشكلات تعاملًا فعالاً. (قماز فريدة، 2008، ص180)

3.8.2. نظرية العجز المتعلم لـ "سليجمان" (Seligman):

طور هذه النظرية "مارتن سليجمان" (Martin Seligman, 1979) وقد أكد أن تعرض الفرد لحالة العجز تجعل سلوكه غير تكيفي، وترى هذه النظرية أن الضغط النفسي نتاج للشعور بالعجز المتعلم، ويرى هذا النموذج أن هناك ثلاثة (3) أبعاد للتفسير المعرفي الذي يساعد في فهم درجة عمق وتناقص وطول مدة الشعور بالعجز، تتمثل هذه الأبعاد في:

√ عزو الفشل لأسباب داخلية (عزو داخلي) أو خارجية (عزو خارجي).

√ اتساق العزو لدى الفرد بالثبات (Stability).

√ مدى انطباق التفسير على مجال واحد في الحياة أو شموليته في عدة مجالات.

(أحمد نايل الغرير، أحمد عبد اللطيف، 2009، ص ص62-63)

ويرجع "سليجمان" (Seligman) (1975) مفهوم العجز المتعلم أو المكتسب (Learned Helplessness) إلى أن تكرار تعرض الفرد للضغوط مع تزامن اعتقاده بأنه لا يستطيع التحكم في المواقف الضاغطة أو مواجهتها، فإن هذا من شأنه أن يجعل الفرد يشعر بالعجز وعدم القيمة أو الاستحقاق، وأن هذا الشعور بالعجز يجعله يباليغ في تقييمه للأحداث والمواقف التي يمر بها ويشعر بالتهديد منها، ويشعر بعدم قدرته على مواجهتها مما يجعله يشعر بالفشل بشكل مستمر، ويدرك أن فشله وعدم قدرته على المواجهة في الماضي والحاضر سوف تستمر معه في المستقبل، ومن ثم يشعر باليأس ثم يترتب على ذلك الشعور

بالسلبية والبلادة وانخفاض تقدير الذات ونقص الدافعية والاكتئاب.

(<http://assps.yourforumlive.com>)

وقد حدد "سليجمان" (1975) نموذج يوضح فيه العجز في نظريته عن "العجز المتعلم" (Seligman's theory of learned helplessness) والتي مؤداها أن الفرد حين تفشل جهوده في السيطرة على حدث معين بشكل متكرر، فإنه يتوقف عن النضال بسبب العجز، وقد يفشل في السيطرة على بعض المواقف الجديدة التي تكون السيطرة فيها مطلوبة أيضاً، بمعنى أن الناس يمكن أن يتعلموا العجز من خلال مرورهم بخبرات متكررة من عدم السيطرة على الأحداث. (عايدة شكري حسن، 2001، ص16)

ويرى "سليجمان" (Seligman, 1975) و"ميلر" و"سليجمان" (Miller & Seligman, 1975) (1975) أن الفرد إذا عزا النقص في قدراته إلى عوامل ثابتة يصعب تغييرها فسوف يعتقد أن جهده الشخصي لن يعدل الموقف، ولهذا فإن مصادره الذاتية ستكون غير كافية لمجابهة الضغط النفسي، مما يولد لديه مزيداً من الشعور الذاتي بالضغط النفسي.

(أحمد نايل الغرير، أحمد عبد اللطيف، 2009، ص63)

وقد رأى "سليجمان" وزملاؤه (Seligman et al, 1976) أن العجز المتعلم يخلق ثلاثة وجوه من النقص والقصور:

√ الأول: يكون دافعيًا، وفيه يكون الشخص العاجز لا يبذل أي مجهود لاتخاذ خطوات ضرورية لتغيير النتيجة.

√ الثاني: معرفي، ويتمثل في أن الشخص العاجز يفشل في أن يتعلم استجابات جديدة تمكنه من تجنب النتائج المنفرة.

√ الثالث: انفعالي، يتمثل في أن العجز المتعلم يمكن أن يؤدي إلى اكتئاب معتدل أو حاد.

(عايدة شكري حسن، 2001، ص ص16-17)

وبعبارة أخرى يرى "سليجمان" (1975) إلى أن حالة العجز المتعلم تؤدي إلى آثار تعليمية ودافعية وانفعالية، يتمثل الأثر الدافعي في عزوف الفرد عن المبادرة والمحاولة، أما الأثر التعليمي فيتمثل في أن الفرد يتعلم أن سلوكه غير ذي جدوى، بينما الأثر الانفعالي فيتمثل في أن فقدان القدرة على التحكم والسيطرة يؤدي إلى استجابات انفعالية سلبية.

(أحمد نايل الغرير، أحمد عبد اللطيف، 2009، ص 63)

4.8.2. اتجاه "هنري موراي" (H.Murray) في تقدير الضغط:

ينفرد "هنري موراي" (Hanri Murray) بين منظري الشخصية بعمق الفهم للديناميات التي تحدث في داخل الكائن البشري، من أجل انبثاق لحظة التكيف وإحداث التوازن النفسي، ويتسم منهجه بالدينامية النفسية ومصطلحاته مفعمة بالحيوية مليئة بالحركة، ويصل "موراي" إلى مستوى عال من الدينامية النفسية عندما يتعرض لمفهوم الحاجة (Need) ومفهوم الضغط (Press)، ويعتبرهما مفهومين مركزيين ومتكافئين في تفسير السلوك الإنساني، ويعد الفصل بينهما تحريفاً خطراً، كما يلتقي كل من الضغط والحاجة في حوار دينامي يظهر في مفهوم الثيما (Thema)، والذي يعني به "موراي" وحدة سلوكية كلية تفاعلية تتضمن الموقف الحافز (الضغط) والحاجة، وفي هذه الأثناء قد يحدث أن ترتبط بعض الحاجات في إشباعها ببعض المواقف أو بعض الأشخاص، وحينما يحدث ذلك فإنه يظهر مفهوم "تكامل الحاجة" (need integrate) الذي يعبر به "موراي" عن الاستعداد الموضوعي، أي أنه بحاجة إلى نوع معين من التفاعل مع شخص معين أو موضوع معين.

(غزلان شمسي الدعدي، 2008، ص 24-25)

ويعرف "هول" و"ليندزي" (Hool&Lindzi) (1978) الضغط بأنه "صفة لموضوع بيئي أو لشخص تيسر أو تعوق جهود الفرد للوصول إلى هدف معين".

(فاروق السيد عثمان، 2001، ص 100)

وقد ميز "موراي" بين نوعين من الضغوط هما:

√ **الضغط بيتا Beta Stress**: ويشير إلى دلالة الموضوعات البيئية والأشخاص كما يدركها الفرد.

√ **الضغط ألفا Alpha Stress**: ويشير إلى خصائص الموضوعات ودلالاتها.

ويوضح "موراي" أن سلوك الفرد يرتبط بالنوع الأول، ويؤكد على أن الفرد بخبرته يصل إلى ربط موضوعات معينة بحاجة بعينها، ويطلق على هذا مفهوم "تكامل الحاجة"، أما عندما يحدث التفاعل بين الموقف الحاضر والضغط والحاجة النشطة، فهذا ما يعبر عنه بمفهوم ألفا. (غزلان شمسي الدعدي، 2008، ص ص 24-25)

وقدم "موراي" قائمة بأهم الحاجات وأهم المشاعر المرتبطة والمصاحبة لكل حاجة و المتمثلة في: التحقير Abasement - الإنجاز Achievement - الانتماء Affiliation - العدوان Aggression - الاستقلال الذاتي Autonomy - المضادة Counteraction - الدفاعية Defendance - الانقياد Defendence - السيطرة - العرض Exhibition - تجنب الأذى Voidance harm - تجنب المذلة Infavoidance - العطف على الآخر - النظام Order - اللعب Play - الحساسية Sentience - الجنس Sex - العطف على الآخر Surrorance - الفهم Understanding.

(قريد صلاح الدين، 2008، ص 103)

5.8.2. اتجاه التقدير المعرفي لـ "ريتشارد لازاروس" (R.Lazarus):

نشأت هذه النظرية نتيجة الاهتمام الكبير بعمل الإدراك والعلاج الحسي الإدراكي، فالتقدير المعرفي هو رابطة بين البيئة المحيطة بالفرد وخبراته الشخصية مع الضغط، وبذلك يستطيع الفرد تفسير الموقف، ويعتمد تقييم الفرد للموقف على عدة عوامل منها: العوامل الشخصية، العوامل الخارجية الخاصة بالبيئة الاجتماعية، والعوامل المتصلة بالموقف نفسه.

(رؤى ملحم، 2007، ص 30)

يرى "لازاروس" (1984) أن الشعور بالضغط هو نتاج التفاعل بين خصائص البيئة، وخصائص الفرد، وكفاءة آلياته الدفاعية المعرفية، فتقييم الفرد للموقف ودور كل من الإحباط والصراع والتهديد هو الذي يولد الضغط. (ماجدة بهاء الدين السيد، 2008، ص33)

ومن جهة أخرى نجد أن "لازاروس" يأخذ بالنظرة الشمولية في تعريفه للضغط النفسي، حيث يتضمن تعريفه مثيرات الضغط النفسي والاستجابة المترتبة عليه، التقدير العقلي لمستوى الخطر، أساليب التكيف مع الضغط، بالإضافة إلى الدفاعات النفسية.

(عبد الرحمان بن سليمان الطريري، دون تاريخ، ص439)

وقد عرف كل من "لازاروس" و"فولكمان" (1984) الضغط النفسي بأنه: "تعامل خاص بين الفرد والمحيط في أي وضعية، والتي تقيم من الفرد كتهديد أو كتجاوز لموارده والتي من الممكن أن تهدد راحته". (Julie Roberge, 2007, p32)

ويرى "لازاروس" (1984) أن الضغط يعتبر كنتيجة للتفاعل بين الفرد ومحيطه، فقد فتح هذا المفهوم التفاعلي الباب لإدراكات جديدة ووجهات نظر مختلفة له، فهو سيرورة تشير من جهة للحفاظ على التوازن الفسيولوجي للمحيط الجسدي المهدد، ومن جهة أخرى للحفاظ على التوازن النفسي في مجتمع المطالب. (Mahmoud Boudarene, 2005, p03)

ويعتبر "لازاروس" و"فولكمان" (1984) أن النظر للضغوط على أنها استجابة أو مثير قد يضعه في قالب ضيق، وإنما الأصح أن ينظر له على أنه اتفاق بين الشخص والمحيط، مبررين بذلك كون الكثير من الأشخاص يتعرضون لأزمات إلا أنهم يختلفون في استجاباتهم بين الوضعية الضاغطة والاستجابة، فهناك وسائط من دورها التعديل في الاستجابة، وقد سماها "فولكمان" ب "الوسائط المعرفية" ومن أهمها: التقييم المعرفي، إعادة التقييم المعرفي، وقد سمى "لازاروس" و"فولكمان" تصورهم ب "التصور المعرفي الدافعي العلائقي" (Modèle Cognitif Motivationnel Relationnel)، يركز هذا النموذج على تبني تصور مركب يتعامل مع مختلف الإمكانيات التي يملكها الشخص لمواجهة الضغوطات الداخلية والخارجية. (قماز فريدة، 2008، ص181)

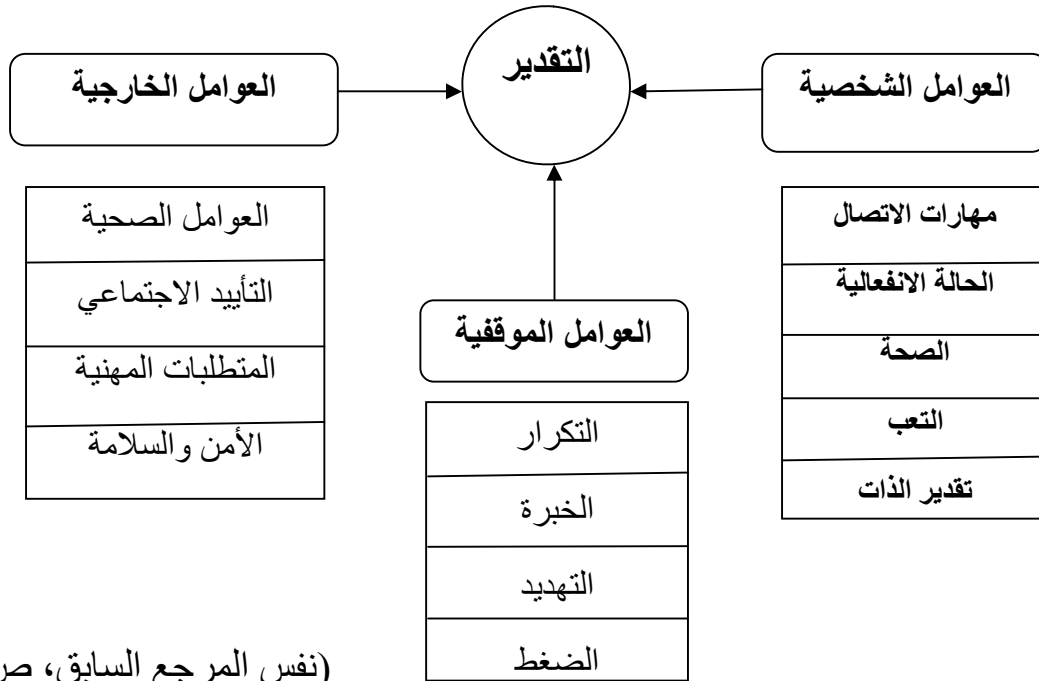
وقد انصب اهتمام "لازاروس" على التقييم الذهني ورد الفعل من جانب الفرد للمواقف الضاغطة، واتفق مع "كانون" على أن الضغط يحدث نتيجة للتفاعل بين الفرد والبيئة المحيطة، وأكد بصورة خاصة على التقييم الذهني من جانب الفرد، ومن ثم الحكم على الموقف الموجه وتصنيفه فيما يتعلق بالضغط، كما حرص على التأكيد في كتاباته وتقييمه للدراسات ذات العلاقة على أن الضغوط الناتجة عن الجوانب النفسية لا يمكن قياسها بصورة مباشرة، وإنما يستدل عليها من ردود الفعل أو من معرفتنا للمواقف التي يمر بها الفرد، ونشأ هذا الاتجاه نتيجة الاهتمام الكبير بعملية الإدراك والعلاج الحسي الإدراكي، فالتقدير المعرفي هو مفهوم أساسي يعتمد على طبيعة الفرد، حيث أن تقدير حجم التهديد ليس مجرد إدراك مبسط للعناصر المكونة للموقف، ولكن رابطة بين البيئة المحيطة بالفرد وخبراته الشخصية مع الضغوط، وبذلك يستطيع الفرد تفسير الموقف، وتحدد نظرية التقدير المعرفي أن الضغوط تنشأ عندما يوجد تناقض بين المتطلبات الشخصية للفرد.

(غزلان شمسي الدعدي، 2008، ص25)

وقد قدم "لازاروس" هذه النظرية وهو يرى أن التقدير المعرفي يعتمد على طبيعة الفرد، بينما يكون إدراك كم التهديد ليس لإدراك مصدر الضغوط فقط بل للعلاقة بين الضغوط البيئية المحيطة بالفرد وخبراته الشخصية، ويعتمد تقدير الموقف على العديد من العوامل الشخصية، وعلى عوامل أخرى خارجية ببيئة اجتماعية، ويوضح الشكل الآتي نظرية التقدير المعرفي للضغوط:

(عبد العزيز عبد المجيد محمد، 2005، ص36)

الشكل (04): يوضح نموذج التقدير المعرفي للضغوط.



(نفس المرجع السابق، ص 37)

يتضح من الشكل أن ما يعتبر ضاغطا بالنسبة لفرد ما لا يعتبر كذلك بالنسبة لفرد آخر، ويتوقف ذلك على سمات شخصية الفرد، وخبراته الذاتية، ومهاراته في تحمل الضغوط، وحالته الصحية، كما يتوقف على عوامل ذات صلة بالموقف نفسه مثل: نوع التهديد، كمه، وأخيرا عوامل البيئة الاجتماعية كالمتطلبات المهنية.

ويعد النموذج الذي قدمه "لازاروس" وآخرون (Lazarus et al) (1982) والذي يعرف بـ "نموذج التقييم المعرفي" من أهم النماذج، حيث يرى "لازاروس" أن الضغوط تحدث عندما يواجه الشخص مطالب تفوق قدرته على التكيف، ويرى أن الضغوط وأساليب مواجهتها ترجع للمعرفة (الإدراك والتفكير) وللطريقة التي يقيم بها الفرد علاقته بالبيئة، وأن هذه العلاقة لا تسير في اتجاه واحد، بل أن متطلبات البيئة وأساليب مواجهة الضغوط والاستجابة الانفعالية هي نتيجة لتأثير كل منها على الآخر.

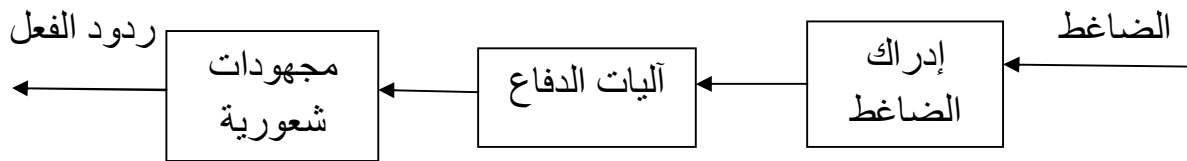
(وليد السيد أحمد، مراد علي عيسى، 2008، ص 135)

كما يرى أن الضغوط وأساليب مواجهتها تكون نتيجة للمعرفة والإدراك والتفكير، والطريقة التي يقيم بها الفرد علاقته بالبيئة، كذلك يركز "لازاروس" على دور الإحباط والصراع والتهديد في إحداث الضغوط. (حسين أحمد حشمت، مصطفى حسين باهي، 2006، ص 54)

كما يرى "لازاروس" و"فولكمان" (1984) أن الضغط يرتبط بعامل معرفي آخر، وهو "المراقبة" (Contrôlabilité)، فمعرفة الشخص بقدرته على مراقبة الأوضاع يمكن أن يخفف من الضغط. (قماز فريدة، 2008، ص181)

فحسب أصحاب النظرية المعرفية، فإن الضغط ليس مرتبط بالحدث الضاغط فقط أو بالشخص لوحده، ولكن متعلق بتفاعل الفرد والمحيط، كما أن خصائص الضاغط لا تبين لوحدها شدة ولا طبيعة ما يمكن أن يشعر به الفرد، حيث أنه وحسب النموذج التفاعلي للضغط، فالضواغط تمر عبر سلسلة من الترشيحات التي تسمح بتعديل الحدث الضاغط، وبالتالي تضخيم أو تقليل رد فعل الضغط، وفي هذا المجال عرف كل من "راهي" و"أرتور" (Arthur & Rahe) (1978) ثلاثة مرشحات أساسية:

الشكل (05): يوضح ميكانيزمات ترشيح أثر الضاغط على الفرد.



(بوعافية نبيلة، 2007، ص181)

يوضح هذا الشكل أن إدراك الفرد للضغوط يدفعه إلى استخدام ميكانيزمات دفاعية لمواجهة المواقف الضاغطة وتعديل الحدث الضاغط.

6.8.2. النسق النظري ل "سبيلبرجر" (Spielberger) (1972):

تعتبر نظرية "سبيلبرجر" في القلق مقدمة ضرورية لفهم الضغوط عنده، فقد أقام نظريته في القلق على أساس التمييز بين القلق كسمة (Trait Anxiety) والقلق كحالة (State Anxiety). (رؤى ملحم، 2007، ص29)

➤ سمة القلق أو القلق العصابي أو المزمن: Anxiety trait

هو استعداد طبيعي أو اتجاه سلوكي يجعل القلق يعتمد بصورة أساسية على الخبرة الماضية.

(فاروق السيد عثمان، 2001، ص99)

وهو مركب ثابت للشخصية، وميل إلى إدراك الوضعيات المتنبأ بها على أنها مهددة، فالأشخاص الذين يتميزون بسمة قلق ضعيفة يدركون الأحداث الضاغطة بأقل تهديد، ولهم قدرة كبيرة على التحكم مقارنة بالأشخاص الذين يتميزون بسمة قلق مرتفعة.

(مرشدي شريف، 2007، ص58)

إضافة إلى أنها حالة ثابتة نسبياً من التهيؤ للاستجابة للمثيرات والأحداث بطريقة يتضح فيها القلق.

(محمد السيد عبد الرحمان، 1998، ص449)

أي إلى الاختلافات بين الأفراد في ميلهم إلى الاستجابة اتجاه المواقف التي يدركونها كمواقف تمثل تهديداً، وذلك بارتفاع شدة القلق.

(فهيمي علي، 2009، ص63)

➤ قلق الحالة أو القلق الموضوعي أو الموقفي: Anxiety state

هو ظرف أو حالة انفعالية متغيرة تعترى الإنسان، وتتميز بمشاعر ذاتية من التوتر والتوجس يدركها الفرد العادي، ويصاحبها نشاط في الجهاز العصبي، وقد تتغير حالة القلق في شدتها وتذبذب عبر الزمن.

(محمد السيد عبد الرحمان، 1998، ص398)

كما يعتمد على الظروف الضاغطة، وعلى هذا الأساس يربط "سبيلبرجر" بين الضغط وقلق الحالة، ويعتبر الضغط الناتج ضغطاً مسبباً لحالة القلق، ويستبعد ذلك عن القلق كسمة، حيث يكون من سمات شخصية الفرد أصلاً.

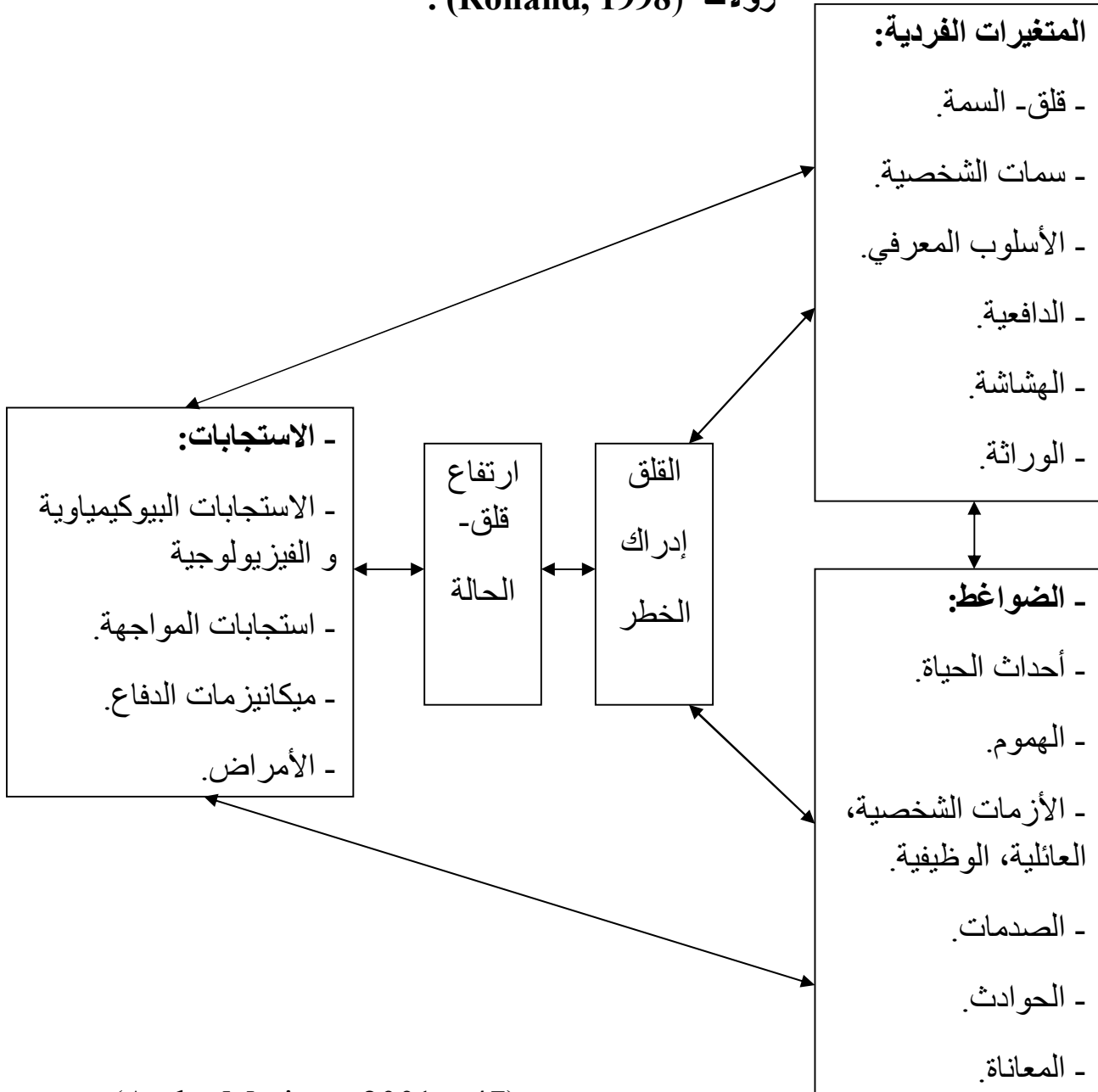
(وليد السيد أحمد ، مراد علي عيسى ، 2008، ص 152-153)

كما يشير "كاتل" (Catell) إلى أن هناك مفهومين للقلق: يتعلق المفهوم الأول منها ب"قلق الحالة" (State of Anxiety) : وهو ينشأ عن حالة انفعالية تحدث للفرد ومن صفتها أنها متفاوتة الشدة ومؤقتة، أما المفهوم الثاني فهو "سمة القلق" (Trait of Anxiety): وهو

يشير إلى الاستعداد المسبق لدى الفرد والميل إلى الاستجابة نحو ما يتعرض له من مواقف تهدده، مما يؤدي إلى ارتفاع مستوى القلق لديه. (أميرة طه بخش، 2007، ص18)

الشكل(06): يوضح مخطط لنموذج التفاعلات بين القلق، الضغط، المواجهة

"رولاند" (Rolland, 1998).



(Andre Mariage, 2001, p47)

يوضح هذا النموذج حلقة التفاعل بين عوامل الضغط المتعلقة بالمتغيرات الفردية والضغوط في تفاعلها مع إدراك الفرد للخطر، والذي تنتج عنه عدة استجابات (تكيفية كاستراتيجيات المواجهة أو غير تكيفية كالأمراض).

ويعتبر "سبيلبرجر" (Spielberger) (1979) واحدا من العلماء الذين وضعوا تفسيراً للضغوط النفسية معتمداً على نظرية الدوافع، إذ يرى أن الضغوط تلعب دوراً في إثارة الاختلافات على مستوى الدوافع في ضوء إدراك الفرد لها، ويحدد في ثلاثة (3) أبعاد رئيسية: الضغط Stress ، القلق Anxiety ، التعليم Teaching.

(أحمد نايل الغرير، أحمد عبد اللطيف، 2009، ص 64)

وقد عرض "سبيلبرجر" تمييزاً بين كل من القلق والضغوط والتهديد:

* **القلق:** عملية انفعالية تشير إلى تتابع الاستجابات المعرفية السلوكية، التي تحدث كرد فعل لشكل ما من الضغوط. (رؤى ملحم، 2007، ص 29)

* **الضغوط:** يشير إلى الاختلافات في الأحوال البيئية التي تتسم بدرجة ما من الخطر الموضوعي.

* **التهديد:** يشير إلى التقدير والتفسير الذاتي لموقف خاص.

(عبد العزيز عبد المجيد محمد، 2005، ص 35-36)

ويؤكد "سبيلبرجر" (1976) على أهمية العلاقة بين الضغط والقلق، ويقترح تعريفاً مهماً، حيث يعرف الضغط كمفهوم ذات خصائص موضوعية لوضعية معينة، أما القلق فيعتبره إدراك لوضعية خطر، ففي غالب الحالات الوضعيات الضاغطة تكون موضوعية (كالزلازل، فقدان عزيز،... وغيرها) يمكن إدراكها على أنها مقلقة، ولكن يمكن أن يحدث العكس بالنسبة لشخص غير مقدر للخطر، أو أنه يملك المهارات اللازمة والخبرة لمواجهةها لذلك حدد "سبيلبرجر" (1976) مجموعة من العوامل التي تحدد إذا كانت وضعية ما يمكن أن تدرك على أنها خطيرة هي:

√ مزاج الشخص.

√ الخصائص الموضوعية للوضعية.

√ الخبرات السابقة للشخص، والتي تشبه أو تعتبر قريبة من الوضعية الحالية.

√ مصادر استراتيجيات التعامل مع الضغط. (قماز فريدة، 2008، ص178)

وتؤكد نظرية "سبيلبرجر" أن للضغوط دورا مهما في إثارة الاختلافات على مستوى الدوافع كل حسب إدراكه للضغوط، وتركز هذه النظرية على المواقف المتعلقة بالموقف الضاغط وإدراك الفرد، فيحدد "سبيلبرجر" مفهوم الضغط في ثلاث مراحل هي: مصدر الضغط، إدراكه، ورد الفعل المناسب، ومن هنا ترتبط شدة رد الفعل بشدة المثير ومدى إدراك الفرد له. (حسين أحمد حشمت، مصطفى حسين باهي، 2006، ص55)

7.8.2 نظرية حفظ المصادر ل "هوبفول" Conservation of resources theory:

يرى "هوبفول" (Hobfoll) (1989) أن الضغط يحدث عند وجود واحدة من الحالات التالية:

√ عندما يعاني الفرد من فقدان مصادر السعادة (المفيدة) التي يمتلكها في مواجهة الضغوط.

√ عندما تكون هذه المصادر معرضة للتهديد.

√ عندما لا يتم استثمار أو تفعيل هذه المصادر.

وقد صنف "هوبفول" المصادر إلى أربعة أصناف هي:

أولاً: المصادر الموضوعية (الحسية) مثل: البيت، الملابس، الحصول على وسائل النقل،... الخ.

ثانياً: المصادر الحالية مثل: الوظيفة، العلاقات الإنسانية.

ثالثاً: المصادر الشخصية مثل: المهارات أو فاعلية الذات (self-efficacy).

رابعاً: مصادر الطاقة وهي المصادر التي تسهل تحقيق المصادر الأخرى مثل: توفر المال، القروض، المعرفة.

وتوصل "هوبفول" وزملائه (1996) إلى مجموعة من الفرضيات أو (المبادئ) التي تركزت على نظرية صيانة أو حفظ المصادر هي:

√ أن فقدان المصادر يعتبر السبب الرئيسي للضغط بسبب تعرض الفرد لمحنة.

√ تقوم المصادر على حماية وحفظ المصادر الأخرى، فمثلا تقدير الذات هو مصدر مهم وقد يكون مفيداً لبقية المصادر، مثال ذلك النساء اللواتي لديهن تقدير ذات مرتفع يستطعن

الاستفادة من الدعم الاجتماعي عند مواجهتهن للضغط، على عكس النساء اللواتي لديهن تقدير ذات منخفض فإنهن يفسرن الدعم الاجتماعي على أنه دليل على عدم الكفاية الذاتية، وبذلك فإنهن يبتعدن ولا يستقدن من هذا الدعم.

√ يستنزف الأفراد مصادر المقاومة المخزونة بعد تعرضهم المستمر للمواقف الضاغطة (الضغوط)، وهذا الاستنزاف يقلل قابلية الفرد لمواجهة ضغوط إضافية، وهذه الحالة توضح أهمية الحفاظ على المصادر، وذلك بالتركيز على كيفية التفاعل بين المصادر ومتطلبات متغيرات الموقف باستمرار الزمن، باعتبارها عملية كشف للضغوط المتعاقبة، إن هذا المبدأ يظهر أهمية فحص النتيجة على المصادر بالإضافة إلى فحص المصادر على النتيجة.

(<http://assps.yourforumlive.com>)

9.2. تعقيب على النماذج النظرية للضغط النفسي:

لقد تم عرض العديد من النظريات المفسرة، فكل من تلك النظريات تفترض وجود عملية مركزية، فهناك نظرية تؤكد على أن الاضطراب المعرفي يلعب دورا مركزيا في إحداث النتائج السلبية للضغوط، ونظرية أخرى تزعم أن الاستثارة الفسيولوجية تلعب دورا أساسيا في إحداث النتائج السلبية للضغوط، ونظرية ثالثة تعطي للاستجابات الانفعالية للضغوط موقعا هاما، ونظرية رابعة تزعم أن شعور الفرد بالعجز يلعب دورا مركزيا في الضغوط وغيرها، ولم تحاول أي من هذه النظريات أن تفسر كل ما هو معروف عن الضغوط، لذلك فلا يعتبر أي منها تفسيرا كافيا، وعلى أية حال فكل من هذه النظريات تقدم لنا إطارا مفاهيميا يوضح خبرة الضغوط ويشير إلى التدخلات التي تعمل على التخفيف منها، كما اهتمت جميع النظريات في علم النفس بالإشارة إلى طبيعة الضغط النفسي، وتفسير الانفعالات ذات العلاقة والارتباط معه، وأكدت هذه النظريات على أثر الضغط النفسي في الجوانب الوظيفية السيكولوجية والمعرفية والانفعالية والسلوكية، ورغم الاختلاف ما بين اتجاهات كل نظرية من النظريات، إلا أن هناك اتفاق عام فيما بينها على أثر الضغط النفسي على صحة الفرد وتوازنه وتكيفه.

10.2. مقاييس الضغط النفسي:

1.10.2. مقياس أحداث الحياة: Social Readjustment Rating Scale

وضع " هولمز" و" راهي" (Holmes & Rahe) (1967) مقياس "تقدير إعادة التوافق الاجتماعي" (Social Readjustment Rating Scale) (SRRS) والذي تم ترجمته للعربية، حيث يتكون المقياس الأصلي من (43 حدثاً)، تم تكييفه ليصبح العدد الكلي 34 حدثاً فقط، وقد أدخل عليه بعض التعديلات لتصبح الأحداث أكثر قابلية للفهم، وإعادة ترتيبها بطريقة أقرب إلى العشوائية، بحيث تختلط الأحداث السلبية مع الأحداث الإيجابية، ويستخرج لكل مباحث (3 درجات)، ويتراوح التقدير (بين 1-30 درجة).

(جمعة سيد يوسف، 2000، ص269)

أكد كل من " هولمز" و" راهي" أن أحداث الحياة وتغيرات البيئة الخارجية سواء أكانت إيجابية أو سلبية من شأنها أن تسبب ضغطاً على الفرد.

(<http://assps.yourforumlive.com>)

وقد قام " هولمز" و" راهي" بترتيب أحداث الحياة بوضع وزن نسبي لكل حادثة يعرف ب: "وحدة تغير الحياة" (Life change unite) والذي يرمز له ب: « LUC » .

(حسن عبد المعطي، 1992، ص266)

وقد أثبتت الدراسات أنه كلما زادت درجة الفرد على هذا المقياس، كلما زاد احتمال تعرضه للمرض، فقد ربط " راهي" (Rahe) (1970) زيادة الدرجة على هذا المقياس بارتفاع الحساسية للنوبات القلبية وبعض الأمراض الأخرى. (كامل محمد عويضة، 1996، ص79)

وقد تعرض مقياس "إعادة التوافق الاجتماعي" لعدة معالجات أخرى انطوت على بعض التغيير عما التزم به " هولمز" و" راهي"، حيث تم تعديل بعض البنود، حذف البعض الآخر لأغراض محددة، كدراسة علاقة أحداث الحياة بالأمراض لدى طلبة الجامعة التي أجراها

"برامويل" (Bramwell) (1971) ودراسة أسلوب الحياة في الطفولة كالدراسات التي أجراها "كودنجتون" (Kodenjton) (1972). (جمعة سيد يوسف، 2000، ص425)

الخاتمة:

تعتبر الضغوط من الظواهر التي لازمت الإنسان منذ العصور القديمة، غير أنها أصبحت سمة في هذا العصر الذي يتميز بتعقيدات اجتماعية، بيئية، اقتصادية، وغيرها، مما ولد صعوبة أو عجز لدى الفرد في مواجهة هذه الضغوط، حيث شاع في هذا القرن تسميته بعصر الضغوط.

فبالرغم من أن الاهتمام العلمي بالضغوط قد نما وترعرع في الكثير من العلوم مثل: علم الاجتماع و الانثربولوجيا والفيسيولوجيا وعلم النفس والطب، فإن هناك فرعين من فروع العلم كانا الأوفر حظا في تناول موضوع الضغوط الأول: هو علم الحيوان *Biologie* والثاني: هو علم النفس *Psychologie*، كما يعد مفهوم الضغوط النفسية من المفاهيم ذات العلاقة بالصحة النفسية والجسدية، حيث تشير إلى أن ردود أفعال الضغوط النفسية تؤدي إلى حدوث اختلال في الصحة النفسية والجسدية، تستنفذ طاقة الفرد وقدرته على التكيف.

لذا تعتبر الضغوط من الظواهر الإنسانية المعقدة التي تتجلى في مضامين بيولوجية ونفسية واجتماعية ومهنية، ولأن كل من المضامين لها انعكاساتها النفسية، وبسبب أن نواتج الضغوط تظهر في مخرجات فسيولوجية ونفسية فمفهوم الضغط يجب أن ينظر إليه باعتباره مفهوم معقد وله أبعاد اجتماعية واقتصادية وسياسية ومهنية (بنائية- وظيفية) باعتبارها المجال الذي يتحرك فيه الفرد وهي منشئ للضغوط ولها أبعاد ذاتية (جسمية، عقلية، معرفية، نفسية) وهذه الأبعاد الأخيرة تتصف بأنها يمكن أن تكون منشئ للضغوط، وفي ذات الوقت نواتج ومنبئة بأن الفرد يقع تحت تأثير ضغوط ما وتدرك هذه الأبعاد باعتبارها من المكونات الكلية لطبيعة الضغط .

الفصل الثالث : استراتيجيات المواجهة

*- تمهيد.

1.3. أصل كلمة إستراتيجية المواجهة.

2.3. تاريخ ظهور مفهوم المواجهة.

3.3. مفهوم إستراتيجيات المواجهة.

4.3. خصائص المواجهة.

5.3. أنواع استراتيجيات المواجهة.

6.3. محددات التعامل مع الضغط النفسي.

7.3. موارد(مصادر) استراتيجيات المواجهة.

8.3. النماذج النظرية المفسرة لمفهوم المواجهة:

1.8.3. النموذج الحيواني.

2.8.3. التقييم المعرفي للمواجهة.

3.8.3. النظرية الاجتماعية.

4.8.3. النظرية المعرفية.

5.8.3. النظرية التفاعلية.

9.3. تصنيف استراتيجيات المواجهة.

10.3. العوامل المؤثرة في تحديد استراتيجيات مواجهة الضغوط.

11.3. فعالية المواجهة على الصحة الجسدية.

12.3. طرق قياس استراتيجيات المواجهة.

*- الخاتمة.

تمهيد:

يواجه الفرد في حياته كثيرا من الظروف والخبرات الضاغطة، ومن ثم يحاول التعامل معها من خلال إتباع أساليب عديدة تبعد الخطر عنه، وتجعله في حالة من التوازن، وعلى هذا تختلف استراتيجيات المواجهة تبعا لاختلاف خصائص شخصية الفرد، وكذا لنوعية الموقف، إلا أن مفهوم استراتيجيات المواجهة يعاني بشكل واضح من عدد من المشكلات تتعلق بالجانب التنظيري من جهة، والجانب المنهجي من جهة أخرى، لذا يهتم هذا الفصل بتحديد الإطار النظري لهذا المفهوم، والاطلاع على كافة جوانبه لتحديد الهدف المراد منه هذه الدراسة.

1.3. أصل كلمة إستراتيجية المواجهة:

ترجع كلمة إستراتيجية إلى الكلمة اليونانية "إستراتيجوس" (Strategos) ، والتي تعني "فنون الحرب وإدارة المعارك"، ويعرف "قاموس ويبستر" (Websters) الإستراتيجية على أنها علم تخطيط و توجيه العمليات العسكرية. (طبي سهام، 2004، ص74)

ويعتبر مفهوم المواجهة من المفاهيم ذات الأصول القديمة، والذي اهتم به كل من الفلاسفة و الفنانين منذ آلاف السنين، فقد اهتم "أفلاطون" (Plato) من خلال أعماله بتقديم شرح للطرق و للاستراتيجيات التي ينتجها الأفراد للتعامل مع الأوقات والظروف العصيبة التي تمر في حياتهم، كذلك قدم "وليام شكسبير" (W.Shakespear) وصفا لاستجابات الأفراد للمواقف الضاغطة كال فقدان، الصراع، الأزمات، وغيرها من المواقف الشاقة، وعلى الرغم من الاهتمام القديم بالمفهوم، فإن الاهتمام العلمي به يعد حديثا نسبيا، ويتضح ذلك من خلال المختص النفسي "تيلر" (Taylor) (1970) الذي اهتم بوصف كيفية مواجهة الأفراد لمثيرات المشقة سواء أكانت داخلية أم خارجية، ومنذ ذلك الوقت توالى الدراسات العلمية لمفهوم المواجهة باستخدام تصورات نظرية متعددة، وطرق منهجية راسخة.

(محمد نجيب الصبوة وآخرون، 2004، ص109)

وقد استعمل مفهوم المواجهة (Coping) في الثلاثينات في الدول الأنغلوساكسونية، وشهد أهمية بالغة في فرنسا في السنوات الأخيرة. (Sylvie Dolbeault et al, 2007, p41)

واستعمل مفهوم المواجهة في اللغة الانجليزية للإشارة إلى طريقة لمواجهة الضغط، وطريقة للتكيف مع الوضعيات المتأزمة. (M. Dumont, B. Plancherel, 2001, p03)

إذن فمفهوم المواجهة برز في العصر الحديث، وظهر لأول مرة في كتاب (Psychological stress and coping process)

ل"لازاروس" و"فولكمان" (Lazarus&Folkman) (1966) والذي يدل على مجموع

الاستجابات والاستراتيجيات المختبرة من الفرد لمواجهة الوضعيات الضاغطة.

(M. Bruchon- Schweitzer, 2001, p72)

وقد سميت- المواجهة- في الأنغلو ساكسونية (Les Anglo- Sascons) ب "المواجهة" (Coping) والتي تم ترجمتها للفرنسية ب "استراتيجيات التوافق" أو "التكيف" أو ب "عمليات السيطرة". (V. Catteau, H. Chabrol, 2005, p452)

وقد أسس كل من "سندلر" و"وولشيك" و"ماكينون" و"أبيرس" و"روزا" (Sandler, Wolchik, Mackinnon, Ayers&Roosa) (1997) ثلاث مفاهيم متميزة تتمثل في:

√ **مصادر المواجهة:** هي الخواص الشخصية المتعلقة بالاستقرار الذي يؤثر بطريقة ما في تكيف الفرد الخاضع لوضعيات ضاغطة (مزاج متساهل، تقدير الذات، التفاؤل، المراقبة الداخلية أو الخارجية، مهارة حل المشاكل).

√ **أساليب المواجهة:** هي العادات المفضلة في طريقة عرض المشاكل في مواجهة الضغوط كأسلوب "الإقدام" أو "التجنب".

√ **جهود المواجهة:** هي الاستراتيجيات السلوكية والمعرفية المنتجة في وضعيات ضاغطة نوعية، والتي من الممكن أن تتغير حسب طبيعة الضغط الممارس على العضو.

(M. Dumont, B. Plancherel, 2001, p59)

2.3. تاريخ ظهور مفهوم المواجهة "coping":

يعتبر مفهوم المواجهة من المفاهيم ذات الأصول القديمة، على الرغم من أن الاهتمام به في مجال علم النفس بدأ حديثاً نسبياً، فقد أشار "أبرام ماسلو" (Maslow) (1940) إلى مفهوم المواجهة و أطلق عليه "سلوك التصدي"، حيث ميز بينه وبين السلوك التعبيري في حديثه عن الحاجة، وقد كان المصطلح قليل الانتشار في عام (1960) و يحدد البعض أن عام

(1967) حتى عام (1998) ففي هذه الفترة توالت الأبحاث التي تناولت المواجهة وزاد انتشارها. (نشوة كرم عمار، 2007، ص ص47-48)

فتاريخياً يرجع مفهوم المواجهة لميكانيزمات الدفاع الذي تطور في نهاية القرن (19) من طرف التحليليين، إضافة لمفهوم التكيف الذي تطور خلال النصف الثاني من القرن (19) في اتحاده مع البيولوجيا، الإيثولوجيا، وعلم النفس الحيوان في المنظور التطوري لـ "داروين" ((Darwin)). (M. Bruchon- Schweitzer, 2001, p69)

فقبل عام (1960) في الأدبيات الطبية استخدم مصطلح المواجهة الاجتماعية ليشير إلى الاستجابات الإيجابية نحو الضغط، وحتى عام (1960) لم تكن البحوث في مجال المواجهة قد بدأت، فالجدير بالذكر أن مصطلح "المواجهة" « Coping » لم يظهر في علم النفس حتى عام (1967)، حيث اشتقت النماذج الأولية لمصطلح "المواجهة" من البحوث التي أجريت على الحيوانات ومن أدبيات التحليل النفسي.

وقد نقل "لازاروس" في كتابه ما جاء به كل من "ميلر" و"إرسن" (Miller & Ursin) على أن بقاء الحيوان على قيد الحياة مرتبط بقدراته على الاكتشافات التي تساعد على تجنب الخطر أو الهروب منه أو تحمله في المحيط الذي يعيش فيه، كما يرى هذان الباحثان أن استراتيجيات المواجهة (Coping) عند الحيوان عبارة عن ميكانيزم حيوي يتمثل في السلوك الذي عن طريقه تتم مراقبة الشروط المحيطة المنفرة (المكروهة) بهدف التقليل من اضطرابات نفسية وفسولوجية محتملة، وهذا بالاعتماد على سلوكيات الهرب أو التجنب.

(مقبال مولودة هدييل، 2008، ص91)

وقد أشار إلى ذلك كل من "لازاروس" و"فولكمان" (Lazarus & Folkman) (1984) في الأبحاث التي أجريت على الحيوان على يد "كانون" (Cannon) والتي تعرف بـ "استجابة القتال أو الهروب" والتي تدرج ضمن الاستجابات السلوكية التي يقوم بها الفرد

لخفض الاستثارة الفسيولوجية، والتي من خلالها ينخفض تأثير مثيرات القلق أو المثيرات المزعجة.

وقد استخدمت "المواجهة" في التحليل النفسي تحت عنوان "ميكانيزمات الدفاع اللاشعورية" (**les mécanismes de défense**)، فبالرغم من أن القواميس كقاموس "الإكسفورد" ظلت تنظر إلى المواجهة على أنها استجابة إيجابية تصدر عن الكائن نحو مواقف التهديد فقط.

وفي الفترة ما بين الستينات والسبعينات من القرن الماضي كانت البحوث المرتبطة بإستراتيجيات المواجهة للضغوط تركز أساسا على "المواقف المتطرفة" (**Extrême situation**) من قبيل تهديدات الحياة و الأحداث الصدمية.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص ص77-78)

وفي الثمانينيات من القرن المنصرم بدأ اهتمام الباحثين بالواجهة، ودراسة عدد من استجابات وقياس أساليب المواجهة، وذلك في أعمال وأبحاث "لازاروس" و"فولكمان"، والتي أسفرت عن تحديد نوعين من استراتيجيات المواجهة (المواجهة المتمركزة حول المشكل/المتمركزة حول الانفعال).

وتدرجيا ظهرت استراتيجيات المواجهة الإقدامية في مقابل المواجهة الإحجامية نتيجة لجهود الكثير من الباحثين والعلماء، ثم توالت بعد ذلك العديد من الدراسات التي أجريت عن الفروق بين الأفراد ودورها في أساليب مواجهة الضغوط. (نفس المرجع السابق، ص78)

3.3 مفهوم إستراتيجيات المواجهة: **les stratégies de coping**

1.3.3 من الناحية اللغوية:

اختلفت تسمية المواجهة بالرغم من أنها تتفق جميعها في انجاز نفس المهام، حيث ترجمة من اللغة الانجليزية "coping" "To cope with" إلى الفرنسية بعدة مصطلحات أهمها:

Processus de faire face ✓

Processus d'ajustement ✓

Processus de maitrise ✓

(طبي سهام، 2004، ص ص74-75) Les stratégies de coping ✓

وقد اهتمت الأبحاث بمفهوم المواجهة (Coping) الذي من الممكن ترجمته ب (Faire face)

(faire front) (التخلص من الوضعية بشجاعة). (Gilles le Gardinal, 2003, p45)

وبالفرنسية مصطلح les stratégies de coping مرادف ل:

Les stratégies d'ajustement ✓

(J. Ogden, O. Desrichard, 2008, p56) Les stratégies de faire face ✓

هذا المصطلح الأخير الذي اعتمد عليه في الأدبيات الفرنسية منذ سنة (1999)، وفي المقابل

استعملت في اللغة العربية مصطلحات مثل:

- إستراتيجيات أو عمليات التعامل.

- استراتيجيات التوافق أو المواجهة.

- إستراتيجيات التأقلم.

- ميكانيزمات الدفاع.

وهناك مصطلحات أخرى تستخدم بالتبادل مع مصطلح استراتيجيات المواجهة مثل:

- أساليب المواجهة Coping Styles.

- طرق المواجهة Ways of Coping.

- سمات المواجهة Coping Traits.

كما يترجم البعض كلمة « Coping » إلى التوافق، أو التعامل مع المشكلات، أو التغلب على الضغوط، أو معاشية الضغوط. (جمعة سيد يوسف، 2000، ص69)

وسيتم استخدام مصطلح "إستراتيجية المواجهة" في هذه الدراسة.

2.3.3. من الناحية الاصطلاحية:

تتوعد التعاريف النفسية لمفهوم المواجهة بتنوع زوايا النظر له، ورغم تعدد هذه التعريفات نجدها تدور حول محور أساسي هو أن مفهوم المواجهة في الغالب يصف عملية التخلص من مصدر المشقة أو تخفيف وتقليل الضغط الذي يواجهه الفرد بكل أنواعه، فقد تباينت تعاريف هذا المصطلح بتباين آراء العلماء والأطر النظرية المتعلقة بمفهوم استراتيجيات المواجهة، وقد تم تصنيف هذه التعريفات إلى عدة فئات هي:

✓ تعريفات تتعامل معه كإستراتيجية.

✓ تعريفات تتعامل معه كأسلوب.

✓ تعريفات تتعامل معه كاستجابة.

✓ تعريفات تتعامل معه كمجهود.

✓ تعريفات تتعامل معه كعملية.

✓ تعريفات تتعامل معه كمحاولة.

1.2.3.3. مفهوم المواجهة بوصفه إستراتيجية:

- تعريف "لويس" (Lois) (1962) مفهوم المواجهة بأنه "الإستراتيجيات التي يتبناها الفرد لمعالجة التهديد". (هناك أحمد شويخ، 2007، ص54)

- يعرف "راي" وآخرون (Ray et al) (1982) المواجهة على أنها "إستراتيجيات تشير إلى الطريقة المستعملة للتوافق مع الوضعيات الصعبة، ويتضمن هذا المفهوم من جهة تواجد مشكل حقيقي أو خيالي، ومن جهة أخرى الاستجابة لهذا الحدث الضاغط".

(وليدة مرزقة، 2008، ص61)

- يعرف "الدوين" وآخرون (Aldwin et al) (1987) المواجهة على أنها "الإستراتيجيات المستخدمة لمعالجة المشكلات الفعلية أو المتوقعة، وما ينتج عنها من انفعالات سلبية".

(محمد نجيب الصبوة وآخرون، 2004، ص110)

- يرى "إيفرلي" (Everly) (1989) "أنه يمكن الحديث عن إستراتيجية المواجهة للضغوط من ناحيتين، الأولى الناحية المعرفية: وتعني التفكير في أساليب معرفية لإضعاف وتقليل معدل استجابة الضغط، الثانية الناحية الفسيولوجية: وتعني محاولة إعادة الاتزان لدى الكائن الحي". (طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص83)

2.2.3.3. مفهوم المواجهة بوصفه أسلوبا:

- يرى "موس" و"شيفر" (Moos&Schaefer) أن المواجهة هي "أساليب شعورية يستخدمها الفرد في التعامل مع الضغوط، وأن طريقة استخدام أساليب المواجهة، إما أن تكون إقدامية أو إحجامية، وأن لهذه الأساليب الإقدامية والإحجامية جانبين أحدهما معرفي والآخر سلوكي، ومن ثم يكون أسلوب الفرد و طريقته في مواجهة المواقف الضاغطة إقداميا معرفيا

أو إقداميا سلوكيا أو يكون إجماميا معرفيا أو إجماميا سلوكيا".

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص82)

- يعرف "موس" وآخرون (Moos et al) (1993) المواجهة بأنها "الأساليب التي يستخدمها الفرد بوعي، ويوظفها في التعامل الإيجابي مع مصدر القلق أو الحدث المثير للمشقة النفسية أو الحدث الصدمي".

- كما عرف "تيلور" (Taylor) (1993) مفهوم المواجهة بأنه "الأساليب التي يستجيب بها الفرد للأحداث المثيرة للمشقة". (محمد نجيب الصبوة وآخرون، 2004، ص110)

- يعرف "ليتمان" (Litman) (2006) المواجهة على أنها "الطرق أو الأساليب المعرفية والسلوكية المتنوعة التي يستخدمها الأفراد لإدارة الضغوطات التي يواجهونها في حياتهم اليومية للتخفيف من أثارها عليهم". (سعاد منصور غيث، 2009، ص254)

- ويعرف "سيلامي" (N.Sillamy) المواجهة بأنها "طريقة أو أسلوب تكيفي يرجع إلى إعادة تقييم المشكل، ولموارد الشخص (المعرفية، العاطفية) الخاصة بالفرد ومحيطه".

(N.Sillamy, 2003, p69)

- يعرف "طه عبد العظيم حسين" (سلامة عبد العظيم حسين) (2006، ص84) المواجهة بأنها "الطرق والأساليب المعرفية والسلوكية التي يستخدمها الفرد في التعامل مع المواقف الضاغطة والصعوبات التي تواجهه في حياته، والتي تمثل تهديدا وضررا وتحديا لشخصية الفرد، وذلك في محاولة منه لتجنب إمكانية حدوث اضطراب الوظائف الاجتماعية والانفعالية والجسمية عقب التعرض للمواقف الضاغطة"، كما تعني "مجموعة الأساليب التي يستخدمها الفرد في التعامل مع المواقف والأحداث الضاغطة، وذلك للتخفيف من حدة الموقف الضاغط وخفض الانفعالات السلبية التي تتولد عنه".

- يعرف "أحمد عيد مطيع الشخانة" (2010، ص35) المواجهة بأنها "الأساليب التي يتبعها الفرد للتعامل مع الموقف الضاغط".

3.2.3.3. مفهوم المواجهة بوصفه استجابة:

- يرى "لازاروس" (Lazarus) (1966) أن المواجهة تشير "لاستجابات أو ردود فعل الفرد لتجنب، خفض، أو ببساطة السيطرة على وضعية صعبة".

(Calorine Lemonnier, 2008, p07)

- يرى كل من "سكولر" و"بيرلين" (Schooler & Pearlin) (1978) مفهوم المواجهة بأنه "أي استجابة يقوم بها الفرد في مواجهة مواقف الحياة الخارجية، وذلك لتجنب المشقة النفسية أو لمنعها أو التحكم فيها". (هناء أحمد شويخ، 2007، ص55)

- يعرف "ليفن" و"يرسن" (Levine & Ursin) (1980) المواجهة بأنها "الاستجابات السلوكية التي ترتبط بالتجنب أو الهروب في الاستجابة للبيئة".

- يعرف "هان" (Haan) (1982) و"كيلستروم" (Kihlstrom) (1987) المواجهة بأنها "الاستجابة التي تصدر عن الفرد إزاء الأحداث الضاغطة والتي تكون خارجية أكثر منها داخلية". (طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص81)

- أما "ستيبتو" (Steptoe) (1991) فيعرف المواجهة بأنها "استجابات يظهرها الفرد لمواجهة الوضعيات الضاغطة، وقد تكون ذات طبيعة معرفية أو انفعالية، أو تحويل في الخيال وضعية خطيرة إلى منفعة شخصية، كما يمكن أن تأخذ أشكالاً لا سلوكية مباشرة أكثر كالمواجهة الصريحة للمشكل، تبني سلوك التجنب، أو البحث عن المساندة الاجتماعية".

(Isabelle Paulhan, 1992, p546)

- يعرف "سولس" وآخرون (Suls & al) (1993) المواجهة بأنها "أنماط الاستجابات التي يقوم بها الفرد، سواء أكانت مضمرة أو ظاهرة لمنع أو لتخفيف ظروف المشقة".

- كذلك نجد تعريف "بالمير" و"درايدن" (Palmer&Dryden) (1996) لمفهوم المواجهة بأنها "الاستجابات والمعارف المتبناة من قبل الفرد لمواجهة المشقة، والتي صممت لمعالجة أو التعامل مع المواقف المثيرة للمشقة ونواتجها".

- يرى "بارغامو" (Pargament) (1997) بأن المواجهة هي "كل الاستجابات التي يبذلها الفرد لمواجهة النواتج".

- أما "هوبفول" (Hobfoll) (1998) فيعرف مفهوم المواجهة بأنها "الاستجابات التي يوظفها الفرد لغرض تقليل الضغوط الصادرة من مصادر المشقة".

(هناء أحمد شويخ، 2007، ص55)

كما أن استراتيجيات المواجهة هي "استجابات معرفية، عاطفية، أو سلوكية يقوم بها الفرد بغية تكيفه مع المشكلة". (J. Ogden, O. Desrichard, 2008, p56)

4.2.3.3. مفهوم المواجهة بوصفها مجهود:

- يعرف "مينينجر" (Menninger) (1963) المواجهة بأنها "المجهودات الطبيعية لمواجهة طوارئ الحياة اليومية".

- أما "لازاروس" (Lazarus) (1966) فيشير إلى مفهوم المواجهة بأن "المجهودات الموجهة نحو الأحداث أو نحو الانفعالات لتدبير مطالب البيئة والصراعات بينهم من خلال التحكم أو التقليل أو التحمل أو التقليل". (محمد نجيب الصبوة وآخرون، 2004، ص111)

- يعرف "لازاروس" و"فولكمان" (Lazarus & Folkman) (1984) المواجهة بأنها "مجموع المجهودات المعرفية والسلوكية التي تعمل على التحكم من خلال التقليل أو التعامل مع حدة التهديدات الداخلية أو الخارجية والتي تتجاوز قدرة الفرد".

(B.Salengro, 2005, p109)

أي كتغير معرفي (فكري) أو مجهودات سلوكية (أفعال) تتبع من الفرد لإدارة المطالب داخلية كانت أم خارجية التي تتجاوز مصادره، والتي تسمح له بالتحمل أو التجنب أو في التقليل من الحدث الضاغط. (S.Bradette et al, 1999, p62)

وتتمثل الأبعاد المختلفة للمواجهة في: التقليل من التهديد، إعادة التقييم الإيجابي، اتهام الذات، التجنب/ الهروب، البحث عن السند الانفعالي. (Catherine Gaumé, 2009, p54)

- يعرف "ماثي" وآخرون (Matheny et al) (1986) المواجهة بأنها "الجهود السلوكية والمعرفية التي يقوم بها الفرد لخفض أو تحمل مطالب الضغوط"، حيث يرى "ماثي" أن فعالية المواجهة تتوقف على:

- سلوك المواجهة coping behavior.

- مصادر المواجهة coping ressources.

فسلوك المواجهة: عبارة عن "أفعال أو محاولات سلوكية ومعرفية يقوم بها الفرد في التعامل مع الضواغط"، ويتضمن:

√ إعادة البناء المعرفي.

√ خفض التوتر.

√ استخدام المهارات الاجتماعية و التنفيس.

√ البحث عن المعلومات، مراقبة الضغوط والاستجابات التوكيدية.

√ التجنب، الانسحاب، القمع، الإنكار.

أما مصادر المواجهة: فهي عبارة عن "الخصائص الفردية والاجتماعية والبيئية المتاحة للفرد، والتي تتيح له الاستجابة للموقف الضاغط وتقلل من احتمالية أن يتم تقييم الموقف كضاغط، أو تسعى إلى تعظيم سلوك المواجهة الفعلية"، وتتضمن:

- المساندة الاجتماعية.
- القيم والاعتقادات.
- الثقة بالنفس.
- مركز الضبط.
- تقدير الذات. (طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص82)
- يرى "دنتشف" (Dantchev) (1989) المواجهة "كمجموع المجهودات المعرفية والسلوكية لمواجهة وتحمل المتطلبات الداخلية والخارجية، التي تهدد أو تفوق طاقات الفرد".
(طايبي نعيمة، 2007، ص15)
- أما "دانترز" (Dantzer) (1993) فيعرف المواجهة بأنها "المجهود المبذول لحل المشكلات المرتبطة بمطالب الفرد الداخلية والخارجية، والتي يدركها الفرد كمصدر للتهديد".
- ويعرف "سكيفنكتون" (Skevington) (1995) مفهوم المواجهة بأنها "المجهود المبذول لتدبر وتقليل التأثير السلبي للمشقة". (هناء أحمد شويخ، 2007، ص55-56)
- يعرف "ديو" (Dewe) (2000) المواجهة بأنها "الجهود المعرفية والسلوكية التي يقوم بها الفرد، بهدف السيطرة أو التعامل مع مطالب الموقف الذي تم إدراكه وتقييمه باعتباره يفوق طاقة الفرد، ويرهق مصادره وقدراته ويمثل موقفا ضاغطا".
(نشوة كرم عمار، 2007، ص49)

5.2.3.3. مفهوم المواجهة بوصفه عملية:

- يعرف "لازاروس" و"لونييه" (Lazarus et Launier) (1978) المواجهة بأنها "مجموع العمليات التي يستعملها الفرد في مواجهة حدث معين خطير من أجل السيطرة عليه، و التقليل من حدته أو التعامل معه من الجانب الجسدي والنفسي".

(Isabelle Paulhan, 1992, p545)

- عرف "فريدمان" (Friedman) (1963) مفهوم المواجهة بأنها "العملية المتبناة من قبل الفرد لمواجهة مهددات البناء النفسي، وذلك ليستطيع الفرد من خلالها القيام بوظائفه بشكل فعال".

- أما "ميرفي" (Murphy) (1974) فيعرفها بأنها "العملية التي تشمل المجهودات المبذولة من قبل الفرد، والتي تتجه إما نحو حل المشكلة، أو نحو تنظيم الاستجابات والتحكم فيها". (هناء أحمد شويخ، 2007، ص56)

- يرى كل من "شيش" و"شرودر" (Scheuch & Schroeder) (1986، 1990) أن المواجهة تشتمل على "عمليات معرفية و خبراتية وسلوكية و فيزيولوجية وغددية ومناعية نفسية عصبية، ترتبط مع المحيط الاجتماعي للشخص المعني في علاقة نشطة متبادلة".

(عزوز إسمهان، 2008، ص29)

- يعرف "كرينك" وآخرون (Krink et al) مواجهة الضغوط بأنها "عملية غير جاهزة الاستعداد ومختلفة في الأسلوب (البحث عن المعلومات) ومختلفة في الوظيفة (حل المشكلة، خفض الضغط) ومختلفة في النتيجة (سلبية أو إيجابية)".

- يعرف "سبيلبرجر" (Spielberger) المواجهة بأنها "عملية وظيفتها فحص أو إبعاد المنبه الذي يدركه الفرد على أنه مهدد له". (طبي سهام، 2004، ص75)

- يشير "سارافينو" (Sarafino) (1998) بأن مفهوم المواجهة يعني "العملية التي من خلالها يسعى الفرد إلى تدبر التشتيت المدرك بين كل من مطالبه ومصادره في موقف المشقة النفسية". (هناء أحمد شويخ، 2007، ص56)

6.2.3.3. مفهوم المواجهة بوصفها محاولة:

- يرى "أسعد الإمارة" (A. El Imara) المواجهة بأنها "المحاولة التي يبذلها الفرد لإعادة اتزانه النفسي والتكيف مع الأحداث التي أدرك تهديداتها الآنية والمستقبلية".

(طبي سهام، 2004، ص75)

- ينظر "إندلر" وآخرون (Endler et al) (1998) للمواجهة بأنها "المحاولات التي يقوم بها الفرد لتغيير العوامل الخارجية والداخلية للمشقة النفسية أو تنظيمها، وقد تكون هذه المحاولات متوافقة أو غير متوافقة".

وإضافة إلى هذه التعاريف هناك عدد من الفئات الأخرى الخاصة باستراتيجيات المواجهة، مثال ذلك تعريف المواجهة بوصفه "عامل مصد"، حيث يعرف "إندلر" و"باركر" (1990) المواجهة على أنها "عامل مصد يتوسط العلاقة بين الضواغط ونتيجة الضغط، أو بين مقدمات الأحداث الضاغطة، والنتائج السلبية الناتجة عنها".

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص83)

كما تعرف المواجهة على أنها "سياقات" كما جاء في تعريف كل من "لازاروس" و"لوني" (Lazarus & Launier) (1978) للمواجهة على أنها "مجموعة السياقات التي يضعها الفرد بينه وبين الحدث المدرك على أنه مهدد، من أجل ضبط، تحمل، أو تخفيض أثر هذا الأخير على الصحة الجسمية والنفسية". (واكلي بديعة، 2011، ص62)

هذا عن أبرز التعاريف المقدمة من طرف الباحثين والعلماء لمفهوم المواجهة، والتي من الممكن أن تضم الخصائص الآتية:

- الاستخدام المتعدد لمعاني كلمة مواجهة (استراتيجيات، أساليب، عمليات... وغيرها).
 - الاتفاق وتوحيد الهدف حول الغرض من المواجهة، وهو التخلص من الضغط النفسي وخفض الانفعالات الناتجة عنه.
- كما يمكن استخلاص أهم المعالم المهمة التي تحدد السلوك الذي يمكن اعتباره كإستراتيجية للمواجهة، حيث أن:

- ✓ إستراتيجية المواجهة ذاتية أي يتبناها الفرد ذاته.
- ✓ وعي الفرد وإدراكه لنوع الإستراتيجيات التي يستخدمها في المواقف المختلفة.
- ✓ سلوك المواجهة سلوك مقصود وموجه لتحقيق عدد من الأهداف.
- ✓ إستراتيجيات المواجهة مرنة أي قابلة للتعديل والتغيير.
- ✓ تنشأ المواجهة عن الاختلاف والتباين بين مصادر الفرد والمطالب المدركة (داخلية/ خارجية).
- ✓ تسعى استراتيجيات المواجهة في غالب الأحيان، إما لحل المشكلة على نحو مباشر أي التخلص من الضغط نهائياً، أو على نحو غير مباشر من خلال التحكم في الانفعالات.
- ✓ قد تكون إستراتيجيات المواجهة مضمرة (كالتفكير الإيجابي) أو ظاهرة (كهرب من مصدر التهديد).
- ✓ التنوع في مظاهر الإستراتيجيات، فقد تكون ذات طابع معرفي (التخطيط)، أو سلوكي (إستراتيجيات التحول السلوكي)، أو انفعالي (تفريغ المشاعر)، أو ذات طابع اجتماعي (طلب المساندة الاجتماعية).

وما يمكننا قوله هو أن كل نموذج من النماذج المذكورة سالفاً أبدت وجهة نظر تختلف عن الأخرى فيما يتعلق بمفهوم المواجهة، وهذا دليل على أن هذا المفهوم يظم مجموعة غير

متجانسة من المعارف والمواقف السلوكية والقدرات النفسية، والتي تعتبر كعنصر ديناميكي مقابل الالتزامات الداخلية والخارجية، وبذلك فهي تعتبر أكثر من استجابة بسيطة لوضعية الضغط، بل تهدف كذلك إلى تغيير الوضعية المهددة ورد الاعتبار للذات.

(بوعافية نبيلة، 2007، ص 180)

ويمكن استخلاص تعريف للمواجهة على النحو الآتي:

تعرف المواجهة على "أنها الاستراتيجيات التي يتبناها الفرد في مواجهة موقف ضاغط (داخلي/خارجي) مدرك له، بهدف السيطرة على الموقف من جهة، وتخفيض المشاعر السلبية الناتجة عنه من جهة أخرى، وتختلف الاستراتيجيات وتتنوع من حيث طبيعتها (معرفية، سلوكية...)، كما أنها تتغير من موقف لأخر فهي غير ثابتة".

4.3. خصائص المواجهة:

حسب "لازاروس" و"فولكمان" تتمثل خصائص المواجهة في:

- * المواجهة عملية وليست سمة، فالعلاقة بين الشخص والبيئة علاقة متبادلة ودينامية.
- * المواجهة تتحدد من خلال نتائجها وليس من الافتراضات القبلية التي تشكلها (توافقية / غير توافقية)، أي أن عملية المواجهة قد تكون فعالة أو غير فعالة بناء على نتائجها.
- * هناك اختلاف بين المواجهة والسلوك التوافقي التلقائي.
- * عملية المواجهة هي نوعية وموقفية وليست عامة.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص 80)

5.3. أنواع أساليب المواجهة:

❖ استراتيجيات المواجهة الفعالة:

تتضمن سلوكيات فعالة تساعد الفرد على حل المشكلة، وتتمثل في: البحث عن المعلومات، التفكير في حلول بديلة للمشكلة، طلب المساندة الاجتماعية.

فهي التي تؤثر - المواجهة الفعالة - على كل من الصحة والتوافق النفسي للأفراد، كما أنها ترتبط أيضا وبشكل دال بانخفاض المشكلات النفسية لدى الفرد، فالأفراد الذين يستخدمون استراتيجيات المواجهة أكثر فاعلية وتوافقية في مواجهة الضغوط يتمتعون بمستوى ملائم من الصحة النفسية، وأيضا يظهرون مستوى مرتفع من الرضا عن الحياة، كما تساعد الأفراد على حل المشكلات واتخاذ القرارات.

❖ استراتيجيات المواجهة غير الفعالة:

هي عبارة عن مجموعة من السلوكيات التي يقوم بها الفرد لتجنب التعامل مع المشكلة، وتتمثل في: سلوكيات التجنب كإنكار المشكلة الموجودة، القيام بأفعال غير ملائمة كالسلوك العدواني أو تعاطي العقاقير والمخدرات.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص ص 75-109)

وهناك أساليب مواجهة تعتبر إشكالية، فإستراتيجية التجنب أو الهروب تمثل مشكلة للفرد، كما أن أنماط التفكير المختلفة وظيفيا تعتبر هي الأخرى أسلوب مواجهة غير فعال، وبالتالي لا تساعد الفرد على اتخاذ القرارات وحل المشكلات التي تواجهه، بل تؤدي إلى الأمراض العصبية وظهور الأعراض النفسية. (نفس المرجع السابق، ص ص 75-76)

إن الأصل في الحد من المواجهة الغير عملية هو البحث عن مستويات عديدة، حيث يرى "ماثويز" وآخرون أن الأسباب الغير عملية متعددة وتتغير من فرد إلى آخر، والذي أرجعها إلى:

- تقييم خاطئ للموقف بسبب عدم الوعي.
- تقييم خاطئ للموقف نتيجة لاكتظاظ المعلومات وتشابكها.
- عدم الإلمام بالقيم والقواعد الاجتماعية المعمول بها.
- اختيار الفرد لاستراتيجيات مواجهة مناسبة، لكنه يفتقر للقدرات اللازمة لاستخدامها.
- اختيار استراتيجيات مناسبة ينجح في تحقيقها مبدئياً، لكنه سرعان ما يفشل لأسباب مجهولة. (طبي سهام، 2004، ص86)

إن استراتيجيات المواجهة قد تتراوح من استراتيجيات فعالة في مقابل استراتيجيات مواجهة غير فعالة، وذلك يعتمد على خصائص الشخص وعلى الظروف البيئية أيضاً، كما تختلف أساليب المواجهة باختلاف العمر، وطبيعة الموقف الضاغط، والبناء المعرفي، ونمط الشخصية. (طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص109)

ويشير "تايلور" (Taylor) (1999) إلى عدم وجود أسلوب تكيف أكثر فاعلية من الآخر، فكل أسلوب من أساليب التكيف له إيجابيات وسلبيات تختلف باختلاف مصدر الضغوط النفسية، شخصية الفرد، إلا أن هناك دراسات نفسية تشير أو تدعم التأثير الإيجابي لأسلوب تكيف معين في مواجهة مصدر الضغوط النفسية من جهة، وفي التقليل من الأعراض النفسية الناجمة عن هذا المصدر من جهة أخرى. (أحمد عيد مطيع الشخانة، 2010، ص45)

6.3. محددات التعامل مع الضغط النفسي:

1.6.3. محددات استعدادية للتعامل مع الضغط: Déterminants dispositionnels du coping

إن استراتيجيات التعامل مع الضغط لا تعتبر خاصة، وإنما عامة (-Trans situationnelles) فهناك مجموعة من استراتيجيات التعامل مع الضغط تعتبر ثابتة نسبياً، ذلك أننا نفضل استعمال استراتيجيات عوض الأخرى أمام مختلف الأحداث الحياتية، فهذا المنظور ينطلق من فرضية أن "التعامل مع الضغط" هو سيرورة لكيفية التعامل مع أحداث الحياة، تنتج عن مجموعة من الوضعيات، والتي تعتبر متناسقة نسبياً.

(قماز فريدة، 2008، ص191)

2.6.3. المحددات المعرفية Déterminants cognitifs:

تتمثل في تقويم الفرد لحادث ما في اعتقاداته وتصوراته حول ذاته (تقدير الذات) حول العالم والمحيط (مرض)، حول موارده، حول قدراته في حل المشاكل (الرقابة الذاتية) وحول دوافعه العامة (القيم، الأهداف، الفائدة)، وهناك محدد معرفي يتمثل في مركز التحكم الداخلي والخارجي، كما أن هناك العديد من السوابق المعرفية للتقويم والمواجهة منها: الفعالية الذاتية المدركة، الإسنادات السببية.

(مقبال مولودة هدييل، 2008، ص ص98-99)

تشمل المحددات المعرفية للتقييم المعرفي Cognitive Appraisal على:

√ اعتقاد الشخص (حول الذات، العالم، الموارد... الخ).

√ دوافعه العامة (القيم، الأهداف، القواعد... الخ).

√ الخصائص الشخصية (الفعالية الذاتية، التفاؤل، الانتساب... الخ).

(M. Bruchon- Schweitzer, 2001, p72)

3.6.3. المحددات الشخصية :Déterminants Conatifs

هناك متغيرات كالقلق، الاكتئاب، الصلابة يمكن أن تنبئ بتقييمات خاصة (ضغط مرتفع/منخفض) استراتيجيات التعامل المتمركزة حول الانفعال، وكذا استراتيجيات التعامل المتمركزة حول المشكل. (قماز فريدة، 2008، ص192)

4.6.3. المحددات الموقفية للتعامل مع الضغط :coping

يؤمن العديد من الباحثين بارتباط التقويم الابتدائي (الأولي) والثانوي والمواجهة كسيرورات تعامل بالميزات المتعلقة بالشخص وبالحدث الذي يعيشه.

(مقبال مولودة هدييل، 2008، ص99)

لهذا يمكن للتقويم أن يتأثر بالعديد من المميزات منها: طبيعة التهديد، مدته، غموضه، مراقبة الضغط، توفر ونوع السند الاجتماعي المساعد للفرد. (قماز فريدة، 2008، ص192)

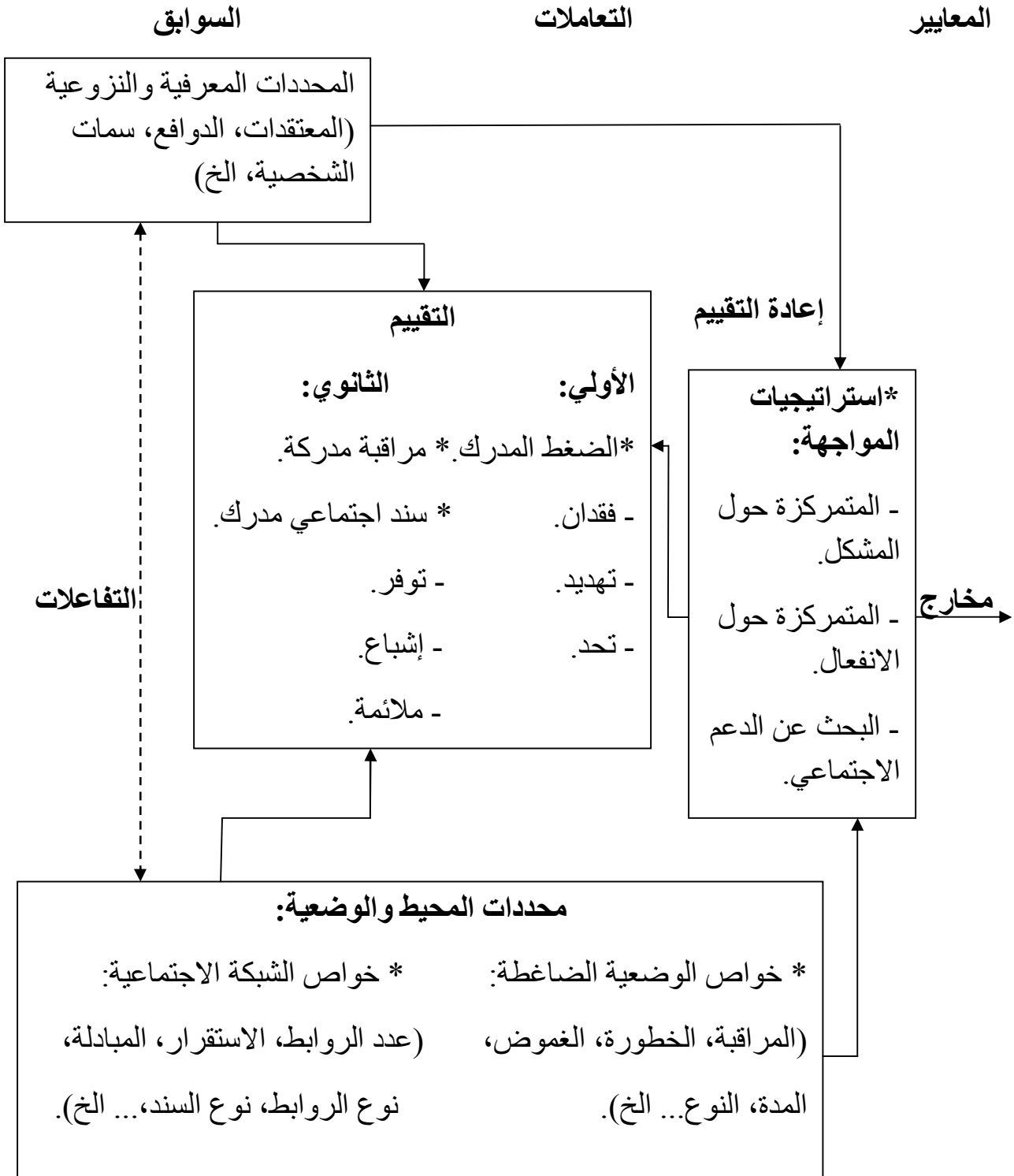
5.6.3. المحددات الانتلافية للتعامل مع الضغط :transactionnels du coping

اقترح "توني" و"لازاروس" (Taunier&Lazarus)(1978) تصنيف الأحداث ليس على أساس موضوعي، ولكن حسب التقييمات الأولية للشخص، والتي اكتشفت فيما بعد بعيدا عن الخصائص الداخلية لهذه الأحداث، والتي من الممكن أن تدرك على أنها خسارة أو تهديد أو تحدي. (نفس المرجع السابق، ص ص192-193)

كما أوضح "ماك كراي" (Mc Crae) (1984) بأن التقويم الأولي للوضعية الضاغطة هو الذي يحدد نوع إستراتيجية المواجهة التي يختارها الفرد.

(مقبال مولودة هدييل، 2008، ص100)

الشكل (07): يوضح استراتيجيات المواجهة، ومظاهر للسيرورات والمحددات ل"بروشور-سويتزر" (M. Bruchon-schweitzer, 2002).



(<http://psycho.univ-lyon2.fr>)

يعبر هذا الشكل عن التفاعلات الحاصلة بين المحددات الشخصية والمحددات المحيطة في علاقتها مع مختلف استراتيجيات المواجهة من خلال تعاملها مع التقييمات الممارسة في الموقف الضاغط.

7.3. موارد (مصادر) استراتيجيات المواجهة:

تحدث "لازاروس" و"فولكمان" (Lazarus & Folkman) عن الموارد من خلال تقسيمها إلى ثلاث مجموعات:

1.7.3. الموارد الجسدية: تتدخل الخصائص الجسدية في تحديد استجابة الفرد للمواقف الضاغطة، إذ أن الشخص الذي يتمتع ببنية جسدية قوية تؤهله لامتلاك قدرة أكبر على مواجهة الوضعيات الضاغطة.

2.7.3. الموارد السيكولوجية: تتمثل في الاعتقادات التي يحملها الشخص، إذ بين "ستريكلان" (Strickland, 1978) في كتاب "لازاروس" و"فولكمان" أن هناك علاقة بين نوع المعتقدات واستراتيجيات المواجهة التي يستعملونها المرضى، إذ أن الأشخاص الذين يعتقدون أنهم يمتلكون قدرات خاصة تمكنهم من تجاوز المرض يكونون أكثر حظا في الحفاظ على صحتهم، بينما تتدهور صحة الأشخاص الذين يرجعون الأسباب إلى قوى خارجية إذ يستعملون قدراتهم وطاقاتهم في محاولة التحكم في الوضعية.

3.7.3. الموارد المحيطة: تتدخل خصائص الوضعية الضاغطة والمتمثلة في طبيعة الخطر ومدته في تحديد استجابة الفرد، ونوع المواجهة التي يلجأ إليها، علما أيضا أن العوامل المحيطة غير ثابتة، وهذا ما يجعل أيضا عمليات المواجهة متغيرة بدورها.

(مقبال مولودة هدييل، 2008، ص107)

8.3. النماذج النظرية المفسرة لمفهوم المواجهة:

1.8.3. النموذج الحيواني:

تاريخيا يتصل مفهوم استراتيجيات المواجهة بمصطلحين اثنين:

- المواجهة وميكانيزمات الدفاع Coping et les mécanismes de défense.

- المواجهة والتكيف Coping et adaptation.

1.1.8.3. المواجهة وميكانيزمات الدفاع: Coping et les mécanismes de défense:

ظهر مصطلح الدفاع (défense) في نهاية القرن (19)، مرتبطا بعلم النفس الأنا (L'égopsychologie) وهذا أثناء تطور التحليل النفسي التقليدي، وعلم النفس الدينامي.

(طبي سهام، 2004، ص76)

غير أن مفهوم المواجهة يعتبر أكثر حداثة من ميكانيزمات الدفاع لأن هذه الأخيرة ظهرت في أعمال "فرويد" (S.Freud) وبعدها "أنا فرويد" (Ana Freud) وقد تم تعريفها- ميكانيزمات الدفاع- على أساس أنها "نشاط الأنا الموجه لحماية الفرد ضد مطالب قهرية" في كتاب "ميكانيزمات دفاع الأنا" (les mécanismes de défense du moi).

(E. Grebot, B. Paty, N. Girard Dephanix, 2006, p316)

ففي البداية تحدث كل من "فرويد" و"بروير" (Freud&Breuer) في أبحاثهم الأولى عن الأفكار المضطربة والمشاعر المؤلمة التي بإمكانها أن تنتسرب إلى الشعور عندما يفشل الكبت في السيطرة عنها، وبعد تطور مفهوم "الدفاع" تطرق "فرويد" من ثم إلى مفهوم "الكبت" والدور الكبير الذي يلعبه هذا الميكانيزم في معظم الآليات الدفاعية الأخرى، والذي ظهر في كتابه المشهور "الكف والعرض والقلق" (Inhibition, Symptôme et Angoisse) سنة (1926). (طبي سهام، 2004، ص ص76-77)

ويعد التحليل النفسي بمثابة النظرية الأولى عن المواجهة، والذي ركز على استخدام ميكانيزمات الدفاع اللاشعورية لدى الشخص، حيث تناول "فرويد" (Freud) (1933) مفهوم ميكانيزمات الدفاع والعمليات اللاشعورية التي يستخدمها الفرد في مواجهة التهديدات والقلق، وعرف ميكانيزمات الدفاع بأنها "استراتيجيات المواجهة التي يستخدمها الفرد ليحمي نفسه من الصراعات والتوترات التي تنشأ عن المحتويات المكبوتة".

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص86)

ويرى الباحثين "بيرري" و"كوبر" (Perry, Cooper) (1989) أن ميكانيزمات الدفاع يمكن أن تكون وظيفية، والأخرى غير وظيفية، ويمكن إرجاعها لميكانيزمات غير ناضجة (كالإسقاط، توهم المرض... الخ) والأخرى عصابية (العقلنة، القمع، التكوين العكسي) أما النوع الثالث فهي الميكانيزمات الناضجة (الإعلاء، الفكاهة، الإلغاء).

(M. Bruchon- Schweitzer, 2001, p69)

وعرف "فرويد" الدفاع بأنه "تحدي أو محاربة الأنا للأفكار والمشاعر المؤلمة، والصراعات النفسية الحادة، معتبرا الكبت واحد من أهم هذه الميكانيزمات الدفاعية".

(طبي سهام، 2004، ص77)

ويرى "فرويد" أن ميكانيزمات الدفاع هي بمثابة "استراتيجيات مواجهة يلجأ إليها الفرد لاشعوريا للتخفيف من التوترات والقلق والصراعات الداخلية، ومن أمثلة هذه الميكانيزمات: الكبت، الإنكار، التبرير، التجنب، الإسقاط، النكوص،... وغيرها، والتي تعمل على تعديل إدراك الفرد للأحداث، وذلك لكي تقلل من حدة الشعور بالضيق والمشقة لدى الفرد".

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص86)

وقد عمل التحليل النفسي منذ نشأته على تحديد وفهم أشكال المواجهة، وبشكل خاص الأشكال اللاشعورية منها، والتي تعرف بـ "وسائل الدفاع الأولية"، حيث أدخل "فرويد" مفهوم

الدفاع لأول مرة عام (1894)، ويرى بأن العصاب والذهان ما هي إلا عبارة عن شكل من أشكال فشل وسوء المواجهة، كما أن 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". (وليدة مرازقة، 2008، ص63)

وترى نظرية التحليل النفسي "المواجهة كعملية نفسية داخلية (Intra-psychic) تتبع من داخل الفرد، وتتضمن ميكانيزمات دفاع لاشعورية يستخدمها الفرد لخفض القلق والصراعات النفسية". (طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص86)

وقد ذكرت أبحاث في (فرنسا) متعلقة بالمرضى المقيمين بالمستشفى دور ميكانيزمات المواجهة في التوافق مع المرض، كما ذكرت أن بعض الميكانيزمات كالنفي، العزلة، المزاج المقاوم، يحمي الفرد من القلق بصورة فعالة أكبر من الميل إلى الإسقاط أو العدوانية أو الغضب أو الاستسلام أو القدرية. (وليدة مرازقة، 2008، ص63)

فحسب "بولهان" و"بورجوا" (Paulhan & Bourgeois) (1995) المواجهة تظهر في دفاعات الأنا (الإنكار، العقلنة) أي في التقليل أو حذف كل ما من شأنه أن يثير القلق.

(M. Dumont, B. Plancherel, 2001, p13)

ومن السنوات (1960-1970) كشفت العديد من الأبحاث والدراسات الممتدة خلال هذه الفترة عن الرابطة الانتقالية بين ميكانيزمات الدفاع واستراتيجيات المواجهة، وبدعوا باستخدام مصطلح "المواجهة" بدل "الدفاع".

وفي الفترة الممتدة ما بين (1960-1980) لوحظ تداخل كبير بين مصطلح المواجهة والدفاع، حيث سعت بعض المحاولات النظرية للفصل بينهما. (طبي سهام، 2004، ص77)

لذا فكل من المواجهة والدفاع مفهومان مختلفين ظهر كل منهما في مجالين نظريين مختلفين هما: المجال التحليلي خاص بميكانيزمات الدفاع ، والمجال المعرفي- السلوكي خاص باستراتيجيات المواجهة.

(E. Grebot, B. Paty, N. Girard Dephanix, 2006, p316)

فالمواجهة تعتبر كميكانيزم يستعمل بشكل واعي من الفرد في مواجهة مشكلة خارجية، بينما ميكانيزمات الدفاع تعتبر كعملية لاواعية في مواجهة الصراع النفسي الداخلي.

(R. Shankland, 2009, p89)

فذهب "سومارفيلد" و"ماك كراي" (Sommerfield&McCrae) (2000) إلى أن ردود الفعل للأسى يجب أن تعرف كمواجهة إذا كانت شعورية وإرادية، وتعرف كحيل دفاعية إذا كانت لاشعورية ولا إرادية، كما أن الفصل بين المواجهة والحيل الدفاعية يعتبر مشكلة من الناحية التصورية و الإمبريقية. (حسين علي فايد، 2005، ص215)

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". (وليدة مرازقة، 2008، ص63)

ويعرف "لونسكو" و"كول" (Lonescu&Coll) (1997) ميكانيزمات الدفاع هي "عمليات نفسية لاواعية تعمل على خفض أو إلغاء الآثار الغير سارة الناجمة عن المخاطر الواقعية أو الخيالية، وذلك بتعديل الواقع الداخلي و/أو الخارجي ومنه فالتظاهرات - السلوكية، الفكرية أو العاطفية- يمكن أن تكون لاواعية أو واعية". (J.Christopher Perry, 2004, p06)

ويعرف "ويدلوشر" (Widlacher) آليات الدفاع بأنها "مجموعة العمليات الهادفة للتقليل وإنقاص من حدة الصراع النفسي الداخلي، وعدم تمكنه من الخروج إلى حيز الشعور".

(طبي سهام، 2004، ص87)

ويشير كل من "هان" و"فانت" (Haan,1977&Vaillant,1971) إلى أن ميكانيزم الدفاع هو "إستراتيجية عقلية تعمل على خفض الحالات الانفعالية السلبية لدى الفرد، وذلك من خلال تحريف الواقع، وتستثار هذه الميكانيزمات إما عن طريق مثيرات داخلية، أو عن طريق أحداث خارجية". (طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص86)

وتعرف أساليب الدفاع الأولية أيضا بأنها مجموعة من الأساليب السلوكية التي يلجأ إليها الفرد لكي يحصل على حاجة وحد ما يعيقها، أو يبعد عن نفسه خطرا واقعا، أو ليتحاشى خطرا متوقعا. (ماجدة بهاء الدين السيد، 2008، ص217)

ويشير "فانت" (Vaillant) إلى أن المواجهة هي مجموعة دفاعات تنضج وتتطور انطلاقا من ميكانيزمات أولية مثل: إنكار الواقع الخارجي، التشويه، أو التحريف إلى مستوى أعلى من النضج والتطور، والمتمثل في الميكانيزمات الناضجة كالتصعيد أو حب الغير.

(شلال حماني صفية، 2007، ص38)

وقد اقترح "فانت" (Vaillant) نموذج يتكون من 4 أقسام للميكانيزمات الدفاعية هي:

- الميكانيزمات الدفاعية النهائية: تحتوي على الإسقاط الهذيانى، الالتواء، الإنكار الهذيانى.
 - الميكانيزمات الدفاعية غير الناضجة: تحتوي على الإسقاط ، الخيال الفصامي، الوسواس المرضي، العدوانية السلبية، التطرف، الانفصال.
 - الميكانيزمات الدفاعية العصائية: تحتوي على الكبت، التحويل، التكوين العكسي، العزل.
 - الميكانيزمات الدفاعية الناضجة: تحتوي على الغيرية أو الإيثار، الدعابة، القمع، الحدس والتسامي.
- (مقبال مولودة هدييل، 2008، ص92)

ويؤكد "هان" و"فانت" (Haan, Vaillant) على وجود اختلاف بين ميكانيزمات الدفاع في المجال السيكدينامي وميكانيزمات المواجهة، وهو ما يعبر عنه الجدول الآتي:

الجدول (02): يوضح أوجه الاختلاف بين ميكانيزمات الدفاع في المجال السيكودينامي وميكانيزمات المواجهة ل "هان" و "فالنت" (Haan, Vaillant).

استراتيجيات المواجهة	ميكانيزمات الدفاع
- عملية شعورية.	- عملية لاشعورية.
- تصدر عن رغبة وإرادة من الفرد.	- تبدو أكثر توليد للأعراض المرضية.
- يفتن الفرد إليها.	- جامدة.
- أكثر توافقية.	- متصلبة.
- مرنة، هادفة، واقعية.	- موجهة نحو الانفعالات بدل التوجه نحو المشكل.
- تستجيب لمطالب البيئة وللتفضيلات الشخصية لدى الفرد.	- غير عقلانية وغير متميزة.
- موجهة نحو المستقبل.	
- تتيح للفرد التعبير عن انفعالاته ومشاعره.	

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص87)

كما يرى "هان" (Haan) (1977) أن سلوكيات الدفاع تكون: متصلبة، لإرادية، معدلة أو مشوهة للواقع، وبالمقابل فإن سلوكيات المواجهة تكون: مرنة، مقصودة، وواقعية.

(J.Christopher Perry, 2004, p07)

أي أنه لا يمكن الخلط بين استراتيجيات التوافق وميكانيزمات الدفاع، حيث أن ميكانيزمات الدفاع تكون: صلبة، لاواعية، مرتبطة بالصراعات النفسية الداخلية القديمة، بينما استراتيجيات التوافق تكون: لينة، واعية، وموجهة نحو الواقع.

(Calorine Lemonnier, 2008, p08)

كما أن محاولة "هان" (Haan) (1977) جاءت بتلخيص أهم الفروق بين المواجهة و الدفاع، وتتمثل في الجدول الآتي:

الجدول(03): يوضح أوجه الاختلاف بين ميكانيزمات الدفاع واستراتيجيات المواجهة

ل"هان" (Haan,1977).

استراتيجيات المواجهة	ميكانيزمات الدفاع
- عمليات مرنة.	- عمليات صارمة.
- تعمل على مستوى الشعور.	- تعمل على مستوى اللاشعور.
- تختلف وتتغير تماشياً مع ما يتطلبه الموقف.	- غير قابلة لأن تتغير أو تتبدل حسبما يتطلبه الموقف.
- متجهة نحو الواقع سواء (داخليا أو خارجيا).	- ضعيفة المقاومة.
- وظيفتها تسمح للفرد بتسيير وتخفيض أو تحمل الضغوط الناتجة عن أحداث الحياة.	- ترتبط بالصراع (بينفسية أو بينشخصية) وبأحداث الحياة القديمة.
- تختص بالمشاكل الآنية والحالية.	- تعمل على تشويه الواقع للحد من التوتر والقلق.

(عزوز إسمهان، 2008، ص31)

وتشير "آنا فرويد" (Anna Freud) (1936) إلى أن الحيل الدفاعية اللاشعورية تنقسم إلى:

√ **الحيل الدفاعية السوية:** التي تساعد الفرد على حل مشكلته.

√ **الحيل الدفاعية غير السوية:** التي ترتبط بظهور الأمراض والمشكلات النفسية لدى الفرد، وأن بعض ميكانيزمات الدفاع تكون مولدة للمرض النفسي، كما أن استخدام الميكانيزمات كالإعلاء والتسامي يتمتع أصحابها بدرجة مناسبة من الصحة النفسية مقارنة بالآخرين، وأن ميكانيزمات الدفاع تركز على أسلوب المواجهة من حيث هو سمة (trait)، حيث يرى كل من "لازاروس" و"فولكمان" (Lazarus & Folkman) أن هناك مشكلة مركزية في التعريف السيكودينامي للمواجهة باعتبارها سمة.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص ص 87-88)

وقد وضعت "آنا فرويد" عشرة (10) أنواع لميكانيزمات الدفاع هي: الكبت، النكوص، التكوين الضدي، العزل، الإلغاء الرجعي، الإسقاط، الاسترجاع، ارتداد ضد الذات، تحويل للضد والإعلاء. (J.Christopher Perry, 2004, p07)

وقد جاءت أعمال "آنا فرويد" (Anna Freud) كسيرورات نظرية للمواجهة "coping" والتي طورت من طرف "لازاروس" (Lazarus, 1966, Lazarus & Folkman, 1984) والذي يرى أن استراتيجيات المواجهة ترجع لاستجابات الفرد في مواجهته للأحداث الضاغطة. (Olivier Luminet, 2008 , p24)

وقد بينت العديد من الأبحاث بأن مقاييس سمات الشخصية هي مؤشرات ضعيفة لاستراتيجيات المواجهة، وهذا للأسباب الآتية:

***الطبيعة المتعددة الأبعاد للسيرورة الحالية للمواجهة:**

فالشخص الذي يعاني من مرض جسدي عليه أن يواجه مصادر مختلفة من الضغط (الألم، ظروف الإقامة في المستشفى والعلاج،... وغيرها) هذه الاهتمامات متنوعة لا يمكن التنبؤ بها بمقياس أحادي البعد مثل: سمة ما للشخصية.

***الطبيعة المتحركة المتغيرة لسيرورة المواجهة:**

فحسب "لازاروس" و"فولكمان" (1988) إذ يمكن لنفس الشخص في حالات معينة أن يستخدم استراتيجيات معرفية للمواجهة تهدف إلى التقليل من الضغط، وفي حالات أخرى استراتيجيات سلوكية ترمي إلى حل المشكل. (بوعافية نبيلة، 2007، ص ص 175-176) فالحيل الدفاعية عبارة عن السلوكيات التي تهدف إلى تخفيض حدة التوتر النفسي المؤلم، وحالات الضيق التي تنشأ عن استمرار حالة الضغوط النفسية مدة طويلة، بسبب عجز الإنسان عن التغلب على العوائق التي تعترض إشباع الدافع أو الوصول إلى الهدف.

(أحمد عيد مطيع الشخانة، 2010، ص 42)

أما عن التعريف المستخدم في "الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع" (DSM IV) فقد اقترب من مفهوم أسلوب المواجهة (Ajustement)، والذي يرى أن ميكانيزمات الدفاع أو أسلوب المواجهة هي "سيرورات نفسية أوتوماتيكية تحمي الفرد من القلق أو إدراك الخطر أو عوامل الضغط الداخلية أو الخارجية، وهي على العموم لاواعية".

(J.Christopher Perry, 2004, p06)

ويعرف "معجم مصطلحات التحليل النفسي" آليات الدفاع (Mécanismes de défense) على أنها أنماط مختلفة من العمليات التي يمكن للدفاع أن يتخصص فيها، وتتنوع الآليات السائدة تبعا لنمط الإصابة موضع البحث، وتبعا للمرحلة التكوينية، وكذلك لدرجة إرسان الصراع النفسي. (جان لابلاتش، ج.ب. بونتاليس، 1997، ص 132)

وقد قام كل من "جاكلين باربنسي" (J.Barbance) و"آلان هورفيور" (A.Horvilleur)

بتصنيف هذه الآليات إلى صنفين هما:

- آليات دفاعية إيجابية (الدفاع بالمقاومة).
- آليات دفاعية سلبية (الدفاع بالهروب).

وحسب رأيهما يمكن اعتبار هذه الآليات طبيعية أو مرضية بالنظر إلى شدتها.

(لوكيا الهاشمي، زروال فتيحة، 2006، ص59)

وقد حدد "فرويد" استخدام هذه الآليات الدفاعية في مواجهة ومعالجة مصادر المشقة الداخلية، أي الصراعات الجنسية والعدائية، بينما توجه "أدلر" (Adler) (1930) ليقصر استخدام هذه الآليات الدفاعية في مواجهة مصادر المشقة الخارجية والتهديدات البيئية، ثم قدمت "آنا فرويد" (1936) رؤية تجمع بين التوجهين معا، حيث أشارت إلى أن الآليات الدفاعية تستخدم في مواجهة كل من المهددات الداخلية والمهددات الخارجية. (هناء أحمد شويخ، 2007، ص62)

وتندرج أهم آليات الدفاع التي يوظفها الأنا لتحقيق التوافق بين الهو والأنا الأعلى فيما يلي: الكبت، الإنكار، الإسقاط، التثبيت، التسامي، التبرير، العزل، الإلغاء، أما عن الخصائص التي تميز المواجهة فهي: المرونة، الواقعية، المنطقية، تسمح بالتعبير عنها، الاختيار، الاتجاه نحو المستقبل، الوعي بها، أما عن الآليات الدفاعية فتتميز ب: التصلب، تشويه الواقع والمنطق، تغطي بالمشاعر التي تعوق السماح بالتعبير عنها، تتسم بالجبرية، الاتجاه نحو الماضي، عدم الوعي بها. (نفس المرجع السابق، ص64)

وتتجلى أهم أنواع ميكانيزمات الدفاع فيما يلي:

▪ الكبت: Refoulement

الميكانيزم الدفاعي الأكثر قدما والأكثر أهمية، وضع من طرف "فرويد" عام (1895) والذي اقترن بمفهوم اللاوعي، ويضم الكبت 3 مستويات خاصة به وهي: الكبت الأولي، الكبت الثانوي، عودة المكبوت. (J. Bergeret et al, 2000, pp112-114)

كما أنه حيلة لاشعورية يلجأ إليها الفرد للتخلص من الذكريات والتجارب والمخاوف المؤلمة التي تسبب له الشعور بالضيق، وذلك بإكراهها على التراجع إلى منطقة اللاشعور.

(أحمد عيد مطيع الشخانة، 2010، ص42)

ويقصد به كذلك في نظرية "فرويد" في الشخصية بأنه "نمط خاص من الإنكار"، ويعرفه "وايت" (White) (1964) بأنه "نسيان أو طرح الذكريات المؤلمة أو المهددة من الشعور، ويحدث الطرح في مواجهة الدفاعات الغريزية التي تقابل بمعارضة اجتماعية وأخلاقية، فيسعى الكبت إلى كف الدفاعات المهددة من خلال ردها إلى اللاشعور".

(هناء أحمد شويخ، 2007، ص62)

فالکبت عملية عقلية لاشعورية يلجأ إليها الفرد للتخلص من الشعور بالقلق، ويرى علماء النفس أن الكبت الناجح هو الذي يؤدي إلى حل الصراع وتحقيق التوازن النفسي، بينما يؤدي الكبت الفاشل إلى حالة من الاختلال ثم المرض النفسي. (طبي سهام، 2004، ص87)

وهو أيضا إزالة الذكريات المؤلمة والرغبات المهددة للذات إلى حيز العالم اللاشعوري، ويظل تأثيرها- الذكريات- قوي على الفرد أي أن الأفكار لا تزول نهائيا بل تبقى في اللاشعور، كظاهرة فقدان الذاكرة نفسي المنشأ والذي يمكن تفسيره ككبت كلي لخبرات مؤلمة لا يريد الفرد تذكرها. (ماجدة بهاء الدين السيد، 2008، ص217)

■ الإسقاط: Projection

هي حيلة لاشعورية تتلخص في أن ينسب الشخص عيوبه ونقائصه وصفاته غير المستحبة إلى غيره من الناس أو الأشياء أو إلى الحظ، وذلك تخفيفاً من خجله وشعوره بعيوبه.

(أحمد عيد مطيع الشخانة، 2010، ص ص40-41)

وبعبارة أخرى أن تنسب ما في نفسك من صفات غير مقبولة إلى غيرك من الناس، حيث يساعد على التخلص من مشاعر الذنب وخفض التوتر الناجم عنها.

(ماجدة بهاء الدين السيد، 2008، ص219)

وتحدث هذه الآلية- الإسقاط - عندما يحاول الفرد الذي تسيطر عليه مشاعر القلق غير محتملة إلى كبت أو كف هذا القلق من خلال عزوه إلى فرد آخر.

■ الإنكار: Déni

استخدمه "فرويد" ليصف الآلية التي يرفض بها الفرد إدراك الواقع، وتحدث هذه الآلية أيضاً عندما لا يستطيع الفرد الهروب أو مواجهة مصدر التهديد.

(هناء أحمد شويخ، 2007، ص62)

أي محاولة الفرد تجنب المواقف المؤلمة ومصادر القلق بنكرانها وتجاهلها.

(ماجدة بهاء الدين السيد، 2008، ص219)

■ التثبيت: Fixation

هو قيام الفرد بتثبيت واحدة من مراحل التطور بسبب أن المرحلة التالية لها محملة بالقلق والتوتر، وهناك آلية أخرى تعرف بالارتداد، فهو قريب من معنى التثبيت، لكن الفرد هنا

يرجع إلى مرحلة سابقة من مراحل التطور عندما يواجه بخبرات صدمية.

(هناء أحمد شويخ، 2007، ص63)

وفي كتاب "الكف والعرض والقلق" لـ "فرويد" ترجمة "محمد عثمان نجاتي" يعرف التثبيت على أنه القلق والتمسك بمرحلة سابقة من مراحل نشوء الجنين أو بموضوع حب سابق كالأم مثلاً. (سيجموند فرويد، 1989، ص132)

■ السمو (التسامي، التصعيد): Sublimation

هو آلية دفاعية تتمثل في نشاطات فكرية (فنية، شعرية، دينية) أي القيام بأفعال ثم التسامي بها وإعلانها عن دوافع ورغبات داخلية مكبوتة في النفس إلى أعمال مقبولة وتجد الرضا عند الفرد والمجتمع. (طبي سهام، 2004، ص88)

وتتمثل هذه العملية اللاشعورية في توجيه طاقة دافع نحو موضوع أصلي إلى موضوع آخر بديل مقبول اجتماعياً. (كامل محمد عويضة، 1996، ص50)

كما أنه الحل الطبيعي للصراعات الناتجة عن غرائز الهوية، وهو "تحويل أو إبدال الطاقة من موضعها، والذي يكون غالباً جنسي إلى موضع آخر يكون مقبولاً اجتماعياً".

■ التبرير: Rationalisation

هو شكل من أشكال الآليات الدفاعية، وهو محاولة تبرير المشاعر من خلال إعطاء تبريرات وأعدار. (هناء أحمد شويخ، 2007، ص63)

وهو حيلة دفاعية لاشعورية، يحاول الفرد إثبات أن سلوكه معقول وله ما يبرره ويجيزه، لذا يستحق القبول من المجتمع والذات، وبالتالي يخفي السبب الحقيقي لهذا السلوك الذي يجلب له الإيذاء ويشعره بالخزي والعار. (ماجدة بهاء الدين السيد، 2008، ص218)

والتبرير سلوك لاشعوري يلجأ إليه الفرد ليفسر سلوكه الفاشل أو الخاطئ بطريقة منطقية وأعداء مقبولة، ويختلف التبرير عن الكذب والتمويه في أن الأول - أي التبرير - لاشعوري والثاني شعوري. (كامل محمد عويضة، 1996، ص51)

ويعرف "معجم التحليل النفسي" التبرير على أنه عملية يحاول الشخص من خلالها إضفاء تفسير متماسك من وجهة نظر منطقية، أو مقبول من وجهة نظر خلقية لموقف أو فعل أو فكرة أو شعور، تغرب دوافعها الحقيقية عن باله، وقد أدخل "أرنست جونز" هذا المصطلح في الاستخدام الشائع للتحليل النفسي في مقال له بعنوان "التبرير في الحياة اليومية".

(جان لابلان، ج.ب. بونتاليس، 1997، ص ص151-152)

■ العزل: Isolation

ميكانيزم يشير إلى وضع فواصل عازلة وحواجز بين الأفكار والمشاعر ومجالات الاهتمام والعمل، وهي وسيلة دفاعية تهدف إلى التقليل من الشعور بالتوترات وألوان القلق عن طريق الفصل أو الحجز بين الأفكار والمشاعر طبيها وخبثها.

(أشرف محمد عبد الغني، 2001، ص190)

أي أن يقوم الفرد بعدم التفكير فيما يترتب عن وضعيته، بحيث أن المجال الفكري ينحصر حول فكرة معينة تحول دون فهم ما يقع.

(طايبي نعيمة، 2007، ص18)

بمعنى آخر أي أنه الفصل التخيلي عن الموقف.

■ تكوين رد الفعل: Formation Réactionnelle

هو إبدال القلق الناتج عن دفعات الهوية بشيء مضاد لهذا القلق، ويكون مقبولا اجتماعيا.

(هناء أحمد شويخ، 2007، ص63)

وأن يُظهر الإنسان نفسه أمام الناس في صورة تخفي ما بداخله من دوافع بغيضة، أي أن يظهر الإنسان عكس ما يضمّر في أعماق نفسه. (أحمد عيد مطيع الشخانة، 2010، ص42) فهو التعبير عن الدوافع والرغبات الغير مقبولة اجتماعيا أو دينيا بإظهار عكسي تماما أو بشكل مبالغ فيه، أي محاولة لإخفاء الدوافع التي لا يرضى بها المجتمع فيكتبها بالاشعور. (ماجدة بهاء الدين السيد، 2008، ص221)

■ النكوص: Régression

عملية لاشعورية يعود بها الفرد إلى مرحلة من مراحل نموه السابقة التي كان يشعر فيها بالأمن والاستقرار هربا من واقع محبط مؤلم يعيش فيه، لذا نجد الشخص الذي يلجأ إلى النكوص يسلك سلوك المرحلة التي ارتد إليها.

(أحمد عيد مطيع الشخانة، 2010، ص ص40-41)

وبالتالي فهو الرجوع إلى استخدام أنماط سلوكية مميزة أو ملائمة لمرحلة نمائية سابقة أو طفلية. (طبي سهام، 2004، ص88)

كما يشير إلى عودة الفرد للقيام بسلوك كان يقوم به في مرحلة تطورية سابقة من حياته نتيجة للضغط، وعلى الرغم من أنه يساعد الفرد على التخفيف من حدة القلق، إلا أنه يعيق النمو.

(ماجدة بهاء الدين السيد، 2008، ص ص218-219)

ويعرف كذلك بأنه العودة إلى حالة سابقة من حالات التوافق أو حالات الإشباع التي تتعلق بمرحلة سابقة من حالات النشوء. (سيجموند فرويد، 1989، ص73)

حيث يرى "زهراڻ" (1977) أن النكوص هو العودة أو الرجوع أو التقهقر إلى مستوى غير ناضج من السلوك والتوافق، حيث تعترض الفرد مشكلة أو موقف محبط، إضافة إلى أنه يختلف عن التثبيت وهو توقف نمو الشخصية عند مرحلة من النضج لا يتعدها.

(أشرف محمد عبد الغني، 2001، ص179)

■ التقمص (التوحد، التماهي): Identification

يقصد به توحد الفرد بشخصية أخرى حتى يصبح كلاهما كشخصية واحدة (كأن يتقمص الطفل شخصية أبيه)، ويختلف التقمص عن التقليد، فالتقمص يكون لاشعوريا بينما التقليد يكون شعوريا، ويساعد التقمص على التكيف النفسي الاجتماعي، غير أنه من الممكن أن يؤدي إلى التطرف (تقمص الذهاني لشخصية معروفة).

(ماجدة بهاء الدين السيد، 2008، ص218)

ومعناه أن يهجر الإنسان شخصيته التي فشلت في تحقيق ما يصبو إليه من أهداف، وتقمص شخصية أخرى نجحت في تحقيق هذه الأهداف التي افتقدها.

(أحمد عيد مطيع الشخانة، 2010، ص42)

■ الإبدال (الإزاحة): Déplacement

يتضمن نقل السلوكيات والمشاعر من شيء خطير إلى شيء أقل خطورة.

(ماجدة بهاء الدين السيد، 2008، ص219)

وفي هذه الحالة يتم التعبير عن المشاعر والانفعالات، ولكن ليس نحو المصدر الأصلي الذي ينبغي أن يتجه نحو التعبير بل إلى مصدر آخر بديل، ويتم النقل أو الإزاحة بسبب قوة المصدر الأصلي وعدم تمكن الفرد من التعامل معه مباشرة.

(أشرف محمد عبد الغني، 2001، ص189-190)

وهي أن يعوض الإنسان فشله بالعدوان على شخص أو شيء آخر.

(أحمد عيد مطيع الشخانية، 2010، ص ص40-41)

■ التعويض: Compensation

هو حيلة دفاعية لاشعورية يلجأ إليها الفرد نتيجة الشعور بالفشل أو النقص أو العجز عن إشباع دافع قوي أو إخفاء عجز أو عيب جسمي أو عقلي، ويبدو في صورة اهتمام زائد بسلوك معين كوسيلة لتخفيف حالة التوتر والقلق. (أشرف محمد عبد الغني، 2001، ص182) فهو مجموعة ردود فعل يكون القصد منها الظهور بصفة ما بهدف التغطية على صفة أخرى، الهدف منه مواجهة الشعور بالنقص. (ماجدة بهاء الدين السيد، 2008، ص221)

■ الكف: Inhibition

هو التوقف المفاجئ عن الاستمرار بفعالية (نتيجة توتر شديد ومفاجئ) تعقبه حركات مضطربة، ثم يلي ذلك سلسلة من الحركات المنتظمة، وقد يكون الكف عضليا أو فكريا.

(نفس المرجع السابق، ص220)

■ الاستدخال: Intériorisation

هذا المصطلح مرادف غالبا لمصطلح الاجتياف، ويدل على العملية التي تتحول فيها العلاقات بين الذات والآخرين إلى علاقات داخل الذات. (جان لابانش، ج.ب. بونتاليس، 1997، ص67) وعليه فإذا اعتبرنا أن المواجهة (coping) كنظام دفاعي، أين يكون الهدف منه هو الوصول إلى التوازن الانفعالي العاطفي، ويكون الهدف منه منصبا على التقليل من الضغط أكثر منه في حل المشكل الذي يسببه الحدث. (Isabelle Paulhan, 1992, pp546-547)

2.1.8.3. المواجهة والتكيف: Coping et adaptation

إن مصطلح التكيف (Ajustement) في علم النفس مشتق من مفهوم التلاؤم (Adaptation) في نظرية "النشوء و الارتقاء" ل "داروين" (Aldwin) (1859) ووفقا له فإن الكائنات التي تبقى هي التي تكون أقدر على التلاؤم في مواجهة التغيرات الطبيعية، وهو ما عبر عنه بالانتخاب الطبيعي أو البقاء للأصلح، ويشير "داروين" (Aldwin) (2000) إلى أن مصطلح التكيف مصطلح مركب، حيث يشمل عدة مفاهيم مثل: السيطرة (Mastery) الدفاع (Défense)، استراتيجيات التدبير (Coping Stratégies)، كما أنه يميز بين استراتيجيات التكيف ومهارات الإدارة (Management Skills)، حيث يشير مفهوم استراتيجيات التكيف إلى خصائص طرق تعامل الفرد مع المشكلات التي يواجهها، في حين يشير مفهوم مهارات الإدارة إلى مهارة موقفية محددة يستخدمها الفرد لتجنب المشكلة وتداركها.

ويميز "لازاروس" و "فولكمان" (Lazarus & Folkman) (1984) بين أسلوب التكيف باعتباره نمطا فطريا من الاستجابة للضغوط، واستراتيجيات التكيف باعتباره السلوكيات الفعلية المستخدمة للتكيف مع الضغوط النفسية، وهي متعلمة وتختلف باختلاف الزمن، ويعد "لويس مورفي" (Lois Morphy) (1962) من أوائل العلماء الذين استخدموا مفهوم التكيف في دراستهم، حيث استخدمه بشكل واسع للإشارة إلى الأساليب التي يستخدمها الأطفال والبالغين في التعامل مع المواقف المهددة بهدف السيطرة عليها.

(أحمد عيد مطيع الشخانة، 2010، ص34)

إن أولى المساهمات التي قدمت في مجال بحوث الضغط كانت للوصف الذي قدمه "وولتر كانون" (Walter Cannon) (1932) لاستجابة "الكر والفر" (Fight-or-Flight Réponse) التي ترى أن الكائنات تدرك بأنها تتعرض للتهديد فيتم تنبيه الجسم بسرعة، والذي يصبح مدفوعا بتأثير من الجهاز العصبي السمبثاوي (الودي) (Système Nerveux)

(Sympathique) وجهاز الغدد الصماء (Système Endocrine)، وهذه الاستجابات الفسيولوجية تعمل على تهيئة العضوية لمهاجمة مصدر التهديد أو الهرب والتي تدعى باستجابة "الكر والفر"، ويرى "وولتر كانون" أن استجابة "الكر والفر" من الناحية المبدئية استجابة تكيفية، لأنها تجعل العضوية قادرة على تقديم الاستجابة بسرعة عند تعرضها للتهديد. (شيلي تايلور، 2008، ص345)

وقد أخذت مرجعية مصطلح المواجهة من نظريات التكيف وتطور النوع (L'évolution des espèces)، حيث ترى أن الفرد يمتلك رصيد من الاستجابات وردود الأفعال الفطرية والمكتسبة (الهجوم والهروب)، والتي تسمح له بالاستمرار والبقاء عندما يواجه مختلف التهديدات، وخاصة عندما يتعرض لموقف أو عدو خطير.

وحسب "لازاروس" و"فولكمان" التكيف مصطلح واسع يحتوي معظم جوانب علم النفس وحتى البيولوجيا أيضا، إذ أنه يمثل كل ردود أفعال العضويات الحية التي تتفاعل مع ظروف ومتغيرات البيئة عند الإنسان (الإدراك، الانفعال، الدافعية، التحكم)، وقد فضل مؤخرا مصطلح "التوافق" (Ajustement) بدل مصطلح "التكيف" (Adaptation) لأنه أكثر مرونة. (عزوز إسمهان، 2008، ص31-32)

2.8.3. التقييم المعرفي للمواجهة:

يعتبر "كوين" و"لازاروس" (Coyene&Lazarus) (1980) أول من استعمل مفهوم "التقييم المعرفي" (Cognitive Appraisal) في تفسير الضغط، واتفقا مع "كانون" على أن الضغط يحدث نتيجة التفاعل بين الفرد والبيئة المحيطة، وأكدوا بصورة خاصة على التقييم الذهني من جانب الفرد، فالموقف الذي يكون مصدر إزعاج لشخص لا يكون كذلك بالنسبة لشخص آخر. (قماز فريدة، 2008، ص184)

ويعد النموذج الذي قدمه "لازاروس" - التقييم المعرفي - من النماذج الهامة، حيث يرى أن الضغوط تحدث عندما يواجه الشخص مطالب تفوق قدرته على التكيف، ويرى أن الضغوط

وأساليب مواجهتها ترجع للمعرفة (الإدراك والتفكير) وللطريقة التي يقيم بها الفرد علاقته بالبيئة، وأن هذه العلاقة لا تسير في اتجاه واحد، بل إن متطلبات البيئة وأساليب مواجهة الضغوط والاستجابة الانفعالية هي نتيجة لتأثير كل منها على الآخر (Lazarus, Cohen & Folkman, 1982). (أمل الأحمد، رجاء محمود مريم، 2009، ص16)

وطبقاً لـ "لازاروس" و"فولكمان" عن المواجهة يقوم الفرد في البداية بتقييم الموقف، ثم يقوم بتقييم مصادره الشخصية وقدراته على التعامل مع الموقف الضاغط، ثم بعد ذلك يستخدم إستراتيجية المواجهة، حيث يوجد تفاعل بين الحدث الضاغط والفرد ذاته، وتبدأ العملية مرة أخرى، فعملية المواجهة تتضمن تقييمات متعددة وإعادة التقييم.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص79)

فحسب "لازاروس" و"فولكمان" (1984) التقييم هو "عملية معرفية متواصلة، بواسطتها يقيم الفرد الوضعية الضاغطة (التقييم الأولي)، ومصادره للمواجهة (التقييم الثانوي)". (M. Bruchon- Schweitzer, 2001, p71)

ويعرف كذلك "لازاروس" و"فولكمان" التقييم المعرفي كـ "عملية تصنيفية للأحداث وتعدد وجهات النظر الخاصة بدلالاته بهدف الوصول للراحة".

(S. Berjot, N. Girault- Lidvan, 2009, p01)

ويعرف التقييم أيضاً على أنه "كل تعديل أو تغيير في العلاقة بين الفرد والبيئة، هذه الأخيرة التي يمكن أن تمنحه فرصة لإعادة تقييم الموقف والمصادر المتوفرة لديه للمعالجة".

(طبي سهام، 2004، ص79)

ويؤكد "لازاروس" و"فولكمان" على أن خصائص الفرد والعوامل البيئية تؤثر في عملية التقييم المعرفي للعلاقة بين الشخص والبيئة، وهناك عوامل عدة تؤثر في عملية التقييم المعرفي للموقف أو الحدث الضاغط، ويمكن تحديدها في النقاط الآتية:

- الحدث ذاته.

- خصائص الفرد.

- تقييم الفرد لمصادره، وإمكاناته على مواجهة الحدث الضاغط.

(قماز فريدة، 2008، ص184)

ويرى "لطفى عبد الباسط" (1994) أن عملية المواجهة عبارة عن عملية يلعب فيها التقدير المعرفي دورا أساسيا، فهو يعتمد على النظرية المعرفية، وخاصة وجهة نظر "لازاروس" حول عمليات التقييم المعرفي، وقد صنفها إلى:

* عملية تقدير معرفي أولي: من خلالها يقدر الفرد معنى أو دلالة الحدث (الموقف الضاغط).

* عملية تقدير معرفي ثانوي: يتم خلالها استحضار العقل لاستجابة ما محتملة، حيث يفكر الفرد في ماذا يستطيع أن يفعل؟.

* عملية المواجهة وتنفيذ الاستجابة: هي العملية التي يقوم بها الفرد لمواجهة الموقف الضاغط. (نشوة كرم عمار، 2007، ص54)

ويشير "لازاروس" و"فولكمان" (1984) إلى أن نجاح الأفراد في التعامل مع المواقف الضاغطة، يتوقف على التقييم المعرفي للموقف وللمصادر الشخصية والبيئية التي يستند إليها الفرد في التعامل مع المواقف الضاغطة.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص81)

وفي هذا السياق يرى "بيك" (Beck) (1976) أن عملية التقييم هذه تحدث بصفة تلقائية وآلية ودائمة وسريعة، حتى أننا لا نشعر بها أحيانا، أي أنها عملية أوتوماتيكية تظهر بعد فترة من الممارسة الحياتية على شكل عادة. (بوعافية نبيلة، 2007، ص182)

وحسب نموذج "لازاروس" (1984) هناك أربع (4) ميكانيزمات نفسية أساسية تسمح للشخص بالاستجابة للضغط:

√ البحث عن المعلومات حول خصائص العامل الضاغط.

√ وضع خطة عمل لمواجهة العامل الضاغط.

√ الشعور بالكف والسلبية لإيجاد خطة قد يجعله يشعر بالخزي.

√ انجاز سيرورة نفسية تسمح بضبط الانفعالات (الضبط الذاتي الانفعالي، ضبط العلاقة محيط/شخص). (قماز فريدة، 2008، ص181)

فالتقييم: هو سيرورة معرفية، يقدر الفرد من خلالها الكيفية التي يمكن لوضعية معينة أن تضع في خطر راحته، وما هي قدرات المواجهة المتوفرة لديه لمواجهتها.

(بوعافية نبيلة، 2007، ص 181)

كما أن التقييم المعرفي لتعاملات الضغط تتجه نحو مستويين حسب "لازاروس" و "فولكمان" (1986) فالفرد يقوم بتقييم أولي، فوري، وآلي (أوتوماتيكي) لجميع الوضعيات، والتي تحدد كتهديد أو تحدي أو ضرر، أما التقييم الثانوي فهو حشد للقوى الأساسية لمواجهة وضعية ضاغطة. (P. Graziani, J. Swendsen, 2005, p48)

وكلتا المرحلتين متأثرة بعدد من العوامل تتمثل فيما يلي:

■ طبيعة المنبه نفسه.

■ خصائص شخصية الفرد.

■ الخبرة السابقة بالمنبه.

■ نكاء الفرد.

■ المستوى الثقافي للفرد.

■ تقويم الفرد لإمكاناته.

(<http://assps.yourforumlive.com>)

1.2.8.3. أنواع التقييم المعرفي:

وتتم عملية التقييم المعرفي بمرحلتين هما:

1.1.2.8.3. التقييم الأولي: Evaluation primaire

هو العملية التي يبحث فيها الفرد عن طبيعة ومعنى للموقف الذي يمر به، وما حجم التأثير الذي يمكن أن يخلفه هذا الموقف بالرجوع إلى قيمه، أهدافه، معتقداته حول نفسه والعالم من حوله، وللأهمية التي يوليها الفرد للموقف الذي يعيش فيه. (طبي سهام، 2004، ص79)

ويمكن أن يؤثر- التقييم الأولي- في مختلف خواص المحيط (السوابق المحيطية) في: طبيعة التهديد، قرب التهديد، المدة، الغموض، مراقبة الضواغط، توفر ونوعية السند الاجتماعي، حيث تعتبر مجموع أشكال المتغيرات الغير مستقلة لسيرورات المواجهة مع السوابق الشخصية. (<http://psycho.univ-lyon2.fr>)

فمن خلاله- التقييم الأولي- يعمل الفرد على تقييمه للوضعية، سواء أكانت فقدا (جسديا، علائقيا، ماديا...)، أو كتهديد (احتمال فقد)، أو كتحدي (احتمال الحصول على منفعة)، فطبيعة التقييم ترجع لنوع وشدة الانفعال، كما أن تقييم الفقد أو التهديد يرجع لانفعالات سلبية كالخجل، الغضب، الخوف على عكس ما نجده في تقييم التحدي الذي يرجع لانفعالات إيجابية كالاتهاج والسرور. (Paulhan Isabelle, 1992, p549)

2.1.2.8.3. التقييم الثانوي: Evaluation secondaire

هو تقييم لقدرات الفرد وموارده وكيفية التغلب بها على هذه الضغوط، وما إذا كانت هذه الموارد والإمكانات كافية لمواجهة الضرر أو التهديد أو تحدي الحدث الضاغط.

(عايدة شكري حسن، 2001، ص13)

وفيه يهتم الفرد ويتساءل عما في إمكانه القيام به ليواجه الموقف الضاغط، بأي الوسائل والطرق؟ ما مدى فعالية ونجاعة هذه المحاولات؟ التي تتضمن: البحث عن المعلومات،

وضع مخطط عمل، طلب المساعدة والنصيحة، التعبير عن الانفعالات، تجنب المشاكل، الترفيه عن النفس، وغيرها. (M. Bruchon- Schweitzer, 2001, p71)
ويتأثر التقييم الثانوي ب:

√ **الإمكانات والموارد البدنية:** تتمثل في صحة الفرد، قدرته على التحمل وطاقته.

√ **الموارد الاجتماعية:** تشمل شبكة العلاقات الاجتماعية للفرد وحجم المساندة المقدمة له سواء كانت مساعدة مادية، عاطفية، تواصلية، أو إيديولوجية.

√ **الإمكانات النفسية:** تشمل معتقدات الفرد التي يمكن الاستناد إليها في البقاء على الأمل، ومهارات حل المشكل، تقدير الذات، الروح المعنوية.

√ **الإمكانات المادية:** تشير إلى الأشياء الملموسة كالمال، الأدوات، التجهيزات.

(بوعافية نبيلة، 2007، ص182)

يشير "كالن" (Callan) (1993) إلى أن قدرة الفرد على التحكم في الموقف الضاغط ترجع إلى إعادة التقييم الإيجابي لقدراته وإمكانياته، وأن الأفراد الذي يفشلون في مواجهة الضغوط تكون لديهم إعادة تقييم معرفي سلبي لقدراتهم وإمكاناتهم على مواجهة الضغوط، ويدركون أنفسهم على أنهم عاجزين وليس لديهم القدرة على التحكم في الموقف الضاغط، ويشير "أشفورد" (Ashford) (1988) إلى أن الأفراد الذين لديهم إعادة تقييم سلبي لقدرات وإمكانات المواجهة يكون لديهم نقص في الضبط أو التحكم الانفعالي، مما يؤدي بهم إلى الشعور بالغضب والاكتئاب.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص89)

3.1.2.8.3. العلاقة بينهما:

إن عملية التقييم الأولي والثانوي الواحدة تفوق الأخرى أهمية وتعقيدا، فحسب "لازاروس" و"فولكمان" لا يخضعان لترتيب محدد ومنظم رغم تسميتها والفصل النظري بينهما، إذ يتدخلان باستمرار في تحديد وضبط ما إذا كان الموقف التفاعلي ضاغط أم لا.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص80)

ويرى الباحثون أن خبرات الحياة يمكن أن تدرك كتهديد لدى بعض الأفراد وكتحدي لدى البعض الآخر، أي أن كل فرد متفرد بإدراكه، فهي لا ترجع لأهمية الحدث بل لطريقة الفرد في تقييم هذا الحدث والتكيف معه. (Julie Roberge, 2007, p33)

يعتبر التقييم الأولي والثانوي عمليتان متداخلتان تعتمد الواحدة على الأخرى، حيث يرى "لازاروس" و"فولكمان" أن هناك ثلاثة عوامل رئيسية لتفسير الضغط:

- الموقف أو المطلب.

- التقييم المعرفي للموقف.

- المصادر المدركة لدى الفرد في مواجهة المطالب. (قماز فريدة، 2008، ص184)

ويساندهما "شيرير" (Scherer) (2001) الذي يؤكد أن المظاهر المختلفة لعملية التقييم تتم عبر مراحل منظمة، بمعنى أن الفرد يقيم الموقف، ثم بعدها يطرح السؤال حول الوسائل أو العمليات التي يمكن أن يلجأ إليها، وإذا أدرك الفرد الموقف على أنه ضاغط يمكنه أن يقيم الموقف وفق (3) ثلاثة مظاهر تعرف بـ "تقدير الضغط" (D'appraisals de stress)

وتتمثل في:

❖ الفقدان: La Perte

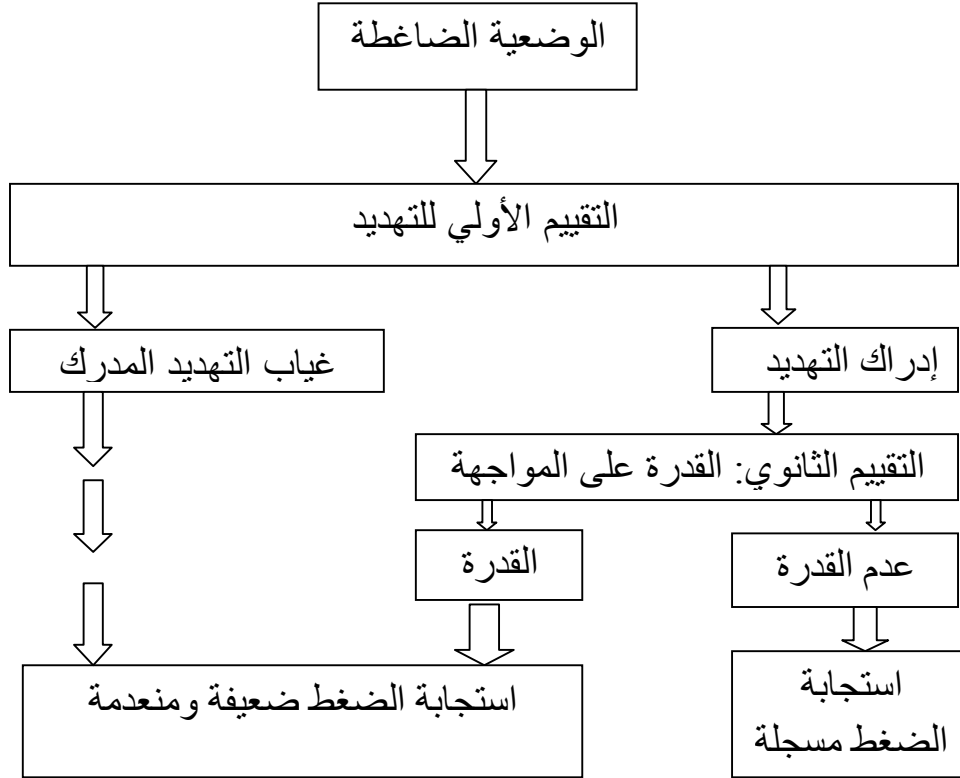
قد يقيم الفرد الموقف على أنه فقدان (مادي، عاطفي، جسدي) كالإصابة بمرض عضوي (السرطان على سبيل المثال)، أو فقدان شخص عزيز، ومن ثم تصحبه انفعالات من نمط: الحزن، الغضب، الانهيار، تأنيب الضمير... الخ.

❖ التهديد: Le Menace

الذي يعتبر بمثابة فقدان مؤقت مصحوبا بانفعالات (الخوف، القلق، التوتر... الخ)، مما يجعل الفرد يتنبأ بالفعل المنتظر وقوعه في المستقبل، الشيء الذي يسمح له بالاستعانة بقدرات أو مهارات قديمة تدعى: "الخبرات السابقة" (Anticipatoires).

(طبي سهام، 2004، ص81)

الشكل (08): يوضح نموذج التقييم المزدوج لـ "لازاروس" (1966).



(Sébastien Tubau, 2001, p62)

يوضح هذا الشكل سير عمليات التقييم للوضعيات الضاغطة، حيث يدرك الفرد أن بعض القيم أو المبادئ المهمة تبدو مهددة، ففي هذه المرحلة يتم تقييم جميع المنبهات على أنها ضارة أو مفيدة أو لا تشكل أية خطورة، ثم بعد ذلك يقوم بعملية تقييم ثانوي لتحديد قدرة الفرد على المواجهة التي يستند إليها في التعامل مع الموقف، ثم القيام باستجابة المواجهة إزاء الموقف الضاغط.

❖ التحدي : Le Défi

من الضروري شحذ القدرات من أجل مواجهة فقدان أو ألم محتمل، حيث يسعى الفرد خلال تقييمه للموقف إلى البحث عن طاقات للتفاعل الجيد، وعن طريقة تمكنه من استخدام هذه الطاقات والإمكانات بفعالية، وعلى العموم تكون الانفعالات إيجابية كالثقة بالنفس، إثبات الذات، السعادة، الأمل،... وغيرها، وفي النهاية يجب لفت الانتباه إلى أن هذه الأعراض لم تفرق إلا بغرض الوصف، لأن تقييم موقف تفاعلي أمر معقد ومتشابك للغاية.

(طبي سهام، 2004، ص81)

وحسب "لازاروس" و"فولكمان" (1984) التقديرات الثلاثة (الفقدان، التهديد، التحدي) لا يلغي أحدها الآخر في التقييم الأولي. (P. Graziani, J. Swendsen, 2005, p54)

فتقييم الفرد للفقد أو التهديد يختص بالانفعالات السلبية كالقلق، الغضب... الخ، بينما تقييم التحدي يرجع للانفعالات الإيجابية كالفرح والبهجة.

(E. Grebot, T. Barumandzadeh, 2005, p563)

يرى "باندورا" (Bandura) (1997) أن عمليات التقييم المختلفة هذه تتأثر بعوامل شخصية كالثقة بالنفس، والاعتقاد بفعاليتها أكثر منها بالعوامل الموقفية كحدة الموقف، حدثته، مدته. (طبي سهام، 2004، ص ص81-82)

4.1.2.8.3. Réévaluation: إعادة التقييم

أضاف "لازاروس" إلى هذين النوعين من التقييم عملية إعادة التقييم، حيث يعيد الشخص تقييم كيفية إدراكه ومواجهته للمواقف الضاغطة، كما سيعيد تقييم طرق تعامله مع هذه الأوضاع، هذا ما يدفعه للتطوير من أساليبه لمواجهة المواقف الضاغطة.

(قماز فريدة، 2008، ص185)

فإعادة التقييم هو التغيير الجذري للعلاقة ما بين الفرد والمحيط الناتج عن جهود الفرد نتيجة تكيفه لتغيير الوضعية الخاصة بالحادث، وأن هذا التغيير يكون لكل ما حدث وما يحدث في المستقبل.

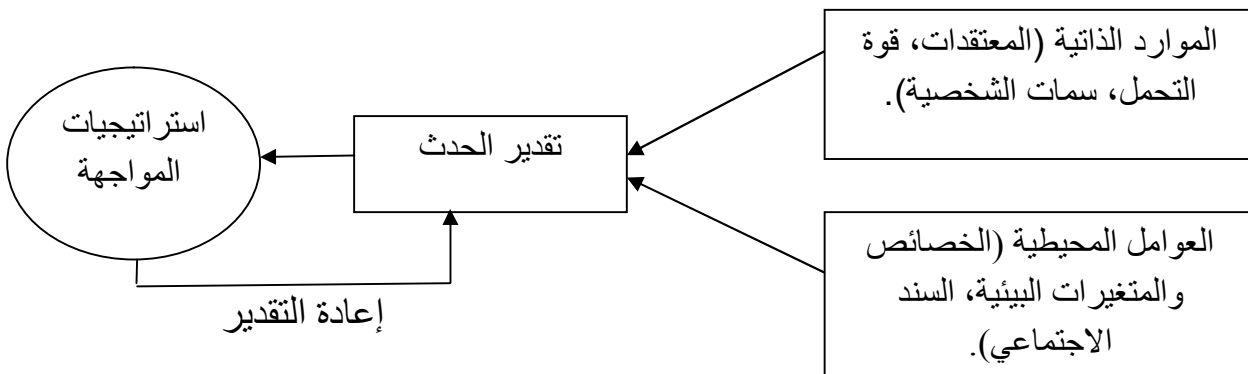
(مرشدي شريف، 2007، ص57)

فإعادة التقييم هي نتيجة لقوى المواجهة التي تحمل اسم "إعادة التقييم الدفاعي".

(De Keyser. V, Hansez. I, 1996, p09)

كما أن تأثير المواجهة على الانفعال المتولد من الحالة الضاغطة مرتبط بتقدير الفرد لمدى فعالية هذه المواجهات، إذن فسياق إعادة التقييم هو عنصر محدد لمدى فعالية المواجهة، ويمكن تلخيص النظرية المعرفية للضغط والمواجهة فيما يلي:

الشكل(09): يوضح سياق التقدير وإعادة التقدير وعلاقته بالواجهة.



(Isabelle Paulhan, 1992, p552)

يوضح هذا الشكل أن تقدير الحدث الضاغط يرجع لعدة عوامل يمكن حصرها في: الموارد الشخصية: كالمعتقدات، سمات الشخصية، والعوامل البيئية: كالدعم الاجتماعي، ويتم توظيف استراتيجيات المواجهة من خلال إعادة تقدير الفرد للموقف الضاغط.

2.2.8.3. وظائف المواجهة:

تصنف المجهودات والأنشطة التي يبذلها الفرد للتعامل مع مصدر المشكلة، والتخفيف من التوترات الانفعالية المترتبة عليها إلى مجموعتين، يشار لها في أدبيات المواجهة بنمط أو أسلوب المواجهة، حيث يحوي كل أسلوب مجموعة مختلفة من الاستراتيجيات، وقد حدد "الازاروس" و"فولكمان" (1984) استراتيجيات مواجهة الضغوط في نوعين هما:

1.2.2.8.3. المواجهة المتمركزة حول المشكل: Coping centré sur le problème

هي عبارة عن الجهود التي يبذلها الفرد لتعديل العلاقة الفعلية بين الشخص والبيئة، فالشخص في المواقف الضاغطة يحاول تغيير أنماط سلوكه الشخصي أو يعدل الموقف ذاته، فيحاول تغيير سلوكه الشخصي من خلال البحث عن معلومات أكثر عن الموقف أو المشكلة.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص91)

ويعتمد الفرد فيها على: جمع المعلومات، وضع خطة للاستجابة وفق متطلبات المشكل، تغيير حقيقة الوضع المدرك على أنه ضاغط بغرض إيقافه أو التحرر منه.

(طبي سهام، 2004، ص82)

كما تهدف هذه الاستراتيجيات إلى تحديد المشكل، إيجاد الحلول البديلة، دراسة فعالية أو عواقب هذه الحلول الجديدة، ثم اختيار واحدة منها وتطبيقها. (واكلي بديعة، 2011، ص62)

وتركز هذه الفئة من الأساليب على اتخاذ مواقف عملية وإجراءات فعلية لمواجهة الواقع وعواقبه، فهي التعامل البناء أو الفعال مع عوامل الضغط النفسي.

(أمل الأحمد، رجاى محمود، 2009، ص17)

وهي الاستراتيجيات التي تقوم على: التقييم الإيجابي للموقف، استخدام مهارات التخطيط، التقبل، إعادة البناء أو التشكيل الإيجابي للموقف، وغالبا ما ترتبط هذه الاستراتيجيات بنتائج إيجابية لدى الفرد. (أحمد عيد مطيع الشخانية، 2010، ص38)

وقد توصل "هيبنز" (Hepnis) (1978) إلى أن حل المشكلة هو طريقة سلوكية معرفية، تعتمد على خطوات يتبعها الأفراد القادرين على استعمال هذه الإستراتيجية وتتم وفق:

- جمع المعلومات: أي التعامل مع العناصر الغامضة في المشكل.
- التعرف على العلاقة القائمة بين عناصر البيئة، والذي يسهل الفهم الدقيق للمشكل ككل.

وحسب تصور "وايت" (White) (1974) تمكن هذه الإستراتيجية مستخدميها من انجاز ثلاث مهام:

- ضمان تأمين معلومات كافية حول المحيط.
- الحرية في التصرف برصيد المعلومات وبطرق مرنة.
- الحفاظ على الشروط الأساسية لعمليتي الأداء وانتقاء المعلومات.

وصف كل من "لازيريللا" و"نيزو" (Lzurilla&Nezu) (1981) العناصر الأساسية المساعدة على هذه الإستراتيجية وهي:

• تقويم ذات الفرد وسلوكه ومشاعره واتجاه الموقف.

• تقويم محيط الفرد.

• رسم صورة للموقف الذي تصدر عنه المشكلة.

ويتمثل أسلوب حل المشكلات حسب "لازاروس" و"فولكمان" في الجهود المبذولة نحو المحيط فقط، على عكس "أوستال" (Ostell) (1991) التي لا توافقها الرأي، وترى بأن أسلوب حل المشكلات يتضمن أيضا استراتيجيات متجهة نحو الذات، وتتمثل الأساليب الموجهة نحو الخارج في: تحليل المشكلة، الكشف عن العلاقات القائمة بينها، إيجاد الحلول والبدائل، أما عن الأساليب الموجهة نحو الذات فتتمثل في: الدافعية، معالجة المشكلة، تبني اتجاهات ومعتقدات جديدة،... وغيرها.

وفي دراسة قام بها "بيرلن" وزملاؤه (Pearlin et al) (1981) وجد أن التكيف المرتكز على حل المشكلة يرتبط إيجابيا مع الشعور بالسيطرة، ويساعد على التقليل من احتمال رجوع الضغوط أو تكرارها في المستقبل.

(أحمد عيد مطيع الشخانة، 2010، ص46)

2.2.2.8.3. المواجهة المتمركزة حول الانفعال: Coping centré sur l'émotion

تشير إلى الجهود التي يبذلها الفرد لتنظيم الانفعالات وخفض المشقة والضيق الانفعالي الذي يسببه الحدث أو الموقف الضاغط للفرد، عوضا عن تغيير العلاقة بين الشخص والبيئة، وتتضمن: الابتعاد، تجنب التفكير في الضواغط، الإنكار.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص91)

وتشتمل على استراتيجيات التجنب، التفرغ العدواني، الهرب، الخضوع، الإنكار، ولذلك فهي تستعمل لخفض التوتر وتغيير إدراك الفرد للوضعية. (Julie Roberge, 2007, p20)

وتتدرج تحتها عدة أشكال انفعالية، فيزيولوجية، معرفية، سلوكية، لتصحيح الانفعالات الخاصة بالموقف الضاغط، إضافة لتعدد الاستجابات التي تخص هذا النوع كاستهلاك المواد (الكحول، التدخين، المخدرات)، القيام بمختلف النشاطات المسلية (التمارين الجسدية، القراءة، التلفاز)، الإحساس بالمسؤولية وتظهر في: الاتهام الذاتي، وصف الانفعالات (الغضب، الحصر). (M. Bruchon- Schweitzer, 2001, p71)

في حين يرى "بروشو- سويتزر" (M.Bruchon-Schweitzer) (2002) أن استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال تتدرج فيها أبعاد نوعية تتمثل في: العجز/اليأس، الاتهام الذاتي، التجنب الانفعالي (قمع الانفعالات، الإنكار، التفكير السحري...)، التعبير عن الانفعالات (القلق، الغضب)، التجنب السلوكي والمعرفي (الشروء، الاسترخاء)، العداوة (الغضب، العدوان).

(Luc-Christophe Guillerm, 2004, p168)

يقول "بروشو- سويتزر" (M.Bruchon-Schweitzer) (2001): «أنا باستمرار في مواجهة للوضعيات والأحداث المسببة لمختلف الانفعالات السيئة (الغضب، الخوف، القلق، الحزن...) هذه الوضعيات يمكن أن تكون سخيفة ويومية (كالصراعات العائلية، أعباء العمل، مشاكل مالية...) أو دقيقة وجدية (مرض خطير، وفاة قريب، حادث...) فمختلف هذه الخبرات تدرك من الفرد كمهددات لتكامله الجسدي والنفسي تحدث ما يسمى بالضغط» .

(<http://psycho.univ-lyon2.fr>)

ويميز "لازاروس" بين مجموعتين من أساليب المواجهة التي تركز على الانفعال:

✓ أساليب المواجهة نحو الأعراض الفسيولوجية: وتشمل لجوء الأفراد إلى بعض

المهدئات، المسكنات، أساليب الاسترخاء.

✓ **الأساليب النفسية الداخلية:** مثل الحيل الدفاعية. (أمل سليمان تركي، 2004، ص21)
وهي الاستراتيجيات التي يهدف الفرد منها إلى تقليل الآثار الانفعالية الناتجة عن الضغوط النفسية كالقلق والضييق مثل: البحث عن الدعم الاجتماعي، التنفيس عن المشاعر.

(أحمد عيد مطيع الشخانة، 2010، ص38)

كما تشمل مجموعة واسعة جدا من العمليات السلوكية والمعرفية الموجهة نحو التخفيف من شدة التوتر والضييق الانفعالي، وتضم استراتيجيات متنوعة منها: التجنب، التقليل من أهمية الشيء، الانتباه الانتقائي، التقويم الإيجابي للوضعية. (واكلي بديعة، 2011، ص62)
ويقصد بتنظيم الانفعالات الضاغطة ذلك عن طريق أفكار وأفعال صممت لتخفيف التأثير العاطفي، وتتضمن:

➤ العمليات المعرفية: وفيها:

✓ **إستراتيجية التجنب:** تحويل الانتباه عن مصدر الضغط، وهي من أكثر الاستراتيجيات استعمالا، وتتضمن نشاطات ذات تعبير سلوكي أو معرفي.

✓ **القبول (الاستسلام):** والتي تقود الفرد إلى قبول الواقع ومعايشته والاعتراف به، ويلاحظ أن هذه العملية تتضمن الاعتراف بغياب إستراتيجية فعالة لحل الموقف.

➤ الجهود التي تعمل على تغيير إدراك الفرد للواقع بدون محاولة تعديله: وفيها:

✓ **الإنكار:** يسعى خلاله الفرد بتغيير المعنى الذاتي للحدث الضاغط بتجاهل خطورة الموقف، بل ورفض الاعتراف بما حدث، إلا أن إنكار الواقع قد يخلق مشكلات أخرى يصعب بعدها تحمل ومواجهة الموقف خاصة في حالة التجارب طويلة المدى، وقد تكون فعالة للتخفيف من حدة الانفعال في حالة التجارب الضاغطة قصيرة المدى.

➤ استراتيجيات رفع الضغط الانفعالي: كالإحساس بالمسؤولية، التائب الذاتي.

➤ استراتيجيات تؤثر بطريقة غير مباشرة: كممارسة الرياضة، البحث عن الدعم العاطفي، التأمل، التنزه... الخ. (طبي سهام، 2004، ص85)

3.2.2.8.3. العلاقة بينهما:

يشير "لازاروس" و"فولكمان" إلى أن كل من استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل، واستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال تستخدم غالباً في معظم المواقف الضاغطة، وأنها قد يسهل أو يعوق بعضهما بعضاً.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص92)

يرى "لازاروس" و"فولكمان" (1984) أن للتكيف صنفان أساسيان: إستراتيجية تركز على تعديل الانفعال (emotion focused) وإستراتيجية تركز على حل المشكل (problem focused)، فإذا استعمل الفرد إستراتيجية تعديل الانفعالات وذلك بتسيير الضيق الانفعالي، أما إذا اختار إستراتيجية حل المشكل فمن خلالها يسعى الفرد إلى إدارة وتعديل مصدر الحدث الضاغط. (S. Bradette et al, 1999, p62)

والجدول الآتي يوضح أبرز أوجه الاختلاف بين كل من استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل و استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال:

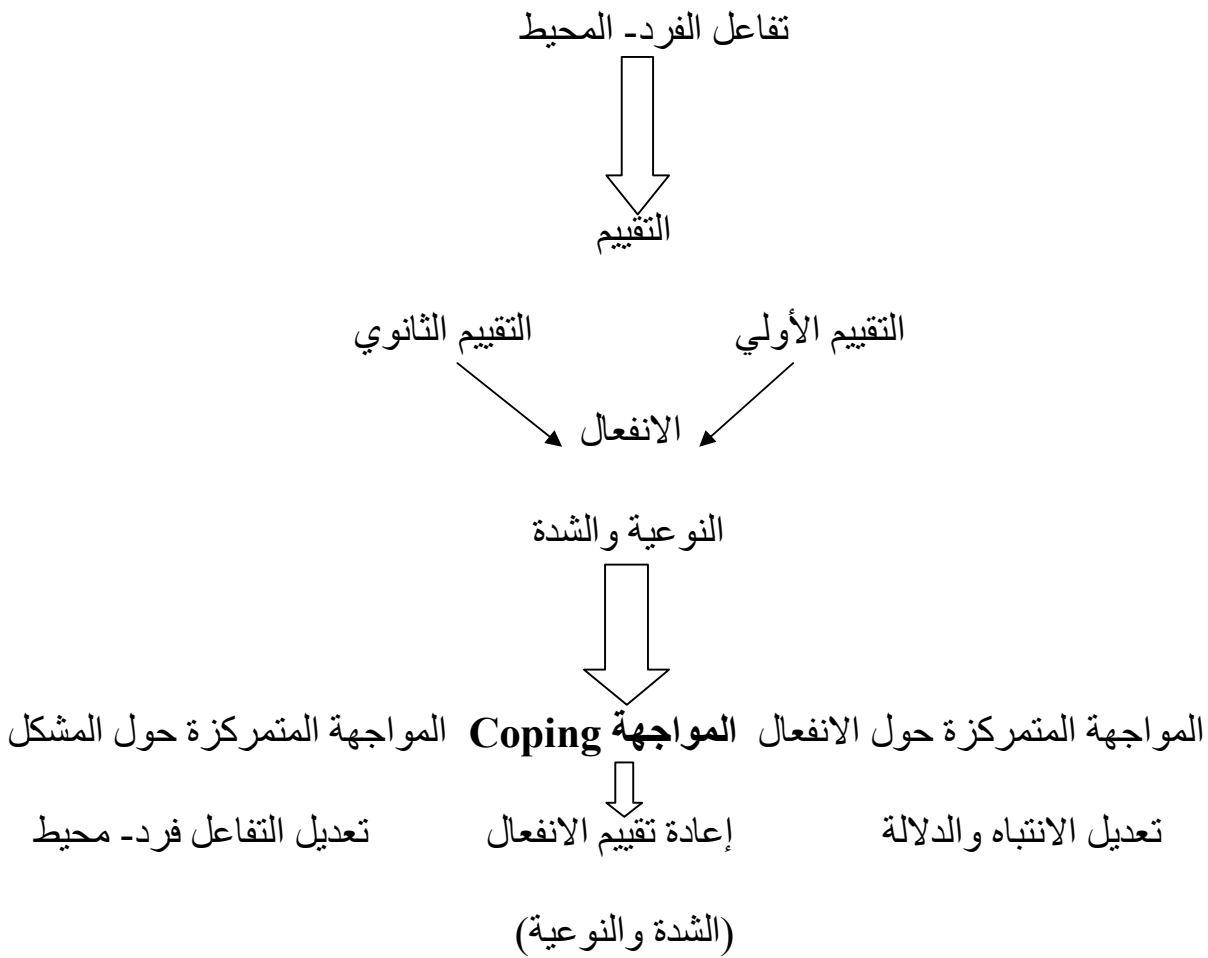
الجدول(04): يوضح مظاهر استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل و استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال.

المواجهة المتمركزة حول الانفعال	المواجهة المتمركزة حول المشكل
- المواجهة نوع من التجنب.	- المواجهة نوع من الإقدام.
- استراتيجيات للاتهام الذاتي.	- وضع مخططات.
- الإنكار.	- البحث عن المعلومات.
- الشرود.	- تطوير مهارات جديدة.
- أحلام اليقظة.	- إيجاد حلول لتبديل وضعيات سابقة.
- تضخيم الأمور.	- القدرة على التخطيط.
- توقع معجزة.	- المواجهة الاجتماعية (البحث عن المساعدة).
- الهرب.	
- الجسدنة.	
- المواجهة الاجتماعية (البحث عن المواساة).	
- القيام بتمارين جسدية (اللعب، الحركة).	
- التفريغ العدواني.	

(Catherine Sellenet, 2010, p116)

والجدير بالذكر أنه لا توجد إستراتيجية مواجهة واحدة تكون فعالة في كل المواقف الضاغطة، غير أن بعض البحوث تشير إلى أن استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل في مواجهة الضغوط تكون أكثر فاعلية عن استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال. (طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص ص 92-93)

الشكل(10): يبين المواجهة كوسيط للانفعال حسب "لازاروس" و"فولكمان" (1988).



(P. Graziani, J. Swendsen, 2005, p83)

يوضح هذا الشكل العلاقة بين الفرد والمحيط في تقييمه للانفعالات واختياره لاستراتيجيات المواجهة من خلال إعادة تقييم الانفعال وذلك حسب شدة ونوعية هذا الانفعال.

كما أظهرت دراسة قام بها "شنغ"(Cheng)(2001) أن الأفراد الذين يستخدمون أساليب تكيف مرتكزة حول المشكلة في مواجهة الضغوط يكونون أكثر تكيفا وأقل اضطرابا وانحرافا عن الصحة النفسية، مقارنة بالأفراد الذين استخدموا أساليب التكيف المرتكزة حول الانفعال.

(أحمد عيد مطيع الشخانية، 2010، ص45)

ويشير "فولكمان"(Folkman)(1984) إلى أن الأفراد يستخدمون استراتيجيات التكيف بنوعيه (المرتكزة على المشكلة والمرتكزة على الانفعال) في تكيفهم مع المواقف الضاغطة، إلا أنهم يلجئون إلى إحداها بشكل أكبر من الأخرى حسب الموقف الضاغطة، وتقييم الفرد لذلك الموقف، إذ يميل الأفراد عموما إلى استخدام استراتيجيات التكيف المرتكزة حول الانفعال إذا كانت المشكلة خارج إطار سيطرتهم، ويميلون إلى استخدام الاستراتيجيات المرتكزة حول المشكلة عندما يعتقدون أنهم قادرين على عمل شيء ما اتجاه الموقف الضاغطة وباستطاعتهم التحكم به والسيطرة عليه. (نفس المرجع السابق، ص38)

ويشير "أنشل"(Anshel)(1997) إلى أن هناك اختلافا بين استراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكلة واستراتيجيات المواجهة التي تركز على الانفعال، فالأولى تتضمن محاولات يقوم بها الفرد لانجاز الهدف من المهمة عن طريق فعل أشياء مثل أن يكون الفرد توكيديا أو السعي نحو المساندة الاجتماعية، وإما استراتيجيات المواجهة التي تركز على الانفعال فهي تشير إلى تنظيم الانفعالات لخفض المشقة والضييق الانفعالي للفرد، وذلك من خلال عدة فنيات مثل: أحاديث الذات والتدريب على الاسترخاء.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص94)

ونستطيع القول أن النمطين يتبادلان التأثير في جميع أنواع الضغوطات التي يواجهها الفرد، فكلاهما بإمكانه تسهيل أو تثبيط أو إعاقة عمل الآخر، ولكل نمط محاسنه ومساوئه حسب طبيعة الضغوطات.

(بوعافية نبيلة، 2007، ص191)

وعليه يمكن القول:

✓ إن الفصل بين المواجهة المتمركزة حول المشكل والمواجهة المتمركزة حول الانفعال هو فصل سطحي فقط، واستخدامها يتعارض مع النتيجة أو الفائدة المرجوة منها.

✓ الاستراتيجيات التي يوظفها الأفراد لمواجهة أغلب المواقف الضاغطة تتحدر أو تؤدي دور الوظيفيتين معاً، بغض النظر عن ما إذا كانت إحداها تساعد أو تعيق عمل الأخرى.

✓ إن نجاح استراتيجيات المواجهة سواء تنتمي إلى الوظيفة الأولى أو الثانية، يعتمد أساساً على العديد من العوامل المتداخلة في الموقف وليس عامل واحد فقط.

(طبي سهام، 2004، ص86)

ويضيف لها بعض الباحثين أمثال "موس" و"بيلين" (Moos&Billings, 1984) فئة ثالثة هي المواجهة المرتكزة حول التقدير (Appraisal-Focused Coping) ويقصد بها الجهود التي تحاول تحديد وإعادة تحديد معنى أو إدراك الشخص للموقف.

(جمعة سيد يوسف، 2000، ص69)

ويشير "دوجلاس برنستين" (D. Bernestin) إلى أنه لا توجد طريقة واحدة يتعامل بها الفرد مع الضغوط بشكل ناجح وفي كل الأحوال، حتى بعض الطرق السلبية مثل: الإنكار قد يكون مفيداً في بعض المواقف، ولكن لو استمر الفرد في استخدامها في كل ما يواجهه من مواقف ضاغطة فإنه في هذه الحالة يترك أثراً سيئاً على توافقه الشخصي والاجتماعي، ولذلك لا بد من أن يكون لدى الفرد مجموعة من الطرق التي يتعامل بها مع مشكلاته كل حسب ما يتناسب معه، وأن الشعور بالضغط لا يتوقف على طبيعة الموقف في حد ذاته، بل على الكيفية التي يدرك بها الشخص هذا الموقف وكيفية تفسيره له، وهذا ما يؤكد عليه

"ألبرت أليس" (A.Ellis) في نظريته فالحدث في حد ذاته لا قيمة له ولكن كيفية تفسيره هو المحدد الأساسي، وهذا التفسير يكون ناتجا عن خبرات الفرد وتجاربه السابقة.

(خالد محمود عبد الوهاب، 2006، ص89)

3.8.3. النظرية الاجتماعية:

يعتبر كل موقف سلوكي بالنسبة للإنسان هو موقف اجتماعي في حقيقته، سواء كان هذا فردا أو جماعة من الناس، إذ أن تواجد الإنسان مع شخص آخر يكون له تأثيرا على كيفية سلوكه، واستجاباته، وتحديد الوظائف السيكولوجية إزاء المواقف الاجتماعية، فهي تؤثر في ما نتعلمه، وكيف نتعلمه، كيف ندرك ونحكم على البيئة والأحداث، وأكثر تحديدا في كيفية تصورنا للأحداث، وفي الكيفية التي نصفها بها، وفي دوافعنا والطريقة التي بها نتوافق ومطالب الحياة، وفي اللغة التي بها نعبر عن مشاعرنا اتجاه الآخرين والطريقة التي نخبر بها الاستجابات الانفعالية ونعبر عنها.

(طبي سهام، 2004، ص88)

ومن جهة أخرى تطرق ممثلو هذا الاتجاه إلى تحديد هذه الميكانيزمات بصفة مغايرة، ولو أنها تبقى دائما ذات تأثير اجتماعي على أسلوب مواجهة الفرد لمواقف الحياة بطريقة أو بأخرى:

✓ **الأول:** يتصل باحتمال عدم الموافقة أو الرفض من جانب الجماعة، الأمر الذي يشكل قوة على الفرد بموجب حاجاته إلى الانتماء، وبسبب تحكم الجماعة وسيطرتها على موارده الخاصة.

✓ **الثاني:** يتصل بحاجة الفرد على تأكيد الآخرين لأحكامه.

✓ **الثالث:** فيركز على الاستعدادات الشخصية لإقامة الدفاعات واستخدامها في المواقف التي يلمس فيها الفرد تهديدا بينه وبين الجماعة. (نفس المرجع السابق، ص89)

ولقد درست نظريات علم النفس الاجتماعي أساليب المواجهة الفردية والجماعية، وهذا انطلاقاً من إحساس الفرد بالنقص، هذا الشعور يؤثر بشدة في سلوك الفرد مما يدفعه إلى نوعين من التصرفات تتمثل في تقبل أو رفض الواقع، ويتحقق هذا الرفض أو التقبل في استراتيجيات عدة تتعلق بقدرات الفرد ودرجة طموحه وبالمكتسبات الاجتماعية والوفاء للجماعة وأفرادها، ومن هذه الأساليب نجد:

√ **التطابق:** هو سلوك يوحى إلى تطابق وتوافق الفرد مع القيم الاجتماعية الخاصة بالبيئة، وهذا دون نقد أو إعادة النظر فيها، يهدف هذا السلوك إلى إرضاء الآخرين.

(بوعافية نبيلة، 2007، ص 176)

√ **الهروب:** يتميز هذا السلوك بالانسحاب والاستسلام ورفض التحدي، فبواسطة هذا الأسلوب الدفاعي يتعد الفرد عن المقارنة بالغير، ويتجنب الألم، والتقدير المنخفض للذات، حيث يسمح له هذا التجنب الحفاظ على الصورة الإيجابية التي يملكها الفرد حول نفسه والتي تهددها المقارنة بالغير.

√ **سد العجز:** يسعى الفرد في حالة ظهور عجز ما إلى تجاوز العائق، وهذا بمحاولة الوصول إلى مستوى الآخرين للتأكيد على قيمته الخاصة.

√ **التعويض:** يدخل الفرد عوامل جديدة لتقييم الأشياء ومقارنتها، ويسعى إلى فرضها في الجماعة وجعلها مقبولة من طرف الآخرين. (شمال حمانى صافية، 2007، ص 39)

4.8.3. النظرية المعرفية:

إن العملية المعرفية تمثل حجر الأساس لتحديد طبيعة استجابة الفرد للضغوط المختلفة داخلية كانت أم خارجية، وعملية إدراك الفرد للموقف وتقييمه هي الأساس في مسألة مواجهة الضغوط الحياتية والتغلب عليها، وعليه فإن العملية المعرفية المسئولة عن تقييم الموقف

وتحديد طبيعة استجابة الإنسان له هي التي تعرف بمفهوم المواجهة.

(مرشدي شريف، 2007، ص54)

وانطلق أصحاب هذا التناول من فكرة أساسية تمحورت حولها أعمال "لازاروس" و"فولكمان" وهي أن وجود الفرد تحت ضواغط معينة (Stressors) يقوده حتما إلى محاولة إعادة التوازن لعضويته بشكل أساسي من أجل تحقيق حالة التكيف التي يرغب فيها، لذلك تعتبر الضواغط استنادا إلى هذا التناول مجموعة مصفاة تلعب دور تغيير الحدث الضاغط ومنه تضخيم أو تشخيص استجابة الضغط، وتعمل هذه المصفاة المتنوعة كوسيط في العلاقة (الحدث الضاغط - ضيق انفعالي) وتعد هذه المواجهة كواحدة من هذه المصفاة.

(شلال حماني صافية، 2007، ص39)

يرى كل من "لازاروس" و"فولكمان" (1984) أن هذه المصفاة تعتبر كمعدلات للعلاقة (حدث ضاغط - ضيق انفعالي) وأشار كل منهما أنه يمكن أن نميز سياقات لهذه العلاقة: التقدير المعرفي والمواجهة.

(نفس المرجع السابق، ص40)

ويحتل التفكير والعمليات المعرفية مركزا أساسيا في النظريات المعرفية، والتي ترى أن البنية المعرفية هي المحددة لبنية تفكيرنا، ويعرف "ميشنباوم" البنيان المعرفي بأنه "الجانب التنظيمي للتفكير، والذي يبدو أنه ينظم ويوجه إستراتيجية ومسار واختيار الأفكار، فهو بمثابة الشغل التنفيذي يمسك بمخطط التفكير، ويحدد وقت مقاطعة أو تعديل أو استمرار الفكرة".

ويعرف "فتحي مصطفى الزيات" (1984) البنية المعرفية بأنها "محتوى الخبرات المعرفية للفرد، وخصائصها التنظيمية، واستراتيجيات استخدامها في مختلف المواقف"، كما أن الأفكار لا تأتي بصورة تلقائية، وإنما بصورة منظمة وموجهة من خلال بنية تفكير كل فرد، وتعتمد الكيفية التي يتفاعل بها الفرد مع بيئته على نوع البنى المعرفية التي يمتلكها.

(طبي سهام، 2004، ص ص89-90)

وقد عرف "جورج كلاين" (G.Klayn) (1954) الأسلوب المعرفي على أنه "اتجاه عام يحكم أسلوب الفرد في مواقف بيئية معينة وله خصائص الدافعية، بحيث يؤدي إلى ضبط السلوك وتنظيمه وتعديله باستخدام استراتيجيات معينة".

ويعرف "وتكن" وزملاؤه (Witkin et al) (1962،1977) الأسلوب المعرفي "بأنه سمة شاملة تعرض نفسها، وتظهر في قدرات الفرد الإدراكية والعقلية وفي الشخصية أيضا" ويعبر عنه أيضا بأنه "طريقة الفرد المميزة في استقبال المعلومات و التعرف عليها، و الاحتفاظ بها ومن ثم استخدامها".

وقد حاول "ميسيك" (Missik) المقارنة بين الإستراتيجية المعرفية والأسلوب المعرفي، فرأى أن الإستراتيجية "هي التريث الشعوري وغير الشعوري للقرارات التي يتخذها الفرد حين يكون في موقف اختيار بين عدة بدائل، مما يجعل الفرد يعدد من الاستراتيجيات كوظيفة لاختلاف وتعدد المواقف التي يتعرض لها"، في حين يعبر الأسلوب المعرفي عن "الاتساق الذاتي المميز الواعي لدى الفرد في تناوله للموضوعات المستعرضة التي يتعرض لها عبر العديد من المواقف دون اختيار". (طبي سهام، 2004، ص ص90-91)

يفسر "لازاروس" و"ديلونجس" (Lazarus&Delongs) (1983) التكيف مع الضغوط في ضوء النظرية المعرفية على أساس:

- يحاول تقدير الموقف معرفيا بصورة أولية، لتحديد معناه ودلالته.
- يقوم بعملية تقدير ثانية، تتضمن تحضير استجابة معينة لتحديد ما يجب عمله حيال الموقف.
- القيام باستجابة المواجهة الفعلية للموقف الضاغط.

(أحمد عيد مطيع الشخانية، 2010، ص37)

5.8.3. النظرية التفاعلية:

ظهر هذا المدخل كرد فعل على المدخل السيكودينامي، وارتبط بأعمال ودراسات كل من "لازاروس" و"فولكمان" (Lazarus&Folkman) (1984) "موس" (Moos) (1977) "ميتشنبوم" (Mitschnboom) (1977) والتي أكدت على أن المواجهة هي عملية أكثر من كونها سمة أو استعداد لدى الفرد، ويرى هذا الاتجاه أن استجابة الضغوط تظهر كنتيجة للتفاعل بين المطالب البيئية وتقييم الفرد لهذه المطالب وللمصادر الشخصية لديه، وتمثل عملية التقييم المعرفي مفهوما مركزيا في هذا المدخل.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص89)

ففي هذا المنظور طريقة مواجهة الوضعية الضاغطة لا تتعلق لا بالفرد ولا بالحدث، بل هي نتيجة لاتفاق بين خواص الفرد الشخصية ووضعيته. (<http://psycho.univ-lyon2.fr>) كما تدل على التعامل الخاص بين الفرد والمحيط في الوضعية الضاغطة، والتي تقيم من الفرد كتجاوز لمصادره وتهديدا لراحته.

(E. Grebot, T. Barumandzadeh, 2005, p563)

ويعرف هذا المدخل بأهمية كل من العوامل الشخصية والمحددات الموقفية في عملية المواجهة من خلال الأبحاث التي قام بها كل من "أوبرين" و"ديلونجس" (Obrien&Delongis) (1996) على أهمية كل من العوامل الموقفية وعوامل الشخصية في تفسير قدر كبير من التباين في سلوك المواجهة بين الأفراد.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص90)

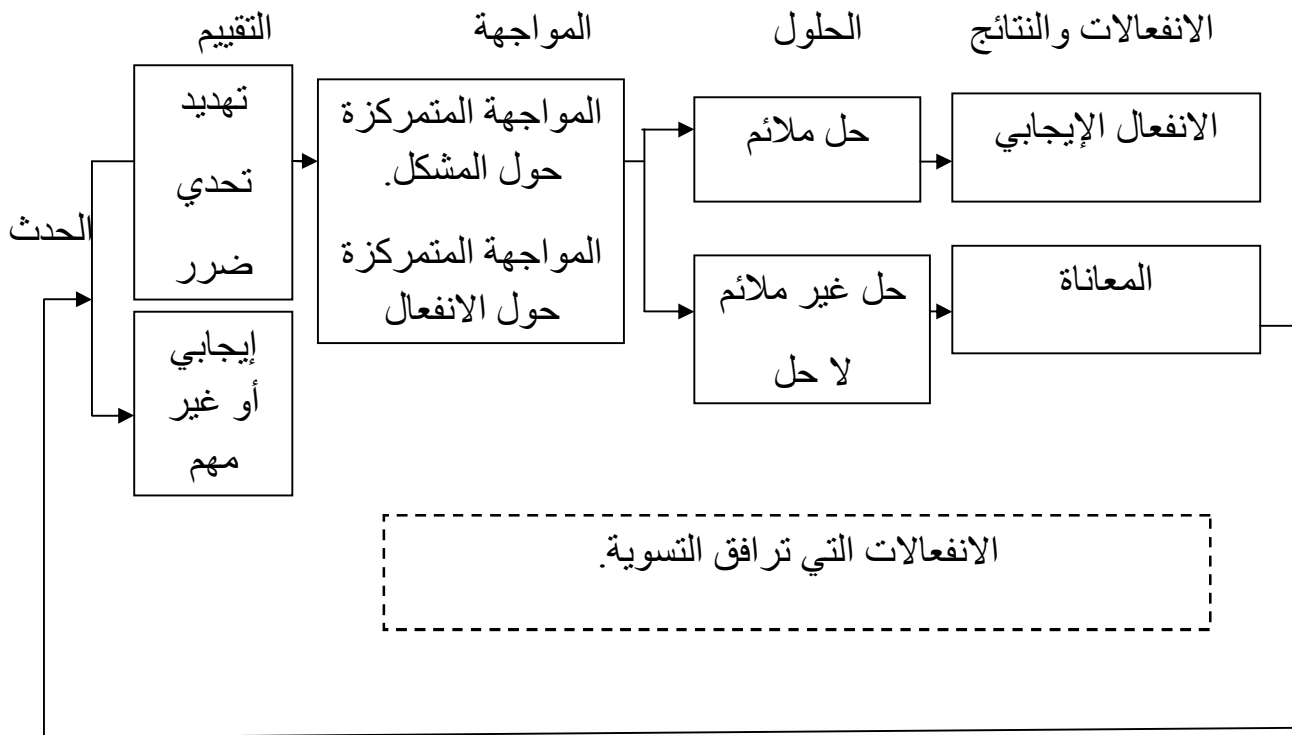
كما أن تطور النموذج التفاعلي للضغوط وأساليب المواجهة جاء باعتماد الباحثين المبدأ التكاملية بين المقاربتين البيئشخصية (Inter- individuelle) والبيئية (Intra-)

(individuelle) وترى النظرية البيئشخصية احتمال وجود أساليب أو استعدادات ثابتة للمواجهة يحملها الأفراد معهم للمواقف الضاغطة التي يواجهونها، أما النظرية البيئية فمفادها أن الطرق المفضلة للمواجهة تتبع من أبعاد الشخصية التقليدية حسبما يتوافق والنظرية البيئية، كما يتجلى الفرق بينهما في دراسة متغيرات الوضع أو الموقف (Les variables d'état) ومتغيرات السمات (Les variables des traits). (طبي سهام، 2004، ص93)

وتتميز نظرية "لازاروس" بأنها تعتمد على المنحى التفاعلي، الذي ينظر إلى المواجهة على أنها ناتجة عن تفاعل المتغيرات الشخصية، والظروف النفسية للفرد مع بيئته الفيزيائية، كما أشار إلى عمليات التقييم- الأولي والثانوي- ودورها في المواجهة، وصنف المواجهة إلى مواجهة مركزة على المشكلة وأخرى على الانفعال. (نشوة كرم عمار، 2007، ص53)

الشكل(11): يوضح حلقة السيرورات الخاصة بالتعاملات الضاغطة ل "لازاروس"

و "فولكمان" (1984).

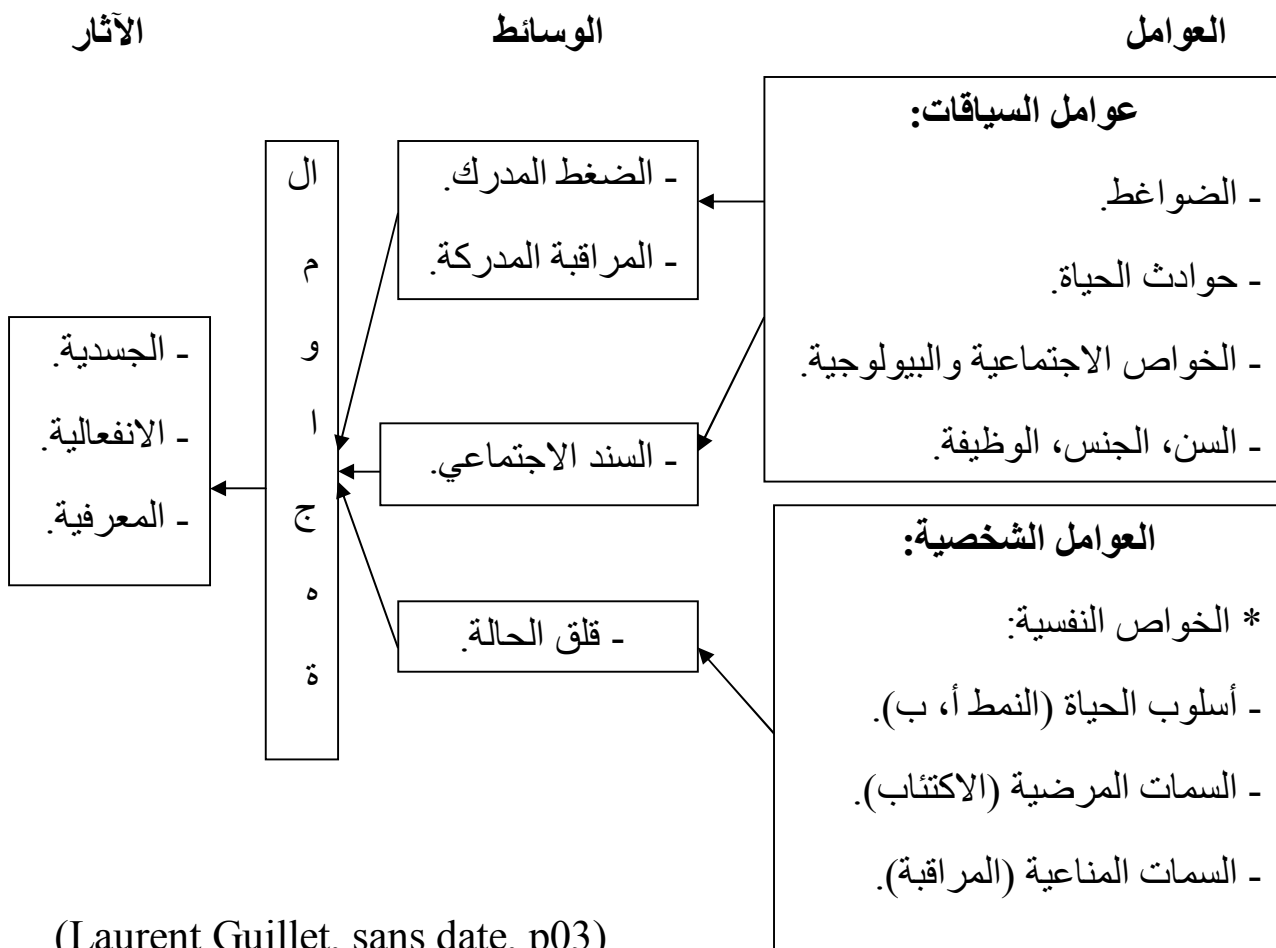


(P. Graziani, J. Swendsen, 2005, p49)

يوضح هذا الشكل سيرورة التسوية التي وضعها كل من "لازاروس" و"فولكمان" (1984) والتي تتمثل في إدراك الفرد للحدث الضاغط (تهديد، فقد، تحدي)، واختياره لأسلوب المواجهة الملائم سواء الخاص باستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل أو لاستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال.

وبمعنى آخر فقد تم وضع مخطط جديد لكل من "لازاروس" و"فولكمان" (Lazarus & Folkman, 1984) يتمثل في:

الشكل(12): يوضح التخطيط لنموذج "لازاروس" و"فولكمان" (Lazarus & Folkman, 1984).



(Laurent Guillet, sans date, p03)

يوضح هذا الشكل نموذج "لازاروس" و"فولكمان" (1984) والذي يشير إلى أن الضغط النفسي هو محدد لإدراك الفرد للعلاقة النوعية مع المحيط، هذا الإدراك ناتج عن عوامل شخصية وعوامل خاصة بالسياقات أو المحيطية.

9.3. تصنيف استراتيجيات المواجهة:

- يحدد "وايت" (White) (1974) ثلاث (3) مطالب لعملية التكيف هي:

√ فهم الموقف الضاغط.

√ إدراك الانفعالات وكيفية التعبير عنها في المواقف المناسبة.

√ حفظ الإحساس بالتكامل الشخصي، وتحقيق الضبط الذاتي للبيئة.

(أحمد عيد مطيع الشخانة، 2010، ص35)

- اقترح "بارو" (Barrow) أسلوبين لمواجهة الضغوط بفاعلية يتضمن الأسلوب الأول: التحكم في المواقف البيئية المسببة للضغط، بينما يتضمن الأسلوب الثاني: محاولة تنمية نظام ذاتي داخلي للتحكم في الأعراض المختلفة المصاحبة للضغط.

(أمل الأحمد، رجاء محمود، 2009، ص17)

- ويصنف "بيلنجس" و"موس" (Billings&Moos) (1981) استراتيجيات مواجهة الضغوط إلى استراتيجيات مواجهة إقدامية وأخرى إجمامية (Approach and Avoidance Coping) يرى أن استراتيجيات المواجهة الإقدامية تتضمن القيام بمحاولات معرفية لتغيير أساليب التفكير لدى الفرد عن المشكلة، ومحاولات سلوكية وذلك بهدف حل المشكلة بشكل مباشر، أما استراتيجيات المواجهة الإجمامية فهي تتضمن القيام بمحاولات معرفية وذلك بهدف الإنكار أو التقليل من التهديدات التي يسببها الموقف، والقيام بمحاولات

سلوكية لتجنب التحدي مع المواقف الضاغطة، وأن استراتيجيات المواجهة الإجمامية تتكون من استراتيجيات فرعية مثل: الإنكار، الكبت، القمع، التقبل، الاستسلام.

✓ الأساليب الإقدامية: تشتمل على:

التحليل المنطقي للموقف الضاغط ونتائجه، وإعادة التقييم الإيجابي للموقف، أي إعادة بناء الموقف معرفياً بطريقة إيجابية، البحث عن المعلومات، المساندة من الآخرين، استخدام أسلوب حل المشكلات.

✓ الأساليب الإجمامية: تتضمن ما يلي:

تجنب التفكير الواقعي في المشكلة، تقبل المشكلة، الاستسلام لها، التنفيس الانفعالي لخفض التوترات والانفعالات السلبية المصاحبة للموقف الضاغط.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص ص 94-95)

- حدد "ستون" و"نيل" (Stone&Neale) ثمانية (8) أنواع من استراتيجيات المواجهة للضغوط، وتتضمن الاستراتيجيات الآتية:

- التشتت - إعادة تعريف الموقف

- رد الفعل المباشر - التنفيس

- التقبل - البحث عن المساندة الاجتماعية

- الاسترخاء - التدبير

- يرى "مينانغان" (Menaghan) (1983) أن هناك ثلاثة عوامل أو متغيرات في أساليب التكيف هي:

✓ مصادر التكيف: Coping Resources

هي عبارة عن نظرة الفرد، وتقديره لذاته، وللعالم من حوله، وإحساسه بالتماسك، وثقته بقدراته في السيطرة على المواقف التي يمر بها، ونجاحه في إنشاء علاقات اجتماعية مع الآخرين.

✓ جهود التكيف: Coping Efforts

هي ردود فعل الفرد الداخلية والخارجية في محاولته التعامل مع الضغوط النفسية، كأساليب حل المشكلات، طلب المساعدة من الآخرين.

✓ أساليب التكيف: Coping Styles

تميز الفرد بنمط خاص به في التكيف، كميله للانسحاب من الموقف الضاغط أو مواجهته بالعدوان المباشر. (أحمد عيد مطيع الشخانة، 2010، ص ص36-37)

- ويصنف "جراشا" (Grasha) (1983) أساليب مواجهة الضغوط إلى نوعين هما:

✓ أساليب مواجهة لاشعورية: ويتمثل ذلك في الحيل الدفاعية اللاشعورية التي تستخدم لخفض القلق والصراعات النفسية لدى الفرد.

✓ أساليب مواجهة شعورية: التي يستخدمها الفرد في التعامل مع الضغوط من خلال القيام بمحاولات سلوكية ومعرفية للتغلب على الضغوط.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص97)

- وقد تحدث "بيلنج" و"موس" (Billing&Moos) (1984) عن ثلاثة أساليب لمواجهة الضغوط النفسية هي:

✓ أساليب سلوكية نشطة: تشمل السلوكيات الظاهرة التي تعكس محاولة التعامل المباشر مع المشكلة، أو مصدر الضغوط النفسية.

✓ أساليب معرفية: تتضمن ما يقوم به الفرد من مجهود عقلي لتقدير أبعاد مصادر الضغوط النفسية، ودرجة خطورتها، ومدتها.

✓ أساليب الإحجام والكف: تعكس محاولة تجنب المشكلة، عدم التعامل المباشر مع مصادر الضغوط النفسية. (أحمد عيد مطيع الشخانية، 2010، ص37)

- ويصنف "جلويك" (Galwicz) (1985) أساليب مواجهة الضغوط إلى (4) أنواع هي:

- أساليب المواجهة المتمركزة حول المشكلة.
- أساليب المواجهة المرتبطة بالتقييم (التقبل، التفاؤل، الدعابة، الاستقالة).
- سلوكيات مواجهة يصعب تصنيفها مثل: التشاؤم، البكاء، الأكل، التدخين.
- المساندة الاجتماعية.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص100)

- وقد حدد "سيشير" وآخرون (Scheier et al) (1986) أساليب واستراتيجيات التعامل مع الضغوط في عدة أنواع هي:

✓ الإنكار: رفض الفرد الاعتقاد بحدوث الموقف الضاغط أو محاولة تجاهل الموقف كلية من جانب الفرد.

✓ التعامل الموجه نحو المشكلة: يقوم الفرد بوضع خطة معينة، وأن يقوم باستجابة سريعة للسيطرة على الحدث أو الموقف الضاغط.

✓ لوم الذات: حيث يرى الفرد أنه هو المسئول عن تعرضه للموقف الضاغط.

✓ **التقبل والاستسلام:** يشير إلى تقبل الفرد للموقف، وذلك نظرا لعجزه وانعدام الحيلة لديه أو نتيجة لرفضه القيام بأي شيء اتجاه الموقف.

✓ **إعادة التفسير الإيجابي للموقف:** كأن يحاول الفرد إيجاد معنى وتفسير جديد للموقف، مما يجعله يشعر بالثقة بالنفس.

✓ **الهروب من خلال التخيل:** أي الركون إلى أحلام اليقظة.

✓ **المساعدة الاجتماعية:** تشير إلى سعي الفرد نحو الآخرين لطلب العون والنصيحة والمعلومات والمساعدة والحصول على المساعدة منه.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص97)

- ويصنف "بينز" و"أرنسون" (Pines&Aronson)(1988) أساليب مواجهة الضغوط إلى:

- **أساليب مواجهة مباشرة:** وهي تشير إلى أساليب المواجهة التي من خلالها يتعامل الشخص مباشرة مع الموقف الضاغط.
- **أساليب مواجهة غير مباشرة:** والتي من خلالها يتعامل الشخص مع الانفعالات السلبية الناتجة عن الضغط.
- **أساليب مواجهة فعالة أو نشطة:** وهي تتضمن محاولات يقوم بها الفرد لتغيير مصدر الضغط أو لتغيير ذاته.
- **أساليب مواجهة غير فعالة:** وتتضمن التجنب والإنكار.

(نفس المرجع السابق، ص102)

- ويصنف "إفرلي" (Everly) (1989) أساليب التعامل مع الضغوط إلى نوعين هما:
 - أساليب تؤدي إلى تحقيق التوافق وخفض الضغوط كالاسترخاء، التمرينات الجسمية.
 - أساليب تؤدي إلى سوء التوافق، ولكنها تؤدي إلى خفض الانفعالات الناجمة عن الضغوط مثل: تعاطي الكحول والعقاقير.
- (طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص96)
- وقد صنف "كارفر" و زملاؤه (Carver et al) (1989) أساليب المواجهة، والتي تضم 12 أسلوباً، وقد صنّفها "مصطفى خليل" (1993) إلى 3 فئات هي:

❖ أساليب المواجهة:

- التعامل النشط Active coping
- التخطيط Planning
- كبت الأنشطة المتشاركة Suppression of competing
- التمهّل Restraint coping
- ❖ أساليب إلتماس العون:
- اللجوء للدين Returning to religion
- الدعم الاجتماعي العملي Instrumental Seeking Social Support
- الدعم الاجتماعي العاطفي Emotional Seeking Social Support
- التماس التفرّغ العاطفي Focusing on and venting of emotions

❖ السلبية:

- الإنكار Denial

- التحرر الذهني Mental Disengagement

- التقبل Accetance (نشوة كرم عمار، 2007، ص ص50-51)

- ويصنف "كوكس" و"فيرجسون" (Cox&Ferguson) (1991) وكذلك "إندلر" و"باركر" (Endler&Barker) (1996) أساليب واستراتيجيات مواجهة الضغوط إلى نوعين هما:

✓ أساليب مواجهة تنشأ من داخل الفرد: Intra Individual Coping

✓ أساليب مواجهة تنشأ بين الأفراد: Inter Individual Coping

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص97)

ويصنف "كوهين" (Cohen) (1994) استراتيجيات المواجهة إلى عدة أنواع هي:

- التفكير العقلاني: تشير إلى أنماط التفكير العقلانية والمنطقية التي يقوم بها الفرد حيال الموقف الضاغط بحثاً عن مصادره وأسبابه.
- التخيل: إستراتيجية يحاول الفرد من خلالها تخيل المواقف الضاغطة التي واجهته، فضلاً عن تخيل الأفكار والسلوكيات التي يمكن القيام بها في المستقبل عند مواجهة مثل هذه المواقف الضاغطة.
- الإنكار: إستراتيجية دفاعية لاشعورية يسعى من خلالها الفرد إلى إنكار وتجاهل المواقف الضاغطة وكأنها لم تحدث.

■ **حل المشكلات:** إستراتيجية معرفية يحاول من خلالها الفرد استنباط أفكار وحلول جديدة ومبتكرة لمواجهة الضغوط.

■ **الدعابة أو المرح:** إستراتيجية تتضمن التعامل مع الخبرات الضاغطة بروح المرح والدعابة.

■ **الرجوع إلى الدين:** تشير هذه الإستراتيجية الدينية إلى رجوع الأفراد إلى الدين في أوقات الضغوط، وذلك عن طريق الإكثار من الصلوات والعبادات والمداومة عليها كمصدر للدعم الروحي والأخلاقي والانفعالي.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص100)

- وفي البيئة العربية، صنف "**حسن عبد المعطي**" (Hassan Abed Elmouti)(1994) استراتيجيات التعامل مع الضغوط إلى عدة أنواع هي:

- العمل من خلال الحدث.

- الالتفاف إلى اتجاهات وأنشطة أخرى.

- التجنب والإنكار.

- طلب المساندة الاجتماعية.

- الإلحاح والاقترام القهري.

- العلاقات الاجتماعية.

- تنمية الكفاءة الذاتية.

- وصنف "**لطفى عبد الباسط**" (Lotfi Abed Elbasset)(1994) استراتيجيات مواجهة الضغوط إلى خمسة (5) أنواع:

- العمليات السلوكية الموجهة نحو المشكلة.

- العمليات السلوكية الموجهة نحو الانفعال.

- العمليات المعرفية الموجهة نحو المشكلة.

- العمليات المعرفية الموجهة نحو الانفعال.

- العمليات المختلطة (سلوكية/ معرفية).

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص ص 105-106)

إضافة إلى أن هناك أساليب يمكن استخدامها للتعامل مع الضغط وتتمثل في:

✓ **الأساليب الفسيولوجية:** تعد من أفضل أساليب إدارة الضغوط من خلال استخدام تدريبات التنفس والاسترخاء.

✓ **الأساليب المعرفية:** التي تحاول التحكم في الضغوط من خلال الأساليب المعرفية مثل: التحكم في الحديث الذاتي السلبي، أسلوب التأمل، أسلوب الإيحاء الذاتي.

✓ **الأساليب السلوكية:** تتضمن هذه الأساليب وضع الأهداف، إدارة الوقت، تطوير وتحسين النظام اليومي المعتاد.

(عبد العزيز عبد المجيد محمد، 2005، ص ص 47-54)

10.3. العوامل المؤثرة في تحديد استراتيجيات مواجهة الضغوط:

هناك عوامل عدة تؤثر في اختيار إستراتيجية المواجهة، والتي تتضمن عوامل تتعلق بخصائص شخصية الفرد: كمنط الشخصية، مركز الضبط، فعالية الذات، الصلابة النفسية، وهناك عوامل أخرى موقفية ونوعية تتعلق بالموقف ذاته، وتسهم إلى حد بعيد في تحديد استراتيجيات المواجهة، وتتمثل في طبيعة الحدث الضاغط، نوعه (مزمن/حاد)، الجودة، وغيرها.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص 122)

أولاً: المتغيرات الشخصية:

يسهم أسلوب الشخصية وسماتها بدور فعال في قدرة الفرد على مواجهة الضغوط، وهي على النحو الآتي:

❖ مركز الضبط: Locus of Control

ظهر في علم النفس على يد "جوليان روتر" (J.Rotter) (1954) من خلال نظريته في "التعلم الاجتماعي"، يشير مفهوم مركز الضبط أو التحكم إلى كيفية إدراك الفرد لمواجهة الأحداث في حياته أو إدراكه لعوامل الضبط والسيطرة على بيئته، وينقسم الأفراد طبقاً لمفهوم مركز الضبط إلى فئتين هما:

✓ فئة الضبط الداخلي:

تخص الأفراد الذين يعتقدون أنهم مسئولون عما يحدث لهم، ويسعون في محاولات جادة للتحكم في البيئة والسيطرة عليها، ولديهم القدرة على رؤية التوقعات للأحداث، فالأفراد ذوو مركز الضبط الداخلي يعتقدون أن لديهم القدرة على التحكم في الأحداث.

✓ فئة الضبط الخارجي:

تخص الأفراد الذين يرون أنفسهم تحت تحكم قوى خارجية، ولا يستطيعون التأثير فيها، يفتقرون إلى القدرة على السيطرة والتحكم في الأحداث، ويفشلون في توقعاتهم لهذه الأحداث، فالأفراد ذوو مركز الضبط الخارجي يعززون الأحداث لعوامل خارجية عن تحكمهم وسيطرتهم مثل: الحظ والصدفة.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص ص 123-124)

ويعرف مركز التحكم بأنه: "اعتقاد الفرد بأن ما يحدث له من أحداث سيئة أو إيجابية محكوم بتصرفاته وإرادته (التحكم الداخلي)، أو اعتقاده بأنها محكومة بعوامل خارجة عن إرادته مثل: الحظ والصدفة (التحكم الخارجي)". (أحمد عيد مطيع الشخانية، 2010، ص 32)

فالفرد الذي يعتقد أنه يستطيع التحكم بالأحداث والسيطرة عليها بدرجة كبيرة هو الأكثر تحملاً للتهديدات والضغوط التي يتعرض لها في حياته، من ذلك الشخص الذي لا يعتقد بأنه

يستطيع التحكم بمراكز الأحداث، ويعزى ذلك الفشل إلى مؤثرات خارجية كالحظ أو الصدفة أو القدر أو الفرصة، لذا فهو أقل تحملا للضغوط.

(حسين أحمد حشمت، مصطفى حسين باهي، 2006، ص49)

ويذكر "لازاروس" (Lazarus) (1966) أنه كلما ازدادت درجة إدراك الفرد لذاته، وبأنه قادر على التحكم بالمواقف قلت درجة تعرضه للضغوط النفسية والعكس صحيح.

كما أشار "فيشر" (Fisher) (1984) إلى أن مجرد شعور الفرد بالقدرة على التحكم ربما يكون أعظم وسيلة لإدارة الضغوط النفسية، وذلك عندما يوظفها الفرد للتعامل مع الأحداث حوله. (أحمد عيد مطيع الشخانة، 2010، ص33)

❖ تقدير الذات:

يعتبر تقدير الذات مؤشرا هاما في تحديد نوع إستراتيجية المواجهة التي يستخدمها الأفراد في التعامل مع المواقف الضاغطة، فإدراك ورؤية الذات بطريقة إيجابية تمثل مصدرا نفسيا هاما في عملية المواجهة للمواقف الضاغطة التي تواجه الفرد، وقد كشفت نتائج دراسة "شان" (Chan) (1993) أن الأفراد ذوو تقدير الذات المرتفع يستخدمون استراتيجيات المواجهة تركز على المشكلة، في حين الأفراد ذوو تقدير الذات المنخفض يستخدمون إستراتيجية المواجهة التي تركز على الانفعال كالإنكار، الميل إلى الانسحاب، تعاطي العقاقير، المخدرات، التدخين.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص126)

❖ نمط الشخصية:

لا يستجيب الأفراد للأحداث بطريقة واحدة بل يختلفون في استجاباتهم طبقا لنمط الشخصية، فلكل فرد منا سمات أو أساليب سلوكية ثابتة تؤثر في كيفية تعامله مع المواقف الضاغطة، ومن هذه الأنماط السلوكية النمط (أ، ب). (أحمد عيد مطيع الشخانة، 2010، ص31)

سلوك النمط (أ) ظهر من خلال ملاحظات التي سجلها كل من "فريدمان" و"روزنمان" (Friedman&Rosenman) من متابعة سلوك مرضى القلب، ومن خلال ممارستها الخاصة أثناء الخمسينات. (فخرية يوسف محمد، 2001، ص03)

فقد أشار "فريدمان" و"روزنمان" (Friedman&Rosenman) (1974) إلى أن الأفراد الذين يندرجون تحت النمط (أ) من السلوك لهم سمات وخصائص تتمثل في: العدوان، العنف، القابلية للاستثارة، الإحساس بضغط الوقت، عدم التحلي بالصبر، النشاط المتعجل، الدرجة العالية من الطموح، الثقة بالنفس، المثابرة، بذل الجهد، روح التنافس، محاولة إنجاز أكثر من عمل في وقت أقل. (أحمد عيد مطيع الشخانة، 2010، ص31)

إضافة إلى: الغضب، فرط النشاط، عدم الصبر، وبالتالي تزداد لديهم نسب الإصابة بالأمراض القلبية الوعائية. (Sébastien Tubau, 2001, p53)

هذا الارتباط بين النمط (أ) وحالات الإصابة بأمراض الشريان التاجي أثبتت في دراسات جماعية كبرى كالدراسات التي أجرتها "رابطة الويسترن جروب" و"رابطة فرانجهام".

(فخرية يوسف محمد، 2001، ص03)

كما يتميز أصحاب النمط (أ) بالتنافس الشديد، الرغبة بالإنجاز، على عكس أصحاب النمط (ب) فهم أفراد يتصفون بالاسترخاء، متحررون من العدوانية، عدم الإحساس بضيق الوقت، وبالتالي فهم أقل تعرضاً لأمراض القلب.

(محمد خالد الطحان، موسى محمد نجيب، 2008، ص198)

ويعد نمط الشخصية (أ) مؤشراً على مدى قابليته للتعرض للضغوط النفسية، ويعود شيوع هذا النمط إلى الطبيين "فريدمان" و"روزنمان" (Friedman&Rosenman) (1974) اللذين ربطا نمط الشخصية (أ) بالإصابة بأمراض القلب، ارتفاع ضغط الدم، زيادة نسبة الكوليسترول، أمراض الشريان التاجي، ويتسم هذا النمط بالتنافس والإقدام، السرعة في الإنجاز، الشعور بضيق الوقت، عدم الصبر، أما أصحاب النمط (ب):

فيتصف أصحابها بعكس السمات السابقة تماما، ففي دراسة أجراها "ديمبروسكي" و"مكدوجال" (Dembroski&Macdougall)(1978) تبين أن الأفراد ذوي نمط الشخصية (أ) يظهرون استجابة أشد قوة اتجاه مثيرات الضغوط النفسية في مواقف متعددة، وتكون استجاباتهم مصحوبة بمجموعة من التغيرات الفسيولوجية الضارة بالجسم مقارنة بالأفراد ذوي نمط الشخصية (ب). (أحمد عيد مطيع الشخانية، 2010، ص31)

فالأفراد ذوي نمط الشخصية (ب) يكونون: أكثر استرخاء وصبرا، الرضا عن العمل، غير عدوانيين، بطيؤو التأثير، الحساسية لما يحدث حولهم، وعلى ذلك فإن أصحاب نمط السلوك (أ) هم أكثر شعورا بالضغط، حيث تظهر عليهم أعراض الضغوط الجسمية والنفسية بدرجات مرتفعة، ومن ثم أكثر قابلية للإصابة بأمراض القلب من ذوي نمط السلوك (ب)، وبهذا المعنى لا يعتبر نمط السلوك (أ) سمة شخصية في حد ذاته، ولكنه أسلوب سلوكي وانفعالي مبالغ فيه، حيث يشير "بولجر" (Bolger)(1990) إلى أن أبعاد وسمات الشخصية ترتبط بأساليب مواجهة الأفراد للضغوط، فالأفراد العصائبيون يستخدمون استراتيجيات مواجهة أقل فعالية وغير ناضجة كالانسحاب، التجنب، لوم الذات، كما أكدت دراسة "ميكراي" و"كوستا" (McCrae&Costa) (1986) أن الأفراد ذوي الدرجات المرتفعة في قلق السمة (Trait anxiety) يستخدمون استراتيجيات المواجهة الإجمالية.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص127)

ويشير "جابر عبد الحميد" و"علاء كفاي" (D. Abd Elhamid&A.Kefefi) (1996) إلى أن أصحاب النمط (ب) يتخذون سلوكيات متحررة من العدوان والكرهية، غياب أو نقص الحاجة التنافسية لإظهار القدرات أو مناقشة إنجازات الفرد وأعماله، ويعرف "سيونرلاند" (Sutherland,1991) النمط (ب) بأنه "لديه القدرة على الاسترخاء، سهل الانقياد، ليس لديه ميل شديد للمنافسة، أقل عرضة للشعور بالإحباط، وينخفض احتمال إصابته بأمراض القلب". (فخرية يوسف محمد، 2001، ص06)

❖ الصلابة النفسية: Hard Personality

صاغ هذا المصطلح لأول مرة على يد "سوزان كوباسا" (Suzanne Kobasa) (1982) حينما أوضحت أن الأفراد الذين تتسم شخصيتهم بالصلابة يتميزون بمقدرة عالية على مقاومة النتائج السلبية والمؤلمة للضغوط، بسبب أسلوبهم في معالجة الحوادث المسببة للضغوط، كما أنهم يثقون بقدرتهم على التأثير في مجرى حياتهم، أما الأفراد الذين يعانون من فقدان الصلابة فيتميزون بمستويات عالية من الإحساس بالضغوط النفسية، ويمكن أن يكونوا أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب والأمراض المتصلة بالضغوط النفسية.

(أحمد عيد مطيع الشخانة، 2010، ص32)

وجدت النفسانية "سوزان كوباسا" وهي المؤلفة المشاركة في كتاب "التفويض الصعب: الصحة تحت وطأة الضغط" (The Hardy Executive : Health Under Stress) وجدت أن بعض الناس بطبيعة تكوينهم هم مقاومون للضغط، وهي تعزو ذلك إلى ثلاث عوامل تم تسميتها بـ "الالتزامات اتجاه النفس" (Commitment To Self):

- العمل. - الأسرة. - قيم أخرى.

(ديانا هيلز، روبرت هيلز، 1999، ص335)

ويعتبر مفهوم الصلابة النفسية (Psychological Hardiness) أحد خصائص الشخصية التي توظف كعامل هام في مقاومة ومواجهة أحداث الحياة الضاغطة، وقد قدمت "كوباسا" (Kobasa) (1982) هذا المفهوم نتيجة لدراسة قامت بها تستهدف التعرف على الأسباب التي تكمن وراء أن بعض الأفراد لا يخضعون ولا يستسلمون للمرض تحت مستوى مرتفع من الضغوط، وأن هذا المفهوم عند "كوباسا" يوازي مفهوم الإحساس بالتماسك (Cohérence) الذي قدمه "أنتونوفسكي" (Antonovsky) فحسب وجهة نظر "كوباسا" الصلابة هي خاصية عامة تنشأ من خبرات الطفولة المعززة وثرية التنوع، والتي

تظهر في المشاعر والسلوكيات التي تتصف بالالتزام والضبط والتحدي.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص130)

ولقد حددت "كوباسا" وآخرون (Kobasa et al) (1981) خصائص الشخصية شديدة القدرة على الاحتمال في ثلاث (3) مكونات نفسية هي:

✓ **الالتزام Commitment**: هو الشعور بتعلق الفرد بنشاطاته وعلاقاته القرابية والاعتقاد بأنها ذات أهمية.

✓ **التحدي Challenge**: هو الرغبة في تقبل الخبرات الجديدة وغير المتنبأ بها والاستمتاع بها، وأن يرى الفرد أن فرض التغيير أكثر من فقدان، أو يشعر بحب الاستطلاع والاهتمام.

✓ **التحكم (الضبط) Control**: وهو سهولة القيادة (manage ability) وتعكس الاعتقاد بأن الفرد ليس عاجزاً، أو فاقد العون، ولكنه يمكن أن يؤثر في الكثير من الأحداث والناس الآخرين والقدرة على التحكم في الظروف الشخصية.

(حسن مصطفى عبد المعطي، 1992، ص277)

يشير "فريدنبرج" (Frydenberg) (1997) و"تايلور" (Taylor) (1996) إلى أن الأفراد ذوي الدرجات المرتفعة على مقاييس الصلابة النفسية يقدرّون المواقف الضاغطة بطريقة مُرضية، ويستخدمون استراتيجيات مواجهة أكثر فاعلية مقارنة بالأفراد الذين يحصلون على درجات منخفضة في الصلابة النفسية.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص132)

❖ فعالية الذات: Self-efficacy

قدمت "باندورا" (Bandura) (1997، 1995) مفهوم توقع الفاعلية أو فاعلية الذات في إطار نظرية "التعلم الاجتماعي"، وتسلم نظرية التعلم بأن مدركات الأفراد لقدراتهم تؤثر في

كيفية تصرفاتهم، ومستوى دافعيتهم، وعمليات تفكيرهم، واستجاباتهم الانفعالية، وفاعلية الذات - التي تحدد باعتبارها الاعتقاد بأن الفرد يستطيع بنجاح تنفيذ التصرفات التي يحتاج إليها للوصول لنتيجة مرغوبة - هي محدد هام لما إذا كان الفرد ينغمس في سلوك معين أم لا، فالأفراد يتجنبون تلك النشاطات التي يعتقدون أنها أكبر من قدراتهم، بينما يؤدون تلك النشاطات التي يشعرون أنها على نطاق قدراتهم.

وتعرف "بوسشير" و"سميت" (Bosscher&Smit) (1998) فاعلية الذات بأنها "الرغبة في ابتداء السلوك (المبادرة)، والرضا عن بذل المجهود في إكمال السلوك (المجهود)، والمثابرة في مواجهة المحنة أو الشدة (المثابرة)".

(حسين علي فايد، 2005، ص ص 224-225)

يشير هذا المفهوم حسب "باندورا" إلى اعتقاد الفرد بأن لديه القدرة على التعامل، السيطرة بفاعلية على المواقف والأحداث التي يتعرض لها، وأظهرت نتائج الدراسة التي قام بها "جروزالم" و"شويزر" (Jerusalem& Schweizer) (1992) أن فعالية الذات العامة تعد مؤشرا هاما في التقييم المعرفي للمواقف التي يتعرض لها الفرد، وأن الأفراد ذوي فعالية الذات العامة المنخفضة يعانون الفشل في التعامل مع الضغوط، ومن ثم يشعرون بالضغط، وذلك مقارنة بالأفراد ذوي فعالية الذات العامة المرتفعة، وهكذا تعتبر فعالية الذات من المصادر الشخصية التي يستخدمها الفرد في مواجهة الضغوط.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص 132)

إن فاعلية الذات هي أحد الخصائص التي من شأنها أن تقي الفرد من وطأة التأثير السلبي للأحداث الضاغطة، ففاعلية الذات كما تنطوي على الثقة بالنفس وإدراك التحكم وتقييم الفرد لمدى كفايته وفاعليته في مواجهة المواقف.

(حسين علي فايد، 2005، ص 226)

ثانياً: العوامل الموقفية:**❖ طبيعة الموقف وخصائصه:**

فالمواقف والأحداث التي يستطيع الفرد التحكم والسيطرة عليها يستخدم فيها استراتيجيات المواجهة الإقدامية واستراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكلة، في حين أن الأحداث الضاغطة التي لا يمكن للفرد التحكم والسيطرة عليها فإن ذلك يجعله يستخدم استراتيجيات المواجهة الإجمامية واستراتيجيات المواجهة التي تركز على الانفعال.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص134)

فطبيعة الخطر، قرب، مدته، إضافة إلى استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل، واستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول التقليل من التوتر الانفعالي.

(Isabelle Paulhan, 1992, p552)

❖ المساندة الاجتماعية من الآخرين:

تعد المساندة الاجتماعية (Social Support) ظاهرة إنسانية قديمة قدم الإنسان، وإن لم يهتم بها الباحثون إلا مؤخراً، بعد ما لاحظوه من آثار هامة لها في مواقف الشدة والإجهاد النفسي.

(خالد محمود عبد الوهاب، 2006، ص86)

فقد حظيت المساندة الاجتماعية باهتمام الباحثين، اعتماداً على مسلمة مفادها أن "المساندة الاجتماعية التي يتلقاها الفرد من خلال الجماعات التي ينتمي إليها كالأُسرة، الأصدقاء، الزملاء في العمل، أو الجماعة، أو النادي تقوم بدور كبير في خفض الآثار السلبية للأحداث والمواقف السيئة التي يتعرض لها"، وقد كان- وحتى وقت قريب- مفهوم المساندة الاجتماعية مفهوماً غامضاً، وتعريفاته نادرة، وطرق قياسه غير متنسقة، وتصميمات البحوث فيه ضعيفة. فالمساندة الاجتماعية المدركة التي تعني إدراك الفرد بأن هناك عديداً من الأشخاص في نطاق

دائرته الاجتماعية من الأصدقاء وأعضاء الأسرة وأشخاص آخرين سوف يقدمون له يد العون والمساندة، حيث يكون في حاجة إلى ذلك أو في أوقات الشدة والضييق.

(محمد حسن غانم، 2002، ص39)

كما أنها عملية ديناميكية لزيادة التأثير المتبادل بين الفرد وشبكة العلاقات الاجتماعية التي تمده بالدعم في المواقف الاجتماعية المختلفة، ويؤكد "لاروكو" وآخرون (La Rocco et al, 1980) أنه على الرغم من وجود مظاهر مختلفة ومتعددة للدعم والمساندة الاجتماعية والتي يتمثل بعضها في المساعدة المالية، المشاركة الوجدانية أو العاطفية، التفاهم، توفير المعلومات، الإرشاد والتوجيه.... إلخ.

(جهاد علاء الدين، عز الدين عبد الرحمان، 2011، ص374)

حيث يتزود الفرد بالمساندة الاجتماعية من خلال شبكة علاقاته الاجتماعية التي تضم كل الأشخاص الذين لهم اتصال اجتماعي منتظم بشكل أو بآخر مع الفرد، وتضم هذه الشبكة في الغالب الأسرة والأصدقاء وزملاء العمل، وليست كل شبكات العلاقات مساندة لأنها أحياناً تعتمد على دعم وصحة متلقي المساعدة، أي أن المساعدة الاجتماعية تعتمد على صحة الفرد وسلامته النفسية، وليس على كثرة علاقاته الاجتماعية. (عبير محمد حسن، 2003، ص07) ويرى "ليبرمان" (Lieberman) (1982) أن المساعدة الاجتماعية مفهوم أضيق بكثير من مفهوم شبكة العلاقات الاجتماعية، حيث تعتمد المساعدة الاجتماعية في تقديرها على إدراك الأفراد لشبكاتهم الاجتماعية، باعتبارها الأطر التي تشتمل على الأفراد الذين يثقون فيهم ويستندون على علاقاتهم بهم، وعليه يعرف "ساراسون" وآخرون (Sarason et al) (1983) المساعدة الاجتماعية بأنها تعبر عن مدى وجود أو توافر أشخاص يمكن للفرد أن يثق فيهم، ويعتقد أنهم في وسعهم أن يعتنوا به ويحبوه ويقفوا بجانبه عند الحاجة.

(حسين علي فايد، 2005، ص218)

وقد افترض "ساراسون" (Sarason) (1986) أن مجرد إدراك الفرد أنه يستطيع الركون إلى شخص ما للمساعدة، فإن هذا من شأنه أن يخفف من الضغوط الواقعة عليه، وتمثل المساعدة الاجتماعية رضا الآخرين ومساعدتهم.

(عمر مصطفى محمد، 2008، ص ص 43-44)

ويرى "ساراسون" (Sarason) أيضا بأن المساعدة الاجتماعية تعني "إحساس الفرد بوجود بعض المقربين منه، والذين يثق فيهم في الوقوف بجانبه عند الحاجة".

(علي عبد السلام علي، 1997، ص 210)

كما توصل "كترونا" وآخرون (Cutrona et al) إلى أن المساعدة الاجتماعية كانت عاملا جوهريا للحالة الصحية الجسمية، وأن الصحة النفسية ترتبط بالتفاعل بين الضغوط والمساعدة الاجتماعية .
(عبير محمد حسن، 2003، ص 08)

وتعتبر المساعدة الاجتماعية من المتغيرات الموقفية التي تسهم بدور فعال في تحديد أساليب المواجهة، ويشير "لازاروس" و"فولكمان" (Lazarus & Folkman) (1984) إلى أن المساعدة الاجتماعية تعتبر مصدرا هاما للأفراد في أوقات الضغوط، وتكون مفيدة في التنبؤ بأساليب المواجهة التي يستخدمها الأفراد في التعامل مع الأحداث الضاغطة.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص 135)

وقد صنف "لازاروس" و"فولكمان" (1984) السند على أنه إستراتيجية تعامل مع الضغط، فالشخص يسعى للبحث عن من يريد أن يسمعه أو تقدم له المساعدة مهما كانت طبيعتها للتخفيف من الضغط.
(قماز فريدة، 2008، ص 197)

يعرف "ثوتس" (Thoits) (1986) المساعدة الاجتماعية بأنها "المشاركة الفعالة من الآخرين في جهود إدارة الضغوط لدى الفرد، حيث يساعد الآخرون الفرد على تغيير الموقف بشكل مباشر أو تغيير إدراكه للموقف أو خفض الاستجابة الانفعالية الناجمة عن الموقف".

كما أن المساندة الاجتماعية هي " مجموعة الأشخاص المهمين في حياة الفرد، والذين يقومون بمساعدته وتزويده بالإمكانات المادية والمعلومات والنصيحة التي تساعد على التعامل مع المواقف الضاغطة التي يتعرض لها".

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص136)

كما أشار "روتر" (Rutter)(1990) إلى أن العلاقة التي يسودها الحب والدفء، بالإضافة إلى أنها تمثل مصدرا للوقاية من الآثار السلبية الناتجة عن تعرض الفرد للأحداث الضاغطة، فإنها ترفع من تقدير الفرد لذاته وفاعليته، وهما عاملان واقيان يساعدان الفرد على مواجهة الأحداث الضاغطة، ويخففان من الآثار المترتبة على التعرض لها، أما إدراك الفرد لعدم وجود مساندة اجتماعية، فإنه يشعره بعدم القيمة وعدم القدرة على المواجهة، وتكون هنا بداية ظهور الأعراض الاكتئابية.

(حسين علي فايد، 2005، ص220)

ويشير "ليبور" (Liboor)(1994) إلى أن المساندة الاجتماعية هي الإمكانيات الفعلية أو المدركة للمصادر المتاحة في البيئة الاجتماعية للفرد، والتي يمكن استخدامها للمساعدة وخاصة الاجتماعية في أوقات الضيق، ويتزود الفرد بالمساندة الاجتماعية من خلال شبكة علاقاته الاجتماعية التي تضم كل الأشخاص الذين لهم اتصال اجتماعي منتظم بشكل أو بآخر مع الفرد، وتضم العلاقات الاجتماعية: الأسرة، الأصدقاء، زملاء العمل، وليست كل شبكات العلاقات الاجتماعية مساندة، بل المساندة منها تميل إلى دعم الصحة ورفاهية متلقي المساندة.

(نفس المرجع السابق، ص ص218-219)

يشير "فريدينبرج" (Frydenberg)(1997) و"كوهين" (Cohen) (2004) إلى أن المساندة الاجتماعية تمثل متغيرا هاما للصحة النفسية والجسمية للفرد، وتعد مؤشرا جيدا عن التوافق النفسي، فهي ذات أهمية كبيرة ومصدر هام من مصادر الشعور بالأمن والتمتع بالصحة النفسية، وتسهم إلى حد كبير في التخفيف من الضغوط، ويريان أن انخفاض المساندة

الاجتماعية يعد مؤشرا على انخفاض الصحة النفسية.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006 ، ص136)

كما أظهرت نتائج دراسة "علي" (2000) أهمية دور المساندة الاجتماعية من الأسرة والرفاق في تخفيف الآثار السلبية الناتجة عن أحداث الحياة الضاغطة.

(أحمد عيد مطيع الشخانية، 2010، ص46)

وقد توصلت نتائج الدراسات السابقة إلى أن المساندة الاجتماعية التي يتلقاها الفرد من الآخرين سواء من الأسرة أو خارجها، تعد عاملا هاما في صحته النفسية، ومن ثم يمكن التنبؤ بأنه في ظل غياب المساندة أو انخفاضها يمكن أن تنشط الآثار السلبية للأحداث والمواقف السيئة التي يتعرض لها الفرد، مما يؤدي إلى اختلال الصحة النفسية لديه.

(حسين علي فايد، 2005، ص221)

وقد اتفق كل من "هولاهان" و"موس" (Holahan&Moos,1985) مع "كوبازا" و"بوكيت" (Kobasa&Pucceth,1983) في أن هناك متغيرات نفسية واجتماعية تساعد الفرد على الاحتفاظ بصحته الجسمية والنفسية رغم تعرضه للضغوط، حيث أشارا إلى أن البيئة الأسرية التي تتسم بالدفء والحب والتماسك وحرية التعبير عن الرأي والمشاعر والدعم والتشجيع أثناء التعرض للضغوط تجعل الفرد أكثر صلابة وفاعلية وقدرة على المواجهة وأقل اكتئابا.

(أميرة طه بخش، 2007، ص17)

ويرى بعض الباحثين أن المساندة الاجتماعية لها دور وقائي، حيث تخفف من نتائج الأحداث الضاغطة، حيث يزداد احتمال التعرض لاضطرابات نفسية كلما نقص مقدار المساندة الاجتماعية كما وكيفا، وقد أضحى ذلك التأثير معروفا بنموذج الأثر الملطف للمساندة الاجتماعية أو فرض التخفيف.

(خالد محمود عبد الوهاب، 2006، ص87)

ومهما كان الأساس النظري الذي ينطلق منه اصطلاح المساندة الاجتماعية، يبدو أن هذا المفهوم يشتمل على مكونين رئيسيين:

أولهما: أن يدرك الفرد أنه يوجد عدد كاف من الأشخاص في حياته يمكن أن يرجع إليهم عند الحاجة.

ثانيهما: أن يكون لدى الفرد درجة من الرضا عن هذه المساندة المتاحة له، والاعتقاد في كفاية الدعم. (حسين علي فايد، 2005، ص219)

➤ أنواع المساندة الاجتماعية:

يشير "هوس" (House) (1981) إلى أن المساندة الاجتماعية يمكن أن تأخذ عدة أنواع هي:

√ المساندة الانفعالية: Emotional Support

وتشمل كافة أنواع الرعاية الانفعالية التي يتلقاها الشخص (أو يتوقع أن يلقاها) من الآخرين، والتي تشتمل على: الرعاية، الثقة، القبول، التعاطف.

√ المساندة الأدائية: Tangible Support

والتي تشمل المساندة التي يتلقاها الشخص (أو يتوقع أن يلقاها) من الآخرين من إلحاقه بعمل (يتناسب وإمكاناته) وكذلك مسانده بالمال.

√ المساندة بالمعلومات: Informational Support

تشمل المساندة التي يتلقاها (أو يتوقع أن يتلقاها) من الآخرين من خلال النصائح والمعلومات الجديدة المفيدة، وتعلم مهارة، وحل المشكلة، وإعطاء المعلومات، يمكن أن تساعد في عبور موقف أو أزمة ضاغطة.

✓ مساندة الأصدقاء: Companionship Support

التي تشمل المساندة التي يتلقاها (أو يتوقع أن يتلقاها) من خلال ما يقدمه الأصدقاء بعضهم لبعض حين يمر أحدهم بموقف ضاغط أو شدة، ويضيف بعض الباحثين إلى ما سبق المساندة النفسية أو المساندة بالتقدير، أي إدراك الفرد أنه موضع لرعاية وتقدير من قبل الآخرين، وذلك لأن المساندة الاجتماعية تتعدد أنواعها. (محمد حسن غانم، 2002، ص ص39-40)

كما يصنف "داك" (Duck) أنواع المساندة في محورين أساسيين:

الأول: المساندة المادية (Physical): ويقصد بها المساعدة على أعباء الحياة اليومية.

الثاني: المساندة النفسية (Psychical): تشمل التصديق على الآراء الشخصية وتأكيد صحتها ودعم الثقة بالنفس.

ويشير "داك" إلى أهمية نوعي المساندة الاجتماعية وحاجة الأشخاص إليها، وإن كانت الحاجة إلى كل منهما تتفاوت من ظرف إلى آخر، ومن علاقة معينة إلى أخرى.

(محمد حسن غانم، 2009، ص216)

ويشير "كوهين" و"ويلز" (Cohen & Wills) (1985) إلى أن المساندة الاجتماعية تأخذ أشكالاً وأنواعاً مختلفة هي:

✓ **المساندة الانفعالية:** تتضمن الإعجاب، الثقة، تقديم الحب، التعاطف، الاهتمام، الإصغاء للآخرين.

✓ **المساندة المعلوماتية:** وذلك من خلال تزويد الفرد بالمعلومات، تقديم النصيحة، والاقتراحات التي تساعد في أوقات الأزمات.

✓ **المساندة الإجرائية أو الوسيئية:** تتضمن تقديم العون المالي، الإمكانيات المادية، والخدمات اللازمة.

✓ **المساندة الوظيفية:** تشير إلى المصادر الجسمية والنفسية التي تكون متاحة للفرد من خلال العلاقات الاجتماعية.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص 137)

يرى "نوريس" و"كانتز" (Norris&Kaniatz) (1996) أن هناك مجالين أساسيين من المساندة الاجتماعية هما:

■ تلقي المساندة: Received Support

يشير إلى سلوكيات المساعدة التي تحدث بشكل طبيعي مثل: تقديم النصيحة أو الطمأنينة، والتي تقدم (أو يتوقع أن تقدم له) من قبل أعضاء الشبكة الاجتماعية التي ينتمي إليها.

■ المساندة المدركة: Perceived Support

وتشير إلى اعتقاد أن كافة أنواع السلوكيات المساندة سوف تقدم له عند الحاجة، وربما قبل أن يطلب من الآخرين ذلك. (محمد حسن غانم، 2009، ص 216-217)

11.3. فعالية المواجهة على الصحة الجسدية:

حسب "لازاروس" و"فولكمان" (1984) فإن المواجهة تؤثر على الصحة الجسدية على نحو ثلاثة أشكال:

➤ المواجهة يمكنها أن تؤثر على تواتر، شدة ومدة الاستجابات الفيزيولوجية (نبضات القلب، الضغط الشرياني، التوتر العضلي) والعصبية الكيميائية المرتبطان بحالة ضغط، وهذا في المواقف الآتية:

● عدم استطاعة الفرد إتقان أو تحسين الظروف المحيطة الضاغطة بسبب عدم وجود استراتيجيات مواجهة مركزة على المشكل أو عدم تلاؤمها.

● أمام حدث غير متحكم فيه، الفرد لا يستطيع تعديل التوتر الانفعالي.

● للفرد أسلوب مواجهة أو أسلوب حياة هو في حد ذاته ينطوي على مخاطر (الفرد ذو النمط "أ"). (Isabelle Paulhan, 1992, p555)

➤ يمكن أن تؤثر مباشرة وسلبيا على الصحة كتنزايذ مخاطر الوفاة والمرض، الاستعمال المفرط للمواد الضارة: الدخان، التبغ، الكحول... الخ، أو عندما تدفع بالفرد إلى أعمال ذات مخاطر كبيرة (السرعة في السياقة)، حيث يرى "شيفمان" (Sheffman) و"ويلس" (Wills) (1985) أن المخدرات كسلوك مستقل تعتبر مواجهة سلبية.

➤ أشكال المواجهة المرتكزة على الانفعال يمكنها أن تهدد الصحة الجسدية للفرد، وهذا لأنها قد تعيق سلوك متوافق، كحالة الإنكار أو التجنب اللذان بإمكانهما أن يدفعوا بالفرد إلى عدم إدراك أعراض المرض أو إلى التأخر في طلب الاستشارة.

(بو عافية نبيلة، 2007، ص ص194-195)

12.3. طرق قياس استراتيجيات المواجهة:

1.12.3 مقياس "ميللر" للأسلوب السلوكي: Miller Behavioral Style Scale

من إعداد "ميللر" (Miller) (1987) (Miller Behavioral Style Scale) ويرمز له ب(MBSS) يتكون هذا المقياس من أربعة (4) مواقف افتراضية ضاغطة تشير إلى التهديد الجسدي والنفسي للفرد، وهذه المواقف لا يستطيع الفرد التحكم فيها والسيطرة عليها، ويوجد أسفل كل موقف من هذه المواقف الضاغطة ثمانية (8) استجابات مواجهة، بعضها يتعلق بالسعي نحو الحصول على المعلومات، وبعضها الآخر يرتبط بتجنب الحصول على المعلومات. (طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص111)

2.12.3 قائمة مصادر المواجهة للضغوط: Coping Resources Inventory for Stress

إعداد "ماثني" وآخرون (Matheny et al) (1987) تستخدم في قياس مصادر المواجهة التي تكون متاحة لدى الفرد في مواجهة الضغوط، وتتضمن هذه القائمة الأبعاد الآتية:

- البوح عن الذات.
- الصحة الجسمية.
- توجيه الذات.
- اللياقة الجسمية.
- الثقة.
- مراقبة الضغط.
- التقبل.
- ضبط التوتر.
- المساندة الاجتماعية.
- البنية.
- الحرية الاقتصادية أو المالية.
- حل المشكلة.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص ص 118-119)

3.12.3. استبيان أساليب المواجهة: Ways of Coping Questionnaire

من إعداد "لازاروس" و"فولكمان" (Lazarus & Folkman) (1988) والذي يرمز له بـ (WCQ) (Ways of Coping Questionnaire) يتكون هذا الاستبيان من (66 مفردة) يجيب المفحوص على هذه المفردات من خلال مقياس متدرج من 4 نقاط (لا تستخدم، تستخدم نوعاً ما، تستخدم بشكل معتدل، تستخدم بشكل كبير)، وتأخذ هذه الاستجابات (صفر، 1، 2، 3) ويقاس هذا الاستبيان استراتيجيات المواجهة المعرفية والسلوكية التي يستخدمها الأفراد للتعامل مع المواقف الضاغطة، ومن خلال التحليل العاملي لمفردات الاستبيان تم التوصل إلى وجود ثمانية (8) أنواع من أساليب المواجهة هي:

- **التحدي:** يشير إلى الجهود العدوانية التي تستخدم لتعديل الموقف، فهي تصف درجة الفرد من العدائية وسلوك المخاطرة اتجاه الموقف.
- **الابتعاد:** تشير إلى التحرر والابتعاد، وتستهدف هذه الإستراتيجية التقليل من أهمية الموقف.
- **ضبط الذات:** تشير إلى الجهود التي يبذلها الفرد لتنظيم مشاعره وسلوكياته.

- السعي نحو المساندة الاجتماعية: تشير إلى الجهود التي يستخدمها الفرد من أجل الحصول على المساندة الاجتماعية والانفعالية والمساندة المعلوماتية من الأصدقاء والأقارب في أوقات الضغوط.

- تقبل المسؤولية: تشير إلى التعرف على دور الشخص في حل المشكلة.

- الهروب أو التجنب: تشير إلى الجهود السلوكية أو المعرفية التي يقوم بها الفرد لتجنب مواجهة المشكلة أو الموقف الضاغط.

- حل المشكلة: تشير إلى الجهود التي يقوم بها الفرد لحل المشكلة.

- إعادة التقييم الإيجابي: تتضمن البعد الديني، كما تتضمن إعطاء معنى إيجابي للموقف عن طريق التركيز على النمو الشخصي للفرد.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص112)

فالمحورين الأوليين يخصص: المواجهة المتمركزة حول المشكل، والست (6) المحاور الأخرى تتضمن: استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال.

(Isabelle Paulhan, 1992, p552)

فالمحورين الخاصين باستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل تتمثل في:

- حل المشكل. - ميل هجومي أو الإقبال على المجابهة.

أما عن المحاور التي تتضمن استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال، فهي (6) محاور وتتضمن:

- أخذ مسافة أو التقليل من التهديد. - إعادة التقييم الإيجابي.

- البحث عن الدعم الاجتماعي. - الهروب/ التجنب.

- الاتهام الذاتي. - السيطرة على الذات.

(L. Fernandez, A. Bonnet, A. Guinard, et al, sans date, p11)

وقد أشار "محروس الشناوي" (M.Chenawi) (1996) إلى أنه ترجم المقياس بالاشتراك مع زميل له باسم "التعامل مع المواقف" إلا أنه لم يقدم عنه أية معلومات، ولم يشر إلى استخدامه في دراسات أو بحوث، وترجم كذلك من طرف "موسى زمام" (M.Zemame) وأصبح عدد بنوده (42 بندا) استخدمه في دراسته، ثم ترجم مرة أخرى ليتناسب مع البيئة الثقافية المصرية فأصبح عدد بنوده (49 بند) يجاب عنها وفق مقياس التقدير (صفر، 1، 2، 3). (جمعة سيد يوسف، 2000، ص74)

غير أن بعض الباحثين لم يتبنوا تصنيف "لازاروس" و"فولكمان" (Lazarus & Folkman) ، حيث اعتمد كل من "سولس" و"فلتشر" (Suls & Fletcher) (1985) على تصنيف المواجهة إلى: المواجهة التجنبية (Coping évitant)، والمواجهة اليقظة (Coping vigilant). (Isabelle Paulhan, 1992, p553)

4.12.3. سلم "فيتاليانو" (Vitaliano et al) (1985): The ways of coping check-list

وهي النسخة المختصرة لسلم "لازاروس" و"فولكمان" (Lazarus & Folkman) وتتكون من (42 بندا) تسمى بـ The ways of coping check-list وضعت من طرف (Vitaliano) وأعوانه هم (Can et Maniro, Becker-Russo) (1985)، والذي يبين وجود (5 سلالم) هي: حل المشكل، التائب الذاتي، إعادة التقييم الإيجابي، البحث عن الدعم الاجتماعي، التجنب. (طايبي نعيمة، 2007، ص40)

وقد استخدم (WCC) بشكل واسع، وتم المصادقة عليه في فرنسا، كما أنه سلم يستعمل لتقييم استراتيجيات التكيف مع الضغط، أي لمجموع العمليات الخاصة بالفرد مع الحدث وذلك

للسيطرة، التسهيل، التقليل من أثر الضغط على راحته الجسدية أو النفسية.

(L. Fernandez, A. Bonnet, A. Guinard, et al, sans date, p11)

وقد وجد هذا السلم في عدة تراجم بالفرنسية، حيث يحتوي على (42 بنداً) ل "فيتاليانو" (Vitaliano, 1985)، (29 بنداً) ل " بولهان" (Paulhan, 1994)، (27 بنداً) ل "كوسو" (Cousson, 1996) والذي تندرج تحته :

- المواجهة المتمركزة حول المشكل: البنود هي: 1-4-7-10-13-16-19-22-25-27.

- المواجهة المتمركزة حول الانفعال: البنود هي: 2-5-8-11-14-17-20-23-26.

- البحث عن السند الاجتماعي: البنود هي: 3-6-9-12-15-18-21-24.

ويصح وفقاً لسلم "ليكارت" (Likert) (من 1 إلى 4 درجات).

(L. Fernandez, A. Bonnet, A. Guinard, et al, sans date, p12)

5.12.3. مقياس أساليب مواجهة الضغوط: Coping Responses Inventory

أعدّه "رودلف موس" (Moos) (1988)، ترجمة للعربية و تقنيته للبيئة المصرية "رجب شعبان شافعي" و"رجب علي شعبان" (1990)، وأعاد "رجب علي شعبان" تقنيته عام (2000)، ويتكون المقياس من (48 عبارة) موزعة على 8 مقاييس فرعية، تقيس نوعين من أساليب المواجهة هي: (رجب علي شعبان، 1995، ص116)

- أساليب المواجهة الإقدامية: وتشمل 4 مقاييس فرعية هي: التحليل المنطقي- إعادة التقييم الإيجابي- البحث عن المساعدة والمعلومات- استخدام أسلوب حل المشكلة.

- أساليب المواجهة الإحجامية: وتشمل 4 مقاييس فرعية هي: الإحجام المعرفي- التقبل والاستسلام- البحث عن الإثابة البديلة- التنفيس الانفعالي.

و يصحح المقياس بإعطاء درجات أربعة (0،1،2،3)، وتتراوح الدرجة على المقياس الفرعي من صفر إلى 18 درجة، يتمتع المقياس بصدق وثبات مرتفعين.

(نشوة كرم عمار، 2007، ص ص 58-59)

6.12.3. قائمة المواجهة المتعددة الأبعاد: Multi Dimensional Coping

إعداد "كارفر" و"سيشير" (Carver&Scheier) (Multi Dimensional Coping) (1989) تتناول هذه القائمة قياس أساليب المواجهة المختلفة التي يستخدمها الأفراد في الاستجابة للمواقف الضاغطة، تتكون من (53 مفردة) موزعة على 13 بعدا أو إستراتيجية فرعية من استراتيجيات المواجهة:

- خمسة (5) أبعاد تقيس جوانب مختلفة من استراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكلة.
- خمسة (5) أبعاد تقيس جوانب مختلفة من استراتيجيات المواجهة التي تركز على الانفعال.
- ثلاثة (3) أبعاد استجابات المواجهة أقل فائدة وسلبية وهي:

*التباعد السلوكي.

*التباعد العقلي.

*تعاطي المخدرات والكحول.

والأبعاد التي تتضمنها هذه القائمة هي:

- المواجهة الفعالة. - التخطيط.
- القمع للأنشطة التنافسية. - السعي نحو المساندة الاجتماعية.
- إعادة التفسير الإيجابي. - التقبل.
- التحول إلى الدين. - التركيز على الانفعالات.

- الإنكار. - التبعاد السلوكي.

- التبعاد العقلي. - تعاطي المخدرات والكحول

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص ص 112-115)

7.12.3. مقياس مؤشر إستراتيجية المواجهة: Coping Strategy Indicator

إعداد "أمركهان" (Amirkhan) (1990) (Coping Strategy Indicator) ويرمز له ب(CSI) وهو مقياس تقرير ذاتي، يتضمن ثلاثة (3) أبعاد فرعية في مقياس المواجهة وهي: حل المشكلة، السعي نحو المساندة، التجنب، ويتكون المقياس من (30 مفردة) موزعة بالتساوي على الأبعاد الثلاثة، ويجب المفحوص على هذه المفردات وفق مقياس ثلاثي النقاط.

8.12.3. قائمة المواجهة في المواقف الضاغطة: Coping Inventory of Stressful Situation

إعداد "إندلر" و"باركر" (1990) (Coping Inventory of Stressful Situation) ويرمز له ب (CISS) هي مقياس تقرير ذاتي، تتكون من (48 مفردة) وتغطي جوانب مختلفة من أساليب المواجهة، ويجب المفحوص على مفرداتها على مقياس متدرج من 5 نقاط تتراوح من (ليس مطلقا إلى كثيرا جدا) وتتضمن هذه القائمة ثلاث (3) استراتيجيات لمواجهة الضغوط:

- استراتيجيات تركز على المهمة.

- استراتيجيات تركز على الانفعال.

- استراتيجيات تركز على التجنب أو الإحجام.

ويوجد تحت كل نوع من هذه الاستراتيجيات (16 مفردة) وتستخدم هذه القائمة مع طلاب الجامعة والمرضى النفسيين والراشدين. (نفس المرجع السابق، ص ص 110-116)

وقد تم تكييف هذه القائمة وتصحيحها بالفرنسية، كما أن قائمة المواجهة في المواقف الضاغطة (Inventaire de coping pour situations stressantes) تشير إلى ثلاث (3) مجموعات للمواجهة تتمثل في:

√ المواجهة المتمركزة حول حل المشكل.

√ المواجهة المتمركزة حول الانفعال.

√ المواجهة المتمركزة حول التجنب (الإحجام).

كما أن هذه القائمة مكونة من 48 بنداً (16 بعداً) كل بند منها يخضع لسلم "ليكارت" (Likert) المكون من 5 نقاط (1 إلى 5).

(Christian Préfaut, Grégory Ninot, 2009, p170)

9.12.3. استبيان المواجهة الدينية: Religious Coping

قام بإعداد هذا الاستبيان "بيرجمنت" وآخرون (Pargament et al) (1990) ويتألف هذا الاستبيان من (32 مفردة)، يجيب عليها المفحوص من خلال مقياس متدرج مكون من 4 نقاط (ليس مطلقاً، إلى حد ما، بدرجة متوسطة، بدرجة كبيرة) وتأخذ الدرجات (صفر، 1، 2، 3) ومن أمثلة هذه المفردات:

- أثق في أن الله لا يتركني وحيداً.

- أتعلم الموقف أو المشكلة فكل شيء بإرادة الله.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص117)

10.12.3. قائمة مصادر المواجهة: Coping Resources

قام بإعداد هذه القائمة "همرالن" و"مارتنج" (Hammer&Marting) (1993) تتكون من (60 مفردة) تستهدف التعرف على مصادر المواجهة المتاحة للفرد، والتي يستخدمها في إدارة الضغوط، ويجب المفحوص على هذه المفردات على مقياس متدرج من 4 نقاط (مطلقا، أحيانا، غالبا، دائما)، والذي يقيس 5 أساليب أساسية يستخدمها الفرد في التعامل مع الأحداث الضاغطة، وتناسب هذه القائمة المستوى العمري من مرحلة المراهقة (قدرت ب14 سنة) والمراحل التي تليها، والتي تتضمن 5 مصادر للمواجهة هي:

- مصادر المواجهة المعرفية.

- مصادر المواجهة الاجتماعية.

- مصادر المواجهة الانفعالية.

- مصادر المواجهة الفلسفية/الروحية.

- مصادر المواجهة الجسمية.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص118)

11.12.3. مقياس المواجهة للمراهقين: Adolescent Coping

أعدّه "فريدنبرج" و"لويز" (Frydenberg&Lewis) (1993) ويتكون من (79 عبارة) تعتمد على طريقة "ليكرت" الخماسية، ويقيس 18 أسلوبا للمواجهة هي:

- الدعم الاجتماعي - التركيز على حل المشكلة - العمل بجد وإنجاز.

- القلق - اللجوء للأصدقاء - البحث عن الانتماء.

- التفكير الرجائي - عدم المواجهة - خفض التوتر.

- العمل الاجتماعي - تجاهل المشكلة - تأنيب النفس
- الانغلاق على النفس - البحث عن الدعم الروحي - التركيز على الإيجابيات.
- البحث عن الاسترخاء - تحديد النشاط البدني - البحث عن مساعدة المختصين.
- وهو يتمتع بصدق وثبات مرتفع، ترجم إلى العربية من طرف " نجاة زكي موسى" و"مديحة عثمان" عام (1998). (نشوة كرم عمار، 2007، ص58)

12.12.3. استبانة التعامل مع الضغط النفسي:

من إعداد "الشايب" (1994) تتكون هذه الاستبانة من (88 فقرة) ويجاب على فقرات الاستبانة استنادا إلى سلم رباعي، تقيس (15 أسلوبا) من استراتيجيات التكيف هي:

- أسلوب إعادة البناء المعرفي.
- أسلوب الترفيه.
- أسلوب حل المشكلات.
- أسلوب العدوان ولوم الذات.
- أسلوب وسائل الدفاع.
- أسلوب الانشغال الذاتي.
- أسلوب البناء (تنظيم الوقت والنشاط).
- أسلوب الانعزال والانسحاب.
- أسلوب الدعم الاجتماعي.
- أسلوب مراقبة الضغوط.
- أسلوب الاسترخاء.
- أسلوب التوجيه الذاتي.
- أسلوب التمارين الرياضية واللياقة البدنية.
- أسلوب التقبل والثقة.
- أسلوب الكشف الذاتي.
- (أحمد عيد مطيع الشخانة، 2010، ص94)

13.12.3. مقياس عمليات تحمل الضغوط (التعامل مع الضغوط): Coping Processes Scale

إعداد "لطفى عبد الباسط إبراهيم" (1994) يتكون المقياس من (42 عبارة) تعكس في مجملها الأساليب المختلفة التي قد يتبعها الأفراد في مواجهتهم لما يعترضهم من مشكلات حياتية، يتم الإجابة عليها من خلال اختيار لبديل من إحدى البدائل الأربعة المقدم للمبحوث (دائماً، أحياناً، نادراً، أبداً) ويتم تقييم الدرجات كما يلي: دائماً=4، أحياناً=3، نادراً=2، أبداً=1، ويتم بعد ذلك جمع درجات كل عملية من عمليات مواجهة الضغوط الإحدى عشر (11) التي يقيسها المقياس:

- السلبية ولوم الذات، الانسحاب المعرفي، التحول إلى الدين، القبول، الإنكار (الأساليب السلبية).

- البحث عن المعلومات، إعادة التفسير، التفكير الإيجابي، التنفيس الانفعالي، التريث الموجه، والمواجهة النشطة (الأساليب الإيجابية).

(خالد محمود عبد الوهاب، 2006، ص ص 109-110)

14.12.3. مقياس الأبعاد الوظيفية للمواجهة: Functional Dimensions of Coping Scale

إعداد "كوكس" و"فيرجسون" (Cox&Ferguson) (1997) والذي يرمز له ب: (FDC) (Functional Dimensions of Coping Scale) ويشير إلى الاستجابات السلوكية والوظيفية التي يستخدمها الأفراد في مواجهة الضغوط، ويقاس هذا المقياس أربع (4) وظائف للمواجهة هي: الأقدام، الإحجام، التنظيم الانفعالي، إعادة التقييم.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص 117)

15.12.3. الصورة المختصرة لمقياس التكيف:

قام "كارفر" (Carver) (1997) بتطوير صورة مختصرة لمقياس التكيف، وهو يتكون من (28 فقرة) يقابلها 4 بدائل، والتي تقيس 14 أسلوبا تكيفيا هي:

- أسلوب تشتيت الانتباه الذاتي (Self-distraction) تمثلها الفقرة (1،19).

- أسلوب التدبير النشط (Active Coping) تمثلها الفقرة (2،7).

- اللجوء إلى الإنكار (Denial) تمثلها الفقرة (3،8).

- اللجوء إلى الكحول (Alcohol Use) تمثلها الفقرة (4،11).

- اللجوء إلى الدعم الانفعالي (Use of Emotional Support) تمثلها الفقرة (5،15).

- اللجوء إلى الدعم الأدائي (Use of Instrumental Support) تمثلها الفقرة (10،23).

- فك الاشتباك أو عزل الذات (Behavioral Disengagement) تمثلها الفقرة (6،16).

- التنفيس (Venting) تمثلها الفقرة (9،21).

- إعادة التشكيل الإيجابي (Positive Reframing) تمثلها الفقرة (17،12).

- التخطيط (Planning) تمثلها الفقرة (14،25).

- الفكاهة (Humor) تمثلها الفقرة (18،28).

- التقبل (Acceptance) تمثلها الفقرة (20،24).

- الدين (Religion) تمثلها الفقرة (22،27).

- لوم الذات (Self Blame) تمثلها الفقرة (13،26).

(أحمد عيد مطيع الشخانية، 2010، ص ص 96-98)

الخاتمة:

يعيش الفرد على الدوام في مجابهة الوضعيات والأحداث التي تسبب له مختلف الانفعالات المكدره أو المزعجة (الغضب، القلق، الحزن...الخ)، هذه الوضعيات يمكن إدراجها ضمن أحداث الحياة اليومية (الصراعات العائلية، أعباء العمل، مشاكل مالية...الخ) أو في وضعيات جادة ودقيقة (الإصابة بمرض خطير كالسرطان، وفاة شخص قريب، حادث...الخ)، حيث أن مختلف هذه الخبرات تدرك من الفرد كتهديد لتكامله الجسدي والنفسي، لذا تعددت وجهات نظر العلماء حول استراتيجيات المواجهة للضغوط، فالبعض يرى أن عوامل الشخصية تعد بمثابة مؤشر جيد لاستراتيجيات المواجهة، في حين يرى آخرون أن العوامل الموقفية هي التي تقوم بدور حاسم في التنبؤ باستخدام استراتيجيات المواجهة التي يوظفها الفرد في مواجهة المواقف الضاغطة.

الفصل الرابع : السرطان

* - تمهيد.

1.4. الجانب البيولوجي:

1.1.4. أصل وتاريخ داء السرطان.

2.1.4. نشأة السرطان.

3.1.4. مدى انتشار مرض السرطان.

4.1.4. ماهية السرطان.

5.1.4. تصنيف السرطان.

1.5.1.4. الورم Tumeur.

2.5.1.4. التنشؤ Néoplasme.

6.1.4. أعراض السرطان.

7.1.4. مسببات السرطان.

8.1.4. أنواع السرطان.

9.1.4. أماكن انتشار (Métastasie) الأورام لدى مرضى السرطان.

10.1.4. علاج السرطان.

11.1.4. مكافحة داء السرطان.

2.4. الجانب النفسي:

1.2.4. الاضطرابات النفسية.

2.2.4. ميكانيزمات الدفاع.

3.2.4. استراتيجيات المواجهة.

*- الخاتمة.

تمهيد:

يعتقد في أغلب الأحيان أن السرطان هو عبارة عن مرض واحد، إلا أنه في الحقيقة تعبير يستعمل لوصف ما يزيد عن 200 مرض مختلف، حيث أن السرطان هو اسم يطلق على مجموعة من الأمراض التي تطال نسيج الجسم، والتي تتصف بسرعة تكاثر الخلايا على نحو غير منتظم تظهر على شكل "ورم" (Tumeur) يغزو نسيج العضو المصاب، وإذا لم يوضع حد لتكاثر هذه الخلايا فإنها قد تغزو النسيج المجاور لها وتتلفه.

1.4. الجانب البيولوجي:

1.1.4. أصل وتاريخ داء السرطان:

بلاء قديم أصاب الإنسانية منذ عام (1500 ق. م)، ولم يحصل تقدم ملحوظ باتجاه كشف أسرار هذا المرض إلا في الربع الأخير من القرن (20). (خلف حسين الدليمي، 2009، ص597) وقد قام "أبقراط" (Hippocrate) بعرض كلمة السرطان على أساس أنها كلمة يونانية (Carcinos) ولاتينية (Cancer) وكلاهما تشير إلى داء السرطان، حيث يرى الأطباء أن كلمة (Carsinome) تشير للنوع الأكثر تواترا، والذي يمس الخلايا الغدية والمغطاة: كسرطان الثدي، القولون، الرئة، البروستات، الجلد، وبالمقابل نجد كلمة (Sarcomes) أي النوع الذي يمس: العضلات، العظام، الخلايا الدموية. (Phillippe Jeanteur, 2004, p16) كما أن الاسم اللاتيني لهذا الداء هو (Kacrkinoscral) والذي اشتق منه الاسم الانجليزي (Carcinomas) والذي هو عبارة عن مجموعة واحدة من أمراض عدة مزمنة (Chronique) تؤدي للموت، كما أنه عبارة عن نمو غير طبيعي في النسيج الجسمي (Tissue) يتجاوز النمو الطبيعي له، ولا يتساوى معه في الأهمية، أي عبارة عن نمو ذاتي غير محدد وغير طبيعي للخلايا في أحد أنسجة الجسم وأعضائه، يؤدي لمجموعة من الأمراض الخبيثة التي تظهر في أي مكان بالجسم، نموها غير عادي، ولا يمكن تحكم به، وتهاجم الأنسجة الأخرى. (جابر محمد جبر، 2004، ص20)

واشتق اللفظ الانجليزي للسرطان من الكلمة اليونانية "كارسينوما" (Carcinomas) أي "السلطعون البحري" (حيوان ينسم بضخامة في وسط جسمه وامتداد مخالبه) وهو أول شكل ملاحظ لذلك المرض. (هناك أحمد شويخ، 2007، ص31)

وقد بدأ استعمال كلمة سرطان في تسمية الأورام الخبيثة منذ القدم، وذلك عندما لاحظ الأطباء القدامى تشابه هذه الأورام مع حيوان السرطان، لذا فهو كائن من فصيلة القشريات عشاري الأقدام، يعيش على الشواطئ البحرية، يرجع هذا التشابه إلى كون الورم يتألف من جسم مركزي دائري الشكل تنطلق منه تشعبات تشبه أقدام السرطان، كما أنه يلتصق بالأنسجة

المحيطة به كما لو كانت له كماشات. (توفيق السويسي، 2010، ص11)

ولم يستطع الأطباء وضع تعريف محدد لمرض الأورام السرطانية حتى العشرينيات من القرن(20)، ولكن مع تقدم العلم أمكن لبعض الباحثين وضع تعريفات لهذا المرض مرتبطة بالأبحاث الخاصة بهم، فقدم "أيونج"(Ewing) تعريفا بسيطا لمصطلح السرطان بأنه "نماء ذاتي نسبي للنسيج"(Neoplasm)، ويقتصر الأطباء على استخدام مصطلح النماء على الأورام السرطانية الخبيثة، وأضاف "جبرائيل"(Jebraïl)(1983) أن مرض الأورام السرطانية اسم يطلق على كل الأورام التي لها ميل إلى الاستمرار أو إلى النمو، والتي تهلك الأنسجة السليمة، ولها صفة المعاوذة بعد فترة قد تطول قليلا أو كثيرا.

(هناء أحمد شويخ، 2007، ص31)

2.1.4. نشأة السرطان:

ظلت بيولوجيا السرطان لوقت طويل مقتصرة على علم التشريح وعلى فحص الخلايا عبر المجهر، وقد شهدت السنوات الأخيرة تحولا نوعيا في الأبحاث المتعلقة بتكون السرطان، وشيئا فشيئا بدأ العلماء باكتشاف الطفرات الجينية المسببة لنشوء هذا الداء، وهي العيوب التي تطرأ على مستوى المخزون الوراثي للخلية متسببة في تعطل آليات التحكم في انقسام الخلية، وفي سنة (1988) تمكن الباحثان "فوكلشتاين" و"كينزلر" (Voklehtain&kinzler) من تحديد أهم الطفرات الجينية التي تؤدي إلى نشوء سرطان الأمعاء الغليظة، وفي سنة (1999) نشر فريق البحث "فاينبرغ" في مجلة "نايتشر" دراسة تشكل علامة بارزة في تاريخ علم السرطان، حيث أظهر أنه يمكن تحويل خلية بشرية عادية إلى خلية سرطانية في المختبر بمجرد إدخال بضعة تحويرات متتالية على جيناتها، حيث يقدر عدد الجينات التي تصنف كمسببة أو مسهلة لنشوء السرطان بأكثر من 200 جينا، وهي تتفاعل فيما بينها في صورة متشابكة وبالغة التعقيد، كما أن طريقة تفاعلها تتباين من ورم إلى آخر ومن مريض إلى آخر.

(توفيق السويسي، 2010، ص23)

وتكمن مهمة جهاز المناعة في التعرف على أي كائن غريب عن الجسم، سواء كان بكتيريا أو فيروسيا أو فطريا، وفي المقابل فإن الخلايا السرطانية هي في الأصل خلايا عادية مثلها مثل

بقية خلايا الجسم، لذلك فإن جهاز المناعة لا يتعرف عليها على الأقل في المراحل الأولى لتكون السرطان، كما أن لدى بعض الأنواع من السرطانات القدرة على صناعة بروتينات خاصة تسمى "الأجسام الورمية" حيث يتعرف عليها جهاز المناعة ويهاجمها، لكنها قلما تنجح لأن أغلب أنواع السرطان تفرز مواد مثبطة للمناعة. (توفيق السويسي، 2010، ص29)

إن السرطان عبارة عن مجموعة من الأمراض التي تزيد عن المائة مرض، يجمع بينها عدد من العوامل المشتركة، وينجم السرطان عن خلل في المادة الوراثية الجينية (DNA) التي تمثل في خلايا الإنسان الجزء المسئول عن السيطرة على نمو الخلايا وتكاثرها، فخلايا الجسم تتكاثر بشكل منتظم وبطيء، لكن في حالة السرطان يحدث خلل في المادة الوراثية الجينية (DNA)، مما يؤدي إلى تسارع زائد في نموها وانتشارها. (شيلي تايلور، 2008، ص811)

وبعبارة أخرى تنشأ الخلايا السرطانية عند حدوث خلل أو عطب بالحمض النووي الريبوزي (DNA) للخلايا الطبيعية (DNA) هو مادة كيميائية تحمل التعليمات الموجهة لنظام ودورة حياة الخلايا، حيث يقوم بالتحكم في كل نشاطاتها بما في ذلك تكوين البروتينات والأنزيمات اللازمة للعمليات الحيوية كالأيض، التكاثر، النمو، كما يحتوي على جميع الشفرات الوراثية وأجزاء منه تحمل المورثات أو الجينات)، ويحدث السرطان نتيجة اختلال أو عطب أو تغير جذري ببنية الحمض النووي، مما يفقده القدرة على التحكم في نمو الخلية وتكاثرها أو يبطل عمل الجينات الكابحة للتورم. (وليدة مرزوقة، 2008، ص83)

لذا ينشأ السرطان عن خلايا شاذة تنمو وتتكاثر دون تحكم تسمى بـ "الورم" (Tumeur)، حيث يضغط على الأنسجة المجاورة، ويمكنه أن يغزو ويدمر الخلايا الطبيعية ماعدا خلايا سرطان ابيضاض الدم (حيث لا تكون كتلا ورمية وتنشأ في الأعضاء المنتجة للدم كالنخاع العظمي والجهاز الليمفاوي). (نفس المرجع السابق، ص82)

وتزداد خطورة السرطان عندما يغزوا الخلايا والأنسجة الأخرى المجاورة له، فغالبا ما يقضي عليها ويدمرها، لأنه يعرقل إمداد الدم إليها، مما قد يؤدي إلى النزيف والتقرح، ولعل أسوأ مظاهر السرطان هي تلك المجموعات الصغيرة من الخلايا السريعة التي تنفصل عن التورم الأصلي وتنتقل إما بواسطة الدم أو بواسطة السائل اللمفاوي (هو سائل قلوي شفاف عديم اللون

تقريبا يتألف من بلازما الدم وكريات الدم البيضاء) إلى أجزاء أخرى من الجسم، حيث تتجمع في النهاية وتتكاثر وتتحد لتكون ورما ثانيا رئيسيا كالورم الأصلي في مكان آخر من الجسم وتسمى بـ "العملية الانبثاقية" « **Métastasis** » وبما أن أي خلية في الجسم تقريبا معرضة للإصابة بالسرطان فإن أي عضو من أعضاء الجسم معرض للإصابة به.

(خلف حسين الدليمي، 2009، ص599)

أما عن كيفية انتشاره في الجسم، ففي المرحلة الأولى يكون السرطان منحصرا في العضو الذي نشأ فيه، حيث تستمد الخلايا السرطانية ما تحتاجه من أوكسجين ومواد مغذية من الأنسجة المجاورة لها، ومع تطور الورم تزداد الخلايا السرطانية شراسة، ويكتسب بعضها القدرة على الانفصال تماما عن الورم الأصلي، والانتقال عبر الدورة الدموية إلى أجزاء أخرى من الجسم، حيث تستقر هذه الخلايا وتبدأ في التكاثر من جديد لتكون ورما ثانيا مشابها للورم الرئيسي وتسمى الأورام الثانوية بـ "الترعات" "الانبثاقات" (**Métastase**) ويمثل نشوؤها مرحلة حاسمة في تطور السرطان، حيث يشير إلى الانتقال من المراحل الأولى التي يكون فيها الورم قابلا للاستئصال الجراحي أو العلاج بالأشعة إلى مرحلة متقدمة تتناقص فيها حظوظ التعافي من المرض.

(توفيق السويسي، 2010، ص28)

ومنه يمكن للخلايا الورمية أن تخرج عن محيطها، وتنتقل إلى أعضاء أخرى بالجسم لتواصل نموها الشاذ والغير طبيعي، ويسمى هذا الانتقال بـ "الانتشار" (الانبثاق) (**Métastasis**).

(وليدة مرازقة، 2008، ص83)

3.1.4. مدى انتشار مرض السرطان:

يأتي السرطان بعد أمراض القلب ليشكل السبب الثاني الرئيسي للوفيات في الولايات المتحدة الأمريكية وفي معظم البلدان النامية، فبين أعوام (1900 و1990) تزايدت نسبة الوفيات بالسرطان بصورة تدريجية وملحوظة، ولكن في السنوات الأخيرة من القرن العشرين تشير الإحصائيات إلى تراجع في معدل الوفيات بنسبة (3%) خاصة في مجال سرطان الرئة الذي يعتبر التدخين من أهم مسبباته، ويعزى هذا التراجع في معدل الوفيات من السرطان إلى تحسن

وسائل العلاج، لكن نسبة انتشار السرطان ما تزال عالية جدا، مما يدعو إلى الاجتهاد في تطوير أساليب التشخيص المبكر والعلاج. (شيلي تايلور، 2008، ص811)

ففي الدول المتقدمة يؤمنون بالكشف الطبي الدوري على صحتهم لتلافي المرض في مراحله الأولى، إذا تأكد وجوده - مرض السرطان- حيث تكون نسبة الشفاء مرتفعة جدا إذا ما كشف عنه في مراحله الأولى. (خلف حسين الدليمي، 2009، ص597)

لذا أصبح السرطان يطرح مشكلة الصحة العامة سواء في الدول المصنعة أو للدول السائرة في طريق النمو، حيث تشير الإحصائيات إلى وجود أكثر من (4.4 مليون حالة) في آسيا، (2.5 مليون) منها في آسيا الشرقية لوحدها، وقد عدد الحالات في أوروبا ب (2.6 مليون حالة) و(1.4 مليون حالة) في أمريكا الشمالية، أما في إفريقيا فتقدر الحالات السرطانية ب (627000 حالة) مع تنبؤات الزيادة ب (50%)، إضافة إلى التنبؤ بظهور (15 مليون حالة) جديدة سنويا لعام (2020). (شراين سهام الكاهنة، 2009، ص48)

كما يشكل السرطان تحديا للإنسان لأنه أكثر الأمراض بطشا به ويميت أعدادا كبيرة، فهو ثالث أسباب الوفاة في حوض البحر الأبيض المتوسط. (جابر محمد جبر، 2004، ص12)

وقد أورد التقرير الذي أصدرته منظمة الصحة العالمية في الآونة الأخيرة بعنوان: " الوقاية من الأمراض المزمنة: استثمار حيوي" إحصاءات تشير إلى أن ما يربو عن (7.5 ملايين نسمة) قضوا نحبهم في(2005)، وأكثر من (70%) من تلك الوفيات تحدث في بلدان منخفضة ومتوسطة الدخل. (كاثي شايرزو وآخرون، 2006، ص03)

وتقول الإحصائيات العالمية أنه بعد أن كان يشفى شخص واحد من أربعة في السابق يشفى الآن واحد من ثلاثة، أي بإنقاذ حياة(150000 نسمة) بدلا من (75000 نسمة) في بلد معتدل السكان والمساحة، وتشير التقديرات إلى أن (80%) على الأقل من جميع حالات السرطان يعود للعامل البيئي دور فيها. (خلف حسين الدليمي، 2009، ص600-601)

وقد بينت إحصائيات الوكالة الدولية للبحث حول السرطان أن سرطان الرئة هو الأكثر انتشارا لدى الرجال، يتبعه سرطان البروستاتة ثم سرطان الأمعاء الغليظة (القولون والمستقيم)، أما عن

النساء فإن سرطان الثدي هو الأكثر شيوعاً، يليه سرطان عنق الرحم، ثم سرطان الأمعاء الغليظة، والجدول الآتي يمثل أهم أنواع السرطان بحسب عدد الحالات التي تم تشخيصها في العالم لسنة (2002):

الجدول (05): يوضح أهم أنواع السرطان في العالم سنة (2002).

عدد الحالات الجديدة سنويا	السرطان:
1349000	الرئة
679000	البروستاتة (الرجال)
1151000	الثدي (النساء)
1012000	الأمعاء الغليظة
930000	المعدة
623000	الكبد
493000	عنق الرحم (النساء)
460000	المرئ
356000	المثانة
300000	لمفوم غير هودجكين
300000	لوكيميا
275000	الفم
232000	المعككة
208000	الكلية
204000	المبيض (النساء)
199000	بطانة الرحم (النساء)
189000	الدماغ والجهاز العصبي
160000	ملثوم الجلد
159000	الحنجرة

141000	الغدة الدرقية
130000	البلعوم
86000	اللقطوم
80000	جوف الأنف
62000	لمفوم هودجكين
49000	الخصية

(توفيق السويسي، 2010، ص11)

4.1.4. ماهية السرطان:

السرطان عبارة عن تورم ناتج عن خلايا خرجت عن أجهزة المراقبة في الجسم وأخذت تنمو بصورة عشوائية، حيث أن النمو في البدء يكون في العضو المصاب، ثم يتخطى التورم الحواجز التي تفصل بين الأعضاء، وخلال هذا التخطي قد تخرج بعض الخلايا السرطانية لتدخل في الشعيرات الدموية أو اللمغمية التي تنقلها إلى مختلف أجزاء الجسم، حيث تبني مستعمرات سرطانية تكمن عشرات السنين.

(مصطفى مفتاح الشقمانى، محمد أحمد الفقى، 2006، ص233)

وطبقا للمراجع الطبية فالسرطان لا يعد مرضا واحدا، بل هو مجموعة من الأمراض تحدث خلال تغير في الخلايا الجسمية، وتسبب نموا غير منتظم، وتتكون معظم الخلايا السرطانية من كتلة أو كومة، وبالتالي يعرف مرض الأورام السرطانية بأنه "ورم ناتج عن تحول أو تغيير يصيب الخلايا البشرية" والورم هو "كتلة من الأنسجة الناتجة عن نمو خبيث وغير طبيعي". (هناء أحمد شويخ، 2007، ص ص31-32)

فكلمة سرطان تدل على وجود ورم خبيث، وهي عامة لا تدل على العضو المصاب، لذلك يتم تسمية الأورام تبعا للخلايا أو الأنسجة التي نشأت فيها:

√ الأورام الناتجة من الخلايا الظاهرية: والتي تغطي الجسم وتبطن الأعضاء المجوفة بداخله **Epithelia** يطلق عليها اسم "كارسينوما" (Carcinoma) و"ميلانوما" (Melanoma) وهي عبارة عن سرطان من خلايا الجلد التي تنتج الميلانين (الصبغ الأسود الموجود في الجلد والشعر) وهذه الخلايا تسمى "ميلانوسايتس" (Melanocytes).

√ أما ما يسمى "السااركوما" (Sarcomas) فتنتج من خلايا العظم والغضاريف مثال:

"أوستيوساركوما" (Osteosarcoma) و"ندروساركوما" (Chondrosarcoma).

(خلف حسين الدليمي، 2009، ص599)

كما يكون تصنيف السرطانات بناء على التشابه بين الخلية السرطانية والخلية السليمة إلى:

√ سرطانة **Carcinoma** :

وهي سرطانات تتبع من الخلايا الظاهرة (Epithelial cells)، حيث تشكل أكبر مجموعة من السرطانات عامة وخاصة كسرطان الثدي، البروستات، الرئة، البنكرياس.

√ ساركومة **Sarcoma** :

سرطانات تتبع من النسيج الضام (Connective Tissue)، أو من خلايا اللحمية المتوسطة (Mesenchymal cells).

√ ميلوما **Myeloma** :

وهو تنشؤ خبيث، ينشأ في خلايا البلازما للنخاع العظمي.

√ ليمفوما **Lymphoma** :

وهو سرطان ينبع من الجهاز اللمفاوي.

√ اللوكيميا **Leukemia** :

وهو سرطان ينبع من الخلايا المكونة للدم (Hemopoietic). (وليدة مرازقة، 2008، ص86)

5.1.4. تصنيف السرطان:

قبل وضع تصنيف للسرطان لابد من التطرق أولاً إلى التسميات التي تطلق عادة على أي نمو غير طبيعي، والتي تنقسم إلى:

1.5.1.4 الورم: Tumeur

هو نمو غير طبيعي لبعض أنسجة الجسم، وهذا النمو لا يخدم وظيفة فسيولوجية كباقي الأنسجة الطبيعية، بل تتكاثر خلاياه على حساب الأنسجة الطبيعية، وتؤدي إلى اختلال وظائف الخلايا والأنسجة الطبيعية المجاورة لها. (سلوى عثمان الصديقي، 1999، ص177)

حيث يتألف الورم من خلايا خرجت عن التوازن الطبيعي للجسم لتتكاثر بصورة منفصلة، يصعب السيطرة عليها لأنها ناتجة عن خلايا غير طبيعية خرجت عن نظام التوازن في جسم المصاب بها، وأصبحت لا تؤدي وظيفتها الأساسية. (خلف حسين الدليمي، 2009، ص597)

2.5.1.4. التشو: Néoplasme

كلمة انجليزية تعتبر أكثر دقة من كلمة ورم، وتعني تكاثر الخلايا ذات الطفرات الجينية، أي نمو أو تضخم غير طبيعي، ظهور كتلة غريبة في الجسم، وكلمة ورم مرادفة لكلمة "تشو" (Neoplasme)، ويقصد بالورم التشو الصلب، وقد توجد تشوآت غير صلبة كالليوكيميا لا تنتج أوراما. (وليدة مرازقة، 2008، ص84)

وتنقسم الأورام إلى نوعين هما:

❖ الورم الحميد: Le tumeur bénigne

تتألف الأورام الحميدة من خلايا تظل معزولة عن مجموعة الخلايا المحيطة بها، تنمو ضمن كبسولة، يكون هذا النوع من التورم غير مؤذي، وباحتلاله لفسحة من الجسم قد يسبب متاعب جانبية عن طريق الضغط على مجموعات الأنسجة المحيطة به، ومن الممكن أن يقوم بإفراز هرمونات. (خلف حسين الدليمي، 2009، ص598)

إضافة إلى نموه البطيء، يكون عادة مغلفا بغلاف واضح من الأنسجة الليفية، وضرره الرئيسي هو التشويه، ويفضل استئصاله للتغلب على التشويه والضغط الميكانيكي، حتى لا يتحول إلى ورم خبيث مع مضي الوقت. (سلوى عثمان الصديقي، 1999، ص178)

وبعبارة أخرى فهو عبارة عن أورام صغيرة الحجم في الغالب، توجد في أعضاء غير جوفاء (صماء) تأخذ شكلا بيضاويا أو كرويا، محددة المعالم، محاطة بنسيج ليفي طبيعي وكأنها محفوظة في كبسولة، تنمو ببطء، تتمركز في مكان ما في العضو ولا تنتشر ولا تدمر الخلايا المجاورة لها، ليس لها أية آثار إذا استؤصلت لذلك مآلها جيد.

(جابر محمد جبر، 2004، ص31)

كما يتصف بأن نموه وتكاثره محدود، غير غازي، لا ينتشر، ويمكن استئصاله دون العودة للنمو ثانية، نادرا ما يهدد الحياة. (وليدة مرزوقة، 2008، ص84)

كما يتميز ببطء نموه، وبأنه محاط من الخارج بغلاف يحدده تحديدا واضحا عن الأنسجة المحيطة به. (هناء أحمد شويخ، 2007، ص32)

❖ الورم الخبيث: Le tumeur maligne

يعتبر من أخطر أنواع السرطان، حيث يتألف من خلايا تنمو بكثرة وعلى نطاق واسع، يغزو مجموعات الأنسجة المحيطة به، أو يكون انتشاره عن طريق الدم.

(خلف حسين الدليمي، 2009، ص599)

لذا فهو يتكاثر بسرعة كبيرة، تمتد مباشرة إلى الأنسجة المجاورة، كما يمتد عن طريق الدورة الليفافية والدورة الدموية بالانتقال المباشر وتنتشر في أنحاء الجسم، وللتحكم في الأورام الخبيثة يأتي عادة بالاستئصال الجراحي الجذري، أو بالعلاج الإشعاعي، أو بالعلاج الكيماوي، وغالبا ما يكون العلاج الأفضل بأكثر من طريقة واحدة. (سلوى عثمان الصديقي، 1999، ص178)

وهو أشد خطورة من الأورام الحميدة، يتكون من خلايا سريعة الانقسام والتكاثر، وقد تبلغ حجما كبيرا في وقت قصير، غير مغلفة من الخارج بأي غلاف، ولذلك فإن نموها يكون غير محدد، وتستطيع هذه الخلايا المكونة للورم الانتشار والانتقال إلى أجزاء أخرى في جسم الإنسان لتكون أوراما ثانوية وتسمى بـ "عملية الانتشار" (Métastases)، وعندما ينتشر المرض من مكان لآخر يسمى بالجزء الذي بدأ منه، فإذا بدأ المرض في الثدي ثم انتشر إلى الرئة فيسمى بسرطان الثدي.

(هناك أحمد شويخ، 2007، ص32)

كما أنه - الورم الخبيث- يظهر بأحجام كبيرة في وقت قصير، أشكالها غير محددة، مختلفة، فادحة، غير مألوفة، تتكاثر بسرعة كبيرة، تنقسم، تؤثر في الخلايا السليمة المجاورة لها في كل الاتجاهات وتحتل مكانها، لا يستقر في مكانه بالعضو المصاب.

(جابر محمد جبر، 2004، ص31)

ويقصد به كذلك داء السرطان، فمومه يكون شادا، وقدرته على غزو الأنسجة والأعضاء الحيوية المجاورة، وقدرة خلاياه على الانبثاق (Métastasis)، ويتم انتقاله أيضا عبر الدورة الدموية والجهاز اللمفاوي.

الجدول (06): يوضح الفروق بين تنشؤ الورم الحميد والخبيث.

الأورام الخبيثة	الأورام الحميدة	
- يغزو النسيج الطبيعي المحيط به. - لا يكون محاطا بمحفظة. - تكون حدوده مختلطة مع النسيج الطبيعي.	- يدفع بالنسيج الطبيعي جانبا. - يكون محاطا بمحفظة. - يكون واضح الحدود.	توضع الورم
- قد يؤدي إلى حدوث التوضعات في العقد اللمفية القريبة والبعيدة،	- يقتصر على الكتلة الورمية ونموها.	مدى انتشاره

كما يصيب الورم أعضاء أخرى.		
- قد تكون بطيئة أو سريعة.	- بطيئة.	سرعة نموه
- قد تكون مميتة إذا لم يعالج الورم.	- عادة حميدة.	النتيجة
- قد لا تكون الجراحة وحدها شافية وتحتاج إلى علاج كيميائي أو إشعاعي داعم.	- الجراحة تكون شافية.	العلاج

(وليدة مرازقة، 2008، ص 85)

6.1.4. أعراض السرطان:

1.6.1.4. أعراض ناتجة عن النمو السريع والغير طبيعي للخلايا:

تؤدي وتيرة النمو السريع والغير طبيعي للخلايا السرطانية إلى استهلاك طاقة الجسم بشكل كبير، واستنزاف موارده لتغذية هذه الوتائر المتسارعة للنمو على حساب احتياجات بقية أعضاء الجسم ووظائفها الحيوية، وهذا قد يسبب:

- فقدان الدم.

- الإنهاك والتعب.

- النحافة ونقص الوزن.

- فقدان الشهية.

- عسر الهضم.

- إمساك أو إسهال.

- ارتفاع الحرارة غير عادي مع ضعف الحالة العامة للجسم.

2.6.1.4. أعراض ناتجة عن فقدان وظيفة العضو المصاب: وتتمثل في:

- زيادة غير طبيعية في معدلات العمل، مثال ذلك: الإفراز الزائد لبعض الغدد كالغدة الدرقية، البنكرياس.

- نقص في الأداء أو توقفه بشكل كامل.

- القيء والسعال.

3.6.1.4. أعراض ناتجة عن الانتشار والتأثير على الأعضاء الأخرى:

- الغزو المباشر أي أن تنمو الخلايا مختزقة الأنسجة إلى أنسجة أخرى مجاورة "Métastasis".

- حدوث تمزقات في الأوعية الدموية ومن ثم نزيف.

- ضغط على المناطق العصبية وحدوث آلام شديدة.

- نفث دم متكرر، نزيف رحمي، نزيف شرجي.

- تقرحات جلدية وتقرحات مخاطية. (وليدة مرزقة، 2008، ص ص 87-88)

7.1.4. مسببات السرطان: تتمثل فيما يلي:

√ **تلوث البيئة:** تشير الإحصائيات إلى أن نسبة (80%) من مسببات السرطان يلعب الإنسان دورا كبيرا فيها.

√ **العوامل الطبيعية:** الإشعاعات المتأتية من المستشفيات، اليورانيوم، التفجيرات النووية التي تسبب أنواعا عدة من السرطان.

√ **العوامل الكيميائية:** التدخين، صناعة الأسيتوس، أول أكسيد الكربون الناتج عن الاحتراق غير الكامل للوقود تسبب سرطان الرئة. (جابر محمد جبر، 2004، ص 32)

وتبين الإحصائيات إلى أن التبغ يتسبب في (80- 90 %) من مجمل الوفيات الناجمة عن سرطان الرئة، وفي حوالي (30 %) من مجمل الوفيات الناجمة عن السرطان في البلدان النامية.

(مسعود السامعي، 2011، ص26)

كما تلعب الحمية دورا في تطور مرض السرطان، إذ أن السرطانات الأكثر شيوعا بين الأفراد الذين يعانون من سوء التغذية المزمنة، وبين أولئك الذين يستهلكون نسبا عالية من الدهون، والذين يستخدمون بعض المحسنات التي تضاف للأطعمة مثل: نترات الصوديوم، البوتاسيوم، الكحول... وغيرها.

√ **العوامل البيولوجية:** بعض الفيروسات تسبب سرطان الكبد والثدي والدم، بعض الطفيليات كالبلهارسيا البولية تسبب (80%) من سرطان المثانة.

√ **العوامل النفسية:** أكدت البحوث دورها في الإصابة بالسرطان، حيث يموت بالسرطان (60%) من المكتئبين بالمستشفيات العقلية، وارتفعت نسبة الإصابة بسرطان الثدي بين المريضات نفسيا أكثر مما هي عليه في المجموع العام للسكان.

(جابر محمد جبر، 2004، ص ص32-33)

√ **العوامل المادية:** لا يزال السرطان كغيره من الأمراض غير المعدية، يعاني من نقص هائل في التمويل، ففي الوقت الراهن تتسبب الأمراض الغير معدية بما نسبته (60%) من الوفيات على النطاق العالمي، ولكنها لا تتلقى سوى (1%) من التمويل المتاح للصحة على صعيد العالم.

(مسعود السامعي، 2011، ص07)

√ **العوامل الوراثية:**

فقد دلت الدراسات الحديثة على وجود أساس وراثي لبعض أنواع السرطانات بما فيها سرطان القولون والثدي، مما يساعد في تقييم عوامل الخطورة لدى العديد من أفراد العائلة، ولكن دراسة تاريخ العائلة لا تعطي دائما دلالة على وجود استعداد جيني موروث للسرطان، فإلى جانب

الجينات هناك العديد من السمات التي يتم توارثها في العائلة عبر التنشئة الاجتماعية كالحمية الغذائية، نمط الحياة التي قد تؤثر في نسبة حدوث مرض ما. (شيلي تايلور، 2008، ص813)

8.1.4. أنواع السرطان: يوجد 47 نوع من السرطان أشهرها:

√ سرطان الثدي Breast cancer.

√ سرطان الرئة Lung cancer.

√ سرطان البروستاتة Prostate cancer.

√ سرطان الجلد Melanoma of skin.

√ سرطان البنكرياس Pencreas cancer.

بالإضافة إلى سرطان الكبد Liver والمعدة Stomath والغدد اللمفاوية Lymphomas

وسرطان الدم Leukimia، ويعد سرطان البروستاتة أخطر أنواع السرطان عند الرجال، حيث يسبب الوفاة ل(41%) من المرضى، ثم سرطان الرئة حيث يسبب الوفاة ل(13%) من المرضى، بينما أخطر أنواعه عند الإناث سرطان الثدي حيث يتسبب في وفاة (31%) من المرضى، ثم سرطان الرئة حيث يسبب الوفاة ل(13%) منهم طبقا لإحصاء (1996).

(جابر محمد جبر، 2004، ص ص31-32)

9.1.4. أماكن انتشار (Métastasie) الأورام لدى مرضى السرطان:

√ سرطان المخ: لا ينتقل خارج الجهاز العصبي (إلا في حالات نادرة).

√ سرطان الميلانوما: أكثر أماكن الانتقال (الرئة، الكبد، العظام، الدماغ).

√ سرطان الدرقية: أكثر أماكن الانتقال (عقد المنطقة، الرئة، العظام، الدماغ).

√ سرطان الرئة: أكثر أماكن الانتقال (الجنب المنصف، عدد المنطقة الليمفاوية، الكبد، العظام، الدماغ، الكظر، أعصاب المنطقة).

- √ سرطان الثدي: أكثر أماكن الانتقال (العقد الإبطية، الرئة، العظام، الكبد، الدماغ).
- √ سرطان المريء: أكثر أماكن الانتقال (الانتقال إلى الجوار، عقد المنطقة، الكبد، الرئة).
- √ سرطان المعدة: أكثر أماكن الانتقال (عقد المنطقة، الكبد، الرئة، الغشاء البريتوني).
- √ سرطان القولون/ المستقيم: أكثر أماكن الانتقال (عقد المنطقة، الكبد، الرئة).
- √ سرطان الكلية: أكثر أماكن الانتقال (الكلية الأخرى، عقد المنطقة، العظام، الرئة، الكبد).
- √ سرطان البروستاتة: أكثر أماكن الانتقال (عقد المنطقة، العظام).
- √ سرطان الخصية: أكثر أماكن الانتقال (عقد المنطقة، الكبد، الرئة).
- √ سرطان المبيض: أكثر أماكن الانتقال (عقد المنطقة، الكبد، الرئة، الغشاء البريتوني).
- √ سرطان عنق الرحم: أكثر أماكن الانتقال (عقد المنطقة، جدار الحوض، المهبل، الأعضاء المجاورة).
- √ سرطان جسم الرحم: أكثر أماكن الانتقال (الأعضاء المجاورة، عنق الرحم، عضلة الرحم المجاورة). (حسن فاروق وهبة، دون تاريخ، ص ص 26-27)

10.1.4. علاج السرطان:

تتنوع العلاجات لدى مرضى السرطان، ومع حداثة هذا المرض وانتشاره بشكل خطير ووبائي تظهر معه مكتشفات جديدة لعلاجات أكثر تقدماً وفعالية من سابقتها تسمح له بالبقاء على قيد الحياة وممارسة حياته بشكل طبيعي.

1.10.1.4. العلاج الجراحي: Surgery

يعتبر العمل الجراحي من أقدم أنواع معالجات السرطان، وقد ساهمت التطورات الحديثة بالأساليب الجراحية في ارتفاع معدلات الشفاء لدى أعداد متزايدة من المرضى، وساعدت على إجراء العديد من الجراحات المعقدة التي كانت متعذرة في الماضي وتحقيق نتائج ممتازة، حيث

مع تطور التقنيات الجراحية أصبح العمل الجراحي أكثر دقة وتحديداً، مما قلل من إجراء الجراحات المتوسعة، وساعد على استئصال معظم الأورام وخصوصاً المنحصرة بمواقعها دون أن تنتشر (ورم حميد) مع التمكن من المحافظة على الوظائف الطبيعية لمعظم أجزاء الجسم، تجدر الإشارة إلى أن أغلب مرضى السرطان سيخضعون لنوع أو أكثر من أنواع العمل الجراحي، سواء عند التشخيص أو خلال مراحل المعالجة.

(<http://www.adamcs.org/surgery.htm>)

كما يمثل العلاج الأكثر نجاعة، فقد يلجأ الجراح لها كطريقة علاجية مكملة، وفي حالات نادرة كعلاج وقائي من السرطان باستئصال الأورام قبل السرطانية، وتسمح الجراحة بإيقاف المرض لمدة 5 سنوات أو أكثر وكون الجراحة لا يمكنها استئصال كل السرطانات المتنقلة يعاود السرطان الظهور نتيجة نمو الخلايا الخبيثة. (شراين سهام الكاهنة، 2009، ص50)

ويتم تصنيف العمل الجراحي إلى عدة أنواع حسب الغرض من الجراحة، والتي تنقسم إلى:

1.1.10.1.4 الجراحة التشخيصية : Diagnostic Surgery

يتم إجراؤها بغرض استخلاص عينات من الأنسجة المشتبه فيها لتشخيصها، لتحديد نوع الورم وخواصه الحيوية، حيث لا يمكن تأكيد تشخيص الأورام الصلبة دون فحص عينات منها تحت المجهر.

2.1.10.1.4 الجراحة التصنيفية : Surgery Staging

هي جراحات تشخيصية تساعد في تصنيف الأورام وتحديد مراحلها بتحديد حجم الورم وامتداده ورقعة انتشاره، ومدى انتقاله من موضع نشأته الأصلي، كما تساعد في تدقيق التحاليل و الفحوصات التصويرية المختلفة المستخدمة عند التشخيص.

3.1.10.1.4 Surgery Curative : الجراحة العلاجية :

أي الجراحة بغرض تحقيق الشفاء، والتي تستهدف استئصال كامل النسيج الورمي، ويتم اعتمادها في أغلب الأحوال كخيار علاجي أولي عند معظم الأورام الصلبة، وقد يسبق العمل الجراحي تلقي جرعات من العلاج الكيماوي والإشعاعي أو يتم إجراؤه عقب انتهاء دوراتهما مباشرة.

4.1.10.1.4 جراحة الاختزال الخلوي: Surgery Cytoreductive

يعني أن العمل الجراحي يستهدف تخفيض كتلة الورم وذلك بسبب تعذر الاستئصال التام، لذا قد يؤدي ذلك لدى بعض الحالات إلى التسبب بأضرار جسيمة للأنسجة المجاورة أو بعض الأعضاء الحيوية، وفي هذه الحال تستهدف الجراحة إزالة أكثر كمّ ممكن من أنسجة الورم، و من ثم معالجة ما يتبقى بالعلاج الكيماوي أو الإشعاعي.

5.1.10.1.4 الجراحة الملطفة: Surgery Palliative

يقصد بها الجراحة بغرض تخفيف تأثيرات الورم وليس لتحقيق الشفاء، وقد يتم إجراؤها لمعالجة التعقيدات الفرعية للأورام عند الحالات المتقدمة، أو لمعالجة وتصحيح مشاكل صحية ثانوية ناتجة عن النمو الورمي، فمثلا: يتضخم نمو بعض الأورام بالتجويف البطني بحيث تعيق وتسد الأمعاء، مما يستلزم إجراء جراحة لمعالجة مثل هذا الانسداد.

6.1.10.1.4 الجراحة الوقائية : Surgery Prophylactic

هذا النوع من الجراحات يتم إجراؤه لإزالة الأنسجة التي لم تتسرطن بعد، و لكنها مرشحة لذلك، أي أنها تمر بمراحل ما قبل التسرطن (precancerous).

7.1.10.1.4 الجراحة الداعمة: Surgery Supportive

تستخدم لدعم العلاجات الأخرى مثل جراحة زرع أدوات الحقن بالأوعية الدموية المختلفة، كالأدوات المستخدمة لحقن العقاقير الكيماوية وسحب عينات الدم للتحاليل.

8.1.10.1.4. الجراحة الترميمية: Surgery Restorative

هي جراحة إعادة بناء الأنسجة والأعضاء، والتي يتم إجراؤها بغرض إصلاح عطب بعضو حيوي، أو ترميم جزء من الجسم تأثر بالجراحات العلاجية الأساسية.

(<http://www.adamcs.org/surgery.htm>)

2.10.1.4. العلاج الكيماوي: Chemotherapy

العلاج الكيماوي هو علاج باستخدام أدوية كيماوية تعرف بالعقاقير المضادة للسرطان، تقوم بالقضاء على الخلايا السرطانية وتدميرها، وتأتي الميزة الرئيسية لهذا العلاج من مقدرته على معالجة الأورام المتتقلة والمنتشرة، بينما يقتصر العلاج الإشعاعي أو الجراحة على معالجة الأورام المنحصرة بمواضع محددة، وتعود فعاليته المميزة إلى حقيقة أن الخلايا السرطانية بطريقة ما أكثر حساسية اتجاه الكيماويات من الخلايا الطبيعية، وقد يتم استخدامه كعلاج منفرد لدى بعض الحالات، أو جزء من برنامج علاجي متكامل يتكون من عدة علاجات مشتركة، و يتم اتخاذ القرار باستخدام هذا العلاج بالموازنة ما بين فاعليته، وآثاره الجانبية، ومضاعفاته المستقبلية، وبين خطورة السرطان، وبطبيعة الحال فمضاعفاته وآثاره مقبولة مقارنة بالمرض نفسه، إضافة إلى أن المردود العلاجي إيجابي بشكل كبير جدا.

(<http://www.adamcs.org/chemotherapy.htm>)

ويتمثل في محاليل (Cytotoxiques) وقد عرف هذا العلاج تقدما باهرا بفضل النتائج المشجعة التي أدت إلى تمديد حياة بعض المرضى من خلال تأثيره على الخلايا السرطانية بإيقاف الانقسام الخلوي أو التأثير المباشر على (ADN) أو (ARN)، لكنه علاج يخلف العديد من الآثار الجانبية المزعجة: كالقيء، الإحساس بالغثيان، تقرحات على مستوى الفم والمرئ، تساقط الشعر، التعب الزائد، وقد أمكن حاليا في بعض الدول المتقدمة التغلب نسبيا على هذه الآثار باستعمال غسيل الفم وارتداء خوذة خاصة للتقليل من تساقط الشعر.

(شراين سهام الكاهنة، 2009، ص50)

3.10.1.4. العلاج الإشعاعي: Radiotherapy

يوظف العلاج الإشعاعي التطبيقات المختلفة للإشعاع المؤين في تقويض بنية الخلايا السرطانية ومعالجة الأورام، سواء باستخدام العناصر والنظائر المشعة، أو بتوليد دفق إشعاعي موجج وعالي الطاقة، وتسليطه على الأنسجة والخلايا الورمية، بغية القضاء عليها نهائياً، أو تقليص كتلة الورم لتخفيف تأثيراته على أقل تقدير، وتقليدياً يتم استخدام الأشعة السينية المولدة إلكترونياً كمصدر للإشعاع، بجرعات عالية أضعاف المستخدمة بالأجهزة التصويرية، إضافة إلى استخدام مصادر أخرى مثل: أشعة جاما أو دفق النيوترونات أو البروتونات، أو شعاع الكهيربات، وقد ساهم الاستخدام الواسع لتطبيقات الإشعاع لمعالجة السرطان في ارتفاع نسب الشفاء بشكل كبير وامتداد فترات النجاة، وتعد من أهم المعالجات الفعالة للعديد من الأورام الناشئة بأغلب أجزاء الجسم. (<http://www.adamcs.org/radio.htm>)

فعلی لسان "المدير العام للوكالة الدولية للطاقة الذرية" يقول: "...ففي العالم النامي اليوم لا يستفيد من العلاج الإشعاعي سوى 20% فقط من المرضى الذين يحتاجون إليه".

(مسعود السامعي، 2011، ص03)

كما تكمن فاعلية هذا العلاج في مقدرة الإشعاع على تدمير وتفكيك الحمض النووي بالخلايا السرطانية (هو المادة الكيميائية التي تحمل المعلومات والشفرات الوراثية وتتحكم في العمليات الحيوية اللازمة للتكاثر والنمو وأداء مختلف الوظائف الخلوية)، وبصفة عامة بالخلايا التي تنمو وتتكاثر بوتيرة سريعة شأن الخلايا السرطانية، هي أكثر حساسية اتجاه مفعول الإشعاع و أشد تأثراً، وبطبيعة الحال تتخذ تدابير وقائية أثناء المعالجة الإشعاعية، تلافياً لتعرض أكبر كم ممكن من الأنسجة والأعضاء الطبيعية السليمة للإشعاع، وتتم عادة حمايتها باستخدام دروع واقية وبأنماط مختلفة، إلا أن بعض الخلايا الطبيعية تتأثر بالإشعاع وإن كانت عموماً قادرة على التعافي بحيوية أكبر، نظراً لمقدرتها على استخدام تقنيات الجسم الطبيعية لإصلاح وترميم الأضرار الواقعة على الحمض النووي. (<http://www.adamcs.org/radio.htm>)

كما يمكن لجرعات إشعاعية مضبوطة أن تساعد على تقليص الأورام السرطانية وحتى القضاء عليها، ويستخدم الطب الإشعاعي أيضا للمساعدة على تشخيص السرطان تشخيصا دقيقا والتخفيف مما ينتج عنه من ألم ومعاناة، إذ يحتاج ما بين (50 و60%) من المصابين بالسرطان إلى الخضوع للعلاج الإشعاعي في إحدى مراحل المعالجة. (مسعود السامعي، 2011، ص08)

ويعد العلاج الإشعاعي علاجا موضعيا، شأن الجراحة (وبخلاف العلاج الكيماوي)، وقد يتم استخدامه منفردا كعلاج وحيد، أو بصفة مشتركة مع علاجات الأورام الأخرى، وقد يوصف بديلا عن الجراحة عند بعض الأورام كعلاج أولي وأساسي، سواء منفردا أو مشتركا مع العلاج الكيماوي، كما قد يتم استخدامه قبل المباشرة بالعمليات الجراحية للأورام، فيما يعرف بـ "العلاج المبني المساعد" (**neoadjuvant therapy**) بغية تقليص حجم الورم لتسهيل استئصاله، أو يتم استخدامه عقب جراحات الاستئصال كـ "علاج مضاف" (**therapy adjuvant**) بغية القضاء على أية خلايا ورمية غير مميزة قد تكون متبقية، أو عند تعذر الاستئصال التام للنسيج الورمي، وقد يوصف عند بعض الحالات بغرض تخفيف الأعراض كعلاج مسكن. (<http://www.adamcs.org/radio.htm>)

فباستخدام الأشعة الكهرومغناطيسية لتحطيم سلاسل الحمض النووي الريبي منقوص الأوكسجين (ADN) والحمض النووي الريبي (ARN) المسئولين عن التكاثر الخلوي، يلجأ إليه - العلاج الإشعاعي- كعلاج داعم قبل، أثناء، أو بعد الجراحة لتدمير الخلايا التي لا يمكن للجراح بلوغها، أو كعلاج منفرد في الحالات التي لا يمكن معها إجراء الجراحة كأورام الغدة النخامية أو أورام المخ التي قد يتسبب استئصالها في إتلاف بعض الوظائف. (شراين سهام الكاهنة، 2009، ص50)

4.10.1.4. علاجات أخرى:

هذا عن أبرز وأهم العلاجات التي حضيت بانتشار واسع في علاج مرض الأورام السرطانية، وقد ساعد البحث والدراسات العلمية المكثفة حول هذا المرض إلى ظهور علاجات حديثة أثبتت كفاءتها ونجاعتها، ومن أهمها ما يلي:

***العلاج الهرموني:** تهتم هذه العلاجات بعلاج السرطانات المتعلقة بالهرمونات كسرطان البروستاتة، الثدي، الدرقية، كما سمح هذا العلاج بتوقيف تطور أورام أولية وأخرى ثانوية.

***العلاج المناعي:** هدفه إثارة دفاعات الجسم مثل: مادة الأنترولوكينات التي تعمل على نمو الخلايا للمفاوية، وقد أبدى هذا العلاج نتائج مبشرة في علاج سرطان الكلى والغدد للمفاوية.

***العلاج الخلوي المكمل:** عبارة عن تشجيع لإنتاج خلايا تسبح في الدم تعمل على إعادة بناء الأنسجة التالفة لدى الفرد كزرع نخاع أو زرع ذاتي لخلايا أصلية محيطية.

(شراين سهام الكاهنة، 2009، ص50)

***العلاجات المستهدفة:** بفضل الأبحاث المتطورة في ميدان علاج السرطان تم تحديد الميكانيزمات التي تتحكم في التطور الفوضوي للخلايا، فمن خلال الإيقاف المناعي لهذه الميكانيزمات يتوقف تطور السرطان.

كما تم حاليا ابتكار طرق جديدة للعلاج إضافة إلى العلاجات السابقة وتتمثل في:

***العلاج بالرسام الحراري:** هدفها تحطيم الورم داخل الجسم من خلال رفع درجة حرارته إلى 50 درجة مئوية خلال دقائق قليلة، وما استجد في هذه الطريقة برعاية "**Chrit Moonen**" وفريقه هو مراقبة العملية بالتسليط الحراري بتردد 1 MgHz مباشرة نحو الهدف من خلال مراقبة العملية بالتصوير بالرنين المغناطيسي (IRM) وقد تم شفاء 6 أشخاص جرب عليهم.

***اللقاح ضد السرطاني:** يعتبر من أحدث الطرق في العلاجات ضد السرطان، حيث تأخذ عينة من الخلايا المصابة من الشخص بذاته ليتم من خلالها استخراج مصل مضاد للسرطان، وقد أثبتت هذه الطريقة نجاعتها في العديد من المرات.

***العلاجات المريحة:** تسمح بتحسين نوعية الحياة من خلال معالجة الألم الناجم عن السرطان مع أعراض المرض وما يضاف إليها من توفير الراحة، الحوار، التفهم، تسعى لعلاج المرضى وتمديد مدة حياة الشخص المصاب، وفي نفس الوقت عيشها بأكثر راحة ممكنة.

(نفس المرجع السابق، ص51)

11.1.4. مكافحة داء السرطان:

إن المكافحة الشاملة للسرطان هي العملية التي يتم من خلالها تنسيق كافة مجالات مكافحة السرطان، بدءاً بالوقاية ووصولاً إلى الرعاية التيسينية، بهدف تقليل أثر السرطان على المجتمع، ولضمان نجاح المكافحة الشاملة للسرطان يجب تحقيق التزامن بين العديد من العناصر المرتبطة بالمرض، مما يتيح نهجاً راسخاً وموحداً للرعاية ضد السرطان، وتتمثل في:

- الوقاية: تتمثل في: مكافحة السرطان، مكافحة عوامل الخطر.

- الإبكار في الكشف: أي بالكشف المبكر، التشخيص والفحص المبكر.

- المعالجة والشفاء: تتمثل في: التشخيص، المعالجة، المتابعة، إعادة التأهيل (علم الأمراض، التصوير بالأشعة، الطب النووي، العلاج الإشعاعي، العلاج الكيميائي، الجراحة... الخ).

- الرعاية: الخاصة بالرعاية التيسينية، مكافحة الأعراض وإدارتها (المواد الأفيونية، العلاج الإشعاعي)، الدعم النفسي الاجتماعي والروحي، موااساة أسر المرضى.

(مسعود السامعي، 2011، ص17)

2.4. الجانب النفسي:

1.2.4. الاضطرابات النفسية:

يؤثر مرض السرطان سلباً على الحالة النفسية للمريض أكثر من أي مرض عضوي آخر، حيث يمنعه من التمتع بالحياة بسبب الآلام المبرحة المستمرة، والتشوه الجسماني، والإنذار بالموت القريب، فيتغير سلوكه ويصبح أكثر عصبية، فمريض السرطان يتعرض لاضطرابات نفسية وعقلية، وأخصها ارتفاع قلق الموت المستمر والاكتئاب الذي يصل بالمريض إلى حد الانتحار، نظراً لصعوبة العلاج الكيميائي والإشعاعي الذي يؤدي إلى "العقم" (Stérilisation) و"العنة" أو "الضعف الجنسي" (Impotence) أحد الأعراض المصاحبة لمرضى السرطان،

وما ينتج عن ذلك من آثار نفسية، كما أنهما يؤديان إلى تغير شكل المريض، إضافة إلى ضعف الوظائف المعرفية خاصة الذكاء، الذاكرة، الوظائف النفسية العصبية كالانتباه.

(جابر محمد جبر، 2004، ص ص33-34)

وللسرطان آثاره وتبعاته الجسمية والنفسية الخطيرة، وتنجم الصعوبات الجسمية عادة عن الألم والضيق الناجمين عن السرطان خاصة في المراحل المتقدمة والنهائية من المرض، فقد يؤدي السرطان إلى هبوط في قدرة جهاز المناعة على التنظيم، وهذا ما جعل المريض عرضة لأمراض ومضاعفات أخرى بما فيها التهابات مجرى التنفس، وهي مشكلات صحية يمكن أن تقلل من نوعية الحياة (Anderson et al) (1994)، إضافة إلى ذلك لا يجب تجاهل ما قد يسببه المرض والعلاج أيضا من تعب وإرهاق، مما يشكل إحدى الشكاوى الرئيسية عند مرضى السرطان (Andrykowski, Curran&Lightner,1998).

(شيلي تايلور، 2008، ص ص819-820)

إضافة إلى أن مرض السرطان يمكن أن يدرك ويقيم بمختلف الأشكال: كتهديد (الألم، فقدان تكامل الجسد... الخ) الإحساس بالضيق والاكتئاب من جهة، ومن جهة أخرى كتجارب، تحدي، نشاط للمواجهة والقتال. (Sylvie Dolbeault et al, 2007, p41)

ومن الممكن أن تضطرب العلاقات الزوجية بعد التشخيص بالسرطان (Ybema, Kuijer et al, 2001) وبخصوص الجانب الجنسي منها، كما أن المخاوف المتعلقة بصورة الجسم، والقلق حول ردود فعل الشريك تمثل جوانب ضعف نفسية اجتماعية، وخاصة عندما يكون هناك تشوهات جراحية، كما هو الحال في سرطان الثدي (Spencer et al,1999).

(شيلي تايلور، 2008، ص ص822)

ويمكن أن تتأثر الوظيفة الجنسية بشكل مباشر بالعلاج الجراحي أو الكيماوي، أو بشكل غير مباشر نتيجة القلق والاكتئاب اللذين غالبا ما يقللان من الرغبة الجنسية (Anderson, Woods et al,1997). (نفس المرجع السابق، ص ص823)

√ الأعراض النفسية للقلق الخاصة بالسجل المعرفي:

- استباق درامي للأحداث المستقبلية.
- تعبيرات عن خوف مفرط (الفحوصات، الاستشفاء، المستقبل).
- صعوبة الاختيار، أخذ القرار، الإحساس بفقدان المراقبة.
- الشك في فعالية العلاجات.
- القابلية للغضب، الشرود، اضطرابات الذاكرة والتركيز.
- التفكير في المرض ونتائجه.
- الإحساس بالموت مفاجئ ومهدد.

√ الحالة الانفعالية للقلق يمكن أن تقود الفرد لمختلف الأعراض:

- فرط اليقظة، حالة إنذار دائمة.
- الإحساس بالتوتر الداخلي.
- اضطرابات النوم (تأخر في النوم، يقظة حصرية وخصوصا في أول الليل).
- عدوان لفظي و/أو سلوكي عابر، هياج.
- الانسحاب، ضعف في القوى.
- نشاطات قهرية.
- عدم القدرة على المتابعة والرجوع للحياة بنشاط.

(Sylvie Dolbeault et al, 2007, pp60-61)

√ عندما تأويل القلق يكون جسدي: نجد التظاهرات الآتية:

- تنفسيا: الإحساس بالاختناق، حصر صدري، ضيق في التنفس، سعال،... وغيرها.
- القلبي- الوعائي: خفقان، تسارع نبضات القلب، آلام صدرية لا نمطية.
- العصبي- العضلي: تشنجات، ارتعاش، هياج حركي، انحراف الإحساس، إحساسات سمعية دون منبه، الدوخة،... وغيرها.
- معدية: تشنجات، غثيان، تشنجات مغصية.
- العصبي المستقل: عرق، جفاف الحلق.

بالإضافة إلى اضطرابات النوم، صعوبات النوم، يقظة ليلية أو نهائية والتي تمس 30 إلى 50% من المرضى الذين يواجهون السرطان، إضافة إلى الإحساس بالضيق النفسي، العياء، واضطرابات المزاج. (Sylvie Dolbeault et al, 2007, pp61-71)

الجدول(07): يوضح أعراض القلق والاكتئاب عند مرضى السرطان.

أعراض القلق (الحصر)	
- أزمة البكاء.	
- قلق منتشر، الخشية، المخاوف.	
- الشك في فعالية العلاج وكفاءة المعالجين.	
- الإحساس بفقدان المراقبة.	
- فرط اليقظة وحالة إنذار تقريبا مستمرة.	
- عصابية، الإحساس بخطر محقق لا يمكن تجنبه.	
- اضطرابات في الذاكرة والتركيز.	

<p>- نشاطات قهرية.</p> <p>- عدوان لفظي و/أو سلوكي عابر.</p>	
<p>- انعزال اجتماعي وقلة الكلام.</p> <p>- هياج أو بطء نفس - حركي.</p> <p>- فقدان المتعة واللذة في النشاطات الاعتيادية.</p> <p>- الاجترار، التشاؤم.</p> <p>- الإحساس بالذنب غير مبرر، اتهام الذات.</p> <p>- الإحساس بعدم الفهم وعدم المعرفة في حالة المرض.</p> <p>- الإحساس بعدم جدوى المجتمع.</p> <p>- فقدان تقدير الذات.</p> <p>- الانحطاط، التفكير المستمر في الموت.</p> <p>- القابلية للغضب، سهولة البكاء، الأفكار الانتحارية.</p>	<p>أعراض الاكتئاب</p>
<p>- صعوبة العودة للنشاط اليومي.</p> <p>- تناقص أو زيادة الانتباه شيئاً فشيئاً للمظهر الجسدي.</p> <p>- حزن أو قلق ظاهر.</p>	<p>أعراض القلق والاكتئاب</p>

(C. Reynaert, K. Demyttenaere, 1997, p198)

فإمكان مرض السرطان أن يولد مشكلات كثيرة ومتنوعة، بما فيها العجز الجسدي والخلافات العائلية والزوجية والصعوبات الجنسية، وكذلك مشكلات متعلقة بالنظرة إلى الذات، إضافة إلى الاضطرابات على الصعيد الاجتماعي والتروحي والضييق النفسي العام.

(شيلي تايلور، 2008، ص823)

كما قد ينجم عن العلاج صعوبات ومضاعفات ترتبط به، فقد يعالج بعض المرضى بالجراحة، وربما يخلق استئصال الأعضاء مشكلات تجميلية، كما هو الحال في سرطانات الثدي والرأس والعنق التي تستدعي إزالة جزء من المنطقة المصابة، كما أن القلق حول صورة الجسم (Body Image) لا يحدث نتيجة تغير المظهر بعد الجراحة فقط، وإنما بسبب اعتبارات أخرى أيضا تتعلق بالإحساس بأن جسد الإنسان لم يعد مكتملا وقادرا على القيام بوظائفه بشكل سوى، وهذا ما يمكن أن يزيد من تعقيد ردود أفعال المريض تجاه العلاج (Carver et al, 1998)، وفي بعض الحالات المرضية الأخرى، قد يتم استبدال أجهزة اصطناعية بأعضاء حيوية في الجسم كجهاز التبول والكلام، ومن الشائع أيضا أن ينجم عن الجراحة آثار جانبية، فعلاج سرطان الثدي بالجراحة وإزالة جزء من الألياف العضلية المحيطة القريبة، قد يؤدي إلى ترهل أو انتفاخ في تلك المنطقة، مما يحد من حركة الذراع، كما أن الجراحة التي تؤدي إلى استبدال الجزء السفلي من القولون، قد ينتج عنها فقدان السيطرة على إحدى وظائف الجسم الحيوية الحساسة.

ويمكن للمتابعة العلاجية أن تستنزف طاقة مريض السرطان، فالعديد من المرضى الذين يخضعون للعلاج الكيماوي يصابون بالغثيان والتقيؤ نتيجة لهذا العلاج، أو لتأثيره النفسي عليهم، وقد يطور بعض المرضى استجابات الغثيان الإشرافية لمثيرات عديدة مرتبطة بالموقف العلاجي، مما يؤثر ولفترة قد تمتد طويلا بعد انتهاء المعالجة على نوعية حياة المريض (Cameron et al, 2001) ويسبب ارتباط العلاج الكيماوي بالأشخاص الذين يتولون مهمة العلاج، وبالأمكنة التي يتم فيها العلاج، وبظروف العلاج بحد ذاتها، فقد يطور المرضى استجابات الغثيان الإشرافية هذه اتجاه المستشفى، الأطباء، الممرضين العاملين بها (Jacobson, Bovgierg, Schwartz, et al, 1993) مما يؤدي أحيانا إلى آثار جانبية

غير متوقعة، تكون نتيجتها على المدى البعيد التقليل من الالتزام بالعلاج (Love et al, 1991). (شيلي تايلور، 2008، ص820)

2.2.4. ميكانيزمات الدفاع:

في سياق الأمراض المزمنة يعد الإنكار (Déni) أحد أكثر استراتيجيات المواجهة استخداماً، ووفقاً لـ "الفين" وآخرون (Levin et al) يتضمن الإنكار الانفصال النفسي عن المرض، لذا فهو يخفض من الضغوط النفسية الناجمة عن المرض، ويتم التفريق هنا بين أشكال مختلفة من الإنكار، ويمتد المجال من التطرف الشديد فينكر المريض أنه مريض على الإطلاق، إلى الأشكال الأقل تطرفاً على نحو التقليل من خطورة المرض وعدم إدراك تأثيراته على الحياة اليومية، وكذا تجاهل المعلومات المتعلقة بالمرض، أما عن العواقب السلبية لهذا الميكانيزم فيتمثل في: التباطؤ في استشارة الطبيب، عدم إتباع التعليمات الطبية، عدم تنفيذ السلوك الصحي المنصوح به، أما فيما يخص الجانب الإيجابي للإنكار فيتمثل في التخفيض من الضغوط الناجمة عن المرض، كما تشير دراسات واسعة حول إستراتيجية الإنكار في أثناء الطور الحاد لمرض ما يكون مفيداً وملائماً، إلا أنه يؤثر بعد ذلك على مجرى المرض بشكل غير مناسب إذا استمر لفترة زمنية طويلة لأنه يبطئ من استشارة الطبيب ويقود إلى مشكلات في إتباع التعليمات الطبية. (عودية ولديحي حورية، 2005، ص517)

ويعتبر الإنكار نشاط الواقع في إدراك المعاش كخطر أو ألم، كما أن الإنكار يمكن أن يتواجد في جميع مراحل المرض، مثال ذلك: في حالة تشخيص المرض ("هذا مستحيل"، "أنت تخدعني"، "لا أحس بأي ألم"، "صور الأشعة كاذبة"، "لا بد أن أعيد الفحوصات").

(Sylvie Dolbeault et al, 2007, p47)

3.2.4. استراتيجيات المواجهة:

قبل التحدث عن استراتيجيات المواجهة التي يوظفها مريض السرطان، وجب التحدث أولاً عن:

❖ نموذج التلاؤم مع المرض المزمن:

قام "كروغر" (Kroger) بوضع نموذج للتلاؤم مع المرض المزمن بصفة عامة، ومرض السرطان بصفة خاصة، والذي يتضمن الأطوار الآتية:

√ **طور الصدمة:** يتمثل في رد الفعل الأولي أمام الإصابة بالمرض، وسيتم هذا الطور في أغلب الأحيان لحظات قصيرة فقط أي عدة أيام كأقصى حد، ويلاحظ ردود فعل الصدمة في إطار الطوارئ فقط، ولا يكون المريض في حال يدرك فيه شدة المرض أو الإصابة.

√ **طور الإنكار:** يعقب الطور الأول، ويساعد الإنكار المريض على أن يتصرف في البداية و كأن شيئاً لم يحدث.

√ **الطور الاكتئابي:** لا بد أن يواجه المرضى في وقت ما بواقع المرض، وتفقد هذه المواجهة مع الواقع إلى ردود فعل اكتئابية، فإذا لم يلاحظ رد الفعل هذا فإن ذلك دلالة على أن المرض ما زال غير مدرك بصورة كاملة، وتكون نسبة الانتحار لدى مرضى الأمراض المزمنة في هذا الطور كبيرة جداً.

√ **طور التمرد على الاستقلالية:** إذا ما تم تجاوز طور الاكتئاب يعقبه طور التمرد على الاستقلالية، ففي طور الاكتئاب يشعر الإنسان بالعجز وأنه متعلق بالفريق الطبي المشرف على العلاج إلا أنه في مرحلة ما من مجرى العلاج لا بد وأن يقود بنفسه عملية شفاءه، فعندما يغادر المستشفى يتجدد مطلب الاستقلالية، وبما أن هذه الاستقلالية مرتبطة بالخوف فإن المريض يرفض هذا المطلب من الفريق الطبي.

√ **طور التلاؤم:** أي الطور الأخير في هذا النموذج، يتعلم المريض خلاله دوراً جديداً، إذ يرضى بمرضه، ويواجه متطلباته، ويتعلم استخدام مهاراته، استراتيجياته، وإمكانياته المتبقية بصورة أكثر فعالية. (عودية ولديحي حورية، 2005، ص517)

وبالحديث عن استراتيجيات المواجهة يبدو أن بعض استراتيجيات التعامل مع المشكلات المرتبطة بمرضى السرطان فعالة، ففي دراسة ل (603 مرضى) مصابين بالسرطان، استطاع "دانكل- شيتز" وزملاؤه (Dunkel- Schetter et al) (1992) التعرف على خمسة أنماط

من التعامل مع هذه المشكلات: السعي للمساعدة الاجتماعية واستخدامها، التركيز على ما هو إيجابي، إقصاء الذات، التجنب أو الهروب المعرفي، التجنب أو الهروب السلوكي، فالتكيف من خلال المساعدة الاجتماعية والتركيز على ما هو إيجابي وإقصاء الذات هي أنماط لها علاقة وطيدة بمستويات أقل من الضيق الانفعالي الناجم عن السرطان، وينطبق الأمر على المرضى الذين كانوا يظهرون مستويات عالية من التفاؤل (J.E.Epping-Jordon et al, 1999).

(شيلي تايلور، 2008، ص ص 823-824)

ففي استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل نجد: وضعيات المواجهة، الهجوم، البحث النشط عن المساعدة والمعلومات، أما فيما يخص المواجهة المتمركزة حول الانفعال نجد خواص لنوعين أساسيين من الاستراتيجيات: وضعيات المراقبة الانفعالية، والعجز/اليأس. (Sylvie Dolbeault et al, 2007, p42)

بالرغم من تلقي مرضى السرطان لقدرة كبير من المساعدة العاطفية من قبل العائلة والأصدقاء، إلا أن مسألة المساعدة الاجتماعية قد تصبح مشكلة جدية بالنسبة لهؤلاء المرضى، وذلك نظرا لما قد تحمله العلاقات الحميمة أحيانا من نواحي سلبية تؤثر في تكيف المريض النفسي السلبي بدرجة تتجاوز ما يمكن أن تقدمه المساعدة العاطفية من فوائد. (شيلي تايلور، 2008، ص 821)

إن الدعم الفعال لمرضى السرطان ليس مهما فقط بسبب ما يجنيه المريض من تحسن في درجة تكيفه مع المرض، وإنما لأنه قد يحسن من الاستجابات المناعية للسرطان أيضا، وإذا كان هناك بعض الشكوك حول أهمية المساعدة الاجتماعية في حياة مرضى السرطان، فقد أظهرت دراسة حديثة حقيقة فوائده (Lai et al, 1999) حيث وجدت أن المرضى المتزوجين تمكنوا من البقاء بدرجة تفوق المرضى من غير المتزوجين أو من المنفصلين عن شركائهم أو المطلقين أو الأرمال، وفي محاولة لمعرفة طبيعة الدعم الذي يقدمه المقربون ومدى تأثيره على مستقبل مرضى السرطان وحياتهم.

(نفس المرجع السابق، ص 822)

الخاتمة:

إذا كانت الوقاية خير من العلاج فإن الكشف المبكر خير وسيلة للتخلص من هذا الداء العضال، إذا لم يكن الابتعاد والوقاية ممكنين، وربما كانت إحدى أهم مصائبنا لا المرض بحد ذاته، بل الخوف من المرض أو معالجته بالخوف أو الهروب من مجابهته، حيث يقول الدكتور "اندروفون ايسكنباك" رئيس المعهد القومي للسرطان: "أن الناس لا يموتون لأنهم مصابون بالسرطان، وإنما يموتون عندما يعرفون أنهم مصابون بالسرطان، ولو نكتشفه في توقيت مبكر لأمكننا أن نفعل شيئاً بشأئه"، فالغرض من العلاج والكشف المبكر هو ضمان الشفاء لمرضى السرطان وإطالة أعمارهم وتحسين نوعية حياتهم، وتتسم بعض أكثر أنواع السرطان شيوعاً مثل سرطان الثدي وسرطان عنق الرحم وسرطان القولون/ المستقيم بمعدل شفاء مرتفع عندما يتم الكشف عنها في مراحل مبكرة وعلاجها استناداً إلى أفضل الممارسات في هذا المجال، كما تتمثل أساليب العلاج الرئيسية في الجراحة والمعالجة الإشعاعية والمعالجة الكيميائية ومن الأمور الأساسية لضمان علاج مناسب التشخيص الدقيق عن طريق عمليات التحري التي تستخدم تكنولوجيا التصوير (الموجات فوق الصوتية، أو التنظير الداخلي، أو التصوير الإشعاعي) أو الوسائل المخبرية (الباثولوجيا)، إضافة للرعاية الملطفة، التخفيف من شدة الألم.

الجانب الميداني

الفصل الخامس: إجراءات الدراسة

- 1.5. منهج الدراسة.
- 2.5. أدوات الدراسة.
 - 1.2.5. المقابلة.
 - 2.2.5. مقياس الضغط النفسي.
 - 3.2.5. مقياس استراتيجيات المواجهة.
- 3.5. عينة الدراسة:
 - 1.3.5. مجتمع الدراسة.
 - 2.3.5. المجتمع الأصلي للدراسة.
 - 3.3.5. عينة الدراسة.
- 4.3.5. وصف جلسات تطبيق المقياسين.
- 4.5. الأساليب الإحصائية المستخدمة.

1.5. منهج الدراسة:

استخدمت الباحثة في هذه الدراسة "المنهج الوصفي" لمعرفة الاستراتيجيات المستخدمة في مواجهة الضغط النفسي لدى مرضى السرطان، وكذا لمعرفة الاستراتيجيات الأكثر استخداما لدى أفراد عينة الدراسة من جهة، وللتعرف على الفروق في استخدام هذه الاستراتيجيات حسب متغيري الجنس والفئة العمرية من جهة أخرى، وما يتطلب ذلك من تبويب للبيانات، وتصنيفها، وتحليلها لاستخلاص النتائج، ومعلوم أن المنهج الوصفي هو أحد أشكال التحليل والتفسير العلمي المنظم لوصف ظاهرة أو مشكلة محددة وتصويرها كميًا عن طريق جمع بيانات ومعلومات مقننة عن الظاهرة أو المشكلة موضع الدراسة.

(سامي محمد ملحم، 2005، ص370)

2.5. أدوات الدراسة:

استخدمت الباحثة مجموعة من الأدوات البحثية لجمع البيانات المرتبطة بمتغيرات هذه الدراسة، والتي تتمثل في:

✓ المقابلة.

✓ مقياس الضغط النفسي.

✓ مقياس استراتيجيات المواجهة.

1.2.5. المقابلة: L'entretien

قامت الباحثة بإجراء مقابلات مع 10 أفراد مصابين بالسرطان، والخاص بسرطان القولون والمستقيم (Le cancer colorectale)، من كلا الجنسين (6 إناث، 4 ذكور) بالمستشفى الجامعي "سعادنة عبد النور" بمدينة سطيف، في قسم الجراحة العامة، حيث استخدمت دليلًا للمقابلة (Le guide d'entretien) (أنظر الملحق رقم: 01) بهدف رصد مظاهر الضغط النفسي، والكشف عن أكثر استراتيجيات

المواجهة استخداما لدى هذه الفئة، وقد قامت الباحثة بوضع دليل المقابلة بالاستعانة باستمارة برنامج الصحة النفسية الخاص بمركز الحسين للسرطان لدولة البحرين (أنظر الملحق رقم:02) وقد أسفرت هذه المقابلات على النتائج الآتية :

- ✓ يعيش مرضى السرطان اضطرابات وضغوطات نفسية عديدة تؤثر على السير الحسن للعلاج كالقلق، الاكتئاب، اضطراب الضغوط التالية للصدمة(PTSD)،... وغيرها.
- ✓ تتنوع وتتعدد مظاهر وأوجه الضغط النفسي لدى مرضى السرطان (النفسية، الجسمية، الاجتماعية... الخ).
- ✓ تنشأ عن عملية العلاج صعوبات جمة ترهق المريض أكثر من المرض في حد ذاته، فعلى اختلاف وتنوع العلاجات تتنوع مظاهر المعاناة الخاصة بالمرضى كحالات: القيء، سقوط الشعر، فقدان الشهية، اضطرابات النوم، إضافة للأعراض النفسية المختلفة كالقلق والاكتئاب... الخ.
- ✓ تتنوع الاستراتيجيات التي يوظفها مرضى السرطان أنفسهم في التخفيض من حدة المعاناة التي يعيشونها.
- ✓ تدخل الاستراتيجيات التي يستخدمها المرضى في الأغلب ضمن: الاستراتيجيات المتمركزة حول المشكل، أو حول الانفعال، أو الخاصة بالسند الاجتماعي.

2.2.5. مقياس الضغط النفسي:

اعتمدت الباحثة على مقياس الضغط النفسي للباحثة "أوهام نعمان ثابت" المستخدم في أطروحة الدكتوراه عام 2008 الموسومة بـ "الضغوط النفسية وعلاقتها بالتوافق النفسي للمصابات بسرطان الثدي المبكر في الأردن" ويضم هذا المقياس 32 بنداً، موزعة على 4 أبعاد كالآتي:

√ **البعد النفسي:** ويقصد به مجموع الأعراض النفسية التي يعاني منها مرضى السرطان كالقلق، الكآبة، الإحباط، وغيرها، ويضم 17 بنداً هي البنود رقم: 4-6-7-8-9-10-11-13-15-17-19-21-23-27-28-31-32.

√ **البعد الجسمي:** ويقصد به الأعراض الجسمية الناشئة عن الإصابة بالمرض كالغثيان و التقيؤ، ويضم 6 بنود هي البنود رقم: 1-2-3-22-25-29.

√ **البعد المرتبط بالعلاج:** ويقصد به مجموع الأعراض التي يعاني منها مرضى السرطان أثناء وبعد العلاج سواء أكان جراحى، كيميائى، إشعاعى، ويضم 3 بنود هي البنود رقم: 14-18-24.

√ **البعد الاجتماعي والاقتصادي:** ويقصد به ظهور اضطرابات في العلاقات الاجتماعية، إضافة للصعوبات المالية التي يعاني منها هؤلاء المرضى جراء الإصابة بالسرطان، ويضم 6 بنود هي البنود رقم: 5-12-16-20-26-30.

ويتم الإجابة عن كل بند وفقاً لطريقة "ليكارت" (Likert) في التصحيح (من 1 إلى 5)، وقد جاءت صياغة جميع العبارات موجبة، أما عن طريقة التنقيط الخاصة بهذا المقياس فقد كانت وفقاً للترتيب الآتي:

- تشكل ضغطاً كبيراً جداً: تنقيطها 5.

- تشكل ضغطاً كبيراً: تنقيطها 4.

- تشكل ضغطاً متوسطاً: تنقيطها 3.

- تشكل ضغطاً قليلاً: تنقيطها 2.

- لا تشكل ضغطاً: تنقيطها 1.

وقبل تطبيق هذا المقياس عمدت الباحثة إلى التأكد من مدى صلاحيته لعينة الدراسة، وذلك بالتعرف على مدى توفره على الشروط السيكومترية الضرورية لأي أداة قياس (الصدق، والثبات).

1.2.2.5. صدق المقياس:

اعتمدت الباحثة على نوعين من الصدق هما:

✓ صدق المحكمين. ✓ الصدق الذاتي.

1.1.2.2.5. صدق المحكمين:

تم عرض مقياس الضغط النفسي على 12 خبيراً، يمثلون مجموعة من الأساتذة من جامعات جزائرية مختلفة (جامعة سطيف، البلدية، قسنطينة)، ومتخصصون في علم النفس، ولهم خبرة كبيرة في ميدان البحث العلمي بصفة عامة وأدوات القياس بصفة خاصة (أنظر الملحق رقم:03)، وطلب منهم إبداء رأيهم حول:

✓ مدى صلاحية البنود وقدرتها على قياس الضغط النفسي عند مرضى الأورام السرطانية.

✓ مدى مناسبة هذه البنود للبيئة الجزائرية، أي التأكد من خلوها من العناصر الثقافية الغريبة عن المجتمع الجزائري.

✓ مدى وضوح البنود من حيث الصياغة اللغوية.

✓ مدى ملائمة البنود من حيث: عددها، وطريقة الإجابة عليها.

✓ اقتراح بعض البنود التي يرونها مناسبة.

وقد كانت آراء هؤلاء الخبراء كما يوضحها الجدول الآتي:

الجدول (08): يوضح حساب صدق المحكمين لمقياس الضغط النفسي.

رقم البند	تقيس	لا تقيس	نسبة الاتفاق	تعديل	تحذف
01	10	02	%83.33		
02	09	03	%75		
03	04	08	%66.66	X	
04	09	03	%75		
05	05	07	%58.33	X	
06	11	01	%91.66		
07	11	01	%91.66		
08	10	02	%83.33		
09	07	07	%58.33	X	
10	10	02	%83.33		
11	11	01	%91.66		
12	11	01	%91.66		
13	11	01	%91.66		
14	11	01	%91.66		
15	09	03	%75		
16	10	02	%83.33		
17	11	01	%91.66		
18	12	00	%100		
19	09	03	%75		
20	10	02	%83.33		
21	11	01	%91.66		
22	09	03	%75		
23	11	01	%91.66		
24	12	00	%100		
25	11	01	%91.66		
26	10	02	%83.33		
27	11	01	%91.66		
28	09	03	%75		
29	11	01	%91.66		
30	11	01	%91.66		
31	11	01	%91.66		
32	10	02	%83.33		

نلاحظ من الجدول أعلاه أن نسبة اتفاق الخبراء على أن بنود هذا الاختبار صادقة وصالحة لقياس الضغط النفسي عند مرضى السرطان قد تراوحت ما بين (58% و100%)، لذا فقد تم اعتماد جميع البنود التي كانت نسبة اتفاق الخبراء عليها (70%) فأكثر، أما البنود التي كانت نسبة اتفاقهم عليها دون ذلك وهي البنود رقم: 3، 5، 9 قد تم تعديل صياغتها من طرف هؤلاء الخبراء أنفسهم، وكانت على النحو الآتي:

√ البند رقم: 3 الذي صيغته كالاتي: "أعاني من النسيان وضعف الذاكرة" واستبدل ب: " أشعر بأن ذاكرتي أصبحت ضعيفة بعد إصابتي بالمرض".

√ البند رقم: 5 الذي صيغته كالاتي: " أشعر بالوحدة والانعزال" واستبدل ب: "أشعر بالوحدة والانعزال عن الآخرين بعد إصابتي بالمرض".

√ البند رقم: 9 الذي صيغته كالاتي: "أعاني من الملل والفراغ" واستبدل ب: "أشعر بأنني لست قادرا على القيام بما أريد".

2.1.2.2.5. الصدق الذاتي:

$$\text{الصدق الذاتي} = \text{معامل الثبات} = \sqrt{0.9} = 0.94$$

ومنه يمكن القول بأن هذا المقياس صادق، ويمكن الاعتماد عليه لقياس الضغط النفسي عند مرضى الأورام السرطانية.

2.2.2.5. ثبات المقياس:

لحساب ثبات هذا المقياس قامت الباحثة بتطبيقه على عينة قوامها (30 فردا)، وبعد تصحيحه تم حساب معامل ثباته بمعادلة "جتمان" (Guttman) والتي صيغتها الرياضية كما يلي:

$$\text{م}^2 = 2 \left(\frac{ع_1^2 + ع_2^2}{ع^2} - 1 \right) \dots \text{حيث:}$$

م ث: معامل الثبات.

ع¹: درجات الأفراد في الأسئلة الفردية .

ع²: درجات الأفراد في الأسئلة الزوجية.

ع^ك: درجات الأفراد في الاختبار ككل.

1، 2: أعداد ثابتة.

أما التباين فقد تم حسابه بالصيغة الرياضية الآتية:

$$\text{ع}^2 = \frac{1}{ن} [ن \text{ م ج س}^2 - (\text{م ج س})^2] \dots \text{حيث:}$$

ع²: قيمة التباين.

س: قيم المتغير الذي نريد حساب تباينه.

ن: عدد أفراد العينة.

1: عدد ثابت.

وقد تم حساب معامل ثبات هذا الاختبار من البيانات الموجودة في (الملحق رقم: 04) بمعادلة "جتمان" وكان يساوي (0.90) وهو معامل ثبات مرتفع، ومنه فمقياس الضغط النفسي ثابت.

وبنفس الطريقة تم حساب معاملات الثبات لكل بعد من أبعاد المقياس، وكانت النتائج كما يوضحها الجدول الآتي:

الأبعاد	معامل الثبات
البعد النفسي	0.86
البعد الجسمي	0.66
البعد المرتبط بالعلاج	0.50
البعد الاقتصادي / الاجتماعي	0.80

ومنه فالمقياس ثابت سواء في أبعاده الأربعة (البعد النفسي، الجسمي، المرتبط بالعلاج، الاقتصادي/اجتماعي) أو للمقياس ككل، حيث تراوحت قيم معامل الثبات بين (0.50) بالنسبة للبعد المرتبط بالعلاج و(0.86) بالنسبة للبعد النفسي، وعليه فكل الأبعاد أظهرت ثباتا مرتفعا لمقياس الضغط النفسي.

3.2.5. مقياس استراتيجيات المواجهة:

أعد كل من "لازاروس" و"فولكمان" (Lazarus&Folkman) (1980) مقياس استراتيجيات المواجهة، والذي تم تطويره عدة مرات من قبل مصمميته، ويحتوي على (67 بنداً) تعمل على تقرير سلوكيات وأفكار الأفراد المستخدمة أمام الضغط الذي يواجهونه في الحياة اليومية، ولقد تم تعديله من قبل "فيتاليانو" (Vitaliano) (1985) والذي قام بتقليص عدد البنود ليصبح (42 بنداً)، ثم تم تكييفه وتعديله بما يتلاءم مع أفراد المجتمع الفرنسي من خلال ترجمته للغة الفرنسية من قبل "كوسو" وآخرون (Cousson et al) عام (1996)، كما طبقوا هذه النسخة من المقياس والتي تحتوي (42 بنداً) على (468 فرداً فرنسياً راشداً)، وقد سمح لهم هذا بإبراز ثلاث (3) استراتيجيات رئيسية تتمثل فيما يلي:

√ المواجهة المتمركزة حول المشكل: تشمل 10 بنود هي البنود رقم : 1- 4- 7- 10- 13- 16- 19- 22- 25- 27.

√ المواجهة المتمركزة حول الانفعال: تشمل 9 بنود هي البنود رقم : 2- 5- 8- 11- 14- 17- 20- 23- 26.

√ المواجبة المتمركزة حول الدعم الاجتماعي: تشمل 8 بنود هي البنود رقم: 3- 6- 9- 12- 15- 18- 21- 24.

أما عن كيفية الإجابة على هذا المقياس، فتكون حسب سلم من أربع (4) بدائل (لا، بالأحرى لا، نعم، بالأحرى نعم)، أما فيما يخص التصحيح فيفترض وضع العلامات من 1 إلى 4 لكل عبارة تبعا لنوعيتها:

√ إذا كانت صياغة العبارة موجبة، فالتنقيط يكون كالآتي:

لا = 1

بالأحرى لا = 2

نعم = 3

بالأحرى نعم = 4

√ أما إذا كانت صياغة العبارة سالبة، فالتنقيط يكون كالآتي:

لا = 4

بالأحرى لا = 3

نعم = 2

بالأحرى نعم = 1

ونشير إلى أن صياغة جميع البنود كانت موجبة ماعدا صياغة البند رقم (15) كانت سالبة.

ويتم الحصول على درجة كل مفحوص بجمع مجموعة نتائج البنود المتعلقة بكل بعد. (وليدة مرازقة، 2008، ص105)

وتماشيا مع نتائج المقابلات المشار إليها سابقا قررت الباحثة الاعتماد على هذا المقياس ، لأنه يقيس نفس الأبعاد التي توصلنا إليها في هذه المقابلات، وذلك بعد إدخال بعض التعديلات عليه ، بما يتلاءم مع أفراد من المجتمع الجزائري.

ففي البداية تم تغيير بدائل مقياس استراتيجيات المواجهة لتسهيل الإجابة عليه، باعتبار أن أفراد العينة لديهم خصوصية، تتمثل في حالة التعب والإجهاد الذي يعانون منه جراء الصعوبات الناجمة عن المرض في حد ذاته، وعن الآثار الجانبية التي تخلفها العلاجات الخاصة بهذا النوع من الأمراض المزمنة، وقد أصبحت صيغتها كالآتي:

نعم = نعم

بالأحرى نعم = أحيانا

بالأحرى لا = نادرا

لا = لا

1.3.2.5. صدق المقياس:

اعتمدت الباحثة على نوعين من الصدق هما:

√ صدق المحكمين. √ الصدق الذاتي.

1.1.3.2.5. صدق المحكمين:

تم عرض مقياس استراتيجيات المواجهة على 12 خبيرا، وهم أساتذة من جامعات جزائرية مختلفة (جامعة سطيف، قسنطينة، البليدة)، ومتخصصين في علم النفس ولهم خبرة كبيرة في ميدان البحث العلمي بصفة عامة وأدوات القياس بصفة خاصة (أنظر الملحق رقم: 03) وقد طلب منهم إبداء رأيهم حول:

√ مدى صلاحية البنود وقدرتها على قياس استراتيجيات المواجهة التي يوظفها مرضى السرطان.

√ مدى مناسبة هذه البنود للبيئة الجزائرية، أي التأكد من خلوها من العناصر الثقافية الغريبة عن المجتمع الجزائري.

√ مدى ملائمة البنود من حيث: عددها، وطريقة الإجابة عليها.

√ اقتراح بعض البنود والتي يرونها مناسبة لقياس هذه الظاهرة.

وقد كانت آراء الخبراء كما يوضحها الجدول الآتي:

الجدول (09): يوضح حساب صدق المحكمين لمقياس استراتيجيات المواجهة.

رقم البند	تقيس	لا تقيس	نسبة الاتفاق	تعديل	تحذف
01	12	00	%100		
02	12	00	%100		
03	12	00	%100		
04	12	00	%100		
05	12	00	%100		
06	11	01	%91.66		
07	12	00	%100		
08	12	00	%100		
09	12	00	%100		
10	12	00	%100		
11	12	00	%100		
12	12	00	%100		
13	10	02	%83.33		
14	10	02	%83.33		
15	10	02	%83.33		
16	12	00	%100		
17	12	00	%100		
18	12	00	%100		

		%100	00	12	19
		%100	00	12	20
		%83.33	02	10	21
		%100	00	12	22
		%83.33	02	10	23
		%83.33	02	10	24
		%100	00	12	25
		%100	00	12	26
		%91.66	01	11	27

نلاحظ من الجدول أعلاه إجماع الخبراء على أن كل بنود هذا الاختبار صادقة وصالحة لقياس استراتيجيات المواجهة عند أفراد هذه العينة، حيث تراوحت نسبة اتفاقهم عليها ما بين (83.33% و 100%).

2.1.3.2.5. الصدق الذاتي:

$$\text{الصدق الذاتي} = \sqrt{\text{معامل الثبات}} = \sqrt{0.91} = 0.95$$

ومنه يمكن القول بأن هذا المقياس صادق فيما أعد لقياسه، ويمكن الاعتماد عليه لقياس استراتيجيات المواجهة عند مرضى الأورام السرطانية.

2.3.2.5. ثبات المقياس:

قامت الباحثة بحساب ثبات مقياس استراتيجيات المواجهة، وذلك بتطبيق المقياس على عينة قوامها (30 فرداً) من مرضى السرطان، كما تم حساب معامل ثبات هذا الاختبار من البيانات الموجودة في (الملحق رقم: 04)، بواسطة معادلة "هورست" (Horst) والتي معادلتها الرياضية على النحو الآتي:

$$r = \frac{4 + 2r^2}{r^2 - 1} \text{ أ ب}$$

م ث = حيث:

$$2 \text{ أ ب } (r^2 - 1)$$

ر: هو معامل الارتباط بين درجات القسمين (الفردى والزوجي)، ويساوي (0.85).

أ: هي نسبة عدد مفردات أحد الجزئين إلى عدد مفردات الاختبار ككل، وتساوي (0.51).

ب: هي نسبة عدد مفردات الجزء الآخر إلى عدد مفردات الاختبار ككل، وتساوي (0.48). (أحمد عبد الرحمان إبراهيم، دون تاريخ، ص139)

وبحساب معامل الارتباط (ر) بمعادلة "بيرسون" (Person) والتي صيغتها الرياضية على النحو الآتي:

$$r = \frac{\sum (X - \bar{X})(Y - \bar{Y})}{\sqrt{\sum (X - \bar{X})^2 \sum (Y - \bar{Y})^2}}$$

$$r = \frac{\sum (X - \bar{X})(Y - \bar{Y})}{\sqrt{\sum (X - \bar{X})^2 \sum (Y - \bar{Y})^2}}$$

$$r = \frac{\sum (X - \bar{X})(Y - \bar{Y})}{\sqrt{\sum (X - \bar{X})^2 \sum (Y - \bar{Y})^2}}$$

حيث:

س: قيم المتغير الأول.

ص: قيم المتغير الثاني.

ن: عدد أفراد العينة. (عبد الكريم بوحفص، 2005، ص214)

وبعد حساب معامل الثبات وفقا للمعادلة السابقة - معادلة "هورست" (Horst) - نجد أن معامل الثبات يساوي (0.91)، وبذلك يمكن اعتبار مقياس استراتيجيات المواجهة ثابت وصالح للتطبيق في هذه الدراسة.

أما عن ثبات كل بعد من أبعاد مقياس استراتيجيات المواجهة، فقد طبقت معادلة "جتمان" (Guttman) والذي سبقت الإشارة إليها، والذي خلصت إلى النتائج الآتية:

√ بعد استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل معامل ثباته يساوي (0.90)، ومنه فالبعد ثابت.

√ بعد استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال معامل ثباته يساوي (0.66) ومنه فالبعد ثابت.

√ بعد استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول السند الاجتماعي معامل ثباته يساوي (0.88) ومنه فالبعد ثابت.

3.5. عينة الدراسة :

1.3.5. مجتمع الدراسة:

قامت الباحثة بإجراء دراستها الميدانية بالعيادة متعددة الخدمات "قماش أحمد" بمدينة سطيف (الهضاب) التابعة للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية- سطيف، والتي تضم جناحا خاصا للتكفل الطبي والنفسي بمرضى السرطان (Service d'Encocologie) على اختلاف وتنوع أماكن الإصابة به، ومن أمثلتها نجد (سرطان الثدي، الرحم، البروستات، الرئة، المعدة، القولون/المستقيم، وغيرها) ويقصدُ المرضى هذه المصحة من ولاية سطيف ومن الولايات المجاورة (مسيلة، بجاية، باتنة،... وغيرها)، ويعتبر هذا المركز حديث النشأة فقد تم تدشينه في الفتح

من جوان لسنة 2011 في أحد شوارع حي الهضاب بالجهة الشمالية الشرقية لمدينة سطيف، وتتكون هذه الوحدة من:

❖ الإطار الهيكلي للمصحة: ويضم:

- مكتب خاص بالطبيب المسؤول.
- قاعة لتحضير العلاج الكيماوي (Chimiothérapie).
- قاعة للعلاج المهدئ (Soin palliatif) والاستعجال مجهزة ب 3 أسرة.
- قاعة كبيرة خاصة بالعلاج الكيماوي مجهزة ب 8 أريكات.
- مكتب للسكرتارية مع رفوف خاصة بالأرشيف، إضافة إلى حمام وغرفة خاصة بالملابس.

❖ الإطار البشري للمصحة: يعمل في هذه الوحدة فريق متكامل يضم:

- 3 أطباء يقومون بفحص المرضى.

- رئيسة المصلحة.

- 3 شبه طبيين مؤهلين.

- مختصة نفسانية.

- 3 موظفات في السكرتارية.

- عون الأمن.

2.3.5. المجتمع الأصلي للدراسة:

في سنة 2011 تم تقدير (260 فردا) مصابا بالسرطان بمختلف أنواعه، وعلى اختلاف أعمارهم، ومحل إقامتهم (إحصائيات تم الحصول عليها من مكتب سكريتاريه المصحة)، التي قامت بتسجيل عدد المتوافدين على المصحة سواء

لإجراء الفحوصات الطبية أو لأخذ العلاج الكيماوي، وقد اعتبرت الباحثة هؤلاء الأفراد هم المجتمع الأصلي للدراسة، وذلك نظرا لغياب إحصائيات رسمية حقيقية حول عدد مرضى السرطان سواء في ولاية سطيف أو في ولايات أخرى - حسب علم الباحثة - وقد قامت باستخراج عينة دراستها منه.

3.3.5. عينة الدراسة:

تم اختيار عينة البحث بطريقة عشوائية، حيث قامت الباحثة بتطبيق المقياسين (الضغط النفسي، استراتيجيات المواجهة) على الأفراد الموجهين إليها من طرف الطبيب، وذلك خلال فترة التربص بهذه المصحة على نحو ما يقارب ثلاثة أشهر ونصف (من 15 سبتمبر 2011 إلى 30 ديسمبر 2011)، والتي قدرت بـ 120 فردا مصابا بالسرطان، وهو ما يمثل نسبة (46.15%) من مجتمع الدراسة، من فئات عمرية مختلفة حيث تراوحت أعمارهم بين (20-85 سنة)، من كلا الجنسين، وقد توزع عدد أفراد العينة حسب متغير الجنس وفقا للجدول الآتي:

الجدول (10): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس.

الجنس	الذكور	الإناث	المجموع
العدد	33	87	120
النسبة	%27.5	%72.5	%100

يتضح من الجدول السابق أن عدد أفراد العينة من الإناث يفوق عدد الذكور، حيث قدر عددهن بـ 87 مصابة بالسرطان، أي ما نسبته %72.5 وهي نسبة كبيرة مقارنة بعدد الذكور، والذي بلغ عددهم 33 فردا مصابا بالسرطان بنسبة تقدر بـ %27.5. كما تم توزيع أفراد العينة حسب متغير المرحلة العمرية وفقا للجدول الآتي:

الجدول (11): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير المرحلة العمرية.

الفئة العمرية	الشباب [40-20]	الكهول [60-41]	المسنين [61 فأكثر]	المجموع
العدد	31	70	19	120
النسبة	%25.83	%58.33	%15.83	%100

يتبين من الجدول أعلاه توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المرحلة العمرية، ونلاحظ من خلاله أن فئة الكهول حازت على الصدارة من حيث عدد الأفراد، والذي بلغ 70 فردا مصابا بالسرطان، أي ما نسبته %58.33، تليه فئة الشباب والذي بلغ عددهم 31 فردا من مرضى السرطان، أي بنسبة %25.83، وفي الأخير بلغ عدد المسنين 19 مريض، ما قدرت نسبته ب%15.83.

كما تم توزيع أفراد العينة حسب متغيري الدراسة (الجنس والمرحلة العمرية)، وفقا للجدول الآتي:

الجدول (12): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيري الدراسة (الجنس، المرحلة العمرية).

المجموع	الفئات العمرية						المتغيرات
	المسنين [61 - فأكثر]		الكهول [60-41]		الشباب [40-20]		
	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	الجنس
33	%33.33	11	%42.42	14	%24.24	08	ذكور
87	%9.19	08	%64.36	56	%26.43	23	إناث
120	19		70		31		المجموع

نلاحظ من الجدول أعلاه أن الإناث من فئة الكهول تتصدرن قائمة المصابين بالسرطان، فقد بلغ عددهن 56 امرأة مصابة بالسرطان، أي ما نسبته %64.36،

تليها الإناث من فئة الشباب بعدد بلغ 23 امرأة، أي بنسبة قدرت بـ 26.43%، وفي الأخير نجد الإناث المسنات بعدد قدر بـ 08 نساء، بنسبة 9.19%، أما عن الذكور فقد تصدر الكهول أيضا القائمة بـ 14 فردا، وقد قدرت نسبتهم بـ 42.42%، ثم المسنين بـ 11 فردا، بنسبة قدرت بـ 33.33%، ويليهما الذكور من فئة الشباب بعدد قدر بـ 08 أفراد، بنسبة 24.24%.

4.3.5. وصف جلسات تطبيق المقياسين:

توجهت الباحثة للعيادة المتعددة الخدمات "قماش أحمد" بالجناح الخاص بالأورام السرطانية والعلاج الكيماوي، وذلك ابتداء من وقت حصولها على ترخيص يسمح لها بالدخول لتلك المصحة ومزاولة الجانب التطبيقي، وذلك بتطبيق مقياسي الدراسة (الضغط النفسي، استراتيجيات المواجهة) على عينة البحث، وذلك ابتداء من منتصف شهر سبتمبر 2011 إلى نهاية ديسمبر 2011، لمدة يومين في الأسبوع، أين يخضع مرضى السرطان للفحوصات الطبية اللازمة، وبرمجة جلسات العلاج الكيماوي من طرف الطاقم الطبي، إضافة إلى خضوع المرضى المتضررين لجلسات العلاج المهدئ (Soins Palliatif)، وقد تراوحت مدة تطبيق المقياسين من نصف ساعة إلى ساعة إلا ربع، ويعود طول فترة الإجابة على المقياسين للصعوبات التي يواجهها المريض في قراءة بنود المقياس، وما يترتب عن الآثار الجانبية للعلاج الكيماوي الخاصة بتأثيره على القدرات العقلية (على سبيل المثال كالانتباه، التركيز، الذاكرة... وغيرها) من جهة، ومن جهة أخرى لمحدودية المستوى التعليمي لغالبية أفراد عينة الدراسة، مما دفع الباحثة إلى وضع نسخة من المقياسين بالعامية (الدارجة) لتسهيل الإجابة عليهما، كما قامت الباحثة بمساعدة المرضى على الكتابة من خلال وضع العلامة في المكان الذي يشير إليه المريض، نظرا لحالتهم الصحية المتدهورة، وبين تطبيق المقياس الأول والثاني تسأل الباحثة المريض إن كان يود المواصلة أو أخذ استراحة قصيرة، وقبل المباشرة في تطبيق المقياس الأول الخاص بالضغط النفسي تقوم الباحثة بمحادثة بسيطة للوقوف على الحالة الصحية للمريض، وسؤاله عن حاله، خلق جو من الود بينهما، ثم قيام الباحثة بشرح أهداف البحث، كيفية

الإجابة على المقياسين، والسماح له بالاستفسار عن الأشياء المبهمة التي لم يفهمها، وبعدها تقوم بقراءة تعليمة الاختبار للمريض، تليها البنود الواحدة تلو الأخرى، ويلى تطبيق مقياس الضغط النفسي مقياس استراتيجيات المواجهة والإجابة عليه بنفس الطريقة، لتتأكد الباحثة في الأخير من أن المريض أجاب على جميع بنود المقياسين.

4.5. الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة :

استخدمت الباحثة في هذه الدراسة عدة أساليب إحصائية، بعضها في حساب الخصائص السيكومترية (الصدق والثبات) للمقياسين كمعدلة "جتمان" (Gutman)، معادلة "هورست" (Horst) والذي ورد ذكر صيغتهما الرياضية سابقا، أما عن الأساليب الإحصائية الخاصة بتحليل البيانات ومعالجتها، فقد تضمنت: استخدام اختبار (ت) (Ttest) الذي يقوم على أساس مقارنة الفروق بين المتوسطات، وذلك بحساب قيمة (ت) لفرق متوسطين مرتبطين لعينة واحدة، وفقا للمعادلة الآتية:

$$d = n - 1$$

$$\frac{\text{مج ف}^2}{n-1} = \text{الانحراف المعياري للفروق} = \dots \text{حيث:}$$

ف: انحراف كل فرق من فروق الدرجات.

ن: عدد أفراد العينة.

الانحراف المعياري للفروق

$$\text{الخطأ المعياري لمتوسط الفروق} = \sqrt{\frac{\text{ن}}{\text{س}_1^2 + \text{س}_2^2}}$$

ت = حيث:

الخطأ المعياري لمتوسط الفروق

س₁: يرمز لمتوسط المتغير الأول.

س₂: يرمز لمتوسط المتغير الثاني. (محمد بوعلاق، 2009، ص 146)

وقد حسبت قيمة (ف) لفحص التجانس بقسمة التباين الكبير على التباين الصغير، وفي حالة ما إذا كان هناك تجانس، نقوم بحساب قيمة (ت) لفرق متوسطين لعينتين مستقلتين، متجانستين، وغير متساويتين في الحجم، حيث $n_1 \neq n_2$ بالمعادلة الآتية:

$$د. ح = \frac{n_1 + n_2 - 2}{n_1 n_2}$$

$$\text{س}_1^2 + \text{س}_2^2$$

ت = حيث:

$$\left[\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right] \left[\frac{n_1^2 \text{ع} (1 - n_2) + n_2^2 \text{ع} (1 - n_1)}{n_1 n_2} \right]$$

$$n_1 + n_2 - 2$$

\bar{S}_1 : متوسط المتغير الأول.

\bar{S}_2 : متوسط المتغير الثاني.

E_1^2 : تباين المتغير الأول.

E_2^2 : تباين المتغير الثاني.

n_1 : عدد أفراد المتغير الأول.

n_2 : عدد أفراد المتغير الثاني. (سامي محمد ملحم، 2005، ص205)

أما إن دلت قيمة (ف) على عدم التجانس، نقوم بحساب قيمة (ت) لفرق متوسطين لعينتين مستقلتين، غير متجانستين، وغير متساويتين في الحجم، حيث $n_1 \neq n_2$ بالمعادلة الآتية:

$$D.C = n - 1$$

$$\bar{S}_1 - \bar{S}_2$$

حيث:.....

$$T = \frac{\frac{E_1^2}{n_1} + \frac{E_2^2}{n_2}}{\dots}$$

\bar{S}_1 : متوسط المتغير الأول.

\bar{S}_2 : متوسط المتغير الثاني.

E_1^2 : تباين المتغير الأول.

E_2^2 : تباين المتغير الثاني.

n_1 : عدد أفراد العينة. (محمد بوعلاق، 2009 ، ص150)

الفصل السادس : عرض البيانات واستخلاص النتائج

1.6. عرض البيانات.

2.6. معالجة الفرضيات واستخلاص النتائج.

الخاتمة

المقترحات

1.6. عرض البيانات:

بعد تطبيق مقياسي الضغط النفسي واستراتيجيات المواجهة على أفراد عينة الدراسة من مرضى السرطان، قامت الباحثة بعرض بياناتها في جداول تساعدها على معالجة الفرضيات، والتي أدرجت وفقا للتسلسل الآتي:

الجدول(13): يوضح درجات أفراد العينة في مقياس الضغط النفسي ومقياس استراتيجيات المواجهة ككل.

استراتيجيات المواجهة				الضغط النفسي					الأفراد
الدرجة الكلية	السند الاجتماعي	حول الانفعال	حول المشكل	الدرجة الكلية	الاقتصادي / الاجتماعي	العلاجي	الجسمي	النفسي	
74	15	22	37	105	15	14	19	57	01
85	22	27	36	119	12	11	25	71	02
74	10	28	36	113	29	8	20	56	03
75	18	20	37	120	29	15	21	55	04
67	13	20	34	111	14	14	26	57	05
85	22	28	35	96	11	7	19	59	06
85	21	34	30	137	29	11	17	80	07
72	14	21	37	129	28	10	20	71	08
60	12	11	37	104	17	10	22	55	09
65	14	14	37	129	28	14	22	65	10
78	14	26	38	115	15	13	22	65	11
66	11	22	33	109	27	10	19	53	12
57	11	18	28	124	21	12	20	71	13
61	21	18	22	106	12	10	26	58	14
62	22	18	22	125	15	10	30	70	15
50	19	15	16	109	10	9	24	66	16
56	19	18	19	94	5	11	24	54	17
46	13	14	19	86	5	14	20	47	18
47	13	11	23	124	23	15	28	58	19
49	13	11	25	112	6	11	29	66	20
46	10	11	25	96	4	11	29	52	21
59	20	22	17	125	21	12	24	68	22
80	28	28	24	117	19	12	24	62	23
78	19	34	25	132	28	11	26	67	24

71	22	21	28	122	29	10	27	56	25
61	21	18	22	100	5	11	29	55	26
62	21	15	26	95	8	11	22	54	27
66	24	22	20	110	11	11	24	64	28
73	27	24	22	109	20	13	24	52	29
73	27	27	19	149	30	14	28	77	30
78	27	27	24	125	22	13	20	70	31
73	29	20	24	123	27	10	27	59	32
57	20	19	18	106	13	10	20	63	33
72	14	25	33	111	18	12	21	60	34
58	17	24	17	122	19	10	27	66	35
59	24	24	11	104	16	12	20	56	36
59	22	26	11	108	23	10	22	53	37
75	19	28	28	104	10	11	24	59	38
65	24	25	16	115	8	13	24	70	39
68	25	28	15	110	26	10	20	54	40
69	25	22	22	130	29	11	22	68	41
58	14	22	22	115	23	11	19	62	42
61	17	22	22	107	16	12	22	57	43
66	22	20	24	106	15	10	19	62	44
71	26	19	26	138	28	13	24	73	45
66	24	20	22	109	21	12	19	57	46
60	14	25	21	122	28	10	25	59	47
81	26	25	30	119	28	12	19	60	48
70	15	23	32	114	24	11	24	55	49
64	20	24	20	116	13	12	20	71	50
73	20	28	25	126	28	12	28	58	51
72	25	28	19	136	26	14	28	68	52
71	24	29	18	121	29	11	26	55	53
64	25	22	17	126	29	14	20	63	54
67	25	25	17	136	29	11	24	72	55
68	22	24	22	115	26	13	25	51	56
72	28	28	16	109	20	11	23	55	57
73	29	25	19	123	24	11	22	66	58
77	30	25	22	119	27	11	21	60	59
75	30	17	28	100	10	9	14	67	60
88	32	28	28	134	28	14	28	64	61
84	31	28	25	134	26	13	28	67	62
72	30	28	14	131	30	12	29	60	63

74	30	28	16	111	14	10	21	66	64
80	32	24	24	115	21	11	18	65	65
76	30	30	16	115	29	11	16	59	66
66	29	22	15	121	30	11	15	65	67
69	27	24	18	128	19	13	22	74	68
76	27	30	19	133	26	13	29	65	69
83	29	25	29	115	25	11	14	65	70
65	28	25	12	143	27	14	30	72	71
66	30	24	12	100	26	8	16	50	72
59	18	30	11	98	25	8	18	47	73
54	18	25	11	82	16	8	14	44	74
65	29	26	10	103	3	9	20	71	75
72	29	27	16	130	20	14	28	68	76
60	15	27	18	136	22	14	27	73	77
78	30	30	18	84	20	8	26	30	78
81	30	29	22	102	5	10	19	68	79
83	30	29	24	142	29	13	27	73	80
72	32	18	22	99	27	8	15	49	81
78	30	30	18	91	18	9	15	49	82
70	27	28	15	131	23	14	23	71	83
74	28	31	15	122	26	12	15	69	84
71	28	30	13	98	30	10	14	44	85
72	26	28	18	108	27	10	19	52	86
72	25	28	19	110	30	10	22	48	87
71	25	27	19	126	28	12	24	62	88
70	25	25	20	126	29	13	28	56	89
75	30	25	20	127	28	13	22	64	90
78	30	30	18	129	21	11	23	74	91
72	24	27	21	103	16	13	21	53	92
70	24	30	16	122	21	11	24	66	93
71	25	28	18	119	25	10	24	60	94
76	24	28	24	135	27	10	27	71	95
65	24	25	16	101	7	11	21	62	96
69	24	30	15	112	24	8	24	56	97
77	22	25	30	100	17	9	22	52	98
82	28	32	22	88	9	11	20	48	99
69	27	20	22	115	5	13	24	73	100
68	25	29	14	123	25	11	28	59	101
60	25	19	16	102	6	12	25	59	102

66	24	28	14	125	29	14	20	62	103
76	29	32	15	122	10	10	28	74	104
69	29	21	19	90	10	9	20	51	105
72	26	25	21	109	8	10	25	66	106
79	26	32	21	124	14	14	28	68	107
68	26	21	21	100	15	10	20	55	108
70	21	29	20	94	12	9	20	53	109
74	20	32	22	129	25	13	24	67	110
63	26	17	20	145	29	15	22	79	111
76	28	25	23	144	29	14	29	72	112
86	30	30	26	66	8	5	16	37	113
81	30	27	24	105	27	11	16	51	114
83	28	32	23	73	9	15	10	39	115
75	27	30	18	84	16	11	17	40	116
86	27	34	25	111	29	10	13	59	117
82	25	32	25	110	26	11	18	55	118
72	27	28	17	99	18	11	17	53	119
69	30	28	11	78	12	12	11	43	120
8405	2829	2972	2604	13689	2417	1357	2658	7257	المجموع
70,04	23,57	24,76	21,7	114,07	20,14	11,30	22,15	60,47	س

من الجدول أعلاه نلاحظ أن الضغط النفسي يرتفع في البعد النفسي والذي بلغ المتوسط الحسابي لدرجات الأفراد فيه (60.47)، يليه المتوسط الحسابي للبعد الجسمي ب (22.15)، ثم البعد الاقتصادي /الاجتماعي ب (20.14)، وفي الأخير البعد المرتبط بالعلاج والذي قدر متوسطه الحسابي ب (11.30)، مما قد يوحي بأن الضغط النفسي الذي يعاني منه أفراد العينة، يتفاوت تأثيره حسب المصادر المعتمدة في هذا المقياس، حيث أقر أفراد العينة بأن البعد النفسي هو الأكثر إثارة للضغط النفسي عندهم، يليه البعد الجسمي، ثم البعد الاقتصادي /الاجتماعي، وفي الأخير البعد المرتبط بالعلاج.

بالمقابل نجد أن درجات الأفراد في مقياس استراتيجيات المواجهة تدل على أن هؤلاء الأفراد يميلون أكثر لتوظيف استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال، وذلك بمتوسط حسابي قدره (24.76)، ثم استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول السند الاجتماعي بمتوسط قدره (23.57)، وفي الأخير استراتيجيات المواجهة المتمركزة

حول المشكل بمتوسط قدره (21.7)، ومنه يمكن القول: أن استراتيجيات المواجهة التي يفضل أفراد العينة استخدامها أكثر هي المتمركزة حول الانفعال.

ولسهولة التعليق على هذه البيانات تم حساب المتوسط النظري لدرجات مقياس الضغط النفسي ككل، ودرجات كل بعد من أبعاده بالصيغة الرياضية الآتية:

مجموع درجات العبارة

المتوسط النظري = $\frac{\text{مجموع درجات العبارة}}{\text{عدد العبارات}}$

عدد احتمالات الإجابة

وبعد حساب المتوسط النظري لمقياس الضغط النفسي ككل، والذي كان يساوي (96) تم اعتبار الدرجة التي تزيد عن هذه القيمة تعبر عن ضغط نفسي مرتفع، والدرجة التي تقل عن هذه القيمة تعبر عن ضغط نفسي منخفض، وهكذا بلغ عدد الأفراد الذين يعانون من الضغط النفسي المرتفع (105 فردا)، والذي قدرت نسبتهم ب (87.5%) وهي نسبة كبيرة إذا ما قورنت مع أفراد العينة من منخفضي الضغط النفسي، والذي بلغ عددهم (13 فردا) وبلغت نسبتهم (10.83%).

أما عن حساب المتوسط النظري لمقياس الضغط النفسي لكل بعد على حدى، فقد أسفرت عن النتائج الآتية: فالمتوسط النظري الخاص بالبعد النفسي بلغ (51)، حيث أن عدد الأفراد الذين يعيشون ضغطا نفسيا مرتفعا في البعد النفسي بلغوا (103 فردا) وقدرت نسبتهم ب (85.83%)، أما عن عدد الأفراد الذين ينخفض الضغط النفسي لديهم فقد بلغ عددهم (14 فردا) بنسبة (11.66%).

أما عن المتوسط النظري الخاص بالبعد الجسمي فقد بلغ (18)، ومنه فالأفراد الذين يعيشون ضغطا نفسيا مرتفعا للبعد الجسمي بلغ عددهم (99 فردا) وقدرت نسبتهم ب (82.5%)، أما عن عدد الأفراد الذين يعيشون ضغطا نفسيا منخفضا فقد بلغ عددهم (18 فردا) وقدرت نسبتهم ب (15%).

وبالنسبة للمتوسط النظري الخاص بالبعد العلاجي فقد بلغ (9)، وعليه فإن عدد الأفراد الذين يعيشون ضغطا نفسيا مرتفعا بلغ عددهم (104 فرد) وبلغت نسبتهم (86.66%)، أما عن عدد الأفراد الذين يعيشون ضغطا نفسيا منخفضا فقد عددهم ب (9 أفراد) وقدرت نسبتهم ب (7.5%).

أما عن المتوسط النظري المتعلق بالبعد الاقتصادي/الاجتماعي فقد بلغ (18)، وبالتالي فإن عدد الأفراد الذين يعيشون ضغطا نفسيا مرتفعا بلغ عددهم (73 فردا) بنسبة تقدر ب (60.83%)، أما عن عدد الأفراد الذين يعيشون ضغطا نفسيا منخفضا فقد بلغ عددهم (44 فردا) بنسبة تقدر ب (36.66%).

وتصف بيانات الجدول الثاني درجات أفراد عينة الدراسة في مقياس الضغط النفسي وفقا لمتغير الجنس (الذكور/الإناث).

الجدول(14): يوضح درجات أفراد عينة الدراسة في مقياس الضغط النفسي حسب متغير الجنس.

الدرجة الكلية	الذكور				الإناث				الجنس الأفراد	
	الاقتصاد/ الاجتماع	العلاجي	الجسمي	النفسي	الاقتصاد/ الاجتماع	العلاجي	الجسمي	النفسي		
105	15	14	19	57	111	18	12	21	60	01
119	12	11	25	71	122	19	10	27	66	02
113	29	8	20	56	104	16	12	20	56	03
120	29	15	21	55	108	23	10	22	53	04
111	14	14	26	57	104	10	11	24	59	05
96	11	7	19	59	115	8	13	24	70	06
137	29	11	17	80	110	26	10	20	54	07
129	28	10	20	71	130	29	11	22	68	08
104	17	10	22	55	115	23	11	19	62	09
129	28	14	22	65	107	16	12	22	57	10
115	15	13	22	65	106	15	10	19	62	11
115	33	10	19	53	138	28	13	24	73	12
124	21	12	20	71	109	21	12	19	57	13
106	12	10	26	58	122	28	10	25	59	14
125	15	10	30	70	119	28	12	19	60	15

109	10	9	24	66	114	24	11	24	55	16
94	5	11	24	54	116	13	12	20	71	17
86	5	14	20	47	126	28	12	28	58	18
124	23	15	28	58	136	26	14	28	68	19
112	6	11	29	66	121	29	11	26	55	20
96	4	11	29	52	126	29	14	20	63	21
125	21	12	24	68	136	29	11	24	72	22
117	19	12	24	62	115	26	13	25	51	23
132	28	11	26	67	109	20	11	23	55	24
122	29	10	27	56	123	24	11	22	66	25
100	5	11	29	55	119	27	11	21	60	26
95	8	11	22	54	100	10	9	14	67	27
110	11	11	24	64	134	28	14	28	64	28
109	20	13	24	52	134	26	13	28	67	29
149	30	14	28	77	131	30	12	29	60	30
125	22	13	20	70	111	14	10	21	66	31
123	27	10	27	59	115	21	11	18	65	32
106	13	10	20	63	115	29	11	16	59	33
3756	689	374	767	1926	121	30	11	15	65	34
113,81	20,87	11,33	23,24	58,36	128	19	13	22	74	35
					133	26	13	29	65	36
					115	25	11	14	65	37
					143	27	14	30	72	38
					100	26	8	16	50	39
					98	25	8	18	47	40
					82	16	8	14	44	41
					103	3	9	20	71	42
					130	20	14	28	68	43
					136	22	14	27	73	44
					84	20	8	26	30	45
					102	5	10	19	68	46
					142	29	13	27	73	47
					99	27	8	15	49	48
					91	18	9	15	49	49
					131	23	14	23	71	50
					122	26	12	15	69	51
					98	30	10	14	44	52
					108	27	10	19	52	53
					110	30	10	22	48	54

					126	28	12	24	62	55
					126	29	13	28	56	56
					127	28	13	22	64	57
					129	21	11	23	74	58
					103	16	13	21	53	59
					122	21	11	24	66	60
					119	25	10	24	60	61
					135	27	10	27	71	62
					101	7	11	21	62	63
					112	24	8	24	56	64
					100	17	9	22	52	65
					88	9	11	20	48	66
					115	5	13	24	73	67
					123	25	11	28	59	68
					102	6	12	25	59	69
					125	29	14	20	62	70
					122	10	10	28	74	71
					90	10	9	20	51	72
					109	8	10	25	66	73
					124	14	14	28	68	74
					100	15	10	20	55	75
					94	12	9	20	53	76
					129	25	13	24	67	77
					145	29	15	22	79	78
					144	29	14	29	72	79
					66	8	5	16	37	80
					105	27	11	16	51	81
					73	9	15	10	39	82
					84	16	11	17	40	83
					111	29	10	13	59	84
					110	26	11	18	55	85
					99	18	11	17	53	86
					78	12	12	11	43	87
					9916	1859	979	1881	5197	المجموع
					113,98	21,36	11,25	21,62	59,73	س

من الجدول السابق نلاحظ ارتفاع المتوسط الحسابي لمقياس الضغط النفسي عند الإناث في بعده النفسي والذي بلغ (59.73)، ثم نلاحظ تقاربا في كل من البعد الجسمي الذي بلغ (21.62)، والبعد الاقتصادي/الاجتماعي الذي بلغ (21.36)،

ويليهما البعد الأخير والخاص بالعلاج وقدر ب (11.25)، ما يعني أن الإناث يعانين من ضغوط نفسية كبيرة وأن المصدر النفسي هو من أكثر المواقف إثارة للضغط النفسي لديهن.

أما عن المتوسط الحسابي لفئة الذكور، فقد سجل في البعد النفسي (58.36)، يليه البعد الجسدي ب (23.24)، ثم البعد الاقتصادي/الاجتماعي الذي بلغ (20.87)، وفي الأخير نجد المتوسط الحسابي للبعد العلاجي قدر ب (11.33)، ومنه فالذكور يعيشون ضغوطا نفسية كبيرة وأن المصدر النفسي هو من أكثر المواقف إثارة للضغط النفسي لديهم.

ولمعرفة مستوى الضغط النفسي (مرتفع/منخفض) عند أفراد العينة وفقا لمتغير الجنس باعتماد نفس المعيار السابق (المتوسط النظري=96)، وصل عدد الإناث اللواتي يعانين من ضغط نفسي مرتفع (77 امرأة) وهو ما يمثل نسبة (88.50%) من مجموع الإناث، أما اللواتي يعشن ضغطا نفسيا منخفضا فقد بلغ عددهن (10 نساء) بنسبة (11.49%)، وفي المقابل فقد بلغ عدد الذكور الذين يعيشون ضغطا نفسيا مرتفعا ب (28 فردا) وهو ما يمثل نسبة (84.84%) من مجموع الذكور، أما عن عدد الذكور الذين يعيشون ضغطا نفسيا منخفضا فقد ب (3 أفراد) وبلغت نسبتهم (9.09%)

ولمعرفة مستوى الضغط النفسي (مرتفع /منخفض) عند أفراد العينة وفقا لمتغير الجنس في كل بعد من أبعاد هذا المقياس، تم اعتماد نفس المعيار السابق كما يلي:

بالنسبة للبعد النفسي (المتوسط النظري=51) وصل عدد الإناث اللواتي يعشن ضغطا نفسيا مرتفعا (71 امرأة) بنسبة تقدر ب (81.60%) من مجموع الإناث، أما عدد اللواتي يعشن ضغطا نفسيا منخفضا فقد بلغ عددهن (13 امرأة) وبلغت نسبتهم (14.94%)، أما لدى فئة الذكور فقد بلغ عدد الأفراد الذين يعيشون ضغطا نفسيا مرتفعا (32 فردا) وقدرت نسبتهم ب (96.96%) من مجموع الذكور، وبلغ عدد الذكور الذين يعيشون ضغطا نفسيا منخفضا (01) وقدرت نسبتهم ب (3.03%).

بالنسبة للبعد الجسمي (المتوسط النظري = 18) فقد بلغ عدد الإناث اللواتي يعشن ضغطا نفسيا مرتفعا ب (67 امرأة) بنسبة قدرت ب (77.01%) من مجموع الإناث، أما عن عدد الإناث اللواتي يعشن ضغطا نفسيا منخفضا في البعد الجسمي فقد بلغ عددهن (17 امرأة) بنسبة قدرت ب (19.54%)، أما الذكور فقد بلغ عدد الأفراد الذين يعيشون ضغطا نفسيا مرتفعا (32 فردا) بنسبة قدرت ب (96.96%) من مجموع الذكور، أما عن عدد الأفراد الذين يعيشون ضغطا نفسيا منخفضا فقد بلغ عددهم (01)، والتي قدرت نسبتهم ب (3.03%) في البعد الجسمي.

أما بالنسبة للبعد العلاجي (المتوسط النظري = 09) فقد بلغ عدد الإناث اللواتي يعشن ضغطا نفسيا مرتفعا (74 امرأة) بنسبة قدرت ب (85.05%) من مجموع الإناث، أما عن عدد الإناث اللواتي يعشن ضغطا نفسيا منخفضا فقد بلغ (7 نساء) و قدرت نسبتهم ب (8.04%)، وبالنسبة للذكور الذين يعيشون ضغطا نفسيا مرتفعا فقد بلغ (30 فردا) بنسبة قدرت ب (90.90%) من مجموع الذكور، في حين أن عدد الذكور الذين يعيشون ضغطا نفسيا منخفضا قدر عددهم ب (02) و قدرت نسبتهم ب (6.06%) في البعد العلاجي.

أما بالنسبة للبعد الاقتصادي/الاجتماعي (المتوسط النظري = 18) بلغ عدد الإناث اللواتي يعشن ضغطا نفسيا مرتفعا (57 امرأة) و قدرت نسبته ب (65.51%) من مجموع الإناث، أما عن عدد الإناث اللواتي يعشن ضغطا نفسيا منخفضا فقد بلغ (27 امرأة) بنسبة قدرت ب (31.03%)، أما بالنسبة لعدد الذكور الذين يعيشون ضغطا نفسيا مرتفعا فقد بلغ (16 فردا) و قدرت نسبتهم ب (48.48%) من مجموع الذكور، في حين بلغ عدد الذكور الذين يعيشون ضغطا نفسيا منخفضا (17 فردا) ما نسبته (51.51%) في البعد الاقتصادي/الاجتماعي.

وتصف بيانات الجدول الثالث درجات أفراد عينة الدراسة في مقياس الضغط النفسي وفقا لمتغير المرحلة العمرية.

الجدول(15): يوضح درجات أفراد عينة الدراسة في مقياس الضغط النفسي حسب متغير المرحلة العمرية.

المسنين [61 فأكثر]					الكهول [40-61]					الشباب [20-40]					متغير المرحلة العمرية
الدرجة الكلية	الاقتصاد/ الاجتما	العلاجي	الجسمي	النفسي	الدرجة الكلية	الاقتصاد/ الاجتما	العلاجي	الجسمي	النفسي	الدرجة الكلية	الاقتضا /الاجتما	العلاجي	الجسمي	النفسي	الأفراد
117	19	12	24	62	104	17	10	22	55	105	15	14	19	57	01
132	28	11	26	67	129	28	14	22	65	119	12	11	25	71	02
122	29	10	27	56	115	15	13	22	65	113	29	8	20	56	03
100	5	11	29	55	109	27	10	19	53	120	29	15	21	55	04
95	8	11	22	54	124	21	12	20	71	111	14	14	26	57	05
110	11	11	24	64	106	12	10	26	58	96	11	7	19	59	06
109	20	13	24	52	125	15	10	30	70	137	29	11	17	80	07
149	30	14	28	77	109	10	9	24	66	129	28	10	20	71	08
125	22	13	20	70	94	5	11	24	54	111	18	12	21	60	09
123	27	10	27	59	86	5	14	20	47	122	19	10	27	66	10
106	13	10	20	63	124	23	15	28	58	104	16	12	20	56	11
66	8	5	16	37	112	6	11	29	66	108	23	10	22	53	12
105	27	11	16	51	96	4	11	29	52	104	10	11	24	59	13
73	9	15	10	39	125	21	12	24	68	115	8	13	24	70	14
84	16	11	17	40	109	20	11	23	55	110	26	10	20	54	15
111	29	10	13	59	123	24	11	22	66	130	29	11	22	68	16
110	26	11	18	55	119	27	11	21	60	115	23	11	19	62	17
99	18	11	17	53	100	10	9	14	67	107	16	12	22	57	18
78	12	12	11	43	134	28	14	28	64	106	15	10	19	62	19
2014	357	212	389	1056	134	26	13	28	67	138	28	13	24	73	20
106	18.78	11.15	20.47	55.57	131	30	12	29	60	109	21	12	19	57	21
					111	14	10	21	66	122	28	10	25	59	22
					115	21	11	18	65	119	28	12	19	60	23
					115	29	11	16	59	114	24	11	24	55	24
					121	30	11	15	65	116	13	12	20	71	25
					128	19	13	22	74	126	28	12	28	58	26
					133	26	13	29	65	136	26	14	28	68	27
					115	25	11	14	65	121	29	11	26	55	28
					143	27	14	30	72	126	29	14	20	63	29
					100	26	8	16	50	136	29	11	24	72	30
					98	25	8	18	47	115	26	13	25	51	31
					82	16	8	14	44	3640	679	357	689	1915	32
					103	3	9	20	71	117.41	21.90	11.51	22.22	61.77	33
					130	20	14	28	68						34
					136	22	14	27	73						35
					84	20	8	26	30						36
					102	5	10	19	68						37
					142	29	13	27	73						38
					99	27	8	15	49						39

					91	18	9	15	49						40
					131	23	14	23	71						41
					122	26	12	15	69						42
					98	30	10	14	44						43
					108	27	10	19	52						44
					110	30	10	22	48						45
					126	28	12	24	62						46
					126	29	13	28	56						47
					127	28	13	22	64						48
					129	21	11	23	74						49
					103	16	13	21	53						50
					122	21	11	24	66						51
					119	25	10	24	60						52
					135	27	10	27	71						53
					101	7	11	21	62						54
					112	24	8	24	56						55
					100	17	9	22	52						56
					88	9	11	20	48						57
					115	5	13	24	73						58
					123	25	11	28	59						59
					102	6	12	25	59						60
					125	29	14	20	62						61
					122	10	10	28	74						62
					90	10	9	20	51						63
					109	8	10	25	66						64
					124	14	14	28	68						65
					100	15	10	20	55						66
					94	12	9	20	53						67
					129	25	13	24	67						68
					145	29	15	22	79						69
					144	29	14	29	72						70
					8035	1381	788	1580	4286						71
					114.78	19.72	11.25	22.57	61.22						72

نلاحظ من الجدول أعلاه أن فئة الشباب يعانون ضغطاً نفسياً مرتفعاً، حيث يظهر أن المتوسط الحسابي للبعد النفسي لدى الشباب مرتفع والذي قدر ب (61.77)، ثم البعد الجسمي ب (22.22)، ويليه البعد الاقتصادي/الاجتماعي بمتوسط قدره (21.90)، وفي الأخير البعد العلاجي ب (11.51)، أما عن فئة الكهول فقد أسفرت عن نفس الترتيب، ليأتي البعد النفسي بمتوسط حسابي قدره (61.22)، ثم البعد الجسمي ب (22.57)، ويليه البعد الاقتصادي/الاجتماعي ب (19.72)، وفي الأخير البعد العلاجي ب (11.25)، أما عن فئة المسنين فقد بلغ المتوسط الحسابي في البعد النفسي (55.57)، بعدها البعد الجسمي ب (20.47)، ثم الاقتصادي/الاجتماعي ب

(18.78)، وفي الأخير البعد العلاجي ب (11.15) أي أن أفراد عينة الدراسة من الشباب والكهول والمسنين يعانون ضغوطا نفسية كبيرة، وأن المصدر النفسي من أكثر المواقف إثارة للضغط.

ولمعرفة مستوى الضغط النفسي (مرتفع/منخفض) عند أفراد العينة وفقا لمتغير المرحلة العمرية باعتماد نفس المعيار السابق (المتوسط النظري=96)، وصل عدد الأفراد من الشباب الذين يعيشون ضغطا نفسيا مرتفعا بلغ (30 فردا) بنسبة قدرت ب (96.77%) من مجموع الشباب، أما عن عدد الأفراد الذين يعيشون ضغطا نفسيا منخفضا فقد قدر ب (00)، أما بالنسبة لفئة الكهول فإن عدد الأفراد الذين يعيشون ضغطا نفسيا مرتفعا بلغ (61 فردا) بنسبة (87.14%) من مجموع الكهول، أما عن عدد الأفراد الذين يعيشون ضغطا نفسيا منخفضا بلغ (08 أفراد) بنسبة بلغت (11.42%)، أما عن عدد الأفراد من المسنين الذين يعيشون ضغطا نفسيا مرتفعا بلغ عددهم (14 فردا) بنسبة قدرت ب (73.68%) من مجموع المسنين، وبلغ عدد المسنين الذين يعيشون ضغطا نفسيا منخفضا (05 أفراد) بنسبة قدرت ب (26.31%).

ولمعرفة مستوى الضغط النفسي (مرتفع /منخفض) عند أفراد العينة وفقا لمتغير المرحلة العمرية في كل بعد من أبعاد هذا المقياس، تم اعتماد نفس المعيار السابق كما يلي:

بالنسبة للبعد النفسي (المتوسط النظري=51) وصل عدد الشباب الذين يعيشون ضغطا نفسيا مرتفعا (30 فردا) بنسبة قدرت ب (96.77%) من مجموع الشباب، بينما بلغ عدد الأفراد الذين يعيشون ضغطا نفسيا منخفضا (00)، أما عن فئة الكهول فقد بلغ عدد الأفراد الذين يعيشون ضغطا نفسيا مرتفعا (59 فردا) بنسبة (84.28%) من مجموع الكهول، في حين بلغ عدد الأفراد الذين يعيشون ضغطا نفسيا منخفضا (10 أفراد) بنسبة قدرت ب (14.28%)، وبالنسبة للمسنين فقد بلغ عدد الأفراد الذين يعيشون ضغطا نفسيا مرتفعا (14 فردا) بنسبة قدرت ب (73.68%) من مجموع

المسنين، وبلغ عدد الأفراد الذين يعيشون ضغطا نفسيا منخفضا (04 أفراد) بنسبة قدرت ب (21.05%).

بالنسبة للبعد الجسمي (المتوسط النظري=18) بلغ عدد أفراد العينة من الشباب الذين يعيشون ضغطا مرتفعا بلغ (30 فردا) أي بنسبة (96.77%) من مجموع الشباب، أما عن عدد الشباب الذين يعيشون ضغطا نفسيا منخفضا بلغ (01) قدرت نسبته ب (3.22%)، أما عن فئة الكهول فقد بلغ عدد الأفراد الذين يعيشون ضغطا نفسيا مرتفعا (58 فردا) بنسبة قدرت ب (82.85%) من مجموع الكهول، بينما عدد الكهول الذين يعيشون ضغطا نفسيا منخفضا بلغ (10 أفراد) بنسبة قدرت ب (14.28%)، أما عن المسنين فقد بلغ عدد الأفراد الذين يعيشون ضغطا نفسيا مرتفعا (11 فردا) و قدرت نسبتهم ب (57.89%) من مجموع المسنين، أما عن عدد المسنين الذين يعيشون ضغطا نفسيا منخفضا بلغ (07 أفراد) بنسبة (36.84%).

بالنسبة للبعد العلاجي (المتوسط النظري=09) وصل عدد الأفراد من الشباب الذين يعيشون ضغطا نفسيا مرتفعا (29 فردا) بنسبة (93.54%) من مجموع الشباب، وعدد الأفراد الذين يعيشون ضغطا نفسيا منخفضا بلغ (02) بنسبة قدرت ب (6.45%)، أما عن الكهول فقد قدر عدد الأفراد الذين يعيشون ضغطا نفسيا مرتفعا ب (57 فردا) بنسبة قدرت ب (81.42%) من مجموع الكهول، وعدد الذين يعيشون ضغطا نفسيا منخفضا بلغ (06 أفراد) بنسبة (8.57%)، أما عن المسنين فقد قدر عدد الأفراد الذين يعيشون ضغطا نفسيا مرتفعا ب (18 فردا) بنسبة (94.73%) من مجموع المسنين، وعدد الذين يعيشون ضغطا نفسيا منخفضا بلغ (01) بنسبة (5.29%).

بالنسبة للبعد الاقتصادي/الاجتماعي (المتوسط النظري=18) فقد بلغ عدد الشباب الذين يعيشون ضغطا نفسيا مرتفعا (20 فردا) بنسبة (64.51%) من مجموع الشباب، والذين يعيشون ضغطا نفسيا منخفضا بلغ (10 أفراد) بنسبة قدرت ب (32.25%)، وبالنسبة للكهول قدر عدد الأفراد الذين يعيشون ضغطا نفسيا مرتفعا

ب (43 فردا) بنسبة قدرت ب (61.42%) من مجموع الكهول، وعدد الأفراد الذين يعيشون ضغطا نفسيا منخفضا بلغ (26 فردا) بنسبة (37.14%)، أما عن المسنين فقد عدد الأفراد الذين يعيشون ضغطا نفسيا مرتفعا ب (10 أفراد) بنسبة (52.63%) من مجموع المسنين، وعدد الأفراد الذين يعيشون ضغطا نفسيا منخفضا بلغ (08 أفراد) بنسبة (42.10%).

وتصف بيانات الجدول الرابع درجات أفراد عينة الدراسة في مقياس استراتيجيات المواجهة وفقا لمتغيري الدراسة (الجنس، المرحلة العمرية).

الجدول(16): يوضح درجات أفراد عينة الدراسة في مقياس استراتيجيات المواجهة حسب متغيري الجنس والمرحلة العمرية.

الدرجة الكلية	السند الاجتماعي	الاتفعال	المشكل	الأفراد	فئات الأعمار	الجنس
74	15	22	37	1	فئة الشباب [40-20]	
85	22	27	36	2		
74	10	28	36	3		
75	18	20	37	4		
67	13	20	34	5		
85	22	28	35	6		
85	21	34	30	7		
72	14	21	37	8		
617	135	200	282	المجموع		
77.12	16.87	25	35.25	س		
60	12	11	37	1	فئة الكهول [60-41]	
65	14	14	37	2		
78	14	26	38	3		
66	11	22	33	4		
57	11	18	28	5		
61	21	18	22	6		
62	22	18	22	7		
50	19	15	16	8		
56	19	18	19	9		
46	13	14	19	10		
47	13	11	23	11		
49	13	11	25	12		
46	10	11	25	13		
59	20	22	17	14		
802	212	229	361	المجموع		
57.28	15.14	16.35	25.78	س		
80	28	28	24	1		

78	19	34	25	2	فئة المسنين [61 فأكثر]	
71	22	21	28	3		
61	21	18	22	4		
62	21	15	26	5		
66	24	22	20	6		
73	27	24	22	7		
73	27	27	19	8		
78	27	27	24	9		
73	29	20	24	10		
57	20	19	18	11		
772	265	255	252	المجموع		
70.18	24.09	23.18	22.90	س		
72	14	25	33	1		
58	17	24	17	2		
59	24	24	11	3		
59	22	26	11	4		
75	19	28	28	5		
65	24	25	16	6		
68	25	28	15	7		
69	25	22	22	8		
58	14	22	22	9		
61	17	22	22	10		
66	22	20	24	11		
71	26	19	26	12		
66	24	20	22	13		
60	14	25	21	14		
81	26	25	30	15		
70	15	23	32	16		
64	20	24	20	17		
73	20	28	25	18		
72	25	28	19	19		
71	24	29	18	20		
64	25	22	17	21		
67	25	25	17	22		
68	22	24	22	23		
1537	489	558	490	المجموع		
66.82	21.26	24.26	21.30	س		
72	28	28	16	1	فئة الكهول [60-41]	
73	29	25	19	2		
77	30	25	22	3		
75	30	17	28	4		
88	32	28	28	5		
84	31	28	25	6		
72	30	28	14	7		
74	30	28	16	8		
80	32	24	24	9		
76	30	30	16	10		
66	29	22	15	11		
69	27	24	18	12		

76	27	30	19	13
83	29	25	29	14
65	28	25	12	15
66	30	24	12	16
59	18	30	11	17
54	18	25	11	18
65	29	26	10	19
72	29	27	16	20
60	15	27	18	21
78	30	30	18	22
81	30	29	22	23
83	30	29	24	24
72	32	18	22	25
78	30	30	18	26
70	27	28	15	27
74	28	31	15	28
71	28	30	13	29
72	26	28	18	30
72	25	28	19	31
71	25	27	19	32
70	25	25	20	33
75	30	25	20	34
78	30	30	18	35
72	24	27	21	36
70	24	30	16	37
71	25	28	18	38
76	24	28	24	39
65	24	25	16	40
69	24	30	15	41
77	22	25	30	42
82	28	32	22	43
69	27	20	22	44
68	25	29	14	45
60	25	19	16	46
66	24	28	14	47
76	29	32	15	48
69	29	21	19	49
72	26	25	21	50
79	26	32	21	51
68	26	21	21	52
70	21	29	20	53
74	20	32	22	54
63	26	17	20	55
76	28	25	23	56
4043	1504	1489	1050	المجموع
72.19	26.85	26.58	18.75	س
86	30	30	26	1
81	30	27	24	2
83	28	32	23	3

75	27	30	18	4	فئة المسنين [61 فأكثر]
86	27	34	25	5	
82	25	32	25	6	
72	27	28	17	7	
69	30	28	11	8	
634	224	241	169	المجموع	
79.25	28	30.12	21.12	س	

نستشف من الجدول أعلاه أن مرضى السرطان من الذكور من فئة الشباب يفضلون استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل بمتوسط حسابي قدره (35.25)، تليها استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال بمتوسط قدره (25)، ثم تليها استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول السند الاجتماعي بمتوسط حسابي بلغ (16.87)، أي أن مرضى السرطان من الذكور الشباب يفضلون استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل.

ويميل مرضى السرطان من فئة الكهول إلى توظيف استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل بمتوسط حسابي قدره (25.78)، ثم استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال بمتوسط حسابي قدره (16.35)، وتليها استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المساندة الاجتماعية بمتوسط حسابي قدره (15.14)، هذا يعني أن مرضى السرطان من الذكور الكهول يفضلون استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل.

أما بالنسبة لمرضى السرطان من المسنين فيميلون إلى استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المساندة الاجتماعية بمتوسط حسابي بلغ (24.09)، ثم استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال بمتوسط قدره (23.18)، وفي الأخير يستخدمون استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل بمتوسط حسابي قدره (22.90)، بمعنى أن مرضى السرطان من الذكور المسنين يفضلون استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الدعم الاجتماعي.

وعليه فإن مرضى السرطان الذكور من فئة الشباب والكهول يفضلون توظيف استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل، ويميل المسنون إلى استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الدعم الاجتماعي.

أما عن مرضى السرطان من الإناث الشباب فيفضلن استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال بمتوسط حسابي قدره (24.26)، تليها استخدامهن لاستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل بمتوسط بلغ (21.30) بنفس الدرجة مع استخدامهن لاستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول السند الاجتماعي ومتوسطه يقدر ب (21.26)، أي أن مريضات السرطان من فئة الشباب يفضلن استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال.

وتفضل مريضات السرطان من الكهول استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول السند الاجتماعي بمتوسط حسابي قدره (26.85)، وبنفس الدرجة تقريبا يوظفن استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال بمتوسط بلغ (26.58)، تليها استخدامهن لاستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل بمتوسط قدره (18.75)، أي أن المصابات بالسرطان من فئة الكهول يفضلن استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المساندة الاجتماعية والانفعال بنفس الدرجة.

وتميل المريضات المسنات إلى استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال بمتوسط حسابي قدر ب (30.12)، تليها استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الدعم الاجتماعي بمتوسط قدره (28)، وتليها استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل بمتوسط حسابي قدره (21.12)، أي أن المصابات بالسرطان من المسنات يفضلن استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال.

ومنه يمكن القول أن المريضات بالسرطان من فئة الشباب والمسنات يفضلن استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال، بينما تفضل المريضات من الكهول توظيف استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الدعم الاجتماعي.

2.6. معالجة الفرضيات:

بعد عرض البيانات قامت الباحثة بإخضاع فرضيات الدراسة للمعالجة الإحصائية، مع تحويل تلك الفرضيات إلى فرضيات صفرية (H^0) والتي تدخل ضمن شروط استخدام اختبار (ت) (T test).

1.2.6. الفرضية الأولى: تختلف استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي لدى مرضى السرطان.

لمعالجة هذه الفرضية تم تطبيق اختبار (ت) (T test) لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات الأفراد، وقد قامت الباحثة بتحويلها إلى ثلاث (3) فرضيات صفرية، (H^0) وتضم كل فرضية متوسطات الأفراد في كل بعدين على حدى:

√ لا تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول المشكل مع متوسطاتهم في استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال.

√ لا تختلف متوسطات درجات أفراد العينة في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول المشكل مع متوسطاتهم في استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول السند الاجتماعي.

√ لا تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول الانفعال مع متوسطاتهم في استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول السند الاجتماعي.

1.1.2.6. الفرضية الجزئية الأولى: لا تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول المشكل مع متوسطاتهم في استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال.

لمعالجة هذه الفرضية قامت الباحثة بحساب (ت) (Ttest) لمعرفة مدى معنوية الفروق بين متوسطين مرتبطين لعينة واحدة، وكانت البيانات كما يوضحها الجدول الآتي:

الجدول(17): يوضح قيمة (ت) لبعدي استراتيجيات المواجهة (المتمركزة حول المشكل والتمركزة حول الانفعال).

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	التباين	المتوسط الحسابي	العينة	استراتيجيات المواجهة
0.05		ع ²	س̄	ن	
دالة	3.6	43.49	21.7	120	المتمركزة حول المشكل
		26.66	24.76	120	المتمركزة حول الانفعال

بالرجوع إلى الجداول الإحصائية لاختبار (ت) (Ttest)، وتحت مستوى الدلالة (0.05)، وأمام درجة حرية (119) (دح=ن-1) نجد أن قيمة (ت) المحسوبة (3.6) أكبر من قيمة (ت) الجدولية (2.390)، ومنه فالفروق الملاحظة بين نوعي استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل والتمركزة حول الانفعال هي فروق جوهرية ودالة إحصائياً عند مستوى الدلالة المحدد لصالح استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال، وبذلك نرفض الفرضية الصفرية (H^0) القائلة بأنه: لا تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول المشكل مع استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال، ونقبل الفرضية البديلة ($H1$) القائلة: بوجود فروق بين متوسطات الأفراد في هذين المتغيرين، وهذا يعني أن مرضى السرطان يوظفون استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال أكثر من توظيفهم لاستراتيجيات المواجهة

المتركزة حول المشكل في خفض الضغوط النفسية الناتجة عن إصابتهم بمرض خبيث.

2.1.2.6. الفرضية الجزئية الثانية: لا تختلف متوسطات درجات أفراد العينة في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتركزة حول المشكل مع متوسطاتهم في استراتيجيات المواجهة المتركزة حول السند الاجتماعي.

لمعالجة هذه الفرضية قامت الباحثة بحساب (ت) (T test) لمعرفة مدى معنوية الفروق بين متوسطين مرتبطين لعينة واحدة، وكانت البيانات كما يوضحها الجدول الآتي:

الجدول (18): يوضح قيمة (ت) لبعدي استراتيجيات المواجهة (المتركزة حول المشكل والمتركزة حول الدعم الاجتماعي).

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	التباين	المتوسط الحسابي	العينة	استراتيجيات المواجهة
0.05		ع ²	س̄	ن	
غير دالة	1.94	43.49	21.7	120	المتركزة حول المشكل
		22.08	23.57	120	المتركزة حول السند الاجتماعي

بالرجوع إلى الجداول الإحصائية لاختبار (ت) (Ttest)، وتحت مستوى الدلالة (0.05)، وأمام درجة حرية (119) (دح = ن-1) نجد أن قيمة (ت) المحسوبة (1.94) أقل من قيمة (ت) الجدولية (2.390)، ومنه فالفروق الملاحظة بين استراتيجيات المواجهة المتركزة حول المشكل والمتركزة حول السند الاجتماعي هي فروق غير معنوية وغير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة المحدد، أي أن استراتيجيات المواجهة المتركزة حول المشكل والمتركزة حول السند الاجتماعي

توظف بنفس الدرجة لدى مرضى السرطان، وعليه نقبل الفرضية الصفرية (H^0) القائلة بأنه: لا تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان في توظيف استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول المشكل مع متوسطاتهم في استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول السند الاجتماعي، وبالتالي نرفض الفرضية البديلة ($H1$) القائلة: بوجود فروق بين متوسطات الأفراد في هذين المتغيرين، أي أن مرضى السرطان يستخدمون استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل والمتمركزة حول السند الاجتماعي بنفس الدرجة.

3.1.2.6. الفرضية الجزئية الثالثة: لا تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول الانفعال مع متوسطاتهم في استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول السند الاجتماعي.

لمعالجة هذه الفرضية قامت الباحثة بحساب (ت) (Ttest) لمعرفة مدى معنوية الفروق بين متوسطين مرتبطين لعينة واحدة، وكانت البيانات كما يوضحها الجدول الآتي:

الجدول (19): يوضح قيمة (ت) لبعدي استراتيجيات المواجهة (المتمركزة حول الانفعال والمتمركزة حول السند الاجتماعي).

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	التباين	المتوسط الحسابي	العينة	استراتيجيات المواجهة
0.05		ع ²	س̄	ن	
غير دالة	2.28	26.66	24.76	120	المتمركزة حول الانفعال
		22.08	23.57	120	المتمركزة حول السند الاجتماعي

بالرجوع إلى الجداول الإحصائية لاختبار (ت) (Ttest)، وتحت مستوى الدلالة (0.05)، وأمام درجة حرية (119) (دح = ن-1) نجد أن قيمة (ت) المحسوبة

(2.28) أقل من قيمة (ت) الجدولية (2.390)، ومنه فالفروق الملاحظة بين استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول الانفعال والاستراتيجيات المتمركزة حول السند الاجتماعي هي فروق غير جوهريّة و غير دالة إحصائياً عند مستوى الثقة المحدد، بمعنى أن استراتيجيات المواجهة المتمركز حول الانفعال والمتمركزة حول السند الاجتماعي توظف بنفس الدرجة من طرف مريض السرطان، ما يدعونا إلى قبول الفرضية الصفرية (H^0) القائلة بأنه: لا تختلف متوسطات درجات أفراد العينة في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول الانفعال مع متوسطاتهم في استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول السند الاجتماعي، وبالتالي نرفض الفرضية البديلة ($H1$) القائلة: بوجود فروق في استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال والمتمركزة حول السند الاجتماعي، ومعنى ذلك أن مرضى السرطان يوظفون استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال والمتمركزة حول الدعم الاجتماعي بنفس الدرجة .

مما سبق نجد أن نتيجة الفرضية الأولى قد تحققت في جزئها الخاص بأن مرضى السرطان يوظفون استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال أكثر من توظيفهم لاستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل في خفض الضغوط النفسية الناتجة عن إصابتهم بالسرطان، وعليه يسعى المريض إلى استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال، والتي تشير إلى الجهود التي يبذلها الفرد لتنظيم الانفعالات وخفض المشقة والضيق الانفعالي الناتج عن المرض، فيسعى لتجنبها من خلال توظيف استراتيجيات تصب في التخلص من الآثار السلبية للمرض، ومن بين هذه الاستراتيجيات نجد: الابتعاد، تجنب التفكير في الضواغط، الإنكار، التفريغ العدواني، الهروب، الخضوع،... وغيرها.

وقد جاءت هذه النتيجة لتختلف مع ما توصلت إليه دراسة "سماري" و "فليسدوتير" (Smari & Valysdottir) (1997) التي ترى أن الذين يميلون لتفضيل استخدام إستراتيجية المواجهة المتمركزة حول المشكل يتبنون نتيجة انفعالية

إيجابية ملائمة، في حين أن الذين اختاروا الإستراتيجية المتمركزة حول الانفعال بينت النتائج أن لديهم اضطرابات في التكيف الانفعالي (حالات قلق واكتئاب).

(عزوز إسمهان، 2008، ص08)

وهذا يعني أن توظيف استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال لدى مرضى السرطان تخلق نتائج سلبية على صحة المريض النفسية والجسمية، أما عن توظيف المريض لاستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل فقد جاءت بنتائج إيجابية في جميع مراحل المرض (التشخيص، العلاج).

أما عن النتيجتين الباقيتين فقد جاءت لتدل على عدم وجود فروق في استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المساندة الاجتماعية مع كل من استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل والانفعال، أي أنه يتم توظيفها بالدرجة نفسها لدى مرضى السرطان، ويمكن رد هذه النتيجة إلى أن المساندة الاجتماعية تدخل في غالب الأحيان ضمن استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل والمتمركزة حول الانفعال وتصبح جزءاً لا يتجزأ منها.

وفي تقديري قد يرجع تفضيل مرضى السرطان لاستخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال مقارنة بنظيرتها المتمركزة حول المشكل في البداية إلى: طبيعة الموقف، مدى قدرة المريض على التحكم في الصعوبات التي تواجهه سواء قبل أو بعد التشخيص، فالمواقف التي يصعب التحكم فيها يفضل استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال، حيث تظهر للمريض مجموعة من التغيرات الجسمية، والنفسية، والاجتماعية... وغيرها تحد من قدرته على مزاولته نشاطه كفرد طبيعي، إضافة إلى الاختلاف والتنوع في المصادر المسببة للضغط النفسي التي ترهق قدرة المريض على مواجهتها، وكذا تقييم المريض للحدث الضاغط حيث أكد "ماك كراي" (Mc Crae) (1984) الذي يرى بأن التقويم الأولي للوضعية الضاغطة هو الذي يحدد نوع إستراتيجية المواجهة التي يختارها الفرد.

(مقبال مولودة هدييل، 2008، ص100)

إضافة لمحدودية ثقافة معظم أفراد عينة هذه الدراسة الذين ألفوا استخدام نمط معين من استراتيجيات المواجهة، بتفضيلهم استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال كالتجنب، الهروب، التخلص من المشاعر المكدر، وفي المقابل يعمل المرضى المثقفون والبالغون مستوى علمي متقدم إلى استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل بغية إيجاد الحلول من خلال طلب المعلومات من المختصين، التخطيط،... وغيرها.

كما أن غالبية ميكانزمات الدفاع تكون لاواعية (لاشعورية) تندرج ضمن استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال كالإنكار، الكبت، ولسهولة استخدامها ولعدم وعي الفرد بها يلجأ إليها مريض السرطان، في المقابل فأن نظيرتها استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل تحمل في طياتها إستراتيجيات واعية وشعورية متعلمة يبذل المريض فيها مجهودا للتخفيف من معاناته.

ويمكن أن نشير إلى أن هناك إجماع على أن استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل أكثر فعالية من تلك المتمركزة حول الانفعال، فالأفراد الذين يستعملون استراتيجيات متمركزة حول المشكل هم أفضل تكييفا للحوادث المقلقة، ويظهرون أعراض للمشاكل النفسية أقل من الأفراد الذين يستعملون استراتيجيات التجنب و المتمركزة حول الانفعال، هذا ما جاءت به دراسة "نازو" وآخرين (Nezu et al) (1995) التي استهدفت معرفة علاقة أسلوب المواجهة المتمثل في حل المشكل والضيق الانفعالي لدى مرضى السرطان، كشفت النتائج أن القدرة على حل المشكل كانت لتعديل وتهدئة تأثيرات الضغوط المرتبطة بالسرطان، في حين سجل مرضى السرطان المتميزون بالقدرة الضعيفة على حل المشكل مستويات عالية من الأعراض الاكتئابية والقلق مقارنة مع المرضى المتميزون بالقدرة الفعالة في حل المشكل.

(وليدة مرازقة، 2008، ص15)

أي أن غالبية الدراسات تمحورت نتائجها حول أهمية استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل في السيطرة والتخفيف من الضغوط النفسية التي يعاني منها

مرضى السرطان هذا من جهة، ومن جهة أخرى تدل نتائج هذه الدراسة على أن أفراد العينة يستخدمون كل هذه الاستراتيجيات غير أن استخدامها يختلف باختلاف متغيرات الشخصية، المتغيرات الديموغرافية، طبيعة الموقف الضاغط، اختلاف البناء المعرفي للفرد، وكيفية تفسيره للمواقف الضاغطة، فلا يمكن للفرد الاعتماد على إستراتيجية واحدة في مواجهة الموقف الضاغط، إذ أن إستراتيجية المواجهة التي تكون فعالة لدى شخص ما يمكن أن تكون غير فعالة لدى شخص آخر، وأن الإستراتيجية التي تكون فعالة في موقف ما بالنسبة للفرد يمكن أن تكون غير فعالة مع نفس الفرد في موقف آخر، إضافة إلى التمازج بين مختلف الاستراتيجيات فلا نجد نوعاً من الاستراتيجيات لا ينتمي للأصناف الأخرى، فعلى سبيل المثال توظف المساندة الاجتماعية وعلى اختلاف مظاهرها ضمن استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل والمتمركزة حول الانفعال، فهي متداخلة فيما بينها، فحسب "لازاروس" (Lazarus) (2000) يعتبر خطأً فادح تقسيم الوظيفتين الأساسيتين للمواجهة (المشكل والانفعال) ومقارنة فعاليتها لأنهما متصلتان ومتكاملتان على طول سيرورة المواجهة.

لكن من الممكن عزلها عن بعضها البعض، ويشير "ويثنجتون" و"كازلر" (Wethington & Kessler) (1991) إلى أن الأفراد يختلفون في استخدام استراتيجيات المواجهة في الاستجابة للأحداث الضاغطة، فمن حيث الجودة و المدة التي يستغرقها الحدث الضاغط، يمكن القول هنا أن استراتيجيات المواجهة تتغير لدى مرضى السرطان بمرور الوقت فهناك من المرضى من يقوى بأسهم لتحمل الشدائد والصعوبات والآلام الناجمة حتى عن العلاج فيطورون استراتيجيات تتوافق وتتماشى مع ظروفهم، لكن هناك من لا يقوى عن المقاومة وتبدأ قواه في الضمور والاضمحلال ما يدفعه للتعامل السلبي مع الضغوط التي يعاني منها أو حتى الدخول في مشاكل واضطرابات نفسية حادة ومزمنة (كالإكتئاب)، وتكون فعالية استراتيجيات المواجهة مرتبطة أيضاً بخصائص الحدث الضاغط، مدته، إذ أن

التجنب يكون فعالا في الأجل القصيرة (0-3 أيام بعد الحدث) في حين أن الاستراتيجيات النشطة هي أكثر فعالية في الأجل الطويلة (أسبوعين فما فوق). كما أن درجة التهديد والضرر والتحدي التي يدركها الفرد في هذا الموقف تساعده على اختيار نوع المواجهة، فنجد أن بعض مرضى السرطان يعيشون مع هذا المرض في البداية كتهديد أو كضرر واقع عليهم لكنهم يتجاوزونه ليصبح تحد للبقاء. إضافة إلى ذلك فإن المتغيرات الديموغرافية مثل: الجنس، العمر، المستوى الاقتصادي والاجتماعي تؤثر هي الأخرى بدورها في تحديد نوع إستراتيجية المواجهة التي يستخدمها الفرد إزاء المواقف الضاغطة.

2.2.6. الفرضية الثانية: تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان في توظيف استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي باختلاف جنس المريض.

لمعالجة هذه الفرضية تم تطبيق اختبار (ت) (Ttest) لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات الأفراد، وقد قامت الباحثة بتحويل هذه الفرضية إلى ثلاث (3) فرضيات صفرية (H^0)، وتضم كل فرضية متوسطات الأفراد في كل بعدين على حدى:

√ لا تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول المشكل باختلاف جنس المريض.

√ لا تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول الانفعال باختلاف جنس المريض.

√ لا تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول السند الاجتماعي باختلاف جنس المريض.

1.2.2.6. الفرضية الجزئية الأولى: لا تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول المشكل باختلاف جنس المريض.

لمعالجة هذه الفرضية قامت الباحثة بحساب قيمة (ت) (Ttest) لمعرفة مدى معنوية الفروق بين متوسطين لعينتين مستقلتين، غير متجانستين، وغير متساويتين في الحجم $n_1 \neq n_2$ ، وكانت البيانات كما يوضحها الجدول الآتي:

الجدول (20): يوضح قيمة (ت) لاستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول المشكل حسب متغير الجنس.

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	التباين	المتوسط الحسابي	العينة	الجنس
0.05		ع ²	س	ن	
دالة	5.62	49.74	27.12	33	الذكور
		25.74	19.64	87	الإناث

بالرجوع إلى الجداول الإحصائية لاختبار (ت) (Ttest)، وتحت مستوى الدلالة (0.05)، وأمام درجة حرية (32) (دح = ن-1)، (86) (دح = ن-2) نجد أن قيمة (ت) المحسوبة (5.62) أكبر من قيمة (ت) الجدولية (2.44)، ومنه فالفروق الملحوظة بين الذكور والإناث في توظيف استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول المشكل هي فروق معنوية ودالة إحصائية عند مستوى الدلالة المحدد، أي أن متوسطات استراتيجيات المواجهة المتمركز حول المشكل تختلف حسب جنس المريض لصالح فئة الذكور، ما يعني أن نرفض الفرضية الصفرية (H^0) القائلة بأنه: لا تختلف متوسطات درجات أفراد العينة في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول المشكل باختلاف جنس المريض، وقبول الفرضية البديلة ($H1$) القائلة: بوجود فروق بين الذكور والإناث في توظيف استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل لصالح الذكور، أي أن مرضى السرطان من الذكور يفضلون استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل أكثر من الإناث.

2.2.2.6. الفرضية الجزئية الثانية: لا تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول الانفعال باختلاف جنس المريض.

لمعالجة هذه الفرضية قامت الباحثة بحساب قيمة (ت) (Ttest) لمعرفة مدى معنوية الفروق بين متوسطين لعينتين مستقلتين، غير متجانستين، وغير متساويتين في الحجم $n_1 \neq n_2$ ، وكانت البيانات كما يوضحها الجدول الآتي:

الجدول(21): يوضح قيمة (ت) لاستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول الانفعال حسب متغير الجنس.

الجنس	العينة ن	المتوسط الحسابي $\bar{س}$	التباين ع ²	قيمة (ت)	مستوى الدلالة 0.05
الذكور	33	20.72	37.89	4.92	دالة
الإناث	87	26.29	13.86		

بالرجوع إلى الجداول الإحصائية لاختبار (ت) (Ttest)، وتحت مستوى الدلالة (0.05)، وأمام درجة حرية (32) (دح = ن-1)، (86) (دح = ن-2) نجد أن قيمة (ت) المحسوبة (4.92) أكبر من قيمة (ت) الجدولية (2.44)، ومنه فالفروق الملحوظة بين الذكور والإناث في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول الانفعال هي فروق جوهرية ودالة إحصائية عند مستوى الدلالة المحدد، أي أن متوسطات استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال تختلف حسب جنس المريض لصالح فئة الإناث، وبالتالي فإن الإناث يستخدمن استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال أكثر من الذكور، وعليه نرفض الفرضية الصفرية (H^0) القائلة بأنه: لا تختلف متوسطات درجات أفراد العينة في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول الانفعال باختلاف جنس

المريض، وقبول الفرضية البديلة (H1) القائلة: بوجود فروق جوهرية في استخدام هذه الإستراتيجيات لصالح الإناث، يعني ذلك أن مرضى السرطان من الإناث يملن إلى استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال أكثر من الذكور.

3.2.2.6. الفرضية الجزئية الثالثة: لا تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان في توظيف استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول السند الاجتماعي باختلاف جنس المريض.

لمعالجة هذه الفرضية قامت الباحثة بحساب قيمة (ت) (Ttest) لمعرفة مدى معنوية الفروق بين متوسطين لعينتين مستقلتين، ومتجانستين، وغير متساويتين في الحجم $n_1 \neq n_2$ ، وكانت البيانات كما يوضحها الجدول الآتي:

الجدول (22): يوضح قيمة (ت) لاستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول السند الاجتماعي حسب متغير الجنس.

الجنس	العينة ن	المتوسط الحسابي $\bar{س}$	التباين ع ²	قيمة (ت)	مستوى الدلالة 0.05
الذكور	33	18.54	30.91	7.27	دالة
الإناث	87	25.52	20.24		

بالرجوع إلى الجداول الإحصائية لاختبار (ت) (Ttest)، وتحت مستوى الدلالة (0.05)، وأمام درجة حرية (118) (دح = $n_1 + n_2 - 2$) نجد أن قيمة (ت) المحسوبة (7.27) أكبر من قيمة (ت) الجدولية (2.390)، ومنه فالفروق الملحوظة بين متوسطات درجات الجنسين في استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول السند الاجتماعي هي فروق معنوية ودالة إحصائية عند مستوى الدلالة المحدد، أي أن استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول السند الاجتماعي تختلف حسب جنس المريض لصالح فئة الإناث، وعليه نرفض الفرضية الصفرية (H⁰) القائلة بأنه: لا

تختلف استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول الدعم الاجتماعي باختلاف جنس المريض بالسرطان، وقبول الفرضية البديلة (H1) القائلة: بأنه تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول السند الاجتماعي باختلاف جنس المريض، أي أن مرضى السرطان من الإناث يفضلون استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المساندة الاجتماعية أكثر من الذكور.

نستنتج مما سبق أن الذكور يفضلون استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل أكثر من الإناث، في حين تميل الإناث إلى توظيف استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال والمساندة الاجتماعية أكثر من الذكور.

جاءت هذه النتيجة لتتفق مع ما توصلت إليه دراسة "جودي" (Jodie) (2004) والتي كشفت أن مرضى السرطان من الإناث لديهم ميل أكبر لاستعمال استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال، وذلك بغية كسب فهم أكثر حول الموضوع.

(وليدة مرازقة، 2008، ص 20)

كما كشفت نتائج الدراسة التي قام بها "أستون" و"نيل" (Stone & Neale) (1984) والتي استهدفت التعرف على أساليب المواجهة التي يستخدمها كلا الجنسين في مواجهة المواقف الضاغطة، وقد أظهرت نتائجها أن الذكور يقومون بأفعال مباشرة كأسلوب في مواجهة المشاكل، في حين أن الإناث تستخدم استراتيجيات سلبية تتضمن: التثنت، التنفيس الانفعالي، المساندة الاجتماعية من الآخرين.

وكشفت أيضا نتائج الدراسة التي قام بها "برلين" و"سكولر" (Pearlin & Schooler) (1978) أن الذكور يستخدمون إستراتيجية حل المشكلة في المواقف والأحداث الضاغطة، وأن الإناث تسعى إلى المساندة الاجتماعية عندما تواجههن مشكلات وضغوطا نفسية.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص 142)

وأوضحت نتائج الدراسة التي قام بها "ميللر" و"كرتش" (Miller & Kirtch) والتي أجريت على عينة من طلاب الجامعة من الجنسين، أن هناك فروقا في استخدام استراتيجيات المواجهة بين الجنسين، وأن الطالبات تميل إلى استخدام استراتيجيات المواجهة التعبيرية سواء كانت انفعالية أو اجتماعية، وأن الطلاب الذكور يميلون إلى استخدام استراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكلة، بمعنى أن الطالبات تحاول خفض الاستجابات الانفعالية الناتجة عن الأحداث الضاغطة، في حين يميل الطلاب إلى مواجهة المواقف الضاغطة بتعديل الموقف الضاغط نفسه.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص143)

وتؤكد هذه النتيجة أن الذكور باختلاف أعمارهم يفضلون استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل: كالبحت عن المعلومات، التقييم الإيجابي للموقف، استخدام مهارات التخطيط، التقبل، إعادة البناء أو التشكيل الإيجابي للموقف أما الإناث فيفضلن استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال والسند الاجتماعي كاستراتيجية: العجز/اليأس، الاتهام الذاتي، التجنب الانفعالي، التعبير عن الانفعالات، التجنب السلوكي والمعرفي، الإفصاح، طلب المساندة من الآخرين، ويمكن رد أن الإناث تملن لمثل تلك الاستراتيجيات إلى عدة تفسيرات هي:

√ أن المرأة تنتشئها اجتماعيا تكون أكثر تعبيرية عن انفعالاتها، أي أن لديها القدرة على التعبير عما تعانيه من خلال الكلمات والعبارات، وتظهر عليها الأعراض الانفعالية بشكل واضح مقارنة بالرجل عند الاستجابة للضغوط النفسية.

√ أن المرأة تواجه ضغوط وأحداث أكثر من الرجل فبنيتها الهشة والضعيفة تجعلها تقوم بأدوار اجتماعية كثيرة، مما يملئ عليها أنواعا مختلفة من السلوك، وقد تكون غير راضية عن بعض الأدوار مما يجعلها أكثر عرضة للضغوط والاكتئاب.

√ أن المرأة تعاني نقص في مصادر المواجهة الملائمة في التعامل مع الضواغط التي تتعرض لها، وذلك نظرا للتنشئة الاجتماعية والثقافية لها، في المقابل يكون

الرجل عقلانيا ومستقلا متحررا من القيود التي يفرضها المجتمع وقادرا على مسايرة المشكل والعمل على حله، لذا تسعى المرأة للمساندة الاجتماعية وللدعم الذي يقدمه الرجل سواء أكان زوجا، أو أبا، أو أخا من حيث مصاريف العلاج والتنقل معها والوقوف إلى جانبها معنويا وعاطفيا.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص ص141-142)

وبالمقابل جاءت هذه الدراسة لتختلف مع ما بينته نتائج دراسة "وليدة مرازقة" (W.Mrazka)(2008) من أن مرضى السرطان لا يختلفون حسب جنسهم في توظيف استراتيجيات المواجهة، والتي أظهرت عدم وجود فروق دالة إحصائية بين الإناث والذكور في توظيفها، إضافة إلى دراسة "هيردي عادل" (A.Hirdi) (1996) التي أكدت هي الأخرى على عدم وجود فروق بين الجنسين في توظيف استراتيجيات المواجهة، وكذا دراسة "محمد رجب" (M.Radjab) (1995) وقد أشارت النتائج التي توصل إليها إلى عدم وجود فروق دالة في استخدام أساليب المواجهة تعزى إلى الجنس، حيث أن كل من الذكور والإناث يستخدمون استراتيجيات المواجهة بالقدر نفسه. (وليدة مرازقة، 2008، ص129)

ويمكن رد هذه النتيجة إلى أن الفروق تعود إلى القدرات الشخصية والمميزات الإدراكية والمعرفية للفرد أكثر من اعتبار نوع الفرد (الجنس) مؤشرا لكيفية استخدامه لهذه الاستراتيجيات، وفي تقديري هذا راجع إلى أن المرض لا يفرق بين أنثى وذكر وخاصة إذا ما تعرضوا لنفس الشروط الضاغطة، كما أن التشابه الكبير في طبيعة الظروف المرضية، والعلاجية لكلا الجنسين، والمعتقدات الثقافية السائدة حول المرض، وتأثير المستوى التعليمي والثقافي للفرد، وكذلك نمط الاستجابات السابقة التي يستخدمها أمام الظروف الضاغطة يكون له بالغ الأثر في توحيد استخدام استراتيجيات المواجهة لكلا الجنسين.

3.2.6. الفرضية الثالثة: تختلف متوسطات درجات أفراد العينة في توظيف استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي باختلاف المرحلة العمرية للمريض.

لمعالجة هذه الفرضية تم تطبيق اختبار (ت) (Ttest) لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات الأفراد، وقد قامت الباحثة بتحويل فرضية الدراسة إلى تسعة (9) فرضيات صفرية (H^0)، وتضم كل فرضية متوسطات الأفراد في كل بعدين على حدی:

√ لا تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان من الشباب والكهول في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول المشكل.

√ لا تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان من الشباب والمسنين في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول المشكل.

√ لا تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان من الكهول والمسنين في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول المشكل.

√ لا تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان من الشباب والكهول في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول الانفعال.

√ لا تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان من الشباب والمسنين في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول الانفعال.

√ لا تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان من الكهول والمسنين في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول الانفعال.

√ لا تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان من الشباب والكهول في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول السند الاجتماعي.

√ لا تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان من الشباب والمسنين في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول السند الاجتماعي.

√ لا تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان من الكهول والمسنين في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول السند الاجتماعي.

1.3.2.6. الفرضية الجزئية الأولى: لا تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان من الشباب والكهول في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول المشكل.

لمعالجة هذه الفرضية قامت الباحثة بحساب قيمة (ت) (Ttest) لمعرفة مدى معنوية الفروق بين متوسطين لعينتين مستقلتين، غير متجانستين، وغير متساويين في الحجم $n_1 \neq n_2$ ، وكانت البيانات كما يوضحها الجدول الآتي:

الجدول (23): يوضح قيمة (ت) لاستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول المشكل حسب الفئة العمرية (الشباب، الكهول).

المرحلة العمرية	العينة ن	المتوسط الحسابي $\bar{س}$	التباين ع ²	قيمة (ت)	مستوى الدلالة 0.05
الشباب [40-20]	31	24.90	63.37	2.98	دالة
الكهول [60-41]	70	20.15	35.18		

بالرجوع إلى الجداول الإحصائية لاختبار (ت) (Ttest)، وتحت مستوى الدلالة (0.05)، وأمام درجة حرية (30) (دح=ن-1)، (69) (دح=ن-2-1) نجد أن قيمة (ت) المحسوبة (2.98) أكبر من قيمة (ت) الجدولية (2.44)، ومنه فالفروق الملاحظة بين فئة الشباب والكهول في استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة

حول المشكل هي فروق معنوية ودالة إحصائية عند مستوى الثقة المحدد، أي أن توظيف المريض لاستراتيجيات المواجهة المتمركز حول المشكل يختلف حسب سن المريض لصالح الشباب، مما يدعونا لرفض الفرضية الصفرية (H^0) القائلة بأنه: لا تختلف متوسطات درجات أفراد العينة من الشباب والكهول في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول المشكل، وقبول الفرضية البديلة ($H1$) القائلة: بأنه تختلف متوسطات درجات أفراد العينة من الشباب والكهول في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول المشكل لصالح الشباب، وبالتالي فإن مرضى السرطان من الشباب يستخدمون استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل أكثر من الكهول.

2.3.2.6. الفرضية الجزئية الثانية: لا تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان من الشباب والمسنين في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول المشكل.

لمعالجة هذه الفرضية قامت الباحثة بحساب قيمة (ت) (T test) لمعرفة مدى معنوية الفروق بين متوسطين لعينتين مستقلتين، غير متجانستين، وغير متساويتين في الحجم $n_1 \neq n_2$ ، وكانت البيانات كما يوضحها الجدول الآتي:

الجدول (24): يوضح قيمة (ت) لاستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول المشكل حسب الفئة العمرية (الشباب، المسنين).

المرحلة العمرية	العينة ن	المتوسط الحسابي \bar{X}	التباين σ^2	قيمة (ت)	مستوى الدلالة 0.05
الشباب [40-20]	31	24.90	63.37	1.62	غير دالة
المسنين [61 فأكثر]	19	22.15	15.92		

بالرجوع إلى الجداول الإحصائية لاختبار (ت) (Ttest)، وتحت مستوى الدلالة (0.05)، وأمام درجة حرية (30) (دح=ن-1)، (18) (دح=ن-2 - 1) نجد أن قيمة (ت) المحسوبة (1.62) أقل من قيمة (ت) الجدولية (1.90)، ومنه فالفروق الملاحظة بين فئة الشباب والشيوخ في توظيف استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل هي فروق غير جوهرية وغير دالة إحصائياً عند مستوى الثقة المحدد، أي أن مرضى السرطان يستخدمون استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل بنفس الدرجة سواء بالنسبة للشباب أو المسنين، ما يعني قبول الفرضية الصفرية (H^0) القائلة بأنه: لا تختلف متوسطات درجات الأفراد من الشباب والمسنين في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول المشكل، ورفض بديلها ($H1$) أي أن مرضى السرطان من الشباب والمسنين يستخدمون استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل بنفس الدرجة.

3.3.2.6. الفرضية الجزئية الثالثة: لا تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان من الكهول والمسنين في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول المشكل.

لمعالجة هذه الفرضية قامت الباحثة بحساب قيمة (ت) (Ttest) لمعرفة مدى معنوية الفروق بين متوسطين لعينتين مستقلتين، غير متجانستين، وغير متساويتين في الحجم $n_1 \neq n_2$ ، وكانت البيانات كما يوضحها الجدول الآتي:

الجدول (25): يوضح قيمة (ت) لاستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول المشكل حسب الفئة العمرية (الكهول، المسنين).

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	التباين	المتوسط الحسابي	العينة	المرحلة العمرية
0.05		ع ²	$\bar{س}$	ن	
دالة	1.73	35.18	20.15	70	الكهول [60-41]
		15.92	22.15	19	المسنين [61 فأكثر]

بالرجوع إلى الجداول الإحصائية لاختبار (ت) (Ttest)، وتحت مستوى الدلالة (0.05)، وأمام درجة حرية (69) (دح=ن-1)، (18) (دح=ن-2) نجد أن قيمة (ت) المحسوبة (1.73) أكبر من قيمة (ت) الجدولية (1.23)، ومنه فالفروق الملاحظة بين فئة الكهول والمسنين في توظيف استراتيجيات مواجهة المتمركزة حول المشكل في فروق معنوية ودالة إحصائية عند مستوى الدلالة المحدد، أي أن استراتيجيات مواجهة المتمركز حول المشكل تتباين في استخدامها حسب سن المريض لصالح فئة المسنين، ما يدفعنا إلى رفض الفرضية الصفرية (H^0) القائلة بأنه: لا تختلف متوسطات درجات أفراد العينة من الكهول والمسنين في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول المشكل، وقبول الفرضية البديلة ($H1$) القائلة: بأنه تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان من الكهول والمسنين في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول المشكل لصالح المسنين، أي أن مرضى السرطان من المسنين يميلون إلى استخدام استراتيجيات مواجهة المتمركزة حول المشكل أكثر من الكهول.

وعليه يمكن أن نستنتج أن مرضى السرطان من الشباب والمسنين يفضلون استخدام استراتيجيات مواجهة المتمركزة حول المشكل أكثر من الكهول، ويمكن رد ذلك إلى

أن فئة الشباب تسعى جاهدة للتخلص من المثبرات الضاغطة من خلال تطوير استراتيجيات تكيفية، وتطوير تلك الأساليب من خلال تذليل الصعاب التي تواجه المريض سواء أثناء المرض أو حتى خلال مراحل العلاج المختلفة، أما عن فئة المسنين فإنها تفضل توظيف استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل، وذلك نظرا للخبرة التي يتمتع بها هؤلاء، والتي اكتسبوها من الحياة ومن التجارب التي عايشوها.

4.3.2.6. الفرضية الجزئية الرابعة: لا تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان من الشباب والكهول في توظيف استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول الانفعال.

لمعالجة هذه الفرضية قامت الباحثة بحساب قيمة (ت) (Ttest) لمعرفة مدى معنوية الفروق بين متوسطين لعينتين مستقلتين، غير متجانستين، وغير متساويتين في الحجم $n \neq 2$ ، وكانت البيانات كما يوضحها الجدول الآتي:

الجدول(26): يوضح قيمة (ت) لاستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول الانفعال حسب الفئة العمرية (الشباب، الكهول).

المرحلة العمرية	العينة ن	المتوسط الحسابي $\bar{س}$	التباين $ع^2$	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
الشباب [40-20]	31	24.45	11.34	0.1	غير دالة
الكهول [60-41]	70	24.54	32.07		

بالرجوع إلى الجداول الإحصائية لاختبار (ت) (T test)، وتحت مستوى الدلالة (0.05)، وأمام درجة حرية (30) (دح=ن-1)، (69) (دح=ن-2 - 1) نجد أن قيمة (ت) المحسوبة (0.1) أقل من قيمة (ت) الجدولية (2.40)، ومنه فالفروق الملحوظة

بين فئة الشباب والكهول في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول الانفعال هي فروق غير حقيقية وغير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة المحدد، أي أنه يتم توظيف استراتيجيات المواجهة المتمركز حول الانفعال بنفس الدرجة لدى الشباب والكهول، ما يعني قبول الفرضية الصفرية (H^0) القائلة بأنه: لا تختلف متوسطات درجات الأفراد من الشباب والكهول في استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال، ورفض الفرضية البديلة ($H1$) القائلة: بأنه تختلف متوسطات درجات الأفراد من الشباب والكهول في استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال، ما يعني أن مرضى السرطان من الشباب والكهول يوظفون استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال بالقدر نفسه.

5.3.2.6. الفرضية الجزئية الخامسة: لا تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان من الشباب والمسنين في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول الانفعال.

لمعالجة هذه الفرضية قامت الباحثة بحساب قيمة (ت) (Ttest) لمعرفة مدى معنوية الفروق بين متوسطين لعينتين مستقلتين، غير متجانستين، وغير متساويتين في الحجم $n_1 \neq n_2$ ، وكانت البيانات كما يوضحها الجدول الآتي:

الجدول (27): يوضح قيمة (ت) لاستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول الانفعال حسب الفئة العمرية (الشباب، المسنين).

المرحلة العمرية	العينة ن	المتوسط الحسابي $\bar{س}$	التباين $ع^2$	قيمة (ت)	مستوى الدلالة 0.05
الشباب [40-20]	31	24.45	11.34	1.19	دالة
المسنين	19	26.10	29.56		

[61 فأكثر]				
-------------------	--	--	--	--

بالرجوع إلى الجداول الإحصائية لاختبار (ت) (Ttest)، وتحت مستوى الدلالة (0.05)، وأمام درجة حرية (30) (دح=ن-1)، (18) (دح=ن-2) نجد أن قيمة (ت) المحسوبة (1.19) أكبر من قيمة (ت) الجدولية (0.90)، ومنه فالفروق الملاحظة بين فئة الشباب والمسنين في استخدام استراتيجيات مواجهة المتمركز حول الانفعال هي فروق معنوية ودالة إحصائية عند مستوى الدلالة المحدد، أي أن استراتيجيات مواجهة المتمركز حول الانفعال تتباين في استخدامها حسب سن المريض لصالح المسنين، وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية (H⁰) القائلة بأنه: لا تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان من الشباب والمسنين في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول الانفعال، وقبول الفرضية البديلة (H1) القائلة بأنه: تتباين متوسطات درجات مرضى السرطان من الشباب والمسنين في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول الانفعال لصالح المسنين، وبالتالي فإن مرضى السرطان من المسنين يفضلون استخدام استراتيجيات مواجهة المتمركز حول الانفعال أكثر من الشباب.

6.3.2.6. الفرضية الجزئية السادسة: لا تختلف متوسطات درجات أفراد العينة من الكهول والمسنين في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول الانفعال.

لمعالجة هذه الفرضية قامت الباحثة بحساب قيمة (ت) (Ttest) لمعرفة مدى معنوية الفروق بين متوسطين لعينتين مستقلتين، متجانستين، وغير متساويتين في الحجم ن1 ≠ ن2، وكانت البيانات كما يوضحها الجدول الآتي:

الجدول (28): يوضح قيمة (ت) لاستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول الانفعال حسب الفئة العمرية (الكهول، المسنين).

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	التباين	المتوسط الحسابي	العينة	المرحلة العمرية
0.05		ع ²	س̄	ن	
غير دالة	1.13	32.07	24.54	70	الكهول [60-41]
		29.56	26.10	19	المسنين [61 فأكثر]

بالرجوع إلى الجداول الإحصائية لاختبار (ت) (T test)، وتحت مستوى الدلالة (0.05)، وأمام درجة حرية (87) (دح = ن₁ + ن₂ - 2) نجد أن قيمة (ت) المحسوبة (1.13) أقل من قيمة (ت) الجدولية (2.390)، ومنه فالفروق الملاحظة بين فئة الكهول والمسنين في استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال هي فروق غير جوهرية وغير دالة إحصائياً عند مستوى الثقة المحدد، أي أن استراتيجيات المواجهة المتمركز حول الانفعال تستخدم بالدرجة نفسها سواء بالنسبة للكهول أو المسنين، وعليه نقبل الفرضية الصفرية (H⁰) القائلة بأنه: لا تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان من الكهول والمسنين في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول الانفعال، ونرفض الفرضية البديلة القائلة: بأنه تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان من الكهول والمسنين في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول الانفعال، وبالتالي فإن مرضى السرطان من الكهول والمسنين يوظفون استراتيجيات المواجهة المتمركز حول الانفعال بالقدر نفسه.

وخلاصة القول، أن مرضى السرطان من الكهول يفضلون استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال، لذا فهم يسعون جاهدون إلى التخلص من الانفعالات السلبية التي ترهقهم وتزيد من معاناتهم مع السرطان، وفي تقديري هذا راجع لخصوصية تلك المرحلة العمرية التي تزيد فيها الأعباء والمسؤوليات من جهة، ومن جهة أخرى للثبات النسبي في القدرات العقلية والمعرفية وذلك من خلال

التمهيد للانتقال إلى مرحلة المسنين، فباستخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال يتخلص الكهول من غالبية الأعباء والضغوط التي تثقل كاهلهم.

7.3.2.6. الفرضية الجزئية السابعة: لا تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان من الشباب والكهول في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول السند الاجتماعي.

لمعالجة هذه الفرضية قامت الباحثة بحساب قيمة (ت) (Ttest) لمعرفة مدى معنوية الفروق بين متوسطين لعينتين مستقلتين، غير متجانستين، وغير متساويتين في الحجم $n_1 \neq n_2$ ، وكانت البيانات كما يوضحها الجدول الآتي:

الجدول (29): يوضح قيمة (ت) لاستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول السند الاجتماعي حسب الفئة العمرية (الشباب، الكهول).

المرحلة العمرية	العينة ن	المتوسط الحسابي $\bar{س}$	التباين $ع^2$	قيمة (ت)	مستوى الدلالة 0.05
الشباب [40-20]	31	20.12	20.88	4.06	دالة
الكهول [60-41]	70	24.51	35.56		

بالرجوع إلى الجداول الإحصائية لاختبار (ت) (Ttest)، وتحت مستوى الدلالة (0.05)، وأمام درجة حرية (30) (دح = ن-1)، (69) (دح = ن-2) نجد أن قيمة (ت) المحسوبة (4.06) أكبر من قيمة (ت) الجدولية (2.41)، ومنه فالفروق الملاحظة بين الشباب والكهول في توظيف استراتيجيات المواجهة المتمركز حول السند الاجتماعي هي فروق جوهرية ودالة إحصائياً عند مستوى الدلالة المحدد، أي أنه يفضل الكهول استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول السند الاجتماعي أكثر من الشباب، وعليه نرفض الفرضية الصفرية (H^0) القائلة بأنه: لا تختلف

متوسطات درجات مرضى السرطان من الشباب والكهول في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول السند الاجتماعي، وقبول الفرضية البديلة القائلة: بأنه تتباين متوسطات درجات مرضى السرطان من الشباب والكهول في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول السند الاجتماعي لصالح الكهول، أي أن مرضى السرطان من الكهول يفضلون استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول السند الاجتماعي أكثر من الشباب.

8.3.2.6. الفرضية الجزئية الثامنة: لا تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان من الشباب والمسنين في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول السند الاجتماعي.

لمعالجة هذه الفرضية قامت الباحثة بحساب قيمة (ت) (Ttest) لمعرفة مدى معنوية الفروق بين متوسطين لعينتين مستقلتين، متجانستين، وغير متساويتين في الحجم $n_1 \neq n_2$ ، وكانت البيانات كما يوضحها الجدول الآتي:

الجدول(30): يوضح قيمة (ت) لاستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول السند الاجتماعي حسب الفئة العمرية (الشباب، المسنين).

المرحلة العمرية	العينة ن	المتوسط الحسابي $\bar{س}$	التباين $ع^2$	قيمة (ت)	مستوى الدلالة 0.05
الشباب [40-20]	31	20.12	20.88	4.75	دالة
المسنين [61 فأكثر]	19	25.73	11.87		

بالرجوع إلى الجداول الإحصائية لاختبار (ت) (Ttest)، وتحت مستوى الدلالة (0.05)، وأمام درجة حرية (48) ($دح = n_1 + n_2 - 2 = 2 + 19 = 21$) نجد أن قيمة (ت) المحسوبة (4.75) أكبر من قيمة (ت) الجدولية (2.423)، ومنه فالفروق الملاحظة بين الشباب

والمسنين في استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول السند الاجتماعي هي فروق جوهرية ودالة إحصائياً عند مستوى الدلالة المحدد، أي أنه يفضل المسنون استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول السند الاجتماعي أكثر من الشباب، وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية (H^0) القائلة بأنه: لا تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان من الشباب والمسنين في استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول السند الاجتماعي، وقبول الفرضية البديلة ($H1$) القائلة: بأنه تتباين متوسطات درجات مرضى السرطان من الشباب والمسنين في استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول السند الاجتماعي، أي أن مرضى السرطان من المسنين يفضلون استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول السند الاجتماعي أكثر من الشباب.

9.3.2.6. الفرضية الجزئية التاسعة: لا تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان من الكهول والمسنين في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول السند الاجتماعي.

لمعالجة هذه الفرضية قامت الباحثة بحساب قيمة (ت) (Ttest) لمعرفة مدى معنوية الفروق بين متوسطين لعينتين مستقلتين، غير متجانستين، وغير متساويتين في الحجم $n_1 \neq n_2$ ، وكانت البيانات كما يوضحها الجدول الآتي:

الجدول (31): يوضح قيمة (ت) لاستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول السند الاجتماعي حسب الفئة العمرية (الكهول، المسنين).

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	التباين	المتوسط الحسابي	العينة	المرحلة العمرية
0.05		ع ²	$\bar{س}$	ن	
غير دالة	1.16	35.56	24.51	70	الكهول [60-41]
		11.87	25.73	19	المسنين [61 فأكثر]

بالرجوع إلى الجداول الإحصائية لاختبار (ت) (Ttest)، وتحت مستوى الدلالة (0.05)، وأمام درجة حرية (69) (دح = ن-1)، (18) (دح = ن-2) نجد أن قيمة (ت) المحسوبة (1.16) أقل من قيمة (ت) الجدولية (1.36)، ومنه فالفروق الملاحظة بين فئة الكهول والمسنين في استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول السند الاجتماعي هي فروق غير جوهرية وغير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة المحدد، أي أنه يتم استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركز حول السند الاجتماعي بالنسبة للكهول والمسنين بنفس الدرجة، وعليه نقبل الفرضية الصفرية (H^0) القائلة بأنه: لا تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان من الكهول والمسنين في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المتمركزة حول السند الاجتماعي، ونرفض الفرضية البديلة ($H1$) القائلة: بأنه تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان من الكهول والمسنين في استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول السند الاجتماعي، أي أن مرضى السرطان من الكهول والمسنين يوظفون استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول السند الاجتماعي بنفس الدرجة.

ومنه يمكننا القول، أن مرضى السرطان من فئة الكهول والمسنين يفضلون استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول السند الاجتماعي، ويمكن إرجاع ذلك إلى أن الفرد المصاب بالسرطان عندما يتقدم به العمر (ابتداءً من مرحلة الكهول) لا يعتمد على قواه الذاتية في تطوير أساليب تكيفية فعالة لمواجهة الضغوط التي يعيشها، فيلجأ

إلى المحيطين به للتخفيف من الضغوط النفسية التي يعيشها جراء الإصابة بمرض مزمن.

وتأسيسا على ما سبق أظهرت هذه الدراسة أن مرضى السرطان من الشباب يفضلون استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل، ويفضل الكهول توظيف استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول السند الاجتماعي، بينما يميل المسنون إلى استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل، والانفعال، والسند الاجتماعي مجتمعة.

وقد اتفقت نتائج هذه الدراسة مع النتائج التي توصلت إليها دراسة "لينا" "سانيتا" (Lina & Sanita) (2000) و"محمد رجب" (M.Radjab) (1995) التي أكدت وجود تأثير لمتغير السن في استخدام استراتيجيات المواجهة، فقد كانت فئة الشباب أكثر ميلا لاستخدام إستراتيجية المواجهة المتمركزة حول المشكل والدعم الاجتماعي مقارنة بالمراهقين. (وليدة مرازقة، 2008، ص130)

وأظهرت دراسة "محمد رجب" وجود فروق عمرية دالة في إعادة التقييم الإيجابي للمواقف الضاغطة، حيث كانت مجموعة الشباب هي الأكثر استخداما لهذا الأسلوب ثم مجموعة المراهقين، كما وجدت فروق دالة في أسلوب البحث عن المساعدة والمعلومات، حيث كانت مجموعة الشباب هي الأكثر استخداما بصورة دالة للأساليب الاقدامية والسلوكية من مجموعة المراهقين.

(رجب علي شعبان، 1995، ص121)

إضافة إلى دراسة "داركس" وآخرون (Darkess et al) (2005) والتي بينت أن الشباب يستعملون إستراتيجية مواجهة نشطة مقارنة بالأشخاص المسنين الذين يلجئون إلى استعمال إستراتيجية التدين. (وليدة مرازقة، 2008، ص133)

واختلفت نتيجة هذه الدراسة مع نتائج دراسة "وليدة مرازقة" (W.Mrazka) (2008) التي كشفت على عدم وجود فروق دالة إحصائية بين أفراد العينة حسب الفئات العمرية في استخدام استراتيجيات المواجهة.

(وليدة مرازقة، 2008، ص130)

وفي تقديري أن العمر قد يساهم في تغيير أساليب مواجهة الأحداث الضاغطة، ويشير معظم الباحثين إلى أن استراتيجيات المواجهة التي يستخدمها الفرد في التعامل مع الأحداث الضاغطة تتغير مع تقدم العمر وزيادة مستوى النمو المعرفي للفرد، فحسب بعض الباحثين يستخدم الشباب استراتيجيات مواجهة الضغوط تختلف عن تلك التي يستخدمها الكهول والمسنين، فالمسنون يستخدمون: ضبط النفس، إعادة التفسير المعرفي للأحداث، التأكيد على الجوانب الإيجابية للحدث، بينما يميل الكهول إلى استخدام استراتيجيات المواجهة كالإزاحة، والإسقاط، وغيرها من الأساليب الدفاعية اللاشعورية في مواجهة المواقف والتحديات التي تعترضهم في البيئة.

4.2.6. الفرضية الرابعة: تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان من ذوي الضغط النفسي المرتفع في استخدام استراتيجيات المواجهة.

لمعالجة هذه الفرضية تم تطبيق اختبار (ت) (Ttest) لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات الأفراد مرتفعوا الضغط النفسي، وقد قامت الباحثة بتحويل هذه الفرضية إلى ثلاث (3) فرضيات صفرية (H^0)، وتضم كل فرضية متوسطات الأفراد في كل بعدين على حدى:

√ لا تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان من ذوي الضغط النفسي المرتفع في استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل مع متوسطاتهم في استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال

√ لا تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان من ذوي الضغط النفسي المرتفع في استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل مع متوسطاتهم في استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول السند الاجتماعي.

√ لا تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان من ذوي الضغط النفسي المرتفع في توظيف استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال مع متوسطاتهم في استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول السند الاجتماعي.

1.4.2.6. الفرضية الجزئية الأولى: لا تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان من ذوي الضغط النفسي المرتفع في توظيف استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل مع متوسطاتهم في استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال.

لمعالجة هذه الفرضية قامت الباحثة بحساب (ت) (Ttest) لمعرفة مدى معنوية الفروق بين متوسطين مرتبطين لعينة واحدة، وكانت البيانات كما يوضحها الجدول الآتي:

الجدول(32): يوضح قيمة (ت) لبعدي استراتيجيات المواجهة (المتمركزة حول المشكل والمتمركزة حول الانفعال) لذوي الضغط النفسي المرتفع.

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	التباين	المتوسط الحسابي	العينة	استراتيجيات المواجهة
0.05		ع ²	س	ن	
دالة	3.19	44.71	21.84	105	المتمركزة حول المشكل
		23.67	24.75	105	المتمركزة حول الانفعال

بالرجوع إلى الجداول الإحصائية لاختبار (ت) (Ttest)، وتحت مستوى الدلالة (0.05)، وأمام درجة حرية (104) (دح = ن-1) نجد أن قيمة (ت) المحسوبة

(3.19) أكبر من قيمة (ت) الجدولية (2.390)، ومنه فالفروق الملاحظة بين متوسطي الأفراد مرتفعوا الضغط النفسي في هاتين الإستراتيجيتين فروق جوهرية و دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة المحدد لصالح استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال، وبذلك نرفض الفرضية الصفرية (H^0) القائلة بأنه: لا تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان من مرتفعوا الضغط النفسي في استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل مع استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال، وقبول الفرضية البديلة ($H1$) القائلة: بوجود فروق بين متوسطات الأفراد في هذين المتغيرين، وهذا يعني أن مرضى السرطان من ذوي الضغط النفسي المرتفع يوظفون استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال أكثر من توظيفهم لاستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل في خفض الضغوط النفسية الناتجة عن إصابتهم بمرض خبيث.

2.4.2.6. الفرضية الجزئية الثانية: لا تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان من ذوي الضغط النفسي المرتفع في استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل مع متوسطاتهم في استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول السند الاجتماعي.

لمعالجة هذه الفرضية قامت الباحثة بحساب (ت) ($Ttest$) لمعرفة مدى معنوية الفروق بين متوسطين مرتبطين لعينة واحدة، وكانت البيانات كما يوضحها الجدول الآتي:

الجدول(33): يوضح قيمة (ت) لبعدي استراتيجيات المواجهة (المتمركزة حول المشكل والتمركزة حول السند الاجتماعي) لذوي الضغط النفسي المرتفع.

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	التباين	المتوسط الحسابي	العينة	استراتيجيات المواجهة
0.05		ع ²	س̄	ن	
غير دالة	1.64	44.71	21.84	105	المتمركزة حول المشكل
		31.16	23.55	105	المتمركزة حول السند الاجتماعي

بالرجوع إلى الجداول الإحصائية لاختبار (ت) (Ttest)، وتحت مستوى الدلالة (0.05)، وأمام درجة حرية (104) (دح=ن-1) نجد أن قيمة (ت) المحسوبة (1.64) أقل من قيمة (ت) الجدولية (2.390)، ومنه فالفروق الملاحظة لدى عينة الدراسة من مرتفعوا الضغط النفسي بين نوعي استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل والتمركزة حول السند الاجتماعي فروق غير جوهرية وغير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة المحدد، وعليه نقبل الفرضية الصفرية (H^0) القائلة بأنه: لا تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان من مرتفعوا الضغط النفسي في توظيف استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل مع استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول السند الاجتماعي، ورفض الفرضية البديلة ($H1$) القائلة: بوجود فروق بين متوسطات الأفراد في هذين المتغيرين، وهذا يعني أن مرضى السرطان من ذوي الضغط النفسي المرتفع يوظفون استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل واستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول السند الاجتماعي بالدرجة نفسها في خفض الضغوط النفسية الناتجة عن إصابتهم بورم سرطاني.

3.4.2.6. الفرضية الجزئية الثالثة: لا تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان من ذوي الضغط النفسي المرتفع في استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول

الانفعال مع متوسطاتهم في استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول السند الاجتماعي.

لمعالجة هذه الفرضية قامت الباحثة بحساب (ت) (Ttest) لمعرفة مدى معنوية الفروق بين متوسطين مرتبطين لعينة واحدة، وكانت البيانات كما يوضحها الجدول الآتي:

الجدول(34): يوضح قيمة (ت) لبعدي استراتيجيات المواجهة (المتمركزة حول الانفعال والمتمركزة حول السند الاجتماعي) لذوي الضغط النفسي المرتفع.

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	التباين	المتوسط الحسابي	العينة	استراتيجيات المواجهة
0.05		ع ²	س	ن	
غير دالة	2.10	23.67	24.75	105	المتمركزة حول الانفعال
		31.16	23.55	105	المتمركزة حول السند الاجتماعي

بالرجوع إلى الجداول الإحصائية لاختبار (ت) (Ttest)، وتحت مستوى الدلالة (0.05)، وأمام درجة حرية (104) (دح = ن-1) نجد أن قيمة (ت) المحسوبة (2.10) أقل من قيمة (ت) الجدولية (2.390)، ومنه فالفروق الملاحظة لدى عينة الدراسة من مرتفعوا الضغط النفسي بين نوعي استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال والمتمركزة حول السند الاجتماعي فروق غير حقيقية وغير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة المحدد، وبذلك نقبل الفرضية الصفرية (H^0) القائلة بأنه: لا تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان من مرتفعوا الضغط النفسي في استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال مع استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول السند الاجتماعي، ورفض الفرضية البديلة ($H1$) القائلة: بوجود فروق بين متوسطات الأفراد في هذين المتغيرين، وهذا يعني أن مرضى السرطان

من ذوي الضغط النفسي المرتفع يوظفون استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال واستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول السند الاجتماعي بنفس الدرجة في خفض الضغوط النفسية الناتجة عن إصابتهم بمرض السرطان.

وما يمكن أن نستشفه من نتائج الفرضيات السابقة أن مرضى السرطان من ذوي الضغط النفسي المرتفع يفضلون استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال أكثر من باقي الاستراتيجيات، وذلك نظرا لحجم المعاناة التي يعيشها مرضى السرطان وتعدد مظاهر الضغوط النفسية لديهم (النفسية، الاجتماعية، الاقتصادية،... وغيرها).

5.2.6. الفرضية الخامسة: تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان من ذوي الضغط النفسي المنخفض في توظيف استراتيجيات المواجهة.

لمعالجة هذه الفرضية تم تطبيق اختبار (ت) (Ttest) لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات الأفراد منخفضوا الضغط النفسي، وقد قامت الباحثة بتحويل هذه الفرضية إلى ثلاث (3) فرضيات صفرية (H^0)، وتضم كل فرضية متوسطات الأفراد في كل بعدين على حدى:

√ لا تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان من ذوي الضغط النفسي المنخفض في استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل مع متوسطاتهم في استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال.

√ لا تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان من ذوي الضغط النفسي المنخفض في استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل مع متوسطاتهم في استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول السند الاجتماعي.

√ لا تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان من ذوي الضغط النفسي المنخفض في استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال مع متوسطاتهم في استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول السند الاجتماعي.

1.5.2.6. الفرضية الجزئية الأولى: لا تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان من ذوي الضغط النفسي المنخفض في استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل مع متوسطاتهم في استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال.

لمعالجة هذه الفرضية قامت الباحثة بحساب (ت) (Ttest) لمعرفة مدى معنوية الفروق بين متوسطين مرتبطين لعينة واحدة، وكانت البيانات كما يوضحها الجدول الآتي:

الجدول (35): يوضح قيمة (ت) لبعدي استراتيجيات المواجهة (المتمركزة حول المشكل والمتمركزة حول الانفعال) لذوي الضغط النفسي المنخفض.

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	التباين	المتوسط الحسابي	العينة	استراتيجيات المواجهة
0.05		ع ²	س̄	ن	
دالة	2.84	19.56	19.23	13	المتمركزة حول المشكل
		38.67	25.69	13	المتمركزة حول الانفعال

بالرجوع إلى الجداول الإحصائية لاختبار (ت) (Ttest)، وتحت مستوى الدلالة (0.05)، وأمام درجة حرية (12) (دح=ن-1) نجد أن قيمة (ت) المحسوبة (2.84) أكبر من قيمة (ت) الجدولية (2.681)، ومنه فالفروق الملحوظة لدى عينة الدراسة من منخفضوا الضغط النفسي بين نوعي استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل والمتمركزة حول الانفعال فروق جوهرية ودالة إحصائية عند مستوى الدلالة المحدد لصالح استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال، وبذلك نرفض الفرضية الصفرية (H^0) القائلة بأنه: لا تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان منخفضوا الضغط النفسي في استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل مع استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال، وقبول الفرضية البديلة

(H1) القائلة: بوجود فروق بين متوسطات الأفراد في هذين المتغيرين، وهذا يعني أن مرضى السرطان من ذوي الضغط النفسي المنخفض يوظفون استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال أكثر من توظيفهم لاستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل في خفض ضغوطهم النفسية.

2.5.2.6. الفرضية الجزئية الثانية: لا تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان من ذوي الضغط النفسي المنخفض في استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل مع متوسطاتهم في استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول السند الاجتماعي.

لمعالجة هذه الفرضية قامت الباحثة بحساب (ت) (Ttest) لمعرفة مدى معنوية الفروق بين متوسطين مرتبطين لعينة واحدة، وكانت البيانات كما يوضحها الجدول الآتي:

الجدول(36): يوضح قيمة (ت) لبعدي استراتيجيات المواجهة (المتمركزة حول المشكل والمتمركزة حول السند الاجتماعي) لذوي الضغط النفسي المنخفض.

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	التباين	المتوسط الحسابي	العينة	استراتيجيات المواجهة
0.05		ع ²	س̄	ن	
دالة	2.91	19.56	19.23	13	المتمركزة حول المشكل
		30.68	24.92	13	المتمركزة حول السند الاجتماعي

بالرجوع إلى الجداول الإحصائية لاختبار (ت) (Ttest)، وتحت مستوى الدلالة (0.05)، وأمام درجة حرية (12) (دح=ن-1) نجد أن قيمة (ت) المحسوبة (2.91) أكبر من قيمة (ت) الجدولية (2.681)، ومنه فالفروق الملاحظة لدى عينة الدراسة من منخفضوا الضغط النفسي بين نوعي استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول

المشكل والمتمركزة حول السند الاجتماعي فروق حقيقية ودالة إحصائية عند مستوى الدلالة المحدد، وعليه نرفض الفرضية الصفرية (H^0) القائلة بأنه: لا تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان من منخفضوا الضغط النفسي في استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل مع استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول السند الاجتماعي، وقبول الفرضية البديلة ($H1$) القائلة: بوجود فروق بين متوسطات الأفراد في هذين المتغيرين، وهذا يعني أن مرضى السرطان من ذوي الضغط النفسي المنخفض يوظفون استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول السند الاجتماعي أكثر من توظيفهم لاستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل في خفضهم للضغوط النفسية.

3.5.2.6. الفرضية الجزئية الثالثة: لا تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان من ذوي الضغط النفسي المنخفض في استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال مع متوسطاتهم في استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول السند الاجتماعي.

لمعالجة هذه الفرضية قامت الباحثة بحساب (ت) (Ttest) لمعرفة مدى معنوية الفروق بين متوسطين مرتبطين لعينة واحدة، وكانت البيانات كما يوضحها الجدول الآتي:

الجدول(37): يوضح قيمة (ت) لبعدي استراتيجيات المواجهة (المتمركزة حول الانفعال والتمركزة حول السند الاجتماعي) لذوي الضغط النفسي المنخفض.

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	التباين	المتوسط الحسابي	العينة	استراتيجيات المواجهة
0.05		ع ²	س̄	ن	
غير دالة	0.60	38.67	25.69	13	المتمركزة حول الانفعال
		30.68	24.92	13	المتمركزة حول السند الاجتماعي

بالرجوع إلى الجداول الإحصائية لاختبار (ت) (Ttest)، وتحت مستوى الدلالة (0.05)، وأمام درجة حرية (12) (دح=ن-1) نجد أن قيمة (ت) المحسوبة (0.60) أقل من قيمة (ت) الجدولية (2.681)، ومنه فالفروق الملاحظة لدى عينة الدراسة من منخفضوا الضغط النفسي بين نوعي استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال والتمركزة حول السند الاجتماعي فروق غير حقيقية وغير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة المحدد، وبذلك نقبل الفرضية الصفرية (H^0) القائلة بأنه: لا تختلف متوسطات درجات مرضى السرطان من منخفضوا الضغط النفسي في استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال مع استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول السند الاجتماعي، ورفض الفرضية البديلة ($H1$) القائلة: بوجود فروق بين متوسطات الأفراد في هذين المتغيرين، وهذا يعني أن مرضى السرطان من ذوي الضغط النفسي المنخفض يوظفون استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال واستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول السند الاجتماعي بنفس الدرجة في خفض الضغوط النفسية الناتجة عن إصابتهم بمرض السرطان.

ومن نتائج الفرضيات السابقة نستشف أن مرضى السرطان من ذوي الضغط النفسي المنخفض يفضلون توظيف استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال وحول

الدعم الاجتماعي، فعلى اعتبار أن هؤلاء المرضى ينخفض الضغط النفسي لديهم فإنهم يجدون أنفسهم غير مضطرين للبحث عن استراتيجيات تخلصهم من الضغط ما داموا لا يشعرون به من جهة، ومن جهة أخرى لأن توظيف المواجهة المتمركزة حول المشكل ينجر عنه ممارسات وتعلم أساليب جديدة يرون - ذوي الضغط المنخفض- بأنهم في غنا عنها، وخصوصا إذا ثبت لدى المريض أن لديه ورم حميد يمكن استئصاله، أو أنه في مراحله الأولى، وحتى إذا ما كان ظاهرا أو لا يسبب عاهة أو إعاقة فإن المريض يكون مرتاحا.

خاتمة

خاتمة:

سعت هذه الدراسة إلى تحقيق جملة من الأهداف من خلال التعرف على مستوى الضغط النفسي، والوقوف على أهم الاستراتيجيات التي يوظفها مرضى السرطان للتخلص من الضغط النفسي الذي يعاني منه هؤلاء، وقد خرج هذا البحث بمجموعة من النتائج، والتي تم إدراجها ضمن جزئين، الجزء الأول خاص بالنتائج المتعلقة بمصادر الضغط النفسي وتتمثل فيما يلي:

- ✓ يعاني معظم أفراد عينة الدراسة من مرضى السرطان من ضغط نفسي مرتفع، حيث أقر (88.50%) من الإناث و(84.84%) من الذكور بأنهم يعيشون ضغطا نفسيا مرتفعا.
- ✓ يعتبر أفراد العينة من الذكور والإناث أن أكثر المصادر المسببة للضغط النفسي هو المصدر النفسي.
- ✓ يعتبر أفراد العينة من الذكور أن المصادر الأكثر تأثيرا في الشعور بالضغط النفسي هي: المصدر النفسي والجسمي ب(96.96%)، والمصدر العلاجي ب(90.90%)، أما عن الإناث فيعتبرن المصدر الاقتصادي/الاجتماعي الأكثر تأثيرا في ظهور الضغط النفسي لديهن ب(65.51%).
- ✓ يعتبر أفراد عينة الدراسة من الشباب والكهول والمسنين أن أكثر المصادر المسببة للضغط النفسي هو المصدر النفسي.
- ✓ يعاني مرضى السرطان من فئة الشباب ضغوطا نفسية كبيرة وقدرت ب (96.77%) إذا ما قورنت بفئة الكهول (87.14%) وفئة المسنين (73.68%).
- ✓ يعتبر المصدر النفسي والجسمي الأكثر تأثيرا في حدوث الضغط النفسي لدى الشباب ب (96.77%)، بينما يعد المصدر المرتبط بالعلاج الأكثر تأثيرا لدى الشباب (93.54%) والمسنين (94.73%)، أما المصدر

الاقتصادي/الاجتماعي فيكون أكثر تأثيراً لدى الشباب (64.51%) والكهول (61.42%).

أما عن الجزء الثاني المتعلق بالنتائج الخاصة باستراتيجيات المواجهة لذا فقد توصلت هذه الدراسة للنتائج الآتية:

- ✓ يفضل أفراد العينة من مرضى السرطان - بصفة عامة- توظيف استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال.
- ✓ يفضل أفراد العينة من مرضى السرطان من الذكور استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل، أما الإناث فيفضلن توظيف استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال والسند الاجتماعي.
- ✓ يفضل مرضى السرطان من الذكور من فئة الشباب والكهول توظيف استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل، أما عن الذكور المسنين فيفضلون توظيف استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الدعم الاجتماعي.
- ✓ تفضل مريضات السرطان من الإناث من فئة الشباب والكهول والمسنيات توظيف استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال، كما توظف الإناث من فئة الكهول استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الدعم الاجتماعي.
- ✓ يميل أفراد العينة من الشباب والمسنين إلى توظيف استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل.
- ✓ يميل أفراد العينة من المسنين إلى توظيف استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال.
- ✓ يميل أفراد العينة من الكهول والمسنين إلى توظيف استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول السند الاجتماعي.
- ✓ يميل أفراد العينة من مرتفعوا الضغط النفسي إلى توظيف استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال.

✓ يميل أفراد العينة من منخفضوا الضغط النفسي إلى توظيف استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال والمتمركزة حول السند الاجتماعي.

المقترحات:

وقد خرج هذا البحث بمجموعة من التوصيات والمقترحات تتمثل في:

➤ وضع برامج للتكفل التام بفئة مرضى الأورام السرطانية على اختلاف أنواعه.

➤ وضع برامج لإدارة الضغط لديهم كتقنية الاسترخاء، وكذا التركيز على بعض الاستراتيجيات الفعالة في خفض الضغط النفسي كإستراتيجية التدين، الإفصاح، وغيرها، والتي تدعم المريض في مواجهة تلك الضغوط.

➤ العمل على التخفيف من حدة المرض بواسطة الدعم الاجتماعي المقدم من الأهل والمقربين كالزوج، الأبناء، الأقارب، وحتى الجيران، إضافة للأنواع الأخرى من المساندة الاجتماعية والتي أثبتت كفاءتها في دعم المريض كالمساندة الأدائية، المعلوماتية من قبل المختصين، وغيرها .

➤ التعجيل بفتح مستشفى خاص بالأورام السرطانية بمدينة سطيف ، وإنشاء مصالح للاستشفاء عبر كامل التراب الوطني للتخفيف من العبء الذي يعاني منه هؤلاء المرضى.

➤ فتح شراكات بين مؤسسات عالمية لاستيراد أجهزة خاصة بالكشف المبكر، إجراء الفحوصات والتحاليل الطبية، أشعة السكانير، وكذا فتح صندوق للتبرعات لهاته الفئة، مع فتح دورات تكوينية للأطباء أو الشبه طبيين للاستفادة بشكل واسع وسريع من الخدمات التي توفرها أحدث التقنيات والتكنولوجيا في هذا الميدان.

➤ زيادة الدعم وحملات التوعية بهذه الأمراض الخطيرة من المؤسسات الخاصة والعامة، ومن وسائل الإعلام والاتصال(المسموعة والمرئية)، ولا ننسى دور المؤسسات التربوية والتعليمية وكذا الجامعة في ترسيخ ثقافة

الوقاية خير من العلاج من خلال الكف عن التدخين، حماية البيئة، النظافة الشخصية والبيئية... الخ.

- تعزيز دور الجامعة في فتح لقاءات ومنتديات وفضاءات تعنى بتوعية الشباب بخطورة هذا المرض(ملتقيات، منتديات عبر الانترنت لتواصل الشباب مع بعضهم، إعداد مطويات، تكثيف الرسائل الجامعية لما لهذا الموضوع من فروع وتخصصات عدة تسمح بالتعمق في دراسته والكشف عن خباياه).
- العناية بالجانب النفسي لدى هؤلاء المرضى لما يسببه هذا الداء من اضطرابات نفسية حادة ومزمنة على حياة الأفراد أنفسهم، وما يسببه مرض أحد أفراد الأسرة من ضيق وهم لدى جميع أفرادها.
- إن العمل بهذه التوصيات يساهم في انتشار الوعي بين أفراد المجتمع، مما قد يساعد على التقليل من انتشاره، ويقلص من مصاريف الفرد، ويجنب الدولة النفقات الطائلة التي تخصص للتكفل بالمريض.

المراجع

المراجع باللغة العربية:

❖ الكتب:

01. إبراهيم عبد الستار (1998): الاكتئاب (اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه)، عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت، دون طبعة.
02. أحمد نايل الغرير، أحمد عبد اللطيف أبو أسعد (2009): التعامل مع الضغوط النفسية ، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ط1.
03. أحمد عبد الرحمان إبراهيم (دون تاريخ): الكفاءة السيكومترية للاختبار التحصيلي، جامعة الزقازيق، مصر، دون طبعة.
04. أحمد عيد مطيع الشخانة (2010): التكيف مع الضغوط النفسية، دار الحامد للطباعة والنشر والتوزيع، الأردن، ط1.
05. أحمد توفيق (2006): تخلص من... الأفكار السلبية والضغوط النفسية، دار عالم الثقافة، دار الأسرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ط1.
06. أشرف محمد عبد الغني شريت (2001): المدخل إلى الصحة النفسية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، دون طبعة.
07. جان بنجامان ستورا، ترجمة: وجيه أسعد (1997): الكرب، دار البشائر للطباعة والنشر والتوزيع، ط1.
08. جمعة سيد يوسف (2000): دراسات في علم النفس الإكلينيكي، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، دون طبعة.
09. جمعة سيد يوسف (2007): إدارة الضغوط، دار الكتب المصرية، جامعة القاهرة، جمهورية مصر العربية، ط1.
10. ديانا هيلز، روبرت هيلز، ترجمة: عبد العلي الجسماني (1999): العناية بالعقل والنفس ، الدار العربية للعلوم، بيروت، لبنان، ط1.

11. هناء أحمد شويخ (2007): أساليب تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن الأورام السرطانية، ايتراك للنشر والتوزيع، مصر، ط1.
12. هشام عبد الرحمان خولي(2007): دراسات و بحوث في علم النفس و الصحة النفسية، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية، مصر، ط1.
13. وليد السيد أحمد خليفة، مراد علي عيسى سعد(2008): الضغوط النفسية والتخلف العقلي: (المفاهيم، النظريات، البرامج)، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية، مصر، ط1.
14. حمدي علي الفرماوي، رضا عبد الله(2009): الضغوط النفسية في مجال العمل والحياة، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ط1.
15. حسين أحمد حشمت، مصطفى حسين باهي(2006): التوافق النفسي والتوازن الوظيفي، الدار العالمية للنشر والتوزيع، مصر، ط1.
16. حسين حريم(1997): السلوك التنظيمي، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، دون طبعة.
17. حسين علي فايد(2005): المشكلات النفسية الاجتماعية، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، ط1.
18. حسن فاروق وهبة(دون تاريخ): سر علاج السرطان، ط2.
19. طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين (2006): استراتيجيات إدارة الضغوط التربوية والنفسية، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ط1.
20. كامل محمد عويضة(1996): الصحة في منظور علم النفس، دار الكتب العلمية، بيروت، لبنان، ط1.
21. كاثي شايبيرزو وآخرون(2006): المكافحة الشاملة لسرطان عنق الرحم، مطبوعات منظمة الصحة العالمية، سويسرا، دون طبعة.

22. كلاوس شويخ، غيرت شراينكه، ترجمة: إلياس حاجوج (2006): الكرب أو الشدة النفسية (أفكار- نظريات- مشكلات)، منشورات دار علاء الدين للنشر والتوزيع والترجمة، دمشق، سورية، ط1.
23. لوكيا الهاشمي، زروال فتيحة (2006): الإجهاد، دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع، عين ميله، الجزائر، دون طبعة.
24. ماجدة بهاء الدين السيد (2008): الضغط النفسي (مشكلاته وآثاره على الصحة النفسية)، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ط1.
25. محمد بوعلاق (2009): الوسيط في الإحصاء الوصفي والاستدلالي في العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية، دار الأمل للطباعة والنشر والتوزيع، دون طبعة.
26. محمد حسن غانم (2009): مقدمة في علم الصحة النفسية (تأصيل نظري ودراسات ميدانية)، المكتبة المصرية للطباعة والنشر والتوزيع، الإسكندرية، مصر، ط1.
27. محمد نصر الدين ياحي (2000): الضغط والقلق والحالات العصبية، دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع، عين ميله، الجزائر، دون طبعة.
28. محمد علي كامل (2004): الضغوط النفسية ومواجهتها، مكتبة ابن سينا للطبع والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، دون طبعة.
29. مسعود السامعي (2011): مكافحة السرطان في العالم النامي (برنامج العمل من أجل علاج السرطان)، الوكالة الدولية للطاقة الذرية، النمسا.
30. ناتالي بيرغ، ترجمة: مركز التعريب والبرمجة (2004): أسرار السيطرة على الضغوط الحياتية، الدار العربية للعلوم، بيروت، لبنان، ط1.
31. سامي محمد ملحم (2005): مناهج البحث في التربية وعلم النفس، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن، ط3.

32. **سيجموند فرويد، ترجمة: محمد عثمان نجاتي(1989):** الكف والعرض والقلق، دار الشروق، مكتبة التحليل النفسي والعلاج النفسي، ط4.
33. **سلوى عثمان الصديقي(1999):** مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، دون طبعة.
34. **سمير شيخاتي(2003):** الضغط النفسي، دار الثقافة، الدوحة، قطر، ط1.
35. **عبد الكريم بوحفص(2005):** الإحصاء المطبق في العلوم الاجتماعية والإنسانية، ديوان المطبوعات الجامعية، بن عكنون، الجزائر، دون طبعة.
36. **عبد الكريم قاسم أبو الخير(2002):** التمريض النفسي (مفهوم الرعاية التمريضية)، دار وائل للطباعة والنشر، عمان، الأردن، دون طبعة.
37. **طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين (2006):** استراتيجيات إدارة الضغوط التربوية والنفسية، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ط1.
38. **علي إسماعيل عبد الرحمان(2008):** الضغوط النفسية (الأسباب، الآثار، العلاج)، دار اليقين للنشر والتوزيع، المنصورة، مصر، ط1.
39. **علي عسكر(2000):** ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها، دار الكتاب الحديث، الكويت، ط2.
40. **عمر مصطفى محمد النعاس(2008):** دراسات في الضغوط المهنية والصحة النفسية، منشورات جامعة 7 أكتوبر، مصراته، الجماهيرية العظمى الليبية، ط1.
41. **فاروق السيد عثمان(2001):** القلق وإدارة الضغوط النفسية، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر، ط1.
42. **فهيم علي(2009):** علم النفس الصحة، دار الجامعة الجديدة للنشر، الإسكندرية، مصر، دون طبعة.

43. شيلي تايلور، ترجمة: وسام درويش بريك، فوزي شاكرا طعمية داود(2008): علم النفس الصحي، دار حامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ط1.

44. توفيق السويسي(2010): السرطان: الأسباب، الوقاية، العلاج، مطبعة أمين المصمودي، دون طبعة.

45. خلف حسين علي الدليمي(2009): جغرافية الصحة، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ط1.

❖ الجرائد والمجلات:

46. فضيلة مختاري(2012): أزمة في دواء أمراض السرطان والسل عبر الصيدليات والمستشفيات، جريدة الشروق اليومية، العدد3538.

47. ص.بورويلة(2011): 10 آلاف مريضة جديدة بسرطان الثدي سنويا، جريدة الخبر اليومية، العدد6511.

48. ابن زروال فتيحة(2008): علاقة الضغط النفسي بمركز الضبط، مجلة العلوم الإنسانية، جامعة منتوري، قسنطينة، الجزائر.

49. إيناس عبد الفتاح سالم، محمد محمود نجيب(2002): ضغوط الحياة وعلاقتها بالأمراض السيكوسوماتية وبعض خصائص الشخصية لدى طلاب الجامعة، مجلة دراسات نفسية، المجلد12، العدد3، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، مصر.

50. أميرة طه بخش(2007): أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالقلق والاكتئاب لدى عينة من أمهات الأطفال المعاقين عقليا والعاديين، مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد8، العدد3، مؤسسة الأيام للصحافة والنشر والتوزيع، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.

51. أمل الأحمد، رجاء محمود مريم(2009): أساليب التعامل مع الضغوط النفسية لدى الشباب الجامعي، مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد10، العدد1، مؤسسة الأيام للصحافة والنشر والتوزيع، جامعة البحرين.

52. **بديعة واكلي (2011):** الخصائص النفسية للمراهق المكتئب، مجلة الآداب والعلوم الاجتماعية، العدد14، جامعة فرحات عباس، سطيف.
53. **جابر محمد جبر(2004):** تقدير الذات وعلاقته بالوجود الأفضل لدى مرضى السرطان مقارنة بالأصحاء، مجلة دراسات عربية في علم النفس، المجلد3، العدد3، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
54. **جهاد علاء الدين، عز الدين عبد الرحمان(2011):** فاعلية برنامج إرشاد جمعي في خفض التوتر والتشاؤم لدى أمهات الأطفال الأردنيين المصابين بالسرطان، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، المجلد7، العدد4، جامعة اليرموك، أربد، الأردن.
55. **جمعة سيد يوسف(1991):** ترتيب أحداث الحياة المثيرة للمشقة، المجلة المصرية للدراسات النفسية، العدد1، القاهرة، مصر.
56. **زياد بركات(2006):** سمات الشخصية المستهدفة بالسرطان: دراسة مقارنة بين الأفراد المصابين وغير المصابين بالمرض، مجلة جامعة الأبحاث، المجلد20، العدد3، طولكرم، فلسطين.
57. **حسين علي محمد فايد(1998):** الدور الدينامي للمساندة الاجتماعية في العلاقة بين ضغوط الحياة المرتفعة والأعراض الاكتئابية، مجلة دراسات نفسية، المجلد8، العدد2، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، القاهرة، مصر.
58. **حسن مصطفى عبد المعطي(1992):** ضغوط أحداث الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية وبعض متغيرات الشخصية، مجلة كلية التربية، العدد19، الجزء1، جامعة الزقازيق، مصر.
59. **محمد السيد عبد الرحمان(1998):** دراسات في الصحة النفسية (التوافق الزواجي، فعالية الذات، الاضطرابات النفسية والسلوكية)، الجزء الأول، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.

60. **محمد الصغير شرفي، سليمان جار الله(2009):** اضطرابات منظور الزمن في الصدمة النفسية، مجلة الآداب والعلوم الاجتماعية، العدد10، جامعة فرحات عباس، سطيف.
61. **محمد حسن غانم(2002):** المساندة الاجتماعية المدركة وعلاقتها بالشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى المسنين والمسنات المقيمين في مؤسسات إيواء وأسر طبيعية، مجلة دراسات عربية في علم النفس، المجلد1، العدد3، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
62. **محمد مقداد، محمد حسن المطوع(2004):** الإجهاد النفسي واستراتيجيات المواجهة والصحة النفسية لدى عينة من طالبات جامعة البحرين، مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد5، العدد2، مؤسسة الأيام للصحافة والنشر والتوزيع، جامعة البحرين.
63. **محمد نجيب الصبوة وآخرون(2004):** استراتيجيات المواجهة والتصدي التي يوظفها مرضى أورام المثانة السرطانية للتخفيف من حدة المشقة النفسية الناجمة عن الإصابة بالمرض، مجلة دراسات عربية في علم النفس، المجلد3، العدد1، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
64. **محمد خالد الطحان، موسى محمد نجيب(2008):** فاعلية برنامج إرشادي جمعي يستند إلى النظرية الإنسانية في كل من مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية وتقدير الذات لدى النساء في فلسطين، مجلة البصائر، المجلد12، العدد2، فلسطين.
65. **مصطفى مفتاح الشقمانى، محمد أحمد الفقي(2006):** أحداث الحياة والضغوط النفسية ودورها في الإصابة بالأورام السرطانية، مجلة السائل عن المؤتمر السادس للأورام السرطانية، الزاوية، ليبيا.
66. **سعاد منصور غيث وآخرون(2009):** مصادر الضغط لدى طلبة المراكز الريادية للموهوبين والمتفوقين واستراتيجيات التعامل معها، مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد10، العدد01، مؤسسة الأيام للصحافة والنشر والتوزيع، جامعة البحرين.

67. **علي عبد السلام علي(1997):** المساندة الاجتماعية ومواجهة أحداث الحياة الضاغطة كما تدركها العاملات المتزوجات، مجلة دراسات نفسية، المجلد7، العدد2، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، القاهرة، مصر.

68. **عودية ولديحي حورية(2005):** دور المساندة الاجتماعية كعنصر من عناصر الاتصال في التخفيف من الضغط النفسي لدى المصابين بمرض الربو، الملتقى الدولي حول سيكولوجية الاتصال والعلاقات الإنسانية، جامعة ورقلة، الجزائر.

69. **صبرينة غربي (دون تاريخ):** ما مدى فعالية برنامج تدريبي معرفي سلوكي في التخفيف من معاناة العامل، مجلة العلام الإنسانية والاجتماعية، جامعة ورقلة، الجزائر.

70. **رجب علي شعبان(1995):** الفروق الجنسية والعمرية في أساليب التكيف مع المواقف الضاغطة، مجلة علم النفس، العدد34، القاهرة، مصر.

71. **خالد محمود عبد الوهاب(2006):** مدى فاعلية برنامج علاجي في تعديل أساليب التعامل مع المواقف الضاغطة لدى عينة من مرضى الإدمان السعوديين، مجلة دراسات عربية في علم النفس، المجلد 5، العدد 1، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.

❖ الرسائل الجامعية:

72. **أوهام نعمان ثابت(2008- 2009):** الضغوط النفسية وعلاقتها بالتوافق النفسي للمصابات بسرطان الثدي المبكر في الأردن، أطروحة دكتوراه في علم النفس، الأردن.

73. **أحمد بن محمد عسيري (دون تاريخ):** الضغوط النفسية لدى الموهوبين ودور الإرشاد النفسي في مواجهتها، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة القاهرة، مصر.

74. **أمل سليمان تركي العنزي(2004- 2005):** أساليب مواجهة الضغوط عند الصحيحات و المصابات بالاضطرابات النفسجسمية "السيكوسوماتية"، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية.

75. **إسمهان عزوز(2008- 2009):** مصدر الضبط الصحي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الحاج لخضر، باتنة، الجزائر.
76. **هدبيل يمينة مقبال مولودة(2008- 2009):** محددات استراتيجيات المواجهة لدى مرضى الربو (تصور المرض وتقدير الذات)، أطروحة دكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر.
77. **هدى سلام(2007- 2008):** الضغوط المهنية لدى الأستاذ الجامعي وعلاقتها بالتفاعل الصفي ، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة فرحات عباس، سطيف، الجزائر.
78. **وليدة مرازقة(2008- 2009):** مركز ضبط الألم وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الحاج لخضر، باتنة، الجزائر.
79. **نبيلة بوعافية (2007- 2008):** نمط الشخصية للمديرين وعلاقته بالضغط المهني واستراتيجيات المواجهة، أطروحة الدكتوراه في علم النفس الاجتماعي، جامعة الجزائر، الجزائر.
80. **نعيمة طايبي(2007- 2008):** التعامل مع الضغط النفسي عند المصابات بمرض القلب والمصابات بداء السكري، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر، الجزائر.
81. **نشوة كرم عمار(2007):** الاحتراق النفسي للمعلمين ذوي النمط (أ، ب) و علاقته بأساليب مواجهة المشكلات، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الفيوم، مصر.
82. **سهام الكاهنة شرابن(2009- 2010):** مساهمة نفسية في دراسة ما قبل الحداد عند والدي الطفل المصاب بالسرطان في مرحلته النهائية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة فرحات عباس، سطيف، الجزائر.

83. **سهام طبي(2004- 2005):** أنماط التفكير وعلاقتها باستراتيجيات مواجهة اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى عينة من المصابين بالحروق، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الحاج لخضر، باتنة، الجزائر.
84. **سميرة بوزقاق(2005- 2006):** علاقة الضغوط النفس اجتماعية بتقدير الذات لدى المدمنين المسجونين، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة ورقلة، الجزائر.
85. **سعاد مخلوف(2005- 2006):** الضغط النفسي ومدى تأثيره على سلوك الأطباء العاملين بالمراكز الصحية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة منتوري، قسنطينة، الجزائر.
86. **عايدة شكري حسن(2001):** ضغوط الحياة والتوافق الزوجي والشخصية لدى المصابات بالاضطرابات السيكوسوماتية والسويات، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عين شمس، مصر.
87. **عبد الله بن حميد السهلي(2009- 2010):** أساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى الشباب من المرضى المترددين على مستشفى الطب النفسي بالمدينة المنورة وغير المرضى، أطروحة دكتوراه، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
88. **عبد الرحمان بن سليمان الطيريري(دون تاريخ):** المؤثرات السلوكية الدالة على مستوى الضغط النفسي من خلال بعض المتغيرات، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الملك سعود، الرياض، المملكة العربية السعودية.
89. **عبير محمد حسن الصبان(2003):** المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة من النساء السعوديات المتزوجات العاملات في مدينتي مكة المكرمة وجدة، أطروحة دكتوراه في علم النفس، جامعة أم القرى، مكة المكرمة، المملكة العربية السعودية.
90. **فريدة قماز(2008- 2009):** عوامل الخطر والوقاية من تعاطي المخدرات عند الشباب، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة منتوري، قسنطينة، الجزائر.

91. **فتيحة ابن زروال (2001-2002):** مصادر ومستويات الإجهاد لدى الأستاذ الجامعي واستراتيجيات المرشد النفسي في علاجه والوقاية منه، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الحاج لخضر، باتنة، الجزائر.
92. **فتيحة ابن زروال (2007-2008):** أنماط الشخصية وعلاقتها بالإجهاد (المستوى، الأعراض، المصادر، واستراتيجيات المواجهة)، أطروحة دكتوراه في علم النفس، جامعة منتوري، قسنطينة، الجزائر.
93. **فخرية يوسف محمد الجارودي (2001):** سلوك الشخصية من النمط (أ) وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية لدى عينة من طلبة وطالبات جامعة الإمارات العربية المتحدة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة القاهرة، مصر.
94. **صلاح الدين قريد (2008-2009):** التغيير التنظيمي وأثاره على المعاش النفسي عند العمال، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر، الجزائر.
95. **صفية شمال حماني (2007):** استراتيجيات مقاومة الضغوط المهنية وعلاقتها بظهور الاضطرابات السيكوسوماتية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر، الجزائر.
96. **روى ملحم (2007-2008):** الضغوط النفسية لدى العاملين في التمريض النفسي، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة دمشق، سوريا.
97. **شريف مرشدي (2007-2008):** مصادر الضغط المهني واستراتيجيات التعامل لدى الجراحين، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر، الجزائر.
98. **غزلان شمسي محمد الدعدي (2008):** الضغوط النفسية والتوافق الأسري والزواجي لدى عينة من آباء وأمهات الأطفال المعاقين تبعاً لنوع الإعاقة وبعض المتغيرات الديمغرافية والاجتماعية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية
- ❖ **القواميس والمعاجم:**

99. **جان لابانش، ج.ب.بونتاليس، ترجمة مصطفى حجازي (1997):** معجم مصطلحات التحليل النفسي، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت، لبنان، ط3.
100. **ميشيل غودفريد، ترجمة حبيب نصر الله (2010):** مصطلحات في علم النفس والطب النفسي، مجد المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت، لبنان، ط1.
101. **عبد العزيز النجار (2005):** المعجم الوسيط، مكتبة الشروق، ط4.
102. **فرج عبد القادر طه وآخرون (2003):** موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، ط2.
- المراجع باللغة الأجنبية:**

Références bibliographiques:

❖ Ouvrages :

103. **J. Bergeret et al (2000) :** Psychologie pathologique (théorique et clinique), 8^e édition, Masson, paris, France.
104. **Mahmoud Boudarene (2005) :** Le stress (entre bien-être et souffrance, Berti, Alger.
105. **Jean-Paul Bounhoure, Eric Bui, Laurenk Schmitt (2010) :** Stress, dépression et pathologie cardiovasculaire, Elsevier Masson, Paris, France.
106. **Jean Benjamin Stora (1993) :** Le stress, Edition Dahlab, 2^e édition, Paris, France.
107. **Dale Carnegie (2000) :** Comment dominer le stress et les soucis, Flammarion, Paris, France.

108. **Louis Crocq et al (2007)** : Traumatismes psychiques (prise en charge psychologique des victimes), Elsevier-Masson, Paris, France.
109. **Charly Cungi (2003)** : Savoir gérer son stress en toutes circonstances, 2^e, Pocket évolution, France.
110. **Marie Santiago-Delefosse (2002)** : Psychologie de la santé : perspectives et cliniques, Mardaga, Belgique.
111. **Sylvie Dolbeault et al (2007)** : La psycho-oncologie, John libbey eurotext, Paris, France.
112. **Michelle Dumont, Bernard Plancherel (2001)** : Stress et adaptation chez l'enfant, Presses de l'université du Québec, Canada.
113. **David Fontana (1990)** : Gérer le stress, Pierre Mardaga, Bruxelles.
114. **Phillippe Jeanteur (2004)** : Dialogue médecin- malade (cancer toutes les réponses à vos questions), John Libbey Eurotext, Paris, France.
115. **Ariel. P. Haemmerle (2003)** : Mieux vivre le stress, Vivez soleil, Genève.
116. **Bryan Hiebert (1984)** : Le stress chez les enseignants perspectifs Canadiens, Association Canadienne d' Education, Burnaby.
117. **Gilles le Gardinal (2003)**: Du désastre au désir, Harmattan, Paris, France.
118. **Daniel Gloaguen (sans date)** : Stress contrôle (maitrisez le stress équilibrez vos émotions), Aplen.

119. **Pierluigi Graziani, Joel Swendsen (2005)** : Le stress émotions et stratégies d'adaptation, Armand Colin, Paris, France.
120. **E. Grebot, T. Barumandzadeh (2005)** : L'accès à l'université : Une situation stressante à l'origine de certaines stratégies d'ajustement dysfonctionnelles, Elsevier, France.
121. **Luc-Christophe Guillerm (2004)** : Naufragés à la dérive : le défi psychologique de la survie en réseau, Harmattan, Paris, France.
122. **Laurent Guillet (sans date)** : Stress, modèles et application, Lorient Cedex, psychologie sociale et de la santé.
123. **Patricia Lentini (2009)** : Objectif no stress (ma méthode positive), Amphora, Barcelona.
124. **Pierre Loo, Henri Loo, André Galinowski (2003)** : Le stress permanent (réaction-adaptation de l'organisme aux aléas existentiels), Masson, 3^e édition, Paris, France.
125. **Olivier Luminet (2008)**: Psychologie des émotions (confrontation et évitement), Boeck Université, Bruxelles.
126. **Jeffrey Nevid, Spencer Rathus, Beverly Greene (2009)**: Psychopathologie, Person education, 7e edition, Paris, France.
127. **Jane Ogden, Olivier Desrichard (2008)** : Psychologie de la santé, Boeck université, 1^e édition, Bruxelles.
128. **J.Christopher Perry (2004)** : Echelles d'évaluation des mécanismes de défense, Masson, Paris, France.

129. **Vera Pieffer (2005)** : Comment gérer son stress, Marabout, France.
130. **Christian Préfaut, Grégory Ninot (2009)** : La réhabilitation du malade respiratoire chronique, Elsevier Masson, Paris, France.
131. **C. Reynaert, K. Demyttenaere (1997)** : Dépression et psychosomatique, Garant, Belgique.
132. **Bernard Salengro (2005)** : Le stress des cadres, Harmattan, Paris, France.
133. **David Servan-Schreiber (2003)** : Guérir le stress, l'anxiété et la dépression (sans médicament ni psychanalyse), Robert Laffont, Paris, France.
134. **Catherine Sellenet (2010)** : Les visites médiatisées pour des familles séparées protéger l'enfant, Harmattan, Paris, France.
135. **Dominique Servant (2007)** : Gestion du stress et de l'anxiété, Elsevier Masson, 2^e édition, Paris, France.
136. **R. Shankland (2009)** : Pédagogies nouvelles et compétences psychosociales, Harmattan, Paris, France.
137. **E.De Soir, F. Daubechies, P.Van Den Steene (sans date)** : Stress et trauma en milieu policier, Maklu.
138. **A.H.Stroud (1997)** : Vaincre le stress et l'anxiété, connaissance du monde, EN-NAKHLA, Bouzaréah, Alger.
139. **Sébastien Tubau (2001)** : Maitriser son stress (mieux le connaître, mieux se connaître), jouvence, France.

❖ **Revues :**

140. **Sonia Bradette, et al (1999)** : Stratégies d'adaptation : comparaison entre des adolescents qui présentent des difficultés scolaires et d'autres qui n'en présentent pas, Vol 20, N3, Revue québécoise de psychologie, Université Laval, Québec.

141. **Vanessa Catteau, Henri Chabrol (2005)** : Etude des relations entre les stratégies d'adaptation aux sentiments dépressifs, la symptomatologie dépressive et les idées suicidaires chez l'adolescent, Vol105, N3, Centre d'Études et de Recherches en Psychopathologie, Université de Toulouse-Le Mirail, France.

142. **De Keyser. V, Hansez. I (1996)** : Vers une perspective transactionnelle du stress au travail: Pistes d'évaluations méthodologiques, Cahiers de Médecine du Travail, Vol33, N3, Université de Liège.

143. **Isabelle Paulhan (1992)** : Le concept de coping, vol 92, N4, Année psychologique.

❖ **Thèses :**

144. **Sophie Berjot, Noëlle Girault- Lidvan (2009)** : Validation d'une version française de l'échelle d'évaluation cognitive primaire de « Brewer et Skinner », Canadian Psychological Association, Université de Reims Champagne- Ardennes, France.

145. **Marilou Bruchon- Schweitzer (2001)** : Concepts, stress, coping (le coping et les stratégies d'ajustement face au stress), recherche en soins infirmiers, N67, Université Victor Segalen Bordeaux, France.

146. **Lydia Fernandez, Agnès Bonnet, Anne Guinard, et al** (sans date) : Outils de recueil d'informations sur les cofacteurs dans l'étude des effets psychosociaux des catastrophes, module7, démarche épidémiologiques après une catastrophe.

147. **Ofra Hazanov- Boskovitz (2003)**: Etude du coping des adolescents dans un contexte expérimental, Grade de docteur en psychologie, Université de Genève.

148. **Catherine Gaumé (2009)** : Les déterminants de la santé subjective dans les pays baltes, thèse Doctorat, Université Catholique de Louvain, Belgique.

149. **E. Grebot, B. Paty, N. Girard Dephanix (2006)**: Styles défensifs et stratégies d'ajustement ou coping en situation stressante, Cahier 1, Laboratoire Stress et Société.

150. **Calorine Lemonnier (2008- 2009)** : Stratégies de coping et état de fragilité du sujet âgé, Diplôme de Master Professionnel Sciences du Mouvement Humain, Université Montpellier.

151. **Andre Mariage (2001)** : Stratégies de coping et dimensions de la personnalité : étude dans un atelier de couture, laboratoire de psychologie, université de Franche- comté.

152. **Julie Roberge (2007)** : Les stratégies de coping utilisées par les militaires ou ex- militaires masculins atteints d'un stress post-traumatique suite au retour d'une mission de paix, l'obtention du grade de maître en service social, Université Laval, Québec.

❖ **Dictionnaires :**

153. **Norbert Sillamy (2003)** : Dictionnaire de psychologie, Larousse-VUEF, Paris, France.

❖ **Références électroniques :**

-<http://www.adamcs.org/surgery.htm>.

-<http://www.adamcs.org/chemotherapy.htm>.

-<http://www.adamcs.org/radio.htm>.

-<http://assps.yourforumlive.com>.

-<http://psycho.univ-lyon2.fr/sites/psycho/IMG>.

الملاحق

❖ الملحق رقم (01):

Le guide d'entretien

✓ دليل المقابلة:

..... الاسم (اختياري):

..... السن:

الجنس: ذكر أنثى

الحالة الاجتماعية: أعزب متزوج مطلق أرمل

المستوى الاقتصادي: جيد متوسط ضعيف

المستوى التعليمي: أمي ابتدائي متوسط ثانوي جامعي

..... نوع المرض:

نوع العلاج: جرحي كيميائي إشعاعي مزدوج أخرى

..... حددها:

..... وقت دخول المستشفى:

..... مدة العلاج:

مكان العلاج: داخل المستشفى خارج المستشفى

..... حدد:

الضغط النفسي لدى المرضى من الجانب:

أ- الجسمي:

- الإنهاك والتعب.

- نقص/زيادة في الوزن.

- فقدان الشهية.

- عسر الهضم.

- إمساك/إسهال.

- ارتفاع في درجة الحرارة.

- الإحساس بالألم.

- مظاهر أخرى خاصة ببتير عضو أو فقدان وظيفة عضو ما.

ب- النفسي:

- الإحساس بالخوف (من الموت، المعاناة، الألم، البتر، تغير صورة الجسم...).

- الإحساس بالذنب.

- القلق (قلق الموت).

- الاكتئاب.

- العدوانية.

- التشاؤم.

- فقد الأمل.

- الإحباط.

- إنكار المرض.

- اضطراب في التفكير، الانتباه، الذاكرة، التركيز... وغيرها.

ج- الاقتصادي والاجتماعي:

- الصعوبات المالية التي واجهت المريض.

- صعوبات في العلاقات الاجتماعية بينه وبين المحيطين به.

❖ الملحق رقم (02):

❖ الملحق رقم (03):

الجامعة	التخصص	الخبراء
جامعة سطيف	علم النفس تنظيم و عمل	بغول زهير
جامعة سطيف	علم النفس العيادي	عزيز غنية
جامعة سطيف	علم النفس العيادي	بوعود أسماء
جامعة البليلة	علوم التربية	بلمرابطة أحمد
جامعة سطيف	علم النفس العيادي	حافري لطيفة
جامعة سطيف	علم النفس العيادي	بن غدفة شريفة
جامعة سطيف	علم النفس العيادي	جبار رتيبة
جامعة سطيف	علم النفس تنظيم و عمل	نور الدين بو علي
جامعة سطيف	توجيه وإرشاد	مقدم فاطمة
جامعة سطيف	علم النفس العيادي	بن يزار فريدة
جامعة قسنطينة	علم النفس	هادف أحمد
جامعة قسنطينة	علم النفس	صباغ علي

❖ الملحق رقم (04):

استراتيجيات المواجهة				الضغط النفسي					الأفراد
الدرجة الكلية	السند الاجتماعي	حول الانفعال	حول المشكل	الدرجة الكلية	الاقتصادي / الاجتماعي	العلاجي	الجسمي	النفسي	
52	17	21	14	76	17	11	13	35	01
59	23	23	13	90	18	11	19	42	02
58	23	23	12	81	19	09	12	41	03
47	17	20	10	81	17	11	14	39	04
60	28	20	12	86	18	09	15	44	05
74	24	21	29	48	12	08	08	20	06
50	17	21	12	88	20	11	16	41	07
60	22	27	11	89	20	09	17	43	08
48	17	20	11	71	16	09	11	35	09
63	23	27	13	88	19	09	17	43	10
52	13	27	12	65	12	10	13	30	11
68	27	28	13	75	13	09	16	37	12
77	31	27	19	78	15	09	16	38	13
81	29	24	28	59	11	05	10	33	14
54	18	24	12	103	18	11	25	49	15
61	23	26	12	112	23	13	20	56	16
63	22	23	18	84	19	09	13	43	17
62	22	24	16	91	20	11	16	44	18
57	22	22	13	95	18	12	15	50	19
62	23	27	12	98	19	11	21	47	20
64	22	27	15	93	16	11	18	48	21
58	23	22	13	82	19	11	14	38	22
58	22	22	14	90	19	12	16	43	23
58	22	23	13	90	19	09	18	44	24
51	17	22	12	81	16	12	13	40	25
66	28	25	13	59	13	12	07	27	26
55	21	22	12	82	16	11	16	39	27
60	24	24	12	68	08	06	15	39	28
53	22	20	11	73	15	09	15	34	29
54	20	23	11	101	18	12	15	56	30
1785	662	705	418	2477	503	302	454	1218	المجموع

❖ الملحق رقم (05): مقياس الضغط النفسي

بسم الله الرحمن الرحيم

التعليمية:

أضع بين يديك قائمة تحتوي على مجموعة من الفقرات التي تعتبر من الأسباب المؤدية إلى شعورك بالانزعاج والضيق في الفترة الأخيرة الماضية، يرجى قراءة كل فقرة بصورة جيدة ثم ضع إشارة (X) في إحدى الخانات المناسبة لحالتك والتي تشعر بها في مقابل كل فقرة.

علما إن المعلومات التي ستدلي بها ستكون سرية ولن تستخدم إلا لأغراض الدراسة والبحث العلمي فقط، لذا يرجى الإجابة على جميع الفقرات وبكل صدق وصراحة .

وجزآك الله خيرا على استجابتك وتعاونك

الجنس:.....

السن:

التحصيل العلمي:.....

مدة العلاج:

نوع العلاج:.....

المستوى الاقتصادي:.....

عدد البنود	العبارات	تشكل ضغطاً كبيراً جداً	تشكل ضغطاً كبيراً	تشكل ضغطاً متوسطاً	تشكل ضغطاً قليلاً	لا تشكل ضغطاً
1	أشكو من التعب وقلة النشاط .					
2	أعاني من الأرق واضطراب في النوم .					
3	أشعر أن ذاكرتي أصبحت ضعيفة بعد إصابتي بالمرض .					
4	أشكو من القلق والتوتر .					
5	أشعر بالوحدة والانعزال عن الآخرين بعد إصابتي بالمرض .					
6	فقدت الثقة بنفسي .					
7	أنفعل بسرعة لأتفه الأسباب .					
8	اشعر بالحزن والاكتئاب .					
9	أشعر بأنني لست قادرا على القيام بما أريد .					
10	أخاف المستقبل أكثر من الحاضر .					
11	اشعر بفقدان الأمان والاستقرار النفسي .					
12	أضايق من اعتمادي على الآخرين .					
13	فقدت الأمل بالبقاء على قيد الحياة .					
14	أخاف من عودة المرض .					
15	اشعر بالذنب .					
16	أخاف أن أفقد دعم أهلي .					
17	تضايقتني فكرة عدم إنجاب الأطفال .					
18	أنزعج من تأثير العلاج على مظهري .					

					أجد نفسي حائرة لا أعرف كيف أتصرف في الكثير من المواقف.	19
					أعاني من صعوبات مالية بسبب العلاج.	20
					أعاني من فقدان المتعة في الحياة .	21
					أعاني من مشاكل جنسية.	22
					أشعر أن الله يعاقبني على أخطائي.	23
					ترهقني الفحوصات الطبية المستمرة.	24
					أعاني من آلام جسمية.	25
					أرى نفسي أقل فاعلية من الآخرين.	26
					فقدت شهيتي للطعام.	27
					تعتريني نوبات من التهيج والعصبية.	28
					أحس بضيق في التنفس.	29
					أشعر أن الناس يراقبونني.	30
					تتناوبني مخاوف غريبة لا أعرف لها سبباً.	31
					أنا غير راضية عن نفسي .	32

شكراً لتعاونك على ملئ الاستبيان

الباحثة:

❖ الملحق رقم (06): مقياس استراتيجيات المواجهة

بسم الله الرحمن الرحيم

التعليمة:

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

حدد شدة الإزعاج والتوتر التي سببتها المشكلة:

منخفض () متوسط () مرتفع ()

من بين هذه الاستراتيجيات بين أي إستراتيجية مواجهة لجأت إليها لمواجهة
المشكلة:

ضع علامة (√) في الخانة المناسبة لوصف ردود فعلك لمواجهة الموقف.

عدد البنود	الاستراتيجيات المستعملة في مواجهة المشكلة	نعم	أحيانا	لا	نادرا
01	وضعت خطة عمل واتبعتها.				
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	التمس مساعدة اختصاصي، وقمت بما نصحتني به.				
07	تغيرت بشكل إيجابي (إلى الأحسن).				
08	تضايقت عندما عجزت عن تجنب المشكلة.				
09	طلبت نصائح من شخص جدير بالاحترام واتبعتها.				
10	عالجت الأمور واحدة واحدة.				
11	تمنيت لو أن معجزة تحدث.				
12	تكلمت مع شخص لأستعلم أكثر عن الموضوع.				
13	ركزت على جانب إيجابي قد يظهر فيما بعد.				
14	شعرت بالذنب.				
15	احتفظت بمشاعري لنفسى.				
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 بالمسألة.				
19	غيرت أمورا لتكون النهاية حسنة.				
20	حاولت نسيان كل شيء.				
21	حاولت أن لا أعزل.				
22	حاولت عدم التصرف بطريقة متسرعة أو أن أتبع الفكرة الأولى.				
23	تمنيت لو أستطيع تغيير موقفي.				
24	لقد تقبلت تعاطف أحدهم وتفهمه.				
25	وجدت حلا أو اثنين للمسألة.				
26	وبخت وانتقدت نفسى.				
27	عرفت ما ينبغي القيام به، لذا ضاعفت جهودي لتحقيق ذلك.				

شكرا لتعاونكم

برنامج الصحة النفسية
Psycho Oncology Program

الاسم	المختصر	العنوان
العمر	الجنس	المرحلة
المسؤول الطبي	العدالة الاجتماعية	إجراءات رعاية
العنوان	المهنة	التقارير
	المهنة	المدير
الرياضة	لإدارة البرنامج	

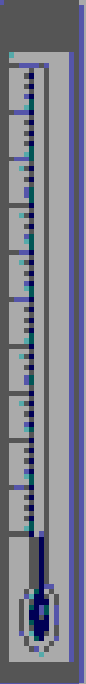
نوع العلاج :

المرحلة :

علاجات :
 العلاج الجراحي
 العلاج الكيماوي
 العلاج الإشعاعي
 العلاجات المتعددة
 علاجات أخرى

شأن هذا العلاج :

أعراض	مستوى	إجراءات	أعراض	مستوى	إجراءات
الحمى	عقل تفكير	مضاد حيوي	الحمى	عقل تفكير	مضاد حيوي
الصداع	عقل تفكير	مسكن	الصداع	عقل تفكير	مسكن
التعب	عقل تفكير	راحة	التعب	عقل تفكير	راحة
انخفاض الشهية	عقل تفكير	تغذية	انخفاض الشهية	عقل تفكير	تغذية
التغييرات في الوزن	عقل تفكير	إدارة الوزن	التغييرات في الوزن	عقل تفكير	إدارة الوزن
التغييرات في المزاج	عقل تفكير	علاج نفسي	التغييرات في المزاج	عقل تفكير	علاج نفسي
التعب	عقل تفكير	راحة	التعب	عقل تفكير	راحة
الحمى	عقل تفكير	مضاد حيوي	الحمى	عقل تفكير	مضاد حيوي
الصداع	عقل تفكير	مسكن	الصداع	عقل تفكير	مسكن
التعب	عقل تفكير	راحة	التعب	عقل تفكير	راحة
انخفاض الشهية	عقل تفكير	تغذية	انخفاض الشهية	عقل تفكير	تغذية
التغييرات في الوزن	عقل تفكير	إدارة الوزن	التغييرات في الوزن	عقل تفكير	إدارة الوزن
التغييرات في المزاج	عقل تفكير	علاج نفسي	التغييرات في المزاج	عقل تفكير	علاج نفسي
التعب	عقل تفكير	راحة	التعب	عقل تفكير	راحة
الحمى	عقل تفكير	مضاد حيوي	الحمى	عقل تفكير	مضاد حيوي
الصداع	عقل تفكير	مسكن	الصداع	عقل تفكير	مسكن
التعب	عقل تفكير	راحة	التعب	عقل تفكير	راحة
انخفاض الشهية	عقل تفكير	تغذية	انخفاض الشهية	عقل تفكير	تغذية
التغييرات في الوزن	عقل تفكير	إدارة الوزن	التغييرات في الوزن	عقل تفكير	إدارة الوزن
التغييرات في المزاج	عقل تفكير	علاج نفسي	التغييرات في المزاج	عقل تفكير	علاج نفسي
التعب	عقل تفكير	راحة	التعب	عقل تفكير	راحة



المخطاثة

ملخص الدراسة:

إن الضغط النفسي ظاهرة عالمية متعددة المصادر وكثيرة الحدوث في حياة الأفراد، وخاصة في عصرنا هذا الذي كثرت فيه النوائب والأزمات والصراعات كالكوارث، الحروب، الأمراض والأوبئة... الخ، ومرضى السرطان - كغيرهم - يعيشون ضغوطا نفسية كثيرة، والتي تدفعهم لتعلم أساليب واستراتيجيات مختلفة لتوظيفها بغية التخلص من تلك الضغوط التي تثقل كاهلهم، أو التخفيف من أثارها السلبية، وقد استهدفت الدراسة الحالية ما يلي:

- الكشف عن استراتيجيات المواجهة التي يوظفها مريض السرطان لخفض الضغوط النفسية الناجمة عن الإصابة بورم سرطاني.
- الكشف عن أهم استراتيجيات المواجهة التي يوظفها مريض السرطان.
- مدى التشابه والاختلاف في استخدام استراتيجيات المواجهة حسب الجنس والسن.
- الكشف عن أهم الاستراتيجيات التي يوظفها أفراد العينة من مرتفعي ومنخفضي الضغط النفسي.

وقد بلغت عينة الدراسة 120 فردا مصابا بالسرطان، من كلا الجنسين (33 من الذكور، 87 من الإناث)، وبأعمار مختلفة والتي تراوحت بين (20-85 سنة)، والخاصة كذلك بأنواع مختلفة من السرطان. ولتحقيق الأهداف السابقة اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي، واستخدام بعض الأدوات البحثية والمتمثلة في:

- المقابلة للتعرف على ميدان الدراسة.
- مقياسين سيكولوجيين أحدهما خاص بالضغط النفسي والآخر خاص باستراتيجيات المواجهة ، الذي تم تقنينهما وتعديلهما بما يتلاءم مع البيئة الجزائرية عن طريق التأكد من مدى تمتعهما بالخصائص السيكومترية.

وقد توصلت هذه الدراسة للعديد من النتائج من بينها:

- أن مرضى السرطان يفضلون استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال أكثر من توظيفهم لاستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل، والمتمركزة حول السند الاجتماعي.
- أن مرضى السرطان من الذكور يفضلون استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل، بينما يملن الإناث إلى استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال والمتمركزة حول المساندة الاجتماعية أكثر من الذكور.

- أن مرضى السرطان من الشباب والشيوخ يفضلون استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل مقارنة بالكهول.
- يفضل أفراد العينة من ذوي الضغط النفسي المرتفع استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال أكثر من استخدامهم لاستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل.
- يفضل مرضى السرطان من ذوي الضغط النفسي المنخفض استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال والمتمركزة حول المساندة الاجتماعية أكثر من استخدامهم لاستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل.

وقد انتهى تقرير هذا البحث بمجموعة من التوصيات والمقترحات تتمثل في:

- وضع برامج للتكفل التام بفئة مرضى الأورام السرطانية على اختلاف أنواعه.
- وضع برامج لإدارة الضغط لديهم كتقنية الاسترخاء، وكذا التركيز على بعض الاستراتيجيات الفعالة في خفض الضغط النفسي كاستراتيجية التدوين، الإفصاح، وغيرها، والتي تدعم المريض في مواجهة تلك الضغوط.
- العمل على التخفيف من حدة المرض بواسطة الدعم الاجتماعي المقدم من الأهل والمقربين كالزوج، الأبناء، الأقارب، وحتى الجيران، إضافة للأنواع الأخرى من المساندة الاجتماعية، والتي أثبتت كفاءتها في دعم المريض كالمساندة الأدائية، المعلوماتية من قبل المختصين، وغيرها .
- التعجيل بفتح مستشفى خاص بالأورام السرطانية بمدينة سطيف ، وإنشاء مصالح للاستشفاء عبر كامل التراب الوطني للتخفيف من العبء الذي يعاني منه هؤلاء المرضى.
- فتح شراكات بين مؤسسات عالمية لاستيراد أجهزة خاصة بالكشف المبكر، إجراء الفحوصات، التحاليل الطبية، أشعة السكانير، وكذا فتح صندوق للتبرعات لهاته الفئة، مع فتح دورات تكوينية للأطباء أو الشبه طبيين للاستفادة بشكل واسع وسريع من الخدمات التي توفرها أحدث التقنيات والتكنولوجيا في هذا الميدان.
- زيادة الدعم وحملات التوعية بهذه الأمراض الخطيرة من المؤسسات الخاصة والعامة، ومن وسائل الإعلام والاتصال(المسموعة والمرئية)، ولا ننسى دور المؤسسات التربوية والتعليمية وكذا الجامعة في ترسيخ ثقافة الوقاية خير من العلاج من خلال الكف عن التدخين، حماية البيئة، النظافة الشخصية والبيئية... الخ.
- تعزيز دور الجامعة في فتح لقاءات ومنتديات وفضاءات تعنى بتوعية الشباب بخطورة هذا المرض(ملتقيات، منتديات عبر الانترنت لتواصل الشباب مع بعضهم، إعداد مطويات، تكثيف الرسائل

الجامعية لما لهذا الموضوع من فروع وتخصصات عدة تسمح بالتعمق في دراسته والكشف عن
خباياه).

- العناية بالجانب النفسي لدى هؤلاء المرضى لما يسببه هذا الداء من اضطرابات نفسية حادة ومزمنة
على حياة الأفراد أنفسهم، وما يسببه مرض أحد أفراد الأسرة من ضيق وهم لدى جميع أفرادها.
- إن العمل بهذه التوصيات يساهم في انتشار الوعي بين أفراد المجتمع مما قد يساعد على التقليل من
انتشار هذا الداء، ويقلص من مصاريف الفرد، ويجنب الدولة النفقات الطائلة التي تخصص للتكفل
بهؤلاء المرضى.

Résumé de l'étude :

Le stress est un phénomène récurrent qui affecte la vie de l'individu ; en particulier dans notre société moderne qui se caractérise par la survenance de crises ; de lutte conflits et d catastrophes ainsi que par les maladies et les épidémies.

Les cancéreux comme les autres malades ; souffrent d'un stress qui les oblige a apprendre à mettre en place des stratégies qui leur permettent de faire face a la situation stressante ou réduire ses effets négatifs.

Dans ce cadre ; la présente étude vise à :

- Identifier les stratégies d'affrontement mises en place par le cancéreux en vue de réduire le stress lié à la tumeur.
- Identifier les stratégies d'affrontement mises en œuvre par le cancéreux.
- Différences et similitudes entre les stratégies mises en place selon l'âge et le sexe.
- Identifier les principales stratégies mises en place par les individus de l'échantillon qui comprend les plus stressés et les moins stressés.

L'échantillon objet de cette étude comprend (120 cancéreux) dont (33 du sexe masculin et 87 du sexe féminin) et ayant tous un âge compris entre 20 et 85 ans ; cet échantillon comprend également différents types de cancer.

Afin d'atteindre ses objectifs ; cette étude a mis a profit des outils de recherche a savoir :

- Un entretien dans le but de cerner le domaine d'étude.
- Deux modules psychologiques dont l'un concerne les stratégies d'affrontement et l'autre afférant au stress et adapté au contexte algérien.

Cette étude a mené a plusieurs conclusions ; qui peuvent se résumer comme suit :

- Les cancéreux préfèrent mettre en place des stratégies d'affrontement beaucoup plus sur l'émotion que sur le problème et le soutien social.
- Les cancéreux du sexe masculin préfèrent mettre en place des stratégies d'affrontement centrées sur le problème ; alors que les cancéreuses tendent à mettre en place des stratégies centrées sur l'émotion et le soutien social.

- Comparés aux adultes ; les jeunes et les vieux cancéreux préfèrent mettre en place des stratégies d'affrontement centrées sur le problème.
- Les individus souffrant d'un stress élevé préfèrent plus mettre en place des stratégies centrées sur l'émotion que des stratégies centrées sur le problème.
- Les cancéreux présentant un stress réduit préfèrent plus mettre en place des stratégies d'affrontement centrées sur l'émotion et le soutien que mettre en place des stratégies centrées sur le problème.

En fin cette étude a aboutit aux recommandations et aux propositions suivantes :

- ✓ Mettre en place un programme pour la prise en charge des cancéreux.
- ✓ Mettre en place un programme pour gérer le stress comme la technique de relaxation en se basant sur les techniques qui permettent de réduire le stress.
- ✓ Alléger l'intensité de la maladie par le soutien social de la famille et des proches.
- ✓ Créer ; dans les meilleurs délais à Sétif ; un centre hospitalier et des services d'hospitalisation a travers tout le territoire national pour alléger la souffrance de ces malades.
- ✓ Créer un partenariat entre des sociétés internationales pour l'importation d'un matériel qui permet le dépistage précoce par des analyses ; et un fonds qui recevra les dons destinés a cette catégories de malades.
- ✓ Renforcer le rôle des établissements éducatifs et ce lui de l'université pour incarner la culture de la prévention en s'appuyant sur la protection de l'environnement.
- ✓ Renforcer le rôle de l'université qui consiste à attirer l'intention des jeunes sur la gravité de cette maladie.
- ✓ Se préoccuper du coté psychique chez ces malades pour alléger leurs troubles.
- ✓ Mettre en œuvre ces recommandations c'est permettre une prise de conscience de cette maladie ce qui pourrait la rendre moins répandue et par la même réduire les dépenses engagées pour sa prise en charge.