

جامعة قاصدي مرباح _ ورقلة _
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية



مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر

الشعبة: علم النفس

التخصص: علم النفس العيادي

اعداد الطالبة:

حميداتو رحاب

مذكرة بعنوان:

إستراتيجيات المواجهة و علاقتها بقلق الموت لدى مرضى السرطان

دراسة ميدانية بمستشفى محمد بوضياف - ورقلة -

لجنة المناقشة

د. باعلي زاهية..... رئيسة.....

د. رويم فائزة..... مشرفة.....

د. بوعيشة آمال..... مناقشة.....

السنة الجامعية 2015/2014

شكر وتقدير

الحمد لله بحمده تتم الشكر للقائل في حكم تنزيله "و لئن شكرتم لأزيدنكم" و الصلاة على نبينا محمد صلى الله عليه وسلم و على اله و صحبه أجمعين .
وبعد أنحني إجلالا و تقديرا إلى من لا يرضى القدير إلا برضائهما "الوالدين الكريمين"الذين ربياني صغيرا قبلة سعادتي و حزن طاقتي.
كما أتقدم بخالص الشكر الجزيل إلى الأستاذة الفاضلة " رويم فائزة" المشرفة على المذكرة.
كما أتوجه بالشكر و التقدير إلى كل أساتذة قسم علم النفس و خاصة الأساتذة الذين تتلمذت على أيديهم ،ولا يفوتنا أن نتقدم بجزيل الشكر إلى عمال مستشفى محمد بوضياف ورقلة الذين ساعدونا في تطبيق الدراسة الأساسية
وأخيرا أتقدم بالشكر إلى طلبة السنة الثانية ماستر علم النفس العيادي بجامعة ورقلة و أتمنى ألا يكونوا آخر عناقيد الجد و الاجتهاد.

رحاب

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن علاقة إستراتيجيات المواجهة بقلق الموت لدى مرضى

السرطان، والتي أدرج من خلالها التساؤل التالي:

هل توجد علاقة بين إستراتيجيات المواجهة وقلق الموت لدى مرضى السرطان؟

والتأكد من صحة الفرضيات التي كانت تقول:

1. توجد علاقة بين إستراتيجيات المواجهة وقلق الموت لدى مرضى السرطان.

2. يوجد اختلاف في درجة قلق الموت لدى مرضى السرطان حسب نوع الإصابة.

3. نتوقع ارتفاع درجات الأفراد في بعد إستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل.

4. تختلف إستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان باختلاف الجنس.

واعتمدنا في دراستنا هذه للمنهج الوصفي باعتباره المناسب لهذه الدراسة وما يتطلبه الموضوع.

واعتمدنا في جمع البيانات على مقياسين هما:

مقياس إستراتيجيات المواجهة المعدل من طرف كوسون cousson سنة 1996، وترجمته إلى

اللغة العربية الطالبة اسمهان عزوز في رسالة لنيل شهادة الماجستير.

مقياس قلق الموت لتمبلر 1967 والذي ترجمه أحمد محمد عبد الخالق.

وبعد تطبيق المقاييس تم التوصل للنتائج التالية:

✓ وجود علاقة بين إستراتيجيات المواجهة وقلق الموت لدى مرضى السرطان.

✓ عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة قلق الموت باختلاف نوع الإصابة.

✓ كما أوضحت النتائج أن نوع إستراتيجية المواجهة السائد استخدامها لدى مرضى السرطان كان

حول نوعين من الإستراتيجيات حول المشكل وحول الانفعال.

✓ عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إستراتيجيات المواجهة بين الجنسين.

Résumé:

But d'étude visait à révéler la relation des stratégies d'adaptation l'angoisse la mort chez les patients cancéreux, qui a été inclus dans laquelle la question suivante:

Y at-il une relation entre les stratégies d'adaptation et l'angoisse de mort chez les patients cancéreux?

Et confirmer des hypothèses qui disait:

1. il existe une relation entre les stratégies d'adaptation et de l'angoisse de mort chez les patients cancéreux.
2. Il existe une différence dans le degré de l'angoisse la mort chez les patients atteints de cancer du type de blessure.
3. Nous nous attendons à des individus plus chaudes dans les stratégies d'adaptation sur la base du problème.
4. Stratégies d'adaptation chez les patients atteints de cancer varient selon sexe.

Nous avons adopté dans la collecte de données sur les deux mesures sont:

– Mesure des stratégies d'adaptation modifiées par Cousson en 1996, et traduits de langue en arabe étudiant Asmahan Azzouz.

– Mesure l'angoisse la mort de Templer 1967, et traduit par Ahmed Mohammed Abdul Khaliq.

Après l'application des normes a été atteint les résultats suivants:

- ✓ une relation entre les stratégies d'adaptation et de l'angoisse de mort chez les patients cancéreux.

- ✓ N'existe pas de différences statistiquement significatives dans le degré de préoccupation des différences de mortalité selon le type de blessure.
- ✓ Les résultats montrent que la confrontation qui prévaut type de stratégie d'adaptation utilisée chez les patients atteints de cancer était environ deux types de stratégies sur le problème et sur l'émotion.
- ✓ N'existe pas de différences statistiquement significatives dans les stratégies d'adaptation des différences entre les sexe.

فهرس المحتويات

إهداء.....	أ.....
شكر وتقدير.....	ب.....
ملخص بالعربية.....	ج.....
ملخص بالأجنبية.....	د.....
فهرس المحتويات.....	ه.....
فهرس الجداول.....	ط.....
مقدمة.....	1.....

الجانب النظري

I. الفصل الأول: تقديم موضوع الدراسة

1. إشكالية الدراسة.....	5.....
2. تساؤلات الدراسة.....	7.....
3. فرضيات الدراسة.....	7.....
4. أهمية الدراسة.....	7.....
5. التعاريف الإجرائية للدراسة.....	8.....
6. حدود الدراسة.....	9.....
7. الدراسات السابقة.....	9.....

II. الفصل الثاني: إستراتيجيات المواجهة

تمهيد.....	15.....
1. مفهوم المواجهة.....	15.....
2. خصائص المواجهة.....	16.....
3. تصنيف المواجهة.....	17.....
4. النظريات المفسرة للمواجهة.....	19.....

30	5. فعالية المواجهة.....
28	6. المواجهة والسرطان.....
28	خلاصة الفصل.....

III. الفصل الثالث: قلق الموت

31	تمهيد.....
31	1. مفهوم قلق الموت.....
31	2. مواقف الفرد المميزة والمتناقضة تجاه الموت.....
33	3. نظرة الراشد إلى الموت.....
33	4. مكونات قلق الموت.....
34	5. أسباب قلق الموت.....
36	6. أعراض قلق الموت.....
38	7. النظريات المفسرة لقلق الموت.....
40	8. علاج قلق الموت.....
41	خلاصة الفصل.....

IV. الفصل الرابع: السرطان

43	تمهيد.....
44	1. مفهوم السرطان.....
45	2. تصنيف السرطان.....
45	3. عوامل السرطان.....
48	4. أعراض السرطان.....

- 50..... 5. سمات الشخصية للمصابين بالسرطان
- 51..... 6. البروفيل السيكولوجي لمرضى السرطان
- 51..... 7. الآثار النفسية لمرضى السرطان
- 52..... 8. علاقة المريض بالطبيب والأخصائي
- 54..... 9. علاج السرطان
- 55..... خلاصة الفصل

الجانب الميداني

V. الفصل الخامس: إجراءات الدراسة الميدانية

- 57..... تمهيد
- 57..... 1. منهج الدراسة
- 58..... 2. العينة
- 60..... 3. أدوات جمع البيانات
- 61..... 4. الخصائص السيكومترية
- 66..... 5. الأساليب الإحصائية
- 67..... خلاصة الفصل

VI. الفصل السادس: عرض نتائج الدراسة

- 69..... تمهيد
- 69..... 1. التذكير بالفرضيات
- 69..... 2. عرض نتائج الفرضية الأولى
- 70..... 3. عرض نتائج الفرضية الثانية
- 70..... 4. عرض نتائج الفرضية الثالثة
- 71..... 5. عرض نتائج الفرضية الرابعة

71..... خلاصة الفصل

VII. الفصل السابع: مناقشة نتائج الدراسة

73..... تمهيد

73..... 1. مناقشة نتائج الفرضية الأولى

74..... 2. مناقشة نتائج الفرضية الثانية

75..... 3. مناقشة نتائج الفرضية الثالثة

76..... 4. مناقشة نتائج الفرضية الرابعة

76..... خلاصة الفصل

78..... خلاصة عامة

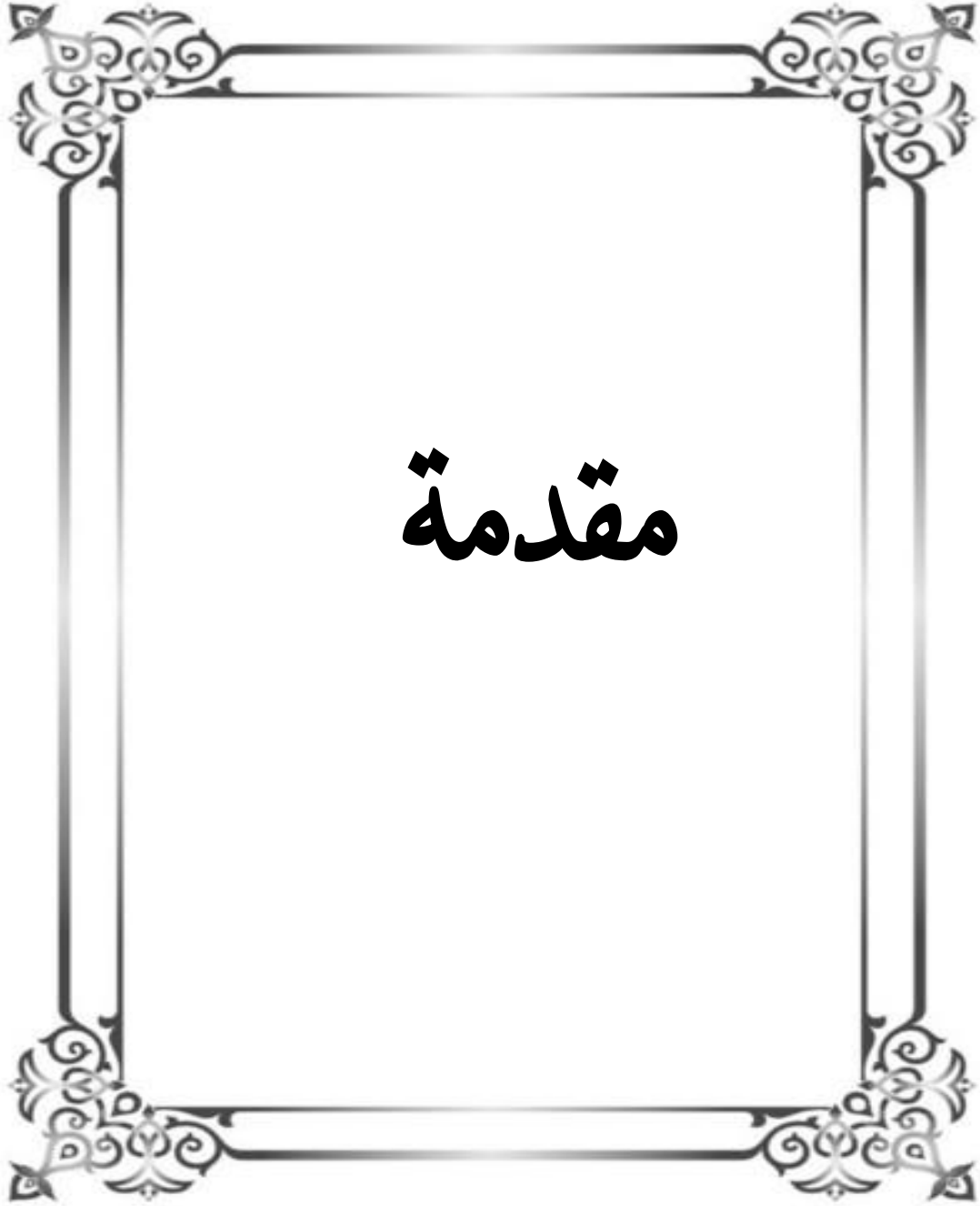
80..... توصيات

82..... المراجع

الملاحق

فهرس الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	- توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب الجنس، والنسب المئوية لكل منهما.....	59
02	- توزيع أفراد العينة الأساسية حسب الجنس، والنسب المئوية لكل منهما.....	60
03	- توزيع أفراد العينة حسب نوع الإثابة، والنسب المئوية لكل منهما.....	60
04	- قيم معامل الارتباط بيرسون بين لبعء إستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل.....	63
05	- قيم معامل الارتباط بيرسون بين لبعء إستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الدعم الاجتماعي	64
06	- قيم معامل الارتباط بيرسون بين البعد الأول إستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال	64
07	- صدق المقارنة الطرفية لمقياس قلق الموت.....	65
08	- حساب الثبات باستخدام معامل ألفا كرومباخ لمقياس إستراتيجيات المواجهة.....	66
09	- معامل الارتباط سبيرمان براون لأبعاد المواجهة.....	67
10	- يوضح حساب الثبات باستخدام معامل ألفا كرومباخ لمقياس قلق الموت.....	67
11	- حساب نتائج الفرضية الأولى.....	69
12	- حساب نتائج الفرضية الثانية.....	70
13	- حساب نتائج الفرضية الثالثة.....	70
14	- حساب نتائج الفرضية الرابعة.....	71



يعد مرض السرطان أحد أكثر الأمراض المزمنة شيوعاً وخطورة، والذي يتميز بآثاره وتبعياته الجسمية والنفسية الخطيرة المسؤولة عن الكثير من المعاناة والألم.

و ينجم عن مرض السرطان العديد من المشكلات في تكيف المريض، وذلك بسبب كونه مرضاً مزمناً تدوم آثاره لفترة طويلة، والتي تخلف بدورها متطلبات تستلزم على المريض أن يتعامل معها وأن يواجهها بغية التخفيف من حدة الضغط الناتج عن المرض والألم الذي يعاني منه ، وهذا باللجوء إلى استخدام أساليب وإستراتيجيات مواجهة متنوعة تعمل على تحقيق التوازن والراحة النفسية، وذلك تبعاً لمعتقداته حول قدرته على مسايرة المرض والتحكم في مساره .حيث تلعب معتقدات المريض عن مصدر صحته دوراً أساسياً في الحفاظ عليها ومواجهة أي مرض قد يصيبه.

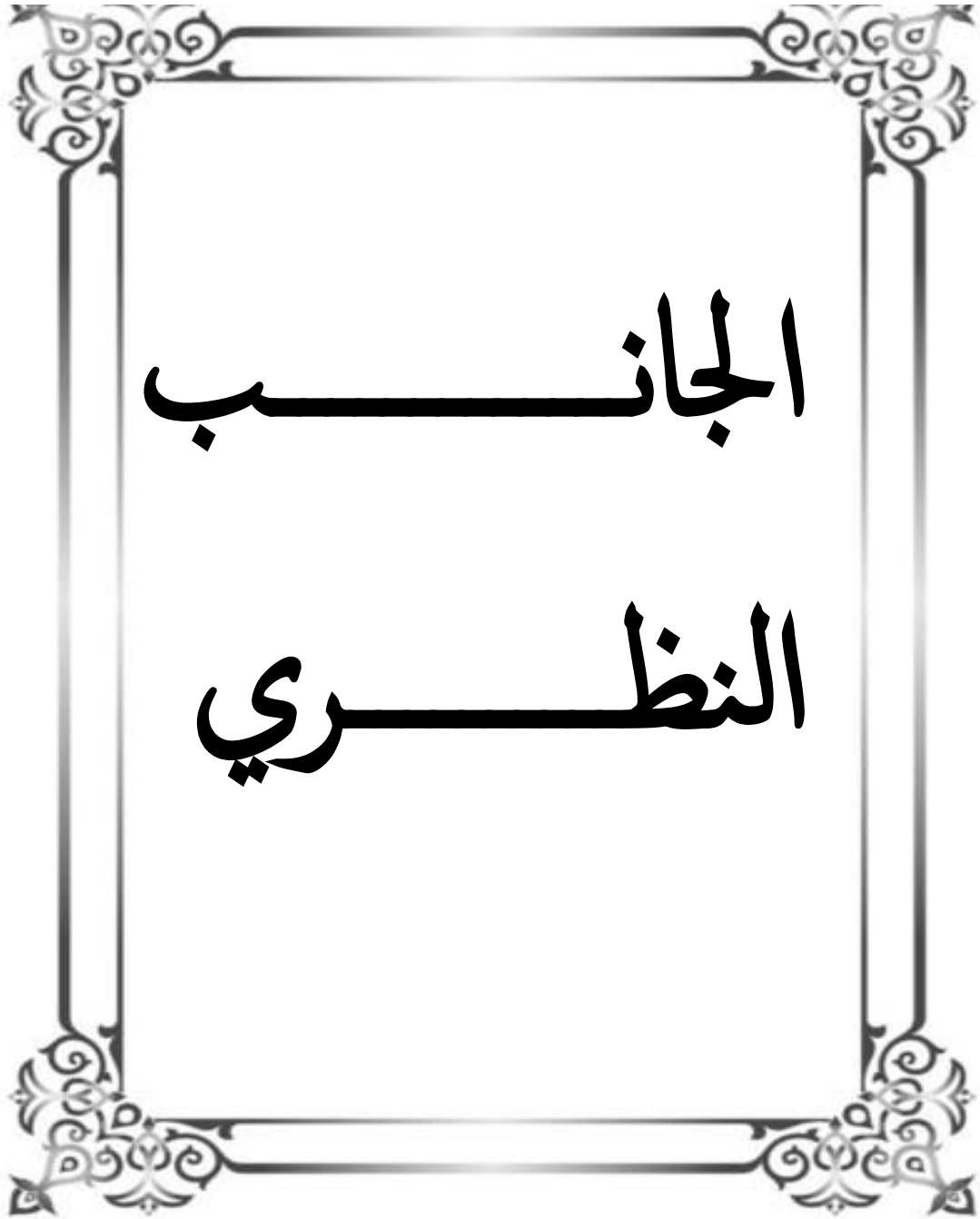
وقد جاءت هذه الدراسة والتي تسعى إلى تسليط الضوء على هذه المتغيرات، لتعكس العلاقة الموجودة بينها، وكذا علاقتها ببعض المتغيرات الأخرى الجنس، ونوع الإصابة. وتضم هذه الدراسة جانبين، جانب نظري، و آخر تطبيقي.

و يتضمن الجانب النظري، الفصل الأول الذي يتضمن تقديم موضوع الدراسة وتعرضنا فيه لإشكالية الدراسة وأهميتها والأهداف المسطرة لها، ثم المفاهيم الإجرائية، و عرض لعدد من الدراسات السابقة.

والفصل الثاني يدور حول إستراتيجيات المواجهة، حيث تناولنا، تعريفها وخصائصها، وتصنيفها، والنظريات المفسرة لها، فعاليتها، المواجهة والسرطان، أما الفصل الثاني فخصص لمتغير قلق الموت، حيث تم التعريف به ومكوناته وأسبابه والأعراض المميزة له كما تم عرض النظريات المفسرة لقلق الموت، وكيفية علاجه.

أما الفصل الرابع فيعنى بمرض السرطان حيث تعرضنا لتعريفه، نشوئه، أنواعه وأسبابه، علاجه.

الجانب التطبيقي، فيتضمن الفصل الخامس الذي يعنى بإجراءات الدراسة والمتمثلة في تحديد منهج الدراسة، والعينة، أدوات جمع البيانات وخصائصها السيكمترية، الأساليب الإحصائية المستخدمة . والفصل السادس الذي يتناول عرض النتائج المتوصل إليها بالاستخدام أدوات جمع البيانات . ويدور محتوى الفصل السابع حول مناقشة النتائج المتحصل عليها وتحليلها ثم تأتي خلاصة عامة، وقائمة المراجع المعتمدة في الدراسة وفي الأخير الملاحق.





الفصل الأول

تقديم موضوع

الدراسة

1. إشكالية الدراسة

يواجه المجتمع الإنساني خطر الأمراض، وقد أدى ظهور هذه الأمراض المزمنة و المستعصية إلى لفت انتباه الباحثين والمختصين إلى العوامل السلوكية والنفسية والاجتماعية التي تلعب دورا هاما في التأثير على هذه الأمراض وكيفية مواجهتها.

حيث يشير تعبير الأمراض المزمنة إلى أي حالة تتضمن إعاقة تحدث نتيجة لتغيرات فيزيولوجية مرضية، وتتطلب هذه الأخيرة تدريباً ودافعية لمواجهتها من طرف المرضى للتغلب عليها، ومن بين أهم هاته الأمراض ما يجعل حياة الفرد مهددة بالخطر، وعلى رأسها السرطان، حيث يتزايد تفشي هذا المرض بنسب كبيرة خاصة في الدول النامية كما أثبتت الكثير من الدراسات. والسرطان عبارة عن مجموعة من الأمراض تصيب كل أجزاء الجسم ويضعفه، وهي كذلك أورام خبيثة، ما يميز هذه الأورام أنها خلايا سريعة الانتشار والتكاثر (خلايا شاذة) في بقية أعضاء الجسم مما يجعل السرطان أهم سبب من أسباب الموت في جميع أنحاء العالم فقد تسبب في وفاة 7.9 مليون نسمة سنة 2007.

(Mieszkowski, 2007, p4)

ويواجه مريض السرطان بمدى واسع من التحديات، بحيث يؤدي هذا الأخير إلى اضطرابات جسمية كثيرة ومتنوعة، كالالتهابات المختلفة، والشعور بالإجهاد والغثيان، وفقدان الشهية، والإسهال، واضطرابات الجهاز العصبي المركزي وهبوط في قدرة جهاز المناعة على التنظيم، وهذا ما يجعل المريض عرضة لأمراض ومضاعفات أخرى (تايلر شيلي، 2008 ، ص61)

هذا بالإضافة إلى أعراض نفسية، واجتماعية مثل القلق، والاكتئاب والأرق، والانعزال الاجتماعي، والوصمة الاجتماعية. وزيادة على هذا فقد يكون للأساليب الطبية علاج لأعراض المرض من تبعات غير سارة، كما في العلاج الكيميائي، وما قد يصاحب هذا المرض من تأثيرات نفسية وجسمية، مما يجعل المريض يتوقع الموت وتتولد لديه مشاعر غير سارة ومشكلات في التكيف التي يراها

"أرنست بيكر " Ernest Biker" أنها جميعا أعراض لاضطراب واحد هو قلق الموت أو الخوف من الموت، لأن مرضى السرطان يواجهون مرضا فتاكا قاتلا، تلعب فيه العوامل النفسية أهمية كبيرة.
(Arrarras et al,2002,p10)

ويعتبر قلق الموت ظاهرة يكتنفها الغموض تسبب للمريض عجزا كبيرا في طريقة تفسيره. ويتميز بدلالات جسمية ونفسية، فعند سؤال المريض عن أكثر الأشياء التي تخيفه فيما يتعلق بمرض السرطان غالبا تكون إجابته الموت.

لذلك يحاول المريض التصدي لهذا القلق والتعامل معه وهو ما يعرف باسم المواجهة Coping، وقد تكون الاستراتيجيات المستخدمة للمواجهة فعالة فيتغلب بها الفرد على ما يسببه المرض من قلق وصراعات وإحباطات، كما قد تخفق هذه الاستراتيجيات، وهو ما يؤدي إلى تفاقم المترتبات السلبية للمرض التي تواجه الفرد.

وفي هذا الصدد يرى كل من "لازاروس وفولكمان" Lazarus and Folkman، أن المواجهة تشير إلى الجهود المعرفية والسلوكية التي تهدف إلى إدارة الأحداث التي ترهق قدرة الفرد على الضبط والتكيف. (Nezu et al ,2003 ,p51)

وقد ميز لازاروس وفولكمان بين نوعين أساسيين من المواجهة، هما المواجهة المتمركزة حول المشكل، التي تتجه إلى حل المشكلة المعنية، أو على التأثير على الموقف الذي يعتقد بأنه مرهق، وبالتالي تعديل العلاقة المضطربة بين الشخص والمحيط. وإستراتيجية المواجهة المتمركزة حول الانفعال التي تسعى إلى تنظيم الانفعالات السلبية، بحيث تتم محاولة تخفيض حالة التوتر التي يعيشها الفرد على أنها مرهقة له، والتي تتميز بالانفعالات المرهقة كالقلق والغضب.

ويرى "شفارتسر وآخرون" 1989 أن المواجهة المتمركزة حول المشكل والمواجهة المتمركزة حول الانفعال، هي ميول أو خيارات مواجهة خاصة بالموقف. تتأثر بدرجة ما بسمات الشخصية وظروف

المحيط بما في ذلك الفروق الثقافية، الاجتماعية أيضا. و تتشكل مثل هذه التفضيلات لاستراتيجيات
المواجهة بناء على الخبرات في المحيط مع مواقف مطلبية مشابهة. (رضوان سامر جميل، 2002
ص171)

وفي محاولة منا للبحث عن العلاقة الموجودة بين إستراتيجيات المواجهة وقلق الموت، والتعرف
على نوع الإستراتيجية التي يستخدمها مرضى السرطان لمواجهة قلق الموت، ولعرفة ذلك نطرح التساؤلات
ونضع الفرضيات والتي هي توقعات للنتائج الداسة.

1. تساؤلات الدراسة: تحاول الدراسة الحالية الكشف عن طبيعة العلاقة بين استراتيجيات المواجهة

وقلق الموت لدى مرضى السرطان وذلك من خلال الإجابة على التساؤلات التالية:

1. هل توجد علاقة بين استراتيجيات المواجهة وقلق الموت لدى مرضى السرطان؟

2. هل يوجد اختلاف في درجة قلق الموت لدى مرضى السرطان حسب نوع الإصابة؟

3. ما نوع استراتيجيات المواجهة السائد استخدامها لدى مرضى السرطان؟

4. هل تختلف إستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان باختلاف الجنس؟

2. فرضيات الدراسة: من خلال التساؤلات المطروحة يمكن صياغة الفرضيات التالية:

5. توجد علاقة بين إستراتيجيات المواجهة وقلق الموت لدى مرضى السرطان.

6. يوجد اختلاف في درجة قلق الموت لدى مرضى السرطان حسب نوع الإصابة.

7. نتوقع ارتفاع درجات الأفراد في بعد إستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل.

8. تختلف إستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان باختلاف الجنس.

3. أهمية الدراسة

تكمن الأهمية العلمية لهذه الدراسة في الموضوع الذي نتناوله وهو مرض السرطان، لاسيما انه أصبح مرض العصر. كما تكمن أهميتها في أنها تتخذ من المتغيرات السيكولوجية قلق الموت، إستراتيجيات المواجهة والمتغيرات الديمغرافية (الجنس)، التي تعتبر من بين العوامل المؤثرة في عملية التكيف مع مرض السرطان موضوعا لها.

كما تستمد الدراسة أهميتها من خلال ندرة الدراسات التي تناولت هذا الموضوع -على حد علم الطالبة- وهو دراسة علاقة متغير إستراتيجيات المواجهة ومتغير قلق الموت لدى مرضى السرطان. وتتمثل الأهمية العملية لهذه الدراسة، في أنها يمكن أن تفيد مرضى السرطان في التعرف على تأثير تبني إستراتيجيات المواجهة المناسبة، وتحديد مدى تأثير هذه الأخيرة على التخفيف من قلق الموت. بحيث يدرك المرضى أنه من خلال استخدام وتبني إستراتيجيات المواجهة الفعالة والملائمة، يمكن لهم أن يعيشوا حياتهم بشكل أفضل حتى مع وجود المرض.

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

4. التعاريف الإجرائية للدراسة: يمكن تقديم التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة وذلك كما يلي:

(1) إستراتيجيات المواجهة: هي مجموع الجهود المعرفية، والسلوكية، المتغيرة باستمرار، والتي تهدف إلى السيطرة أو التخفيض أو تحمل المتطلبات الداخلية أو الخارجية، التي تدرك على أنها تهدد أو تتجاوز قدرات مرضى السرطان بمستشفى محمد بوضياف ورقلة سنة 2015، وهو ما يحصل عليه من خلال مقياس إستراتيجيات المواجهة المعدل من طرف كوسون Cousson.

(2) قلق الموت: هو خبرة انفعالية غير سارة تدور حول موضوع الموت والموضوعات المتصلة به وقد تؤدي هذه الخبر إلى التعجيل بموت الفرد نفسه، وهو استجابة مرضى السرطان بمستشفى محمد بوضياف ورقلة سنة 2015 على اختبار قلق الموت الذي أعده الباحث محمد أحمد عبد الخالق.

(3) مرضى السرطان: بأنهم المرضى الذين شخصوا بمرض السرطان من قبل أطباء متخصصين في علم الأورام السرطانية، وذلك بعد القيام بمجموعة من الفحوصات الإكلينيكية، والمخبرية اللازمة والمسجلون لدى قسم الأورام بمستشفى محمد بوضياف ورقلة سنة 2015.

5. حدود الدراسة: تحدد هذه الدراسة بحدود بشرية ومكانية وزمنية
 - الحدود البشرية: شملت الدراسة على 30 مريضا بالسرطان في العينة الاستطلاعية، و 50 مريضا بالسرطان في العينة الأساسية.
 - الحدود المكانية: طبقت هذه الدراسة في مستشفى محمد بوضياف ورقلة.
 - الحدود الزمنية: الموسم الجامعي 2015/2014.

6. الدراسات السابقة: من خلال البحث والمطالعة في موضوع الدراسة الحالي تم جمع بعض

الدراسات التي تناولت متغيرات الدراسة نذكر منها:

أولا: إستراتيجيات المواجهة:

1. دراسة "كريسون وكيفي" (Crisson and Keefe) 1988 فقد هدفت إلى معرفة العلاقة بين مركز الضبط واستراتيجيات المواجهة والضيق الانفعالي لدى مرضى الألم المزمن، وقد طبق في هذه الدراسة مقياس مركز ضبط الصحة، ومقياس استراتيجيات المواجهة، وقائمة كشف الأعراض الجسدية على مجموعة تضمنت 62 مريضا مصابا بالألم المزمن وفي حالة استشفاء وكشفت النتائج أن المرضى الذين تحصلوا على درجات عالية في بعد الحظ لمركز الضبط، بدوا أكثر عجزا للتعامل مع ألمهم، واستعملوا إستراتيجية تحويل الانتباه، وإستراتيجية المواجهة المعتمدة على الصلاة والتمني. بالإضافة إلى أن هؤلاء المرضى كانوا أكثر احتمالية لتفجيع وتفادي نشاطهم في المواجهة مع الألم. (keck sherry, 2006, p06)

من خلال هذه الدراسة نلاحظ أن العينة لم تكن مرضى السرطان، بل شملت جميع الأمراض المزمنة، إلا أنها تناولت إستراتيجيات المواجهة بأبعاد مختلفة (مثل إستراتيجية تحويل الانتباه وإستراتيجية المواجهة المعتمدة على الصلاة والتمني...).

2. دراسة "هيلتون" Hilton سنة 1989: هدفت إلى بحث العلاقة وأجرى بين التقييم الأولي و استراتيجيات المواجهة، لدى 277 مريضة سرطان وأشارت النتائج إلى أن المريضات اللواتي قيمن السرطان على أنه مرض مرعب، واللواتي خفن من تكرار المرض واستعملن استراتيجيات الهروب والتجنب، ولم تكن لديهن ميول إلى إعادة التقييم الايجابي للوضعية. كما أنهن لم يقبلن المسؤولية على هذه الموضوعية، وكان لديهن اعتقاد بعدم القدرة على التحكم في تطور المرض. (Cousson- Gelie , 2001, p22)

نلاحظ من خلال هاته الدراسة أن العينة كانت إناث فقط، كما لم يتم ذكر المقاييس المستخدمة في جمع البيانات، كما بينت النتائج المحصل عليها كانت كلها تشير إلى الجانب السلبي لنفسية المريضات بالسرطان كالخوف والهروب والتجنب عدم القدرة على التحكم في تطور المرض.

3. وكانت دراسة تايلور وآخرون Taylor et al سنة 1992 تهدف إلى معرفة بعض استراتيجيات المواجهة الفعالة مع المشكلات المتعلقة بمرض السرطان. وتضمنت الدراسة 603 مريض مصاب بالسرطان واستخدم في هذه الدراسة قائمة أساليب المواجهة، كما سأل المرضى حول أكثر النواحي التي تشكل ضغطا نفسيا بالنسبة لهم وتبين من النتائج أن الخوف وغموض المستقبل كانا عرضيين رئيسيين (41%) يليها 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. (Nezu et al ,2003,p. 56)

وقد كشف الباحثون عن خمس استراتيجيات هي: السعي للمساعدة الاجتماعية واستخدامها مثل: تحدثت مع أحدهم كي أعرف أكثر حول الموضوع، الإقضاء، مثل: لم أدع المرض ينال مني، الهروب المعرفي (التجنب) مثل: تمنيت لو أختفي من الموقف كله، التركيز الايجابي مثل: خرجت من الموقف بأفضل مما دخلت فيه. الهروب السلوكي (التجنب) مثل: محاولة تجنب الموقف من خلال الطعام أو الشرب أو النوم ويعتبر التكيف من خلال المساعدة الاجتماعية، والتركيز على ما هو إيجابي، وإقضاء 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. (Nezu et al ,2003,p. 56)

تضمنت هذه الدراسة عينة إحصائية كبيرة، وتم ذكر المقاييس المستخدمة مقارنة بالدراسة السابقة، كما تين من النتائج المحصل عليها أنها شبيهة بنتائج الدراسة السابقة كونها تدور حول الخوف والغموض، كما أضافت النتائج المظهر وأسلوب الحياة.

4. وأجرى تيلور وآخرون Taylor et al سنة (1994) دراسة كان هدفها معرفة العلاقة بين السرطان والمواجهة. وقد استخدم الباحثون مقياس استراتيجيات المواجهة مع نساء مصابات بسرطان الثدي في المرحلة المبكرة. و سيطر على الأعراض الجسمية في هذه الدراسة لتحليل الارتباطات بين المواجهة والتأثير السلبي والايجابي.

كان للأعراض الجسمية تأثير كبير في العلاقات بين المواجهة والأثر السلبي مقارنة بعلاقات المواجهة والأثر الايجابي . وقد ارتبطت مواجهة الهروب التجنب، ومواجهة التحدي بتأثير سلبي أكبر . بينما المواجهة من خلال الإقضاء والتقييم الايجابي والتحكم في الذات ارتبطت كلها بتأثير إيجابي أكبر. (Nezu et al ,2003, p56)

5. وهدفت الدراسة التي أجراها نازو و آخرون A.Nezu et al سنة 1995 إلى البحث في علاقة أسلوب المواجهة المتمثل في حل المشكل و الضيق الانفعالي لدى مرضى السرطان .وقد تضمنت الدراسة 134 مريضاً بالغاً يعاني السرطان .وكشفت النتائج أن القدرة على حل المشكل كانت لتعديل وتهدئة تأثيرات الضغوط المرتبطة بالسرطان خاصة تحت مستويات متماثلة من الضغط. وسجل مرضى السرطان المتميزون بالقدرة الضعيفة على حل المشكل، مستويات عالية من الأعراض الاكتئابية والقلق، مقارنة مع مرضى السرطان المتميزون بالقدرة الفعالة في حل المشكل. (Nezu et al ,2003, p 2)

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

أوضحت هذه الدراسة جوانب إيجابية في عينة الدراسة كون هذه العينة كانت أفراد بصحة جيدة، وقد ظهرت هذه الجوانب في فئة الشباب ومن بينها نذكر التقييم الإيجابي للمواقف والبحث عن المساندة الأسرية والاجتماعية.

7. وفي دراسة قام بها "هيردي عادل" (1996) بهدف معرفة العلاقة بين الضبط وأساليب مواجهة المشكلات، ومعرفة الفروق بين الجنسين في أساليب مواجهة المشكلات، على عينة مكونة من 235 طالباً وطالبة في المرحلة الجامعية. وأشارت نتائج الدراسة إلى أن أصحاب وجهة الضبط الخارجية من الذكور أكثر لجوءاً لأسلوب الهروب والتمركز على الانفعال .وأن ذوات الضبط الخارجي من الإناث أكثر لجوءاً لأساليب (التقبل، الاستسلام، الهروب، التمرركز على الانفعال) مقارنة بذوات الضبط الداخلي، حيث

لجان إلى أساليب مواجهة المشكلات وأساليب الدعم الاجتماعي. كما أشارت نتائج الدراسة إلى أنه لا توجد فروق جوهرية بين الذكور والإناث من أصحاب وجهة الضبط الداخلية في أساليب مواجهة المشكلات. (هيردي عادل، 1996، ص08)

من خلال دراسة "هيردي" نلاحظ أنها عكس ما توصل إليه محمد رجب على فئة الشباب فهذه الدراسة تظهر جوانب سلبية لدى هذه الفئة مثل الهروب والتمركز على الانفعال والاستسلام، وقد يكون السبب في ذلك اختلاف البيئة الاجتماعية التي طبقت فيها كل دراسة.

ثانياً: حول قلق الموت

1. أكدت دراسة قام بها الباحث "لونيوتا وزملاؤه" سنة 1980 وجود علاقة سلبية بين العمر والقلق من الموت واشتملت الدراسة على عينتين الأولى عينة من منطقة شمال إيرلندا والأخرى منطقة جنوب غرب إقليم أونتاريو في كندا تمثلت في طلاب جامعة من الجنسين وأسفرت الدراسة على وجود قلق الموت لدى العينتين حيث وجد أن الطلاب الكنديين لديهم انشغال أكبر بالجانب المعرفي لقلق الموت أي خوفهم من أن يموتوا، في حين انشغل طلاب شمال إيرلندا بمسألة إصابتهم بالسرطان وقصر الحياة ورؤية الجنة. (أحمد عبد الخالق، 1998، ص119)

2. في دراسة قام بها "أحمد عبد الخالق" في 1984 على عينات مختلفة من مدينة الإسكندرية وطبق عليها مقياس "تمبلر" في جلسات جمعية وبينت النتائج وجود فروق جوهرية في قلق الموت بين الجنسين فالإناث أكثر خوفاً من الموت من الذكور. (أحمد عبد الخالق، 1998، ص162)

لم تحدد دراسة "أحمد عبد الخالق" على أي أساس تم اختيار العينة باختلاف ماذا؟.

3. وجد في دراسة قام بها غسان حسين الحلو وزملاؤه سنة 2001 بعنوان أثر انتفاضة الأقصى على مستوى الشعور بقلق الموت لدى طلبة الجامعة وإضافة إلى تحديد أثر المتغيرات كالجنس، ومكان الإقامة الدائم وموقع السكن بالنسبة للمواجهات وقد توصلت النتائج إلى وجود فروق في الشعور بقلق الموت بين

الطالبة المقيمين بنابلس وخارجها لصالح المقيمين بها وبين الذكور والإناث لصالح الإناث وبين القريبي ن والبعيدن عن المواجهات لصالح القريبين.

نتائج هذه الدراسة تتفق مع دراسة في وجود فروق في قلق الموت بين الجنسين، كما اتفقا في ارتفاع درجة لقلق الموت لدى الإناث.

تعقيب على الدراسات:

رغم وجود دراسات تناولت متغيري الدراسة بصورة مفصلة، إلا أن أغلب الدراسات تناولت المتغيرين على حدى، ولم تجد الطالبة دراسة تناولت المتغيرين معا، كما يتضح من خلال الدراسات السابقة أن لمرض السرطان تأثير سلبي على الصحة النفسية والجسدية.



الفصل الثاني

إستراتيجيات المواجهة

تمهيد

في هذا الفصل سنحاول توضيح إستراتيجيات المواجهة من الجانب النظري، حتى يتسنى لنا التعرف على هذا المتغير جيدا، وإعطاء نظرة شاملة عنه، لأجل وضوح الدراسة، ومعرفة أهمية هذا المتغير في مثل هذه الدراسات.

1. مفهوم استراتيجيات مواجهة:

المواجهة عند لازاروس وفولكمان : كما ورد عن طه "هي جهود تستخدم في إدارة المطالب التي تتضمن أن المواجهة تتكون من أي شئ يستطيع أن يفعله الشخص ، ويفكر فيه لإدارة المواقف الضاغطة بصرف النظر عن نجاح هذه الجهود التي يقوم بها الفرد".

إن إدارة الضغوط تتضمن التقليل من الضواغط أو تجنبها أو تحملها ، وكذلك أيضا التمكن من

السيطرة على البيئة. (طه عبد العظيم حسين وسلامة عبد العظيم حسين, 2006, ص80, 81)

يشير هذا المفهوم إلى الطريقة التي نواجه بها وضعية صعبة. ظهر سنة 1996 إلى مجموع

الاستراتيجيات المستعملة، وأشار به لازاروس Lazarus لمواجهة الوضعيات الصعبة أو الأحداث

الضاغطة. (Fischer & Tarquinio ,2006, p117)

ويعرف كل من لازاروس وفولكمان استراتيجيات المواجهة، على أنها مجموعة الجهود المعرفية

والسلوكية المتغيرة باستمرار. والتي تهدف إلى السيطرة، أو التخفيض، أو تحمل المتطلبات الداخلية أو

الخارجية التي تدرك على أنها تهدد أو تتجاوز قدرات الفرد. (Fischer & Tarquinio ,2006, p117)

أما ستيبتو Steptoe 1991 فيعرف استراتيجيات المواجهة على أنها استجابات يظهرها الفرد

لمواجهة الوضعيات الضاغطة. وقد تكون ذات طبيعة معرفية أو انفعالية أو تحويل في الخيال وضعية

خطيرة إلى مثلا اعتبار ورم سرطان كدمل بسيط منفعة شخصية. كما يمكن أن تأخذ أشكالا سلوكية

مباشرة أكثر كالمواجهة الصريحة للمشكل، تبني سلوك التجنب، أو البحث عن المساندة الاجتماعية.

(Schweitzer & Dantzer,2003,p100)

ويمكن أن تعبر استراتيجيات المواجهة عن الكيفية التي نفكر بها في الأحداث والطريقة التي

نستجيب بها للأحداث المسببة للتوتر .وكل من الاستراتيجيات السلوكية والمعرفية للمواجهة تكون فعالة

في تعديل آثار التوتر. (السيد عبد الرحمن، 2000 ،ص315)

من خلال التعاريف السابقة يمكن تعريف إستراتيجية المواجهة أنها طريقة تتضمن جهود معرفية

وسلوكية يستخدمها الفرد لمواجهة التحديات المختلفة التي تواجهه في حياته.

2.محددات المواجهة: تأثر سيرورات التقييم للعلاقات فرد محيط بالخصائص الشخصية (موارد

شخصية)، و المتغيرات المحيطة (متغيرات الوضعية)،هذا ما يفسر لماذا يقيم نفس الحدث كتهديد

بالنسبة لفرد وكتحدي بالنسبة لآخر. (Paulhan ,1992,p 549)

3.خصائص المواجهة: تنقسم خصائص المواجهة إلى نوعين هما:

1.3. الخصائص الشخصية: وتنقسم هذه الخصائص إلى:

1.1.3. المعتقدات: كالمعتقدات الدينية (يلبس الحدث معنى اختبار أو بلاء مفروض من الله وعلينا

تقبله)، أو أيضا معتقدات الفرد حول قدرته على التحكم في الأحداث والتي أطلق عليها روتر اسم مركز

الضبط الداخلي، حيث نجد أن الأشخاص ذوي مركز الضبط الداخلي يستعملون استراتيجيات المواجهة

المتركزة حول المشكلة بكثرة. (Schweitzer & Dantzer ,2003,p107,108)

2.1.3. التحمل الشديدHardiness: يشير إلى السيطرة الشخصية للأحداث الضاغطة في الحياة .

والأشخاص الذين يتسمون بالتحمل الشديد "الصلابة" يعتقدون أن بإمكانهم التأثير أو معالجة المشكلات

بدلا من الإحساس بالعجز أمامها .كما أنهم يدركون الأحداث المختلفة كفرصة للتطور الشخصي. ولديهم

قدرة على تحمل الضغوط السيكاجتماعية أكثر من الغير .

3.1.3. الفلق كسمة : وهي مركب ثابت في الشخصية .وهي ميل للقلق، أي عام لإدراك الوضعيات كوضعيات مهددة .فالأشخاص الذين لديهم سمة قلق ضعيفة، يدركون الأحداث الضاغطة على أنها أقل تهدي، ولديهم تنبؤ كبير بالتحكم مقارنة بالأشخاص ذوي سمة قلق عالية. (Schweitzer & Dantzer ,2003,p107,108)

2.3. الخصائص المحيطة (الوضعية) فهي:

1.2.3 مميزات الوضعية: وتشمل طبيعة الضرر أو التهديد، وإذا كان الحادث الذي يتعرض له الشخص مألوفاً له أو جديداً عليه، وما هي احتمالات حدوثه، والوقت المتوقع فيه، وإلى أي درجة من الوضوح والغموض تبدو النتيجة المتوقعة. (السيد عبد الرحمن ، 2000 ، ص313)

وتستعمل إستراتيجيات المواجهة المتمركزة على الانفعال في الوضعيات المقدره على أنها غير قابلة للتحكم .في حين أن إستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل تستعمل في الوضعيات القابلة للتغيير والتطور. (Schweitzer & Dantzer ,2003,p108)

أ. **الموارد الاجتماعية:** ويطلق عليها " المساندة الاجتماعية "وهي توفر المحيط العائلي، العملي والأصدقاء أمام الصعوبات التي يصادفها الفرد .وقد دلت الأعمال على أن مستوى ضعيف من المساندة في حياة الفرد هو عامل انجراح، في حين أن مستوى مرتفع من المساندة الاجتماعية يرفع من التحكم المدرك ويقلل آثار الضغط، ويجعل الفرد قادراً على المواجهة. (Schweitzer & Dantzer ,2003,p109)

4. تصنيف إستراتيجيات المواجهة: تصنف إستراتيجيات المواجهة إلى أربعة أنواع وهي:

1.4. تصنيف بيلنجز وموس : يصنفان إستراتيجيات المواجهة إلى إقدامية وأخرى إجمامية، ويرى أن إستراتيجيات مواجهة الضغوط الإقدامية تتضمن القيام بمحاولات معرفية لتغيير أساليب التفكير لدى الفرد عن المشكلات ومحاولات سلوكية ، وذلك بهدف حل المشكلة بشكل مباشر، أما إستراتيجيات المواجهة

الإحجامية فتتضمن القيام بمحاولات معرفية وذلك لغاية الإنكار أو التقليل من التهديدات التي يسببها الموقف والقيام بمحاولات سلوكية لتجنب التحدي مع المواقف الضاغطة ، وأن إستراتيجيات المواجهة الإحجامية تتكون من إستراتيجيات فرعية مثل الإنكار والتشتت والكبت والقمع والتقبل والاستسلام .

(محمد العيسوي، 2008، ص50)

2.4. تصنيف إفرلي(1989): صنف أساليب التعامل مع الضغوط إلى نوعين وهما:

1- أساليب تؤدي إلى تحقيق التوافق وخفض الضغوط مثل الاسترخاء والتمرينات الجسمية.

2- أساليب تؤدي إلى سوء التوافق ولكنها تؤدي إلى خفض الانفعالات الناجمة عن الضغوط مثل تعاطي الكحوليات والعقاقير .

a. تصنيف كوتن (1990):صنف إستراتيجيات مواجهة الضغوط في عدة أنواع وهي:

1.3.4. إستراتيجيات فسيولوجية تتركز حول المشكلة : وغالبا ما تستخدم عندما يكون مصدر الضغط

فسيولوجيا ،فحينما يكون مصدر الضغط مثلا هو الإصابة بمرض مزمن عندها تتضمن الإستراتيجية التي تتركز حول مشكلة تعديل أسلوب الحياة لدى الفرد. (طه عبد العظيم حسين و سلامة عبد العظيم

حسين، ص236- 238)

2.3.4. إستراتيجيات معرفية تتركز حول المشكلة : وتستخدم في تعديل إدراك الفرد للمواقف الضاغطة

وكذلك في عملية التقييم المعرفي للموقف ومن فنيات المواجهة التي تتدرج تحت هذه الإستراتيجيات إيقاف التفكير الخاطئ وغير المنطقي واختيار الفرضيات وحل المشكلات.

3.3.4. إستراتيجيات سلوكية تتركز حول المشكلة : وهي الإستراتيجيات التي تؤدي إلى تعديل طبيعة

الموقف الضاغط، وتتضمن عدة فنيات مثل توحيد الذات وإدارة الوقت.

4.3.4. استراتيجيات فسيولوجية تتركز حول الانفعال: وتستهدف التعامل مع التغيرات الفسيولوجية

الناجمة عن الضغوط ، وتتضمن عدة فنيات للإدارة وهي التدريب على الاسترخاء وتعديل أسلوب الحياة لدى الفرد، مما يساعد ذلك على خفض الاستجابات الفسيولوجية الناتجة عن الضغوط.

5.3.4. استراتيجيات معرفية تتركز حول الانفعال: وتستهدف تغيير وخفض الاستجابات الانفعالية

والمعرفية الناتجة عن الضغوط ، ومن أمثلة هذه الاستراتيجيات اختيار الفرضيات المعرفية ومواجهة الأفكار السلبية والخاطئة واستبدالها بأفكار ومعارف أكثر ايجابية ومنطقية. (طه عبد العظيم حسين و سلامة عبد العظيم حسين ،ص236- 238)

6.3.4. استراتيجيات سلوكية تتركز حول الانفعال: وتهدف إلى التعامل مع استجابة الضغط ، وتتضمن

تعلم أنماط سلوكية جديدة واستخدام الدعابة والمرح في التخفيف من استجابة الضغط .

4.4. تصنيف جرانت(1983): صنف استراتيجيات مواجهة الضغوط إلى نوعين هما:

• أساليب مواجهة لا شعورية : ويتمثل ذلك في الحيل الدفاعية اللاشعورية والتي تستخدم في خفض

القلق والصراعات النفسية لدى الفرد والتي أشار إليه فرويد في نظريته للتحليل النفسي .

• وأساليب مواجهة شعورية: يستخدمه الفرد في التعامل مع الضغوط من خلال القيام بمحاولات

سلوكية ومعرفية للتغلب على الضغوط .(طه عبد العظيم حسين و سلامة عبد العظيم حسين، ص 236-

(238)

5.نظريات المواجهة: للمواجهة نظريات مفسرة لها، نذكر من بين هذه النظريات مايلي:

1.5. المقاربات التقليدية: تنقسم هذه النظرية إلى ثلاثة أقسام وهي:

1.1.5. النموذج الحيواني: بالاستناد إلى هذا النموذج، حدد مفهوم المواجهة كاستجابة سلوكية فطرية

أو مكتسبة لمواجهة للخطر. مثال: الهرب أو التجنب ناجم عن الخوف. والمواجهة أو الهجوم ناجم عن

الغضب. والمعيار الأساسي لنجاح المواجهة عند الحيوان يتمثل في بقائه حيا. (Paulhan ,1992, p546)

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

ويرى فرويد أن العصاب والذهان ما هي إلا عبارة عن شكل من أشكال فشل أو سوء المواجهة .

(محمد محمد جاسم ، 2006 ، ص 24)

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

الدفاع وما يرتبط به من علاقات ، عبارة عن آليات تحمي الأنا من الصراعات. ويمكن لهذا الصراع أن

يتكون من مطالب وطموحات غير محققة داخل الجهاز النفسي أو من تهديدات المحيط . ويفترض أن

القلق هو المثير الذي يسبب تسخير هذه الآليات. (رضوان، سامر، 2002، ص 162)

وقد تم صهر مفهوم المواجهة مع دفاعات الأنا، وعرفت على أنها مجموع العمليات المعرفية

اللاشعورية التي تهدف في الأخير إلى خفض أو حذف كل ما يمكن أن يحدث تطورا في القلق.

وتم التعرف على عدة سياقات معرفية مخصصة لخفض الحصر الناتج عن الحدث، مثل :

النفى، العزلة، العقلنة. ويتعلق معيار نجاح المواجهة هنا بنوعية السياق (مرونته، درجة تناسبه مع الواقع)

ونوعية المآل النفسي. (Paulhan ,1992 ,p546)

في فرنسا، ذكرت الأبحاث المتعلقة بالمرضى المقيمين بالمستشفى دور ميكانيزمات المواجهة في

التوافق مع المرض. كما ذكرت أن بعض الميكانيزمات مثل النفى، العزلة، المزاج المقاوم، يحمي الفرد

من القلق بصورة فعالة أكبر من الميل إلى الإسقاط أو العدوانية غضب أو الاستسلام القدرية.

غير انه بالرغم من مساهمة هذا النموذج بشكل كبير في فهم أحسن لاستجابات الفرد عند

مواجهته لحدث ضاغط، فإن هذا الخير يبقى غير كامل وناقص. (Paulhan ,1992 ,p546)

3.1.5. سمات الشخصية: تصور آخر يندرج تحت نظرية الدفاعات، يعتبر المواجهة كسمة شخصية،

ويعتبر أن بعض الخصائص الثابتة للشخصية مثل القمع، الحساسية المرهفة، الحتمية أو التحمل، ت عد

الفرد لمواجهة الضغط بطريقة ما . غير أنه لم تثبت الفرضية القائلة أن الفرد يسلك دائما بطريقة مماثلة

مهما كان الحدث .وفي الواقع أظهرت أبحاث عديدة أن مقياس السمة هي منبئات ضعيفة لاستراتيجيات

المواجهة وهناك عدد من الأدلة يمكن ذكرها لشرح ذلك. (Paulhan ,1992,p 547)

الطبيعة المتعددة الأبعاد للسياق الحالي للمواجهة: مثلا:في حالة مرض جسمي، يتوجب على

المريض مواجهة مختلف مصادر لضغط :ألم، عجز، ظروف الاستشفاء، في نفس الوقت، عليه أن

يحافظ على توازنه الانفعالي وعلى صورة جيدة عن الذات، مع مراعاة مصادره المالية علاقات جيدة مع

العائلة .هذه الاهتمامات المتعددة تتطلب استخدام إستراتيجيات مواجهة جد متنوعة، والتي لا يمكن التنبؤ

بها بواسطة م قياس أحادي البعد مثل مقياس السمة. (Paulhan ,1992,p 547)

الطابع المتحرك المتغير لسيرورة المواجهة في الواقع، يؤثر السياق الوضعي بشكل كبير على

المواجهة .كذلك يمكن لنفس الشخص أن يستعمل في عدد من الوضعيات إستراتيجيات مواجهة معرفية

تهدف لخفض التوتر، وفي وضعيات أخرى يستعمل أكثر إستراتيجيات مواجهة سلوكية تهدف إلى حل

المشكل.

يبدو أن تبني الاستراتيجيات المعرفية يكون أكثر في الحالات التي يكون فيها الحدث غير قابل

للتحكم (مرض خطير مثلا)، بينما تبني الاستراتيجيات السلوكية يكون في الحالات أين يمكن للجهد

المبذول إحداث تغيير في الوضعية (مثلا فقدان العمل) . تبعا لهذه النتائج، يبدو انه من الصعب النظر

إلى المواجهة من وجهة نظر ثابتة، فحسب لازاروس وفولكمان (1984) ، ما تظهره سمات الشخصية

غير كافٍ للتعويض بالطريقة التي يواجه بها الفرد الضغط. هذا يجعلنا إذاً لا نهتم فقط "بمن يكون الشخص" ولكن أيضاً "ماذا يفعل". (Paulhan ,1992,p 547)

2.5. النموذج المعرفي للضغط والواجهة: وتنقسم إلى ست مراحل وهي:

مما لا شك فيه أن الاتجاه المعرفي هو المسيطر، والسائد في البحث العلمي في مجال الضغط النفسي. وهو الذي يتزعمه "أرنولد لازاروس" 1966Arnold lazarus لقد طور هذا الأخير نظرية معرفية في السنوات الأخيرة لتفسير بعض مظاهر الضغط، وللكشف عن أساليب المواجهة التي يوظفها الناس لدى تعرضهم لمواقف ضاغطة. وتتمثل فكرة لازاروس الأساسية، في أن استعمال الفرد لأساليب مواجهة غير فعالة هو الذي يترتب عنه معاناته من الضغط النفسي. (يخلف عثمان ، 2001 ، ص51)

لا يمكن فهم ، Stress- coping model حسب نظرية الضغط و المواجهة الضغط النفسي بدون الرجوع إلى المكون المعرفي الكامن وراء تفسير الفرد للموقف أو الحدث الذي يتعرض له. والعملية المعرفية هذه تمثل حجر الأساس لتحديد طبيعة استجابة هذا الفرد للضغوط المختلفة داخلية كانت أم خارجية وعملية إدارك الموقف وتقييمه هي الأساس في مسألة مواجهة الضغوط الحياتية والتغلب عليه . وعليه فإن العملية المعرفية المسؤولة عن تقييم الموقف وتحديد طبيعة استجابة الإنسان له هي التي تعرف بمفهوم المواجهة. (يخلف عثمان ، 2001 ، ص52)

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

أ. مرحلة الحدث الضاغط: مبنية على أن الإنسان يواجه في حياته مواقف وأحداث ضاغطة تستدعي الكثير من الجهد لمواجهتها والتغلب عليها. قد تتطوّر ع ليها صعوبات صحية إذا تم استعمال استراتيجيات معرفية سلوكية غير فعالة. (يخلف عثمان ، 2001 ، ص52)

ب. مرحلة التقييم الأولى: قبل التطرق إلى هذه المرحلة، يجدر بنا الإشارة إلى مفهوم التقييم المعرفي :

التقييم المعرفي: هو مفهوم أساسي يعتمد على طبيعة الفرد .حيث أن تقدير كم التهديد ليس مجرد

إدراك مبسط للعناصر المكونة للموقف، ولكنه رابطة بين البيئة المحيطة بالفرد وخبراته الشخصية مع

الضغوط، وبذلك يستطيع الفرد تفسير الموقف.(السيد عثمان ، 2001، ص10)

ويلعب التقييم دورا في تحديد الآثار الانفعالية والسيولوجية التي يسببها الحدث الضاغط، وهو ما

يفسر لنا تباين استجابة الأفراد لحدث ضاغط واحد. وعادة ما يتم تقدير الحدث المثير حسب ثلاث

اتجاهات: (السيد عبد الرحمن ،2000، ص312)

○ **الضرر أو الأذى:** تلف أو خسارة وقعت بالفعل.

○ **التهديد:** نتائج متوقعة أو مستقبلية.

○ **تحدي:** أحداث مستقبلية ربما تتضمن فوائد شخصية

وليس من الضروري أن يكون التقدير المعرفي عقلاني أو شعوري، ولكن ربما يكون تلقائي (آلي) وغير

عقلاني ولا شعوري. (السيد عبد الرحمن ، 2000 ، ص312)

ج. **التقييم الأولي:** فيه يقوم الفرد بمحاولة التعرف على الحدث الضاغط، ثم يقوم بمحاولة تحديد مستوى

التهديد الذي يمثله هذا الحدث ب النسبة للفرد، ويعتمد الفرد في هذه العملية التقديرية على أسلوبه

المعرفي وخبراته الشخصية. (يخلف عثمان ، 2001، ص52)

أي أن الفرد في هذه الحالة يقيم خصائص الوضعية الضاغطة المتعرض لها، و مدى اعتقاده في

القدرة على التحكم .إذن التقييم الأولي هو السياق الذي تقيم من خلاله العوامل التي تتدخل في الوضعية.

ويمكن أن يتعلق الأمر بفقدان شيء ما (جسدي :مرض، علائقي، أصدقاء، أو مادي :مهنة ،

تجارة) ، أو تهديد أو تحدي. (Schweitzer ,Dantzer ,2003,p106)

وقد يكون التقييم الأولي إيجابيا، وهو ما يشير إلى أن الوضعية الضاغطة لا تطغى ولا تزيد عن إمكانات الشخص .وقد يكون سلبيا وضاغطا، يسبب ضررا أو تهديدا أو تحدي يفوق إمكانات الفرد. عادة ما يصاحب التقييم السلبي، انفعالات سلبية كالغضب، والخوف والاستياء .أما تقديرات التحدي غالبا ما يصاحبها انفعالات سارة، كالأستشارة والتحفز أو التطلع. (السيد عبد الرحمن، 2000،ص313)

د. **مرحلة التقييم الثانوي** : ويقصد بها تقويم إمكانات التعامل، أو مواجهة الضغط الحادث، وهكذا عندما يتلاءم كل من تقديرتنا لمطالب الموقف، وإمكانياتنا على مواجهته لا نشعر بالضغط .وعندما يعكس تقييمنا فجوة بين إمكانياتنا ومطالب الموقف أو المحيط، وخاصة عندما تفوق المطالب الإمكانيات المتوفرة لمواجهة الموقف الضاغط، نختبر مستوى كبير من الضغط.

كما تتضمن هذه المرحلة محاولة تحديد الآليات المناسبة لمواجهة الموقف والتغلب عليه معتمدا على مجموعة من العوامل بما فيها عوامل خارجية (كطبيعة الحدث) ، وعوامل داخلية أي خاصة بالفرد نفسه كذكائه وشخصيته، ثقافته، خبراته السابقة). (يخلف عثمان، 2001، ص53)

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

الأولى: تسمى بالفعل المباشر ر، وتشمل اتخاذ إجراءات عملية مباشرة لتغيير الموقف الضاغط.

الثانية: تتمثل في ما يسمى بالفعل المخفف، وهو فعل غير مباشر ذو طبيعة انفعالية. (يخلف عثمان، 2001، ص54)

و. **مرحلة نتائج المواجهة**: يتحدد فيها مدى تأثير أساليب المواجهة على كل من النشاط الانفعالي والمعرفي والفيولوجي، والسلوكي وتتوقف استجابة الفرد التوافقية للموقف الضاغط على مدى نجاحه في استعمال إستراتيجية مناسبة للتغلب عليها. (يخلف عثمان، مرجع سبق ذكره، ص54)

تبعاً لما تم تقديمه من نظريات مفسرة، نجد أن هناك اختلاف بين هذه النظريات من حيث تناولها لمفهوم المواجهة. فقد اعتبرت المواجهة كنظام دفاعي، يتمثل في عمليات لا شعورية تسمح بتحقيق توازن انفعالي للفرد وذلك من خلال تخفيض حدة القلق الذي يسبب الحدث. وتختلف المواجهة عن الدفاع في أنها إستراتيجية تكيفية، تعتمد على الإدراك الصحيح للوضعية، والتخطيط للقيام (بالفعل أي حل المشكل). كما تتميز بأنها متغيرة تعتمد على طابع الحالية وليس على التاريخ الشخصي للفرد.

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

وتختلف المواجهة من وجهة النظرية المعرفية عن سابقتها من حيث أنها تعتبر المواجهة سيرورة متحركة غير لا إرادية، تدريجية، تتضمن عدة مراحل مختلفة. ويتضح هذا من خلال قيام الفرد بالتشخيص والتفديرات المستمرة للوضعية الحالية، باذلاً في ذلك مجموعة من المجهودات المعرفية والسلوكية. (مصطفى رشاد، 2008، ص 50)

من خلال النظريات نلاحظ النظرية التقليدية ترجع أصل إستراتيجيات المواجهة أنها استجابة فطرية أو مكتسبة، وقد حاولوا فهم هذه الاستراتيجيات وتفسيرها حسب النموذج الحيواني أنها وسيلة للمحافظة على البقاء، التحليل النفسي ونظرية السمات، أما النموذج المعرفي يرى أن استخدام أساليب مواجهة غير فعالة ينجم عنه معانات من ضغط نفسي.

6. فعالية المواجهة:

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

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

1.6. فعالية المواجهة على الضغط الانفعالي : تسمح المواجهة المتمركزة حول المشكل بتخفيض

الضغط المعاش. فقد أظهرت دراسة (Schmidt 1988) ، أنه قبل التدخل الجراحي، المرضى الذين بحثوا عن معلومات وطوروا استراتيجيات فعالة كانوا أقل قلقاً، وكانت لديهم تعقيدات أقل بعد الجراحة من الذين لجأوا إلى استراتيجيات مواجهة سلبية مثل الاستسلام . غير أن فعالية إستراتيجية المواجهة المتمركزة حول المشكل تعتمد عموماً على عدد من العوامل مثل: التحكم في الوضعية. فإذا كانت الوضعية متحكم فيها، يصبح هذا النوع من المواجهة فعالاً، بينما في الوضعيات غير المتحكم فيها فإن تأثيرها يميل ليصبح سلبياً. (Fischer et Tarquinio, 2006, p 124)

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

تعتبر المواجهة المتمركزة حول الانفعال عموماً أقل فعالية بفعل أشكالها التعبيرية المختلفة، مثل قمع الانفعالات، أو العجز مرتبطان بارتفاع الضيق النفسي. وبينت دراسات أن بعض مظاهر المواجهة المتمركزة حول الانفعال لها أثر ذو فائدة وواق لجودة الحياة على مدى قصير، حتى لو أن الكثير من أشكالها يبدو عموماً لديه أثر سلبي: العجز، فقدان الأمل، اتهام الذات الاستسلام... لوحظت هذه النتائج في أمراض مختلفة، وكشفت عن آثار غير وظيفية، التي يمكنها في حد ذاتها أن ترتبط

بسلوكات تقريبا ملائمة مثل :عدم التقيد، عدم إدراك الأعراض، وعدم احترام آجال العلاج.

(Fischer et Tarquinio, 2006,p 124)

2.6. فعالية المواجهة على الصحة الجسمية : ظلت فعالية المواجهة صعبة التقييم من الناحية الصحية

والمرضية، ولكن يمكنها أن تؤثر في الصحة من خلال طريقتين واضحتين. فقد أثبت "لازاروس وفولكمان"

(1984) أن المواجهة يمكن أن يكون لها تأثير على الصحة الجسمية، في حالة ما إذا استطاعت

التأثير على تواتر، شدة، مدة ردود الفعل الفيزيولوجية المتعلقة بالضغط، وهذا لاسيما إذا كان الفرد في

مواجهة موقف غير متحكم فيه ولا يستطيع التصرف مع الوضعية الضاغطة .أو أن مواجهته غير

ملائمة .يمكن للمواجهة عموما التأثير مباشرة وسلبا على الصحة ، حين يكون للفرد أسلوب حياة مرتبط

بسلوكات خطر . (Fischer et Tarquinio, 2006,p 124)

وأحسن مثال هو نمط الشخصية A (أ)، الذي لديه مجموعة الصفات التالية :المنافسة، عدم

الصبر، العدوانية، إدراك الأحداث الضاغطة كتحديات. كما أن أشكال المواجهة المتمركزة حول الانفعال

يمكن أن تهدد الصحة الجسمية للفرد، لأنها تعيق اتخاذ السلوكات التكيفية، وهذا في حالة الإنكار

أوالتجنب التي يمكن أن تقود الفرد لإدراك الأعراض أو الفحص في وقت متأخر.

(Schweitzer et Dantzer ,2003,p117)

إذا فعالية المواجهة ليس لها أي ميزة آلية ، و يجب أن تقدر بناء على تعددية المعايير التي

تصبح وظيفية في حالة وليس بالضرورة في حالات أخرى. الفعالية تبدو إذا مرتبطة بشروط وبالكيفية

التي تسمح فيها المواجهة للفرد أن يعدل أو ينق ص من تأثير الوضعية الضاغطة على راحته الجسمية

والنفسية. (Fischer & Tarquinio ,2006,p125)

ومن هنا يتعين تفحص و معاينة استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل والمتمركزة

حول الانفعال في كل حالة. (Fischer & Tarquinio ,2006,p125)

يوضح هذا العنصر ما يمكن للمواجهة أن تقدمه من إيجابيات في مواقف الضغط الانفعالي، كذلك دورها الإيجابي على الصحة الجسمية وهو عنصر مهم حيث نستطيع من خلاله معرفة مدى فعالية إستراتيجيات مرضى السرطان المختلفة على التقليل من الضغط وعلى صحتهم الجسمية.

7. المواجهة والسرطان

يصف مفهوم مواجهة المرض الطريقة التي يتلاءم بها المرضى مع مرضهم والكيفية التي يواجهون بها مرضهم. وتهدف جهود المواجهة إلى تخفيض الضغط النفسي الناجم عن المرض . يواجه المرضى السرطان بطرق مختلفة، تعتبر بعض هذه الطرق ناجحة أكثر من غيرها في تطوير الراحة الانفعالية للفرد والتكيف النفسي. فقد عرقلت حياة المريض وربما تغيرت بسبب مرضه، فيمكن أن يواجه هذا الأخير العلاجات الطبية وآثارها الجانبية، كما يمكن أن يواجه أيضا عودة المرض أو الألم و العجز. (Pelicier ,1995,p32)

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

وتعكس استراتيجيات المواجهة، طرق مواجهة الأهداف والتحديات. حيث يواجه مريض السرطان العديد من الأهداف والتحديات، بعض منها طبي وجسمي وبعض آخر انفعالي، وآخر شخص وروحاني. بطريقة أو بأخرى على جميع هذه الأنواع أن تعمل مع جودة حياة المريض التي هددت و عرقلت بسبب السرطان. (Pelicier ,1995,p32)

ويتبنى المريض بعض الاستراتيجيات لمتابعة الأهداف، ومواجهة التحديات الشخصية التي تعمل على تحسنه وتمكنه من البقاء سليما انفعاليا.ولكن هذه الاستراتيجيات ليست قابلة للتطبيق على كل المرضى ، وهذا بسبب أن أسلوب المواجهة الذي يعمل جيدا بالنسبة لمريض، قد لا يعمل لدى آخر .

من خلال عنصر المواجهة والسرطان أن مرضى السرطان يستخدمون إستراتيجيات تهدف لمواجهة الضغط الناجم عن المرض بطرق مختلفة.

خلاصة الفصل

في هذا الفصل تم التطرق لاستراتيجيات المواجهة حيث تعرفنا على مفهوم الاستراتيجيات على أنها طريقة تتضمن جهود تستخدم في مواجهة وضعية صعبة، كما تم التطرق لمحددات المواجهة، وخصائص المواجهة خصائص شخصية وخصائص محيطية، وتصنيف المواجهة حيث تطرقنا لأربع تصنيفات، كما تعرضنا لنظريات المواجهة، وأخيرا وهو عنصر مهم في الدراسة الحالية وهو المواجهة والسرطان وأهم إستراتيجيتين للسرطان.

الفصل الثالث

قلق الموت

تمهيد

يعد قلق الموت انفعال يتواجد في طيات الشعور، وهو نوع وحيد من القلق؛ حيث يعتبر اضطراب ميتافيزيقي لا يعالج. فالشيء الوحيد الذي لا يمكننا إخفاؤه هو أن قلق الموت لا يعتبر قلق عادي، أو داء يمكن تشخيصه؛ حيث يعد قلق الموت لا يعرف له موضعا لكن هو قلق على المستقبل في حد ذاته؛ أي قلق على موقف وحدث قبل لا توجد للفرد أي سلطة عليه. (عبد المنعم الحنفي، 1997، ص 179)

1. تعريف قلق الموت

فيعرفه "هولتر" (Holter) أنه استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور والانشغال المتعمد على تأمل أو توقع أي مظهر من المظاهر العديدة المرتبطة بالموت. (بشير معمرية، 2007، ص 212).

أما "تمبلر" (Templer) فيراه خبرة انفعالية غير سارة تدور حول الموت والموضوعات المتصلة به، وقد تؤدي هذه الخبرة إلى التعجيل بموت الفرد نفسه. (بشير معمرية، 2007، ص 212)

يرى "أرنست بيكر" (Ernest Biker) أن مشكلات التكيف والاضطرابات النفسية بمختلف أنواعها، يمكن أن تصنف جميعا في إطار واحد هو الخوف من الموت. (فاروق السيد عثمان، 2001، ص 74)

أما "فرويد" (S.Freud) فيعرف قلق الموت أنه قلق الأنا الأعلى، أي أنه أذى ينتج عن صراع في ميدان التفاعل الاجتماعي الذي يجد صداه في الخوف من فقدان الحب أيضا من أجل إيقاظ شعور التعذيب الذاتي وكبح شهواته. (Larent Pauk Assoum, 2002, P76)

مما سبق يمكن تعريف قلق الموت أنه فكرة يدور موضوعها حول الموت نتيجة صراع وخوف من غموض المستقبل، قد يعجل ذلك في موت الفرد نفسه.

2. مواقف الفرد المميزة والمتناقضة تجاه الموت: يصف "أديت بيلور" (Odette Taylor) بعض هذه

المواقف بـ

1.2. **الخوف:** وجدّ الخوف مع وجود الوعي بالموت؛ وهو في الغالب عرض نتيجة وعي المجتمع بالموت

واعتباره ظاهرة اجتماعية غير أن هذا الخوف المبرر هو طبيعي إيجابي ومثير للرضا في الحياة؛ في

حين أن الخوف القهري من الموت كثيرا ما يؤدي إلى حالات حصر حادة (Jean Pierre de large, 1970 , P. 27,28).

1970 , P. 27,28)

2.2. **القلق:** إن الموت باعتباره موضوعا حصريا يحدث عند الإنسان القلق، ويتعلق بمصيره السلبي

ويرى " فرويد" أن قلق الموت هو رد فعل أمام وضعية خطيرة لا يستطيع صدها، والقلق هنا يأتي من

إدراك الفرد بقرب نهايته من جهة، وتأكده من جود حياة أخرى بعد الموت من وجهة نظر أخرى،

وبالتالي يحاول من خلال ذلك إخفاء حتمية هذه النهاية. للوجود ويخفي خوفه من الموت نفسه، هذا

الأخير يؤدي إلى انتظار يائس للموت ويزداد تأكد ذلك عندما يرى الفرد موت الآخرين (S.Freud, 1987, P 122).

.1987, P 122)

3.2. **الربط بين القلق والموت:** -إن الموت باعتباره نهاية للحياة- إذ يلعب دورا كبيرا في ظهور القلق

عند الإنسان وتعزيزه؛ فالتصور غامضا ومبهما زيادة على اعتباره جزئية مطلقة؛ أي أنها شخصية فردية.

إن بعض التظاهرات التي يتقمصها الإنسان تعبر بشكل واضح عن هذا القلق والدفاعات التي يستعملها

مثل: العودة الأبدية، الانتحار، الرفض المرضي للموت. فكل هذه التظاهرات كما يقول "مالاشيران"

(Malachirene) بتكرر قلق الموت عند الإنسان ويضيف كذلك ما يغذي القلق هو الشيء المجهول عند

الموت (S.Freud, 1987, P 122) .

يوضح هذا العنصر متى يكون الخوف والقلق قهريا غير طبيعي، حيث يكون هناك دفاعات

يستعملها مثل الانتحار أو الرفض المرضي للموت.

3. نظرة الراشد إلى الموت

تختلف النظرة إلى الموت تبعاً لموقف صاحبها ومنطقه ودوافعه، واعتماداً على عدد من التغيرات الشخصية، وقد أورد "ليستر" (David Lester) سنة 1967 ثلاثة مفاهيم للموت كما يراها الراشدون وهي:

- أ. الموت بوصفه وسيلة يحاول بها الفرد تحقيق أهداف معينة، وجوانب إشباع من البيئة كما في حالة التهديد بالانتحار.
- ب. الموت بوصفه انتقالاً إلى حياة أخرى، والتي قد ينظر إليها على أنها حياة رهيبة فضيعة أو حياة رائعة ينتظرها الشخص بخوف أو بهدوء.
- ت. الموت بوصفه نهاية نتوقعه (بشير معمريّة، 2009، ص 68، 69) .

4. مكونات قلق الموت: حدد الفيلسوف "جاك شورون" مكونات ثلاثة للخوف من الموت هي:

- أ. الخوف من الاحتضار.
- ب. الخوف مما سيحدث بعد الموت.
- ج. الخوف من توقف الحياة.

كما ذكر "كفانو" في كتابه "مواجهة الموت" وبشكل واضح مكونات مخاوفه الشخصية بالنسبة إلى الموت، وقد تضمنت هذه المخاوف ما يلي:

- أ. عملية الاحتضار.
- ب. الموت الشخصي.
- ج. فكرة الحياة الأخرى.

د. النسمة السحيقة أو المطبقة التي ترفرف حول المحتضر.

أما "لبفتون" فقد رأى أن قلق الموت يتركز حول مخاوف تتكون مما يلي:

أ. التحلل أو التفسخ.

ب. الركود أو التوقف.

ج. الانفصال.

كذلك ميز "ليستر" من وجهة نظر سيكولوجية بين جوانب أربعة للخوف من الموت في بعدين لكل منهما

قطبان كما يلي: (الموت/ الاحتضار)، (الذات/ الآخرون)

ومن ثم تشتمل هذه الجوانب على ما يلي:

أ. الخوف من موت الذات.

ب. الخوف من احتضار الذات.

ج. الخوف من موت الآخرين.

د. الخوف من احتضار الآخرين. (أحمد محمد عبد الخالق، 1987 ، ص-45 46)

من خلال عنصر مكونات قلق الموت نلاحظ أن هذه المكونات هي ما يشغل الفرد اتجاه موضوع

الموت وما قد يحدث له فجأة ويهدد حياته كالاختضار.

5. أسباب قلق الموت:

تتعدد العوامل التي تدفع للقلق من الموت، فلكل إنسان عامل خاص به؛ حيث يرجع "شرلتز" قلق الموت

للسبب الآتية:

- الخوف من المعاناة والآلام عند الاحتضار.
- الخوف من الإذلال نتيجة الألم الجسدي.
- الخوف من توقف السعي نحو الأهداف؛ إذ تقاس الحياة دائماً بما حققه الإنسان.
- الخوف من تأثير الموت على من سيتركهم الشخص من أسرته وخاصة صغار الأطفال.
- الخوف من العقاب الإلهي.

- الخوف من العدم. (أحمد محمد عبد الخالق، 1987 ، ص191)
- أما" بيكر برونر "يرجع سبب القلق والخوف من الموت إلى:
- كراهية الجثة و غرابته.
- العدوى الاجتماعية للحنن.
- الاشمئزاز الحضاري.
- الخوف من الصدمة. (أحمد محمد عبد الخالق، 1987 ، ص191)
- أما" مسكويه "فيرجع قلق وخوف الإنسان من الموت إلى:
- يظن أن للموت ألما عظيما غير ألم الأمراض.
- يعتقد عقوبة تحل به بعد الموت.
- متحير لا يدري عن أي شيء يقدم بعد الموت.
- يظن أن بدنه إذا انحل وبطل تركيبه فقد انحلت ذاته وبطلت نفسه بطلان عدم ودثور.
- أن العالم سيبقى موجود وليس هو بموجود فيه. (أحمد محمد عبد الخالق، 1987 ، ص191)
- أما "ما سرمان" فيرجع سبب قلق الموت إلى العديد من الظروف منها:
- المرض.
- الحوادث .
- الكوارث الطبيعية .
- أما عن الأسباب لقلق الموت فهي:
- الخوف من نهاية الحياة.
- الخوف من مصير الجسد بعد الموت.
- الخوف من الانتقال إلى حياة أخرى.

- الخوف من الموت بعد مرض عضال.
- الخوف من توقيت الموت في أي لحظة.
- الخوف أن يحزن الأحياء على من يموت.
- الخوف من العقاب على العمال الدنيوية.
- الخوف من مفارقة الأهل والأحباب.
- عدم معرفة المصير بعد الموت.
- الخوف من ظلام القبر وعذابه
- الخوف عما يصاحب خروج الروح من الجسد من ألم شديد. (أحمد محمد عبد الخالق، 1987، ص

(192)

يوضح عنصر أسباب قلق الموت غموض المستقبل وكذلك ما يحمله الموت من معانات مثل الفراق والخوف من العقاب وعذاب القبر، مما يجعل الفرد يتكون لديه قلق الموت.

6. أعراض قلق الموت:

1.6. الأعراض البدنية:

- ✚ التوتر الزائد.
- ✚ الأحلام المزعجة.
- ✚ سرعة النبض أثناء الراحة.
- ✚ فقد السيطرة على الذات.
- ✚ نوبات العرق.
- ✚ غثيان أو اضطراب المعدة.
- ✚ تنميلات اليدين أو الذراعين أو القدمين.

✚ نوبات في الدوخة والإغماء.

✚ ضربات زائدة أو سرعة في دقات القلب. (دافيد شهان، ترجمة عزف شعلان، 1998، ص 35)

2.6. الأعراض النفسية:

- نوبة من الهلع التلقائي.
- الإكتئاب.
- الانفعال الزائد.
- عدم القدرة على التمييز. (دافيد شهان، ترجمة عزف شعلان، نفس المرجع السابق، ص 35)
- اختلاط التفكير.
- زيادة الميل للعدوان.
- سهولة توقع الأشياء السلبية في الحياة.
- سرعة الغضب والهيجان وتوتر الأعصاب.
- العزلة والانسحاب من العالم وانتظار لحظة الموت
- الشعور بالموت الذي قد يصل إلى درجة الفزع. (دافيد شهان، ترجمة عزف شعلان، نفس المرجع السابق، ص 35)

3.6. أعراض عصبية ونفس عصبية:

- ✓ اضطرابات النوم واليقظة.
- ✓ اضطراب السلوك.
- ✓ حصر.
- ✓ اختلاج. (Délbard Céline et d'autre, 2001, P 21)

4.6. أعراض تنفسية:

○ اضطرابات في التنفس.

○ ضيق في التنفس.

○ تمزق الغشاء الفمي الرقيق.

○ اضطرابات البلع.

○ اضطرابات هضمية.

○ إمساك.

○ قيء. (Délbard Céline et d'autre, 2001, P 21)

5.6. أعراض عامة:

❖ تعب عام أو كلي.

❖ جفاف الجسم.

❖ فقدان الشهية.

6.2. اضطرابات بولية: وهو الاضطراب الأكثر تواترا ويشكل للمريض مصدر عدم الارتياح.

(Délbard Céline et d'autre, 2001, P 21)

7. النظريات المفسرة لقلق الموت:

1.7. النظرية السلوكية:

يعتبر السلوكيون القلق بمثابة خوف من ألم أو عقاب يحتمل أن يحدث، لكنه غير مؤكد الحدوث، وهو انفعال مكتسب مركب من الخوف والألم وتوقع الشر، لكنه يختلف عن الخوف وينتج عنه موقف خطر مباشر ملائم أمام الفرد، والقلق ينزع إلى الأزمات فهو يبقى أكثر من الخوف العادي، وقد يرتبط بالموت إذا زاد عن حده، ولا ينطلق في سلوك مناسب للفرد باستعادة توازنه إذن، فهو يبقى خوف محبوس لا يجد له مصرفا. كذلك أن الإنسان حيث يشعر بانفعال قلق الموت أو خوف فإن التأثيرات الانفعالية

تصاحبها تغيرات جسمية قد تكون بالغة الخطورة إذا تكرر الانفعال وأصبحت الحالة الانفعالية من مزمنة، فقد اتضح أن القلق المزمن كقلق الموت المتواصل قد يؤدي إلى ظهور تغيرات حركية ظاهرة تصعب الانفعال. (راجع أحمد عزت، 1994 ، ص، ص15-26)

2.7. النظرية المعرفية:

يعتبر قلق الموت سلوك انفعالي ناتج عن الأفكار التي يُؤنّها الفرد حول نفسه، بما في ذلك ما قد يصيبه من أمراض، وهذه الأفكار التي تخرج عن حدوث المنطق يكون بموجبها خطأ نسبياً وحتى يتم التخلص من الاضطرابات المعرفية يجب القيام بتغيير بنيوي للفكرة من خلال تزويد الفرد المصاب بالاضطراب المتمثل في قلق الموت بمفاهيم معرفية جديدة. (Fantaine, 1984, P 108)

3.7. النظرية المعرفية السلوكية:

يعتبر أصحاب النظرية السلوكية أمثال " أليس " (Ellis) الاضطرابات السلوكية الانفعالية للفرد كالاكتئاب والقلق ذات صلة وثيقة بالأفكار غير العقلانية؛ حيث يرون أن السلوك بالاعتقادات التي يكونها الإنسان عن واقع الحياة التي يتعرض لها فيكتسب أفكار لا منطقية استناداً لتعلم خاطئ وغير منطقي فيسرد طريقته في التفكير ويتسبب في اضطرابات سلوكية قد تظهر بأشكال مختلفة كالانفعالات بما في ذلك انفعال قلق الموت (Spellger, 1983, P14).

من خلال النظريات نلاحظ أن كل نظرية حاولت تفسير قلق الموت حسب منظورها، وأعطت

تفسيرات حول ذلك، لكن ومن رأيي الخاص ألاحظ أن موضوع قلق الموت كما بينته النظرية السلوكية المعرفية أن الفرد يكتسب الأفكار الغير منطقية حول الموت.

8. علاج قلق الموت:

يعتبر قلق الموت أحد أنواع القلق، ويصلح لعلاجه ما يستخدم في علاج القلق، والعلاج السلوكي هو أكثر طرق علاج القلق بمختلف أنواعه؛ حيث أنه يحقق أعلى نسب شفاء من بين كل الطرق العلاجية المتاحة. إذا كان قلق الموت مرتفع عرضاً مستقلاً نسبياً لدى شخص في حالة من الصحة النفسية أساساً؛ إضافة لخبرات سيئة فإنه يجب أن ينقص بطرق العلاج السلوكي.

وقد أجريت دراسة حديثة على طلاب يدرسون التمريض بهدف التعرف على نتائج العلاج السلوكي في تقليل الحساسية والتدريب على الاسترخاء، مقابل عدم التدخل بأي طريقة في علاج قلق الموت المرتفع، وقد ظهرت فعالية تقليل الحساسية والاسترخاء المتدرج لدى المجموعة التي استخدمته مقارنة مع المجموعة التي لم تتلق أي علاج. (أحمد محمد عبد الخالق، 1987، ص 228)

1) الاسترخاء:

وهو حالة هدوء تنشأ في الفرد عقب إزالة التوتر بعد تجربة انفعالية شديدة أي جهد جسدي شاق، فقد يكون الاسترخاء غير إرادي عند الذهاب للنوم أو يكون إرادي عندما يتخذ المرء وضعا مريحاً ويتصور حالات باعثة على الهدوء أو يرخي العضلات المشاركة في أنواع مختلفة من النشاط. (حسين فايد، 2001، ص 57)

وقد أجريت عدة دراسات في هذا الميدان؛ حيث كان العلاج جماعياً فمثلاً اعتمد "تمبلر" على نظرية العاملين في قلق الموت، يعني أن درجة قلق الموت تتحدد عن طريق عاملين:


1. الصحة النفسية بشكل عام. 2. تجارب الحياة المتصلة بموضوع الموت.

حيث يرى أنه إذا كان قلق الموت المرتفع مصاحباً أولاً لحالة مرضية أكثر شمولاً كالاكتئاب، عصاب القلق أو الوسواس القهري، فإن هذه الاضطرابات يجب أن تعالج بالعلاج السلوكي أو المواد الكيماوية

باستخدام المسكنات والمهدئات والعقاقير المضادة للقلق التي تخفض نسبة القلق والتوتر والتهيج أو استخدام العلاج بالتخليج الكهربائي. (أحمد محمد عبد الخالق، 1987 ، ص228)

خلاصة الفصل:

من خلال هذا الفصل تم التعرف أولاً على القلق وعرفنا قلق الموت على أنه خبرة إنفعالية سيئة يدور موضوعها حول الموت كما ذكرنا مواقف الفرد المتناقضة اتجاه الموت وتم وصف بعض المواقف حسب "أديت بيلور" ثم تعرفنا لنظرة الراشد حول الموت ومكونات قلق الموت، ثم الأسباب الكامنة وراء هذا النوع من القلق وأعراضه والتي كانت أعراض بدنية ونفسية وأعراض نفسعصبية وأعراض تنفسية، ثم بعد ذلك أهم النظريات التي حاولت تفسير قلق الموت، وأخيراً العلاج.



الفصل الرابع السرطان

تمهيد:

فالسرطان كلمة ذات صدى مرعب لدى العامة من الناس؛ بحيث أنها أصبحت تشكل هاجسا ارتبط بالعصر الذي نعيشه اليوم. ومن جهة أخرى فإن كلمة سرطان تعني تلك الكلمة المرعبة التي تشير إلى داء خطير، والذي يعتبر مرض العصر وهذا ما يزيد من خوف الناس والمجتمع منه.

1. مفهوم السرطان:

هو عبارة عن مجموعة من الأمراض التي تزيد من المائة رض، يجمع بينها عدد التي (DNA) من العوامل المشتركة، وينجم السرطان عن خلل في المادة الوراثية الجينية تتمثل في خلايا الإنسان الجزء المسؤول عن السيطرة على نمو الخلايا وتكاثرها، فخلايا جسم الإنسان تتكاثر بشكل منتظم وبطيء، لكن في حالة السرطان يحدث خللا في المادة مما يؤدي إلى تسارع زائد في نموها وانتشارها، ومن المعروف أن (DNA) الوراثية الخلايا السرطانية بعكس خلايا الجسم الأخرى، وإنما تستنزف طاقاته وإمكاناته. (شيلي تايلور ، 2008 ، ص 811)

أما "جمال خطيب" يعرفه على أنه ولسبب غير محدد رغم يكون وراثيا أو بيئيا يحدث تغير

أو طفرة تخرج مجموعة من خلايا الجسم عن السيطرة فلا تعود تؤدي الوظيفة المناطة بها طبيعيا وتبدأ تسلك سلوكا مغايرة لنشاطها ونشاط الخلايا الأخرى (جمال الخطيب، 2007، ص 5).

و السرطان هو اسم يطلق على مجموعة من الأمراض التي تطال أيا من نسيج الجسم ، و تتصف بسرعة تكاثر الخلايا على نحو غير منتظم ،يتبدى على شكل ورم Tumor ، يغزو نسيج العضو المصاب .و إذا لم يوضع حد لتكاثر هذه الخلايا و نموها ، فإنها قد تغزو النسيج المجاورة و تتلفها . (بستاني ربيف، 1994، ص1030)

من خلال ما سبق من تعاريف يمكننا تعريف السرطان أنه عن مجموعة كبيرة من الأمراض التي تتميز بالنمو غير المنضبط للخلايا، مما يشكل ورما خبيثا، يمس نسيج أعضاء الجسم المجاورة ويتلفها.

2. تصنيف السرطان:

1.2. الأورام الحميدة (غير السرطانية):

وهي عادة ما تكون مغلفة بغشاء وغير قابلة للانتشار، ولكن بعضها قد يسبب مشاكل للعضو المصاب خصوصا إذا كانت كبيرة الحجم وتأثيرها يكون بالضغط على العضو المصاب أو الأعضاء القريبة منها؛ مما يمنعها من العمل بشكل طبيعي.

هذه الأورام من الممكن إزالتها بالجراحة أو علاجها بالعقاقير أو الأشعة لتصغير حجمها وذلك كاف للشفاء منها وغالبا لا تعود مرة ثانية.

2.2. الأورام الخبيثة (سرطانية):

الأورام السرطانية تهاجم وتدمر الخلايا والأنسجة بها، ولها قدرة على الانتشار وهي تنتشر بثلاث

طرق:

(1) انتشار مباشر للأنسجة الأعضاء المحيطة بالعضو المصاب.

(2) عن طريق الجهاز اللمفاوي.

(3) عن طريق الدم؛ حيث تنفصل خلية أو خلايا من الورم السرطاني وتنتقل عن طريق الجهاز اللمفاوي

أو الدم إلى أعضاء أخرى بعيدة؛ حيث تستقر في مكان ما غالبا أعضاء غنية بالدم مثل: الرئة، الكبد

أو العقد اللمفاوية متسببة نمو في أورام سرطانية أخرى تسمى بالأورام الثانوية. (يوسف الشرفاء، 2008،

ص18)

3. العوامل المساعدة للإصابة بالسرطان: كان الاعتقاد السائد في الماضي أن السرطان هو نتيجة

خطأ وراثي؛ أما الآن فتشير التقديرات إلى أن (80 %) على الأقل من جميع حالات السرطان يلعب

فيها العامل البيئي دورا ما؛ إذ يحدث هذا العامل التغييرات التي تسبب تحول الخلايا الطبيعية إلى

سرطانية،

وهذا الفهم للتأثير الهائل للعوامل البيئية هو تطور مشجع لأنه يشير إلى أن الاهتمام يجب أن يتركز على تحديد العوامل التي تعرض للإصابة بالسرطان كي يتم تجنبها، ونعني بالعوامل المساعدة الظروف والحالات التي تزيد احتمالات ظهور السرطان، ويمكننا تصنيف هذه العوامل فيما يلي:

1.3. العوامل الفيزيائية:

إن التعرض المفرط لضوء الشمس هو من العوامل العامة للتعرض للإصابة بسرطان الجلد، كما أن التعرض للإشعاعات الأيونية من أنواع مختلفة يزيد إلى حد بعيد من خطر الإصابة بالسرطان، فوجود اللوكيميا (سرطان مجموعات خلايا الدم البيضاء) ازداد بشكل هائل بين الناجين من القنبلة الذرية، وقد ظهر بينهم المرض في فترة السنوات الثلاث إلى الخمس التي تبعت الانفجار.

في السنوات الأولى لتطوير تكنولوجيا أشعة "إكس" "X" لم يكن الفيزيائيون الذين يعملون في مجالها على معرفة جيدة بمخاطر هذه الأشعة، ولم يتوخوا نفس الحذر من استعمالها كما يفعل علماء الأشعة اليوم، وكان أمثال هؤلاء الفيزيائيين معرضون للإصابة باللوكيميا بنسبة تبلغ 10 مرات نسبة الإصابة بين الفيزيائيين عامة. (Beers, 2008, P 1033)

2.3. العوامل الكيميائية:

يعرف عن الكثير من المواد الكيميائية الصناعية أنها تعرض للإصابة بالسرطان فقطران الفحم ومستحضرات الكريبوسوت (سائل زيتي تستحضر بتقطير القطران) يسببان سرطان الجلد. أما المستحضرات الزرنخية فهي أيضا تسبب سرطان الجلد حتى وإن أخذت عن طريق الفم، كذلك فأصباغ الأنالين قد تؤدي إلى الإصابة بسرطان المثانة في حالة ما إذا تعرض لها الشخص باستمرار، ويفترض في هذه الحالة أن المثانة هي العضو المعرض للإصابة لأن المواد المسببة للسرطان يتم التخلص منها عن طريق البول. (Beers, 2008, P1035)

وظهر مؤخرا اهتمام كبير بسبب الأدلة المتزايدة على استعمال هرمون الأستروجين الصناعي من قبل النساء المريضات يزيد من احتمال إصابتهن بسرطان المهبل، وعنق الرحم، ومما أيد هذا الاهتمام ملاحظة كون البنات المراهقات اللواتي تلقى أمهاتهن الأستروجين الصناعي خلال أشهر الحمل الثلاثة الأولى معرضات أكثر من غيرهن للإصابة بسرطان المهبل وعنق الرحم، وهكذا يبدو أن هناك انتقال في التأثير من جيل إلى جيل.

أما المشروبات الكحولية فمن الصعب تحديد التأثير الدقيق لها لأسباب عديدة، أولها أن الأشخاص الذين يتناولونها غالبا ما يكونون من مدخني السجائر، وهكذا فإنه عندما يظهر السرطان لا يعود باستطاعتنا الجزم فيما إذا كان بسبب الكحول أو السجائر، وتدخين السجائر مسؤول عن (90 %) على الأقل من حالات الإصابة بسرطان الرئة الذي يسبب عددا أكبر من الوفيات بين الرجال؛ مما يسبب أي نوع من أنواع السرطان. (Beers, 2008, P1035)

3.3. العوامل البيولوجية (الفيروسات):

هناك احتمال كبير في إمكانية حدوث السرطان نتيجة فيروس ما أو مجموعة فيروسات، يمكن أن ينتقل من خلال العلاقات الجنسية؛ فالفيروس الحليمي البشري (HPV) الذي يسبب سرطان الكبد، أما فيروس "C" فيسبب سرطان عنق الرحم، كما نجد فيروس (EBV) فهو يسبب سرطان الجهاز اللمفاوي أو ما يعرف بداء بورلين. (Beers, 2008, P1035)

4.3. العوامل النفسية والأورام السرطانية:

ظهر فرع جديد من الطب وهو الطب السيكوسوماتي الذي يتناول تأثير الضغوط أو أن الأمراض الانفعالات على الاختلال الوظيفي أو المرضي، ويرى " وولف " (Wolf) السيكوسوماتية ترجع غالبا لضغوط المواقف المختلفة في الحياة، هذه الضغوط التي لا تتفق مع تكريس الفرد الفيسيولوجي أو النفسي، وهي مواقف يحدث فيها ما يضغط على نفسية الفرد، ويثير قلقه وتوتره حتى تؤثر على أحشائه

وإفرازات غده من الهرمونات والعصارات وغيرها؛ مما يجعل الحالة الانفعالية الحشوية تأخذ صفة الاستمرار بما لا تتحملة الآليات الجسمية الداخلية فتضطرب الوظائف أو تصاب الأعضاء.

ويرى الباحثون أن العامل النفسي لا يعمل لوحده؛ وإنما إلى جانب التغيير الهرموني ويعتبره البعض العامل الغالب والفعال والمباشر في إحداث الأذى للعضو، ومن ثم فإن هذه الاضطرابات تؤثر على الجهاز العصبي والهرموني والحالة الجسمية للفرد بصفة عامة، وإن تفاعل العامل النفسي مع العامل الوراثي والبيولوجي له أثر كبير في إحداث الاضطرابات الجسمية. (نجية عبد الله وعبد الفتاح رأفت، 1995، ص140-159)

وقد أثبتت دراسات معاصرة على عينات عديدة مصابة بالسرطان وتمكن المحللون النفسانيون من

ملاحظة التالي:

- معظم النساء المصابات بالسرطان كن يعانين صعوبة في تقبلهن لذاتهن.
- معظم المصابات بالسرطان كنا يعانين صعوبة من مشاعر سلبية نحو الحمل والولادة وغالبا ما يكون موضع الإصابة الثدي أو الحنجرة.

ويرى الدكتور " برنارد" (Bernard) أن هناك أثرا للعوامل النفسية، وحالات القلق، واليأس والخوف

والتوتر.

وهذه العوامل التي قد تكون نتاجا لأوضاع اجتماعية واقتصادية تزيد من أعباء الإنسان ومشكلاته؛

مما يترك أثره الواضح في عضوية الإنسان بما فيها ما يزيد من اضطرابات عصبية وهرمونية تعتبر من أكبر العوامل المساعدة على حدوث السرطان ونموه أو تطوره. (فيصل خير الزراد، 2005 ، ص

(483-480)

4. أعراض السرطان:

مهما تكن الإشارات المنبئة بالمرض ومهما كانت الجداول العيادية فإن تشخيص السرطان لا يمكن أن يكون إلا مرض تشريعي، لكن هناك بعض التظاهرات الوظيفية التي تجعله يظهر في أعراض على شكل تناذرات فتجلب الانتباه وتدفع صاحبها إلى طلب الفحص وتذكر منها:

1.4. تناذر (أنف - حنجرة - بلعوم) الذي قد يظهر في:

✓ اضطرابات البلع — ع.

✓ صعوبة في حركة اللسان مع آلام حادة. . (Cancérologie Générale, D.Belpemme, DE, JB, Baillière, 1976)

DE, JB, Baillière, 1976)

2.4. تناذر رئوي: قد يكون مرتبطا بـ

✓ سع — ال.

✓ ضيق في التنفس.

✓ وخاصة رعاف أو نفث دم متكرر الذي هو وحده عرض يستوجب دق ناقوس الخطر.

3.4. تناذر هضمي: قد نجد:

✓ غثيان أو تق — يء.

✓ نزيف هضم — ي.

✓ إمساك متناوب مع إسهال.

✓ آلام في البطن — ن. . (Cancérologie Générale, D.Belpemme, DE, JB, Baillière, 1976)

Baillière, 1976)

4.4. تناذر تناسلي: يشمل:

✓ آلام على مستوى الحوض

✓ سيلان متفرح من حلمة الثدي.

✓ خاصة نزيف الرحم الذي مهما كان بسيطاً لابد أن يشكك في إمكانية الإصابة بسرطان تناسلي.

5.4. تناذر عصبي: نجد:

✓ آلام بين الأضلاع.

✓ آلام على مستوى الفقرات القطنية. (Cancérologie Générale, D.Belpemme, DE, JB,

Baillière, 1976)

6.4. أعراض ناتجة عن فقدان وظيفة العضو المصاب:

✓ إن الخلايا السرطانية لا تؤدي وظائفها الطبيعية إنما تؤديها بشكل مضطرب على هيئة:

✓ زيادة غير طبيعية في معدلات العمل مثل : الإفراز الزائد لبعض الغدد كالغدة الدرقية

أو البنكرياس.

✓ نقص في الأداء أو توقفه بشكل كامل مثلما يحدث بالفشل الكلوي أو الرئوي أو قصور الكبد،

أو تحلل مكونات الدم.

✓ القيء، السعال.

✓ قد تجمع هذه الخلايا بسبب النمو السريع مشكلة كتلة تحتل حيزاً ليس لها فتعرقل عمل العضو

المصاب، كأن تتشكل كتلة في الأمعاء فتحدث بها انسداداً أو كتلة داخل الرأس تضغط على

المناطق الأخرى فتعطلها.

7.4. أعراض ناتجة عن الانتشار والتأثير على الأعضاء الأخرى:

✓ الغزو المباشر؛ أي أن تنمو الخلايا مختزقة الأنسجة إلى أنسجة أخرى مجاورة وفي طريقها قد

تصطدم بأي شيء يقف في طريقها.

✓ حدوث تمزقات في الأوعية ومن ثم نزيف.

✓ ضغط على المناطق العصبية وحدثت آلام شديدة.

✓ نفث دم متكرر، نزيف رحمي، نزيف شرجي. (Scheitzer et d'autre, 2003, P 3)

5. سمات الشخصية للمصابين بالسرطان:

إن الشخصية التي تتعرض للسرطان هي شخصية من النمط "ج" (Type c) ، وهي شخصية تتسم وتستجيب للتوتر والضغوط وأحداث الحياة من خلال الاكتئاب واليأس وانعدام الأمل، والانفعالات السلبية؛ فالأشخاص الذين يرتفع اليأس لديهم يكون لهم تاريخ طويل من انخفاض الفاعلية والخضوع للأحداث بدون شعور بالنجاح أو المتعة مع انخفاض الشعور بالمسؤولية تجاه الإنجاز، وقابلية شديدة للفشل، وتشير البحوث إلى أن الأفراد الذين يتفق سلوكهم مع هذه الصورة الخاصة باليأس وانعدام الأكل أكثر عرضة للإصابة بالسرطان.

وفي دراسة لكل من "Bahmson & Renneekerm" 1981 توصلوا فيها إلى أن الشخصية التي تتعرض للإصابة بالسرطان تمثل شخصا متساهلا، مذعنا للآخرين يكبت انفعالاته، منصاعا، واكتئابيا لا يستطيع التعبير عن توتراته أو قلقه أو غضبه. ويعتبر الاكتئاب من أهم السمات الانفعالية التي لاقته اهتمام الكثير من الباحثين لدراسة علاقة الاكتئاب بمرض السرطان. حيث أظهرت الدراسات التي أجراها كل (Wimbuch,2002,Galiettea, Françes,2001) وجود علاقة بين الاكتئاب والإصابة بمرض السرطان، من أما دراسات (Cason, 2003,Worden,1999) فأثبت وجود علاقة بين سمة التشاؤم والشعور باليأس والشعور بالعجز والشعور بالإحباط والإصابة بمرض السرطان.

كما أشارت دراسات (Desire,Wimbush 2002,Galiettea,2001) إلى وجود علاقة موجبة بين القلق العام وقلق الموت بشكل خاص والإصابة بمرض السرطان. ونستطيع القول أن الحالة النفسية لا تؤثر في الحالات المتأخرة وتدهور حالة المريض ولكن يمكن أن تؤثر في نمو الأورام السرطانية

خاصة عندما يكون الورم في مراحله الأولى، عندئذ يكون للتفاؤل والإقبال على الحياة ومواجهة المرض أثر إيجابي كبير، وقد يترك فارقاً حقيقياً بين الحياة والموت. (Bruchon & d'autre, 2003, P 26)

6. البروفيل السيكولوجي للمريض بالسرطان:

باحثال السرطان مكانته ضمن الأمراض الأشد فتكا للإنسانية أجريت عدة دراسات على هذه الفئة المصابة وسنقف على بعض هذه الدراسات حتى يتسنى لنا فهم طبيعة البروفيل النفسي عند هذه الفئة.

فقد أثبتت العديد من الدراسات أن مرضى السرطان الذين يتقدم المرض لديهم بسرعة عندهم شخصيات تتصف بالاكنتاب والافتقار للدفع. وخُصت الباحثة " ماجدة خميس " في دراستها من خلال تطبيق عدة اختبارات إلى أن هناك زيادة القلق والاضطراب، الاكنتاب وقلق الموت فهم أكثر إحساساً بالخوف وهم أقل اهتماماً بمظاهرهم الشخصية.

أما دراسة للباحثة " نجية عبد الله وعبد الفتاح رأفت " التي طبقت فيها اختبار الرسم، وبعد التحليل توصل إلى نتيجة مفادها أنه توجد صعوبة عند الجنسين في الاتصال الوثيق بالواقع، ويظهر عندهم انهيار الأنا، ويتقبلون الهزيمة على أنها أمراً حتمياً لا مناص منه ويكفون عن المقاومة، كما يتسمون بالفشل في كبت انفعالاتهم ولديهم اضطراب في العلاقة العائلية. (نجية عبد الله وعبد الفتاح رأفت، 1995، ص167)

7. الآثار النفسية لمرضى السرطان:

مازال التأثير النفسي للسرطان على المريض ربما يكون مدمراً فلا تزال كلمة السرطان تستحضر مخاوف الموت والعذاب والتشوه والاعتماد على الغير والعجز عن حماية أولئك الذين نعتبرهم أعزاء علينا، وعادة ما تكون ردة الفعل الفورية عند تشخيص المرض عند الفرد ما هي إلا عدم التصديق والإصابة بالصدمة، ثم تأتي رحلة الضيق الحاد والهباج الشديد والاكنتاب الذي قد ينطوي على الإنهاك في التفكير

بالمرض والقلق والموت، وفقدان الشهية والأرق وضعف التركيز والتذكر والعجز عن القيام بالأمور اليومية الحياتية. (زياد بركات، 2006 ، ص 913)

يشير كلا من " هولاند وسرلين "إلى أن الأفراد الذين يعانون من الخوف والإصابة بمرض السرطان يتعرضون إلى حالة شديدة من القلق تفسد أدائهم، ويتطور هذا الشكل من رهاب السرطان في أعقاب محنة صحية أو في حالة فقد قريب أو صديق أصيب بالسرطان ويصبح الفرد شديد الحساسية والقلق نحو أي عرض جسمي كان يعاني منه الشخص المتوفى خلال فترة مرضه، ويصبح الفرد حساسا لأي عرض جسمي يطرأ عليه وهو كان يتجاهله في الماضي. (دلال موسى قويدر، ص 51-52)

ولعل المعتقدات والمزاج الانفعالي لدى مرض السرطان ومواقفهم من الوضع الجديد الذي يعيشونه بعد الإصابة وردود الأفعال النفسية والجسدية تجاه الضغوطات المستجدة على حياتهم جميعها عوامل تساهم في تفاقم المشقة النفسية عند المرضى بالسرطان، وتشير بعض الإحصائيات الطبية إلى أن نسبة تتراوح بين % 40 إلى % 60 من حالات الإعياء والتعب النفسي عند المرضى بالسرطان لا تتم عن حالات جسدية حيوية، وإنما نابعة عن حالات وظروف نفسية وتصبح حالة المريض أكثر صعوبة عندما يعاني من القلق والرهاب والاكنتاب النفسي؛ إذ تبين الدراسات أن نسبة % 15 إلى % 25 من مرضى السرطان يعانون من أعراض الاكنتاب النفسي، ومن أهم الأعراض: فقدان الاهتمام، صعوبة التركيز الذهني والشعور باليأس واللامبالاة بالإضافة إلى أعراض القلق والخوف من الموت وكلها عوامل تزيد من الضغوطات النفسية لدى المريض. (زياد بركات، 2006 ، ص 913)

8. علاقة المريض بالسرطان بالطبيب والأخصائي النفسي:

يبقى دور الأطباء على درجة من الأهمية في أيام العمر الأخيرة، رغم تأكدهم من أن المريض في حالة ميؤوس منها بالمقاييس الطبية، وأن مرضه الحالي سيفضي به إلى وفاة قريبة؛ إن دور الطبيب في هذه الحالة يجب أن يكون مساندة المريض وأهله لذا يجب أن يكون على إدراك باحتياجات هذا الموقف

ليمهد طريق الميل الأخير في حياة امتدت لآلاف الأميال، وربما كان مرض الموت الذي ينظر إليه على أنه موقف صعب على المريض ومن حوله لا يخلو من ميزة إعداد الجميع نفسياً لتحمل موقف الوفاة. وذلك مقارنة بالموت المفاجئ للأصحاء من الناس والذي يكون بمثابة مفاجأة مذهلة تثير الانفعالات لأنها تمت دون إعداد مسبق، ولما كان مرض الموت يتضمن كرباً هائلاً للمريض ومن يقوم على رعايته فإن على الطبيب أن يعمل على تخفيف الموقف بالبحث عن مصادر الإزعاج ومحاولة التعامل معها بما يجعل الأيام الأخيرة محتملة إلى أن ينتهي الموقف بعد أن تسير الأمور بهدوء.

إن القلق هو سيد الموقف في هذه المرحلة الحرجة، قلق المريض وقلق من يقوم على رعايته، وقلق طبيه أيضاً، وهناك أسباب عديدة للقلق، فأهل المريض يعتقدون أن التشخيص والعلاج ربما لا يكون سليماً، وقد يزيد من قلقهم أن حالة المريض لا تستجيب للعلاج وتستمر معاناته، وكثير من المشاعر المتضاربة لدى المريض وذويه مثل الرغبة في معرفة حقيقة المرض والخوف من ما تعنيه الحقيقة. (لطي الشربيني، 2010، ص 233-243)

وهنا يأتي دور الأخصائي النفسي الذي يحاول تهيئة المريض لسماع التشخيص، ويجد الأخصائي النفسي صعوبة كبيرة في ذلك لصعوبة الموقف، ويحاول من خلاله التعرف على مشاعر وانفعالات المريض، فالاهتمام بمشاعر المريض وأفكاره الجديدة المتولدة عن المرض تتيح له فرصة الاطمئنان للأخصائي النفسي.

والتفاعل هنا هو عملية تواصلية قوامها التحدث بين الطرفين وهذه الأخيرة هي الوسيلة الفعالة في نقل الأحاسيس والمشاعر، وبقدر ما يستوعب الأخصائي مشاعر المريض بقدر ما يكون موضع تفريغ انفعالات المريض الكامنة وراء حديثه. (عبد العلي الجسماني، 1998، ص 248)

9. علاج السرطان:

من المؤكد أن العلاج يختلف حسب نوع الورم فالأورام الحميدة تشفى بالاستئصال التام ولا تعود ثانية، أما بالنسبة للأورام الخبيثة فقد حدث تقدم ملحوظ في العلاج خلال القرن الـ 20 ومن أهم العلاجات المتاحة:

أولاً: العلاجات المتاحة والمستخدمة حالياً:

1. **العلاج الجراحي:** بدأ استخدامه في القرن التاسع عشر، جاء أول تقرير عن إمكانية شفاء السرطان في عام 1878 ؛ حيث تم شفاء 5% من المصابات بسرطان الثدي واللائي تم علاجهن جراحياً، وحدث التقدم الكبير في سنة 1891 باستخدام الاستئصال الجراحي الجذري لأول مرة في ورم بالثدي (حيث يتم استئصال الثدي كاملاً، ومعه الغدد اللمفاوية) ومع حلول عام 1935 سجل الأطباء إمكانية الاستئصال الجذري الناجح لجميع الأورام.

2. **العلاج الإشعاعي:** لقد اكتشف "رونجن" (Roentgen) الأشعة السينية "X-Rays" في عام 1895، واكتشف "بيكورل" "Becquerel" النشاط الإشعاعي، واكتشف "ماري كوري" (Marie Curie) الراديوم في 1898 ، وتم استخدام هذه الاكتشافات في علاج الأورام.

3. **العلاج الكيميائي:** بدأ هذا في سنة 1943 بعد اكتشاف نجاح المواد الكيميائية السامة التي استخدمت في الحرب العالمية الثانية في علاج الأورام اللمفاوية اللمفاوية اللمفاوية "Hodjikin's, Lymphoma"، وهذه الأدوية تعمل على قتل الخلايا التي هي في طور التكاثر "Cytotoxic Drugs"، وعادة يكتفأ بالعلاج الكيميائي فقط في سرطان الدم وسرطان الغدد اللمفاوية، وتم استحداث عملية زرع نخاع والتي تتم بعد إعطاء جرعات كبيرة جداً من المواد الكيميائية لتدمر كل خلايا الورم وتدمر كذلك نخاع العظمي للمريض.

4. العلاج الهرموني: ويستخدم في الأورام المعتمدة على الهرمونات مثل مضادات الأستروجين في

أورام الثدي ويتم استئصال الخصيتين في أورام البروستات لتقليل هرمونات الذكورة.

ولقد أدى استخدام هذه العلاجات مجتمعة إلى تحسين النتيجة النهائية للعلاج، وأصبحت

نسبة الشفاء تشكل حوالي 50%.

ثانياً: العلاجات الحديثة (تحت التجارب):

1. العلاج الجيني: حيث يحاول العلماء عن طريق الهندسة الوراثية أن يتحكموا في الخلل الحادث في

الجينات والذي يؤدي إلى حدوث السرطان.

2. العلاج المناعي: لقد ثبت أن الجهاز المناعي له دور كبير في مقاومة السرطان، وذلك بالبحث

والقضاء على الخلايا المصابة بالطفرات والتي تتكون يوميا في كل الأشخاص، ولقد فكر العلماء في

استخدام معدلات الاستجابة البيولوجية " Biological Response Modifiers " في علاج السرطان.

(أحمد سالم بادويلان، 2005، ص59 - 61)

خلاصة الفصل:

تضمن هذا الفصل مرض السرطان وهو مجموعة أمراض تتميز بنمو عشوائي للخلايا، تشكل هذه الخلايا ورما خبيثا، وتصنيف السرطان حيث تم ذكر صنفين أورام حميدة وأخرى خبيثة، والعوامل المساعدة على الإصابة بالسرطان وهي أربعة عوامل، والأعراض التي تظهر على مريض السرطان ، وأهم سمات الشخصية للمصابين والبروفيل السيكولوجي للمريض بالسرطان والآثار النفسية التي يخلفها هذا المرض لما له من تأثير بالغ على نفوس المرضى، ثم علاقة المريض بالطبيب والأخصائي النفسي وأهم طرق العلاج.





الفصل الخامس

إجراءات الدراسة

تمهيد:

بعدما تطرقنا في الفصول السابقة إلى مشكلة الدراسة و الخلفية النظرية لمتغيراتها ، سوف نتناول في هذا الفصل أهم إجراءات الدراسة الميدانية بدءاً بالمنهج المتبع ثم عينة الدراسة و أدوات القياس المستخدمة و خصائصها السيكمترية للتأكد من صلاحيتها في جمع البيانات و كذلك الأساليب الاحصائية المستخدمة في معالجة موضوع الدراسة و اختبار الفرضيات المقترحة .

1 - منهج الدراسة :

يتركز المنهج الوصفي على وصف دقيق وتفصيلي لظاهرة أو موضوع محدد على صورة نوعية أو كمية رقمية، وقد يقتصر هذا المنهج على وضع قائم في فترة زمنية محددة أو تطويل يشمل فترات زمنية عدة.

ويهدف هذا المنهج إما إلى رصد ظاهرة أو موضوع محدد بهدف فهم مضمونها أو مضمونه. أو قد يكون هدفه الأساسي تقويم وضع معين لأغراض عملية.

وعليه فالمنهج المناسب لدراستنا هو المنهج الوصفي الذي هو «المنهج الذي يعتمد على الملاحظة بأنواعها بالإضافة إلى عمليات التصنيف والإحصاء مع بيان وتفسير تلك العمليات. ويعد المنهج الوصفي أكثر مناهج البحث ملاءمة للواقع كسبيل لفهم ظواهره واستخلاص سماته» (محمد محمد قاسم، 1999، ص16)

أما عن هذا المنهج فهو يأتي على مرحلتين أساسيتين هما: مرحلة الاستكشاف و الصياغة ومرحلة التشخيص و الوصف. وأهم ما يميز هذا المنهج أنه يوفر بيانات مفصلة عن الواقع الفعلي للظاهرة أو موضوع الدراسة.

2 العينة:

تعتبر المعاينة من أهم الخطوات البحثية، وتدل أخطاؤها على هشاشة التصميم، مما يؤدي إلى الشك في النتائج ومحدوديتها وتعتبر المعاينة العشوائية أفضل وسيلة للتحكم في التباين الشديد في مجتمع البحث وضبط المتغيرات الداخلية، لذلك لجأنا لهذه الطريقة بسبب تداخل عوامل متعددة في الاتجاه نحو السلوك الصحي لدى المرضى المزمنين.

كما أن تحديد العينة هي من الخطوات المهمة عند إجراء البحوث الميدانية، وذلك لصعوبة إجراء البحث على المجتمع ككل، وبالتالي يتم تحديد العينة من المجتمع الأصلي وإجراء البحث عليها ثم تعميم النتائج المحصل عليها على المجتمع ككل:

1.2. خصائص العينة: عينة الدراسة الحالية لديها مجموعة من الخصائص التي تميزها حسب ما

يتلاءم مع ما جاءت به هذه، الدراسة وهذه الخصائص هي:

- أفراد العينة هم المصابون بمرض السرطان بمختلف أنواع الإصابة.

- متواجدون في مستشفى محمد بوضياف ورقلة.

- أفراد عينة الدراسة الحالية شخصوا بقلق الموت.

2.2. نوع العينة: تعتبر هذه العينة هي عينة مقصودة، وهي المرضى الذين شخصوا بمرض السرطان،

والذين هم في حالة استشفائية بمستشفى محمد بوضياف بورقلة.

2.3. كيفية التطبيق: تم تطبيق هذه الدراسة على العينة بإرفاق المقاسين ببعض بتعليمة واحدة، حيث

تم توزيع المقاسين على العينة وتوضيح طريقة الإجابة، كما تم توضيح العبارات الغامضة، كما

قامت الطالبة بالحرص على الإجابة وذلك بمرافقة المرضى أثناء الإجابة.

2.4. العينة الاستطلاعية: تعتبر الدراسة الاستطلاعية أساساً جوهرياً لبناء البحث كله، كونها بمثابة

الضوء الأخضر الذي به يستمر نبض الدراسة برمتها إذ يسعى الباحث من خلالها إلى التحقق من

صلاحية الأدوات المطبقة في البحث وتعميق المعرفة بالموضوع محل الدراسة ولجمع أهم الملاحظات

والمعلومات لتعديلها أو تثبيتها أثناء القيام بعملية البحث.

وقد أجريت الدراسة الاستطلاعية على عينة تتكون من 30 مريضاً بالسرطان باختلاف الجنس و نوع

الإصابة وقد تم اختيارهم عشوائياً والجداول التالية توضح توزيع العينة حسب المتغيرات الوسيطة:

الجدول رقم (01) يوضح توزيع العينة الاستطلاعية حسب الجنس:

النسبة	العدد	الجنس
40%	12	ذكور
60%	18	إناث
100%	30	المجموع

يمثل الجدول رقم (01) توزيع العينة الاستطلاعية حسب متغير الجنس، حيث تمثل 30 مريضا

بالسرطان نسبة 100%، من بينهم 12 ذكرا أي ما يمثل نسبة 40 % من مجموع العينة، و 18 أنثى بنسبة 60% من مجموع العينة الاستطلاعية.

2 2- العينة الأساسية: وقد بلغت 52 مريضا بالسرطان في حالة استشفاء، تتراوح أعمارهم ما بين 22 إلى 47 سنة، وقد وجد نقص في استمارتين وتم حذفهما فأصبح عدد العينة 50 مريضا، وتجدر الإشارة إلى أن العينة غير مقتصرة على نوع محدد من السرطان، والجدول التالي يوضح توزيع العينة

الجدول رقم (02) يوضح توزيع العينة الأساسية حسب الجنس

النسبة	العدد	الجنس
64%	32	إناث
36%	18	ذكور
100%	50	المجموع

من خلال الجدول رقم (02) تبين أن عينة الدراسة الأساسية تكونت من 50 مريضا بالسرطان من الجنسين، حيث بلغ عدد المرضى الذكور 18 مريضا بسبة 36% ، و 32 أنثى بنسبة 64% باختلاف نوع الإصابة.

والجدول التالي سيوضح كيف تم توزيع عينة الدراسة حسب نوع الإصابة

الجدول رقم (03) يوضح توزيع العينة حسب نوع الإصابة

النسبة المئوية	العدد	نوع الإصابة
40%	20	الثدي
8%	04	الخصية
10%	05	الرحم
26%	13	الدم
10%	05	الحنجرة
6%	03	العظم
100%	50	المجموع

يتبين من خلال الجدول رقم (03) توزيع العينة حسب نوع الإصابة بالسرطان ،حيث نلاحظ أن العدد غير متجانس فأكثر حالات الإصابة هي سرطان الثدي 20 مريض بنسبة 40%، وسرطان الدم 13مريض بنسبة 26%، يليها سرطان الرحم والحنجرة حيث وجد 05 بنسبة 10% حالات لكل نوع، أما سرطان الخصية بلغ عدد المرضى 04 حالات بنسبة 8% والعظم 03 حالات بنسبة 6%.

3 -أدوات جمع البيانات:

استخدمنا في دراستنا الحالية مقياسين لاختبار فروض الدراسة، ويتمثل هاذين المقياسين فيما يلي:

-مقياس قلق الموت للدكتور لتمبلر والذي ترجمه للغة العربية "أحمد محمد عبد الخالق"

-مقياس استراتيجيات المواجهة "للاروس وفولكمان"، المعدل من طرف "كوسون" Cousson.

4 الخصائص السيكومترية: وتتمثل فيمايلي:

1. الصدق:

1.1 مقياس استراتيجيات المواجهة :

وضع "لازاروس وفولكمان" سنة 1980 مقياس استراتيجيات المواجهة الذي تم تطويره عدة مرات من قبل مصمميته، يحتوي على 67 بنداً، تعمل على تقرير سلوكيات وأفكار الأفراد المستخدمة أمام الضغط الذي يواجهونه في الحياة اليومية. ولقد تم تعديل هذا المقياس من قبل "فيتاليانو" "Vitaliano" سنة 1985 حيث و قام بتقليص عدد البنود ليصبح 42 بنداً. ثم تم تكيف هذا المقياس إلى اللغة الفرنسية من قبل كوسون وآخرون "Cousson et al" سنة 1996 ، حيث عرضوا النسخة التي تحتوي 27 بنداً على 468 فرداً فرنسا راشداً، وقد سمح لهم هذا بإبراز ثلاثة عوامل هي: (Verrier, 2003,p)

- المواجهة المتمركزة حول المشكل بمعامل $0.79 =$ ، وتشمل 10 بنود هي :

4-1 - 7 - 10 - 13 - 16 - 19 - 22 - 25 - 27.

- المواجهة المتمركزة حول الانفعال بمعامل $0.72 =$ وتشمل تسعة بنود هي:

2- 5 - 8 - 11 - 14 - 17 - 20 - 23 - 26.

- المواجهة المتمركزة حول الدعم الاجتماعي بمعامل $0.73 =$ وتشمل ثمانية بنود هي:

3 - 6 - 9 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24.

كيفية الإجابة على هذا المقياس تكون حسب سلم من أربع درجات لا، بالأخرى لا ، نعم،

بالأخرى نعم . أما فيما يخص التصحيح، فيفترض وضع العلامات من درجة (1) إلى أربع درجات(4)،

حيث كل إجابة لا تعطى درجة واحد وبالأخرى درجتين، ونعم تعطى 3 درجات أما بالأخرى نعم 4

درجات لكل عبارة تبعا لنوعية الإجابة لا = 1 ، بالأخرى لا= 2 ، نعم= 3 ، بالأخرى نعم= 4، ويتم

التحصل على نتائج المقياس من خلال مجموع نتائج البنود المتعلقة بكل بعد. (Verrier, 2003 ,p)

تم حذف بديلين وذلك لتسهيل عملية الإجابة على الأسئلة من طرف المريض وهما بالأحرى لا وبالأحرى نعم، لذلك ستكون طريقة التصحيح درجة واحدة لكل إجابة لا ودرجتين لكل إجابة نعم. ولقد تم استعمال هذا المقياس بدل المقاييس الأخرى لعدد من الأسباب منها، كونه يحتوي على عدد بنود أقل (29 بندا) وكذلك لتسهيل عملية الإجابة وتقادي تعرض المريض للملل من طول المقياس. وباعتبار أن هذا المقياس متوفر باللغة الفرنسية، فقد تم استعمال النسخة المترجمة إلى العربية من طرف الطالبة "اسمهان عزوز" في دراستها حول استراتيجيات المواجهة ومركز ضبط الصحة لدى مرضى القصور الكلوي، مذكرة دكتوراه حيث قامت بعرض المقياس على مجموعة من أساتذة علم النفس بجامعة الحاج لخضر - باتنة - المتمكنين من اللغة الفرنسية، الذين اجمعوا على تناسب العبارات وسلامتها مع الإشارة إلى ضرورة تعديل صياغة بعض البنود، وبعد التعديل الذي أجري على المقياس، قامت الطالبة "اسمهان عزوز" بحساب صدقه وثباته وكانت النتائج المتحصل عليها كالتالي:

اعتمدت الطالبة في حسابها لصدق المقياس على طريقة الاتساق الداخلي وذلك بحساب معامل الارتباط بيرسون بين كل بعد وبنوده والجدول التالية توضح قيم معاملات الارتباط بين كل بعد من أبعاد المقياس وبنوده.

الجدول رقم (04) يبين قيم معامل الارتباط لكارل بيرسون بين

البعد الأول المواجهة المتمركزة حول المشكل وبنوده:

البندود	البند 1	البند 4	البند 7	البند 10	البند 13	البند 16	البند 19	البند 22	البند 25	البند 29
قيمة معامل الارتباط	0.57**	0.38*	0.41*	0.83**	0.70**	0.50**	0.56**	0.47**	0.56**	0.51**

العلامة (*) تدل على وجود دلالة عند مستوى 0.05

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

من خلال الجدول رقم (04) نلاحظ أن كل قيم معاملات الارتباط بين بعد المواجهة المتمركزة حول المشكل وبنوده دالة عند مستوى الدلالة 0.01 باستثناء البند 4 و البند 7 اللذين كانت قيمة معامل

الارتباط لديهما دالة عند مستوى الدلالة 0.05 هذا يعني أن عدد البنود الدالة $\frac{10}{10}$ هو من المجموع الكلي للبنود التي تمثل هذا البعد، وهذا ما يشير إلى وجود اتساق داخلي.

**الجدول رقم (05) يبين قيم معامل الارتباط لكارل بيرسون بين البعد الثاني
المواجهة المتمركزة حول الانفعال وبنوده**

البند	البند 2	البند 5	البند 8	البند 11	البند 14	البند 17	البند 20	البند 23	البند 26
قيمة معامل الارتباط	0.52**	0.56**	0.04	0.43*	0.57**	0.45*	0.42*	0.37*	0.55**

يتضح من خلال الجدول رقم (05) أن كل قيم معامل الارتباط بين بعد الواجهة المتمركزة حول الانفعال دالة باستثناء البند رقم 8 فهو غير دال، فقد كان عدد البنود الدالة عند مستوى الدلالة 0.01 هو 4 وعند مستوى الدلالة 0.05 كان هو الآخر 4، أي أن عدد البنود الدالة هو $\frac{8}{9}$ من المجموع الكلي للبنود، ما يدل على وجود نوع من الاتساق الداخلي.

**الجدول رقم (06) يبين قيم معامل الارتباط لكارل بيرسون بين
البعد الثاني الواجهة المتمركزة حول الدعم الاجتماعي وبنوده**

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

يتبين من خلال الجدول رقم (06) أن عدد قيم معامل الارتباط بين بعد الواجهة المتمركزة حول الدعم الاجتماعي وبنوده الدالة عند مستوى الدلالة 0.01 هو 6، وعند مستوى الدلالة 0.05 هو 0.01 بينما كانت قيمة معامل الارتباط للبند رقم 6 غير دالة، أي أن عدد البنود الدالة هو من المجموع الكلي للبنود الممثلة لهذا البعد، وهذا يدل على وجود نوع من الاتساق الداخلي. يتضح من الجداول السابقة الممثلة

لمعاملات الارتباط بين أبعاد المواجهة والبنود الممثلة لكل بعد، أن عدد البنود الدالة عند مستوى الدلالة 0.01 هو 18 بندا، في حين أن عدد البنود الدالة عند مستوى الدلالة 0.05 بلغ 7 بنود ، أما البنود غير الدالة فقد كان عددها 2 من المجموع الكلي للبنود ، وهذا يدل على وجود نوع من الاتساق الداخلي للمقياس، ما يشير بدوره إلى تمتع المقياس بدرجة من الصدق يمكن الاعتماد عليها في هذه الدراسة. ملاحظة: تم حذف البندين 6 و 8 لأنها غير دالة.

2.1. صدق اختبار قلق الموت: اعتمدنا في هذا البحث على صدق المقارنة الطرفية وذلك للتأكد من صدق اختبار قلق الموت على نفس عينة الدراسة الاستطلاعية، وذلك بتطبيق اختبار (T) لدلالة الفروق حيث تم ترتيب الدرجات تنازليا، واعتمدنا نسبة 33,33% حيث تمثل 10 أفراد من القيم العليا و 10 أفراد من القيم الدنيا، والجدول التالي يوضح القيم المتحصل عليها:

الجدول رقم (07) يوضح صدق المقارنة الطرفية لمقياس قلق الموت:

المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	(ت) المحسوبة	(ت) المجدولة	مستوى الدلالة	درجة الحرية
125,4	5,25	10,41	2,1	0,01	28
102,4	4,21				

من خلال الجدول رقم (07) نلاحظ أن (ت) المحسوبة قيمتها (10,41) و(ت) المجدولة قيمتها

(2,1) عند مستوى الدلالة 0,01 ودرجة الحرية 28، وعليه نجد أن (ت) المحسوبة أكبر من

(ت)المجدولة ومنه يكون الاختبار على قدر عال من الصدق.

ب. الثبات:

تطبق هذه السمة على الاختبار تكرر استخدام الاختبار وأعطى نفس النتائج كل مرة.

(عبد الله عبد الرحمان الكندري، 1999، ص154)

ب.1. ثبات مقياس إستراتيجيات المواجهة: يعد معامل ألفا كرونباخ أحد أهم مقاييس الاتساق الداخلي

الذي تعتمد فكرته على مدى ارتباط كل وحدة أو بند مع الاختبار ككل، وكلما كانت البنود متجانسة فيما

تقيس كان الاتساق عاليا فيما بينها والعكس صحيح، وكذلك طريقة التجزئة النصفية.

ومن خلال هذا الجدول سنوضح قيمة ألفا كرومباخ لمقياس إستراتيجيات المواجهة:

1. طريقة التجزئة النصفية:

الجدول رقم (08) يوضح قيم ألفا كرومباخ لكل بعد من أبعاد المواجهة

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

من خلال الجدول رقم (08) تبين أن قيم ألفا لأبعاد مقياس إستراتيجيات المواجهة، بالنسبة لبعد

إستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل كانت قيمة ألفا 0.75، وقيمتها بالنسبة لبعد المواجهة

المتمركزة حول الانفعال 0.45، أما قيمة ألفا لبعد المواجهة المتمركزة حول الدعم الاجتماعي فقد كان

0.56، وهي قيم تدل على نسب تدل على ثبات المقياس.

2. طريقة التجزئة النصفية:

كانت النتائج المتحصل عليها بعد التصحيح بواسطة تطبيق معادلة سبيرمان براون كالتالي:

الجدول رقم (09) يوضح قيم معامل الارتباط سبيرمان براون وأبعاد المواجهة:

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

يتبين من خلال النتائج المتحصل عليها سابقا بواسطة التجزئة النصفية، أن كل قيم الارتباط سبيرمان براون ، هي قيم مقبولة وتدل على تمتع المقياس بالثبات الذي يسمح لنا باستعماله في هذه الدراسة.

كما تم حساب ثبات مقياس قلق الموت بمعامل الارتباط ألفا كرومباخ وذلك موضح في الجدول

التالي:

الجدول رقم (10) يوضح حساب الثبات باستخدام معامل ألفا كرومباخ لمقياس قلق الموت

الأداة	عدد الفقرات	معامل ألفا (a)	مستوى الدلالة
مقياس قلق الموت	15	0,88	0,01

نلاحظ من الجدول رقم (10) أن معامل الثبات لمقياس قلق الموت بطريقة الاتساق الداخلي

وفق معادلة ألفا كرومباخ كانت ($a=0,88$) وهي قيمة مرتفعة جدا تؤكد تمتع المقياس بمستوى جيد من الثبات.

5 الأساليب الإحصائية لمعالجة البيانات:

تمت معالجة البيانات الإحصائية باستخدام برنامج SPSS حيث تم حساب العلاقة في الفرضية الأولى بحساب معامل الارتباط بيرسون والفرضية الجزئية الثانية والرابعة معامل ك²، والفرضية الجزئية الثالثة بتحليل التباين.

خلاصة الفصل

في هذا العنصر تطرقنا لإجراءات الدراسة الميدانية حيث تم التعرض لمنهج الدراسة وهو المنهج الوصفي والعينة حيث تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من 30 مريضا بالسرطان، والعينة الأساسية من 50 مريضا بالسرطان، كما تم التطرق لعنصر أدوات جمع البيانات وهما مقياسين مقياس إستراتيجيات المواجهة ومقياس قلق الموت كما تم التأكد من صدق وثبات المقياسين.

الفصل السادس

عرض نتائج

الدراسة

تمهيد

في هذا الفصل سنحاول التذكير بفرضيات الدراسة ثم سنتطرق لعرض النتائج التي تم التحصل عليها، في محاولة إيجابية على التساؤلات المطروحة والتأكد من صحة الفرضيات.

1. التذكير بالفرضيات: نصت فرضيات الدراسة الحلية على:

- توجد علاقة بين إستراتيجيات المواجهة وقلق الموت لدى مرضى السرطان.
- يوجد اختلاف في درجة قلق الموت لدى مرضى السرطان حسب نوع الإصابة.
- نتوقع ارتفاع درجات الأفراد في بعد إستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل.
- تختلف إستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان باختلاف السن.

2. عرض نتائج الفرضية الأولى:

يبين الجدول الآتي نتائج الفرضية العامة وذلك بعد حساب معامل الارتباط بيرسون لمعرفة صحة

الفرضية الأولى والتي نصت أنه توجد علاقة بين إستراتيجيات المواجهة وقلق الموت لدى مرضى

السرطان:

الجدول رقم (11) يوضح العلاقة بين صورة إستراتيجية المواجهة وقلق الموت لدى مرضى السرطان

مستوى الدلالة	درجة الحرية	(R) المحسوبة	(R) المجدولة	المؤشرات الإحصائية المتغيرات
0,05				إستراتيجيات المواجهة
دالة	48	0.03	0.30	قلق الموت

من خلال هذا الجدول رقم (11) نلاحظ بأن: (R) المحسوبة قيمتها (0.30)، أما (R) المجدولة

قيمتها (0.03) وذلك عند مستوى الدلالة (0,05)، حيث تبين لنا أن (R) المحسوبة أكبر من (R)

المجدولة وعليه نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية التي تقول بأن هناك علاقة بين إستراتيجيات المواجهة وقلق الموت لدى مرضى السرطان.

3. عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

تنص الفرضية الجزئية الأولى على أنه: توجد فروق في درجة قلق الموت حسب نوع الإصابة . والجدول التالي يوضح النتائج المحصل عليها بعد حساب الفروق باستخدام تحليل التباين.

جدول رقم (12) يوضح نتائج الفرضية الثانية

نوع الإصابة	قيمة (ف)	Sig (ف)	درجة الحرية	مستوى الدلالة
الثدي الدم الرحم الحنجرة الخصية العظم	0.70	0.62	48	غير دالة

نلاحظ من خلال الجدول رقم (12) أن (ف) قيمتها (0.70) و(ف) sig قيمتها (0.62) وهي

أقل من 0.05 فهي غير دالة وعليه نقبل الفرضية الصفرية التي تقول أنه لا توجد فروق ذات دلالة

إحصائية في قلق الموت حسب نوع الإصابة.

2.2. عرض نتائج الفرضية الجزئية الثالثة

نصت الفرضية الثالثة على: يتوقع إرتفاع درجات الأفراد على بعد إستراتيجية المواجهة المتمركزة حول

المشكّل، ومن خلال الجدول الآتي نوضح نوعية المواجهة بحساب معامل (ك²)، كما تم حذف فردين

لتساوي درجاتهما على نوعين من المواجهة لذلك تصبح درجة الحرية 46.

جدول رقم (13) يوضح نوع إستراتيجية المواجهة السائد استخدامها لدى مرضى السرطان

أبعاد إستراتيجيات المواجهة	عدد الأفراد	قيمة ك ²	القيمة المجدولة	درجة الحرية	مستوى الدلالة 0.01
حول المشكل	26	0.34	6.63	46	غير دالة
حول الانفعال	22				
حول الدعم الاجتماعي	0				

من خلال الجدول رقم (13) نلاحظ أن قيمة ك² هي (0.34)، عند درجة الحرية 46 ، فالنتيجة

غير دالة لأن كاي المجدولة أصغر من كاي المجدولة، وعليه نرفض الفرضية ونقبل الفرضية الصفرية

التي تقول أن لا يوجد نوع محدد من إستراتيجيات المواجهة سائد لدى مرضى السرطان

3.2. عرض نتائج الفرضية الرابعة

نذكر في نص الفرضية الرابعة أنه تختلف إستراتيجيات المواجهة باختلاف الجنس، وهذا ما

يوضحه الجدول التالي. حيث تم حساب المتوسط الحسابي لأبعاد إستراتيجيات المواجهة

الجدول رقم (14) يوضح نتائج الفرضية الرابعة

أبعاد إستراتيجيات المواجهة	عدد الأفراد ذكور	عدد الأفراد إناث	قيمة ك ²	درجة الحرية	الدلالة
المتمركزة حول المشكل	7	19	4.52	48	دالة
المتمركزة حول الانفعال	9	13			
المتمركزة حول الدعم الاجتماعي	0	0			
المجموع	18	32			

من خلال الجدول رقم (14) نلاحظ أن عدد الأفراد المرتفع درجاتهم في بعد إستراتيجية المواجهة المتمركز

حول المشكل للذكور كان 7 أفراد وحول إستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال 9 من مجموع

الذكور الكلي 18، كما نلاحظ أن عدد الأفراد إناث المرتفع درجاتهم في بعد إستراتيجية المواجهة

المتمركزة حول المشكل 19 وإستراتيجية المواجهة المتمركزة حول الانفعال هو 13، كما نلاحظ أن درجات الأفراد كانت منخفضة في بعد إستراتيجية المواجهة المتمركزة حول الدعم الاجتماعي لكلى الجنسين.

خلاصة الفصل

تم في هذا الفصل عرض نتائج الفرضيات، حيث تم التأكد صحة الفرضية الأولى توجد علاقة بين إستراتيجيات المواجهة وقلق الموت لدى مرضى السرطان، كما تم وجد في النتائج صحة الفرضية الرابعة التي نصت على وجود فروق في إستراتيجيات المواجهة بين الجنسين، أما بالنسبة للفرضية الثانية والثالثة لم تتحقق لذلك نستنتج في الفرضية الثانية أن نوع إستراتيجية المواجهة السائد استخدامها لدى مرضى السرطان لم تكن المتمركزة حول المشكل، بل تختلف نوعية الإستراتيجيات بين المرضى.



الفصل السابع

مناقشة النتائج

تمهيد

في هذا الفصل سنحاول تفسير النتائج المحصل عليها في الفصل السابق بعد تبين صحة الفرضية الأولى، أما بالنسبة للفرضيات الثانية والثالثة والرابعة فكانت غير دالة.

1. مناقشة الفرضية الأولى:

نصت الفرضية على وجود علاقة دالة إستراتيجيات المواجهة وقلق الموت لدى مرضى السرطان، وقد بينت النتائج على أنه توجد علاقة بين إستراتيجيات المواجهة وقلق الموت لدى مرضى السرطان، وقد كانت نتيجة العلاقة موجبة ضعيفة، أي كلما كان استخدام أكبر لإستراتيجيات المواجهة أدى ذلك إلى ارتفاع درجة قلق الموت لدى المريض.

ويمكن تفسير ذلك أن مرضى السرطان يشعرون بالتهديد والخطر وذلك بعد إصابتهم بمرض السرطان وهذا هو قلق الموت مما يجعل المريض بالسرطان يلجأ إلى اتخاذ إستراتيجيات المواجهة المناسبة لأجل التخفيف من الضغط الناجم عن المرض السعي لتعديل حياته بعد ذلك، ومحاولته تصحيح تفكيره الخاطئ حول الموت، ويلجأ الفرد إلى تبني إستراتيجيات مواجهة تتركز حول المشكل واستراتيجيات مواجهة تتركز حول الانفعال عندما يكون الموقف يتجاوز قدرة الفرد في ضبطه والتحكم فيه، ذلك أن مصدر الضغط ومصدر قلق الموت هو فسيولوجي. (طه عبد العظيم حسين ، سلامة عبد العظيم حسين، 2006،

ص236- 238)

ويلجأ المريض إلى تبني إستراتيجيات مواجهة بغية المحافظة على التوازن النفسي والتخفيف من حدة الضغط و التقليل من قلق الموت، وتعديل ردود الأفعال الانفعالية الناتجة عن المرض. الشيء الذي يجعله يشعر بالراحة والهدوء وتقييم وقته وذاته في ظل وجود المرض ولو بصورة مؤقتة ومواصلة مواجهة التحديات التي تواجهه في حياته.

وهذه الدراسة تتفق مع دراسة ودراسة Taylor وآخرون (1992) التي هدفت إلى معرفة بعض إستراتيجيات المواجهة مع المشكلات المتعلقة بمرض السرطان، وتبين من النتائج أن أكثر النواحي التي تشكل ضغطاً نفسياً بالنسبة للمرضى هي الخوف وغموض المستقبل 41 % يتبعها ما يفرضه السرطان من قيود على القدرات الجسمية للمريض. (Nezu et al ,2003, p56).

2. مناقشة الفرضية الجزئية الثانية:

نصت الفرضية على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت باختلاف نوع الإصابة. وقد بينت النتائج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت باختلاف نوع الإصابة . النتيجة فمن نتائج الدراسة يتوضح أن عامل نوع الإصابة لم يكن له دور على طرق التعامل الوظيفي ،النفسي، والاجتماعي.

لا تتفق مع النتيجة التي تحصل عليها "علي حسين إبراهيم" سنة 2003 في دراسة الأعراض النفسية لدى مرضى السرطان وقد وجد فروقا بين أنواع السرطان المختلفة مما دل على أن نوع السرطان في الدراسة الحالية لا يؤثر على درجة الشعور بقلق الموت فكل الحالات تقريبا باختلاف نوع الإصابة (كبد، ثدي، رحم، بنكرياس، خصية...) كان لديهم ارتفاع في درجة الشعور بقلق الموت. (جبر محمد جبر ، 2004 ، ص85).

وهي لا تتفق مع دراسة Jansen و Muenz بدراسة مقارنة (1984) بين ثلاثة مجموعات من النساء الأولى من مرضى سرطان الثدي والثانية من مرضى الأمراض الغضروفية والثالثة من اللواتي لا يعانين من أي مرض وتم تطبيق قائمة صفات الشخصية لجون (ACL) وقد كشفت نتائج الدراسة عن إتمام مجموعة سرطان الثدي بالسماوات التالية: الاكتئاب والخوف والاجتماعية والهدوء وعدم المنافسة وكبت مشاعر الغضب وعدم الوعي بالذات والخضوع والمسالمة عن المجموعات الأخرى (الأنصاري، 1996).

وهذه الدراسة تتفق مع ما توصل إليه "Eil" وآخرون (2001) التي تمثلت في التعرف على طرق التعامل الوظيفي، النفسي، والإجتماعي مع السرطان عند المرضى باختلاف العمر وشملت العينة (159) مريضة أكبر من 65 سنة، و(94) مريضة أقل من 65 سنة، تم تشخيصهم بأنواع سرطان مختلفة هي: الثدي والقولون والرئة واستخدم الباحثون مقياس التوافق المتعدد والمقابلات للوصول إلى النتائج على مدى 3 أشهر ثم سنة بعد التشخيص بالسرطان أظهرت النتائج أن كبار السن (فوق 65 سنة) لم يكونوا متضررين بشكل جدي من المدة التي يأخذها التوافق الجيد أو طرق التعامل مع المرض. (الحجار وآخرون، 2005)

3. مناقشة الفرضية الجزئية الثالثة:

نصت الفرضية الجزئية الثانية على معرفة نوع إستراتيجية المواجهة السائد استخدامها لدى مرضى السرطان وقد بينت النتائج ارتفاع درجات مرضى السرطان في إستراتيجية المواجهة المتمركزة حول المشكل وإستراتيجية المواجهة المتمركز حول الانفعال في لم يكن هناك إتباع لإستراتيجية المواجهة المتمركزة حول الدعم الاجتماعي، ويمكن تفسير ذلك أن مرضى السرطان منهم من يحاولون التصدي للمرض والضغط الناجم عن ذلك وبمواجهته والتعامل معه ومحاولة التعرف أكثر عن المشكل ومنهم من يلجأ للابتعاد عن التوتر الناجم عن المرض بتحويل الانتباه وتجنب المشكل.

وقد تعود النتيجة المتحصل عليها في هذه الدراسة ربما إلى أن المدة التي مضت على إصابة بعض الأفراد بالسرطان هي مدة قصيرة، وبالتالي فهم يظنون أن بإمكانهم مواجهة هذا المرض والحصول على حلول بديلة للمشكلة. وقد بينت دراسة "كوهن وهابرت" Cohnen and Harber 1996، لمرضى السرطان الذين طوروا إستراتيجية المواجهة المتمركزة حول المشكل، أنه يمكن أن يكون لإستراتيجية التمركز حول الانفعال تأثير منعدم وغير مناسب، خاصة بعد أوقات معينة وذلك بسبب الميزة الدائمة، وغالبا ميزة عدم التحكم في هذا المرض. كما يمكن تفسير هذه النتيجة، على أن الفرد يولي اهتماما كبيرا

لقدراته الشخصية على حل المشكل، ويقال من شأن التركيز على ضبط الحالة الانفعالية، وعلى استخدام الدعم الاجتماعي لمواجهة الألم والمرض. وتعتقد الطالبة أن هذه النتيجة تشير إلى اعتقادات ورغبات الأفراد في التحكم بالمشكل وحله أكثر من الاستسلام. فشعور الفرد بأن الألم موقف ضاغط وعليه تقبله كحدث مفروض يهدد حياته يجعله يحاول تحليله وذلك لتحديد الاستجابة المناسبة التي يعتقد أنها تساعد على حل وتعديل الضغوط المرتبطة بالمرض و الألم. أي أن الأفراد أجابوا بناء على ما يعتقدون أنه يجب ويرغبون في أن

يكون، أكثر مما هو موجود في الحقيقة.

ويلاحظ من هذه النتيجة أن الأفراد يلجأون إلى إستراتيجية المواجهة المتمركزة حول المشكل في المواقف التي يمكن التحكم فيها، والمواجهة المتمركزة حول الانفعال في المواقف التي يصعب التحكم فيها مثل الأمراض الخطيرة والمزمنة كالسرطان والتي يركز الفرد فيها على مواجهته والتخفيف من حدة الضغوط التي يسببها المرض بدل مواجهة المرض في حد ذاته.

وهي نتيجة لا تتفق مع ما توصل إليه "جودي" 2004 والتي كشفت أن مرضى السرطان الإناث لديهم ميل كبير لاستعمال إستراتيجية المواجهة المتمركزة حول الانفعال.

4. مناقشة نتائج الفرضية الرابعة

يقول نص الفرضية على أن إستراتيجيات المواجهة تختلف باختلاف الجنس، ومن خلال النتائج المحصل عليها وجود اختلاف في نوع إستراتيجيات المواجهة حسب الجنس، ويمكن أن نفسر ذلك أن اختلاف الجنس هو يكون مؤشر من مؤشرات لاختلاف إستراتيجيات المواجهة، كما يمكن أن يكون المجتمع له دور في اختلاف إستراتيجيات المواجهة حسب الجنس ذلك أن الذكور لديهم حرية أكبر من النساء فالنساء في مجتمعنا كما نلاحظ دائمى البقاء في المنزل خاصة المرضى على عكس الذكور مما قد يؤدي إلى اختلاف في نوع إستراتيجيات المواجهة.

كما قد يكون هناك مؤشرات أخرى مثل القدرات الشخصية والجوانب المعرفية للفرد، كما قد يلعب المستوى الاقتصادي، والمستوى التعليمي، مدة الإصابة بالمرض، والسن،... دورا في اختلاف تبني الاستراتيجيات المناسبة. كما أن هذه النتيجة قد يكون سببها اشتراك الأفراد في خصائص المرض وتشابه الموقف، كذلك قد تلعب البيئة والمجتمع المشترك دورا في تبني نفس إستراتيجيات المواجهة.

وهذه النتيجة لا تتفق مع دراسة "محمد رجب" 1995 قام بدراسة الفروق الجنسية والعمرية في أساليب المواجهة مع المواقف الضاغطة على عينة مكونة من 684 فردا من الجنسين، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق دالة في استخدام أساليب المواجهة تعزى إلى الجنسين، كما أشارت إلى تأثير العمر في استخدام أساليب المواجهة.

وتتفق نتائج هذه الفرضية مع ما توصل إليه ما توصل إليه "هيردي عادل" 1996 إلى وجود فروق في إستراتيجيات المواجهة بين الجنسين.

خلاصة الفصل:

بعد مناقشة النتائج تم تفسير نتائج الدراسة في ضوء الدراسات السابقة والجانب النظري للدراسة، وذلك حسب ما تم التوصل إليه في فصل عرض النتائج، حيث قمنا بتفسير العلاقة التي وجدت بين إستراتيجيات المواجهة وقلق الموت لدى مرضى السرطان وأنه كلما زاد الاستخدام لإستراتيجيات المواجهة دل على ارتفاع درجة قلق الموت لدى مرضى السرطان، كما تم محاولة تفسير الفرضيتين الثانية والثالثة الغير دالتين بما يتلاءم مع ما تم ملاحظته على العينة.



خلاصة عامة

بعد محاولتنا التأكد من صحة فرضيات الدراسة والتي نصت على توجد علاقة بين إستراتيجيات

المواجهة وقلق الموت لدى مرضى السرطان.

- يوجد اختلاف في درجة قلق الموت لدى مرضى السرطان حسب نوع الإصابة.
- نتوقع ارتفاع درجات الأفراد في بعد إستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل.
- تختلف إستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان باختلاف الجنس.

وبعد تطبيق مقياسي إستراتيجيات المواجهة "للزاروس فولكمان" ومقياس قلق الموت "لأحمد عبد

الخالق"، تبين من النتائج صحة الفرضيتين الأولى والرابعة، ومنه يمكننا استخلاص أن هناك علاقة بين

إستراتيجيات المواجهة وقلق الموت لدى مرضى السرطان، وذلك حيث يلجأ مريض السرطان لمواجهة قلق

الموت باتخاذ إستراتيجية مواجهة مناسبة.

كما وجدنا الفرضية الثانية والثالثة غير دالة مما يدل على أن قلق الموت لا يختلف لدى مرضى

السرطان باختلاف نوع الإصابة حيث يبدو أن درجة قلق الموت لا تختلف باختلاف درجة خطورة

الإصابة بالمرض.

وكما لاحظنا اختلاف إستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان حسب الجنس.



توصيات:

وانطلاقاً من نتائج الدراسة يمكننا الخروج بتوصيات واقتراحات:

- وضع برنامج إرشادي لمرضى السرطان حول تبني إستراتيجيات المواجهة
- إنشاء برنامج علاجي للتخفيف من درجة قلق الموت لدى مرضى السرطان
- عقد دورات تدريبية مخصصة للأخصائيين النفسانيين وأطباء المستشفيات وعيادات مختلفة من الوطن لتبادل الآراء ووضع الحلول المناسبة للتقليل من ضغوط الأمراض السيكوسوماتية والتأكيد على ضرورة العمل كفريق واحد.
- كما نطلب من المقبلين على التخرج بهذا التخصص إعداد بحث بعنوان برنامج علاجي معرفي سلوكي للتخفيف من قلق الموت لدى مرضى السرطان.



قائمة المراجع

1. باللغة العربية

1. أحمد سالم بادويلان (2005)، السرطان مازال الأمل باقيا، ط1، مؤسسة الريان للطباعة والنشر والتوزيع، لبنان، بيروت.
2. أحمد محمد عبد الخالق، (1987)، قلق الموت،
3. السيد عبد الرحمن محمود (2000)، علم الأمراض النفسية والعقلية (الأسباب-الأعراض- التشخيص و العلاج)، ط1، دار قباء للطباعة والنشر، الجزء 2، القاهرة، مصر.
4. العيسوي عبد الرحمن (2008)، سيكولوجية الأمراض الخطيرة، ط1، منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت، لبنان.
5. بستاني رثيف، (1994)، ط1، الموسوعة الطبية، الشركة الشرقية للمطبوعات، المجلد رقم 6.
6. بشير معمري، (2007)، بحوث ودراسات متخصص في علم النفس، الجزء الرابع، منشورات الحبر، الجزائر.
7. بشير معمري، (2009)، دراسات نفسية في الذكاء الوجداني (الاكتئاب، اليأس، قلق الموت، السلوك العدواني، الانتحار)، ط1، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، المنصورة، مصر.
8. تايلر شيلي، (2008)، علم النفس الصحي، ترجمة وسام درويش، بريك، فوزي شاكرا داود، ط1، دار حامد للنشر، عمان، الأردن.
9. حسين فايد (2001)، دراسات في السلوك والشخصية، ط1، المكتب الجامعي الحديث للنشر، القاهرة.
10. دافيد شيهان (1998)، مرض القلق، ترجمة عزت شعلان، ط1، عالم المعرفة، الكويت.
11. دلال موسى قويدر (2008)، الخوف من السرطان وعلاقته بالصدمة النفسية، دراسة لنيل درجة الإجازة في الإرشاد النفسي، غير منشورة، جامعة دمشق، سوريا.
12. راجح أحمد عزت (1994)، أصول علم النفس، ط1، المكتب المصري الحديث، الاسكندرية.
13. رجب محمد (1995)، الفروق الجنسية والعمرية في أساليب التكيف مع المواقف الضاغطة، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية للكتاب، العدد 35، القاهرة.
14. رضوان سامر جميل (2002)، الصحة النفسية، دار الميسرة للنشر والتوزيع، ط1، عمان، الأردن.

قائمة المراجع

15. طه عبد العظيم حسين (2007)، **العلاج النفسي المعرفي (مفاهيم وتطبيقات)**، ط1، دار الوفاء للطباعة والنشر، مصر.
16. عبد العلي الجسماني (1998)، **الأمراض النفسية "تاريخها، أنواعها، أعراضها، علاجها"**، ط1، بيروت، لبنان.
17. فاروق السيد عثمان (2001)، **القلق وإدارة الضغوط النفسية**، ط1، دار الفكر العربي، القاهرة.
18. فيصل خير الزراد (2000)، **الأمراض النفس جسدية**، ط1، دار النفائس، بيروت.
19. لطفي الشربيني (2010)، **المرجع الشامل في علاج القلق**، ط1، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان.
20. محمد محمد جاسم (2006)، **مشكلات الصحة النفسية، أمراضها وعلاجها**، ط1، دار الثقافة، الأردن.
21. هيردي عادل (1996)، **علاقة وجهة الضبط بأساليب مواجهة المشكلات، دراسة في ضوء الفروق بين الجنسين**، مجلة البحوث الإكلينيكية، جامعة المنوفية، العدد 26.
22. يخلف عثمان (2001)، **علم النفس الصحة، الأسس النفسية والسلوكية للصحة**، دار الثقافة للطباعة والنشر، ط1، الدوحة، قطر.
23. يوسف الشرفاء (2008)، **الوقاية من أمراض السرطان والتخلص من سموم الجسم بطريقة الشاولين الصينية**، ط1، دار عالم الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- II. باللغة الأجنبية
24. Arraras J .I. et al (2002) : coping style , locus of control psychological distress and pain related behaviours in cancer and others diseases , **psychology health and medicine** , Vol 7 ,N °2, Spain
25. Beers.M.H, 2008, **Encéclopédie médicale**, Edition tipographica varese.
26. Bruchon, Sheitzer, M ; Dantzer, B, 2003, **Introduction a la psychologie de la santé**, 4eme édition, France.
27. **Cancérologie générale**, (1979), D. Belpèmmè, Ed, JD, Baillier.
28. Cousson- Gelie, Florence (2001) : **concepts, stress, coping , stratégies de coping élaborées pour faire face à une maladie grave , l'exemple des cancers** , recherche en soins infirmiers , N°67 .

29. Déllbard Céline et d'autre, (2001), **Et si nous parlions ? l'infirmier face à la mort**, EPPA, Op DEL.
30. Fischer and al, (2006) : **concepts fondamentaux de la psychologie de la santé** , **DUNOD** , Paris .
31. Jean Pierre de large, (1970), **La métrise de la mort**, encyclopédie universitaire.
32. Laurent Paul Assoun, (2002), **Revue psychiatrique**
33. Mieszkowski, Marek Roland (2007) : **cancer - a biophysicists point of view , advanced research and development in acoustics** , digital recordings.
34. Nezu, Arthur M et al (2003) : **handbook of psychology** , John Wiley and sons Inc, Vol 9, New Jersey
35. Paulhan I . (1992) : **le concepts de coping , l'année psychologique** , Vol 92 , N°4.
36. Pelicier, Yves (1995) : **psychologie, cancers et société, l'esprit du temps.**
37. Keck, Sherry D. A. (2006) : **pain locus of control and quality of life , index scores in chronic pain patient , a thesis for the degree master of science in nursing , university of north Carolina , Greensboro**
38. Schweitzer, M. B. et Dantzer, Robert (2003) : **introduction à la psychologie de la santé, presse universitaires de France**, 4 ème ed , Paris .
39. Sigmend Freud,(1987), **Inhibition symptome et engoisse**, 6eme édition

الملحق رقم (01) مقياس إستراتيجيات المواجهة لـ"لازاروس وفولكمان"

السلام عليكم

.....الجنس:

.....نوع الإصابة.

أنا متخصصة عيادية مهتمة بدراسة إستراتيجيات المواجهة لديكم ، نريد منك أن تجيب لنا على الأسئلة
(أمام ما يتناسب معك من معلومات، وتأكد أنني لن أفشي سرية Xالتالية بما ينطبق عليك بوضع علامة)
المعلومات ولك الحرية أن تجيب أم لا.

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

الملحق رقم (02) مقياس قلق الموت لـ"دونالد تمبلر"

الرقم	العبارة	ص	خ
01	الموت من كثيرا أخاف		
02	الموت فكرة لي تخطر ا نادرا		
03	الموت عن يتكلمون عندما الآخرون يزعجني لا		
04	جراحية عملية تجرى أن أخاف		
05	الموت من إطلاقا أخاف لا		
06	بالرصاص الإصابة من خاص بشكل أخاف لا		
07	الموت في التفكير إطلاقا يزعجني لا		
08	الوقت مرور من كثيرا أتضايق		
09	مؤلما موتا أموت أن اخشى		
10	كثيرا إضطرابي يثير الموت بعد الحياة موضوع إن		
11	قلبية سكتة تصيبني أن فعلا أخشى		
12	فعلا الحياة هذه قصيرة هي كم أفكر ما كثيرا		
13	الثالثة العالمية الحرب عن يتكلمون الناس أسمع عندما أقشعر		
14	ميت جسد منظر يزعجني		
15	يخيفني شيء يحمل المستقبل أن أرى		

الملحق رقم (03)

نتائج الفرضية الأولى

- توجد علاقة بين إستراتيجيات المواجهة وقلق الموت لدى مرضى السرطان.

Correlations

		VAR00001	VAR00002
VAR00001	Pearson Correlation	1	,302*
	Sig. (2-tailed)		,033
	N	50	50
VAR00002	Pearson Correlation	,302*	1
	Sig. (2-tailed)	,033	
	N	50	50

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

0.30 هي قيمة الارتباط و هي أكبر من القيمة المجدولة 0.03 وعليه فالنتيجة دالة عند 0.05

نتائج الفرضية الثانية

- يوجد اختلاف في درجة قلق الموت لدى مرضى السرطان حسب نوع الإصابة.

ANOVA

Sang

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	16,625	5	3,325	,700	,626
Within Groups	204,191	43	4,749		
Total	220,816	48			

النسبة الفائية تساوي 0.70

أما الدلالة قيمة 0.62 هي أكبر من 0.05 و بالتالي الفروق غير دالة إحصائيا بين المجموعات نرفض الفرضية المقترحة و نقبل صحة الفرضية الصفرية أي لا توجد فروق في قلق الموت باختلاف نوع الإصابة.