

جامعة الجزائر 2
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس
مخبر علم النفس الصحة و الوقاية و نوعية الحياة
عنوان الفرقة:

نوعية الحياة و علاقتها بسمات الشخصية و استراتيجيات المقاومة و دورها في
تسيير الانفعالات و تطوير سلوك الالتزام الصحي لدى مريضات سرطان الثدي
من خلال نموذج علم النفس الصحة

السداسي الثاني جانفي-جوان 2018

رئيسة الفرقة: ا. د. زناد دليلة

أعضاء الفرقة: ا. د. زناد دليلة

د. فاضلي احمد

ا. بن يحي فاطمة

ا. خرايفية امينة

رقم فرقة البحث: R06120140039

إمضاء رئيس القسم:

إمضاء رئيس اللجنة العلمية للقسم أو الكلية:

إمضاء مديرة المخبر:

مقدمة:

رغم التطورات الحديثة التي توصل إليها العلماء و الأطباء في مختلف المجالات، سواء كانت الطبية أو العلمية، إلا أن العلم يبقى عاجزا أمام مرض السرطان سواء بإيجاد علاج شاف له أو الوقاية منه، أو التأكد و الجزم في أسباب ظهوره ، فأسباب ظهوره معقدة جدا و متداخلة و متعددة ، و بالتالي يبقى قاصرا في تحقيق الشفاء التام عدا في حالات نادرة أين يكون التشخيص مبكرا و العلاج مبكرا أيضا.

و يعرف السرطان طبيا على أنه تورم ناتج عن خلايا خرجت عن سيطرة أجهزة المراقبة في الجسم (الدماغ) ، و أخذت تنمو بصورة عشوائية ، حيث يحدث النمو في البدء في العضو المصاب ، و ابتداء من إصابة أولية ، ثم يتخطى التورم الحواجز إذ تخرج بعض الخلايا السرطانية لتدخل الشعيرات الدموية أو البلغمية التي تنقلها إلى مختلف أجزاء الجسم ، أين تبني مستعمرات سرطانية تكمن عشرات السنين (مصطفى مفتاح الشقمانى 2006)

في الجزائر يمثل السرطان مشكلة للصحة العمومية حيث تدل الإحصائيات الأخيرة على ظهور أكثر من 45 ألف حالة جديدة في سنة 2014 (كمال بوزيد "رئيس الجمعية الجزائرية لطب ورم السرطان") .

تدل هذه الإحصائيات على انتشار رهيب و مخيف حتى بمجرد ذكر اسمه ، فهي تدق نقوس الخطر ، هذا ما يتطلب من الأشخاص إجراء فحوصات دورية (بيولوجية و إشعاعية) خاصة في وجود أقرباء مصابين بهذا المرض، و هو ما يسمح باكتشاف المرض في أول مراحل و منه إمكانية الشفاء، حيث تقدر الإحصائيات سنة 1980 ما يقارب 178 ألف حالة سرطان جديدة و في سنة 2000 ما يقارب 280 ألف حالة سرطان جديدة، نلاحظ ارتفاع النسبة بأكثر من 60 % ، كما انه حسب المنظمة العالمية للصحة تقدر نسبة السرطان في العالم ب 20 مليون حالة جديدة بحلول سنة 2020 (د. بن دي ميراد Bendimerad 2002 : " ملتقيات علمية حول السرطان في أوروبا 2002 euro cancer ").

ان الأورام الخبيثة (السرطانية) قادرة على تدمير الأنسجة المجاورة كما تستطيع الانتشار إلى أجزاء أخرى من الجسم. أما السرطانات الأكثر انتشارا نجد : سرطان الرئة ، سرطان الجهاز الهضمي ، سرطان البروستات ، سرطان الدم ، سرطان المثانة ، سرطان الجلد ، سرطان الحنجرة ، سرطان الدماغ ، سرطان الكلية ، سرطان الثدي الذي سيكون موضوع دراستنا (نفس المرجع)

و قد جاءت دراسات عديدة لتبين مدى علاقة العوامل السيكولوجية و الاجتماعية بالسرطان حيث يرى سناو snow ان مرض السرطان أحد الأمراض التي ربطت نشأته بأحداث الحياة الضاغطة ، حيث قام بدراسة إبيديولوجية في إنجلترا سنة 1893 شملت عينة من 250 امرأة مصابة بسرطان الثدي و توصل إلى أن معظمهن كن قد تعرضن قبل ظهور المرض لخبرات نفسية اجتماعية مؤلمة (سلبية) كالطلاق ، فقدان شخص عزيز ...، و تولد لديهن مشاعر الحزن و اليأس و التشاؤم و العجز (عثمان يخلف 2001 ص 62) وقد كشفت دراسة كل من موريس و جريير 1975 (GREER . S ET MORRIS . T) ، أن الانفعالات المكبوتة خاصة منها الغضب تصاحبه الإصابة بسرطان الثدي (: GREER . S ET MORRIS . T . 1975) . (147-153).

و بين لورانس لوشان (lawrence leshan) بأن الوحدة المفاجئة صدمة عاطفية حادة كموت الزوج أو زهاب الأبناء أو فقدان الأمل يمكن أن تسبب السرطان ، هذا ما بينه في دراسته سنة 1995 على عينة تقدر ب 250 مريض بالسرطان فوجد نسبة 3 / 4 (ثلاثة أرباع) من المرضى كانوا يعانون من اليأس القاتل ، و فقدان الأمل في الحياة و الإحساس بالفشل ، كما لا حظ لوشان (leshan) أن مريض السرطان يكون منعزلا انطوائيا في حياته و ليس لديه القدرة على تغيير سلوكه (مجلة أحداث الحياة و الضغوط النفسية ، ص 237).

أما كومباس و آخرون (1994) (compas et al) فقد توصلوا من خلال دراسة أجريت على عينة من النساء المصابات بسرطان الثدي (ن=117) إلى تسجيل أعلى مستويات الضغط النفسي و الاكتئاب و القلق لديهن بسبب خوفهن من التشخيص و العلاج ، و فقدان المظهر، و قصور الوظائف الجسمية (هناء أحمد شويخ، 2007، ص.160) .

و توصلت دراسة (Bannson ,1981 ; Rennker,1981) الى أن الشخصية التي تتعرض للإصابة بالسرطان تمثل شخصا : متساهلا ، مدعما للآخرين ، يكتب انفعالاته ، منصاعا ، قهريا أو إكتئابيا ، لا يستطيع التعبير عن توتراته أو قلقه أو غضبه ، يسعى لإسعاد الآخرين .وكذلك تعتبر الشخصية (ج) (c) TYPE كعامل خطر للإصابة بمرض السرطان، و هي تتسم و تستجيب للتوتر وضغوط أحداث الحياة من خلال الإكتئاب ، و اليأس ، و إنعدام الأمل ، و الإنفعالات السلبية.

خلال حياته يكون الفرد معرض لأحداث أو مواقف سهلة ، صعبة أو مستعصية (كولادة طفل ، تغيير مكان العمل ، فقدان وظيفة ، المرض ، حادث خطير ...).

هذه الأحداث أو المواقف يمكن إدراكها كوضعية "خطر" مهددة للفرد أو تفوق إمكانياته ، تحدث اضطرابات إنفعالية (الغضب ، الخوف ، الضغط ،...) لها تأثيرات ضارة على الصحة الجسمية و النفسية على المدى البعيد ، (Ray , Lindep et Gibon , 1982) كما ان هذه الأحداث يمكن أن تكون عادية و يومية (كالصراعات العائلية ، ضغط في العمل ، مشاكل مالية ...) أو مؤقتة و جادة (كمرض خطير ، موت قريب ، حادث مرور خطير ...) عند إدراك هذه الخبرات على أنها مهددة لكيانه الجسيمي و النفسي يمكن أن نتكلم عن الضغط على أنه تفاعل خاص بين الفرد و الحدث ، أين يتم تقييمه " على أنه يتجاوز مصادره الذاتية ، و مهددة لراحته الجسمية و النفسية " (Latarus et Folkuran 1984 p.19).

و لعل ما يجب ان نشير اليه هو ان أحداث الحياة ليس لها نفس التأثيرات على الأفراد (أي لا شدتها و لا حدتها و خطورتها) هي التي تحدد درجة الضغط (الإرهاق) و إنما ما تتركه من آثار إنفعالية و معنى (حسب ما يدركه الفرد). وقد تظهر على الحالة بعض الأعراض كالاكتئاب و الانطواء و الخوف من الموت و قلة النوم بسبب القلق و شدة الألم ، فإن مرض السرطان "يدرك" من طرف المريض على أنه فقدان وانفصال عن الواقع ، كون المرض يعزل صاحبه عن الآخرين و يصبح عاجزا عن أداء أدواره المهنية و العائلية و من جهة أخرى كونه محاط بإعتقادات خاطئة نوعا ما بحيث لا يمكن الإقدام على ذكر إسمه ، فنجد الأفراد يستعملون عبارات مثل " الحبة ، هذاك المرض ، المرض اللي ماشي مليح ، و هذا من أجل الإشارة إليه كونه يدل على استحالة شفائه .

و لعل ما نلاحظه هو ان الافراد الذين يتعرضون للضغوط الحياتية يحاولون التغلب عليها و مواجهتها و ذلك من خلال تبنيهم لاستراتيجيات المواجهة المركزة على حل المشكل او على تلك المركزة على الانفعال حيث يسعون الى التعامل مع تلك الاحداث و المواقف الحياتية الضاغطة حتى يخففون من حدتها و تكون اقل اثرا على الصحة الجسمية و القلبية. وبناءاً على هذا، ظهر مصطلح استراتيجيات المواجهة (coping)، ظهر أول مرة في كتاب "Richard Lazarus 1966" "المعنون" "psychological stress and coping" "processus" على أنه "مجموعة تفاعلات و إستراتيجيات أعدت من الأفراد لمواجهة أحداث ضاغطة "

يعرف Lazarus et Launier (1978)، إستراتيجيات المواجهة coping عبارة عن "مجموع سياقات (processus) التي يضعها الفرد بينه و الحدث المدرك على أنه مهدد ، للتحكم أو التحمل أو التقليل من تأثير الحدث المهدد لراحته الجسمية و النفسية ."

ترتبط استراتيجيات المواجهة بسمات الشخصية الايجابية و السلبية كما انها ترتبط بطبيعة تسيير الانفعالات و هي التي تحدد مستوى الملاءمة العلاجية و بالتالي نوعية الحياة لدى مريضات سرطان الثدي. يحتوي البحث الحالي على 04 جوانب و هي: الجانب النظري و يحتوي بدوره الفصل التمهيدي و الفصول النظرية التي تشمل مرض السرطان و سمات الشخصية و تسيير الانفعالات و استراتيجيات المقاومة و فصل عن منهجية البحث و الجانب التطبيقي و المراجع..

الفصل التمهيدي:

الاطار العام لإشكالية البحث

1. الإشكالية

2. اهداف و اهمية البحث

3. تحديد المصطلحات

تعد الأمراض العضوية الحادة و المزمنة من المشكلات التي تهدد المجتمعات الإنسانية، ولكن أكثر تلك الأمراض ثقلاً و عبئاً تلك الأمراض المهددة للحياة، ويقع السرطان على رأس قائمة تلك الأمراض، وقد أثبتت الدراسات الحديثة انتشار هذا المرض في البلاد النامية و حتى في البلدان المتقدمة، وتوقعت زيادة نسبة الإصابة به، وأنه سيصبح من أكبر المشكلات الصحية فيها. ويؤدي السرطان إلى اضطرابات جسمية كثيرة ومتنوعة كالتهابات المختلفة، والشعور بالإجهاد والغثيان، وفقدان الشهية، والإسهال، وسقوط الشعر، وفقدان الخصوبة والقدرة الجنسية، واضطرابات الجهاز العصبي المركزي، وتغيرات الوزن، هذا بالإضافة إلى أعراض نفسية مثل القلق والاكتئاب والأرق، و تدهور مستوى نوعية الحياة العضوي و النفسي والاجتماعي كما يعاني مرضى السرطان من بعض الآثار الاجتماعية الضاغطة، مثل فقدان الدخل، والانعزال الاجتماعي، والوصمة الاجتماعية. وقد تناول كثير من الباحثين الاستجابات السلوكية والأعراض النفسية المرتبطة بمرض السرطان مثل شعور المرضى بالفوضى والقلق والخوف، والانكسار والاكتئاب. ويؤكد باحثون آخرون أن مرضى السرطان يستخدمون الإنكار لتقليل الفزع المرتبط بمرض السرطان، ويشيع لديهم القلق والاضطراب الانفعالي، بينما ركزت فئة أخرى من الباحثين على الاكتئاب بوصفه الاستجابة الشائعة لدى مرضى السرطان، وأنه قد يؤدي إلى أن يحاول بعضهم الانتحار.

مشكلة الدراسة:

لقد وجدت الباحثة اهتماماً كبيراً في المجتمعات الغربية بدراسة أمراض الأورام السرطانية باعتبارها أم الأمراض المهددة للحياة، وما يصاحبها من تأثيرات نفسية و اجتماعية و آلام ، وما يوازي درجة الألم العضوي الأمر الذي دفع تلك المجتمعات إلى إحداث نقلة نوعية في التعامل مع هذه الأمراض العضوية السرطانية وخصوصاً من الناحية النفسية، ولقد كانت محصلتها قيام ذلك الفرع من علم النفس الصحة والذي أطلق عليه (علم نفس الأورام أو علم النفس السرطان و هو التخصص الذي يهتم بدراسة الانعكاسات السيكولوجية و الاجتماعية للأمراض السرطانية بالإضافة إلى دراسة العوامل السيكولوجية و الاجتماعية في ظهور و تطور أمراض السرطان. Psycho-oncologie

وعلى ضوء ذلك فإن الباحثة ترى أن الأمر يستدعي ضرورة دراستها بشكل أعمق عبر الثقافات الأخرى أيضًا، ومنها المجتمع الجزائري، وأن أول تلك الجهود لابد أن يركز على تكوين معلومات وصفية موضوعية حول معدل الانتشار لتلك الأعراض النفسية و الاجتماعية في أوساط مرضى السرطان على مختلف أنواعه، وعلاقة ذلك ببعض المتغيرات مثل السن والجنس وموقع الإصابة وتفاعل هذه المتغيرات مع بعضها بعضًا. ومن هنا تهدف الدراسة إلى محاولة الإجابة عن الأسئلة الآتية:

1- هل توجد علاقة بين **نوعية الحياة** و **سمات الشخصية** و **استراتيجيات المقاومة** و

تسيير الانفعالات وسلوك **الملاءمة العلاجية** لدى المصابات **بسرطان الثدي**

2. هل توجد علاقة بين استراتيجيات المقاومة و نوعية الحياة لدى مريضات سرطان الثدي

3- هل توجد علاقة بين إستراتيجيات المقاومة و الملائمة العلاجية لدى مريضات سرطان الثدي

4- هل توجد علاقة بين خصائص الشخصية و نوعية الحياة لدى مريضات سرطان الثدي

5- هل توجد علاقة بين خصائص الشخصية و الملاءمة العلاجية لدى مريضات سرطان الثدي

6- هل توجد علاقة بين تسيير الانفعالات و نوعية الحياة

-أهمية الدراسة:

تعد هذه الدراسة على درجة كبيرة من الأهمية من الناحيتين النظرية والتطبيقية.

(أ) من الناحية النظرية:

تهتم الدراسة بموضوع له أهميته من الناحية النظرية، حيث إنها تتخذ من الأعراض

النفسية المصاحبة لمرض السرطان موضوعًا لها، وتتناول العوامل السيكولوجية و

الاجتماعية المساعدة في ظهور المرض و تطوره كما نتناول أهم المتغيرين اللذين يساعدان

في التكيف مع المرض و العلاج المزمين ألا و هما **الملاءمة العلاجية** و **تسيير**

الانفعالات ومن هنا تتوقع الباحثة أن تسد هذه الدراسة ثغرة في التراث البحثي وتضيف إلى

المعرفة المتوافرة فيما يتعلق بالاستجابات النفسية المرضية للأعراض الجسمية والفروق

الفردية بين المرضى ذوي نوعية الحياة المرتفعة و المنخفضة ، ومدى تأثير نوع الإصابة

بالسرطان في حدة الأعراض النفسية، وهي مجالات تحتاج إلى الكثير من الدراسات

لتمحيص المعلومات المتوافرة من قبل والإضافة إليها واقتراح المزيد من الدراسات والبحوث.
(ب) من الناحية التطبيقية:

وهي تتعلق بما قد يستفيد المتخصصون في امراض السرطان و لاسيما سرطان الثدي و كذلك المختصون في علم النفس السرطان وفي مجال العلاج والإرشاد النفسي والمهتمون بالتعامل مع مرضى السرطان من مثل هذه الدراسات في معرفة الأعراض النفسية التي تعترهم وكيفية التعامل مع أولئك المرضى من الناحية النفسية لزيادة كفاءة التأهيل والعلاج و تطوير برامج التربية العلاجية.

الفصل الاول

اسرطان-تعريفه-انواعه-علاجه

أصبح مرض السرطان عموما و سرطان الثدي خصوصا من الأمراض الأكثر انتشارا في دول العالم النامية و المتطورة على حد سواء.و يعتبر سرطان الثدي احد أنواع السرطان المنتشر بين النساء باختلاف أعمارهن.و بعدما كان هذا المرض يكتسي صبغة المرض القاتل أصبح مرضا مزمننا نظرا لتقدم الطب في مجال العلاجات الكيميائية و الإشعاعية و الهرمونية بالإضافة إلى تقدم التدخلات النفسية من خلال العلاج النفسي و التربية الصحية و التربية العلاجية و يتبلور التدخل النفسي من خلال المراحل الخمسة التي يمر بها المرض و هي التشخيص و بداية العلاج و المراقبة الطبية و إمكانية الانتكاسة و المرحلة النهائية. و لعل مفهوم الاستجابة لهذا النوع من الأمراض طويلة الأمد تتخذ نوعا من الاستمرارية و الازمان حيث تصاحب مرض السرطان عامة و سرطان الثدي انعكاسات و أثارا عديدة و متنوعة و تأخذ أشكالا مختلفة و هي بيولوجية و سيكولوجية و اجتماعية و لعل من بين هذه الانعكاسات نجد القلق و الاكتئاب و تشوه العمليات المعرفية و تدهور نوعية الحياة و تشوه الصورة الجسدية و انخفاض تقدير الذات و ظهور بعض المشاكل الاجتماعية مثل الطلاق و البطالة و فقدان الدور الاجتماعي و لعل ثقل أعراض السرطان و علاجه و كذلك مختلف الانعكاسات التي تصاحبه بالإضافة للأسباب المختلفة التي تسببه أضحي الاهتمام بتطوير استراتيجيات طبية و جراحية و تدخلات سيكولوجية ضرورة قصوى نظرا لمعاناة هؤلاء المرضى و عائلاتهم و حتى المشرفين على علاجهم من أطباء و ممرضين .

1تعريف السرطان:

كلمة سرطان Cancer، مستمّدة من الكلمة اليونانية "كارنيكوس"، وتعني السلطعون البحري، و هو عبارة عن مرض يتميز بتكاثر سريع و عشوائي لخلايا غير طبيعية و التي لها القدرة على اجتياح و تدمير الأنسجة السليمة. (ملحم حسن، 1998، ص 53) فهو تعبير عام عن مجموعة من الأمراض، التي تتميز بالنمو الفوضوي و غير المنضبط للخلايا، عادو وبشكل طبيعي إن الخلايا التي تكون أنسجة الجسم تبدل نفسها في

نظام متناسق، بحيث تعيد توالد الخلايا بشكل يتناسب مع حاجة النمو و تضמיד الجروح، و عندما تصبح عملية النمو بشكل لا يمكن السيطرة عليها فإن الخلية الواحدة تقوم بالإنقسام إلى خليتين و تلك الخليتين إلى أربعة خلايا، و هكذا...، و يصبح النمو مفرطاً و كبيراً و يتطور نمو مجموعات من الخلايا غير الطبيعية، و في معظم أنواع السرطان تصبح هذه الخلايا أوراماً تغزوا الأنسجة و الأعضاء المحيطة بها، و بذلك تحل محل الأنسجة الطبيعية و تدمرها بواسطة عملية تسمى النمو الإنبثائي (انتقال الداء من مركزه الأساسي في الجسم إلى مراكز أخرى)، و يمكن لخلايا السرطان أن تنتقل من خلايا الدم أو الجهاز اللمفاوي. (مالكوم.ك، 1992، ص 20)

و حسب المنظمة العالمية للصحة، السرطان مصطلح يدل على التكاثر الخبيث الذاتي والعشوائي للخلايا ويؤدي إلى تشكيل الأورام التي يمكن أن تغزو الأعضاء القريبة أو البعيدة محطمة الأنسجة السليمة. (OMS, 2007, P 37)

فالسرطان مرض مزمن، يبدأ في خلية واحدة من خلايا الجسم، ويكون نتيجة للتكاثر العشوائي واللامحدود للخلايا المكونة لأي نسيج من أنسجة الجسم، و تكمن خطورته في إمكانية انتشاره إلى سائر الجسد عبر الأوعية اللمفاوية أو الدموية، لتدمر خلايا الأنسجة السليمة، و تفقدتها تخصصها الوظيفي. و فيما يلي سنحاول التطرق لسرطان الثدي على وجه الخصوص.

1-تعريف سرطان الثدي:

هو سرطان يصيب الغدة الثديية عند المرأة، يكون غالباً على شكل Adenocarcinome أو ما يسمى بسرطان النسيج الغددي، و أحياناً على شكل Sarcome و الذي يصيب النسيج الضام. (LEMAIRE.V et al, 2002, P 837)

من هذا التعريف لسرطان الثدي يتضح أن نوع السرطان في هذا العضو، يختلف حسب النوع النسيجي المصاب، الشيء الذي يجعل الكفالة الطبية تختلف من نوع لآخر، ولذا ارتأينا ان نتطرق إلى نظرة عامة عن بنية الثدي.

2-4- البنية التشريحية و الفيزيولوجية للثدي:

يتموضع الثدي إلى الخلف على العضلة الصدرية، هو عضو غدي ذو إفراز خارجي، يتضمن تركيبة تشريحية تتموضع على الجزء الأمامي للصدر، و يأخذ الثدي شكل نصف دائري، تتوسطه الحلمة المحاطة بمنطقة مخضبة محببة تدعى "الهالة"، حيث أن البشرة في هذه المنطقة جد رقيقة و مشوهة بعض الشيء، بسبب فتحات الغدد الدهنية، الغدد العرقية، و بصيلات الشعر. و يتكون الثدي من عشرين فصا غدديا، مغلقة بنسيج دهني، القنوات المطرحة من هذه الفصوص تدعى القنوات الناقلة للبن، و التي تنتهي في الحلمة.

من الناحية الفيزيولوجية، يعتبر نمو الثدي أول علامة لبلوغ المرأة، و تستجيب الغدة الثديية للتقلبات الهرمونية أثناء الدورة الشهرية، فيزيد حجمها أثناء فترة ما قبل الحيض، بسبب تأثير الإستروجين، في حين ينخفض حجم الثدي بعد اليأس، أين تتوقف عملية إنتاج الإستروجين من طرف المبيضين.

و تتمثل الوظيفة البيولوجية الأساسية للثدي في إنتاج الحليب أثناء فترة الحمل، حيث يقوم كل من الجسم الصفر و المشيمية بإفراز البروجسترون، و التي تعمل على نمو الغدة الثديية و بالتالي اتساع الحلمتين، مباشرة بعد الولادة الثدي يفرز سائل مائي، و المسمى باللبن، هذا الأخير، و تحت تأثير هرمون البرولاكتين يختفي بعد اليوم الثالث من الولادة ليحل مكانه حليب الأم، و بالإضافة إلى الوظيفة الغذائية، للثدي كذلك وظيفة جنسية، و أخرى جمالية.

(LEMAIRE.V et al, 2002, P 836-837)

من خلال البنية التشريحية و الوظيفة الفيزيولوجية للثدي، يبدو ان السرطان يأتي يؤثر على هذين الجانبين الأساسيين، و من هنا تتمحور أعراض سرطان الثدي.

3- أعراض سرطان الثدي:

تتمثل اعراض سرطان الثدي عموما فيما يلي:

- جس كتلة أو منطقة متورمة لم تكن موجودة في السابق.
- انكماش الجلد (ظهور غمزة على الثدي) بطريقة عفوية، أو مفتعلة عند تحرك الذراعين، و/أو انكماش الحلمة.
- تغير علم في مظهر الثدي و حجمه.
- سيلان الحلمة، خصوصا إذا كان على شكل دم.
- شذوذ جلد الحلمة و/أو الهالة، يكون على شكل اكزيما.
- احمرار الجلد، أو مظهر جلد البرتقالة.
- الألم، رغم أنه نادرا ما يصاحب مرض السرطان.

(MIKOLAJCZAK. 2013, P87)

وأحيانا يمكن ان لا يظهر أي عرض من الأعراض المذكورة سابقا، ويتم الكشف عن المرض من خلال الفحص الإشعاعي للثدي. (LEMAIRE.V et al, 2002, P837)

و من هنا يبدو لنا جليا أن أفضل طريقة لتشخيص سرطان الثدي، هي الفحوصات الإشعاعية، و التحاليل الطبية اللازمة، من أجل وضع تشخيص قاطع.

4- تشخيص السرطان:

يتم الكشف عن مرض سرطان الثدي، إما من خلال فحص طبي روتيني، أو من قبل المرأة نفسها من خلال الفحص الذاتي للثدي، و يتم القطع النهائي في تشخيص المرض من خلال التصوير الإشعاعي للثدي (mamographie)، يتبع بفحص الموجات فوق صوتية

(echographie mammaire)، و أخيرا الخزعة من أجل فحص السائل تحت المجهر بحثا عن الخلايا السرطانية. (LEMAIRE.V et al, 2002, P837)

و يمكننا ان نلخص التشخيص وفقا للمراحل التالية:

- الفحص العيادي: من خلاله يبحث الطبيب عن الخصائص العيادية التي توجي إلى وجود سرطان، و التي تتمثل في الأعراض المذكورة سابقا، بالإضافة إلى علامات الإلتهاب المصنفة حسب التوجه التطوري، و التهاب العقد اللمفاوية الإبطية، و الفوق الترقوية (sus claviculaire).
- الفحص الإشعاعي للثدي (mamographie): هو أول فحص نقوم به، و يظهر الورم من خلال العتامة (opacite)، عدم الإنتظام البنيوي، و التكتلات الصغيرة (microcalcification). و حسب هذا الفحص يتم تصنيف سرطان الثدي حسب التصنيف الأمريكي لكلية الأشعة (American College of Radiology (ACR)
- فحص الموجات فوق صوتية للثدي (echographie mammaire): لا يمكن إجراء هذا الفحص إلا بعد كل من الفحص العيادي و الإشعاعي للثدي، فهو يسمح بأن يوضح بصورة أكثر دقة النتائج المتوصل إليها من خلال الفحصين الأولين.
- الخزعة (biopsie): التكفل بالسرطان يستلزم تحليل نسيجي، أو على الأقل خلوي، و هذا من أجل التعرف على نوع الورم و بالتالي اتباع العلاج المناسب.
- فحص الإمتداد (bilan d'extension): نقوم به بعد التأكد بأنه من نوع السرطان التسليي carcinome infiltrant، و تتمثل الأشعة و الفحوصات فيما يلي:

- أشعة الرئة.

- فحص الموجات فوق صوتية للبطن.

- .Sceintigraphie osseuse.

- و أخيرا قياس كمية علامات الورم في الدم (ACE, CA 15-3)، لا تستعمل في التشخيص، وإنما و عن كانت مرتفعة فإنها في هذه الحالة تستعمل لمراقبة العلاج المستعمل.

و أخيرا يتم تصنيف السرطان، و ذلك حسب حجم الورم، الإجتياح الغدي و الإنبثاث (Sami.s, 2012, pp 9-12) (TNM)

وبعد وضع التشخيص، و القيام بتصنيف الإصابة السرطانية، ننتقل إلى العلاجات الطبية المستعملة.

5-علاج السرطان:

تتم الكفالة الطبية بمريضات سرطان الثدي من خلال 4 علاجات أساسية، حسب نوع المرض:

-العلاج الجراحي: يعتمد أساسا على استئصال أكبر مساحة ممكنة من النسيج و العقد السرطانية، بالإضافة إلى مساحة كافية من الأنسجة السليمة المحيطة، و هذا من أجل التأكد النهائي من التشخيص، و تحديد العلاج المناسب، و نجد الجراحة المستعملة في سرطان الثدي مايلي:

-الجراحة الحافظة: ويتم خلالها استئصال الورم.

-الجراحة الجذرية: و يتم خلالها استئصال كل الثدي المصاب.

-جراحة تجويف الإبط: ويتم خلالها استئصال العقد اللمفاوية تحت الإبط، لتقادي الإستبثاث.

-الجراحة التجميلية: إعادة ترميم الثدي.

-العلاج الإشعاعي: و هو علاج يهدف إلى السيطرة على منطقة الورم، و الحد من خطر معاودة ظهور المرض على مستوى الثدي.

-العلاج الكيميائي: في البداية الأمر كان يستعمل مع السرطان في حالاته المتطورة أي في حالة انتقال المرض إلى مناطق أخرى من الجسم، و لكن اليوم أصبح العلاج الكيميائي في سرطان الثدي يستعمل حتى قبل العلاج الجراحي.

-العلاج الهرموني: أصبح العلاج الهرموني في سرطان الثدي ذو أهمية بالغة، و لأخذ قرار وصف العلاج الهرموني للمريضات، نعتد على بعض الشروط المهمة، و المتمثلة في و جود مستقبلات هرمونية إجابية، حالة المرأة قبل أو بعد مرحلة اليأس.

-العلاج الإستهدافي: هو عدواء انتقائي يهاجم الخلايا السرطانية عن طريق تحديد هدف معين (مورثة او مستقبلات البروتين)، و الحفاظ على أكبر عدد ممكن من الخلايا السليمة.
(Sami.s, 2012, pp 15-16)

طبيعة العلاج المستعمل يختلف وفقا لنوع الإصابة السرطانية على مستوى الثدي، و المرحلة التي وصل إليها.

6-أنواع سرطان الثدي:

لسرطان الثدي نوعين أساسيين، يعتمدان على تموقع الورم و انتشاره، ضف إلى النوع المختلط، و النوع الإلتهابي، و هي كما يلي:

-السرطان الموضعي/ غير غازي (carcinome in situ/ non-infiltrant): و في تبقى الخلايا محصورة في مكان تكونها، فنجد سرطان القنوات الموضعي (carcinome canalaire in situ)، و هو أكثر السرطانات الموضعية انتشارا، و تبقى خلاله الخلايا السرطانية ضمن القنوات، و نجد كذلك السرطان الفصيبي الموضعي (carcinome lobulaire in situ)، و يحدث في أحد الثديين أو كلاهما، و له قابلية أكثر لأن يصبح غازيا مقارنة بسرطان القنوات.

-السرطان الغازي (carcinome infiltrant): و فيه تنتشر الخلايا السرطانية عبر القنوات أو فصوص منذ البداية في انسجة الثدي المحيطة به، ثم تنتقل إلى الغدد اللمفاوية

أو الدم، منه إلى أجزاء أخرى من الجسم مثل الرئة، الكبد، العظام، و الدماغ، و غالبا ما يكون سرطان القنوات الغازي اكثر انتشارا مقارنة بالسرطان الفصيصي الغازي، و نجد كذلك أنواع أخرى نادرة كالسرطان الأنبوبي (tibulaire) ، النخاعي (medulaire)، و الحليمي (papilaire).

-الأورام المختلطة: و هي اورام مكونة من خلايا سرطانية غازية على مستوى القنوات و الفصوص، و يتم العلاج في هذه الحالة باعتباره سرطان قنوات غازي.

-سرطان الثدي الإلتهابي: يمس 1%-3% من أنواع سرطان الثدي عموما، و في هذا النوع من السرطان تنتشر الخلايا إلى قنوات العقد اللمفاوية، حيث يكون جلد الثدي ساخنا و له مظهر قشرة البرتقال، و له مآل خطير مقارنة مع سرطان القنوات الغازي، حيث أن حظوظ انتشاره إلى باقي أعضاء الجسم يكون أكثر.

(NCCN, 2011, PP10-13)

7-نوعية الحياة و السرطان:

كما أشرنا في الفصل السابق، فإن الإستراتيجيات العلاجية في مرض السرطان تعتمد أساسا على العلاج الجراحي، الإشعاعي، و الكيميائي، و التي حدث بها العديد من التطورات، من اجل محاربة المرض، و الوصول إلى بقاء المريض على قيد الحياة من دون انتكاسة، بمعنى تحقيق أقصى قدر ممكن من الفعالية العلاجات المستعملة.

و في هذا الإطار يرى كل من Macquart-Moulin.G و Auquier.P (1996)، أن قياس نوعية الحياة عند مرضى السرطان أصبح أمرا ضروريا من وجهة النظر الأخلاقية، و ذلك بتقديمهم لثلاثة أسباب رئيسية:

- التسمم الدوائي، و الأثر النفسي لبعض العلاجات.
- إذا ما تواجد تدهور في نوعية الحياة يجب علينا التساؤل عن القيمة الفعلية للفائدة من العلاج.

• صعوبة اثبات تفوق علاج دوائي جديد من حيث فعاليته على المرض.
و يضيف Livartousky (1996)، أن الهدف من العلاج في امراض السرطان ليس التماثل للشفاء، و إنما تحسين الحالة الوظيفية، و في بعض الحيات، و ببساطة اكثر تحسين حالة الصحة الذاتية.

و من اجل تقييم حالة الصحة الذاتية، أو نوعية الحياة يؤكّد كل من Rodray و Leplege (1998)، أنه يجب تقديم تعريف إجرائي، واضح، و موحد من أجل القيام بقياس كمي. فالإهتمام بنوعية حياة مرضى السرطان، هو أولاً و قبل كل شيء الاهتمام بالمرضى في كليته، فأغلب الباحثين اتفقوا على المجالات الأربعة، المقترحة من طرف Mercier و Schraub، و المتمثلة في:

- الرفاهية الجسمية (الإستقلالية، و القدرة الجسمية).
- عدم الراحة الجسمية (الأعراض، نتائج المرض و العلاج).
- الحالة النفسية (الإنفعال، القلق، الإكتئاب).
- المشاكل العلائقية (الاجتماعية، العائلية، و المهنية).

(RISPAL.E, 2002, P 74)

فالتأثير السلبي لمرض السرطان، و العلاجات المستعملة يمكن استنتاجه من المعطيات الجسمية، النفسية، و العلائقية. وقد شهدت نوعية الحياة في مجال مرض السرطان العديد من التطورات إلى أن وصلت إلى ما هي عليه الان، و حيث أصبحت هناك سلاّم خاصة و استبيانات بمرضى السرطان، خلال مختلف مراحل المرض.

1/8- وسائل قياس نوعية الحياة لدى مرضى السرطان:

سنة 1949، تم وضع مؤشّر من اجل اختبار الحالة الجسمية العامة، و استقلالية المرضى، و المسمى برمز Karnofsky، و الذي أصبح يستعمل في يومنا هذا بطريقة أكثر

إيجازاً، نفس الشيء بالنسبة لرموز التسمم من العلاج الكيميائي أو الإشعاعي، و التي سمحت بالإهتمام بالاثار الثانوية للعلاجات المستعملة، هذا ما جعل كل من Schraub و Mercier يؤكّدان أن هذه الرموز تقيم موضوعيا بعد واحد فقط من نوعية الحياة، و المتمثلة في البعد الجسمي، أو عدم الراحة الجسدية. (RISPAL.E, 2002, P 74)

و بالتالي اصبح حالياً من الممكن تكوين فكرة عامة عن شعور المريض الذي يكونه اتجاه مرض السرطان، و اتجاه الكفالة العلاجية، و هذا بفضل العديد من الوسائل التي تجمع مجموع أبعاد نوعية الحياة، حيث اننا حتى في مرض السرطان نستعمل نفس الوسائل المستعملة في تقييم نوعية الحياة عموماً، فنجد: الوسائل المباشرة و المتمثلة في المقابلات العيادية الفردية (غير موجهة، نصف موجهة، و الموجهة)، و مقابلات جماعية، بالإضافة إلى وسائل غير

مباشرة، أو تكميمية أين نجد السلم البصرية التناظرية، و السلم القطعية، في هذه الأخيرة نجد:

- السلم العامة: وهي تحوي الإستبيانات المستخدمة في الصحة والمرض، من بينها:
 - استبيان SF-36: هذا الإستبيان موجه لكل الشخصا في صحة جيدة، أو المرضى، حيث أن هذا الإستبيان يسمح بالمقارنة بين مختلف الأمراض العضوية، و ارجاعها إلى عينة من الأشخاص السليمين. و يقيس الجوانب الثمانية التالية: النشاط الجسدي، الحياة و العلاقات مع الاخرين، الآلام الجسدية، الصحة المدركة، الحيوية، الحدود الراجعة إلى الحالة النفسية، الحدود الراجعة إلى الحالة الجسمية، الصحة النفسية.

هذا الإستبيان لا يحوي على بنود خاصة بمرض محدد، و هو ليس دقيق بما فيه الكفاية لتقييم الأثر الخاص للتدخل.

- استبيان EuroQol 5D: هو استبيان أوروبي لقياس نوعية الحياة، سهل و سريع التطبيق، يحوي 5 بنود تمثل خمسة أبعاد (الحركة، الرعاية الذاتية، النشاط المعتاد، الآلام و عدم الراحة، القلق و الإكتئاب).

- استبيان WHOQOL: وضع من طرف المنظمة العالمية للصحة، في نسخته الكاملة يستكشف ستة مجالات: الصحة الجسمية (الطاقة و التعب، الألم و عدم الراحة، الراحة و النوم)، الصحة النفسية (الصورة الجسدية و المظهر، المشاعر السلبية، المشاعر الإيجابية، تقدير الذات، التفكير، التعلم، الذاكرة و التركيز)، مستوى التعبية (الحركية، نشاطات الحياة اليومية، التعبية للأدوية أو للمستعدة الطبية، القدرة على العمل)، العلاقات الاجتماعية (العلاقات الاجتماعية، المساعدة الاجتماعية، النشاط الجنسي)، البيئة (الموارد المالية، الحرية و الأمن، توفر و نوعية نظام الرعاية...)، و أخيرا الجانب الروحاني و المعتقدات الشخصية.

● السلاالم الخاصة: طوّر المختصون في أمراض السرطان، و المختصين في القياس النفسي، استبيانات للتقييم الذاتي تتوافق و مرض السرطان، و التي تحوي العديد من الأسئلة لاستكشاف الجوانب المتعددة لنوعية الحياة، و التي لا تكون طويلة حتى لا نتعب المريض، و قد ظهرت هذه الإستبيانات في مختلف دول أمريكا الشمالية و أوروبا، بما فيها فرنسا، إيطاليا، و سويسرا. و يمكننا تلخيص وسائل القياس الخاصة لنوعية الحياة عند مرضى السرطان في الجدول التالي:

الأبعاد المستكشفة	عدد البنود	الأداة الخاصة بمرض السرطان
جسدية، نفسية، العلاقة مع البيئة.	22	Flic (Schipper H, 1984)
15 5 سلالم الوظيفية و 9 سلالم تخص الأعراض+1سلم الصحة العامة الجسمية، الاجتماعية، المعرفية، الوظيفة الشخصية و النفسية، حالة الصحة العامة التعب، الغثيان، القيء، الألم، ضيق التنفس، ارق، الشهية، الإمساك، الإسهال، المشاكل المالية.	2+28 بين 13 و 38 حسب الإستبيانات الثانوية	EORTC QLQ-30C (Arenson 1993) + الإستبيانات الثانوية (الثدي، الرئة، المريء، الشرج، القولون، المعدة، البروستاتا، الأورام الدماغية، المسالك الهوائية الهضمية العليا)
5 الجسمية، العائلية و الاجتماعية، العلاقة مع الأطباء، الراحة النفسية، الراحة الإنفعالية.	5+29 ما بين 7 و 20 حسب الإستبيانات الثانوية	(Cella FACT G3 DF1993)+ الثانوية (الثدي، الأورام الدماغية، القولون، عنق الرحم، المريء، المبيضين، فقر الدم، التعب...)
4 نفس الشيء مع حذف بعد العلاقة مع الأطباء		FACIT
5 الأعراض الجسمية، الراحة الجسمية، الراحة النفسية، الراحة الوجودية، الدعم	1+16	Mac Gill QLQ soins palliatifs (Robin Cohen S,1997)

جدول رقم (1): وسائل القياس الخاصة بنوعية الحياة لدى مرضى السرطان

2/8- فوائد قياس نوعية الحياة لدى مرضى السرطان:

إن استعمال قياس نوعية الحياة بالنسبة لمرضى السرطان يمكّننا من:

- دراسة تأثير السرطان و علاجاته حياة المرضى.
- تقدير نوعية الحياة هي مهمة في الكشف عن المعاناة النفسية و الاجتماعية للمرضى.
- بالنسبة للتقييم العلاجي فإن معرفة نوعية الحياة يساهم في أخذ القرارات أثناء العلاج مثل اختيار الدواء.

3/8- نوعية حياة مريضات سرطان الثدي:

نوعية حياة مريضات سرطان الثدي ترتبط بالمضاعفات الثانوية للمرض و للعلاجات المستعملة، فمن جهة نجد الآثار الجسمية و المتمثلة في الوذمة اللمفية Lymphodeme، تقيّد حركة الكتف، زيادة في الوزن، انقطاع الدورة الشهرية، و مشاكل على مستوى القلب، و من جهة أخرى نجد الآثار النفسية، و من بينها القلق، الإكتئاب، الصورة الجسدية، و التعب، و من جهة ثالثة هناك الآثار الاجتماعية، وهي الكثر صعوبة أثناء التقييم.

(MARCIER.M et SCHRAUB.S, 2005, P420)

و يعتبر علم نفس السرطان (la psycho-oncologie)، من بين أهم الإختصاصات التي تساهم في تحسين نوعية حياة مرضى السرطان، و التخفيف من الآثار النفسية المصاحبة للمرض.

الفصل الثاني

الضغط النفسي واستراتيجيات المواجهة :

1 - الضغط النفسي :

تمهيد :

يعد الاهتمام بالضغط ومصادره وأنواعه موضوعا هاما أشار إليه الباحثون في السنوات الماضية، وبشكل كبير، وهذا ما أسس لدراسات تعمقت بشكل أكثر في جوانب تأثيراته المختلفة على مستوى الصحة النفسية والجسمية، وكذا أساليب المواجهة والتعامل مع هذا الضغط، خاصة إذا علمنا أن الضغوط النفسية يمكن أن تتحول بفعل تكرارها واستمرارها إلى مصدر مهدد لأمن وتوازن الفرد في ظل غياب أو عجز الفرد عن مواجهتها والتعامل معها.

وتمثل الضغوط التي يتعرض لها الإنسان في العصر الحديث ظاهرة جديدة بالاهتمام، وهذا لما لها من خطورة وتأثير على كثير من جوانب حياة الفرد والمجتمع، ولما تسببه من تكاليف باهظة من جراء علاج الأمراض والمشكلات التي تنجم عنها أو تترافق معها (جمعة يوسف، 2004)

ويشير كلاوس شويح، غيرت شراينكه (2006) إلى أن مفهوم الضغط يلعب دورا مهما في فهم واستيعاب علاقات الإنسان المتبادلة المركبة بمتطلبات بيئته المادية والاجتماعية، هذه البيئة التي تبدلت في النصف الثاني من القرن العشرين على نطاق لا سابق له في تاريخ البشرية، كما يؤكدان على أنه لا يمكن تقديم لمحة شاملة عن أبحاث الضغط إذ تقدر المنشورات العلمية حول الضغط في هذه الأثناء ما يزيد عن 140000.

1 - تعاريف الضغط النفسي :

يواجه الباحثون عادة مشكلات تتعلق بالتعاريف، تنتج في بعض الأحيان عن ندرة التعاريف وفي أحيان أخرى من تعددها، ومحاولة الوصول إلى تعريف متفق عليه. ومشكلة تعريف الضغوط يعد من النوع الثاني، حيث اختلف الباحثون في تعريفها ما بين النظر إليها على أنها مثيرات أو استجابات أو تفاعل بين الفرد والبيئة. (جمعة يوسف، 2004)

ويعتبر لازاروس Lazarus أول من قدم وجهة النظر النفسية للضغط، حيث عرف الضغط Stress بالشيء الذي يقيّمه الفرد بأنه ضار أو مهدد أو متحد (Camille et al , 1992).

ولقد وضع لازاروس فكرة التقييم Appraisal وذكر نوعين للتقييم هما :

1 - التقييم الأولي Primary Appraisal :

ويقصد به تقييم الفرد للحدث هل هو سلبي أم إيجابي أم عادي، فإذا أدركه الفرد بأنه سلبي يقوم بتقييمه هل هو ضار Harm أو مهدد Threat أو متحد Challenge .

2 - التقييم الثانوي secondary appraisal :

ويقصد به لازاروس تقييم الفرد لإمكاناته الشخصية والمادية والاجتماعية لمواجهة الحدث الذي قيّمه كحدث ضاغط، ويعتبر لازاروس أن التوازن بين نوعي التقييم هو : الحكم على مدى إدراك الضغوط، فحين يكون الضرر أو التهديد أو التحدي أعلى من إمكانات مواجهة Coping Resources فإن الفرد سوف يدرك الضغوط وتظهر لديه ردود فعل الضغوط النفسية (رفيق عوض الله، 2004).

يؤكد ريس Rees، 1976 أن أحداث الحياة الضاغطة هي في الحقيقة عبارة عن مشيرات في البيئة الداخلية أو الخارجية، تتسم بالشدة والاستمرارية بما يتقل القدرة التكيفية للكائن الحي، وينعكس أحيانا على عدم اتزان سلوكه وسوء تكيفه، وبقدر استمرار الضغوط النفسية يكون ما يتبعها من استجابات جسمية ونفسية غير صحية.

من جهته يذكر روث بروس Ruth Bruce (1997) أن الضغط هو استجابة فزيولوجية، عقلية وانفعالية غير مرغوبة تظهر بفعل أحداث لا يمكن التكيف والتوافق معها بشكل ناجح وفعال، كما يمكن أن يعتبر الضغط أنه الموضوع الذي نعتقد أننا غير قادرين على التكيف معه بشكل ناجح وفعال. وهنا يؤكد هذا التعريف على عامل التكيف أكثر مما يركز على مصدر الضغط بالإضافة إلى طريقة إدراك

الفرد. وينظر إليوت (1988) Eliote للضغط على أنه استجابة العضوية لأي حدث مدرك، واقعي أم خيالي، وهذا الحدث يستدعي استجابة تكيفية وإلا يُشكل صعوبات للفرد. أما العامل الضاغظ فلا يعتبر السبب المفجر لعملية الضغط وقد يكون هذا العامل فزيائيا (حادث، عملية جراحية ...) كما يمكن أن يكون عقليا وانفعاليا، وهنا تتدخل عوامل أخرى كالعائلة، الظروف الاجتماعية، الاقتصادية ... وهذه العوامل الضاغطة لها خصوصيات فردية أيضا، وهذا ما يفسر لنا لماذا لا يستجيب بالضرورة جميع الناس وبنفس الطريقة لنفس الأحداث والظروف (Jean Boland, 1996).

يظهر لنا التعريف السابق أن مصادر الضغط تختلف من فرد لآخر وهذا ما يفسر اختلاف استجابات الأفراد لها .

ويذهب جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفاقي (1995) (نقلا عن بشرى إسماعيل، 2004) إلى أن مصطلح الضغط يشير إلى حالة من الإجهاد الجسمي والنفسي والمشقة التي تلقي على الفرد بمطالب وأعباء عليه أن يتوافق معها، وقد يكون الضغط أو الانعصاب داخليا أو بيئيا، وقد يكون قصيرا أو طويلا، وإذا طال هذا الضغط أو فرط فقد يستهلك موارد الفرد ويتعدها ويؤدي إلى انهيار أداء الوظائف المنظم، أو يؤدي إلى التفكك. ومن أنواع المواقف التي تنتج عن هذا الانعصاب، الاحباطات، والحرمانات، والصراعات والضغوط، التي قد تكون داخلية المصدر أو خارجيته.

كما يمكن أن يعرف الضغط على أنه درجة استجابة الفرد للأحداث أو المتغيرات البيئية في حياته اليومية، وهذه المتغيرات ربما تكون مؤلمة تُحدث بعض الآثار الفزيولوجية، مع أن تلك التأثيرات تختلف من شخص لآخر تبعا لتكوين شخصيته وخصائصه النفسية التي تميزه عن الآخرين والتي يعبر عنها بالفروق الفردية (سعد الإمارة -ب- 2001).

وعلى الرغم من الكتابات المختلفة حول الضغوط النفسية من جانب المهتمين بالصحة النفسية والبدنية إلا أن عبارة أو مفهوم الضغط أو الضغوط لا تعني الشيء نفسه لهم جميعا. ومع ذلك يمكن

القول بأن العامل المشترك في تعريفات العديد من المهتمين والباحثين في المجالين المذكورين هو الحمل الذي يقع على كاهل الكائن الحي Organism وما يتبعه من استجابات من جانبه ليتكيف أو يتوافق مع التغيير الذي يواجهه. وبما أن التغيير هو إحدى الحقائق الثابتة في الحياة فإنه يمكن القول بأن التعرض للضغوط بدوره جزء من المعيشة اليومية للفرد (علي عسكر، 2003).

2- إدراك الضغط :

هناك عوامل متعددة تتواجد في مناحي الحياة المختلفة : في العمل، العلاقات الاجتماعية، الحياة العائلية، والناحية المالية، والظروف العامة للمجتمع، الأحداث العالمية، العادات السلوكية، تسبب الضيق والقلق للفرد.

والفرد في تفاعل مستمر مع أكثر من جانب ويلعب إدراكه الشخصي الذي من خلاله يفسر ويقيم المواقف التي تواجهه دورا مهما في درجة العبء الواقعة عليه من المصادر المختلفة، فهو يتأثر بأكثر من مصدر وبدرجات متفاوتة في أي لحظة من حياته.

يؤكد حسن عبد المعطي (1999) أن هناك تزايدا كبيرا في السنوات الأخيرة للتركيز على العوامل التي تتوسط العلاقة بين ضغوط أحداث الحياة والمرض .ويشير إلى أنه قد وجد أن كثيرا من الأفراد لا يمرون بأي أزمات جسدية أو نفسية مع تعرضهم لأحداث ضاغطة، ومن هنا عمدت الدراسات الحديثة إلى تشخيص مصادر المقاومة التي يستطيع الناس عن طريقها البقاء أصحاء رغم الظروف المضادة. وكان من بين المتغيرات التي لقيت اهتماما من الباحثين طريقة إدراك الفرد للأحداث التي يمر بها وتقييمه لها والأساليب التي يتبعها في مواجهة الأحداث الضاغطة.

ويتوقف إدراك الضغط النفسي حسب ريس (1976) Rees (نقلا عن حسن عبد المعطي، 1992) أحيانا على الطريقة التي يستجيب بها الفرد لبعض مواقف الحياة المختلفة وهذا بغض النظر عن

الإدراك الموضوعي أم غير الموضوعي، بالإضافة للموقف الضاغط الذي يمر به الفرد من حيث القوة والنوع وبحسب درجة التحدي.

كما توصل لازاروس وفولكمان (1984) إلى أن الإدراك الايجابي والسلبي لأحداث الحياة من المحددات الهامة للصحة النفسية فالأحداث قد تزيد من ثقة الفرد ومهارته للتعامل مع الأحداث المستقبلية بالنسبة لشخص ما وقد تكون ضاغطة وذات تحدي بالنسبة لشخص آخر، بينما تحدث تبرما بصورة روتينية لشخص ثالث، وهذا وفق التقييم المعرفي للفرد لكل حدث من الأحداث. وفي نفس السياق يؤكد لودنسلاجر و ريت (1984) ,Reit ,Laudenslager إلى أن الإدراك السلبي للأحداث الحياتية ومشاعر انعدام القوة وعدم التحكم فيما عندما يحدث للفرد قد يوقعه فريسة الاضطراب النفسي والجسمي، فالناس يمكن أن يتحملوا سنوات من الصعوبة إذا شعروا بأنهم يتحكمون في الأحداث أو على الأقل يتنبئون بها. من جهته يؤكد إيفانسفيك وماتسون (1987) ,Matteson ,Ivancevich أن الضغط ظاهرة إدراكية فردية، ويفترضان أن الضغط جزء من نظام معقد ودينامي للتفاعل بين الفرد وبيئته وهذا النموذج دائري Circul حيث ترتبط المواقف الضاغطة بالنتائج (بشرى إسماعيل، 2004).

بهذا يظهر أن مصادر الضغط لا تعتبر كذلك إلا إذا كان الفرد يدرك أنها مهددة وتضع حياته وتوازنه في خطر، وهذا ما يفسر الفروق بين الناس في الاستجابة لنفس مصادر الضغط.

II - استراتيجيات التعامل :

تمهيد :

يواجه الفرد في حياته الكثير من الظروف والمواقف الضاغطة ومن ثم يحاول التعامل معها من خلال إتباع أساليب عديدة للوصول إلى مرحلة التوازن والتوافق، إلا أن البعض قد يفشل في مواجهة هذه الضغوط والتعامل معها، وهذا يعود أساسا إلى الاختلاف القائم بين الأفراد واختلاف المواقف والأحداث الضاغطة بالإضافة إلى تنوع أساليب ومهارات التعامل مع هذه الضغوط.

ومن ثم يمكن القول أنه يوجد العديد من الأساليب التي يواجه بها الأفراد المواقف الضاغطة وهذا تبعا لاختلاف خصائصهم الشخصية.

وتشير كلمة إستراتيجية إلى نمط من السلوكيات والأفعال والتصرفات التي تستخدم لتحقيق أهداف معينة، بمعنى أنها عبارة عن مجموعة من الأفعال والإجراءات التي يستخدمها الفرد للتعامل مع المواقف الضاغطة.

واستراتيجيات التعامل مع الضغوط تكون هامة جدا في الأوقات التي يتعرض فيها الفرد لأحداث الحياة السلبية والضاغطة، وذلك لأنها تقلل من التأثيرات السلبية الناجمة عن الضغوط، وعلى هذا تهدف إدارة الضغوط إلى خفض الأحداث الضاغطة أو تغيير التقييم المعرفي الذي يصدر عن الفرد حيالها.

ويظهر أن الباحثين قد انغمسوا في البداية بدراسة المواقف الضاغطة والتركيز على الأحداث التي يمكن أن تهدد حياة الإنسان، وهذا ما أدى إلى الاهتمام بدراسة متغيرات الموقف على حساب المتغيرات الشخصية للفرد، ولكن في الثمانينات بدأ الباحثون يهتمون بالمتغيرات الشخصية للفرد لما لها من دور في التعامل مع الضغوط، فاهتموا بالتقييم المعرفي للفرد لمختلف المواقف المنطوية على الضغط ومصادر التغلب عليه، وأصبح كل من العوامل البيئية والنفسية مركز اهتمام الباحثين في دراسة أساليب التعامل مع الضغوط والتغلب عليها (وليد خليفة، مراد سعد، 2008).

1 - أهمية دراسة استراتيجيات التعامل :

يؤكد حسن عبد المعطي (1994) أن هناك تزايدا كبيرا في السنوات الأخيرة للتركيز على العوامل التي تتوسط العلاقة بين ضغوط أحداث الحياة والمرض، ويشير إلى أنه قد وجد أن كثيرا من الأفراد لا يمرون بأي أزمات جسمية أو نفسية مع تعرضهم لأحداث ضاغطة، ومن هنا عمدت الدراسات الحديثة إلى تشخيص مصادر المقاومة التي يستطيع الناس عن طريقها البقاء أصحاء رغم الظروف المضادة .

وكان من بين المتغيرات التي لقيت اهتماما من الباحثين طريقة إدراك الفرد للأحداث التي يمر بها وتقييمه لها والأساليب التي يتبعها في مواجهة الأحداث الضاغطة.

إن إدراك الفرد للضغط يعد من أهم الاستجابات الأولى لدى الفرد، واعتبر رد الفعل لذلك الضغط هو إدراك الفرد للتهديد المحتمل في المواقف الضاغطة، وهو اعتقاد الفرد بقدرته في مواجهة أو تجنب التهديد في ذلك الموقف وهو الجانب الأهم .

لقد زاد الاهتمام منذ عدة سنوات بالوسائل والطرق التي يلجأ إليها الفرد لدرء الخطر الذي يواجهه يوميا في حياته وسمى علماء النفس هذا بأساليب التعامل Coping وعندما يستخدمها الناس إنما يستجيبون بطريقة من شأنها أن تساعدهم على تجنب ذلك الموقف الضاغط أو الهرب منه أو حتى التقليل من شدته بغية الوصول إلى معالجة تُحدث التوازن . ولم ينصب الاهتمام على دراسة نوع واحد بعينه من الضغوط ، بل تمت دراسة أساليب التعامل مع الضغوط بأنواعها المختلفة وحسب نوعية الضغوط أو شدتها، فأسلوب التعامل مع النكبات التي تمر بالإنسان يختلف عن أسلوب التعامل مع الضغط الداخلي (عن سعد الامارة-أ- 2001)

وفي الحقيقة يعود الفضل في دخول مفهوم Coping إلى اللغة العلمية إلى لازاروس الذي قام بإدراجه عام 1966 في أبحاثه (Ghiglione et al, 1994) وهذا وفقا لافتراض فخر - مبدأ الثبات - الذي يشير إلى أن كل زيادة في التوتر النفسي يستشعرها الكائن كدرا، وكل نقص في التوتر يستشعره لذة، وبالتالي فالفرد مدفوع إلى تقليل التوتر أي مواجهة مصدر التوتر والمشقة.

فقد يكون من المجدي تجنب كل التوترات أو كل المواقف الضاغطة، لكن هذا مستحيل تماما، فكل فرد يواجه الضغوط في العمل، أو المشاحنات والمضايقات اليومية أو وفاة أحد أفراد الأسرة وغيرها من المصادر . ويمكن القول أنه حسب المراحل التي وضعها سيليه من زملة التكيف العام فإن المرحلة الثانية الخاصة بالمقاومة يتم فيها استخدام العديد من استراتيجيات المواجهة. فالتعرض للمواقف الشديدة

أو الضغوط المزمنة يسبب الاضطراب الانفعالي واعتلال الصحة الجسمية، ومن ثم فمن الضروري استعمال الاستراتيجيات الفعالة لمواجهة الضغوط (بشرى اسماعيل، 2004).

2 - تعاريف استراتيجيات التعامل :

بدأ الاهتمام بدراسة موضوع استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية منذ الستينات، وتعد دراسة مورفي (1962) Murphy من أوائل الدراسات التي استخدمت مصطلح التعامل مع الضغوط، وذلك للإشارة إلى الأساليب التي يستخدمها الفرد في تعامله مع المواقف المهددة بهدف السيطرة عليها، ومن الذين أسهموا في دراسة استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية كارل منينجر Carl Meninger الذي قام بدراسة السلوكيات التي يستخدمها الأفراد في تعاملهم مع الأحداث الضاغطة، فقد وصف استراتيجيات التعامل بأنها " حيل ووسائل تنظيم طبيعية سوية للضغوط " (رجاء مريم ، 2007).

ظهر المفهوم الأنجلو ساكسوني Coping على يد لازاروس بعد أن فشل نموذج سيليه الذي ركز على الاستجابات البيولوجية التي تنتج عن محاولة الشخص في التكيف مع المتطلبات البيئية (Paul - Etienne chipp et Klaus Scherer, 1992). وهذا المفهوم يشير أساسا إلى أساليب التعامل التي يقصد بها الطريقة أو الوسيلة التي يستخدمها الأفراد في تعاملهم مع الضغوط الواقعة عليهم، ويعرفها سبيلبرجر بأنها عملية وظيفتها خفض أو إبعاد المنبه الذي يدركه الفرد على أنه مهدد له. كما يعرف استراتيجيات المواجهة كوهين ولزاروس (نقلا عن سعد الامارة ب- 2001) أنها أي جهد يبذله الإنسان للسيطرة على الضغط.

وانتهى لازاروس ولونيني (1978) Lazarus ,Launier بتحديد مفهوم استراتيجيات التعامل كمؤشر لمجموعة من السياقات التي يلجأ إليها الفرد في تعامله مع الأحداث التي يدركها على أنها مهددة وهذا بهدف التحكم، التحمل أو تخفيف أثرها على توازنه النفسي والجسدي. (Paulhan ,Nuissier , 1994 Quintard ,Cousson ,Bourgeois).

يرى عبد الباسط لطفي (1994) أن أساليب المواجهة هي عمليات تحمل الضغوط ويؤكد أنها مجموعة من النشاطات أو الاستراتيجيات السلوكية أو المعرفية التي يسعى الفرد من خلالها لتطويع الموقف الضاغط وحل المشكلة أو تخفيف التوتر الانفعالي المترتب عليه. بينما يعرف سعد الامارة ب- (2001) استراتيجيات التعامل على أنها استراتيجيات تهدف أساساً إلى إحداث التوازن ومحاولة التخفيف من شدة الضغوط وهي استجابات يلجأ إليها الفرد سعياً للراحة والالتزان.

كما يمكن تعريف أساليب المواجهة حسب جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفاي (1989) على أنها سلسلة من الأفعال وعمليات التفكير التي تستخدم لمواجهة موقف ضاغط أو غير سار، أو في تعديل استجابات الفرد لمثل هذه المواقف. (حسن عبد المعطي، هشام عبد الله، 2002).

يعرف ماثيني وآخرون (Matheny et al (1966) استراتيجيات التعامل على أنها جهد صحي أو غير صحي، شعوري أو لاشعوري لمنع أو تقليل أو إضعاف الضغوط أو للمساعدة على تحمل تأثيراتها وبأقل طريقة مؤلمة. ويضيف عام (1986) أن استراتيجيات التعامل يمكن أن تكون جهود صحية أو غير صحية، شعورية أو لاشعورية لمنع أو تقليل أو إضعاف الضغوط أو للمساعدة على تحمل تأثيراتها وبأقل طريقة مؤلمة. كما يمكن النظر لأساليب المواجهة على أنها سلسلة من الأفعال وعمليات التفكير التي تستخدم لمواجهة موقف ضاغط أو غير سار أو في تعديل استجابات الفرد لمثل هذا الموقف (حسن عبد المعطي، 2006). كما يؤكد ماثيني وآخرون (Matheny et al (1986) بأن استراتيجيات التعامل تعبر عن الجهود السلوكية والمعرفية التي يقوم بها الفرد لخفض أو تحمل مطالب الضغوط، ويؤكد أن فاعلية جهود المواجهة التي يقوم بها الفرد تتوقف على سلوك المواجهة Coping Behavior ومصادر المواجهة Coping Resources، فسلوك المواجهة هو عبارة عن أفعال أو محاولات سلوكية ومعرفية يقوم بها الفرد في التعامل مع الضواغط، أي الاستجابات التي تصدر عن الفرد للتوافق مع الضواغط، في حين أن مصادر المواجهة عبارة عن الخصائص الفردية والاجتماعية والبيئية المتاحة للفرد

والتي تتيح له الاستجابة للموقف الضاغط وتقلل من احتمالية أن يتم تقييم الموقف كضاغط أو التي تسعى إلى تعظيم سلوك المواجهة الفعلية، ويتضمن سلوك المواجهة إعادة البناء المعرفي وخفض التوتر واستخدام المهارات الاجتماعية والتنفيس Catharsis والبحث عن المعلومات ومراقبة الضغوط Stress Monitoring والاستجابات التوكيدية Assertiveness والتجنب والانسحاب والقمع والإنكار، أما مصادر المواجهة فهي تتضمن المساندة الاجتماعية والقيم والاعتقادات والثقة بالنفس ومركز الضبط وتقدير الذات وغيرها (طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006).

يضيف ستيتو (1991) Steptoe أن استراتيجيات التعامل هي مجموع الاستجابات التي يقوم بها الفرد بهدف التعامل مع الوضعيات الضاغطة، وقد تكون هذه الاستجابات من طبيعة معرفية أو انفعالية أو سلوكية.

أما كمال دسوقي (1988) فيعرف سلوك المواجهة Coping Behavior بأنه الفعل الذي يمكن المرء من أن يتوافق مع الظروف البيئية وهو السلوك الفاعل أو الإجرائي، فهو فعل فيه يتفاعل الفرد مع البيئة لغرض تحصيل شيء ما.

من جهته يعرف جابر عبد الحميد جابر وعلاء الدين كفاقي (1989) مفهوم المواجهة أنه أسلوب لمواجهة المشكلات الشخصية والتغلب على المصاعب، وأن سلوك المواجهة هو سلوك التصدي أو الكفاح الناجح، أي أنه تكيف شعوري أو لاشعوري يخفض التوتر في المواقف والخبرات الضاغطة. أما إستراتيجية المواجهة Coping Strategy فهي سلسلة من الأفعال وعمليات التفكير التي تستخدم لمواجهة موقف ضاغط أو غير سار أو في تعديل استجابات الفرد لمثل هذا الموقف. واللفظ عادة يتضمن الأسلوب المباشر الشعوري لمعالجة المشكلات في مقابل استخدام الحيل الدفاعية. (حسن عبد المعطي، 2006)

وفي نفس السياق يذهب فونتانا (نقلا عن حسن عبد المعطي، 2006) إلى أن أساليب المواجهة هي أساليب يمارسها الفرد للتعامل مع الأحداث التي يعايشها، فهي التدريب الذاتي كي تتطابق التقييمات المدركة للحدث مع الاستجابة للموقف لتكون هذه الاستجابة أكثر ايجابية في مواجهة الموقف الضاغط، وعندما تكون التقييمات المدركة صحيحة فسوف تقود تفكير الفرد ومعتقداته لتكون أكثر فاعلية وأقرب للواقعية في مواجهة الموقف الضاغط الذي يعايشه.

ويعرف برر وآخرون (1993) Burr et al استراتيجيات التعامل بأنها عبارة عن الإجراءات والسلوكيات التي يستخدمها الفرد للتكيف مع الضغوط، فالمواجهة هي شيء ما يفعله الشخص عندما يواجه موقفا ضاغطا.

في نفس السياق يذهب فيلمنج وآخرون (1984) Felmmaing et al في تعريفه لاستراتيجيات التعامل بأنها جزء مركزي في عملية الضغوط، وهي تبين كيف يدرك الأفراد ويستجيبون للضواغط، وعلى هذا فهي تتضمن جميع الاستجابات التي يقوم بها الفرد تجاه الخطر وأي شكل من التهديد، فهي توجه إلى خفض الضغوط كليا، وتتضمن أي محاولة للتقليل أو لتجنب التعامل مع الآثار الناجمة عن الضواغط. من جهتهما يؤكد موس وشيفر Moos, Schaefer أن استراتيجيات التعامل هي أساليب شعورية يستخدمها الفرد في التعامل مع الضغوط، وأن طريقة استخدام أساليب التعامل إما أن تكون إقدامية أو إجمامية، وأن لهذه الأساليب الإقدامية والاحجامية جانبين أحدهما معرفي والآخر سلوكي، ومن ثم يكون أسلوب الفرد وطريقته في مواجهة المواقف الضاغطة إقداميا معرفيا، أو إقداميا سلوكيا، أو يكون احجاميا معرفيا أو احجاميا سلوكيا (طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006).

ويرى كوكس (1985) Cox أن استراتيجيات التعامل هي صورة من سلوك حل المشكلة، وأن الضغط يكون نتيجة للفشل في حل المشكلة، وأن المواجهة تتضمن مجموعة من الاستراتيجيات المعرفية

والسلوكية التي يستخدمها الفرد في التعامل مع أحداث الحياة الضاغطة التي يتعرض لها ومع الخبرات الانفعالية الناتجة عنها .

ويرى إندلر وباركر (1990) أن المواجهة هي عامل مصد Buffer Factor يتوسط العلاقة بين الضغوط ونتيجة الضغط، أو بين مقدمات الأحداث الضاغطة والنتائج السلبية الناجمة عنها.

ويعرف ثوتس (1995) Thoits مهارات المواجهة Coping Skills بأنها مجموعة من المعلومات والسلوكيات الوجدانية والمعرفية والاجتماعية المكتسبة والتي يستخدمها الأفراد عند التعرض للضغوط، وهذه المهارات يمكن أن تكون فعالة أو غير فعالة، وهي تتضمن قدرة الفرد على إدراك الحدث وتقييمه وإعادة تقييم الفرد لما لديه من إمكانيات وقدرات للتوافق مع الحدث .

يؤكد ايفرلي (1989) Everly أنه يمكن الحديث عن إستراتيجية المواجهة للضغوط من ناحيتين مختلفتين وهي الناحية المعرفية وتعني التفكير في أساليب معرفية لإضعاف وتقليل معدل استجابة الضغط والثانية الناحية الفسيولوجية وتعني محاولة إعادة الاتزان لدى الكائن الحي. أما فريدنبرج ولويس (1993) Frydenberg , Lewis فيعرفان المواجهة بأنها مجموعة الأفعال المعرفية والوجدانية التي يقوم بها الفرد في الاستجابة للمواقف الضاغطة وذلك بهدف استعادة الاتزان للفرد أو محو الاضطراب والتوتر لديه، بمعنى محو المثير أو الموقف الضاغط أو التكيف معه (طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006).

اهتدى لازاروس وفولكمان (1984) Lazarus, Folkman من خلال الدراسات التي قاما بها إلى أن المواجهة هي كل الجهود السلوكية والمعرفية المتغيرة باستمرار والتي يتخذها الفرد في إدارة مطالب الموقف، والتي تم تقديرها من جانب الفرد على أنها مرهقة وشاقة وتتجاوز مصادره وإمكاناته، حيث أشار لازاروس وفولكمان إلى أن الضغوط تحدث عندما يدرك الفرد أن المصادر الداخلية والخارجية لديه تكون غير كافية للتوافق أو للتعامل مع المطالب البيئية، ولذلك يشعر بالتهديد، وعلى ذلك تنتج

الضغوط بعد أن يقوم الفرد بنوعين من عمليات التقييم المعرفي وهي عملية التقييم الأولي وتحدث عندما يقيم الفرد الموقف على أنه ضاغط ومهدد له، في حين أن التقييم الثانوي يحدد ما إذا كانت مصادر المواجهة المتاحة لدى الفرد سوف تخفف الموقف الضاغط أو لا .وكذلك تعمل على خفض الانفعالات السلبية التي يحدثها الموقف الضاغط أو لا، وعلى هذا فالمواجهة طبقا للنموذج التفاعلي عن الضغوط عند لازاروس وفولكمان Lazarus , Folkman هي عملية وليست سمة، وهي أيضا عملية أكثر من كونها نتيجة (طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006).

كما يشير فولكمان ولزاروس Lazarus , Folkman إلى أنه لا توجد استراتيجيات مواجهة سيئة فالشخص يحاول مواجهة المواقف الضاغطة ولكن إستراتيجية المواجهة التي يستخدمها ربما تكون غير فعالة وناجحة، ولكن عدم القدرة على مواجهة الضغوط المستمرة يؤدي إلى تثبيط الهمم لدى الفرد ونقص الدافعية، وطبقا لهذا فإن عملية التقييم المعرفي والمواجهة تلعب دورا حاسما في تحديد نتيجة المواجهة والتعامل مع المواقف الضاغطة في البيئة. وهذا يعني أن العلاقة بين الشخص والبيئة تتوسطها عملية التقييم المعرفي والمواجهة وأن عملية المواجهة تتأثر بمتغيرات الشخصية مثل القيم والأهداف واعتقادات الفرد عن ذاته وعن العالم من حوله وإدراك الفرد لمصادر الشخصية عند مواجهة الضغوط مثل المصادر المادية والصحية والمصادر الاجتماعية مثل شبكة العلاقات الاجتماعية للفرد، وأن الفروق الفردية بين الأفراد في هذه المتغيرات هي التي تفسر السبب في أن شخص ما قد يقيّم الموقف على أنه يمثل تهديدا له بينما يقيّم الشخص الآخر نفس الموقف على أنه يمثل تحديا له (طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006).

وينطوي تعريف لازاروس وفولكمان للمواجهة على عدة خصائص تتمثل فيما يلي :

- أن المواجهة عملية وليست سمة، بمعنى أن العلاقة بين الشخص والبيئة علاقة متبادلة ودينامية، فكل منهما يؤثر ويتأثر بالآخر، وكل منهما يسهم بدور فعال في تحديد سلوك

المواجهة لدى الفرد والتي تحدث كما أشار لازاروس نتيجة لتقييم الفرد لمعنى الحدث الضاغط.

• أن المواجهة تتحدد من خلال نتائجها وليس من خلال الافتراضات القبلية التي تشكلها على أنها توافقية وغير توافقية، وهذا يعني أن عملية المواجهة قد تكون فعالة أو غير فعالة بناء على نتائجها.

• هناك اختلاف بين المواجهة والسلوك التوافقي التلقائي، فالأفعال التلقائية التي يقوم بها الفرد إزاء المواقف التي يتعرض لها لا يطلق عليها مواجهة، فعندما يكون الموقف الذي يتعرض له الفرد مألوفا لديه فإن استجابة الفرد تصبح تلقائية تجاهه ولكن إذا كان الموقف جديداً فإن استجابات الفرد لا تكون تلقائية.

• عملية المواجهة هي نوعية وموقفية وليست عامة.

• المواجهة هي جهود تستخدم في إدارة المطالب البيئية يتضمن أن المواجهة تتكون من أي شيء يستطيع أن يفعله الشخص أو يفكر فيه لإدارة الموقف الضاغط بصرف النظر عن نجاح هذه الجهود التي يقوم بها الفرد، وهذا يعني أن المواجهة لا تكون قاصرة على الجهود الناجحة بل تتضمن كل المحاولات الهادفة التي يقوم بها الفرد لإدارة الضغوط بصرف النظر عن فاعليتها (طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006).

من خلال التعاريف المقدمة سابقا يمكن ملاحظة ما يلي :

- أن الناس لا يستخدمون دوما استراتيجيات ملائمة أو صحية فرما ينكرون الحقائق لدرجة أنهم يشوهون الواقع.

- أن الفرد ربما لا يكون واعيا أو مدركا للطريقة التي يستخدمها كي تصبح هذه الطريقة استراتيجية ثابتة للمواجهة .

- أن استراتيجيات المواجهة لا تزيل الضغوط تماما ولكنها تعمل على منع تفاقمها فهي تستهدف إضعاف أو تخفيف الضواغط وتأثيراتها الجسمية أو الانفعالية حتى لو تضمن ذلك بعض التكاليف (حسن عبد المعطي، 2006).

وحسب ما يشير إليه كوت وآخرون (1993) Côte et al (نقلا عن دوباين Dupain 1998) فإن تعريف استراتيجيات التعامل الذي قدمه كل من فولكمان ولازاروس يبقى لحد الساعة أكثر استعمالا في مختلف الدراسات.

ورغم تعدد التعاريف التي تناولت مفهوم استراتيجيات التعامل Coping إلا أنها تتفق في مجملها حول معنى مشترك وهو طريقة وأسلوب الفرد في التعامل مع الأحداث التي يعايشها.

3 - خصائص استراتيجيات التعامل :

إن التصور العام عن أساليب التعامل Coping مع الضغوط شامل ويحتاج إلى تفصيل، ويرى كثير من الباحثين أن أساليب التعامل هذه تعتبر :

1 - وسيلة تعديل أو محو الموقف الذي يزيد من حدة المشكلة التي تسبب الضغط.

2 - وسيلة التحكم الإدراكي واستدعاء الخبرات لتحديد المشكلة.

3 - وسيلة التحكم بالنتائج الانفعالية للمشكلة ضمن حدود الاستجابة الناجحة للحل.

4 - العوامل المؤثرة في تحديد استراتيجيات التعامل مع الضغوط :

تتأثر الطريقة التي من خلالها يقيم الفرد أحداث الحياة بمتغيرات وسيطة مختلفة، ولكي نفهم العملية التي من خلالها يقوم الأفراد بمحاولات للتعامل مع الأحداث والضغوط في بيئتهم فمن الهام أن نفهم المتغيرات الوسيطة التي تؤثر في تحديد سلوكيات المواجهة للضغوط لدى الأفراد. ففي العقود الماضية تعددت وجهات نظر العلماء حول استراتيجيات المواجهة للضغوط، فالبعض يرى أن عوامل الشخصية تعد بمثابة مؤشر جيد لاستراتيجيات المواجهة في حين يرى آخرون أن العوامل الموقفية هي التي تقوم بدور حاسم في التنبؤ باستخدام استراتيجيات المواجهة التي يستخدمها الفرد في مواجهة المواقف الضاغطة (طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006).

ويشير ويتجتون وكسلر (1991) Wethington, Kessler إلى أن الأفراد يختلفون في استخدام استراتيجيات المواجهة في الاستجابة للأحداث الضاغطة وأن هناك عوامل عدة تؤثر في اختيار إستراتيجية المواجهة، وهي تتضمن عوامل تتعلق بخصائص شخصية الفرد مثل نمط الشخصية ومركز الضبط وفعالية الذات والصلابة النفسية، وهناك عوامل أخرى موقفية ونوعية تتعلق بالموقف وتسهم إلى حد بعيد في تحديد استراتيجيات المواجهة وتتمثل هذه العوامل الموقفية في طبيعة الحدث الضاغط ونوعه من حيث هو مزمن أو حاد والجدّة، بمعنى أن الفرد قد يكون واجه هذا النوع من الضغوط في الماضي أو أنها جديدة، وكذلك قدرة وقابلية الفرد على التنبؤ بحدوث الموقف الضاغط، بمعنى وجود علامات ومحاذير تدل على الحدث الضاغط، فضلا عن المدة التي يستغرقها الحدث الضاغط ودرجة التهديد والضرر والتحدي التي يدركها الفرد في هذا الموقف الضاغط وعدم التأكد المعلوماتي المحيط بالموقف، الذي يشير إلى احتمالات نقص المعلومات أو عدم الوضوح والقدرة على تفسير ما يحدث، وكذلك المساندة الاجتماعية التي يتلقاها الفرد من الآخرين، فكل ذلك يؤثر بدور كبير في تحديد نوع استجابة المواجهة للموقف الضاغط، وإضافة إلى ذلك فإن المتغيرات الديمغرافية مثل النوع والعمر الزمني

والمستوى الاقتصادي والاجتماعي تؤثر هي الأخرى في تحديد نوع إستراتيجية المواجهة التي يستخدمها الفرد إزاء الموقف الضاغط.

ويعني هذا أن أساليب التعامل مع المواقف الضاغطة، تختلف بين الأفراد وهذا باختلاف خصائص وطبيعة الموقف الضاغط واختلاف المتغيرات الديمغرافية ومتغيرات الشخصية لديهم (طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006).

5- خصائص الشخصية القادرة على التعامل مع أحداث الحياة الضاغطة :

من الثابت أن مدى تأثير الضغوط في الصحة يتوقف على طبيعة الشخصية وما تتصف به من قدرة على تحمل الإحباط أو المرونة أو مستوى التفاؤل (وليد خليفة، مراد سعد، 2008) وهذا ما جعل العديد من الباحثين يركزون على أهمية بعض الخصائص الشخصية التي يستفاد منها في برامج الرعاية والتكفل النفسي.

وقد توصلت نتائج أبحاث كوباسا (Kobassa(1981 إلى وجود نمط الشخصية الذي يتسم بالقوة والمثابرة وقوة الاحتمال والذي يستطيع تحمل الآثار السلبية التي تحدثها أحداث الحياة الضاغطة ويستطيع مواجهتها بصورة ايجابية ومنطقية، تتسم مع طبيعة تلك الأحداث، بحيث لا تترك أية آثار سلبية على الجوانب الجسمية والنفسية للفرد. فالأشخاص شديد و الاحتمال والمثابرة ميالون إلى حب الاستطلاع في التعامل مع تلك الأحداث ويتوقعون التغير في ظروف تلك الأحداث، وينظرون إليها كأنها جزء من أسلوب الحياة اليومية ولا بد من مواجهتها بصورة ايجابية تفاعلية تتسم بالتفاؤل. أما الأشخاص الأقل تحملا لتلك الأحداث الضاغطة فإنهم يجدون أنفسهم سلبيون في مواجهة تلك الأحداث وينظرون إليها بأنها مهددة لكيانهم النفسي والاجتماعي، وعندما تقع عليهم تلك الأحداث الضاغطة تسبب لهم مشاعر التشاؤم والتوتر وتفقدهم القدرة على التقييم الموضوعي والمعرفي لمصادر وطبيعة تلك الأحداث، وتترك تلك الأحداث آثارا سلبية على الصحة النفسية والجسمية .

وتؤكد نتائج أبحاث (Kobassa,1981) على بعض المقومات الأساسية التي تتوفر في الشخصية القادرة على مواجهة أحداث الحياة الضاغطة والقادرة على التفاعل معها بصورة ايجابية وهي تتسم بالخصائص التالية :

1- الالتزام Commitment :

ويشير إلى شعور الفرد بالالتزام في أسلوب حياته اليومية والمشاركة الايجابية مع الآخرين وبالتفاعل البناء في علاقاته مع البيئة المحيطة به.

2- التحدي Challenge :

وتشير إلى رغبة الفرد في اكتساب خبرات جديدة والتعامل مع هذه الخبرات بتصرفات سلوكية ناضجة ويكون قادرا على مواجهة الأحداث الضاغطة بصورة ناضجة وواقعية تتسم بالتحدي والانتصار عليها .

3- التحكم والضبط Control :

ويشير إلى إحساس الفرد بالقدرة على التحكم في كيانه النفسي والاجتماعي في مواجهة تلك الأحداث الضاغطة ومحاولة السيطرة على العوامل المثيرة لتلك الأحداث (علي عبد السلام علي، 2003).

6- أنواع استراتيجيات التعامل مع الضغوط :

تعدد تصانيف أساليب مواجهة الضغط يتفق مع افتراض أن المواجهة تسعى إلى تعديل أو تغيير العلاقة بين الفرد والبيئة لتخفيف الضرر الانفعالي، ويفترض النموذج المعرفي - التفاعلي للضغط نوعين للمواجهة هما :

1 - المواجهة الموجهة نحو الانفعال :

وفيها يحاول الفرد التحكم في مشاعره السلبية مثل الغضب والإحباط والخوف ... التي تسببها الأحداث الضاغطة (بشرى إسماعيل، 2004).

كما تهدف هذه النوعية من الاستراتيجيات إلى التحكم في التوتر الانفعالي الذي ينجم عن الموقف الضاغط عن طريق أساليب دفاعية مثل الإنكار... (رئيفة عوض، 2001)

2 - المواجهة الموجهة نحو المشكلة :

وفيها يحاول الفرد وضع خطط واقعية متماسكة للتفاعل، ويجهد نفسه للتحكم المباشر في المشكلة قدر المستطاع (بشرى إسماعيل، 2004). كما ترى رئيفة عوض (2001) أن هذه الاستراتيجيات تجعل الفرد يحاول الحصول على المعلومات الإضافية لحل المشكلة واتخاذ القرار بشكل معرفي أو تغيير الحدث ويظهر أن هناك العديد من التصانيف الخاصة باستراتيجيات التعامل مع الضغوط، فقد قسم ميدنيك وزملاؤه (Mednick et al (1975) ردود فعل التكيف للضغط إلى ردود الفعل الموجهة نحو المشكلة، وردود الفعل الموجهة نحو الدفاع، والاستجابات العصابية والذهانية، في حين صنفها موريس (1982) Morris إلى المواجهة المباشرة والمواجهة الدفاعية، أما ماثي وزملاؤه (1986) Matheny et al فقد صنفوا المواجهة إلى المواجهة الوقائية preventive coping والمواجهة القتالية compative coping في حين ذهب مارتين وزملاؤه (1992) Martine et al إلى تقسيمها إلى استراتيجيات المواجهة الانفعالية، والاستراتيجيات الموجهة المعرفية .

أما كوهين (1994) Cohen فقد قسمها إلى التفكير العقلاني، والتخيل، والإنكار، وحل المشكلة، والفكاهة، والرجوع إلى الدين، بينما يؤكد زيمباردو وفبير (1997) Weiber, Zimbardo أن تصنيفها ينظر إليه من خلال المواجهة الموجهة نحو المشكلة، والمواجهة الموجهة نحو الانفعال.

تذكر وايت (2000) White في تقسيمها لأساليب التعامل مع الضغوط أسلوبين أساسيين هما :

1- أسلوب المواجهة الانفعالية : الذي يقوم على المبالغة في الانفعالات للتعامل مع الضغوط ولمواجهة التهديد ومنها القلق والتوتر والخوف، كما تعتمد أساليب التعامل الانفعالية على التفكير السلبي حول الذات.

2- أسلوب المواجهة المتمركز حول المهمة : والذي يقوم على المواجهة الايجابية النشطة للضغوط النفسية، كما تعتمد هذه المواجهة على التفكير الايجابي حول المهمة والأفكار المرتبطة بكيفية مواجهتها والتعامل معها (حسن عبد المعطي، 2002).

ورغم هذه التصانيف المختلفة إلا أنها في الحقيقة تعطينا فكرة واضحة عن الضغوط وأساليب مواجهتها، وجميعها يؤكد على أن هناك مواجهة ايجابية بناءة تسعى لحل الموقف، بينما هناك استراتيجيات تسعى للهروب وإنكار الموقف الضاغط .

ويؤكد فولكمان ولازاروس بأن استراتيجيات التعامل المركزة على المشكل تشير إلى جهد موجه نحو تحديد المشكل وإيجاد الحلول ودراسة نتائج هذه الحلول، وفي النهاية يقوم الفرد باختيار أحد الحلول الذي يراه مناسباً ثم تنفيذه، وبالتالي فهذا النوع من الاستراتيجيات يهدف إلى تغيير الوضعية , Lazarus (Folkman 1984)

قام العديد من الباحثين ومن بينهم فولكمان ولازاروس (1984) Lazarus , Folkman بمحاولة إعداد استبيان لأنماط استراتيجيات التعامل متبعين في ذلك منهجية تقصي دقيقة من خلال المقابلات بهدف التعرف على مختلف أنواع الاستجابات الفردية حيال الوضعيات الحياتية (مختلف الجوانب الحياتية، المهنية، العائلية...) وبعد جمع المعطيات لاحظنا أن هناك اختلافات واضحة بين الأفراد وحتى عند الفرد نفسه.

وبعد القيام بتحليل عاملي على عينة من الأفراد، تبين أن هناك نمطين من استراتيجيات التعامل، النوع الأول مركز على الانفعال والثاني مركز على المشكل. وأثبتت الدراسات اللاحقة أن هذين النمطين مستعمل في الكثير من الوضعيات الضاغطة ونسبة الاستعمال تظهر نسبية، وهذا لارتباطها بتقييم الفرد للحدث (1994, Paulhan ,Nuissier ,Quintard ,Cousson ,Bourgeois).

بعدها حدد لازاروس وفولكمان (1984) Lazarus, Folkman استراتيجيات التعامل مع الضغوط في نوعين وهما استراتيجيات التعامل المركزة على المشكلة Problem – Focused Coping واستراتيجيات التعامل المركزة على الانفعال Emotion – focused coping، والنوع الأول من استراتيجيات المواجهة عبارة عن الجهود التي يبذلها الفرد لتعديل العلاقة الفعلية بين الشخص والبيئة ولهذا فإن الشخص الذي يستخدم أساليب التعامل التي تركز على المشكلة نجده في المواقف الضاغطة يحاول تغيير أنماط سلوكه الشخصي أو يعدل الموقف ذاته، فهو يحاول تغيير سلوكه الشخصي من خلال البحث عن معلومات أكثر عن الموقف أو المشكلة لكي ينتقل إلى تغيير الموقف، أما أساليب التعامل التي تركز على الانفعال فهي تشير إلى الجهود التي يبذلها الفرد لتنظيم الانفعالات وخفض المشقة والضيق الانفعالي الذي سببه الحدث أو الموقف الضاغط للفرد عوضاً عن تغيير العلاقة بين الشخص والبيئة، وتتضمن أساليب التعامل التي تركز على الانفعال الابتعاد وتجنب التفكير في الضواغط والإنكار، ويرى لازاروس أن لكل من هاتين الإستراتيجيتين أهدافها الخاصة، فإستراتيجية التعامل التي تركز على المشكلة تهدف إلى البحث عن معلومات أكثر حول الموقف أو المشكلة أو طلب النصيحة من الآخرين وإدارة المشكلة والقيام بأفعال لخفض الضغط، وذلك عن طريق تغيير الموقف مباشرة، أما استراتيجيات التعامل التي تركز على الانفعال فهي تتعلق بالاستجابات الانفعالية وتهدف إلى تنظيم الانفعالات السلبية التي تنشأ عن الحدث الضاغط الذي يواجه الفرد (طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين ، 2006).

يذكر لازاروس وفولكمان (1984) Lazarus, Folkman استراتيجيتين للتكيف مع الضغوط هما التركيز على المشكلة والتركيز على المشاعر والانفعالات، فإستراتيجية التركيز على المشكلة تتضمن بذل الفرد للجهود لحل المشكلة أو تغيير الموقف الصعب بطريقة فعالة، في حين إستراتيجية التركيز على المشاعر والانفعالات لا تغير المشكلة أو الموقف مباشرة ولكن تساعد على إعطاء معنى جديد ينظم

المشاعر والانفعالات التي يثيرها الموقف الضاغط. وتعتبر إستراتيجية التركيز على المشكلة أكثر فعالية لأنها ترمي إلى إزالة مصادر الضغوط بدلا من تحسين التأثير السلبي للضغوط (ماجدة عبيد، 2008). من حيث الدراسات العربية التي حاولت البحث في نوعية واستراتيجيات التعامل مع الضغوط، يبدو أنها انتهت إلى التصنيف الذي أسفرت عنه دراسات مختلفة نسوق بعضها اختصارا، وعلى رأسها ما انتهت إليه أبحاث حسن مصطفى (1994) الذي أكد أن تصنيف أساليب مواجهة الضغوط في المجتمع المصري يمكن أن تقسم إلى سبعة أساليب هي : العمل من خلال الحدث، الالتفات إلى اتجاهات وأنشطة أخرى، التجنب والإنكار، طلب المساندة الاجتماعية، الإلحاح والاقترام القهري، العلاقات الاجتماعية، وتنمية الكفاية الذاتية .

وتوصلت دراسة لطفي عبد الباسط (1994) إلى تقسيم استراتيجيات التعامل مع الضغوط إلى خمس فئات وهي : العمليات السلوكية الموجهة نحو المشكلة، العمليات السلوكية الموجهة نحو الانفعال، العمليات المعرفية الموجهة نحو المشكلة، العمليات المعرفية الموجهة نحو الانفعال، والعمليات المختلطة سلوكية - معرفية (بشرى إسماعيل، 2004).

7 - وظيفة استراتيجيات التعامل :

يؤكد فولكمان ولازاروس (1984) Lazarus, Folkman على أن استراتيجيات التعامل تهدف إلى وظيفتين أساسيتين :

- **الوظيفة الأولى :** تهدف هذه الاستراتيجيات إلى تعديل الانفعالات الناتجة عن الكآبة أو المحنة التي يجتازها الفرد، وهنا يتم الاعتماد بشكل واضح على الاستراتيجيات المركزة على الانفعال.
- **الوظيفة الثانية :** هذه الاستراتيجيات تعمل على معالجة المشكل المسبب للكآبة أو المحنة التي يجتازها الفرد وذلك بالاعتماد على استراتيجيات التعامل المركزة على المشكل.

هاتين الوظيفتين يظهر أنهما واضحتين من خلال الاطلاع على بنود المقياس الذي وضعه فولكمان ولازاروس Lazarus, Folkman وهي في مجملها مستعملة خلال التعرض للحوادث الضاغطة.

تعتبر طريقة الاستجابة للضغط عاملا أساسيا في تقسيم الناس إلى مجموعات متباينة حيث هناك من يتكيف مع الأمر وهناك من لا يتمكن من ذلك، وهذا بسبب أن البعض منهم يحاول تسوية الضغط عن طريق التخطيط أو التصدي وبالتالي فهم يحاولون حل المشكل، بينما يفقد البعض هذه الاستراتيجيات فيتجه صوب الانفعالات بهدف تعديل الموقف الضاغط، وهذا عن طريق التجنب أو التهرب أو اتخاذ مسافة أو غيرها من الاستراتيجيات المدرجة ضمن الاستراتيجيات المركزة على الانفعال (Lazarus, Folkman, 1984) .

➤ وظائف استراتيجيات التعامل المركزة على الانفعال :

ضمن هذا النوع من استراتيجيات التعامل يمكن أن نسجل مجموعة واسعة يدخل ضمنها اتخاذ مسافة، الضبط الذاتي، التهرب/التجنب، البحث عن السند الاجتماعي ... هذه الاستراتيجيات تؤثر بشكل واضح على الانفعال وهذا من خلال تغيير درجة الاهتمام، فمثلا إستراتيجية التجنب/التهرب تركز على أن مصدر عدم الرضا سوف يزول، ورغم هذا إلا أن هذا النوع من الاستراتيجيات في التعامل مع الضغوط يحقق درجة من التوافق المؤقت إذ تعمل من خلال وضع نشاط معرفي يحرف المعنى الذاتي للتجربة. وهذا النوع من الاستراتيجيات يسمح بتخفيض المستوى الانفعالي الناتج عن الموقف الضاغط إلا أنه في الحقيقة لا يحل المشكلة (Dantchev, 1989).

➤ وظائف استراتيجيات التعامل المركزة على المشكل :

فيما يتعلق بهذا النوع من استراتيجيات التعامل فيتم التركيز أساسا على تعديل وتغيير عناصر المشكلة بشكل مباشر سواء عن طريق التصدي أو التخطيط وهذان الأسلوبان يسمحان بتوفير وسائل للفرد تمكّنه من تحويل الموقف الذي يعيشه، الأمر الذي يسمح له بشكل غير مباشر من تغيير حالته الانفعالية (Dantchev, 1989).

8- الفروق بين نوعي استراتيجيات التعامل :

يشير فولكمان ولازاروس (Lazarus, Folkman (1984 إلى أن هناك اختلافا بين استراتيجيات التعامل التي تركز على المشكلة واستراتيجيات التعامل التي تركز على الانفعال، وينحصر ذلك في أن استراتيجيات التعامل التي تركز على المشكلة تتضمن جهودا لتعريف وتحديد المشكلة والبحث عن معلومات وخلق حلول بديلة للمشكلة وحساب التكاليف والفوائد (المزايا والعيوب) لهذه البدائل والاختيار من بين هذه البدائل البديل المناسب وتنفيذه، وقد يكون بعض من استراتيجيات التعامل التي تتركز حول المشكلة موجها نحو الذات مثل تنمية واكتساب سلوكيات جديدة أو تعديل مستوى الطموح لدى الفرد، أو تعلم مهارة جديدة، وبعض آخر من استراتيجيات التعامل التي تتركز حول المشكلة يكون موجها نحو البيئة مثل البحث عن معلومات ومحاولة الحصول على المساندة من الآخرين، المحيطين بالفرد. أما استراتيجيات التعامل التي تركز على الانفعال فهي تساعد الفرد على خفض الضغط الانفعالي، وبعض هذه الاستراتيجيات يتضمن عمليات معرفية مثل التجنب والتقليل من شأن المشكلة ولوم الآخرين وبعضها يتضمن استراتيجيات سلوكية مثل التأمل وتعاطي العقاقير، فاستراتيجيات التعامل التي تركز على الانفعالات منها ما هو ايجابي مثل التنفيس والدعابة والمرح والمساندة الاجتماعية ومنها ما هو سلبي مثل تعاطي المخدرات والعقاقير والتدخين وزيادة الأكل وغيرها (طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006).

ويشير لازاروس وفولكمان إلى أن كل من استراتيجيات التعامل التي تركز على المشكلة واستراتيجيات التعامل التي تركز على الانفعال تستخدم غالبا في معظم المواقف الضاغطة وأنهما قد

يسهل أو يعوق بعضهما بعضاً، وأن استراتيجيات التعامل التي تركز على المشكلة تكون مشابهة لاستراتيجيات حل المشكلة، فهي تتضمن البحث عن معلومات أكثر وتحديد العقبات والصعوبات وتوليد حلول بديلة للمشكلة، بينما استراتيجيات المواجهة التي تركز على الانفعال في المقابل تهدف إلى إدارة وتنظيم انفعالات الفرد من خلال استخدام عدة استراتيجيات فرعية مثل التجنب والإنكار والتقليل من الشأن وإعادة التقييم الإيجابي (طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006).

9- الأنواع الفرعية لاستراتيجيات التعامل حسب لازاروس وفولكمان :

من خلال نظريتهما أعد لازاروس وفولكمان Lazarus, Folkman استبيان أساليب المواجهة لقياس هذين النوعين الأساسيين من استراتيجيات التعامل مع الضغوط، ولقد توصلنا من خلال التحليل العملي لمفردات الاستبيان إلى ثمانية استراتيجيات فرعية يستخدمها الفرد في مواجهة الضغوط وهي مواجهة التحدي والابتعاد وضبط الذات والبحث عن المساندة الاجتماعية وتقبل المسؤولية والهروب أو التجنب وحل المشكلة والتقييم الإيجابي للموقف (طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006) هذه الاستراتيجيات يمكن أن تفسر كما يلي :

1 - إستراتيجية التعامل المركزة على مخططات حل المشكلة :

تشير إلى المجهودات المدروسة المركزة على المشكل بهدف تغيير الوضعية ويصاحبها تناول تحليلي عميق لحل المشكلة (Folkman ,Lazarus 1988).

كما يعد هذا النوع من المواجهة المركزة على مخططات حل المشكلة عملية محاولة يقوم بها الشخص للخروج من مأزق أو موقف ضاغط وهو نوع من السلوك المحكوم بقواعد يستحضر فيها الأشخاص معرفتهم السابقة (الشناوي و عبد الرحمان، 1998).

كما تعتبر هذه المهارة حسب لازاروس (1993) Lazarus محاولة للسيطرة بشكل مباشر على الموقف الضاغط عن طريق استعمال الفرد مصادره الذاتية في حل المشكلة ومواجهتها مباشرة، واتخاذ الإجراءات التي تخفف من تأثير الأحداث الضاغطة. وتتضمن تحليل المشكلة ووضع خطط أو بدائل حلول تؤدي إلى تغيير الموقف الضاغط بما يتناسب مع صحة الفرد النفسية والسلوكية، أي تعديل العلاقة المضطربة بين الفرد والمحيط .

ويعد أسلوب حل المشكلات بمثابة عملية معرفية انفعالية سلوكية يتمكن الأفراد بمقتضاها من تحديد واكتشاف أو ابتكار أساليب للتعامل مع مشكلات الحياة اليومية، وتعتبر في الوقت ذاته عملية تعلم اجتماعي أو أسلوب للتنظيم الذاتي، أو إستراتيجية عامة للمواجهة يمكن تطبيقها على عدد كبير من المشكلات. ويمكن الحديث عن مجموعة من الخصائص لهذه المهارة تتجلى في :

- يوجه الفرد نحو الهدف وإدراك العلاقات الأساسية في الموقف.
- يحقق التكامل والتنظيم للخبرات الماضية التي تمكن الفرد من تحديد المشكلة بشكل جيد تمهيدا للتوصل للحل المرضي.

- يتضمن عنصر الاختيار والقدرة على تقليب ضروب الفكر .
- يتضمن عنصر الاستبصار وإعادة تنظيم الخبرات في صورة حل كامل في ضوء العلاقة بين الوسائل والأهداف.
- يتطلب عنصر المرونة في تحديد الأهداف ووسائل تحقيقها والتنبؤ بكل الاحتمالات، ووضع الخطط بصورة يمكن تعديلها أو التحول عنها لخطط أخرى.
- يتضمن عنصر الإبداع والتفكير الابتكاري القائم على المرونة والأصالة والطلاقة.
- يضمن عنصر النقد وتقويم الافتراضات والحلول المبدئية، وتقييم البدائل والنتائج المترتبة عليها في ضوء أفضل الحلول وعوائق الاستخدام والخسائر المباشرة وغير المباشرة والمكاسب القريبة وطويلة الأجل (حسن عبد المعطي، 2006).

2 - إستراتيجية التعامل المركزة التصدي :

هو أسلوب من أساليب التعامل مع الضغوط يلجأ إليه بعض الناس وفقا لنمط الشخصية ويهدف هذا الأسلوب إلى تخفيف العقبات التي تحول بينه وبين التكيف والالتزان أو تحقيق الأهداف الآنية، ويكون واضحا جدا في حالات الأزمات والكوارث (سعد الامارة -أ- 2001).

3 - إستراتيجية التعامل المركزة البحث عن السند الاجتماعي :

تعرف بشرى إسماعيل (2004) المساندة الاجتماعية على أنها جميع الإمدادات التي يقدمها الآخرون للفرد لمساعدته على مواجهة الضغوط، فالمساندة الاجتماعية تنقل الإحساس بأن الفرد ليس لوحده في مواجهة الضغوط أو التهديد. وتشير إلى أن للمساندة الاجتماعية أنماطا عديدة، منها المساندة الانفعالية التي تعطي الإحساس بالحب والاهتمام والاشتراك مع الآخرين في علاقات والتزامات، وأيضا توجد المساندة المادية (المال، وسائل المواصلات، السكن...) والمساندة المعرفية (النصح، التغذية الراجعة الشخصية، المعلومات...).

يؤكد حسن عبد المعطي (2006) أنه يقصد بالسند الاجتماعي تلك العلاقات القائمة بين الفرد وآخرين و التي يدركها على أنها يمكن أن تعضده عندما يحتاج إليها. أو أنها السند العاطفي الذي يستمده الفرد من آخر بالقدر الذي يساعده على التفاعل الايجابي مع الأحداث الضاغطة ومع متطلبات البيئة التي يعيش فيها، بالإضافة لذلك فإن المساعدة الاجتماعية هي أن يشعر الفرد بأن هناك من يهتم به اهتماما عميقا ويقدره أو أن يشعر الفرد باندماجه الشديد مع الآخرين. وتلعب المساندة الاجتماعية دورا هاما في خفض المعاناة الناتجة عن شدة الأحداث الضاغطة، وتتوسط العلاقة بين ضغوط الحياة والانهييار الصحي أو النفسي.

تركز إيمان صقر (نقلا عن حسن عبد المعطي، 2006) على أن للمساندة الاجتماعية أنواع مختلفة صنفها كوهين وويلز (1985) Cohen ,Wills كما يلي :

1- مساندة التقدير : Esteem Support وتكون في شكل إمداد الفرد بمعلومات تدل على أنه مقدر ومقبول لقيمه الذاتية .

2- الصحبة الاجتماعية : Informational Companionship وتشمل صحبة آخرين في أنشطة الفراغ والترويح والتواصل مع آخرين للانشغال عن المشكلات الضاغطة.

3- المساندة الإجرائية : Instrumental Support كتقديم العون المادي والخدمات التي تخفف الضغط من خلال الحل المباشر للمشكلات والمواقف الضاغطة أو الاسترخاء والراحة في مواجهة المواقف الضاغطة.

ويقصد بالسند الاجتماعي شبكة العلاقات الاجتماعية التي يمتلكها الفرد والتي تقدم دعماً مادياً أو معنوياً أو انفعالياً، وهناك أربع مركبات يشير إليها التراث السيكلوجي حسب دراسات بونك (1988) Buunk ترتبط بالمساندة الاجتماعية والتي تأخذ هذا المفهوم بشكل دقيق.

أ- السند على مستوى تقدير الذات، حيث يتكون هذا الأخير من المظاهر التي تكشف للفرد على أنه محبوب ومقبول ومقدر .

ب- السند على المستوى المعلوماتي، الذي يشير إلى محاولة استغلال المعلومات المهمة لفهم والتعامل مع الحدث غير المرغوب .

ج- السند الانفعالي، الذي يشير إلى التعبيرات التشجيعية، حسن التفهم، الإصغاء للمعاش الانفعالي للفرد الذي يواجه وضعية مشكلة .

د- السند الوسيلى الذي يشكل مساعدة مادية مقدمة للفرد الذي يواجه مشكلة .
(Béatrice Brouette, 1996)

4- إستراتيجية التعامل المركزة على التجنب والتهرب:

عندما لا يجد الفرد الإمكانيات المتوفرة لديه والكافية للتعامل مع الضغط السائد، فبإمكانه وفي بعض الأحيان تجنب التعامل لحين استجماع قواه ثانية، أو التهيؤ له، أما إذا فشل في تجنب الموقف الضاغط ولم يستطع مقاومته، فإنه يلجأ إلى العقاقير، والكثير من الذين يتعاطون العقاقير يجدون فيها وسيلة للهروب من المواجهة، لذا يعتبر الانسحاب استجابة شائعة للتهديد عند بعض الناس . فقد يختار البعض هذا الأسلوب على وفق نمط شخصيته، فهم لا يفعلون شيئاً وغالبا ما يصاحب هذا السلوك شعور بالاكنتاب وعدم الاهتمام (سعد الإمارة ب- 2001).

كما تشير هذه الإستراتيجية حسب نورمان ، أندلر وآخرون (دون سنة) Norman. s & Endler إلى جميع النشاطات المغيرة للوضعية بهدف تجنبها وتخفيض الضغط.

5- إستراتيجية التعامل المركزة ضبط الذات :

هو أسلوب من أساليب التعامل مع الضغوط يلجأ إليه بعض الناس عندما يتعاملون مع مواقف من شأنها أن تؤثر على التحكم والسيطرة، ولكن تتولد لديهم مشاعر قوية نابغة من العقل، بمعنى آخر فإنهم يعالجون الموقف بخبرات وقوة إرادة برغم التوتر والإثارة، إلا أن التحكم وتقليل وطأة الأحداث التي تبعث على الضيق، تظل مفتاح حل المشكلة لديهم من خلال السيطرة والقدرة على ضبط الاستجابة الانفعالية، وتكون - عادة - أنماط الشخصيات التي تلجأ إلى هذا الأسلوب هم من الذين يعملون في مجالات الطب أو العمل الصحي كالأطباء والمرضى والممرضين والمساعدين لهم، حيث يكون التحكم في أعلى حالاته أثناء التعامل مع المرضى المصابين بأمراض خطيرة أو إصابات من جراء الحوادث الطارئة، ويرى ستيرلي أن أسلوب ضبط النفس يريح الفرد في حينه، وقد يكون لذلك فائدته في الصحة النفسية والجسمية، أما إذا فشل فإنه يؤدي إلى حالات مرضية خطيرة (سعد الإمارة -ب- 2001).

كما أن أسلوب الضبط الذاتي Self Control هو ضبط يمارسه الفرد على مشاعره وتصرفاته، كما يعتبر القدرة على هداية سلوك المرء الخاص ومقدرته على كبح اندفاعاته. ويؤكد سكينر Skinner على أن الضبط الذاتي هو قيام الفرد بالتحكم في مؤثرات بيئية وفقاً لخطوات معينة، بهدف استبدال سلوك معين بسلوك آخر أو أنه تنظيم الارتباطات الفعالة التي تؤثر في السلوك بطريقة تجعله يعيش فوائد بعيدة المدى في الوقت الذي عليه أن يقلع عن بعض الإشاعات أو يتحمل بعض المتاعب في البداية (حسن عبد المعطي، 2006).

6- إستراتيجية التعامل المركزة على اتخاذ مسافة :

تشير للمجهودات المعرفية لتقدير الذات وتصغر معنى وأهمية الوضعية .

7- إستراتيجية التعامل المركزة على تحمل المسؤولية :

إدراك الفرد والتصريح بدوره في المشكلة ومحاولة جمع المعلومات المناسبة.

8- استراتيجية التعامل المركزة على إعادة التقدير الإيجابي :

تشير لمجهودات الفرد في إعطاء معنى إيجابي للوضعية بالتركيز على التصور الفردي .

• تعليق على أنواع استراتيجيات التعامل :

لايتفق جميع الباحثين على تقسيم لازاروس وفولكمان لاستراتيجيات التعامل إلى نوعين أحدهما

مركز على الانفعال والآخر على المشكل، إذ يذهب سول وفلتشر (1985) Suls, Fletcher من خلال

دراسة تحليلية للدراسات الأمريكية القائمة ما بين 1960-1985 والخاصة باستراتيجيات التعامل إلى أن

هناك نوعين من الاستراتيجيات الأول تجنبى يهدف إلى الهروب والإنكار و رباطة الجأش، acceptance

stoïque والنوع الثاني يقظ، ويشير إلى البحث عن المعلومات والسند الاجتماعي ومخططات حل

المشكل (Paulhan ,Nuissier ,Quintard ,Cousson ,Bourgeois, 1994).

10 - استراتيجيات التعامل ومرض السرطان :

الإصابة بمرض السرطان يعد أحد أكثر الأمراض المزمنة خطورة وانتشارا، والتي جلبت اهتمام العديد من الأطباء المختصين والباحثين في ميدان علم النفس، حيث يتميز هذا المرض بآثاره وتبعاته التي يخلفها هذا الداء على صحة المريض ومن حوله، فالفرد المصاب بورم سرطاني يعيش تحت ضغوط نفسية عدة، تتعلق بنواح مختلفة من حياته سواء الجسمية أو النفسية أو الاجتماعية أو الاقتصادية وغيرها، فالضغط النفسي أحد العوامل النفسية التي درست في التفسيرات الطبية بما في ذلك ميدان الطب السيكاتري، وكذا ميدان الأمراض النفسية الجسمية، فالكثير من الباحثين يعتقدون بأن الضغط مرتبط بالصحة والمرض، نظرا لتداخل ميكانيزمات متعددة في حدوثه من جهة، ونظرا لانعكاساته على مختلف الميادين بما في ذلك الاقتصادية، الاجتماعية، التربوية، المهنية، وكذا المادية التي تثقل ميزانية العائلات والهيئات الصحية من جهة أخرى، وذلك نظرا لكونه من أخطر الأمراض المزمنة وأشدّها فتكا بحياة المصابين به ومعلوم أن آثار هذا المرض تدوم لفترة طويلة، وتستلزم على المريض التكيف معها، وتطويعها باستخدام استراتيجيات تكيفية مناسبة، تقلل من الآثار السلبية على صحته وراحته، وتعمل على تحقيق التوازن والراحة النفسية، وذلك بمسايرة هذا الداء والتحكم في مساره، لذلك بات التكفل النفسي بشريحة مرضى الأورام السرطانية ضرورة طبية تفرض نفسها قصد التوصل إلى أفضل سبل الاتصال بين المريض ومحيطه، وتسمح بتكيف أفضل مع متطلبات المرض وتطورات المفاجئة، مما جعل موضوع البحث عن استراتيجيات توافقية يوظفها المصابون للتخفيف من المعاناة التي يعيشونها أمرا بالغ الأهمية في وقتنا الحالي. (عودية ولد يحي حورية، 2005،

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

ويتضح كذلك ذا الاهتمام من خلال تشجيع " الجمعية الأمريكية للسرطان "الباحثين على إجراء بحوث ودراسات في مختلف المجالات المعرفية ومنها الميدان السيكولوجي من أجل التوصل إلى طرق فعالة للتكفل الجيد بالمصابين بهذا الداء (هناك شويخ ، 2007))

و يؤكد مسعود السامعي (2011) أنه قد جاء على لسان " المدير العام للوكالة الدولية للطاقة الذرية "في دعمه لجهود مكافحة السرطان قال...": يتعدى السرطان مجرد كونه مشكلة صحية، ففي البلدان النامية بات هذا الداء ينذر بنشوء أزمة، فعلى الصعيد العالمي يقتل السرطان حالياً أعداداً من البشر تفوق تلك التي يقتلها داء السل وفيروس نقص المناعة البشرية والملاريا مجتمعة، وما فتئت هذه الأعداد تتزايد سريعاً، وإذا لم نتخذ إجراءات طارئة فبحلول (2030) سيتسبب السرطان بموت أكثر من 13 مليون شخص كل سنة (وستحدث غالبية هذه الوفيات في الدول النامية، ومن ناحية أخرى فإن الإصابة بالسرطان ليست حكماً بالإعدام، تتوفر أساليب وقائية لتفاديه، وطرق علاجية عالية الفعالية لعلاجها والشفاء منه، ويمكن تفادي ثلث حالات الإصابة به، كما يمكن أيضاً شفاء ثلث الإصابات شفاء تاماً (مزلق وفاء، 2014).

➤ نوعية استراتيجيات التعامل لدى مرضى السرطان :

ويكتسب مفهوم استراتيجيات المواجهة أهمية تطبيقية وعملية كبيرة في مجال الأمراض المزمنة ومجال الرعاية الصحية، كما أشارت دراسات متعددة إلى شيوع الاضطرابات النفسية بين مرضى الأورام السرطانية، وكشفت أيضاً عن استهدافهم للاضطرابات النفسية بمجرد تأكيد تشخيص هذا المرض لديهم، ومن ناحية أخرى نبه بعض الباحثين إلى الدور المهم لاستراتيجيات المواجهة كمتغير معدل للعلاقة بين التشخيص بمرض مزمن، واحتمالات الإصابة بالاضطرابات النفسية (Endler & Rarker, (1990) . وهذا ما أكدته " دروبكين" (2001) (Dropkin et al) (وآخرون من أن لاستراتيجيات المواجهة دوراً بارزاً في التخفيف من حدة الأعراض الجانبية للعلاج لدى مرضى أورام العنق والرأس .

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

ويبدو أن الدراسات تشير لوجود نوع خاص من استراتيجيات التعامل لدى مرضى السرطان ، لذلك سنحاول إبراز خصوصية هذه الأساليب لدى كل مرضى السرطان بشكل عام ثم نخصص لاحقا عنصرا يستوفي نوعية استراتيجيات التعامل لدى مريضات سرطان الثدي .

وقد بينت وليدة مرازقة (2008) في دراستها التي حاولت من خلالها الكشف عن مستوى ضبط الألم واستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان بالجزائر، بلغت عينة الدراسة 52 حالة ، تعاني جميع الحالات من سرطانات مختلفة موزعين ما بين 27 ذكور و 25 إناث ، وقد استخدمت الباحثة المنهج الوصفي الارتباطي، أما عن أدوات الدراسة فقد استخدمت مقياس مركز ضبط الصحة متعدد الأبعاد الخاص بالألم، ومقياس استراتيجيات المواجهة المعدل من طرف "كوسو (1996) Cousson ، وأسفرت الدراسة عن عدم وجود فروق دالة إحصائية بين مرضى السرطان في متوسطات استراتيجيات المواجهة تعزى لمتغير الجنس والسن والحالة الاجتماعية. ففي استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل نجد :وضعيات المواجهة، الهجوم، البحث النشط عن المساعدة والمعلومات، أما فيما يخص المواجهة المتمركزة حول الانفعال نجد نوعين أساسيين من الاستراتيجيات :وضعيات المراقبة الانفعالية، والعجز/اليأس.

وفي دراسة أخرى قامت **هناؤ شويخ (2007)** بمحاولة التخفيف من آثار الضغوط النفسية الناتجة عن الأورام السرطانية بمصر، مستخدمة المنهج الوصفي المقارن، على عينة تجريبية والأخرى ضابطة، بلغ عدد أفراد المجموعة التجريبية 40 مريض بأورام المثانة السرطانية منهم 25 ذكور، 15 إناث)، أما المجموعة الضابطة فبلغت 50 فردا من غير المرضى 25 ذكور، 25 إناث ، وطبقت الباحثة رزامة من الاختبارات تمثلت في: اختبار استراتيجيات المواجهة، اختبار المساندة الاجتماعية، اختبار قلق الموت، اختبار العجز المكتسب، اختبار الضغط النفسي، اختبار التشاؤم، وقد أسفرت الدراسة على النتائج الآتية:

لوجود فروق دالة إحصائية بين المرضى وغير المرضى على متغير المواجهة، وأن اتجاه تلك الفروق يشير إلى أن غير المرضى أكثر استخداما لاستراتيجيات المواجهة بشكل عام، كما أظهرت لنا فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى وغير المرضى على مستوى الاستراتيجيات الفرعية للمواجهة، تمثلت في: لميل غير المرضى مقارنة بالمرضى بدرجة أعلى وذات دلالة إحصائية لاستخدام استراتيجيات التخطيط، التنمية الذاتية، التجنب، الإدراك الإيجابي

لتفوق المرضى مقارنة بغير المرضى في استخدام إستراتيجية المواجهة بشكل دال إحصائياً، ولم يختلف استخدام المرضى وغير المرضى في إستراتيجية التقبل، الإفصاح، الكبت، التوجه للدين، الإنكار.

كما يذكر دونكل شيتز (1992) Dunkel Schetter et al أنه لا يوجد ارتباط بين مرض الأورام السرطانية والاستراتيجية المتمركزة حول المشكل بمعنى أن مرض الأورام السرطانية أقل استخداماً لهذه الاستراتيجية بالمقارنة مع الاستراتيجيات الأخرى .

ويؤكد مارتيلي (1987) Martelli et al أن المرضى المستخدمين لأساليب المقاومة المرتكزة على المشكل كانوا أقل شعوراً بالألم الذاتي بالمقارنة بالمرضى الذين اعتمدوا على أساليب المقاومة المتمركزة على الانفعال وذلك حسب دراسة أجراها على مرضى جراحة أورام الغدد اللعابية (هناء شويخ ، 2007).

ويرى لازاروس Lazarus من خلال الدراسة التي قام بها على المصابين بالسرطان يعانون من ضغط نفسي ويفرض عليهم طريقة معينة للتعامل مع المرض ، ويرى أنه يوجد اختلاف في التعامل مع المرض لدى المصابين حيث أن البعض منهم غير منزعج من المرض بينما البعض الآخر يبدو انزعاج وعدم تقبل المرض وتبعاته وهذا ما يفسر وجود فروق في مدى التوافق النفسي مع المرض لدى المصابين بالسرطان ، وحسب لازاروس فإن هذا الفرق والتباين مرتبط بشكل أساسي بطريقة الاستجابة للضغط حيث يغير المرض مصدر هذا الضغط ، فهناك من يتعامل مع وضعية المرض على أنها وضعية حياتية عادية وهناك من لا يتقبل هذه الوضعية ، وذلك انطلاقاً من عدة عوامل ومتغيرات تختلف من شخص لآخر مثل الموقف من المرض تصور المريض لمرضه ، وهذه العوامل لها أهمية كبيرة لكونها الامسؤولة عن تحديد الطريقة التي يتعامل بها المريض مع مرضه Haynal ,A (1978, W.Passini).

➤ استراتيجيات التعامل وسرطان الثدي :

من جهة أخرى تؤكد تايلور وآخرون (1994) Taylor من خلال دراسة قاموا بها لمعرفة العلاقة بين السرطان وأساليب التعامل ، وقد استخدم الباحثون مقياس استراتيجيات التعامل مع النساء المصابات **بسرطان الثدي** في المرحلة المبكرة، والسيطرة على الأعراض الجسمية في هذه الدراسة لتحليل الارتباطات بين التعامل والتأثير السلبي والإيجابي، حيث كان للأعراض الجسمية تأثير كبير في العلاقات بين التعامل والأثر السلبي مقارنة بعلاقات التعامل والأثر الإيجابي، وقد ارتبط أسلوب التعامل

الخاص بالهروب، التجنب، و التحدي بتأثير سلبي أكبر، بينما التعامل من خلال الإقصاء، التقييم الإيجابي، والتحكم في الذات ارتبطت كلها بتأثير إيجابي أكبر.

قام ابنج جورديان وآخرون (Epping et al (1999) بدراسة على 80 مصابة **سرطان الثدي** ، توصلوا لوجود بعدين لاستراتيجيات التعامل مع الضغط هما بعد التدبر في مقابل بعد عدم التدبر وبعد التمركز حول المشكلة في مقابل التمركز حول الانفعالات ويشتمل بعد التمركز حول المشكلة على استراتيجيات فرعية هي حل المشكلة ، إعادة إدراك المشكلة وطلب المساعدة والسند الاجتماعي ، بينما يحتوي بعد التمركز حول الانفعالات على تجنب المشكلة والتفكير الأمنياتي والانسحاب الاجتماعي وأضافت نتائج الدراسة أن استراتيجيات المقاومة تختلف باختلاف مرحلة المرض بمعنى أنها وجدت أن المريضاات يملن للمقاومة الموجهة نحو المشكلة في المراحل المبكرة للمرض ولكن مع تقدم المرض والوصول إلى المراحل المتأخرة تصبح المقاومة موجهة نحو الانفعالات من قبل المريضاات كما حاول جودي جونسون و"بالنسكي" (2004) Jodie.Johnson , Palenskey فهم كيفية تعامل النساء مع نأ تشخيصهن بمرض **سرطان الثدي** وعلاجه، بمكتب تسجيل السرطان "نبراسكا"، وقد جمعت البيانات أوليا عن طريق استخدام نسخة من نموذج طرق مواجهة السرطان ل"تايلور" و"دانكل" (1992)، والتي تفيد في قياس استراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان، وأيضا استخدام مقياس "شيفر" (1989) للمواجهة ، لبيان الاستعمال المتكرر لإستراتيجية المواجهة الإيجابية، كما كشفت البيانات النوعية التي تم جمعها عن طريق المقابلات نصف الموجهة، عن بروز إستراتيجية إعادة التقييم الإيجابي في محاولة لكسب فهم أكثر (وليدة مرارقة، 2008)

كما عرضت دراسة " لوفير "وزملاؤه (2007) (Lauver et al) والهدف من الدراسة معرفة الضغوط التي تعاني منها المصابات **سرطان الثدي** والسرطانات النسائية الأخرى وكذلك محاولة معرفة الاستراتيجيات المستخدمة لمواجهتها بعد انتهاء المعالجة .والعينة كانت مكونة من 51 امرأة أعمارهن 34-77 عام وخضعن للعلاج الإشعاعي أو الكيميائي أو لكليهما معا ، والنتائج أظهرت أن الضغوط التي تعاني منها المصابات بعد المعالجة من لسرطان تتضمن الشعور بالشك وعدم الثقة بالمعالجة والمتابعة الطبيعية والأعراض المرضية والقلق حول المشاكل الجسمية كصعوبة التركيز الاتجاهات حول الجسد والتعامل مع الموت . المشاركات في الدراسة استخدمن أسلوب التقبل والتدين والهلو والتسلية كاستراتيجيات أولية لمواجهة المرض (أوهام نعمات ثابت 2008)

الفصل الثالث

الذكاء الانفعالي ومرض السرطان

تمهيد:

قبل التحدث عن الذكاء الانفعالي سوف يتم التعرض الى جانب مهم وهو الانفعالات الذي لا يمكن تجاوزه لادراك مفهوم الذكاء الانفعالي كاملاً.

أن البحث العلمي بدأ في الاهتمام بالعواطف والانفعالات للإنسان وطور الأساليب والطرق لفهم ودراسة هذه العواطف والانفعالات التي كانت مصدر غموض فيما مضى، وتعتبر العواطف جانباً أساسياً من جوانب السلوك الإنساني، وهي ذات صلة وتأثير كبير على حياة الإنسان وشخصيته وتختلف باختلاف شخصية الفرد وسلوكه والبيئة التي يعيش فيها، فمن الناس من لديه نضج عاطفي وانفعالي وله القدرة على التكيف مع أفراد المجتمع، ومنهم من ليس لديه نضج وهو غالباً ما يعاني من مشكلات التكيف والتوافق وإدارة العلاقات مع المجتمع، ومنهم من لديه القدرة على التعامل مع العواطف و الانفعالات الإيجابية والسلبية منها، ولديه القدرة على التحكم بها وإدارتها لتكون حافز له ودافع له ويكون هو متخذ القرار والمتصرف الأول، ومنهم من تحطمه العواطف السلبية وتقذف به يميناً ويساراً وتتحكم بقراراته وتصرفاته، فالذكاء العاطفي هو المفتاح الجديد للنجاح، ولقد أشار العديد من الدراسات إلى أن الكثير من الموظفين ذوي المؤهلات الواعدة فشلوا في تحقيق النجاح، وكان من أسباب فشلهم تندي معدل الذكاء العاطفي لديهم، وعدم قدرتهم على التواصل وبناء علاقات مع الآخرين، فالفشل غالباً ما ينشأ عن أسباب عاطفية أكثر من أسباب فنية ومهنة (خوالدة، 2004: 26-27). وهذا يوضح لنا كيف أهمية التعامل مع الذكاء العاطفي وفهمه الفهم الصحيح ليكون خير معين للإنسان في مواجهة المشكلات والتعامل مع ضغوط الحياة وإدارة عواطفه وانفعالاته لتكون دافعاً له وليس محطماً له، وبناء العلاقات المثمرة وإدارة عواطفه وعلاقاته بشكل صحيح نحو النجاح.

1. تعريف الانفعالات:

1.1. الانفعال لغويا:

يشار إلى مفهوم الانفعالات في اللغة اللاتينية بكلمة Emovie أما في اللغة الانجليزية يشار إليها بكلمة Emotion وفي اللغة العربية فإن مفهوم الانفعالات مأخوذة من الفعل (انفعل ، منفعل، انفعالات، أي تأثر متأثر).

2.1. الانفعال اصطلاحيا:

الانفعالات في علم النفس لا يوجد لها تعريف اجرائي واحد، ويمكن الإشارة إلى بعض هذه التعريفات الإجرائية لعملية الانفعالات من بينها أن الانفعالات هي:

" عملية عقلية عليا غير معرفية"، وأيضا "حالة وجدانية عنيفة تصحبها تغيرات فيسيولوجية وحسية وتعبيرات حركية مختلفة تنتاب الفرد بصورة مفاجئة وتأخذ صورة أزمة عابرة مؤقتة لا تدوم" وهي أيضا:

" حالة معقدة مركبة من حالات الكائن العضوي تتطوي على تغيرات حسية ذات طابع واسع النطاق في التنفس والنبض وافراز الغدد، أما من الجانب العقلي هي حالة من التهيج او الاضطراب تتميز بشعور قوي وتؤلف عادة دافعا نحو شكل محدد من أشكال السلوك وأنماطه".

" مزيج من نشاط فيزيولوجي (كضربات القلب)، وسلوكيات تعبيرية وخبرة شعورية تتضمن الأفكار والمشاعر كالشعور بالخوف والفرح وغيره".

"حالة وجدانية طارئة أو عابرة ومزمنة، كالحالات المزمنة من القلق والاكتئاب" حالة

داخلية " تشبه الدوافع من حيث عدم ملاحظتها مباشرة أو قياسها مباشرة". (محمود محمد بني.) ، يونس ،

(2007 ، ص 227)

2.تطور مفهوم الانفعال:

ويرى بيرت Burt "أن مفاهيم أفلاطون يمكن التعبير عنها بلغة علم النفس الحديث بالنواحي العقلية

Intellectual والانفعالية Emotional والخلقية Moral كما يمكن أن تستخدم ألفاظ المعرفة Cognition

والوجدان Affection والنزوع" Conation (أبو حطب، 1996 ، ص 43).

وفي أسطورة العربة التي وردت في محاورة فيدا روس صوّر أفلاطون النفس بعربة يجرّها جوادان ويقودها

سائق، أحد الجوادين عريق الأصل سلس القيادة (الإرادة) ، أما الآخر فرديء الطبع جامح غضوب عصيّ (

الرغبة والشهوة) وسائق

العربة هو العقل، فالعقل هو الذي يقود سلوك الإنسان والمكونان الآخران يزودانه بالقوة والطاقة، ويمكن القول

أنّ العقل يمثل العنصر السيبرناتي Cybernetic أوالتحكم الذاتي في الشخصية أمّا العنصران الآخران

فيمثلان الجانب الدينامي

Dynamic فيها ". (أبو حطب، 1996،44)

" ويذهب ديكارت إلى أنّ وظيفة العقل التفكير والشعور، فالتفكير في نظره ما ينطوي تحت النشاط

الشعوري من الناحية العقلية، ونقصد بالشعور ما يجده الفرد في

نفسه من أحوال السرور والألم أو الرضا والسخط، أو الميول والرغبات. ونستطيع القول أنّ ديكارت قد أفاد

علم النفس كثيراً حين وجّه الاهتمام بدراسة الشعور بدلاً من

العقل، فأصبح علم النفس هو علم الشعور". (حمزة، 1992، ص 27)

" وفي عام 1892 ذكر وليم جيمس في كتابه دروس مختصرة في علم النفس تعريفاً أُعتبر في حينه قياسياً حين قال: خير تعريف لعلم النفس هو وصف حالات الشعور وتفسيرها بحدّ ذاتها" (عاقل، 1987، ص44)

" ويشير فونت wundt إلى أنّ على علم النفس أن يبحث في ما نسميه بالخبرة الداخلية، وأعني بها إحساسنا الخاص ومشاعرنا الخاصة، وأفكارنا وعزمنا، وذلك

تميّزاً لها عن الخبرة الخارجية التي تكوّن موضوع العلوم الطبيعية" (عاقل، 1987، ص44)

لقد بذل ماكدوجال William Mc dougal في عام ١٩٠٨ جهداً في تبيين المنابع الغريزية الممكنة لعواطف الحياة الراشدة وأوضاعها. وذكر بأنّ العواطف تتكون عند الطفل نحو الناس كأبيه وأمّه مثلاً أو نحو المؤسسات كمدرسته وناديه مبكراً، وأنّ هذه العواطف تثير في نفسه انفعالات مختلفة. كما يتكوّن عند الإنسان عاطفة نحو نفسه

يعلّق عليها ماكدوجال أهمية كبرى في ضبط النفس وفي الأخلاق والإنتاج، وهذه العاطفة نحو الذات مبنية بصورة رئيسية على غريزتي تثبت الذات والخضوع.

ويعتقد ماكدوجال أنّ هذه العواطف لا الغرائز المجردة هي العوامل الدافعة المباشرة في السلوك الراشد " إنّه لا يقوم كما زعم البعض أنّ كل سلوك بشري تدفعه الغرائز مباشرة، ولكن ما يقوله هو أنّ كلّ سلوك بشري مدفوع بالعواطف الناجمة عن الغرائز" (عاقل، 1987، 256)

فإنّ السلوك لا يندفع باعتبارات عقلية محضة بل بالحب والكره والاهتمام والحماس والمنافسة وغيرها من العواطف

يمثل ويليم ماكدوجال المدرسة القصدية (الغرضية) والذي تأثر بمدرسة التحليل النفسي واهتم بعلم النفس الاجتماعي، وإليه يعود الفضل في ظهور علم النفس الاجتماعي كفرع من علم النفس. كان يؤمن بأن " حياة الانفعال وتلاعب الدوافع هو الجزء من حياتنا النفسية الذي لا يمنع التأمل الباطني في النفوذ إليه " (عاقل ، 1987:، ص 245).

تمثل الانفعالات جزءاً هاماً وأساسياً من البناء النفسي للإنسان . وقد أكدت الدراسات والأبحاث الحديثة بما لا يدع مجالاً للشك أن المنظومة الوجدانية في تركيبية الإنسان معقدة ومركبة وشديدة المقاومة للتغيير ، وهي تحدد معالم الشخصية الإنسانية منذ وقت مبكر في حياة الإنسان . (صلاح ، 2005 ، ص : ١)

3. الانفعالات والصحة العامة:

تؤدي الانفعالات في حياة الإنسان إلى حالة من القلق وسرعة الغضب وردود الفعل غير المتوازنة . وقد تزداد تلك الانفعالات إلى أن تملأ فضاء الإنسان النفسي فتقل بذلك الفترات التي يشعر فيها الإنسان بالراحة والاطمئنان . وقد تشد تلك الانفعالات فتؤدي إلى حالة من الاكتئاب إذا صاحبها ضغوط خارجية أو أزمات أو عوامل تزيد من حدتها وخطورتها ، لكن الإنسان يتوفر عادة على قدرات لتحل هذه الانفعالات والتغلب عليها وربما نسيانها . (العثماني ، ٢٠٠٣ ، ص : ١)

إن فن تهدئة النفس يعد مهارة أساسية في الحياة ويعتبر مفتاح الصحة الوجدانية والسعادة ثم إن غياب هذه المهارة يؤدي إلى اضطرابات في الشخصية ويتجلى ذلك في الحالات اللاسوية ، ثم إن غياب هذه المهارة يؤدي إلى كالاندفاع والعدوان والعنف، ذلك ما أكدته دراسة Walter Mishel الذي اختبر مجموعة من الأطفال في إدارة الذات ومقاومة الاندفاع و تأجيل الاشباع (صفاء و آخرون) ، حيث خير كل طفل بأن يأخذ قطعة واحدة من الحلوى على نحو عاجل أو ينتظر لوقت معين فيحصل على قطعتين فانقسم الأطفال

إلى قسمين مجموعة لم تقاوم الإغراء فأخذت قطعة من الحلوى على عجل و مجموعة ثانية صمدت أمام الإغراء للوقت المحدد وبعد ذلك أخذت قطعتين.

بعد 12 سنة تتبعت الدراسة هؤلاء الأطفال في المراهقة وأظهرت أن هناك اختلافا

انفعاليا و اجتماعيا بين المجموعتين: فالمجموعة التي قاومت الإغراء تميزت في المراهقة بما يلي:

الكفاءة الاجتماعية - الفعالية الشخصية - الثقة في النفس - القدرة على مواجهة الإحباطات - المبادرة - الاعتماد على النفس - المزاج الهادئ.

أما المجموعة التي لم تقاوم الإغراء فكانت في المراهقة أكثر عرضة للمشكلات النفسية كالخجل والعزلة - عدم مواجهة الصعاب قلة الثقة في النفس وتقدير الذات - أكثر عرضة للغيرة والحسد - عدم القدرة على مواجهة الضغوط - المزاج الحاد والسلوك المندفِع (رشيد سعادة، 2009).

إن الكائن وبيئته متغيران ولذلك يتطلب كل تغيير تغييراً مناسباً للإبقاء على استقرار العلاقة بينهما، وهذا التغيير المناسب هو التكيف أو المواءمة Adaptation والعلاقة المستمرة بينهما هي التوافق، وكثيراً ما تستخدم اللفظين (تكيف وتوافق) كما لو كانا مترادفين، فالتكيف تشير إلى الخطوات المؤدية إلى التوافق، والتوافق يشير إلى حالة الاستقرار التي يبلغها الكائن، وقد يعدل الكائن بعضاً منه أو إحداث تعديل في البيئة أو يعدل الكائن بعضاً منه وبعضاً من البيئة لإعادة التوافق والتوازن ويتناول التوافق نواحي فيزيائية (مثل درجة الحرارة) ونواحي بيولوجية وفيزيولوجية (مثل تغيير شكل الكائن أو لونه أو تعديل بعض وظائفه) ونواحي نفسية (مثل تعديل الإدراك - الحسي شدة ووضوحاً بحسب قيمة المنبه ودلالاته وتكراره وتحديد انفعاله)، والنواحي الاجتماعية (مثل تطوير دوافعه، وتعديل سلوكه بما يتفق مع مستويات مجتمعه بالإضافة إلى مقتضيات الموقف الراهن.....) الخ فإذا عجز الكائن عن التوافق مع البيئة تماماً وهو ما يسمى عدم التوافق Non-Adjustment فقد يكون في ذلك هلاك الكائن، ولكن الأغلب هو أن يحقق الفرد توافقاً ناجحاً، أو على الأقل

يحقق شيئاً من التوافق ولو كان فاشلاً غير سوي وهو ما يسمى سوء التوافق Maladjustment (أحمد، 1999، ص: 26-27).

4. الاتزان الانفعالي:

إن أي أسلوب سلوكي لا يكون جامداً، بل هو في تغير دائم بسبب التفاعل الديناميكي للأجزاء أو العناصر التي يتكون منها المجال النفسي للفرد، وينتج من هذا التفاعل الدائم أو التغيير المستمر لعناصر المجال النفسي نوع من عدم الاستقرار أو عدم التوافق ويطلق على حالة عدم الاستقرار أو عدم التوافق لفظ التوتر، وكل توتر يكون وراءه حالات من القلق أو الرغبة في إشباع حاجة من حاجات الفرد أو إجابة مطلب من مطالبته، أي أن هناك دافعاً من الدوافع (فهيم، 1967، ص: 22).

يعتبر سوييف (1978) الاتزان الانفعالي قاعدة عريضة تقوم عليها مجموعة من المحاور أو السمات الصغرى للشخصية ، فهو الأساس أو المحور الذي تنتظم من خلاله جميع جوانب النشاط النفسي للفرد (سوييف ، 1978 ، ص ص :252-253) (عن محمود اسماعيل ريان ، 2006 ، ص 4)

و الاتزان الانفعالي يعني التحكم والسيطرة على الذات ، فإذا نظرنا إلى الاتزان الانفعالي أو التوافق الانفعالي من حيث مضمونه التصوري، يتضح لنا أن تحكم الفرد في ذاته وما يتمخض عنه من سيطرة على استجاباته ، إنما تعني المرونة التي تمكن صاحبها ليس فقط من مواجهة المألوف من المواقف ، بل الجديد منها ، بل وتبلغ أحياناً إلى إنتاج لجديد إبداعاً وابتكار (القطان ، 1986 ، ص ص :3-5) (عن محمود اسماعيل ريان ، 2006 ، ص 4) ibid

وقدم وارديل ورويس Wardeell & Royce مجموعة من الدراسات التي تؤكد تأثير الشخصية الإنسانية بمدى التجانس والتفاعل بين النظام المعرفي و النظام الانفعالي (عبده وعثمان ، 2002 ، ص 249).

" و إن عملية التفاعل بين الجانب العقلي والانفعالي يمكن أن تظهر وتتبلور من خلال الذكاء الانفعالي، والذي يعبر عن نفسه في صور سلوكية متعدّدة، منها إدراك الانفعالات الذاتية، وإدارتها، وإدراك انفعالات الآخرين. (نفس المرجع).

إن العديد من علاجات السرطان تسبب تغييرات جسدية دائمة أو مؤقتة تقود إلى تغير وتبدل في صورة الجسم وتدنّ في تقدير الذات لدى المصابين بالسرطان، إن فقدان عضو أو حدوث الندبات نتيجة الجراحة أو فقدان الشعر نتيجة العلاج الكيميائي تؤدي إلى تكون خبرة مخيفة ومهددة لتقدير الذات (, Fewzy, et al 1995, p: 233-238) ولا يعمل عامل المظاهر الجسمية الشخصية دائما بصورة مباشرة، وإنما يعود تأثيره إلى إدراك الإنسان لتقييم الآخرين لهذه المظاهر الجسدية، ولما يحب الآخرون وما يكرهون، وإن رضا الفرد عن مظاهره الجسدية أمر مهم في توافقه، فثمة أمور لها قيم جمالية مثل صفات المرء الجسدية الخارجية، وقد يشعر بالنقص من لا تتناسب أوصافه مع معايير الثقافة في المجتمع، وكثيرا ما تؤثر المظاهر الجسدية في استجابة الآخرين نحو الفرد، وبالتالي في نظرتة لنفسه (Burns, 1979, p: 154).

هناك الطريقتان مختلفتان اختلافا جوهريا للمعرفة، تتفاعلان لبناء حياتنا العقلية. الأولى طريقة العقل النطقي وهي طريقة فهم ما ندركه أتم الإدراك والواضح وضوحا كاملا في وعينا، وما يحتاج منا إلى التفكير فيه بعمق وتأمله. ولكن ... إلى جانب هذا هناك نظام آخر للمعرفة قوي ومندفع وأحيانا غير منطقي. هذا النظام هو العقل العاطفي (جولمان ، 1998، ص 24)

ويقرب هذا التقسيم الثنائي إلى عاطفي ومنطقي من التمييز الشائع بين العقل والقلب. فحين لا يعرف الإنسان بقلبه أن هذا الشيء صحيح، فهذا أمر يختلف عن الاقتناع - نوع من المعرفة أعمق من اليقين ، وأكثر من التفكير فيه بالعقل المنطقي. فهناك علاقة طردية بين السيطرة العواطف وسيطرة المنطق على العقل، فكلما كانت المشاعر أكثر حدة زادت أهمية العقل العاطفي، وأصبح العقل المنطقي أقل فاعلية. وهذا

الترتيب يبدو أنه نابع عبر دهور من التطور، من تفوق الاسترشاد بالانفعالات والحدس في استجاباتنا التلقائية للمواقف التي تكون فيها حياتنا في خطر، وهي المواقف التي قد يكلفنا فيها التوقف للتفكير حياتنا ذاتها.

هذان العقلان - العاطفي والمنطقي - يقومان معا في تناغم دقيق دائما بتضافر نظاميهما المختلفين جدا في المعرفة بقيادة حياتنا. ذلك لأن هناك توازنا قائما بين العقل العاطفي والعقل المنطقي. العاطفة تغذي وتزود عمليات العقل المنطقي بالمعلومات، بينما يعمل العقل المنطقي على تنقية مدخلات العقل العاطفي، وأحيانا يعترض عليها. ومع ذلك يظل كل من العقل المنطقي والعقل العاطفي على تنقية مدخلات العقل العاطفي، وأحيانا يعترض عليها. ومع ذلك يظل كل من العقل المنطقي والعقل العاطفي على تنقية مدخلات العقل العاطفي، وأحيانا يعترض عليها. ومع ذلك يظل كل من العقل المنطقي والعقل العاطفي على تنقية مدخلات العقل العاطفي، وأحيانا يعترض عليها. ومع ذلك يظل كل من العقل المنطقي والعقل العاطفي على تنقية مدخلات العقل العاطفي، وأحيانا يعترض عليها.

وهناك بين العقلين في كثير من اللحظات أو في معظمها تنسيق دقيق رائع. فالمشاعر ضرورية للتفكير والتفكير مهم للمشاعر. لكن إذا تجاوزت المشاعر ذروة التوازن، عندئذ يسود الموقف العقل العاطفي ويكتسح العقل المنطقي. (جولمان ، 1998 ، ص 24)

يرى Gardner أن الثقافة الإنسانية عرفت الذكاء تعريفا ضيقا جدا واقترح بدلا من ذلك أن الذكاء « إمكانية تتعلق لقدرة على حل المشكلات وتشكيل النواتج في سياق خصب وموقف طبيعي » (جابر عبد الحميد جابر ، 2003)

ويتمثل هذين النوعين من الذكاء الذين يعتبران أساس الذكاء الانفعالي في ما يلي :

- أ الذكاء الشخصي Intrapersonal intelligence :

يتجلى في الوعي بالذات وملاحظتها بصورة دقيقة وإدراك نواحي القوة والقصور فيها، كما يعني وعي الفرد لحالته المزاجية وانفعالاته ودوافعه ورغباته وقدرته على فهم ذاته وإدارتها بشكل إيجابي.

ب - الذكاء البيني (الاجتماعي) Interpersonal intelligence :

يتمثل في القدرة على إدراك أمزجة الآخرين ومقاصدهم ودوافعهم ومشاعرهم والقدرة على التمييز بينها والاستجابة الفعالة والملائمة تبعا لذلك الإدراك. (عن رشيد سعاد ، 2009، ص 141)

5. الجانب الفزيولوجي للانفعالات:

قادت تجارب (Le Doux) حول الخوف إلى البنية المفتاحية لنوروسيكولوجيا الانفعالات وهي "الأمجدالا " منطقة صغيرة في المخ معقدة التركيب، تضم مالا يقل عن 13 منطقة فرعية متعددة الوظيفة و. هو يعتقد أن إصابة هذه المنطقة بأفة أو ضرر أو تحفيزها كهربائيا يثير استجابة عاطفية بها . وصف (Le Doux) مسارين لاستجابة الخوف هما الطريق العلوي والطريق السفلي، وتلقى استجابة الخوف تحليلات حسية مبكرة في الممرات الموصلة إلى المهاد . فعلى حين يسمح المسار المباشر (المسار العلوي) مهاد-أمجدالا باستجابة انفعالية سريعة بناء على الخام المتوفر من المعلومات، يسمح المسار البطيء باتجاه القشرة بتحليل مفصل اعتمادا على التمثيلات القشرية. إن هذه المسارات متساوية في استجابات الخوف الواعية واللاواعية، فهي لا تتحكم فقط في الاستجابة لمثيرات التهديد المبرمجة مسبقا (مثيرات غير شرطية) وإنما للتعلم الترابطي أيضا ، والذي يمنح بطرق مختلفة المثيرات المحايدة القدرة على استنباط استجابة الخوف . وللأمجدالا اتصالات مكثقة بالدماغ الأمامي والتي تسمح لها بالتأثير اللاواعي في الأحداث المخيفة بالذاكرة طويلة المدى، كما تعمل على شحن الذكريات الصريحة المسترجعة من التخزين الطويل المدى مصحوبة بانفعالاتها (Gerald Matthews, Moshe Zeidner, Richard D. Roberts ,2003, p :238) .

تبدو فرضية (Le Doux) أكثر عمومية نتيجة خلطها بين الخوف والقلق، إذ يذهب (Gray) إلى الفصل بين المناطق المتحكم فيها بالدماغ بالرغم من التشابه الكائن بينهما، ويرى في الأمجدالا واحدة من البنى الداعمة لجهاز المواجهة أو الهروب أثناء الاستجابة للتهديد. تتحكم الأمجدالا في استجابة المواجهة/هروب

اللاشرطية وفي التعلم الترابطي وكذا في إشارات المكافأة والعقاب ، في حين ينتج القلق من جهاز منفصل هو الجهاز الحاجزي الحصيني أو حسان البحر "hippocampal system" "The septo - والذي يسيطر على الاستجابة للمثيرات الشرطية ويكبح السلوك الجاري حينما تشير معالجات العضوية للتهديد أو اللامكافأة المبنية على عدم التطابق بين التحفيز الفعلي والمتوقع .ويرى (Le Doux) أن القلق هو الخوف في غياب المثيرات الخارجية الفورية أو خوف دون فرص للهروب أما "Gray" فيختلف تماما فيما يخص ربط القلق بجهاز وظيفته إيقاف العضوية في مساراتها وتقييمها لأولوياتها السلوكية (Gerald Matthews, Moshe Zeidner, Richard D. Roberts, 2003).

(Zeidner, Richard D. Roberts, 2003)

لأن تركيبة حسان البحر تلعب دورا هاما في ردود الفعل السلبية بإفراز هرمون التوتر، وكذا في الذاكرة والعمليات الانفعالية - المعرفية فبإمكانه ممارسة تنظيمها معقدا للحالات الوجدانية والاستجابات العاطفية. ومن ناحية أخرى يقترح كل من (Gray & MacNaughton) بأن حسان البحر وتحديدًا الجهاز الحاجزي الحصيني هو بمثابة "مقارن عام" "Comparateur général" بين الأحداث المتوقعة والأحداث الفعلية إذ يحدد حجم الصراعات الممكن تواجدها بين مختلف السلوكيات المحتملة والموجهة نحو الهدف ومن ثم تعديل السلوك وفقا لذلك، فإن كانت الأحداث الفعلية هي ذاتها المتوقعة سمح النظام بسير البرامج الحركية والمعرفية المنتظرة وفي حال النقيض فإنه يقطع تلك البرامج (كبح سلوكي) ويستثير التيقظ والانتباه قلق اجتراري .

(Sylvian, Pirot, 2003)

اللوزة هي البناء الأساسي في الجهاز اللمبي المسئول عن تجهيز ومعالجة الجانب الوجداني من السلوك وكذلك الذاكرة. وهي مكونة من جسمين صغيرين يشبهان اللوزة ويصل بين الجهاز الحسي الحركي والجهاز العصبي الذاتي، والذي ينظم الوظائف الحيوية (كالجهاز التنفسي والجهاز الدوري). (ووظيفة اللوزة الأساسية فرز أو تصنيف وتفسير المعلومات الحسية الثرية الواردة على ضوء الحاجات الحيوية والوجدانية، ثم الإسهام

في إصدار الاستجابات المناسبة. وهكذا فهي تؤثر في التجهيز والمعالجة الحسية الباكرة وكذلك المستويات المعرفية العليا.

أما المهاد فهو مركز تنظيم المعلومات الحسية التي ترد للمخ وهو الذي يخبر المخ بما يحدث خارج حدود الجسم. والمهاد على اتصال مباشر باللوزة وهي التي تسمح بإرسال إشارة سريعة أو تقرير سريع واقعي ولكن محدود عند وجود خطر أو تهديد. وهذه الإشارة تستنفر سلوك أو استجابة سريعة ذات شحنة انفعالية ولكنها تسبق لسرعتها فهم الإنسان لما يحدث بدقة . هذا الميكانيزم هو المسئول عن الانفجار الانفعالي في مواقف الحياة اليومية دون تدبر . ويراقب المهاد التحتي أجهزة الجسم التي تنظم وظائفه فهو يخطر المخ بما يجري داخل أجسامنا - وحين يجد المخ نفسه عاجزا أمام تهديد من الخارج يقوم المهاد التحتي بتنشيط استجابة المواجهة أو الهروب وذلك بتنشيط جهاز الغدد الصماء عن طريق الغدة النخامية. (صفاء الأعرس، علاء الدين كفاي، 2000 ، ص ص 196 - 195) (عن مريامة حنصلي ، 2014 ، ص 65 - 67)

لقد قام الدكتور «أنتونيو داماسيو» Dr. Antonio Damasio أستاذ المخ والأعصاب في كلية طب جامعة أيوا (Iowa) بإجراء دراسات دقيقة عن الأضرار التي تحدث للمرضى نتيجة لحدوث تلف في الدائرة العصبية للنوء اللوزي في مقدم الفص الأمامي للمخ، فاكتشف خلا مريعا في القرارات التي يتخذها هؤلاء المرضى ، وعلى الرغم من ذلك لم يظهر أي ترد في معامل الذكاء أو في القدرة المعرفية، ومن ثم نجدهم على الرغم من سلامة ذكائهم، يتورطون ، في اختيارات مفعجة في مجال الأعمال، وفي حياتهم الخاصة، كما يحدث أن تتتابهم الهواجس والقلق بصورة لا حدود لها حول أبسط القرارات مثل تحديد موعد مثلا.

هكذا بين الدكتور «داماسيو» كيف أصبحت قرارات هؤلاء المرضى سيئة للغاية، بعد أن فقدوا المدخل أو البوابة التي يمر فيها تعلم الإنسان للانفعالات أو نقطة الالتقاء بين التفكير والعاطفة المتمثل في الدائرة

العصبية لـ «الأمجدالا» في مقدم الفص الأمامي للمخ والتي تمثل ثل الخزان الذي يحتفظ فيه الإنسان بخبراته التي يكتسبها عما يفضله وعما يرفضه خلال حياته. (جولمان ، 1998، ص 50)

2..نشأة وتطور مفهوم الذكاء الانفعالي:

تمتد الجذور التاريخية لمفهوم الذكاء الانفعالي إلى مايقارب سبعين سنة،مع أن المصطلح حديث الظهور،فقد افترض ادوارد ثوروندايك (1920) وجود مفهوم مشابه للذكاء الانفعالي يدعى "الذكاء الاجتماعي" وقصد به قدرة الفرد على إدراكسلوكاتهوسلوكاتالآخرين ودوافعهم واستخدام هذه المعرفة في المواقف الاجتماعية (Newsome,S,Day,A,L,Catano, V,M,2000,p72).

ويشير كل من كانتور وكهلستروم (1987) Cantor et Kihlstrom إلى أن الذكاء الاجتماعي هو امتلاك المعرفة بالمعايير الاجتماعية ،وامتلاك القدرة على الانسجام مع الآخرين.

إلا أن ثوروندايك و ستاين (1937) عبرا عن شكهما في إمكانية أي أداة لفظية ناشئة قياس الذكاء الاجتماعي، وبعد أكثر من عشرين سنة استنتج كرونباخ (1960) Cronbach أنه بعد خمسون عام من البحث لمتناوب إلا أن الذكاء الاجتماعي لم يتوصل بعد إلى تعريفه وقياسه،وقد استثنى النقاش عن هذا الموضوع في مؤلفاته اللاحقة (لأصول القياس النفسي) إلا أن بعض الباحثين واصلوا البحث ليكشفوا قابلية تطوير مفهوم الذكاء الاجتماعي(Newsome,S,Day,A,L,Catano, V,M,2000 p6).

لاقى مفهوم الذكاء الاجتماعي عدة انتقادات من البداية نظرا لأن النتائج المتوصلإليها من خلال البحوث لم تميزه عن بقية أنواع الذكاء ،ومن أسباب هذا الفشل في الصدق التمييزي للمفهوم هو اتساع تعريف الذكاء الاجتماعي ومن الإسهامات النظرية و النماذج التقليدية للذكاء والتي كان لها دورها البارز أيضا في إرساء دعائم مفهوم الذكاء الانفعالي وترسيخ جذوره الحقيقية نجد:

في عام (1939) صمم وكسلر Wechsler بطارية اختبارات لقياس القدرات العقلية العامة ،من خلال التحليل العملي لهذه الاختبارات اكتشف أنها تفسر 60% من التباين الكلي ،أما التباين المتبقي فيرجع إلى عوامل أخرى غير معرفية ،وقد برزت هذه العوامل غير المعرفية بشكل واضح في تعريفه للذكاء حث بين وكسلر (1958) أن الذكاء هو "القدرة الكلية أو العامة للفرد على التصرف الهادف ،و التفكير المنطقي و التعامل بفاعلية مع البيئة".(Cherniss, 2000,p2).

وفي مقال لوكسلر نشر عام (1940) وجه الأنظار إلى ضرورة تجاوز الجوانب العقلية المنطقية المجردة التي تركز عليها بحوث الذكاء العام ،والتركز بشكل أبر على العوامل الشخصية ،المزاجية،الانفعالية و الوجدانية التي تعد بمثابة المؤشر الحقيقي لنجاح الفرد في الحياة.

ما أشار "وكسلر" إلى أن هذه العوامل ليست مقبولة فقط بل ضرورية ،فإضافة إلى القدرات العقلية توجد عوامل غير عقلية تحدد السلوك الذكي ،وبناء عليه لا يمكن قياس الذكاء الكلي للفرد دون أن تتضمن اختبارات الذكاء بعض المقاييس التي تقيس هذه العوامل غير العقلية(عبد العال نصره ،2007،ص29).

وقد أهملت جهود هؤلاء الرواد أمثال ثوروندايك و وكسلر لفترة من الزمن،إلى أن ظهرت نظرية هاورد جاردنر (1983) H.Gardner و المناهضة لفكرة وجود العامل العام التي استأثرت باهتمام أصحاب المناحيالسيكومتريةللذكاء،وتأكيدهم للعوامل المعرفية مقارنة بالعوامل الانفعالي و الوجدانية.

دعا جاردنر (1983) إلى عدم حصر الذكاء في القدرات الذهنية فقط،وذلك في كتابه (أطر العقل) " Frames of Mind " وقدم نظرية "الذكاءات المتعددة" Multiple Intelligence حيث أوضح فيها أن الذكاء ليس نوع واحد و انما سبعة أنواع(الأنصاري سامية ،2009،ص116).

ويعد الذكاء الشخصي Intrapersonal الجاردنر من المفاهيم المرتبطة بالذكاء الانفعالي

ومن ناحية أخرى كان للباحثين العرب إسهاماتهم المتواضعة في هذا الإطار ،فقد عرض فؤاد أبو حطب تصورا للذكاء على أنه دالة للنشاط الشخصية ككل وقسم الذكاء إلى الذكاء المعرفي و الذكاء الاجتماعي ،والذكاء الشخصي (الوجداني)(معمريةبشير ،2007،ص14) .

وقد انصب الاهتمام الرئيسي لأبو حطب على فكرة الذكاء الشخصي الذي شكل بعد ذلك أحد الجوانب المهمة لمفهوم الذكاء الانفعالي .ويرى البعض أن تصنيف أبو حطب لأنواع الذكاء(طه عبدالعظيم حسين،2006،ص115). قد سبق تصنيف جاردرنر في هذا الصدد منذ عشر سنوات ،حيث قدم تصنيفا للذكاء مكونا من معظم الفئات التي تناولها جاردرنر (1983) الذي وصف قدرات الشخص الفريدة في معالجة المعلومات وتمثيل المعرفة وعلى هذا صنف الذكاءاتالى :الذكاء اللغوي ،الذكاء المنطقي الرياضي،الذكاء المكاني،الموسيقى،الذكاء بين الأفراد،الذكاء الداخلي الشخصي (ابو رياش حسين ،2006،ص226).

وقد ساهمت كل هذه المساعي في ظهور مصطلح "الذكاء الانفعالي" حيث كانت أول الاستخدامات الأكاديمية لهذا المصطلح سنة (1985) حين ورد في عنوان لأطروحة دكتوراه في الولايات المتحدة مقدمة من طرف (Payne Wayne Leon).

إلا أن أول استخدام فعلي للمصطلح كان من قبل الباحثين جون ماير John Mayer من جامعة (Hampshire) و بيتر سالوفاي Peter Salovey من جامعة (Yale) سنة (1990) ،وقد صاغا تعريفهما الأول للذكاء الانفعالي الذي يتضمن القدرة على مراقبة الانفعالات و التميز بينهما و استخدام هذه المعرفة في توجيه تفكيرنا و أفعالنا ،و حسب ماير و سالوفاي فالذكاء الانفعالي يجمع ما بن الذكاء الشخصي الداخلي و الذكاء في العلاقات مع الأشخاص التي قدمها جاردرنر في نظريته "الذكاءات المتعددة".

وقد افترض كل من ماير و سالوفاي أن مفهوم الذكاء الانفعالي لن يعاني من نفس المشاكل التي واجهها مفهوم الذكاء الاجتماعي، فهو يركز أكثر على حل المشكلات الانفعالية أكثر من المظاهر الاجتماعية و السياسية و اللفظية الملازمة لمفهوم الذكاء الاجتماعي (Livengston .H.Nadjiwon- Foster.M.Smithers,2002,p6).

وقد برهن كل من ماير و سالوفاي Mayer et Salovey (1997) أن الذكاء الاجتماعي يرتبط بمفهوم أكثر شمولية وهو الذكاء الانفعالي، هذا الأخير يتكون من مجموعة من القدرات والتي هي متميزة عن أبعاد الذكاء التقليدي للذكاء، وقدم إطاراً مفاهيمي للقدرات الانفعالية التي يعتقد أن الذكاء الانفعالي يتضمنها .

بالرغم من أن ماير و سالوفاي Mayer et Salovey ابتكر مصطلح "الذكاء الانفعالي" إلا أن شيوع المصطلح كان على يد دانيال جولمان (1995) Daniel Goleman من خلال كتابه الشهير بعنوان: "الذكاء الانفعالي" Emotional Intelligence والذي أزر أفضل المبيعات (Best Seller) سنة (1995) بأكثر من أربعة ملايين نسخة مباعة عبر العالم و الذي ترجم إلى عدة لغات.

وقدم أيضا جولمان و آخرون سنة (1998) كتابا أخر يعد من الكتب الناجحة كذلك تحدث فيه عن الذكاء الانفعالي ودوره ف العمل (سعداوي مريم، 2009، ص 37).

ومن خلال هذا العرض التاريخي لتطور مفهوم الذكاء الانفعالي نجد أنه في هذا العقد الأخير كانت هناك جهود بالغة الأهمية في محاولة تحديد مفهوم الذكاء الانفعالي وتطويره كمفهوم قابل للبحث و الدراسة في علم النفس، وقد اختلف الباحثون حول تعريف هذا المفهوم وحول كيفية قياسه.

6-نظريات الذكاء الانفعالي:

توجد عدة نظريات مفسرة لهذا المفهوم وليست نظرية واحدة يعتمدون عليها عند دراستهم لتلك الظاهرة وكانت كل نظرية قام المهتمين بوصفها تعتبر محاولة لفهم وتوضيح أفضل للمهارات و السمات والقدرات المرتبطة للذكاء الاجتماعي والانفعالي، وقد نتج عن هذه النظريات ظهور اتجاهين للنماذج المفسرة لهذا الذكاء. الأول يرى بأن الذكاء الانفعالي قدرة عقلية مثله مثل أي نوع آخر من الذكاء و التي تتطوي تحته نظرية مار و سالوفاي وهو نموذج القدرة، و الاتجاه الآخر المسمى النموذج المختلط Mixed Models الذي يرى الذكاء الانفعالي على أنه مزج من السمات و القدرات العقلية و العوامل المزاجية والانفعالية مثل نظرية جولمان وبارون

6-1 التناول النظري لبا-اون Bar-on :

عرف بار-اون الذكاء الانفعالي على أنه يشمل على مجموعة من الكفاءات غير المعرفية non cognitive competencies و المهارات التي تأثر في قدرة الفرد في التكيف مع المتطلبات البيئية و ضغوطها"وتعتبر هذه النظرية من أول النظريات المفسرة للذكاء الانفعالي و كان عام (1988)أول فترة لظهور هذه النظرية (السماذوني، 2007، ص103-104).

وقد عرض بار-اون خمس (05) كفاءات للذكاء الانفعالي و التي تتكون بدورها من مكونات خاصة و موضحة كالتالي:

3-1-1الفعالية الشخصية الداخلية IntrapersonalFunctioning: وتتمثل في القدرة على الوعي

والفهم للانفعالات الذاتية والمشاعر والأفكار وتتضمن: الوعي بالذات الانفعالي، الحسم، اعتبار الذات، تحقيق الذات، الاستقلالية.

3-1-2 المهارات في العلاقات مع الآخرين **Intrapersonal Skills**: وتتمثل في القدرة على الوعي وإدراك

انفعالات الآخرين ومشاعرهم، التعاطف، العلاقات مع الأشخاص، المسؤولية الاجتماعية .

3-1-3 القدرة على التكيف **Adaptability**: أن يكون الفرد مرناً ومغيراً لانفعالاته حسب المواقف ويتضمن

حل المشكلات، اختبار الواقع، المرونة.

3-1-4 إدارة الضغوطات **Stress Management**: مواجهة الضغوطات ومراقبة الانفعالات

وتتضمن: الصمود في وجه المصاعب، مراقبة الدوافع.

3-1-5 المزاج العام **General Mood**: الشعور والتعبير بالانفعالات الايجابية والبقاء

متقائلاً، السعادة (Livingstone et Al.2002.p15).

3-2 التناول النظري لماير و سالوفاي **Mayer et Salovey** :

بدأ الاهتمام بدرجة كبيرة بالجوانب غير المعرفية للذكاء من قبل هؤلاء الباحثين منذ (1990)، والدافع لوضع نظريتهما للذكاء الانفعالي تطوير النظرة له و التي تختلف عن نظرية بار-اون وتحليل مكوناته وإعداد أدوات قياسه التي تختلف عن المقاييس الأخرى في تعاملها مع الذكاء الانفعالي على أنه سمة من سمات الشخصية عكس ماير و سالوفاي **Mayer et Salovey** اللذان اعتبراه على أنه قدرة عقلية مثله مثل أنواع الذكاء الأخرى، وقد ظهرت هذه النظرية بعد التحقق التجريبي لها عام 1997 فالذكاء الانفعالي في هذه النظرية هو "مجموعة من القدرات التي تفسر اختلاف الأفراد في مستوى إدراكهم وفهم لانفعالات" أو "هو القدرة على إدراك المشاعر و الانفعالات و التعبير عنها، والقدرة على استيعاب المشاعر في الأفكار، والقدرة على فهم المشاعر وتبريرها في الذات و الآخرين" (بشير معمريّة، 2007، ص19).

ويتكون الذكاء الانفعالي في منظور هذا النموذج من أربعة (04) فروع هي:

4-2-1 إدراك الانفعالات Perception of Emotions: وتعني قدرة الفرد على التعبير على الانفعالات

من خلال ملامح الوجه أو التلميحات أو الإشارات من خلال الموسيقى وينعكس ذلك في معرفة الشخص مكونة مشاعره والوعي بالذات ، والتعرف إلى كيفية مشاعره تماما وحسب إدراك الانفعالات فان الفرد قادر على التعبير على انفعالاته بدقة ، وكذا التعبير عن الحاجات المرتبطة بهذه الانفعالات.

3-2-2 تسهيل الانفعال للتفكير Emotions Facilitation of Thinking: هنا يكون التركيز في

الأحداث الانفعالية وتأثيرها على الذكاء ، ومساعدتها للعمليات الفكرية ، حيث أن الانفعال يعمل كنظام تنبيه أساسي يدخل في مجال الإدراك فعندما يتم إدراك و تحديد الانفعالات يتم فهمها ويمكن للانفعالات أن تفرض الأولويات التي يعيها النظام الإدراكي للتركيز على ما هو أفضل فعل يمكن القيام به في حالة مزاجية معينة ، كذلك يحول إدراكها إلى انفعالات ، وبالتالي فهذه القدرة تستهدف :

-استخدام الانفعالات المعلومات المهمة لتحسين التفكير في الموقف.

-توليد الانفعالات التي يمكن أن تيسر عملية التفكير و اتخاذ القرار.

-التأرجح بين عدة انفعالات لرؤية الأمور من عدة زوايا .

-استخدام الحالة المزاجية توليد الحلول المناسبة (Mayer,Salovey,caruso,2006b, p108).

3-2-3 فهم وتحليل الانفعالات Understanding and Analizing Emotions: هنا يكون التركيز

على القدرة على فهم هذه الانفعالات واستخدام المعرفة الانفعالية السابقة للفرد في ذلك ، حيث يبدأ الفرد التعرف على الانفعالات المعقدة في بعض المواقف التي تصادفه

فالفرد الذي يكون لديه درجة عالية من تلك القدرة ،يكون قادرا على فهم الانفعالات ومعانيها وكيف ترتبط معا ،وكيف تتطور بمرور الوقت ،ويسعد بقدرته على فهم الحقائق الأساسية للطبيعة الإنسانية و العلاقات بين الأفراد(Mayer et salovey,1979,pp10.14).

3-2-4 تنظيم الانفعالات Regulation of Emotions: وترتكز هذه القدرة على التنظيم الشعوري المعتمد للانفعالات ،وتهدف إلى تنظيمها لترقية كل من الجوانب الانفعالية و العقلية ،وتبدأ ه المهارات بالظهور بعد تحديد المشاعر و الانفعالات و الانفتاح على الآخرين ،ومع تعلم الفرد عدم التعبير الصريح عن انفعالاته فقد يتسم الفرد وهو حزين ،كذلك تعلم الفرد كيف يفصل بين أفعاله و انفعالاته ،وبمعنى أخر كيف يتعلم الفرد آليات و استراتيجيات التحكم في الانفعالات و المشاعر حيث يتعلم متى يستحوذ على الانفعال ومتى يستحوذ عليه الانفعال .

وتنبثق عن تلك الاستراتيجيات في التحكم بالانفعالات خبرات يسميها ماير و سالوفاي (1997) بخبرات ما وراء المزاج الانفعالي ،وهي مقسمة إلى قسمين ،خبرات ما وراء التقويم ،وخبرات ما وراء التنظيم ،وتتبلور خبرات ما وراء التقويم حول كيفية أن الانفعال يؤثر في جوانب الانتباه ومدى وضوح هذا التأثير ومدى قبوله ،وخبرات ما وراء التنظيم تتبلور حول كيفية التي يتم بها التحويل و التآرجح بين المزاج السيئ و المزاج الجيد ،أو ترك المزاج وشأنه(سعد علي، 2006، ص 32).

6-3 التناول النظري لجولمان Golman :

قدم جولمان نموذجه عام (1995) و يعد هذا النموذج من بين النماذج التي ركزت على السمات و القدرات العقلية والعوامل المزاجية والانفعالية التي تجعل الفرد فعال في المشاركة الاجتماعية ،وتم تنقيح نموذجه عام (1998) وعام (2001) .

ويشير دانيال جولمان إلى أن الذكاء الانفعالي هو عبارة عن القدرة على التعرف على مشاعرنا ومشاعر الآخرين وعلى تحفيز ذواتنا ،وعلى إدارة انفعالاتنا وعلاقتنا مع الآخرين بشكل فعال ،وبذلك عبر جولمان عن الذكاء الانفعالي في خمسة (05) من المجالات أو المكونات هي كالتالي:

3-3-1 الوعي بالذات: Self AWARENESS ويتضمن الوعي الانفعالي والتقييم الدقيق للذات والثقة بالنفس.

4-3-2 تنظيم الذات أو إدارة الانفعالات: Self Regulation ويتضمن التحكم في الذات الجدارة بالثقة ،والاعتماد على النفس ،الوعي ،التكيفية،التجديد والابتكار في إدارة الانفعالات .

3-3-3 حفز الذات،تأجيل الاشباكات: Motivation ويتضمن حافز الانجاز (الدافعية للانجاز)،التواد و المبادرة،التفاؤل.

3-3-4 التعاطف (استشعار انفعالات الاخرين): Empathy ويتضمن فهم الآخرين ،تنمية العلاقة مع الآخرين،التوجه نحو تقديم خدمة (مساعدة) ،النفوذ والفعالة،الوعي واستشعار انفعالات الآخرين.

3-3-5 المهارات الاجتماعية: Social Skills ويتضمن الاتصال المؤثر ،ادارة الصراع،القيادة،تدعيم الروابط الاجتماعية

3-4 التناول النظري لستينر للذكاء الانفعالي Steiner :

تناول ستينر نموذج جولمان 1995-1997 وقد قام بتوضيحه مشيرا إلى أن الذكاء الانفعالي يشتمل على المكونات التالية :

3-4-1 الوعي بالذات: وتعني قدرة الشخص على فهم مشاعره الذاتية.

3-4-2 إدارة الانفعالات: وتعني قدرة الشخص على التعبير عن مشاعره و انفعالاته على نحو فعال، وقدرته على إدارتها و ضبطها، ولديه القدرة على التغلب على الخبرات الانفعالية

3-4-3 التعاطف: وتعني قدرة الشخص على معرفة مشاعره وإدراك انفعالات الآخرين السيئة، والتعامل معها على نحو فعال، ويعني أن الشخص ذو الذكاء الانفعال العالي يكون قادرا على التناغم مع التعمق في فهم انفعالات الآخرين والتناغم مع الإشارات الاجتماعية التي تشير إلى ما يحتاجه الآخرون.

3-4-4 العلاقات الاجتماعية: قدرة الشخص على مساعدة الآخرين على تهدئة مشاعرهم، وفي ذلك يكون انفعاله موجه داخليا، وقدرته على إخفائه، إذا كان انفعاله سلبيا يؤثر على الآخرين، أي يتصرف بطريقة لائقة.

3-4-5 الاتصال: وتعني قدرة الشخص الإصغاء للآخرين وقدرته على التحدث بعقلانية (السمادوني، 2007، ص118).

3-5-5 التناول النظري لكوبر وصواف Cooper et Sawaf:

أشار كوبر إلى أن الانفعالات أو العواطف تلعب دورا مهما في بناء الثقة لدى الأفراد، وفي مجال العمل و الولاء و الالتزام به وتحقيق العديد من المكاسب الإنتاجية و الابتكارية و الانجازات العلمية، ويرى كذلك بأن الأفراد يغضبون و يثارون، ولكن المهم الكفاءة في استثمار تلك الطاقة جيدا بصورة أكثر عقلانية .

وقد وضع كوبر وصواف (1997) نموذجا فسر مكونات الذكاء الانفعالي اللازمة في العمل كما يلي :

3-5-1 القدرة على تحديد وتقدير الانفعالات أو القوى التي يمتلكها الفرد: وتلك القدرة تتطابق مع مفهوم الوعي بالذات لدى جولمان Golman (1995).

3-5-2 حفز الذات: والتي تعني أن الفرد عمل بفعالية في مواقف العمل الضاغطة ،كما أنه يقوم بالمبادرة و التركيز و النشاط الذاتي .

3-5-3 التعاطف: وتعني قدرة الفرد على التغلب على القلق ومقاومة الإحباط لديه أثناء العمل كما أنه شعر بانفعالات الآخرين ومساعدتهم في مقاومة الإحباط.

3-5-4 تناول العلاقات الاجتماعية: وتشير إلى قدرة الفرد على تكوين علاقات اجتماعية في محيط العمل تعتمد على الثقة المتبادلة ،وبذلك يتصف هذا الفرد بالصراحة الوجدانية والصحة النفسية ،ومقدرته على استغلال وجهات نظر الآخرين وتحويلها إلى طاقة خلاقية تزيد من مستوى أدائه.

3-5-5 النمط الشخصي: ويشير إلى أن الشخص ذو الذكاء الانفعالي العالي لديه القدرة على العمل بفعالية تحت الضغط ،كما يتميز بتحملة المسؤولية (Cooper.R.K,1997,p 119) .

نستنتج مما سبق ان للذكاء الانفعالي العديد من التناولات النظرية التي توضح مفهومه وأبعاده ، ومن أهم التناولات النظرية التي ظهرت في مجال الذكاء الانفعالي التناول النظري لبار-اون (1988) Bar-on، والتناول النظري لمايروسالوفاي (1990) Mayer et Salovey، والتناول النظري لجولمان (1995) Golman، والتناول النظري لستينر (1995) Steiner، والتناول النظري لكوبر و صواف (1997) Cooper et Sawaf، وقد تباين الباحثون في طرحهم لهذا المفهوم في تصنيف نماذج الذكاء الانفعالي حيث ظهرت هنالك وجهتان ، وجهة النظر الأولى التي تنظر للذكاء الانفعالي كأحد القدرات المعرفية ، وبالتالي فهي تراه كصورة من صور الذكاء اللفظي والأدائي ، ويمثل وجهة النظر هذه مايروسالوفاي Mayer et Salovey، أما وجهة النظر الثانية فتتظر إلى الذكاء الانفعالي باعتباره مزيجا من القدرات العقلية وسمات الشخصية ويمثل وجهة النظر هذه نموذج بار-اون Bar-on، و جولمان Golman.

7. الذكاء الانفعالي وتسيير الضغوط النفسية:

تناولت دراسة أيمن غريب قطب ناصر (2011) العلاقة بين الذكاء الوجداني ومهارة إدارة الضغوط تضمنت تساؤلات عن إمكانية وجود تباين دال إحصائياً بين السنوات الدراسية والجنس على متغيري الدراسة، وكذا عن إمكانية التنبؤ بدرجات الطلاب على إدارة الضغوط من خلال درجاتهم على الذكاء الوجداني، وتكونت عينة الدراسة من (202) طالبا وطالبة من جامعة الأزهر طبق عليهم مقياس الذكاء الوجداني لبار- أون ومقياس الضغوط النفسية من إعداد الباحث

وقد دارت الفروض حول ارتباط أبعاد الذكاء الوجداني بمهارة إدارة الضغوط، وبوجود فروق دالة بين سنوات الدراسة والجنسين عليها وبإمكانية التنبؤ بأبعاد إدارة الضغوط النفسية عبر أبعاد الذكاء الوجداني . وقد تحققت الفروض جميعا حيث وجدت علاقات ارتباطية دالة بين متغير الذكاء الوجداني وإدارة الضغوط النفسية، كما وجدت فروق دالة بين سنوات الدراسة وبين الجنسين عليها وأمكن التنبؤ بمتغيرات إدارة الضغوط النفسية عبر متغيرات الذكاء الوجداني .

هدفت الدراسة إلى تحديد العلاقة بين الذكاء الوجداني وبين القدرة على حل المشكلات الاجتماعية وتكونت العينة من (127) طالبة بكلية الفنون والاقتصاد المنزلي ممن تراوحت أعمارهن بين (20-24) عاما، واستخدمت الباحثة قائمة الذكاء الوجداني لبار- أون وقائمة حل المشكلات الاجتماعية لمعدها دزوريلانيز و ترجمة و تقنين العدل(1998) وأسفرت نتائج الدراسة عن:

- وجود علاقة موجبة ذات دلالة إحصائية بين الذكاء الوجداني (الكفاءات الشخصية، الاجتماعية، التكيفية إدارة الضغوط والمزاجية العامة) وبين القدرة على حل المشكلات الاجتماعية (توجه المشكلة ومهارة حل المشكلات)

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في القدرة على حل المشكلات الاجتماعية بين الطالبات الحاصلات على درجات مرتفعة ومنخفضة في الذكاء الوجداني، لصالح الحاصلات على درجات مرتفعة. إمكانية التنبؤ بالقدرة على حل المشكلات الاجتماعية من خلال الذكاء الوجداني والكفاءات الاجتماعية التكيفية، إدارة الضغوط، المزاجية العامة.

8.دراسات سابقة حول السرطان و الانفعالات :

درست "بوننما (Bonnema) « سنة 1998 وآخرون الآثار النفسية والطبية لاستئصال الثدي لدى 125 مريضة بسرطان الثدي، 62 إقامة كلية، 63 إقامة طويلة بعد الجراحة طبق عليهن مقياس الوظائف النفسية ومقياس تقدير الذات، فلم يجدوا فروقا بين اللاتي مكثن مدة طويلة أو قصيرة بالمستشفى في عدم الثقة والقلق والوحدة واضطراب النوم وفقدان السيطرة أو ضعف تقدير الذات.(جبر محمد جبر، 2004، ص 83).

درس "علي حسين إبراهيم" سنة 2003 الأعراض النفسية لدى مرضى السرطان على 150 مريضا سعوديا، ومثلهم أصحاء باستخدام مقياس الحالة المزاجية لبيك واختبار تفهم الموضوع، فوجد أن مرضى السرطان أكثر اكتئابا وقلقا وخوفا ووسواسا قهريا وعداوة وذهانانية من الأصحاء، كما وجد فروقا بين أنواع السرطان المختلفة مما يدل على أن نوع السرطان يؤثر في الحالة النفسية. (جبر محمد جبر، 2004، ص85)

درس "جاسم الخواجة" سنة 2000 معرفة أثر العوامل النفسية على الإصابة بالسرطان على 190 مريضا ومريضة بالسرطان، تراوحت أعمارهم بين 64 -12 عاما بمتوسط 41.75 وانحراف معياري 14.96، باستخدام مقياس النمط (أ)، و إستراتيجية التعايش مع الضغوط وقائمة الأحداث الحياتية، ووجد ارتباطا إيجابيا بين نمط الشخصية (أ) والإصابة بالسرطان. (جبر محمد جبر، 2004، ص 88)

وقد أثبتت بعض الدراسات ومنها الدراسة التي قام بها زيكان وآخرون (1985)، أن السيدات المصابات بمرض سرطان الثدي واللاتي كان لديهن استعداد للتفيس عن عواطفهن ومشاعرهن الضاغطة كن أسرع

للشفاء من اللواتي لا يوجد عندهن مثل هذا الميل أو الاستعداد، وهذه الرابطة بين أسلوب التعبير عن الشعور والتخفيف من مرض السرطان هو أمر مؤكد وبدرجة كبيرة، ولكن لا يعرف لأي الأسباب تعود، فأحد هذه الأسباب يعتقد أنه يرتبط بدرجة إفراز الهرمونات التي تساعد بدورها على نمو الأورام السرطانية، وهذه الزيادة في إفراز الهرمونات تعود إلى فعل النشاط السمبثاوي في حالات الكبت للعواطف والأمور الضاغطة وعدم الإفصاح عنها والتخلص منها (عدس وتوق، 2005، ص : 395 - 396).

وبعد تشخيص مرض السرطان، يكون المريض في قلق مستمر بخصوص عودة المرض والخوف من الفحوصات الطبية وتستمر ربما لعدة سنوات، وبالرغم من أن القلق يعتبر كاستجابة طبيعية لحوادث الحياة الضاغطة إلا أن بعض حالات القلق يؤثر في العلاقات الاجتماعية أو المهنية والسلوك المتعلقة بالصحة، وإن المشاكل المصاحبة للقلق تتمثل في اليقظة الجسدية واضطراب النوم، وقلة التركيز، وضعف القدرة على اتخاذ القرار، والتهدج والغضب، وتجنب المواقف والحالات التي تسبب الألم والكرب، وكثرة طلب الاطمئنان، وقد تؤثر هذه الاستجابات وبشدة على وظيفة الشخص وعائلته (Breitbart, 1995, p : 45-60).

الفصل الرابع

سلوك الملائمة العلاجية و علاقته بسرطان الثدي

الملائمة وعدم الملائمة : Compliance et non compliance

مقدمة:

يعتبر سوء الاتصال أو غيابه بين المعالجين (الأطباء) والمرضى من المشاكل الشائعة في مؤسسات العلاج (المستشفيات والعيادات) (C.E Ross 1982, Ware et al 1978) والكثير من المرضى وخاصة المزمنين يترددون إلى مصالح الشفاء من أجل العلاج ولكن أيضا من أجل إشباع حاجاتهم العاطفية نتيجة المرض المزمّن (D. Eisenberg 1993)، وفي غالب الأحيان لا تشبع هذه الحاجات نتيجة غياب التواصل والحوار بينهم ومعالجهم إذ يركز هؤلاء المعالجون على اعتبار المريض كموضوع يحتاج إلى وصفة طبية لا غير وهذا ما يؤدي بهؤلاء المرضى إلى تغيير في كل مرة للأطباء (Ware et al 1978). وقد أكدت العديد من الدراسات في مجال علم نفس الصحة أن غياب الاتصال بين المرضى والمعالجين يؤدي إلى انعكاسات عديدة أهمها وأخطرها هو سلوك عدم الملائمة non-compliance ونلاحظ بالتالي الأطباء يعلقون عن سلوكات مرضاهم قائلين: إنهم لا يمثلون للتعليمات الطبية، يظهر سلوك عدم الملائمة في الأوساط الطبية بنسبة 15% إلى 93% (Weber وKaplan، R.M، Simon 1990) وبالرغم أن الطبيب يعطي تعليمات مهمة أثناء التشخيص والعلاج غير أن المرضى لا يستفيدون منها ولا يأخذونها بعين الاعتبار وهناك العديد من أنواع العلاج فعالة جدا وتقدم خدمات ولكن لا يستفيد منها المرضى لأنهم يفشلون في اتباع التعليمات الخاصة بهذه العلاجات (Haynes et al 1979) وتشير هذه التعليمات إلى مجموع التوجيهات والمواصفات ومطالب بتغيير بعض العادات (مثل الإنقاص من الوزن، الامتناع عن التدخين).

جاء اهتمام الباحثين في الطب وعلم النفس بسلوك عدم الملائمة بعد ما لاحظوا الانعكاسات السلبية المصاحبة لهذا السلوك على المريض العضوي أو العقلي، إذ يعتبر سلوك عدم الملائمة كعامل خطورة *facteur de risque* بالنسبة للمرضى.

يعتبر سلوك عدم الملائمة للتعاليم الطبية من أكثر المشاكل شيوعا التي تظهر في أوساط قطاع الصحة والطب، كما يظهر هذا السلوك لدى مختلف الفئات العمرية ومختلف الطبقات لأنه سلوك شائع لدى الأشخاص الراشدين والمسنين (Park 1992, Morrow et al 1988)، وبالرغم أن ذلك يعود لأسباب عديدة إلا أن عدم التواصل بين المعالجين والمرضى هو أهم الأسباب كما يظهر عند المرضى المزمنين الذين يحتاجون إلى علاج مطول ومزمّن

(Sackett 1979) وعند المرضى الذين يحتاجون لتغيير نمط حياتهم كلية (Becker 1985).

I- تعريف الملائمة :

تعرف الملائمة *compliance* على أنها سلوك. كما أنها درجة التوافق بين سلوك الفرد المريض من حيث (أخذ الدواء، اتباع الحمية، تغيير سلوك الحياة) من جهة والتعليمات أو الوصفات التي يقدمها الطبيب من جهة أخرى (Haynes 1979)، فهو سلوك يشير إلى مدى اتباع المريض للتعليمات الطبية. نجد في اللغة الأجنبية عدة مرادفات لمصطلح *compliance* مثل *alliance*، *maintenance*، *fidelity*، *adhérence*، *self*، *regulation*، *concordance* (Demyttenaere 1997)، أما في العربية نستطيع أن نقول: الخضوع، الانصياع، الامتثال والملائمة وقد اخترنا مصطلح الملائمة أو الامتثال حتى لا نقع في مشكل (الخضوع والسلبية) كأن المريض ليس له دور في العملية العلاجية إذ هناك من يرى أنه من أسباب عدم الملائمة شعور المرضى أن علاجهم وإتباعهم بشكل دقيق يعني الخضوع وفقدان الحرية، معتقدين أن عدم اتباع توصيات الطبيب هو استرجاع للحرية إذ أن بعض الأمراض والعلاجات المزمنة تجعل المرضى يشعرون بفقدان الحرية وفقدان السيطرة على محيطهم العائلي والمهني مما يجعلهم يعبرون عن غضبهم وقلقهم من خلال عدم الامتثال للتعليمات الطبية وكأن ذلك هو استرجاع لمكانتهم الاجتماعية (J.W.Brehm 1975).

يحتاج تبلور سلوك الملائمة لدى المرضى إلى مجموعة من الشروط هي: الدافعية، التقبل، الإعلام، مشاركة المريض واستنادا إلى نموذج معتقدات الصحة *Health belief model* يؤكد Becker et Maiman 1975، على أهمية الملائمة في العلاج، وأن سلوك الملائمة يتحدد من خلال 5 عوامل سيكولوجية هي:

- إدراك مسار المرض وشدته.
- إدراك خطورة الظروف المحيطة بالمرض.
- إدراك مدى المضاعفات الإيجابية لتناول الدواء.
- إدراك نتائج فعل أو سلوك الملائمة.
- إدراك العوامل الداخلية والخارجية للسلوك (الدعم الاجتماعي والمقاومة).

II- العوامل المعرفية في الملائمة:

يحتاج المرضى لتبني سلوك الملائمة إلى مراحل تتخللها عوامل ومهارات معرفية هي:

1- في الأول يبدأ المرضى بجمع المعلومات والمعطيات حول (كيفية ومتى يتم تناول الدواء وذلك باستشارة الطبيب، الصيدلي أو قراءة الوصفة الداخلية)، وبالتالي قد تعود عدم الملائمة في بعض الحالات إلى عدم الحصول على معلومات كافية وهكذا يتخلى المرضى عن تناول الأدوية (Morrow 1988).

2- ثانياً يعمل المرضى على تحليل تلك المعلومات والمعطيات المتعلقة بالمعرفة الأولية للعلاج المقترح عليهم (تصفية الدم مثلاً) وهذا ما يسمح ببناء نموذج عقلي الذي يتضمن طريقة التعامل مع هذا العلاج (الملائمة) (Wilson et Ruth 1989)، يحتاج هذا النموذج العقلي إلى تنظيم جيد للمعلومات التي تم جمعها ويخضع هذا التنظيم إلى فهم وتذكر تلك المعلومات (Park et Poon 1989) فالتنظيم الضعيف يؤثر سلباً في عمليتي الفهم والتذكر (Ley 1978) فالمرضى الذي يفهم جيداً المعلومات المقدمة له حول مرضه وعلاجه، يتذكرها جيداً ويمتثل لها (Leirer et al 1991) فالذاكرة كعملية معرفية ضرورية لتبلور سلوك الملائمة (Pariante 1991). كما تتضمن الملائمة مهارات معرفية أخرى مثل المراقبة monitoring أي كيف يتم فهم وتذكر التعليمات الطبية ذلك أن السياقات المعرفية تتطلب جهداً عقلياً، ويخضع هذا الجهد للاعتقادات beliefs المتعلقة بدرجة المراقبة الخاصة بالصحة وشروطها وكذلك قيمة وفعالية العلاج (Wallston 1987)

3- تتبلور الملائمة لدى المريض في المرحلة الثالثة عندما يأخذ القرار بأنه يتبع التعليمات الطبية (ذلك لأن بعض الأطباء يعتقدون بأنه بمجرد إعلام المريض بالموصفات الطبية سوف يتبعها ولكن ينسون أن ذلك يخضع لعملية أخذ القرار (أي هل قرر ذلك المريض باتباع تلك الموصفات ويؤكد Rosenstock 1966 في نمودجه الاعتقادات الصحية، أن أخذ القرار هو مهارة معرفية ضرورية في مسار الملائمة وهذا ما يؤكد الاعتقاد بفعالية العلاج Rosenstock 1979 وفعالية الذات.

4- أهم عملية معرفية أخرى هي فهم تعليمات العلاج (الأدوية والحمية) أي أن المريض يفهم ما هو المطلوب منه Svarstod 1979 ذلك لأن من بين أسباب عدم الملائمة

هو أن المريض لم يفهم ما قاله له الطبيب لم يستوعب مختلف الشروحات المقدمة له فيما يتعلق بعلاجه Hurley et Schiller 1987، واستنادا لهذا فإن المرضى يتبعون تعليمات الطبيب عندما يقدم لهم شرحا مستوفيا حول تشخيص المرض، العلاج ومآل المرض، خطوات تناول الأدوية ونوع الحمية وقد تكون هذه التعليمات مكتوبة ومقروءة ويطلب من المريض إعادتها حتى يتأكد من فهمها وهي طريقة لتعلم الملائمة 1982 Dinicola إن اقتناع المرضى بنوعية العلاقة (طبيب - مريض) مؤشر إيجابي يؤدي للملائمة أما الأطباء الذين يظهرون الغضب، عدم الصبر، عدم التقمص الوجداني يؤدي ذلك لعدم الملائمة (Scherbourne 1992).

فالأطباء الذين يسألون عن مرضاهم وينتظرون أجوبتهم ويقدمون لهم معلومات في كل مرة حول مرضهم وعلاجهم فإنهم يساعدون بذلك في تطوير سلوك الملائمة لدى المرضى (Dimatteo et al 1993). تتأثر الملائمة بنوع العلاج المقدم إذ أنه كلما كان العلاج معقدا ومزمن كلما كان المرضى أقل ملائمة وتزداد حدة عدم الملائمة عندما تكون التعليمات تتعلق بتغيير سلوكيات حياتية مثل التدخين، الشرب، عدم التعرض للضغط (Turk 1989) ولهذا نلاحظ أن المرضى يتبعون التوصيات الطبية بمعدل 90% عندما تكون طبية صيدلانية محضة (تناول الأدوية) أما عندما تتعلق الملائمة بمواضيع أخرى (الحمية النوم، الإنقاص من ساعات العمل، تغيير سلوكيات حياتية، فالمرضى يجدون صعوبة في تبني سلوك الملائمة ويظهر بنسبة 66%. (Meichenbaum 1989) أما Leventhal فقد وجد من خلال "نموذج الضبط الذاتي" Self-regulation model ان سلوك الملائمة يتعزز بمهارة الضبط الذاتي حيث يتمسك المريض بعلاجه ويتابع حميته إذ يطور استراتيجيات فعالة تشير إلى الضبط، المراقبة، التحكم. (Leventhal 1996 ص 147).

تتأثر الملائمة لدى المرضى بفعالية الذات إذ كلما شعر هؤلاء المرضى بمستوى عال لذواتهم وأن لهم القدرة على مقاومة المرض ومتابعة العلاج المزمّن كلما أظهروا امتثالا للتعليمات الطبية (Wallston 1987)، أما Franklin و Ellis 1983 فقد وجدا من خلال دراستهما أن المرضى ذوي مركز التحكم الخارجي يظهرون فعالية ضئيلة في استقبال وتنظيم المعلومات الجديدة المقدمة لهم من طرف أطبائهم المعالجين وبالتالي لا يمثلون لها. (S.E Taylor, 1955).

III- الخصائص النفسية الاجتماعية للمرضى غير المتلائمين:

قد فشلت العديد من الدراسات في إيجاد العلاقة بين الملائمة والخصائص النفسية الاجتماعية لدى المرضى المزمنين وذلك فيما يتعلق بالجنس، السن، المستوى الاقتصادي الاجتماعي، الحالة الاجتماعية، الوظيفة، المستوى التعليمي و السكن الحضري أو الريفي (Haynes 1979). كما أن العديد من الدراسات أكدت ان هناك احتمال ضئيل لوجود العلاقة بين الخصائص الشخصية والملائمة وذلك انطلاقاً من سؤال عام "كيف أن بعض خصائص الشخصية تكون كمنبؤ Predicteur لحدوث الملائمة أو عدم الملائمة (Haynes 1979). وقد وجد Haynes وجماعته 1979 في دراسته على المرضى واعتماداً على اختبار MMPI (اختبار منيسوتا المتعدد الأوجه، أنه ليس هناك علاقة مباشرة بين الملائمة وسمات الشخصية، في حين وجد Kaplan et al 1990 بعض الخصائص التي يتميز بها المرضى الذين أظهروا ملائمة مع علاجهم وهي: التوجه المستقبلي، التفاؤل، الاستقرار والدافعية وهي عوامل ترتبط بالملائمة. ولعل هذا يعود إلى دور الوضعية إذ أن المرضى يظهرون ملائمة مع وضعية معينة نتيجة عوامل دخيلة (أحداث حياتية أخرى، إدراك الدعم الاجتماعي). كما أنه لم تبين العديد من الدراسات التي استخدمت اختبارات الشخصية، العلاقة بين سمات الشخصية والملائمة لدى المرضى المزمنين (Glassgow et al 1987) وعلى الرغم من ذلك فإن محاولات عديدة تواصل في دراسة علاقة الشخصية وخصائصها بالملائمة عن طريق مقاييس تقدير الشخصية، وقد أشار Ross 1977 أن هناك اتجاه لسوء تقدير الوضعية وأهميتها والتركيز فقط على سمات الشخصية وذلك للتنبؤ بالسلوك المستقبلي: عدم الملائمة. كما أشار Haynes 1979 إلى الخطأ الذي يرتكبه الباحثون في البحث عن خصائص الشخصية ويستخدمون كل أنواع المقاييس وينسون شيئاً أساسياً وهو الوضعية الآنية التي يعيشها المرضى عند استخدامهم للأدوية، وتشير الوضعية إلى نوع الأدوية، كميتها، مواعيدها المحددة لأخذها، نوع الحماية فكل هذه المؤشرات كلما كانت معقدة كلما ساعدت في ظهور سلوك عدم الملائمة، إذن المشكل ليس في سمات الشخصية للمريض وإنما في شكل الوضعية المعاشة من طرف هذا المريض ولهذا فإن المريض قد يمثل للتعليمات الطبية في وضعية معينة ولا يمثل في وضعية أخرى. وانطلاقاً من هذه النقائص في البحث عن أسباب الملائمة وعدم الملائمة

جاءت محاولات للبحث أساساً حول الوضعية ونشير هنا إلى كتابات Moos 1973 حول المحددات والعوامل المحيطة المساعدة في ظهور سلوك الملائمة أو عدم الملائمة. وانطلق Moss من خلال سؤال: لماذا يفشل المريض (أ) في أخذ أدويته؟ تكون الإجابة من خلال وجهتي نظر:

1- الموجهة نحو السمة traits-oriented-analysis: هنا يقوم الباحثون بتقدير خصائص الشخصية لهذا المريض، سماته، والدافعية، أما

2- الموجهة نحو الوضعية situation-oriented-analysis: يلجأ الباحثون إلى قياس الخصائص المحيطة الخاصة بالمريض مثل: الدعم الاجتماعي الذي يتلقاه المريض، ظروفه المهنية والعائلية أي هل تساعد هذه العوامل في الامتثال للتعليمات الطبية مثلاً أخذ الأدوية في مواعيدها عندما يكون المريض في شغله.

VI- النماذج المفسرة لسلوك الملائمة :

يرى David Mechanik أنه من الضروري الوصول إلى نموذج نفسي اجتماعي يقدم رؤية أوضح وفهما أدق للعمليات التي تتداخل في تحديد سلوك المريض. وقد ظهرت عدة محاولات في هذا الشأن أدت إلى وضع نماذج لسلوك الصحي أهمها : النماذج التي جاءت في دراسات كل من Zola 1974، Antonovsky 1970، Anderson 1968، Casl et Cobb 1966، Suchman 1966، Rosenstock 1966، Leventhal 1966، Prochaska 1966.

أهم هذه النماذج: نموذج الفعل المبرر، نموذج مركز التحكم والصحة، نموذج السلوك المخطط ومختلف نماذج النظرية السلوكية أهمها نظرية التعلم الاجتماعي. وقد ركزت البعض من هذه النماذج على البحث في أسباب وعوامل ظهور سلوك الملائمة وعدم الملائمة لدى المرضى المصابين بالأمراض العضوية والنفسية المزمنة، ولعل أهم النماذج المعروفة والأكثر استخداماً في مجال علم نفس الصحة والتي تناولت موضوع الملائمة في المجال الطبي هي : نموذج المعتقدات الصحية لـ Rosenstock، ونموذج مراحل تغيير لـ Prochaska، ونموذج التسيير الذاتي لـ Leventhal، ولهذا سوف نركز على هذه النماذج الثلاثة.

1- نموذج المعتقدات الصحية : Health belief model

أتفق معظم العلماء على أن نموذج المعتقدات الصحية هو أفضل النماذج لدراسة السلوك الصحي وذلك لأنه يتميز بالوضوح كما أنه نتيجة لدراسات نظرية وتطبيقية دقيقة، ولأنه يتضمن معظم ما توصلت إليه دراسات السلوك الصحي من نتائج كما أنه يعرض عمليات أو ميكانيزمات محددة تربط ما بين المتغيرات الاجتماعية والسلوك الصحي الفردي. يقوم نموذج المعتقدات الصحية على أساس نظرية نفسية سلوكية مفادها أن سلوك الشخص يتحدد عن طريق دوافع داخلية تدفع الفرد نحو تحقيق أكبر قدر من الحاجات أو الأهداف الخارجية وهو يمثل اتجاها يرتكز على نماذج التوقع على أساس القيمة، كما أنه اتجاها يحاول وصف عملية اتخاذ القرار كسلوك يكون مصحوبا بحالة التردد أو عدم الثقة، ويرى إمكانية التنبؤ بالسلوك عن طريق قيمة مجموعة الأهداف التي يرغب الفرد في تحقيقها، وعن توقعات الفرد ذاته بأن سلوكا معيناً سوف يحقق هذه الأهداف. ويطبق Atkinson هذه النظرية على السلوك الصحي فيجد أن الدافع المطلوب لتحقيق النجاح أو لتجنب الفشل يتمثل في السعي نحو الشفاء أو تجنب المرض وأن قيمة الحافز لتحقيق الهدف تتمثل في مدى رغبة الشخص الحقيقية في أن يكون في حالة صحية جيدة، والتقدير الذاتي للشخص باحتمال نجاحه في تحقيق الهدف، يتمثل في اعتقاده في سلوكه.

ويفترض نموذج Rosenstock أن الناس عادة لا يحاولون اتخاذ إجراء الوقاية من المرض أو مقاومته إلا إذا كان لديهم حدا أدنى من الدوافع الصحية والثقافة الصحية (المعلومات عن الصحة والمرض) وكانوا يرون أن احتمال تعرضهم للمرض وتهديده لهم هو احتمال قائم، وبالتالي يقتنعون بجديوى محاولة الوقاية والعلاج.

يتضمن هذا النموذج مبادئ هي:

- أ- استعداد الفرد لقيام بسلوك صحي معين يحدد هو نتائجه وأثاره.
- ب- تقييم الفرد لفائدة هذا السلوك المقترح ومقارنة هذه الفائدة بما يرتبط بهذا السلوك من تكاليف وأضرار أو معوقات جسمية أو اجتماعية.
- ج- مثير للسلوك يدفعه نحو البحث عن السلوك الصحي المناسب، قد يكون هذا المثير داخليا (الأعراض المرضية)، وخارجيا (وسائل الإعلام).

ويتلخص تفسير السلوك الصحي أو السلوك المرضي عن طريق نموذج المعتقدات الصحية في نقطتين أساسيتين:

1- أن السلوك الصحي للفرد تجاه مشكلة صحية معينة يتحدد عن طريق ما يراه هذا الفرد من احتمالات تعرضه لهذه المشكلة (المرض).

2- أن السلوك يتحدد من خلال صراع الأهداف والدوافع وأن هذا السلوك يتجه نحو أو يتبع أقوى الدوافع وأكثرها قيمة في رأي الفرد. وعلى الرغم أن العوامل الديموغرافية والاجتماعية والشخصية المتنوعة تؤثر على الدوافع والخبرات والمعلومات الصحية للشخص فإنها لا تعتبر أسبابا مباشرة للسلوك الصحي وإنما تعتبر عوامل تؤثر في أبعاد المعتقدات حسب نموذج المعتقدات الصحية الذي يحدد السلوك الصحي.

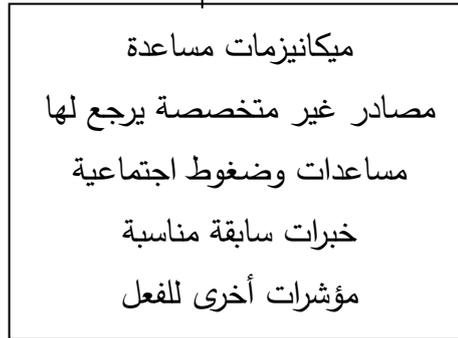
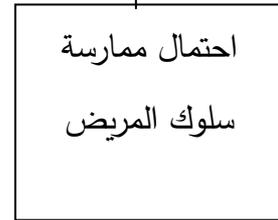
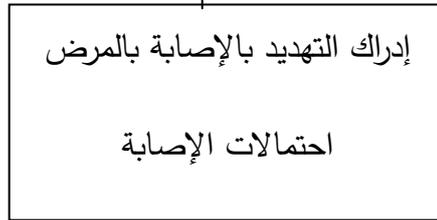
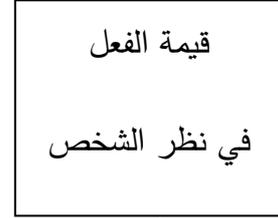
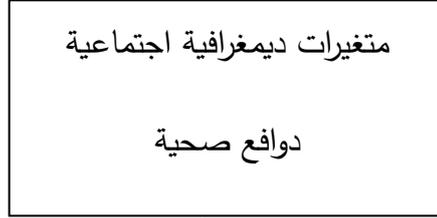
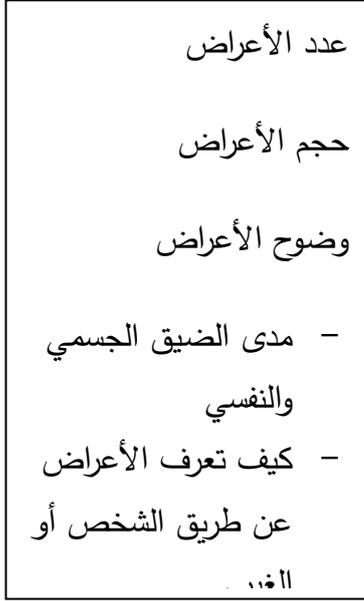
يتم تنفيذ السلوك الصحي عندما تتوفر الشروط الآتية :

- عندما يدرك الفرد ويقتنع أن عدم ممارسة النشاط الصحي الوقائي سيعرضه لخطر الإصابة بمرض.
- قد تكون هناك عواقب وخيمة لامتناع الفرد عن اتخاذ إجراءات وقائية.
- أن تكون هناك فوائد متوقعة تعقب اتخاذ إجراءات وقائية.
- تكون الفوائد المتوقعة أهم من التكلفة.
- أن تتوفر قناعة ذاتية أن ممارسة النشاط الوقائي ستؤدي إلى نتائج إيجابية متوقعة.
- أن تتوفر دوافع داخلية وخارجية تغذي السلوك الصحي الوقائي وتعززه (يخلف عثمان، 2001، ص 20).

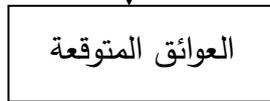
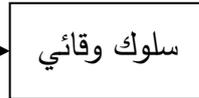
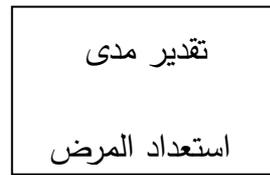
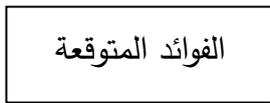
الأعراض المرضية

عوامل التغيير

السلوك



نموذج المفقتدات الصحية



نموذجي المعتقدات الصحية

وكذلك على قيمة الفعل في نظر الشخص والمراد من الفعل هنا هو عرض الحالة المرضية على الطبيب والمشرفين على العلاج (فوزية أيوب، 2000، ص 74).

وبالرغم من أن البحوث والدراسات النفسية الطبية التي اهتمت بدراسة سلوك المريض فقد ركزت على هذا السلوك من خلال ما يشعر به هذا المريض من أعراض مرضية وكذا موقفه من البحث عن علاج لما قد يكون وراء هذه الأعراض من أمراض وذلك باستشارة الطبيب أو عن طريق ما قد يكون موجودا في المجتمع من خدمات طبية، ولكن يجب ألا ننسى أنه بالنسبة لبعض المرضى لا يذهبون لطبيب الفحص الطبي ولكن قد يلجأون إلى رجل الدين أو الساحر أو الصيدلي.

قد يرجع مريض ما سبب أعراضه إلى أنه ارتكب خطيئة وعليه أن يكفر عنها وقد يرى مريض آخر أنها تعني الحسد الذي أصابه أو أنها نتيجة السحر، في حين يعتقد الآخر أنها نتيجة لتناول طعام معين وأنه يكفي تناول بعض الأعشاب حتى تختفي تلك الأعراض وهكذا تختلف مصادر العلاج باختلاف ثقافات المريض وباختلاف الوعي الصحي والطبي في المجتمع، وقد درس نموذج المعتقدات الصحية هذه الاختلافات فيما يتعلق بالاعتقادات والإدراكات التي يكونها المرضى تجاه أمراضهم وبالتالي تتبلور أنواع السلوكيات التي يتبنونها تجاه أعراضهم المرضية.

وقد عمل Rosenstock 1974، على تطوير نموذج المعتقدات الصحية، كما حاول الباحثون من خلال هذا النموذج فهم لماذا يفشل الأفراد المرضى في الامتثال للتعليمات الطبية (Becker 1974)، يعتمد هذا النموذج على نقطتين أساسيتين هما:

1- القيمة التي يعطيها الفرد لهدف معين أي القيمة التي يضعها في الهدف الذي يريد الوصول إليه.

2- معتقدات الفرد في مدى نجاح هذا الهدف وفي الإمكانات التي يضعها من أجل ذلك (Becker و Maiman 1974).

هناك حوالي 46 دراسة التي قيمت نموذج المعتقدات الصحية وعلاقته بالملائمة. وقد أكدت معظم هذه الدراسات على أهمية المعتقدات الصحية في ظهور سلوك الملائمة. ولعل السبب المباشر الأول لعدم الملائمة non compliance هو أن هناك إدراك لحواجز وعراقيل مثلا: المواعيد الطبية التي ينظر إليها على أنها مؤلمة، مضيعة للوقت، مكلفة،

غير مرغوب فيها، أما السبب الثاني لعدم الملائمة يعود للقابلية المدركة، فمثلا الأفراد لا يولون اهتماما للوقاية لأنهم لا يدركون أنهم في خطر وأنه من الممكن أن يقعون في اضطراب معين، والسبب الثالث لعدم الملائمة يخص إدراك النتائج فالأشخاص في أفعالهم لا يعتقدون أن تبني بعض السلوكات يساعدهم، وفي الأخير تتفق معظم الدراسات أن إدراك خطورة المرض هو الذي يؤدي إلى ظهور سلوك الملائمة ذلك أن غالبية المرضى لا يدركون ما مدى خطورة سلوك عدم الملائمة في تعقد وتفاقم مرضهم.

يعتبر نموذج المعتقدات الصحية من أقدم النماذج المعروفة التي تشرح وتنبأ بسلوكات الصحة *comportements de santé* وذلك انطلاقا من مجموع العوامل المعرفية (Rosenstock 1974، Godin 1991، و Ogden 1996). حسب هذا النموذج فإن احتمال الفرد على أن يتبنى سلوكا صحيا (الرياضة، استشارة الطبيب) أو سلوكا وقائيا (استعمال الواقي *préservatif*)، يكون محددا بواسطة سياقين معرفيين أساسيين هما:

- 1- إدراك الخطر أو التهديد
 - 2- تقدير سلوك الصحة المرغوب فيه
 - يعتمد إدراك الخطر على اعتقادين:
 - 1- القابلية المدركة للمرض *Vulnerabilité perçue* (مثلا شعور الفرد أنه من الممكن أن يقع.
 - 2- الخطر المدرك للمرض (السيدا مرض مميت).
 - أن تقدير السلوك الصحي يعتمد على مجموعتين من الاعتقادات:
 - 1- إدراك النتائج أو الأرباح المرتبطة بتبني السلوك الصحي أو الحذر (إزالة خطر الإصابة بمرض السيدا)
 - 2- إدراك الصعوبات (فقدان اللذة، الخوف من فقدان الشريك)
- يؤدي الجمع بين الإحساس بالخطر وتقدير السلوك الصحي إلى تبني لهذا السلوك الذي يتم تحقيقه من خلال عدة مؤشرات (حملات التوعية، معرفة شخصا مصابا بفيروس السيدا) مثلا.

وقد كان لنموذج المعتقدات الصحية أثرا كبيرا في إعداد وتطوير استراتيجيات الفعل والتقدير منذ تطبيقاته الأولى في مجال برنامج الوقاية من مرض السل. كما أن استعماله ظهر جليا في مجال مرض السيدا Sida خاصة فيما يتعلق بالوقاية. وجاءت الدراسات مركزة على العلاقة بين بعض الاعتقادات واستعمال الواقيات في العلاقات الجنسية. واعتمدت على اجراءات " KABP "

Connaissances, Attitudes, Croyances, et Pratiques

المعرفة، الاتجاهات، الاعتقادات والتطبيقات والتي تعتمد على دلائل نموذج المعتقدات الصحية. وحتى يتم تطوير كفاءات التفسير لهذا النموذج، أُضيفت له عدة متغيرات أي تم تدعيمه، مثال ذلك متغير فعالية الذات، وهو مفهوم أساسي في النظرية الاجتماعية المعرفية للتعلم ل Bandura (Bandura 1994، Nuissier 1994) إنه الاعتقاد بالقدرة على القيام بأفعال وإتمامها وذلك للوصول إلى هدف معين. هي محاولات لجعل النموذج أكثر إجرائية. (Rosenstock, Strecher et Becker, 1994).

2- نموذج مراحل تغيير Stages of change model لـ Prochaska & DiClemente 1983

تعتبر الدافعية حجر الزاوية في هذا النموذج، ولهذا يعتقد Prochaska & DiClemente 1992 أن تغيير سلوك ما يحدث من خلال مراحل الدافعية الخمسة ووفق السياقات Processus الخاصة بكل مرحلة. وتمثل مراحل التغيير بعدا زمنيا والذي يسمح بدوره بالتعرف على التعديلات والتغيرات التي مست الحدس intuition والاتجاهات أو السلوك وكذلك وقت ظهورها حسب تلك المراحل كما تسمح هذه المراحل أيضا بتحديد وضع الدافعية ولكن دون التنبؤ بها. أما سياقات التغيير فهي تمثل البعد الثاني لهذا النموذج فهي توضح لنا الطريقة أو الكيفية التي حصل بها التغيير أي كيف يحدث التعديل والتغيير عند الفرد عند مستوى سلوك معين وتعرف سياقات التغيير على أنها سلوكيات Comportements أو معارف Cognitions خاصة تسهل المرور من مرحلة إلى أخرى (Prochaska, 1994 DiClemente) كما أنها تؤدي دور الموجه لتقدير وتقييم مدى تغيير المريض وتبنيه لسلوكات صحية (Prochaska et al 1997).

يعتمد مسار التغيير حسب هذا النموذج على المراحل الآتية وعددها خمسة (5)

أ- مراحل التغيير:

1- مرحلة ما قبل التأمل Pré-contemplation:

خلال هذه المرحلة يكون المفحوص غير مقتنع بفكرة التغيير والتعديل للسلوك المشكل أثناء الست (6) أشهر القادمة وذلك نتيجة ميكانيزم الرفض (رفض الواقع) أو نتيجة نقص المعلومات أو عدم صحة المعلومات التي تم الحصول عليها حول المرض مثلا.

ويلخص Chesterton الوضعية كالاتي : " ليس معناه أن المريض عاجز على رؤية الحل وإنما عاجز على رؤية المشكل في حد ذاته " ولذلك فإن أفراد العائلة، الأصدقاء هم الذين يلاحظون أو يشعرون أن للفرد سلوك مشكل ولهذا نجد في مجال العلاج النفسي أن المفحوص يكون دائما مرفوقا بأحد معارفه حيث هم الذين يوجهونه إلى طلب المساعدة النفسية مثلا حالة المدمن الذي يأتي إلى الفحص كون أن زوجته هددته بالانفصال إن لم يقدم على تغيير سلوكياته، ولهذا إبداء الرغبة في التغيير يكون دائما تحت شروط الضغط والتهديد ولكن في حالة عدم صرامتها يحدث نوع من الإهمال والعودة إلى السلوك القديم.

2- مرحلة التأمل Contemplation :

خلال هذه المرحلة يشعر المفحوص أن هناك سلوك مشكل ويفكر جليا في التغلب عليه سواء تعديله أو تغييره ولكن لم يأخذ بعد المبادرة للفعل (قرار الفعل) ويعرف Chesterton هذه المرحلة كالاتي : " يعرف الفرد إلى أين يتجه ولكن ليس جاهزا بعد للذهاب " يرجع المفحوص في هذه المرحلة أسباب سلوكه إلى العوامل الخارجية كما أنه يعمل على تقييم الجوانب الإيجابية والسلبية للسلوك المشكل كما يحدد درجة الجهد والطاقة التي سوف يبذلها من أجل تعديل أو تغيير هذا السلوك، مثلا حالة المدخن الذي يرغب في التوقف عن التدخين، يفكر أولا في الأضرار الصحية الناتجة عن هذا التدخين المزمن ولكن يفكر أيضا في أهمية هذه السجائر في التقليل من الضغط اليومي الذي يعيشه، إنها اتجاهات التضاد أو الصراع بين رغبتين، وكنتيجة لهذا يأخذ المفحوص وقتا طويلا خلال هذه المرحلة وذلك حتى يستقر على قرار المبادرة ولكن لديه نية التغيير.

3- مرحلة الإعداد وأخذ القرار : Préparation et Prise de decision

إنها مرحلة النية في التغيير في الشهر المقبل بعد بداية التغيير مع ظهور لبعض التعديلات الملحوظة. فالمفحوص يظهر رغبة في الفعل والعمل ويقدم على خطوات تغيير السلوك المشكل ولكن دون أن يصل بعد إلى الامتناع الكلي عن التدخين مثلا.

4- مرحلة الفعل والتنفيذ: Action

خلال هذه المرحلة يغير المفحوص فعلا سلوكه وكذا المتغيرات المحيطة به مثل : الشخصية، العائلية، المحيطة ويقتضي الفعل معظم التغيرات السلوكية الظاهرة والباطنية وكذلك التزام بهذه التغيرات التي حصلت، يكون التغيير في السلوك المشكل واضحا ويلاحظه الجميع، يصب المفحوص اهتماماته في " الفعل " والتغيير ولكن يتناسى جهد الحفاظ على هذا التغيير، لأن استمرار السلوك الإيجابي المكتسب هو الذي يضمن فعالية هذه المرحلة ويحتاج المفحوص خلالها إلى زيادة درجة فعالية الذات وكذلك التعزيزات الإيجابية المستمرة من طرف المشرفين على العلاج مثلا في حالة الكفالة النفسية، وهذا ما يضمن عدم الانتكاسة (عودة ظهور السلوك المشكل).

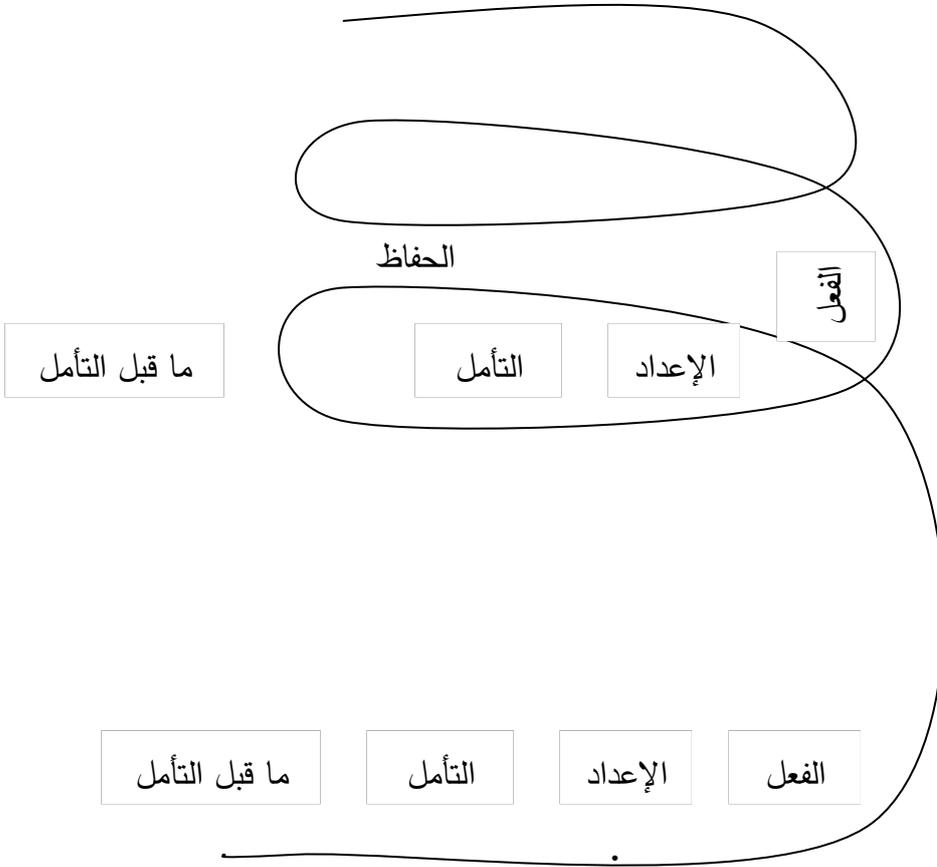
5- مرحلة التثبيت والحفاظ Maintien

يعمل المفحوص خلال هذه المرحلة على تقادي الوقوع في الانتكاسة كما يعمل على تثبيت وتوطيد النتائج التي توصل إليها، هي مرحلة الثبات الذي يعني الاستمرارية للسلوك الإيجابي، هي القدرة على الحفاظ وإبقاء هذا السلوك الجديد المكتسب والالتزام به، كما يسعى المفحوص أيضا إلى تعميم سلوكه على وضعيات حياتية أخرى. يحدث التطور خلال هذه المراحل الخمسة في شكلين : الخطي lineaire والحلزوني Spirale نوضح هذا من خلال الشكلين الآتيين :



الشكل 03 الخطي مراحل نموذج

النموذج 1. Prochaska, DiClemente 1983



شكل 4 نموذج 2. الحلزوني لمراحل تغيير السلوك

يوضح ظاهرة الانتكاسة (Prochaska, DiClemente 1992)

إن أغلبية الأشخاص لا يحافظون على التغيير الذي يصلون إليه في المراحل الأولى فالمدخنون يحاولون أكثر من مرة قبل الحفاظ النهائي (Schachter 1982) ولهذا

فالانتكاسة ممكنة جدا. إذ يبين النموذج الحلزوني هذه الوضعية التكرارية للمحاولة أثناء فترة الانتكاسة، فالأفراد يظهرون نكوصا إلى مراحل أولية سابقة فالبعض تظهر لديه مشاعر الخجل والشعور بالذنب والتي بإمكانها أن تجعل التغيير صعبا بل تجعل هؤلاء الأفراد أكثر مقاومة للتغيير والتعديل حيث نلاحظ أنهم قد يعودون حتى مرحلة ما قبل التأمل. تمثل هذه الحالة 15% عند المدخنين. ونجد حوالي 85% من هؤلاء المدخنين ينتكسون إلى مرحلة التأمل والإعداد ولكنهم يحاولون من جديد معتمدين على جهودهم الأولية في اتخاذ مخططات جديدة تساعدهم على مواصلة عملية التغيير ولهذا لا يعني بالعودة إلى المراحل الأولى، أن الفرد يدور في حلقة مفرغة، ولكن من خلال المحاولة والخطأ يصل إلى شيء جديد يضيفه إلى مساره التعديلي والتغيري (Diclémente et al 1991).

ب- سياقات التغيير : Processus

يقترح Prochaska و Diclémente عشر (10) سياقات للتغيير فهي التي تعدل وتنظم حالة الدافعية لدى الفرد. تتميز كل مرحلة من مراحل التغيير بمجموع سياقات التغيير وهي كالاتي :

1- الشعور : Conscientisation

تشير هذه العملية إلى تزويد المفحوص بالمعلومات، إثراء حصيلته المعلوماتية فيما يتعلق بذاته، خصائصه الشخصية وأيضا معلومات حول سلوكه المشكل، كما تشير إلى تعلم واكتساب أفعال جديدة وأفكار تعزز رغبة التغيير السلوكي، إنها مجموع التدخلات التي تسعى إلى التحسيس والتوعية مثلا في حالة الأمراض المزمنة (العجز الكلوي المزمن) يقدم الفاحص معلومات حول المرض، أسبابه، أنواع علاجه، الرعاية النفسية الاجتماعية، يطلب الفاحص من المفحوص أن يقرأ حول مرضه وعلاجه، وهذا ما يجعله يدرك مدى أهمية امتثاله للتعليمات الطبية حتى ينجح علاجه.

2- التنفيس الانفعالي : Soulagement émotionnel

إنه تعبير المفحوص عن مشاعره وأحاسيسه ومشاكله وحلولها إنه التعبير والتنفيس عن الانفعالات السلبية التي تصاحب سلوك المخاطرة *Compertement à risque*، يستعمل الفاحص لبلورة هذه العملية، تقنيات علاجية: لعب الأدوار السيكودراما، الإفصاح

الشخصي مثلا : جعل المدخن يعبر عن القلق الذي يسبق الرغبة في التدخين وهكذا بتعلم المفحوص سوابق التدخين ثم انعكاساته الصحية المستقبلية.

3- إعادة تقييم الذات : Réévaluation de Soi

خلال هذه العملية يعمل المفحوص على تقييم ما يشعر به وما يفكر به بخصوص مشكلته، يكون هذا التقييم من حيث تصنيف وتوضيح معتقداته، قيمه وكذا الصور المعرفية والوجدانية وذلك قبل وبعد تغيير سلوكه، مثال ذلك الشخص المدخن الذي يقيم ذاته على أنه أناني بدون إرادة ويسبب الأذى للآخرين كون أنه لم يتمكن من التخلي عن التدخين.

4- إعادة تقييم المحيط : Réévaluation de l'environnement

تشير هذه العملية إلى تقييم الفرد لمدى تأثير مشكلته على المحيط العائلي والمهني الذي يتفاعل معه، وتمكنه من إدراك الآثار السلبية لسلوكه المشكل مثلا حالات المدمنين الذين يؤثر سلبا على عائلاتهم وكذلك المرضى المزمنين الذين لا يتابعون علاجهم يسببون الأذى حتى لأفراد عائلتهم لأنهم يعملون بذلك على تقاوم المرض.

5- تحرير الذات Libération de Soi

تشير هذه العملية إلى قدرة الاختيار، الاعتقاد والالتزام بالسلوك الإيجابي المتعلم، ثم التصريح أمام المحيط العائلي بقرار التغيير والتعديل والتعهد بعدم الرجوع إلى السلوك المشكل.

6- علاقات المساعدة: Relations d'aide

تشير إلى استراتيجيات المفحوص للبحث عن الدعم الاجتماعي وذلك من خلال تكوين شبكة العلاقات الاجتماعية الفعالة التي تساعد على اكتساب السلوك الصحي وانطفاء السلوك المشكل مثلا في حالة الإدمان : الاحتكاك بالجماعات غير المدمنة وذلك لتجنب سلوك العودة إلى الإدمان.

7- تسيير الوضعيات Gestion des Contingences

يعمل المفحوص من خلال هذه السياق على تعزيز السلوك الإيجابي وإطفاء السلوك المشكل مثلا المكافئة عند تحقيق التعديل ثم التغيير الكلي ولكن المعاقبة إذا ما كان هناك استمرار السلوك المشكل.

8- ضبط المثير Control du stimulus

هنا يصل المفحوص إلى مرحلة نزع وإلغاء المثيرات المفجرة (الأسباب) للسلوك المشكل مثلا أن لا يذهب المفحوص المدخن إلى المكان الذي تعلم فيه التدخين (المقهى)، تجنب الأصدقاء المحرضين على ذلك مثال آخر بالنسبة للمرضى المزمنين، فالمعالج عن طريق تصفية الدم يتجنب السوائل من خلال عدم شراؤها، وبالمقابل تعزيز المثيرات المساعدة في اكتساب السلوك الصحي مثلا اقتناء المواد الغذائية التي لا تحتوي على البوتاسيوم بالنسبة لمرضى الدياليز وذلك كحمية تساعد في نجاح هذا العلاج المزمن.

9- التحرير الاجتماعي Libération Sociale

كلما كان المجال الحيوي الاجتماعي صحيا كلما ساعد الأفراد على اعتماد السلوك الصحي والإقلاع على السلوك المشكل مثلا فتح مجالات اجتماعية صحية يتوافد عليها الأفراد : مجالات لغير المدخنين وغير المدمنين، فهي تشجع الآخرين على التخلي عن الإدمان والدخان، أما بالنسبة للمرضى المزمنين فأساليب التوجيه والتحسيس لإتباع السلوك السوي تحرضهم على سلوك الملائمة Compliance.

10- الإشراف المضاد Contre Conditionnement

وهي تشير إلى أن المفحوص يتعلم سلوكات صحية بعد ما يتخلى عن السلوك المشكل ويكون ذلك من خلال تقنيات : الاسترخاء تأكيد الذات، التغذية الرجعية، تقنيات سلوكية معرفية.

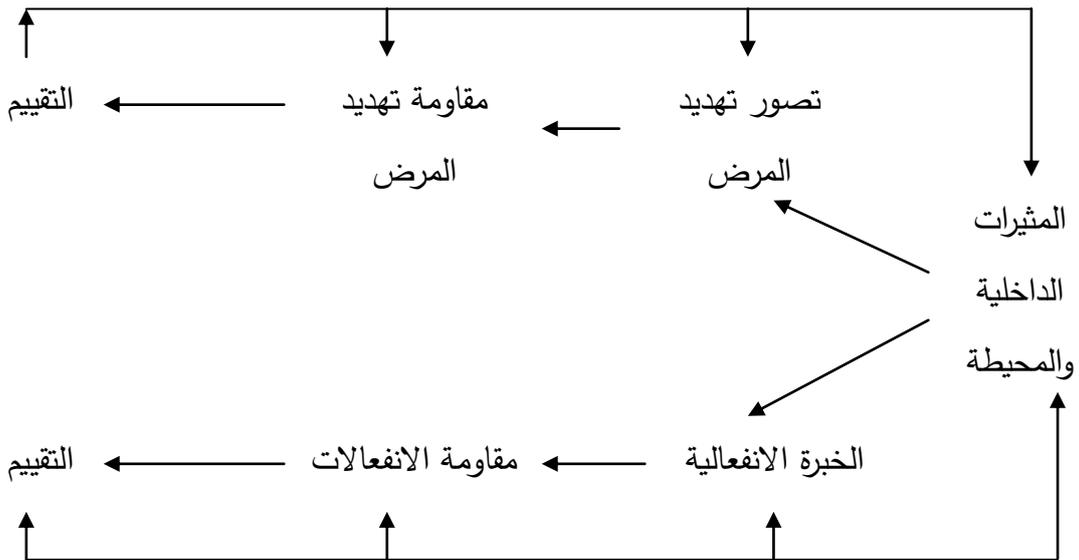
العلاقة بين المراحل والسياقات :

وضح Prachaska و Diclemente مدى العلاقة بين مختلف مراحل التغيير

والسياقات التي تتبلور خلالها ويظهر ذلك جليا من خلال الجدول الآتي :

مراحل التغيير				سياقات التغيير
الفعال/التثبيت	الإعداد	التأمل	ما قبل التأمل	
		الشعور		
		التنفيس الإنفعالي		
		إعادة تقييم المحيط		
		إعادة تقييم الذات		
	تحرير الذات			
علاقات المساعدة				
ضبط المثير				
الإشراط المضاد				
تسيير الوضعيات				

شكل (05) العلاقة بين المراحل والسياقات



شكل (06) السياقات الملموسة المتعلقة بمعلومة تهديد الصحة

خلال مرحلة ما قبل التأمل، يستعمل الأفراد أقل عدد من سياقات التغير مقارنة بالأفراد الذين وصلوا إلى المراحل المتقدمة من التغير، كما أنهم يعالجون عددا أقل من المعلومات المتعلقة بالسلوك المشكل، كما أنهم لا يوظفون الجهد اللازم لتقييم وإعادة تقييم السلوك المشكل كما يحاولون مقاومة انفعالاتهم السلبية الناتجة عن هذا السلوك.

أما خلال مرحلة التأمل فإن الأفراد يكونون أكثر تفتحا على تقنيات الوعي والشعور الذاتي مثل : الملاحظة، المواجهة، التفسير والتأويل كما أنهم أكثر قابلية لاستعمال تقنيات القراءة (للإطلاع على مشكلتهم) مثلا في حالة المرضى المزمنين حيث يعمل الفاحص على تزويد هؤلاء المرضى بمراجع بسيطة تعرفهم بمرضهم وعلاجهم ومختلف التقنيات التربوية (Prochaska & Diclemente, 1984)، يظهر الأفراد خلال هذه المرحلة تفتحا على خبرات التنفيس الانفعالي حيث تتبلور كل الانفعالات ويتم التركيز على الانفعالات الصحية أو الإيجابية. كما يصبح هؤلاء الأفراد أكثر شعورا بذواتهم وبطبيعة سلوكياتهم المشكل، كما يكونون أكثر قابلية للتقييم وإعادة التقييم للسلوك المشكل ومدى انعكاساته على المحيط العائلي والمهني.

إن الانتقال من مرحلة ما قبل التأمل إلى مرحلة التأمل والتطور التدريجي خلال هذه المرحلة يؤدي إلى الاستعمال الفعال لعمليات أو سياقات التغير المعرفي الانفعالي والتقييمي. أما خلال مرحلة الإعداد، يبدأ الأفراد في التوجه نحو الفعل وتوظيف الإشارات المضاد وكذلك ضبط المثير وذلك للتحكم في السلوك المشكل مثلا : التحكم في الوضعيات الضاغطة ومواجهتها بفعالية عوض الميل إلى استعمال المهدئات أو المواد المخدرة لتسيير الضغط والقلق حيث يكون الاعتماد على مهارات التحكم والضبط (Diclemente, 1991). خلال مرحلة الفعل Action يلتزم الأفراد أكثر بالعمل والتأثير (مستوى أعلى من التحرير الذاتي والإرادة)، فهم يؤمنون أكثر بكفاءاتهم وقدراتهم على التغيير، كما نجد أن فعلهم يكون مكللا بالنجاح وهذا ما يسهل الاستعمال الفعال للسياقات السلوكية مثل الإشارات المضاد. تعتبر مرحلة " الفعل " صحية كما تتميز بالضغط لأنه من الممكن أن تحدث الانتكاسة إلى مراحل سابقة ولهذا يحتاج فيها المفحوص إلى أكثر من الدعم الاجتماعي وتفهيم الآخرين.

يعتمد نجاح مرحلة الحفاظ والتثبيت Maintien على فعالية سياقات التغيير السابقة، كما تتطلب هذه المرحلة الأخيرة في عملية التغيير إلى التحكم في الشروط والظروف التي بإمكانها أن تظهر خلال هذه المرحلة والتي قد تؤدي إلى الانتكاسة حيث يتم تقييمها وإعادة تقييمها وهكذا يتمكن الفرد من تطوير الاستجابات البديلة لمواجهة مثل هذه الشروط. إن للعلاقة بين المراحل وسياقات التغيير تأثير مباشر على العلاج لأنها تؤكد على أهمية تعزيز التدخلات العلاجية عند مستوى المرحلة التي يكون قد وصل إليها المفحوص، وعلى هذا فإن العلاج الموجه نحو الفعل يكون فعالا عندما يصل المفحوص إلى مرحلة الإعداد والفعل، في حين أن هذا العلاج يكون غير فعال وقد ينعكس سلبا، عندما يكون هذا المفحوص لا يزال في مرحلة ما قبل التأمل، أو مرحلة التأمل. مثلا لو نطلب من المدمن على المخدرات التوقف عنها وعدم شرائها في الوقت الذي لم يكن ينوي بعد التخلي عن المخدرات أي لم يقرر التوقف، ذلك لأنه لم يعي بعد أنه مستعد للتوقف عن الإدمان، وقد ينجر عن هذه الوضعية معاشا خبريا مؤلما وتكون كمصدر للشعور بنقص فعالية الذات وتقدير الذات الواطئ مما يصعب الكفالة الطبية النفسية المستقبلية، ولهذا فكل مرحلة محددة بالمدة الزمنية وبالسياقات الخاصة بها.

3- نموذج التسيير الذاتي لـ Leventhal et al 1992:

إنطلق نموذج التسيير الذاتي Leventhal Autorégulation 1992 من مجموع الدراسات حول استجابات الخوف لدى الأفراد الناتجة عن معرفة الانعكاسات السلبية للسلوك المشكل مثلا التدخين، هدفه هو فهم مختلف العوامل المساهمة في بناء التصور المعرفي والانفعالي للمرض الذي يوجه الفرد لتبني السلوكيات الصحية والحفاظ عليها.

❖ تقديم النموذج:

يقوم هذا النموذج على ثلاث أسس قاعدية : الأول وهو أن الفرد عامل نشط وفعال في حل مشكلته حيث يعمل على تقليص الهوة بين وضعيته الحالية والحالة التي يصبو إليها تقليص المسافة بين الذات الواقعية والذات المثالية حسب نظرية Carl Rogers، أما الثاني فهو أن التصور المعرفي والانفعالي لتهديد وخطر المرض يساعد على التكيف وتقييم مخطط العمل، في حين أن الثالث يشير إلى أن هذا التصور يتعلق بكل فرد على حدة وقد يكون

غير ممثل للحقيقة الطبية. ويتضمن نسق تسيير سلوكيات الصحة حسب هذا النموذج أربع (04) مراحل وهي :

1- التزود بالمعلومة واستخلاصها من المحيط.

2- تكوين تصور حول تهديد المرض.

3- المقاومة Coping

4- التقييم evaluation

1- استخلاص المعلومة من المحيط: يوجد أساسا ثلاث مصادر للمعلومات:

أ- المعلومة الخارجية الآتية أو المنبثقة من المحيط الاجتماعي، الأصدقاء، العائلة، المختصين، وسائل الإعلام.

ب- المعلومة الداخلية الآتية من الإحساسات الجسدية ومن العلاقة بين هذه الإحساسات والأحداث المحيطة.

ج- المعلومة الآتية من الخبرات الماضية مع المرض وبالتالي تكوين تصور المرض يعتمد أساسا على كمية المعلومات المكتسبة ومدى صحتها ومصداقيتها (1982 Leventhal, Nerenz, Strauss).

نقدم مثلا عن شخص يعاني من مرض السكر، بإمكانه أن يتحصل على المعلومات من أحد أفراد عائلته يكون أيضا مصابا بالسكر، أو من جماعة من المرضى يلتقي بهم في المستشفى (قاعة الانتظار)، أو من خلال الأسئلة التي يطرحها على الطبيب المعين، وكذلك من خلال الأحاسيس التي يعيشها جراء المرض : التعب، العطش الزائد، الغثيان، البول المتكرر Polyurie، بالإضافة إلى الملاحظات التي يسجلها عند أخذه لعينة الدم (Glycemie) ويدرك المصاب بالسكر للفرق الموجود بين حالتين، حالة امتثاله للتعليمات الطبية، إتباع الحمية وحالة عدم الملائمة، عدم احترام لنظام التغذية إذ ينجر عن الحالة الأولى توازن نسبة السكر، وفي الحالة الثانية اضطراب نسبة السكر ومضاعفاته.

2- تكوين تصور حول تهديد المرض :

إن تصور تهديد المرض يعرف من خلال خمس خصائص وهي التي تحدد التصور المعرفي الذي يكونه المريض عن مرضه بالإضافة إلى معاشه الانفعالي للمرض أي تصوره المعرفي وهذه الخصائص هي كالاتي:

أ- تعريف المرض: **Idendité**

يشير تعريف المرض إلى : إسم المرض، نوعه، تصنيفه وأعراضه. مثلا نعرف مرض السكر Diabete من خلال : مجموع الأعراض العيادية تحاليل الدم والبول، عندما يكون المرض معرفا ومشخصا يكون المصاب به مطمئنا لأن معرفة المرض يعني تحديد العلاج بسرعة أما عندما يكون المرض غير معرف فإن المريض يكون قلقا ومنتوقعا لكل الأخطار وبالتالي من الصعب وضع بروتكول علاج ما.

ب- مدة المرض : **La durée**

يمكن أن يكون المرض حادا aigu لمدة زمنية محددة ثم يشفى منه المصاب حيث تختفي الأعراض تماما وقد يكون دوريا Cyclique أي يظهر لفترة معينة يتعرض المصاب إلى الاستشفاء ثم يشفى ولكن قد يعاوده المرض مرة أخرى ويصبح مرضا مزمننا Chronique مثلا العجز الكلوي الذي يكون في البداية حادا ثم يصبح مزمننا ولهذا نجد هناك اختلافا بين تقبل المرض كمرض حاد أو عارض وتقبله كمرض مزمن، ففي حالة إزمان Chronicité يحتاج المريض إلى استخدام استراتيجيات المقاومة من أجل التكيف مع وضعية الضغط ألا وهي المرض المزمن.

ج- الانعكاسات: **conséquences**

وهي تشير إلى ما يؤدي إليه المرض أي مخلفاته وذلك على المدى القريب والمدى البعيد وهي تمس الجانب العضوي، الاجتماعي والمهني بالإضافة إلى الانعكاسات السيكولوجية كالقلق والاكنتئاب خاصة في الأمراض المزمنة.

د- السببية: **causalité**

تشير السببية في المرض إلى الاعتقادات المتعلقة بالعوامل المساهمة في تطور المرض دون أن ننسى الأسباب السابقة له les antécédants. وفي كثير من الحالات يعتقد المريض أنه السبب في تطور مرضه وأن له دورا في حدوثه فيراوده الشعور بالذنب،

ولكن في حالات أخرى يظهر المريض مشاعر الغضب والتمرد معتقدا أن الآخرين هم السبب في مرضه مثلا: اعتقاد أن إهمال الطبيب وعدم اهتمامه بحالته هو الذي جعل مرضه يتفاقم.

و- إدراك الضبط والمراقبة: perception du contrôle :

يشمل إدراك الضبط لتهديد المرض على ثلاث عوامل وهي مأخوذة من النظرية الاجتماعية المعرفية ل Bandura 1977 وهي:

- انتظار وتوقع الفعالية الذاتية

- إدراك الكفاءة الذاتية.

- توقع النتائج والمهارات الضرورية لمواجهة المرض.

نأخذ مثلا عن مريضة مصابة بالسكر، فهي تملك كل المعلومات الضرورية لتسيير حميتها الغذائية (أهمية الوجبات، المواد الضارة) ولكن تشعر بعدم قدرتها على تطبيق هذا البرنامج يوميا وذلك منذ أن فقدت زوجها، ويعود ذلك للشعور بالوحدة والاكتئاب، وفقدان الدعم الاجتماعي ونتيجة القلق الذي يسيطر عليها تتدفع نحو الأكل بشراهة. ولعل هذه الانتسابات Attributs هي التي تحدد استراتيجيات المقاومة لمواجهة وضبط المرض وهي تلعب دورا في تقييم النتائج.

3- مرحلة المقاومة: Coping :

تشير هذه المرحلة إلى عملية التخطيط وتبني استراتيجيات المقاومة واختيار السلوك الصحي وذلك لمواجهة تهديد المرض والانفعالات المصاحبة له هناك نوعين من استراتيجيات المقاومة وهي :

أ- الاستراتيجيات المركزة على تسيير الانفعالات والتي تسعى أساسا إلى التقليل من الوجدانات السلبية مثلا إنكار المرض الخطير كالسرطان، فالمريض يفضل المصطلحات الأقل تأثيرا مثلا الأورام عوض السرطان، وبالرغم أن هذه الاستراتيجيات ضرورية لمواجهة المرض لكنها لا تسمح بتغيير السلوكات المرتبطة بالصحة. فمثلا المريض الذي ينكر أنه مصاب بمرض القلب لا يبذل أي جهد في تغيير نمط حياته (تسيير الضغط، ممارسة الرياضة) مع أن هذا ضروري للحفاظ على صحته. ولهذا يظهر أنه من الصعب تغيير السلوك المرضي إذا لم يكن هناك تحكم في الانفعالات.

ب- أما الاستراتيجيات المركزة على المقاومة الأدائية (حل المشكل) فهي تهدف إلى تغيير الوضعية وتبني السلوك الصحي كالامتنال للتعليمات الطبية مثلا: أخذ الأدوية، اتباع الحمية وتناول تغذية متوازنة، الرياضة، ضبط ومراقبة القلق والاكتئاب دون اللجوء إلى الكحول والمهدئات.

4- مرحلة التقييم: Evaluation

تشير هذه المرحلة إلى تقييم المفحوص لمدى نجاح استراتيجيات المقاومة التي تبناها وبالمقابل يغير التصور الانفعالي والمعرفي الذي كونه عن مرضه وهكذا يتمكن من الوصول إلى إعداد وضبط استراتيجيات المقاومة الملائمة لتسيير الوضعية الضاغطة (المرض). كما أنه يقيم فعالية السلوك الذي يتعامل بواسطته مع مرضه، فإذا كان فعالا يبقى عليه وإذا كان مضرا يتركه، إنها عملية التقييم وإعادة التقييم.

نقدم مثلا عن شخص يعاني من الصداع التوترى، يرفض في البداية دور الضغط في ظهور هذا الصداع، فيتناول فقط الأدوية المسكنة ولكنه يلاحظ أن نوبات الصداع تنقص كلما غير المكان وابتعد عن منزله حيث توجد الضغوط وبالتالي يجرب وسائل علاجية أخرى مثل الاسترخاء. وهكذا يكتشف إعادة تقييم لوضعيته المرضية وينمي استراتيجيات التسيير الذاتي Auto regulation

مثال آخر: يعيش المصاب بالسكر مرضه كإعاقة، ويمكن أن يغير هذا التصور للمرض بعدما يشاهد حصة تلفزيونية حول بطل رياضي هو أيضا مصاب بالسكر ويمارس حياته طبيعيا، فيصبح هذا الرياضي المصاب بالسكر نموذجا يقتدى به ويغير بواسطته تصوره المعرفي والانفعالي ويتأكد أن الامتنال للتعليمات الطبية كسلوك صحي يساعده في التكيف مع مرضه وعلاجه المزمين.

❖ أهمية نموذج التسيير الذاتي:

تكمن أهمية هذا النموذج مقارنة بالنماذج الأخرى المتعلقة بالتسيير الذاتي، أنه يحدد التأثير التفاعلي لنوعين من سياقات المعلومات، فالأول نظري، عقلاني، مجرد في حين أن الثاني واقعي، معاشي تلقائي وانفعالي، ولهذا فالنسق الأول يحدث تصورا موضوعيا للتهديد الموجه نحو الصحة وذلك من خلال استراتيجيات المقاومة وسياقات التقييم أما النسق الثاني

فهو يحدث تصورا ذاتيا يكون موجها وفق الانفعالات المعاشة مما يؤدي إلى ظهور استراتيجيات المقاومة المركزة على الانفعال وطرق التقييم النفسي لتفسير هذه الانفعالات. ويتوافق مع هذين النسقين نوعان من البنيات الذاكرة structures mnésiques وهما: الذاكرة التصويرية وهي ذاكرة خاصة بمراحل المرض أما الذاكرة التخطيطية هي ذاكرة تتعلق بلحظات المرض المعاشة تمثل بنيات الذاكرة التخطيطية رموزا غير لفظية، هي لحظات وجدانية تعبر عن المرض السابق لها دور في المعيشة الوجدانية لذكريات خاصة بالأعراض المرضية. أما بنيات الذاكرة التصويرية فهي تشير إلى مختلف الاعتقادات والادراكات المتعلقة بالمرض ولحظاته فهي التي تحدد الحالات الانفعالية المصاحبة للمرض وكذا أنواع السلوك مثلا الملائمة أو عدم الملائمة. (Phellipot et al 2001).

باعتبار أن هذين النسقين منفصلان عن بعضهما البعض جزئيا فهذا يسمح بإدراك أهمية الانفعالات وفهم كيف أن الجهود المبذولة لضبط التوتر الانفعالي بإمكانها أن تتداخل مع الجهود الخاصة بمواجهة تهديد المرض. ❖ **صعوبات في نموذج التسيير الذاتي:**

كيف يمكن لهذا النموذج أن يساعد الباحث المختص على فهم وتجاوز الصعوبات التي تواجه المرضى أثناء التسيير الذاتي والتي تؤدي إلى ظهور سلوك عدم الامتثال للتعليمات الطبية لدى هؤلاء المرضى.

يؤكد Leventhal et Deifenbach 1992 على المؤشرات الأساسية التي تساعد في ظهور الملائمة، إنها الأهداف التي تسمح بتقييم فعالية سياق processus التسيير الذاتي بالإضافة إلى انسجام النسق لتثبيت الملائمة وتحقيق تلك الأهداف على المدى البعيد، إنه الانسجام بين المراحل الأربعة لنموذج التسيير الذاتي ولكن أيضا الانسجام بين مختلف الجهات المشاركة في العلاج (المريض، العائلة، الطبيب).

يركز نموذج Leventhal على توفر المؤشرات كالأعراض المرضية مثلا إذ تعتبر كأهداف يعمل المفحوص على مواجهتها والتغلب عليها من خلال آليات التسيير self-regulation، كما يعطي هذا النموذج أهمية للسياقات التأويلية Processus interpretatifs لأنها هي التي تحدد إدراك المريض لمرضه (1990 Cioffi) ولهذا قد

نجد أن الخبرات الماضية، الحكايات الاجتماعية هي التي تنظم تلك السياقات التأويلية وتكون أسس التسيير الذاتي التي غالبا ما تكون ناقصة ولكن هي التي تحدد طرق مواجهة المرض من طرف المرضى نتيجة اعتقادهم بفعاليتها.

أن نموذجي Leventhal et Diclemente يسمحا بتوضيح، تفسير، تصور، وإدراك معاش المرضى لمرضهم المزمّن والتكيف معه. ويدرس نموذج prochaska الدافعية الآنية للمريض عند امتثاله للتعليمات الطبية Compliance ودفعها نحو النضج والتطور وبالتالي تحقيق مراحل التغيير من خلال سياقاته التي أشرنا إليها عند التعريف لهذا النموذج. في حين أن نموذج Leventhal يسمح بفهم ومعرفة التصور المعرفي والانفعالي للمرض وتكيف المريض معه ذلك أن هذا التصور هو الذي يحدد مدى ملائمة المريض مع علاجه Compliance.

V- كيف نقيس الملائمة أو الامتثال للتعليمات الطبية:

لعل من أهم المشاكل التي تعترض الباحث العيادي في دراسة الملائمة الطبية Compliance thérapeutique هي صعوبة الحصول على مقاييس لتقدير سلوك الملائمة. وبالرغم أنه جاءت محاولات كثيرة لقياسها إلا أنه لا يوجد مقياسا محددًا وصادقًا دون أن تعثره بعض الصعوبات، يتحدد سلم التقدير من خلال ثلاث 03 مستويات جيد، متوسط، ضعيف أي ملائمة جيدة، ملائمة متوسطة وملائمة ضعيفة مع التعليمات الطبية. بالإضافة إلى هذه التصنيفات يميل الطبيب أيضا إلى حساب النسب المئوية بالنسبة لعدة مرات نسيان أخذ الدواء، مع مرات الذي كان فيه إفراط في أخذ الأدوية وعدد مرات الذي لم يأخذ فيه الدواء.

طرق قياس الملائمة الطبية:

أ- المقابلة: يجري الطبيب مع مريضه مقابلة يسود فيها جو حميمي دون صرامة كبيرة وكذا الابتعاد عن الأسئلة المباشرة والنمطية التي تخدم المعالج، فالطبيب الصلب قد يحصل على أجوبة خاطئة تعبر عن الجاذبية الاجتماعية désirabilité sociale إذ يحاول المفحوص أن يجامل طبيبه ولهذا يعمل الطبيب على طرح أسئلة مرنة وذكية توصله إلى الهدف، وتعتمد المقابلة على التقارير الذاتية للمرضى، في كثير من الحالات يعبر المرضى بصراحة عن عدم ملائمتهم ويبررون ذلك بأسباب عديدة ولكن

في حالات أخرى يكذب هؤلاء المرضى ولا يفصحون عن عدم ملائمتهم مع العلاج ويظهر ذلك بعد إجراء فحص طبي ويكتشف الطبيب تفاقم بعض الأعراض نتيجة عدم تناول الأدوية بانتظام (Spector 1986).

ب- تعداد الأقرص أو الحبوب: من الطرق المستخدمة في قياس الملائمة هو استعمال المقاييس الموضوعية مثلا: تعداد الحبوب أو أقراص الدواء Countpills أي متابعة المريض عن قرب، ويطلب الطبيب من أحد أفراد عائلة المريض أن يكون مسؤولا في تقديم الدواء له حيث يعطيه مخططا planning، بالرغم من فعالية الطريقة إلا أنه قد يتحايل المريض ويرمي الأقرص ويقدم العلبة فارغة متظاهرا أنه أخذ تلك الأدوية (Cottraux و Bouvard 2002 ص 47).

ج- الطرق البيولوجية لتقدير الملائمة: تعتبر المقاييس موضوعية وتبين هل المريض أخذ الدواء أم لا، وتعتمد هذه المقاييس على التحاليل المخبرية (الدم والبول) إذ من خلال هذين المؤشرين يكشف الطبيب مدى تمركز Concentration لأثار الأدوية التي تناولها المريض بعدما يكون جزءا منها قد تعرض للأيض metabolisme. مثلا قد يقول لنا شخص ما أنه توقف عن التدخين، لكن عندما نجري له تحليلا في الدم نجد مدى تمركز nicotine ونكتشف أنه كاذب (M.Kaplan وجماعته 1993 ص 90) ولهذا تعتبر التحاليل مهمة حيث تسمح بتحليل أحد العوامل الثابتة لفعالية العلاج (تناول الأدوية).

الجانب المنهجي

1- الدراسة الاستطلاعية:

الدراسة الاستطلاعية هي تلك الدراسة التي تهدف إلى استطلاع الظروف المحيطة بالظاهرة التي يرغب الباحث دراستها، والتعرف على أهم الفروض التي يمكن وضعها و إخضاعها للبحث العلمي.(مروان عبد المجيد، إبراهيم 2000)

كما تسمح للباحث بالتعرف على الظروف و الإمكانيات المتوفرة في الميدان و مدى صحة الأدوات المستعملة قصد ضبط متغيرات البحث.

كما تعد الدراسة الإستطلاعية خطوة جد هامة في البحوث العلمية وهذا من أجل الحصول على جملة المعلومات في شكلها الكيفي والكمي المناسبة والتي تخدم الدراسة، بالإضافة إلى تمكين الباحث من الاختيار الدقيق للعينة المناسبة، ومن ثم إمكانية إختيار واختبار مدى تناسب التقنيات المعتمدة ومنها مختلف المقاييس المختارة مع عينة البحث.

وقد تم القيام بالدراسة الاستطلاعية من اجل الأهداف التالية:

- التعرف على الظاهرة موضوع الدراسة و التمكن من الاحتكاك بمجموعة البحث المتمثلة في المرضى المصابين بالسرطان.

- التوصل إلى معرفة إمكانية توفر عينة البحث من الراشدين (إناث وذكور).

-التحقق من الظروف إن كانت تسمح أو لا تسمح بإجراء الدراسة بما في ذلك التأكد من صلاحية أدوات التقدير.

- التعرف على الصعوبات الممكنة مواجهتها .

2 - منهج البحث وتصميمه:

يهتم البحث الحالي بمحاولة فحص العلاقة بين مجموعة من المتغيرات (نوعية الحياة و علاقتها بسمات الشخصية و استراتيجيات المقاومة و دورها في تسيير الانفعالات و تطوير سلوك الالتزام الصحي لدى مريضات السرطان) وبالتالي فإننا سنلجأ إلى المقارنة وبحث العلاقات، وبذلك استعمالنا المنهج الوصفي الذي يعتمد على دراسة الواقع أو الظاهرة كما توجد في الواقع، ويهتم بوصفها وصفا دقيقا ويعبر عنها تعبيراً كيفياً أو كمياً، فالتعبير الكيفي يصف لنا الظاهرة ويوضح خصائصها، أما التعبير الكمي فيعطينا وصفا رقمياً يوضح مقدار هذه الظاهرة أو حجمها ودرجات ارتباطها مع الظواهر المختلفة الأخرى .
والأسلوب الوصفي مرتبط منذ نشأته بدراسة المشكلات المتعلقة بالمجالات الإنسانية، ومازال هذا الأسلوب الأكثر استخداماً في الدراسات الإنسانية حتى الآن وذلك نتيجة لصعوبة استخدام الأسلوب التجريبي في المجالات الإنسانية. (محمد زيدان، 1990)

وتتبع هذا الدراسة خطوات المنهج الوصفي في البحث، والذي يحاول وصف الظاهرة الموجودة ودراسة العلاقة بين المتغيرات المختلفة، ويسير هذا المنهج وفق خطوات علمية محددة تبدأ بتحديد المشكلة المراد بحثها، وتنتهي بالوصول إلى النتائج وتفسيرها ومعرفة طبيعة العلاقة بين المتغيرات (فخرية الجارودي، 2001) .

ولأنّ إشكالية بحثنا تدور حول طبيعة العلاقة بين (نوعية الحياة و علاقتها بسمات الشخصية و استراتيجيات المقاومة و دورها في تسيير الانفعالات و تطوير سلوك الالتزام الصحي لدى مريضات السرطان) ، فإننا لجأنا لتساؤلات تبحث في مدى وجود ارتباطات بين هذه المتغيرات، وبذلك ارتأينا استخدام المنهج الارتباطي باعتباره أحسن منهج يبحث في الارتباط بين متغيرين أو أكثر. وتعرّف الدراسات الارتباطية بأنّها كلّ دراسة يفحص فيها الباحث العلاقة بين متغيرين أو أكثر، وما يميّز هذه المتغيّرات هي أنّها قابلة للقياس ولكنّها غير قابلة للتحكّم. وبالتالي فهنا إذن تُدرس متغيّرات لا يمكن معالجتها، فتلاحظ وتقاس دون

أن تعالج تجريبيا بحضور متغير آخر (متغير مستقل) والذي من شأنه أن يؤثر في المتغير المدروس.

يعتبر المنهج الارتباطي أحد المناهج الوصفية التي تعمل على تحليل العلاقة بين متغيرات مكونة للظاهرة. ويعتمد في سبيل تحديد طبيعة الارتباط على التحليلات الإحصائية كمعاملات الارتباط والتحليلات العنصرية. وهو بذلك لا يكفي بالكشف عن اتجاه الارتباط، بل إنه يحدّد الدلالة الإحصائية له.

كما يعمل المنهج الارتباطي على تحديد إمكانية وجود ارتباط بين حدثين، ويحدّد درجة هذه العلاقة بطريقة كمية من خلال تحليلات إحصائية متعلّقة بالارتباط ... في هذا النوع من الدراسات، يكفي الباحث بتناول جانبين محدّدين من الظاهرة المدروسة، ويتساءل متى يترافق ظهور أحدهما بظهور الآخر .

كما يرى ملحم سامي (2000) أن المنهج الارتباطي هو الذي يعمل على جمع البيانات من عدد من المتغيرات وتحديد ما إذا كانت هناك علاقة بينهما، وإيجاد قيمة تلك العلاقة والتعبير عنها بشكل كمي من خلال ما يسمى بمعاملات الارتباط .

3- العينة :

تتكون مجموعة البحث من 150 مريضة مصابة بمرض السرطان محدد بمرض سرطان الثدي تتراوح أعمارهن ما بين 20 سنة و 60 سنة من ولاية الجزائر و البلدية.

-أدوات الدراسة:

3-1- طريقة اختيارها:

عند جمع البيانات الخاصة بخصائص مجموعة من الأفراد أو الأشياء، فإنه غالبا ما يكون مستحيلا أو غير عملي ملاحظة المجموعة كلها وخاصة إذا كانت كبيرة، وهو ما يطلق عليه "المجتمع" (Population) أو "المجموع"، ولذلك نلجأ إلى اختبار جزء صغير

منه ونطلق عليه "العينة" (Sample) (حلمي المليحي، 2001). التي تمثل المجتمع الأصلي وهي جزء منه يختارها الباحث بأساليب مختلفة وتضم عددا من أفراد المجتمع الكلي (عبيدات، 1996).

ولما كان من الصعب القيام ببحث ميداني على جميع مفردات المجتمع الأصلي استلزم على الباحث إتباع طريقة المعاينة التي يحاول فيها التقرب من تمثيل المجتمع الأصلي حتى يكون قادرا على القيام بدراسة بعيدة كل البعد عن التحيز خاصة، ولهذا يلجأ دائما إلى اختيار عينة يبني عليها دراسته حسب إمكانياته والوقت المحدد للدراسة وخاصة طبيعة وأهداف بحثه.

أما بالنسبة لدراستنا فقد اخترنا عينة محددة لإمكانية تجريب فرضيات الدراسة عليها وأخذنا بعين الاعتبار حدود إمكانياتنا.

في دراستنا الحالية لجأنا إلى الطرق غير الاحتمالية، أي غير العشوائية وهذا لخصوصية الفئة التي نتعامل معها، وبذلك فالباحث قام على العينة القصدية، والتي يقصد بها الطريقة التي يتم انتقاء أفرادها بشكل مقصود من قبل الباحث نظرا لتوافر بعض الخصائص في أولئك الأفراد دون غيرهم، ولكون تلك الخصائص هي من الأمور الهامة بالنسبة للدراسة، كما يتم اللجوء إلى هذا النوع من العينة في حالة توافر البيانات اللازمة للدراسة لدى فئة محددة من مجتمع الدراسة الأصلي، وهي عينة ملائمة لأنه يعطي لعناصر مجتمع الدراسة الأصلي حرية المشاركة في البحث، حيث يتم الاختيار بناء على أول مجموعة يقابلها الباحث وتوافق على المشاركة في الدراسة ويختار منها عدد مفردات العينة المطلوبة، ولكن بشروط محددة تضمن تمثيلا معقولا لمجتمع البحث، ويتميز هذا النوع من العينة بالسهولة في اختيار العينة وانخفاض التكلفة والوقت والجهد المبذول من الباحث، كما يتميز بسرعة الوصول لأفراد الدراسة والحصول على النتائج (عبيدات وآخرون، 1999)

وقد أكد العديد من الباحثين أمثال قوتي وآخرون (Gauthier et al 1984) شيوع استعمال هذه الطريقة في العديد من مجالات علم النفس، خاصة المجالات التي تكون فيها التجربة مؤلمة ومحرجة أو خطيرة أو صعبة.

نشير أيضا إلى أن هذا النوع من العينات تتم فيه عملية السحب من فئة مختارة ومتوافرة، وبالتالي فإن الفئة المختارة بموجبها ليست هي أفضل الفئات بل هي الأكثر توافرا (أنطوان حمصي، 1991)

3-2- شروط اختيار العينة:

حتى يُقبل المريض ضمن عينتنا ويخدم أغراض بحثنا ، إرتأينا توفر بعض الشروط لزاما ، حتى نلتزم الصدق والجدية ، وقد كانت جملة هذه الشروط تتحصر في :

- 1- أن تكون المريضة مصابة بمرض السرطان
- 2- أن لا تكون المريضة تعاني من أمراض عضوية أخرى
- 3- أن لا تكون المريضة تعاني من أمراض عقلية
- 4- أن لا يكون مرض السرطان قد استقر و تفاقم وان المريضة ليست في مراحلها الأخيرة من المرض

5- أن لا يكون فرق السن كبير بين مريضات السرطان

3-2- حجمها :

لنتمكن من التحقق من فرضياتنا قمنا بمحاولة الحصول على أكبر قدر ممكن من الحالات التي تعاني من السرطان وهذا بمختلف المصالح الطبية الاستشفائية .

وقد كان عدد الحالات التي أخضعناها لأدوات التقدير العيادي تبلغ 150 حالة

3-4- خصائص العينة :

من خلال التمهيد الذي قمنا به في اختيار البطاريات الصالحة للتحليل ارتأينا الإشارة إلى الخصائص التي تميز العينة وهذا على النحو التالي:

1 - من حيث الجنس :

جدول رقم (1) : توزيع أفراد العينة حسب الجنس .

النسبة المئوية	العدد	الجنس
100%	150	إناث
100%	150	المجموع

2 - من حيث السن :

جدول رقم (02) : توزيع أفراد العينة حسب السن .

النسبة المئوية	العدد	الفئة العمرية
53.33	80	40-20
23.33	35	50-41
23.33	35	60-51
100%	150	المجموع

3 - من حيث المستوى التعليمي :

جدول رقم (03): توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي .

النسبة المئوية	العدد	المستوى التعليمي
13.33	20	ابتدائي
20.00	30	متوسط
33.33	50	ثانوي
33.33	50	جامعي
100%	150	المجموع

4 - من حيث الحالة المدنية :

جدول رقم (04): توزيع أفراد العينة حسب الحالة المدنية .

النسبة المئوية	العدد	الحالة المدنية
43.33	20	أعزب
20	30	متزوج
33.33	50	مطلق
33.33	50	أرمل
100%	150	المجموع

7 - من حيث الوظيفة :

جدول رقم (05) : توزيع أفراد العينة حسب الوظيفة .

الوظيفة	العدد	النسبة المئوية
يمارس مهنة	50	33.33
يعمل بشكل متقطع	50	33.33
بطل	50	33.33
المجموع	150	100%

4- وسائل القياس:

يهدف التحقق من فرضيات البحث الحالي لجأنا لاستعمال بعض المقاييس التي تعرف رواجاً كبيراً بين الباحثين وتُذكر في العديد من الدراسات والبحوث الأكاديمية .

وتعتبر هذه المقاييس حسب ما يوردوه الباحثون أنها من أكثر المقاييس استعمالاً في مختلف الدوريات والمجلات العلمية، وقد قمنا في الدراسة الحالية بالتأكد من ثبات المقاييس التي سيتم عرضها عند كل مقياس، كما اعتمدنا أيضاً على الصدق الظاهري بحيث قمنا بعرض بطارية المقاييس على مجموعة من الأساتذة عددهم 12 - مذكورين بالأسماء ورتبهم العلمية، والجامعة التي ينتمون إليها - وطلب منهم قراءة بنود كل مقياس على حدا بتمعن وتمحص، ومحاولة العثور على الالتباس إن وجد أو احتمال وجود رطانة مفهومية على مستوى العبارات. وقد تشكلت أدوات البحث الحالي من :

1- الاستبيان :

تم تصميم استبيان بهدف جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات حول أفراد العينة، وقد اشتمل على مجموعة من البيانات (السن، الجنس، الحالة المدنية، المستوى التعليمي، الحالة الصحية، الوظيفة)، كما خصصنا أسئلة مفتوحة و أسئلة مغلقة .

و سوف يتم طرح هذه الأسئلة من خلال إجراء مقابلة عيادية.

2-المقابلة: تجرى المقابلة من خلال طرح أسئلة مغلقة و مفتوحة كما تكون أيضا مدعمة بمجموعة من المقاييس.

3-المقاييس النفسية:سوف نطبق المقاييس التالية:

1. مقياس سلوك الملائمة العلاجية
- 2.مقياس سمات الشخصية
- 3.مقياس نوعية الحياة لمرضى السرطان
- 4.مقياس استراتيجيات المقاومة
- 5.مقياس تسيير الانفعالات

و قبل أن نعرض مختلف المقاييس نعرف المقابلة و إجراءات تسييرها.

1.المقابلة العيادية : هي عملية لتبادل معقد للحديث بين طرفين، بعض الكلمات تهدف إلى إيصال رسائل، وكلمات أخرى تهدف إلى إخفائها. ولذلك في إطار المقابلة ليس من المفيد جدا أن نربك العميل بسؤال دقيق أو محرج، وإنما نكتسب المهارة التي تسمح لنا بأن نكون أكثر مرونة وتلقائية.

المقابلة العيادية موجهة نحو ذاتية المفحوص، وما يهم فيها هو "الواقع النفسي" للمفحوص، والفرق بين المقابلة العيادية وأول مقابلة تحليلية ليس سوى قضية شدة. وما يهم في المقابلة العيادية هو أن يترك أكبر قدر ممكن من الحرية في التعبير للمفحوص، لأن ذلك يوحي له بأنه منقبَل كما هو، وبالتالي فهو لا يشعر بالتهديد، الأمر الذي سيساعده على أن يظهر كما هو في الحقيقة، وبالتالي نتعرف عليه ونتمكن من مساعدته.

من أجل نجاح عملية المقابلة يجب على العيادي الحرص على إقامة علاقة جيدة ومبنية على الثقة بينه وبين العميل. فلا يمكن ان نتوقع أن الناس يكونون معنا مخلصين إذا ما شعروا أن كلامهم سوف يتجه نحو جهات أخرى، أو أنها سوف تستخدم في اتخاذ قرارات ضدهم في المستقبل. لكي تكون المقابلة أكثر تعبيرا ومصدرا لمعلومات كثيفة، فإن العميل يحتاج لأن يدرك العيادي عنصرا مساندا، ومشجعا على الانفتاح والتعبير، وغير مهدد على الإطلاق (Jourard, 1974)

المقابلة العيادية هي عملية لتبادل معقد للحديث بين طرفين، بعض الكلمات تهدف إلى إيصال رسائل، وكلمات أخرى تهدف إلى إخفائها. ولذلك في إطار المقابلة ليس من المفيد جدا أن نريك العميل بسؤال دقيق أو محرّج، وإنما نكتسب المهارة التي تسمح لنا بأن نكون أكثر مرونة وتلقائية.

شروط المقابلة العيادية:

الإطار النظري: هو مجموعة المعارف التي يكتسبها الأخصائي في الميدان ويتبناها، وعلى إثرها يقوم بتفسير وفهم الظواهر النفسية التي يدرسها. وعلى الرغم من أن المقابلة العيادية تظهر منفتحة على كل المعلومات التي يمكن للمفحوص أن يدلي بها، إلا أن الكثير من المعلومات التي يريد العيادي أن يستفسر حولها تكون متأثرة إلى حد كبير بتوجهه النظري. أي النظرية التي ترشد فهمه وتساعد على فهم الحقائق المرتبطة بالظواهر السلوكية. فالعياديون ذوو الاتجاه التحليلي غالبا ما يركزون على الخبرات المبكرة والتجارب الجنسية والأحلام، لأن هذه المعلومات تمكنهم من تكوين تصور عن ديناميكية الشخصية. بينما العياديون ذوو الاتجاه النظري السلوكي يميلون على التركيز على العوامل الحالية والمحيطية التي يحتمل أن تكون مسؤولة على إحداث الظاهرة المرضية، لأنهم يعتبرون أن السلوك المرضي هو سلوك متعلم من البيئة تماما كما يتم تعلم السلوك السوي. كما يقصد به أيضا المعارف النظرية والتطبيقية والتقنية. يكون الإطار النظري بمثابة مفكك ومفسر التشفير (décodateur) لفهم مشكلات الواقع.

الإطار الزمني: الفحص النفسي محدد بمدة زمنية معروفة لدى المفحوص والفاحص (باستثناء المقابلة الأولية) تكون على شكل مواعيد. ومدة الموعد معروفة عند كلاهما (باستثناء المقابلات التي يتم فيها تطبيق الاختبارات النفسية)، ذلك أن نوعية وطبيعة الاختبار والطريقة والوقت الذي يستغرقه المفحوص هي العناصر التي تملّي على الأخصائي زمن المقابلة.

الإطار المكاني: يتم الفحص النفسي في مكان محدد، وهو مكتب الأخصائي الذي يجب أن يتسم بالهدوء، والإنارة، والسرية المهنية. كما يدخل في إطار المكتب أيضا كل التجهيزات التي يحتاجها الأخصائي من أريكة، أو سرير للاسترخاء والاختبارات النفسية بأنواعها المختلفة

أهداف المقابلة العيادية:

تهدئة المريض وطمأنته: أي احتواء العميل والسماح له بالتعبير لأن يقول ما يجول بخاطره. ثم الصدق معه في إعطائه الحقائق والمعلومات حول مشكلته، وإظهار الاهتمام والاستعداد لعدم ادخار أي جهد في سبيل مد يد العون.

محاولة فهم شكوى المريض: أي استبيان الطلب والتمييز بين الطلب الصريح والطلب الضمني.

معاينة الأعراض: أي التعرف على العلامات المرضية ومحاولة التعرف على الصراعات التي تنطوي تحتها، وكذلك معرفة الوظائف التي تؤديها هذه الأعراض.

التصنيف و التشخيص: أي تبويب الحالة في إطار جدول سريري محدد على ضوء الأعراض التي تتميز بها، وكذلك التعرف على جوانب القوة والنقاط الإيجابية في الحالة.

اقتراح برنامج علاجي لتكفل النفسي: ويعني هذا القضاء على الأعراض المرضية نهائيا أو على الأقل التخفيف منها أو تأجيل ظهورها. ثم إجراء مقاربات بين مختلف التقنيات العلاجية التي يمكن أن تخفف منها بأقل تكلفة وبأدنى جهد وفي أقصر وقت. -مقتبس من محاضرات د. زقار رضوان-

2. إجراءات إجراء المقابلة العيادية مع مريضات سرطان الثدي:

عمدنا في البحث الحالي إلى استخدام المقابلة العيادية المرافقة لبطارية المقاييس ، وقد لجأنا إلى مثل هذا النوع من المقابلات لسببين رئيسين : أحدهما يتمثل في صعوبة الشروع في الفحص النفسي دون بناء علاقة تمهد للإجابة على البنود المتعلقة بكل مقياس على حدا ، الأمر الذي سيفسح المجال واسعا أمام الأفراد المشاركين ، أما السبب الثاني فيعود إلى كون المقابلة فاصلة في حال تداخل بيانات ونتائج سير الفحص .

وتدخل هذه المقابلة في الشطر الأول من الدراسة الميدانية ، حيث سنعمد إلى التعرف على بعض الخصائص الشخصية والمتعلقة بالجوانب الديموغرافية وكذا النفسية ، ومن ثم نحاول ضم مجموعات بنود المقاييس المختلفة ومحاولة تدويرها وتحويلها لأسئلة نصف موجهة تستخرج بياناتها وتقارن أو تعضد نتائج المقاييس

وبذلك فكل مقياس ستقابله مجموعة من الأسئلة .علما أن التطبيق سيكون بشكل فردي حتى
نتمكن من التعرف على الحالة النفسية للأفراد أثناء الإجابة ، بالإضافة إلى التدخل حال الغموض وتداخل
استجابات الأفراد لبعض البنود التي قد توحى بالتكرار أو بالرتانة المفهومية .

3. بطاقة تقنية للمعلومات الشخصية الخاصة بالمريضة وأسئلة الاستبيان و محاور المقابلة:

1- المعلومات أو البيانات :

الاسم و اللقب:

السن:

مكان الميلاد:

مكان السكن أو العنوان:

الوظيفة:

المستوى التعليمي:

الوضعية الاجتماعية:

عدد الأولاد:

مهنة الزوج:

مهنة الوالد و الأم:

سنة المرض:

نوع سرطان الثدي:

نوع العلاج:

السوابق المرضية:

السوابق العائلية:

الفحص السيكولوجي أو السيكاتري:

2-محاور المقابلة:

- كيف يمكنك وصف حياتك الشخصية ؟ وما هي التحديات التي تواجهينها بشكل مستمر ؟
- كيف تتصرفين عادة إزاء هذه التحديات ؟
- ما هي الخصائص التي تتميزين بها ؟
- إذا قارنت نفسك بأفراد عائلتك ما هي الخصائص التي تميزك عنهم ؟
- هل تعتقدين أنك شخصية قادرة على التحمل ؟ كيف ذلك ؟
- كيف يمكن أن تصفي نفسك فيما يتعلق بمتابعة العلاج والانسحاب لتعليمات طبيبك ؟
- هل تعتبرين حياتك معقدة إذا قارنتها بالأشخاص الذين تعرفينهم ؟ كيف ذلك ؟
- هل ترين أن حياتك أصبحت معقدة مقارنة بما كانت عليه قبل المرض ؟ قدمي وصفا لذلك ؟
- حين تفكرين في المرض ، كيف تتصرفين ؟ هل تلجئين للبكاء والغضب أم لمتابعة العلاج ومتابعة نصائح وتعليمات الطبيب ؟
- هل تلجئين للصلاة والدعاء في مواجهة مرضك ؟
- هل تعتبرين أنك أكثر قلقا من الأشخاص الآخرين ؟
- هل تعتقدين أن مرضك زادك قلقا (مقارنة بين القلق قبل وبعد المرض)

4.المقاييس النفسية:

1-مقياس سلوك الملاءمة العلاجية:

لقد بحثنا عن العديد من مقاييس الملاءمة العلاجية المرتبطة بالأمراض العضوية عموما و بمرض السرطان خصوصا.

دلت دراسات عديدة ان الالتزام بالتعليمات الطبية لدى المرضى المزمنين يشكل مشكلا في العالم كله.و يظهر هذا المشكل لدى كل المرضى و في مختلف الأمراض العضوية و النفسية .و قد حاول الباحثون إيجاد و إعداد وسائل و تقنيات صارمة لتقدير و قياس الملاءمة العلاجية و في دراسة أساسية أجراها باحثون من المنظمة العالمية للصحة توصلوا إلى أن في الدول المتطورة المرضى الذين يمثلون للتعليمات الطبية يشكلون فقط % 50و يؤكدون أنها اقل بكثير في الدول المتخلفة .

في غامبيا و الصين و أمريكا فقط % 51 et % 43 , % 27 على التوالي من المرضى الذين يستجيبون للتعليمات الطبية في مجال الضغط الدموي.ووجدنا ذلك عند مرضى الربو و السيدا.

و على هذا الأساس تصاحب هذه الأمراض تعقيدات طبية و سيكو اجتماعية نتيجة ان هؤلاء المرضى يتبنون سلوك عدم الملاءمة العلاجية و بالتالي تتدهور نوعية الحياة لديهم هكذا ينجر عن ذلك عدم فعالة تطبيق برامج الصحة العمومية.

ان المشتغلين في مجال الصحة لاحظوا انه أصبح ضروريا الاهتمام بمشكل عدم الملاءمة العلاجية و من الواجب تطوير سلوك الملاءمة العلاجية و ذلك اعتبارا ان المنظومة الصحية مسؤولة عن تسيير

Dr Rafael Bengoa الوضعية و هذا ما أكده احد مسؤولي المنظمة العالمية للصحة

تعتبر الملاءمة العلاجية عنصرا أساسيا في التكفل بالمرضى المزمنين كما انه احد العوامل المحددة لنجاح العلاج.

و قد تبين أن المرضى المصابين بالسرطان هم أكثر دافعية للامتثال للتعليمات الطبية نظرا لخطورة مرضهم و خطورة عدم الامتثال للتعليمات الطبية كما لاحظ بعض الأطباء انه في بعض حالات السرطان قد وجدوا هناك إفراط في الملاءمة العلاجية نظرا لكثرة و تنوع الأدوية التي يتناولونها.

حاليا يوجد عددا قليلا من الدراسات في مجال أمراض السرطان حول موضوع الملاءمة العلاجية و قد بينت الدراسات العيادية أن معايير قياس الملاءمة العلاجية تعتمد على طريقتين:

1. التقرير الذي يحضره المرضى عن حالتهم الصحية و نسبة امتثالهم للتعليمات الطبية
2. حساب عدد الأقراص و الوحدات المستخدمة من طرف الأطباء و اجراء التحاليل البولية و الدموية لمعرفة نسبة تركز الأدوية في الدم و البول

Cancer dans la population de l'étude	Thérapies orales	Méthodes d'évaluation	Taux d'observance
Tumeurs hématologiques[13]	Prednisone Allopurinol	Dosages sanguins prednisone et allopurinol	Prednisone 26,8 % Allopurinol 16,8 %
Sein[11]	Cyclophosphamide oral et/ou prednisone	Suivi par le patient lui-même	53 % de l'adhérence avec les 2 médicaments
Maladie d'Hodgkin ou lymphome non-Hodgkin[14]	Chlorambucil, prednisolone ou dexaméthasone	Piluliers électroniques	100 %
Poumon[15]	Étoposide	Piluliers électroniques	93,2 %
Sein[9]	Tamoxifène	Suivi par le patient lui-même Comptage des unités thérapeutiques restantes Piluliers électroniques	97,9 % en utilisant le suivi par le patient lui-même 92,1 % en utilisant le comptage des unités thérapeutiques restantes 85 % en utilisant les piluliers électroniques
Ovaire[16]	Altrétamine	Piluliers électroniques	97,4 %

Test	Avantages	Inconvénients
<i>Méthodes directes</i>		
Observation directe de la prise du médicament	Grande précision	Les patients peuvent cacher des comprimés dans leur bouche puis les jeter ; cette méthode n'est pas applicable en routine
Mesure de la concentration sanguine de la substance active ou de ses métabolites	Objectivité	Les variations du métabolisme et l'« effet blouse blanche » peuvent donner une fausse impression d'adhésion ; coûteuse
Mesure d'un marqueur biologique sanguin	Objectivité, en essai clinique, cette méthode peut être aussi utilisée pour mesurer la prise du placebo	Nécessite de coûteux dosages quantitatifs et le recueil de liquides organiques
<i>Méthodes indirectes</i>		
Questionnaires patients, rapports propres des patients	Simple, non coûteux ; la plus utile des méthodes en clinique	Risque d'erreurs allant croissant avec l'espacement des visites, les résultats sont facilement déformables par les patients
Comptage des comprimés	Méthode objective et quantifiable, facile à mettre en œuvre	Les données sont facilement falsifiables par le patient (ex. élimination des comprimés)
Évaluation de la réponse clinique du patient	Simplicité, facilité de mise en œuvre	Des facteurs autres que l'adhésion aux médicaments peuvent affecter la réponse clinique
Dispositifs de surveillance	Précision, les résultats sont	Coûteuse ; nécessite des visites

Test	Avantages	Inconvénients
électronique du traitement médicamenteux	facilement quantifiables ; traçabilité du comportement de prise du traitement médicamenteux	de contrôle et l'enregistrement des données à partir des flacons de médicaments
Mesure des marqueurs physiologiques (par ex. fréquence cardiaque chez les patients sous bêtabloquants)	Facilité de mise en œuvre, le plus souvent	Les marqueurs peuvent être absents pour d'autres raisons (ex. métabolisme accru, absorption médiocre, absence de réponse)
Cahiers d'auto-évaluation patients	Aide au rappel lorsque celui-ci est médiocre	Falsification aisée par le patient

إن الملاحظة المباشرة لتناول الأدوية و قياس تركز الدواء و جزيئاته في الدم و البول من الصعب التعرف عليها و نتائج التحاليل تختلف من شخص لأخر حسب الخصائص الصيدلانية للفرد.

L'observation directe de la prise du traitement médicamenteux, la mesure de la concentration du médicament ou de ses métabolites dans le sang ou dans l'urine sont difficiles à mettre en œuvre et les résultats peuvent varier de manière importante selon la pharmacocinétique de chaque individu

2-مقياس نوعية الحياة لدى مريضات السرطان:

- السلام العامة: وهي تحوي الإستبيانات المستخدمة في الصحة والمرض، من بينها:
- استبيان SF-36: هذا الإستبيان موجه لكل الأشخاص في صحة جيدة، أو المرضى، حيث أن هذا الاستبيان يسمح بالمقارنة بين مختلف الأمراض العضوية، و إرجاعها إلى عينة من الأشخاص السليمين. و يقيس الجوانب الثمانية التالية: النشاط الجسدي، الحياة و العلاقات مع الآخرين، الآلام الجسدية، الصحة المدركة، الحيوية، الحدود الراجعة إلى الحالة النفسية،الحدود الراجعة إلى الحالة الجسمية، الصحة النفسية.

هذا الإستبيان لا يحوي على بنود خاصة بمرض محدد، و هو ليس دقيق بما فيه الكفاية لتقييم الأثر الخاص للتدخل.

- استبيان EuroQol 5D: هو استبيان أوروبي لقياس نوعية الحياة، سهل و سريع التطبيق، يحوي 5 بنود تمثل خمسة أبعاد (الحركة، الرعاية الذاتية، النشاط المعتاد، الآلام و عدم الراحة، القلق و الإكتئاب).

- استبيان WHOQOL: وضع من طرف المنظمة العالمية للصحة، في نسخته الكاملة يستكشف ستة مجالات: الصحة الجسمية (الطاقة و التعب، الألم و عدم الراحة، الراحة و النوم)، الصحة النفسية (الصورة الجسدية و المظهر، المشاعر السلبية، المشاعر الإيجابية، تقدير الذات، التفكير، التعلم، الذاكرة و التركيز)، مستوى التبعية (الحركية، نشاطات الحياة اليومية، التبعية للأدوية أو للمستعدة الطبية، القدرة على العمل)، العلاقات الاجتماعية (العلاقات الاجتماعية، المساعدة الاجتماعية، النشاط الجنسي)، البيئة (الموارد المالية، الحرية و الأمن، توفر و نوعية نظام الرعاية...)، و أخيرا الجانب الروحاني و المعتقدات الشخصية.

- السلام الخاصة: طوّر المختصون في أمراض السرطان، و المختصين في القياس النفسي، استبيانات للتقييم الذاتي تتوافق و مرض السرطان، و التي تحوي العديد من الأسئلة لاستكشاف الجوانب المتعددة لنوعية الحياة، و التي لا تكون طويلة حتى لا نتعب المريض، و قد ظهرت هذه الإستبيانات في مختلف دول أمريكا الشمالية و أوروبا، بما فيها فرنسا، إيطاليا، و سويسرا. و يمكننا تلخيص وسائل القياس الخاصة لنوعية الحياة عند مرضى السرطان في الجدول التالي:

الأبعاد المستكشفة	عدد البنود	الأداة الخاصة بمرض السرطان
جسدية، نفسية، العلاقة مع البيئة.	22	Flic (Schipper H, 1984)
15 5 سلالم الوظيفية و 9 سلالم تخص الأعراض+1سلم الصحة العامة الجسمية، الاجتماعية، المعرفية، الوظيفة الشخصية و النفسية، حالة الصحية العامة التعب، الغثيان، القيء، الألم، ضيق التنفس، ارق، الشهية، الإمساك، الإسهال، المشاكل المالية.	2+28 بين 13 و 38 حسب الإستبيانات الثانوية	EORTC QLQ-30C (Arenson + (1993) الإستبيانات الثانوية (الثدي، الرئة، المريء، الشرج، القولون، المعدة، البروستاتا، الأورام الدماغية، المسالك الهوائية الهضمية العليا)
5 الجسمية، العائلية و الاجتماعية، العلاقة مع الأطباء، الراحة النفسية، الراحة الإنفعالية.	5+29 ما بين 7 و 20 حسب الإستبيانات الثانوية	(Cella FACT G3 DF1993)+ الإستبيانات الثانوية (الثدي، الأورام الدماغية، القولون، عنق الرحم، المريء، المبيضين، فقر الدم، التعب...)
4 نفس الشيء مع حذف بعد العلاقة مع الأطباء		FACIT
5 الأعراض الجسمية، الراحة الجسمية، الراحة النفسية، الراحة الوجودية، الدعم	1+16	Mac Gill QLQ soins palliatifs (Robin Cohen S,1997)

جدول رقم (1): وسائل القياس الخاصة بنوعية الحياة لدى مرضى السرطان

3. مقياس سمات الشخصية

4. مقياس استراتيجيات المقاومة

5. مقياس تسيير الانفعال

المراجع :

أولا المراجع العربية:

- أوهام نعمان ثابت .(2008) : الضغوط النفسية وعلاقتها بالتوافق النفسي للمصابات بسرطان الثدي المبكر في الأردن، أطروحة دكتوراه في علم النفس، الأردن .
- إسماعيل، بشرى (2004): " ضغوط الحياة والاضطرابات النفسية "، الطبعة الأولى، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- إسمهان عزوز . (2008) : مصدر الضبط الصحي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الحاج لخضر، باتنة، الجزائر.
- الإمارة، سعد -أ- (2001): " أساليب التعامل مع الضغوط، حدود المنهج والأساليب"، مجلة النبأ، العدد 55.
- الإمارة سعد -ب- (2001): " الضغوط النفسية"، مجلة النبأ، العدد 54.
- الرشيدى، هارون توفيق (1999): " الضغوطات النفسية، طبيعتها، نظرياتها "، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- الشناوي، محمد محروس وعبد الرحمن محمد السيد (1998): " العلاج السلوكي الحديث، أسسه، وتطبيقاته "، دار قباء للنشر والتوزيع، القاهرة.
- خليفة، وليد السيد أحمد ومراد، علي عيسى سعد (2008): " الضغوط النفسية والتخلف العقلي، في ضوء علم النفس المعرفي (المفاهيم - النظريات - البرامج)"، الطبعة الأولى، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية.
- رجاء، مريم (2007): " الاستراتيجيات التي يستخدمها الطلبة للتعامل مع الضغوط النفسية .دراسة ميدانية على عينة من طلبة كلية التربية بجامعة دمشق"، مجلة اتحاد

الجامعات العربية للتربية وعلم النفس، كلية التربية، جامعة دمشق، المجلد الخامس،
العدد الأول ، ص ص 145-172.

- شريف، ليلي (2002): " أساليب مواجهة الضغط النفسي وعلاقتها بنمطي الشخصية (أ-
ب) لدى أطباء الجراحة "، أطروحة دكتوراه غير منشورة في الصحة النفسية، جامعة
دمشق، سوريا.

- شويخ أحمد هناء (2007) : " أساليب تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن الأورام
السرطانية مع تطبيقات على حالات أورام المثانة السرطانية". إيتراك للطباعة والنشر
والتوزيع. القاهرة.

-شيلي تايلور، ترجمة :وسام درويش بريك، فوزي شاکر طعمية داود (2008) : علم
النفس .الصحي، دار حامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ط1

- عبد الباسط، لظفي (1994): " مقياس عمليات تحمل الضغوط"، كراسة التعليمات، مكتبة
الانجلو مصرية، القاهرة .

- عبد الرحمن، محمد السيد (1998): " دراسات في الصحة النفسية "، الجزء الأول، دار قباء
للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.

- عبد الرحمن، محمد السيد (2000): " علم الأمراض النفسية والعقلية "، الجزء الأول، دار
قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.

- عبد الرحمان، السيد محمد (1998): " نظريات الشخصية"، دار قباء للنشر والتوزيع، القاهرة.
- عبد السلام علي (2003): " مقياس أساليب مواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة "،
الطبعة الأولى، مكتبة النهضة المصرية.

- عبد المعطي، حسن مصطفى (1989): " الأثر النفسي لأحداث الحياة كما يدركها
المرضى السيكوسوماتيين "، مجلة علم النفس، العدد التاسع، يناير - فبراير - مارس،
ص 29 - 43.

- عبد المعطي، حسن مصطفى (1992): " ضغوط أحداث الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية وبعض متغيرات الشخصية"، مجلة كلية التربية، جامعة الزقازيق، العدد 19، ص ص 261-324.
- عبد المعطي، حسن مصطفى(1994): "ضغوط أحداث الحياة وأساليب مواجهتها، دراسة حضارية مقارنة في المجتمع المصري والاندونيسي"، المجلة المصرية للدراسات النفسية، العدد 8 ، تصدرها الجمعية المصرية للدراسات النفسية : أعمال المؤتمر العاشر لعلم النفس في مصر.
- عبد المعطي، حسن مصطفى (2002): " العلاج المعرفي والممارسة الإكلينيكية "، الطبعة الأولى، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
- عبد المعطي، حسن مصطفى وهشام، إبراهيم عبد الله (2002): "مصادر الضغوط النفسية لدى المرأة المصرية العاملة وأساليب مواجهتها" ، في عبد المعطي حسن مصطفى -2006- " ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها" الطبعة الأولى، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
- عبد المعطي، سويد (2003) : "مهارات التفكير ومواجهة الحياة"، الطبعة الأولى، دار الكتاب الجامعي، العين، الإمارات العربية المتحدة.
- عبد المعطي، حسن مصطفى (2006): "ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها"، الطبعة الأولى، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
- عبيد، ماجدة بهاء الدين سيد (2008): "الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية"، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.
- عثمان، فاروق السيد (2001): "القلق وإدارة الضغوط النفسية" ، الطبعة الأولى، دار الفكر العربي، القاهرة.

- عودية ولديحي حورية . (2005) : دور المساندة الاجتماعية كعنصر من عناصر الاتصال في التخفيف من الضغط النفسي لدى المصابين بمرض الربو، الملتقى الدولي حول سيكولوجية الاتصال والعلاقات الإنسانية، جامعة ورقلة، الجزائر
- عوض، رجب رئيفة. (2001) : " ضغوط المرهقين ومهارات المواجهة ، تشخيص وعلاج " . مكتبة النهضة العربية. القاهرة.
- فاروق السيد عثمان. 2001. القلق وإدارة الضغوط النفسية. سلسلة المراجع في التربية وعلم النفس .دار الفكر العربي .القاهرة ط 1
- كلاوس، شويح وغيرت، شراينكه ترجمة إلياس، حاجوج (2006): " الكرب أو الشدة النفسية، أفكار، نظريات، مشكلات "، الطبعة الأولى، منشورات دار علاء الدين، دمشق.
- مزلقوف وفاء .(2014) : استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي لدى مرضى السرطان دراسة ميدانية بالعيادة المتعددة الخدمات " احمد قماش " سطيف" رسالة ماجستير جامعة سطيف
- وليدة مرازقة .(2008) : مركز ضبط الألم وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الحاج لخضر، باتنة، الجزائر.
- يوسف، جمعة -أ- (2000): " الفروق بين الفصامين والأسوياء الذكور في نمط السلوك -أ- واستراتيجيات مواجهة الضغط"، في " دراسات في علم النفس الإكلينيكي"، دار غريب، القاهرة.
- يوسف، جمعة -ب- (2000): "الذاكرة الانتقائية الملائمة للمزاج لدى مرتفعي ومنخفضي الأعراض الاكتئابية"، في " دراسات في علم النفس الإكلينيكي"، دار غريب، القاهرة.
- يوسف، جمعة -ج- (2000): " الفروق بين الذكور والإناث في إدراك أحداث الحياة المثيرة للمشقة"، في " دراسات في علم النفس الإكلينيكي"، دار غريب، القاهرة.

- يوسف، جمعة د- (2000): "ترتيب أحداث الحياة المثيرة للمشقة، دراسة ثقافية مقارنة"،
في "دراسات في علم النفس الإكلينيكي"، دار غريب، القاهرة.
- يوسف جمعة سيد (2004): "إدارة ضغوط العمل، نموذج للتدريب وللممارسة"، إيتراك
للنشر والتوزيع، القاهرة.
- أبوحطب & صادق، فؤاد و آمال.(1996). القدرات العقلية، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- أحمد العلوان (2011) ، الذكاء الانفعالي وعلاقته بالمهارات الاجتماعية وأنماط التعلق لدى طلبة
الجامعة في ضوء متغيري التخصص والنوع الاجتماع للطالب المجلة الأردنية في العلوم التربوية،
مجلد 7، عدد 2 144 -125 ،
- أحمد، سهير كامل (1999). الصحة النفسية والتوافق، مركز الإسكندرية
للكتاب، الإسكندرية،
- جبر محمد جبر، 2004، تقدير الذات وعلاقته بالوجود الأفضل لدى مرضى السرطان، دراسات عربية
في علم النفس، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، مصر، المجلد الثالث، العدد الثالث.
- الداھري، صالح حسن (2008). أساسيات التوافق النفسي والاضطرابات السلوكية والانفعالية (الأسس
والنظريات)، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان - الأردن.
- السمادوني إبراهيم (2007)، الذكاء الوجداني: أسسه، تطبيقاته، تنميته ، در الفكر، الأردن.
- فهمي، مصطفى (1967). الصحة النفسية في الأسرة والمدرسة
والمجتمع، الطبعة الثانية، دار الثقافة للنشر، القاهرة،
- لرفاعي ، صالح (2005) الجريدة ، الغضب : مقال في جريدة المغترب الأسبوعية التي تصدر
في كندا ، صاحب المقال رئيس تحرير هذه الجريدة ، على موقعها على الإنترنت تحت عنوان : "
دراسات نفسية " بتاريخ 2005 / 3 / 11
- محمود محمد بن يونس '(2007): سيكولوجية الطاقة والانفعالات، ط 1، دار المسيرة، عمان.

- مريامة حنصلي ، (2014) ، إدارة الضغوط النفسية و علاقتها بسمتي الشخصية المناعية (الصلابة النفسية و التوكيدية) في ضوء الذكاء الانفعالي ،دراسة ميدانية على الأساتذة الممارسين لمهام إدارية ، رسالة دكتوراه ، جامعة محمد خضير بسكرة

ثانيا : المراجع الأجنبية :

- Boland. Jean (1996):" Le Concept biologique du processus du stress " , in stress et cardiologie, collection médecine et psychothérapie .paris .milan barcelone. Masson .pp 21-35.
- Bourgeois .m-l (2001) : "les instruments d'évaluation pour la prédiction et la prévention du suicide" intérêt pour la pratique clinique et la recherche . conférence de consensus 19-20.octobre 2000.la crise suicidaire reconnaitre et prendre en charge .édition John Libbey Eurotext .Paris
- Brouette, Béatrice (1996):"complications de stress induites par la maladie cardiaque ", in : stress et cardiologie .collection médecine et psychothérapie. paris .milan barcelone .Masson .pp68-82.
- Bruce, Ellen Ruth. (1997):"la gestion du stress a l'intention des membres de la communauté juridique. LPAC ", programme d'aide aux juristes, Pamba : programme d'aide aux membres du barreau du Québec.
- Chipp, Paul –Etienne & Scherer, Klaus (1992): "Les comportements du coping : étude de leur structure théorique et élaboration d'une échelle en langue française", revue européenne de psychologie appliquée 4^{eme} trimestre ,vol 42. N° 04, pp285-294.
- Dantchev, nicolas (1989):" stratégies de coping et pattern a coronarogène", revue de médecine psychosomatique, vol 17/18, p 21-23.
- Dupain ,ph (1998): "le « coping » une revue du concept et des méthodes d'évaluation", journal de thérapie comportementale et cognitive, 8.4, pp131-
- Endler, N et Parker, J; (1998): "inventaire de coping pour situations stressantes ", Manuel, les éditions du centre de psychologie appliquée, Paris.

- Folkman, S (1984): "personal control and stress and coping process : a theoretical analysis", journal of personality and social psychology .46.4.,839-852.
- Folkman, S & Lazarus, R (1988): "way of coping questionnaire ", mind garden publisher .u.s.a.
- Haynal, A, Pasini, W (1978) : abrégé de médecine psychosomatique .édition Masson paris .
- Kacha, F (1979): "contribution a l'étude du suicide en milieu urbain", thèse de doctorat en médecine, Alger.
- Kacha, Farid (2001): "les conduits suicidaires". Algérie santé .revue bimestrielle de santé .mars- avril n° 4, pp 06-10.
- Kobassa, S.C, (1982): "commitment and coping in stress distance among lawyers", journal of personality and social psychology, 42, 168-177
- Lazarus, R & Folkman, S (1984) : "stress, appraisal and coping", new York , Springer .
- Lazarus, R (1993) : " from psychological stress to the emotion / a history of changing out looks " .Annee-rev-psych , vol 44m , pp 1-12.
- Norman, S & Endler, J .ph.d , f.r.s.c, James, D.A, Parker, M.A. CISS .Manuel de coping pour situation stressantes .adaptation française Jean-pierre Rolland .les éditions du centre de psychologie appliqué .Paris
- Paulhan, I; Nuissier, J; Quintard, B; Cousson, F et Bourgeois, M; (1994):" La mesure du coping, traduction et validation française de l'échelle de vitaliano ", Annales. Médico-Psychologiques, vol 125, N°5, pp 292- 299.

Allen, Bem p.(1990) . Personality, Social and Biological Perspectives on Personal Adjustment , California : Brooks Cole publishing Co.PP.5.

Breitbart, W.,(1995) .Identifying patients at risk for, and treatment of major psychiatric

Cooper.R.K,(1997),Applying emotional intelligence at work Chichester.Wiley

Livengston .H.Nadjiwon-Foster.M.Smithers (2002), Emotional intelligence and Military Leadership.paper prepared for Canadian forces Leadership

Mayer, J.D., Salovey, P., Caruso, D.R (2006), Selecting a measure of emotional intelligence the case of ability scales, Chap in :R.Bar-on J.D.A?PARKER (EDS) *The handbook of emotional intelligence: theory development, Assessment and Application in home*, (pp 320-342), San Francisco Jossey –Bass.

Psychosomatisme et cancer vers une écoute compréhensive et empathique

- Thomas, J., et al. 2004. Integrating qualitative research with trials in systematic reviews. *BMJ*, 328. 7446, 1010
 - Todarello O, La Pesa MW, Saka S., Martino V., Lattanzio E. 1989. Alexithymia and breast cancer, survey of 200 women undergoing mammography, *Psychother Psychosom* 51, 51-55.
 - Toradello O, Casamassima A, Daniele S, Marinaccio M, La Pesa MW, Caradonna L, Valentinon L et al. 1994. Alexithymia, immunity and cervical intraepithelial neoplasia: a pilot study, *Psychother Psychosom*, 61, 199-204.
 - Toradello O, Casamassima A, Daniele S, Marinaccio M, La Pesa MW, Caradonna L, Valentinon L et al. 1997. Alexithymia, immunity and cervical intraepithelial neoplasia: replication, *Psychother Psychosom*, 66, 208-213.
 - Wilkinson S., Kirzinger C. 2000. Thinking differently about thinking positive : a discursive approach to cancer patients' talk. *Social Science and Medicine*, 50, 797-811.
 - Wright, E.B., Holcombe, C., Salmon, P., 2004. Doctors' communication of trust, care, and respect in breast cancer : qualitative study. *BMJ*, 328, (7444): 864.:
1. WHOQOL Group. Study protocol for the World Health Organisation project to develop a quality of life assessment instrument. *Qual Life Res* 1993;2:153-9.
 2. Macquart-Moulin G, Viens P, Bouscary ML et al. Discordance between physicians' estimations and breast cancer patients' self-assessment of side-effects of chemotherapy: an issue for quality of care. *Br J Cancer* 1997;76(12):640-5.
 3. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30(6):473-83.
 4. Kind P, Carr-Hill R. The Nottingham health profile: a useful tool for epidemiologists? *Soc Sci Med* 1987;25(8): 905-10.
 5. Bergner M, Bobbitt RA, Pollard WE et al. The sickness impact profile: validation of a health status measure. *Med Care* 1976;14(1):57-61.
 6. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst* 1993;85(5): 365-76.

7. Cella DF, Tulsky DS, Gray G et al. The Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) scale: development and validation of the general measure. *J Clin Oncol* 1993; 11(3):570-9.
8. Schipper H, Clinch J, McMurray A et al. Measuring the quality of life of cancer patients: the Functional living index cancer: development and validation. *J Clin Oncol* 1984; 2(5):472-83.
9. Conroy T, Mercier M, Bonneterre J et al. Comparison of quality of life cancer-specific instruments: FACT-G, EORTC QLQ-C30 and FLIC. *Proc Am Soc Clin Oncol* 2001;20:401a.
10. McGee HM, O'Boyle CA, Hickey A, O'Malley K, Joyce CR. Assessing the quality of life of the individual: the SEIQoL with a healthy and a gastroenterology unit population. *Psychol Med* 1991;21(3):749-59