

مظاهر المعاناة النفسية وعلاقتها
الاستراتيجيات المواجهة لدى أطباء
المصالح الاستشفائية الحرجة - مصالح أورام
السرطان أنموذجا
Manifestations of psychological suffering and its
relationship to coping strategies among doctors of
the critical hospital services - the interests of
cancer tumors as a model

حفظ الله رفيقة

لونيسى علي البليدة 2

r.hafdallah@univ-blida2.dz

تاريخ القبول: 2023/05/20

تاريخ الاستلام: 2023/05/05

ملخص:

هدفت الدراسة الى معرفة العلاقة بين القلق والاكتئاب بإستراتيجيات المواجهة، ودرجة كل من قلق والاكتئاب لدى هؤلاء الأطباء، أجريت هذه الدراسة باتباع المنهج الوصفي الارتباطي على مجموعة تكونت من (21) طبيب بمصلحة أورام السرطان، وقد تم استخدام كل من مقياس القلق والاكتئاب (HAD) ، ومقياس استراتيجيات المواجهة المختصر (Brief Cope) .، وبعد المعالجة الإحصائية توصلنا الى النتائج التالية:

- يعاني أطباء أورام السرطان العاملين بمستشفى فرانس فانون بالبليدة من درجات عالية من القلق، والاكتئاب - يستعمل أطباء أورام السرطان العاملين بمستشفى فرانس فانون بالبليدة استراتيجيات الواجهة المرتكزة على المساندة الانفعالية.، كما توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين القلق واستراتيجيات المواجهة لدى أطباء أورام السرطان العاملين بمستشفى فرانس فانون بالبليدة، ووجدنا علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الاكتئاب واستراتيجيات المواجهة لدى أطباء أورام السرطان العاملين بمستشفى فرانس فانون بالبليدة
الكلمات المفتاحية: القلق - الاكتئاب - إستراتيجيات المواجهة

Abstract :

strategy of oncology doctors (Frantz Fanon hospital),and depression With the coping strategies of cancer oncologists, and aimed to know the degree of anxiety and depression and the most important strategies ,and the descriptive correlative approach was used on a sampel of 21douctors and the anxiety and depression scale (HAD)was used and the results wereas follows : the degree of anxiety high among doctors, and the degree of depressionis high among doctors, and doctors use a coping strategy centered on social support, and there is a Relationship between anxiety and coping strategies. Then there is a Relationship between depression and coping strategies

Keywords: anxiety, Depression. coping strategies.

مقدمة :

يعد مجال الصحة من المجالات التي يتعرض فيها العاملون للضغوط والتوترات التي تولد لديهم حالات من الغضب و القلق والاحباط نظرا للمسؤولية الكبيرة الملقاة على عاتقهم وخاصة الأطباء، فمهنه الطب تركز على التعامل مع شكوى المريض ومساعدته على مواجهة الصعوبات والمشاكل الناجمة عن المرض ولذلك يجد الطبيب نفسه محاصرا بمتطلبات الآخرين بشكل مستمر، وهذا ما يفرض عليه جهدا مضاعفا لأداء المظهر التقني للمهنة من جهة ، والمظاهر الإنسانية من جهة أخرى، وبالتالي يقع تحت وطأة الضغط الذي يلعب دورا هاما في تهديد التوازن النفسي والبيولوجي ، كما يؤثر على علاقاته مع الآخرين وعلى ادائه المهني، ولاسيما اذا تعلق الامر بالعمل ضمن المصالح الحساسة والصعبة كمصلحة مكافحة السرطان، وذلك راجع لخطورة هذا المرض ولحجم التصورات النفسية والاجتماعية التي ترتبط به، فهو في الكثير من الأحيان مرادف للموت و يحتاج المريض إلى تلقي عناية خاصة كما ان البرتوكولات العلاجية في حد ذاتها صعبة (العلاج الكيميائي، العلاج بالأشعة، الجراحة....) ، بالإضافة إلى الأعراض التي تكون مصاحبة للدواء. فالعمل مع مرضى السرطان يتطلب جهودا بدنية ونفسية ومعرفية ووجدانية تؤثر على القائم بالخدمة إلى جانب عدد الحالات المتوافدة وخطورة بعض الحالات المرضية أو عدم تشخيصها تشخيصا دقيقا، إضافة الى العديد من العوامل الأخرى كنفص الخبرة المهنية و التكوين الطبي، نقص الوسائل المتاحة و سوء التسيير الإداري للمصلحة أو المؤسسة أو الساعات الطويلة والمسؤوليات الصعبة و أحيانا التناول على الأطباء كل هذا يولد المعاناة المستمرة التي قد تكون سببا في تعرض الطبيب لحالات نفسية كالإحباط و الاحتراق النفسي والمهني والقلق والاكتئاب، الا أن الإنسان بطبيعته لا يقف مكتوف الأيدي إزاء أي ضغط يوتره أو يهدد حياته وذلك للحفاظ على توازنه النفسي، فيعتمد الى استخدام استراتيجيات مواجهة يهدف من خلالها إلى خفض الآثار الانفعالية والنفسية والسلوكية ،وتختلف هذه الاستراتيجيات من فرد الى اخر فهناك من يستعمل إستراتيجية مواجهة متمركزة حول المشكل ومنهم من يستخدم إستراتيجية المواجهة حول الانفعال ومنهم من يعتمد أكثر إستراتيجية المواجهة حول المساندة الاجتماعية ومنهم من ينوعها حسب

طبيعة المواقف الضاغطة وتقييمها بصورة ايجابية وبالتالي فان استراتيجيات المواجهة لها دور فعال في تعامل الأطباء داخل هذه المصلحة مع المواقف الضاغطة وإيجاد حلول مناسبة.

أولاً: الإشكالية وفرضيات الدراسة:

1. الإشكالية:

ان طبيعة الحياة المعاصرة بما تتضمنه من تغيرات سريعة إيجابية كانت او سلبية تولد لدينا ضغوط يجب علينا التصدي لها والتكيف معها ولعل اكثر هذه الضغوط النفسية تأثيرا على حياة الانسان والتي قد توقعه في مطبات الاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب تلك التي يواجهها في بيئة العمل كما تختلف مستويات الضغط حسب طبيعة العمل فقد أشار لانفورد (1978) Longford بان اكثر مجالات العمل اثاره للضغوط هي تلك التي تمتاز بمواجهة مباشرة مع الناس والتي يكرس فيها الافراد انفسهم لخدمة الاخرين فالمرضى والأطباء والمعلمون والمشرفون الاجتماعيون معرضون للضغوط اكثر من غيرهم فالضغوط المهنية وخاصة في مجال الخدمات كالصحة تعد من المواضيع التي لاقت اهتماما كبيرا من قبل الباحثين لما لها من اثار نفسية وجسدية ضارة وانعكاسات سلبية على سلوكياتهم وادائهم

فقد كشفت نتائج بحوث منظمة العمل الدولية التابعة للأمم المتحدة والمعنية بشؤون العمل والعمال نتائج بحوثها المستمدة من معطيات مجموعة من الدراسات الإحصائية والعلمية المتعلقة بالموضوع أجرتها على خمسة دول صناعية اذ تبين ان نحو (10%) من البالغين يصابون بفعل ظروف العمل الضاغطة بأنواع من الإحباط المؤدية للكثابة كل عام ،و وتذكر الدراسة ان خسارة المانيا من المشاكل الصحية ذات الطبيعة النفسية والعقلية تقدر بنحو (2.2) مليار دولار في العام وفي بريطانيا يعاني (30%) من قوة العمل من شكل من اشكال الضغط النفسي او الإحباط اما في بولندا زاد القلق من الضغط المهني والخوف من فقدان الوظيفة بنسبة (50%) بينما في فنلندا تضيق اكثر من 30 الف ساعة عمل كل عام بسبب حالات الانتحار الناتجة عن ظروف العمل السيئة

وقد أشار عسكر وعبد الله في دراسته سنة (1988) التي هدفت الى تحديد درجة الضغوط النفسية ومصادرها ومقارنتها لدى العاملين في كل من مهن التمريض والطب والخدمة النفسية

والاجتماعية والتي اشارت نتائجها الى ان مهنة التمريض والطب هي اكثر المهن تعرضا للضغوط تليها الخدمة النفسية كما اشارت الى وجود فروق دالة إحصائيا بين المهن السابق.¹ كما اكدت العديد من الدراسات على إيجابية العلاقة بين الضغوط في مجال الخدمات الصحية والاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب على غرار دراسة عبد المعطي (1992) التي هدفت الى الدراسة احداث ضغوط الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية وبعض المتغيرات الشخصية حيث أجريت على (168) فردا من الجنسين أعمارهم ما بين (23-50) سنة أظهرت النتائج ارتباطا دالا بين الضغوط وجميع الاعراض الإكلينيكية المرضية .

واشارت دراسة جانيت وموريس (1984) Morris & Janet ان هناك علاقة إيجابية دالة بين احداث الحياة السلبية والاكتئاب اما سيغورد (1981) Sigurd فتوصل الى وجود ارتباط دال احصائيا وموجبا بين احداث الحياة الضاغطة والاكتئاب العصابي ،اما دراسة النيال (1991) التي هدفت الى فحص الفروق بين الممرضات اللاتي يعملن في قسم العناية المركزة والاقسام المختلفة في مستشفيات الإسكندرية والاتي بلغ عددهن (60) ممرضة طبقت عليهن مقاييس قلق الموت والاكتئاب والعدوانية واسفرت نتائجها على وجود ارتباطات جوهرية بين كل من قلق الموت والاكتئاب والعصبية وتوصلت أيضا الى ان الممرضين يعانون من مستوى قلق عال .

وأثبتت دراسة لعمامرة سنة (2003) حول اضطرابات الضغط والاكتئاب بين طقم التمريض الى ان نسبة الإصابة بالأمراض العقلية وصلت الى 78% من افراد العينة مثل الاكتئاب الضغط والارق... الخ.

اذن نلاحظ مما سبق ان العاملين في القصاص الصحي يتعرضون الى العديد من الاضطرابات التي تسببها ضغوط المحيطة بهم ولهذا فهم يحتاجون عند مرورهم بالوضعيات المجهدة والصعبة الى التكيف الإيجابي وذلك باستخدام استراتيجيات متنوعة يصطلح عليها استراتيجيات المواجهة والتي تنقسم الى نوعين فعالة وسلبية ويتحدد نوعها حسب الفروق الفردية والمتغيرات النفسية والاجتماعية التي تدعم الفرد على مواجهة الضغوط ،وقد اكد كين وسميث (1994) بان الاحداث الحياتية لا تسمح بالتنبؤ بالاضطرابات التي سيعاني منها الافراد ذلك لان الاستجابة الوجدانية للضغط لا ترتبط بحدث معين وانما بفرد ما ،ووضح فولكمان ولازاروس ان

(1988) بان الطريقة التي يواجه بها الفرد الضغط هي التي تؤثر على صحته النفسية والجسدية وليس الضغط بحد ذاته , مقال الاكتئاب وميز لازاروس (Lazarus)يبين نوعين من إستراتيجيات المواجهة و هما: المواجهة المتمركزة على المشكلة و فيها يسعى الفرد إلى تغيير الموقف مباشرة بغرض التعديل، بالإضافة إلى المواجهة المتمركزة على الانفعال أي التعامل مع الانفعالات الناتجة عن مصادر الضغوط²

كما استنتج لازاروس (Lazarus) بان الغضب والقلق والاكتئاب هي نتيجة لفشل أساليب مواجهة الضغوط ففشل الأساليب الفردي لمواجهة المواقف الضاغطة تؤدي الى ظهور بعض الاضطرابات الجسمية والنفسية.

ومن هنا نتضح لنا أهمية دراسة علاقة القلق والاكتئاب مع إستراتيجيات المواجهة لدى الأطباء في أكثر المصالح حساسية في التعامل والتعايش مع أفراد يعانون من السرطان كتجربة مؤلمة ينجم عنها عدم الاستقرار السيكولوجي الذي يتطلب الاهتمام والدعم من طرف العائلة وللأطباء لتجنب الوقوع في آثار سلبية بطرح التساؤلات التالية:

-ماهي درجات القلق التي يعاني منها أطباء أورام السرطان العاملين بمستشفى فرانس فانون بالبلدية؟

-ماهي درجات الاكتئاب التي يعاني منها أطباء أورام السرطان العاملين بمستشفى فرانس فانون بالبلدية؟

-ماهي استراتيجيات المواجهة التي يستعملها أطباء أورام السرطان العاملين بمستشفى فرانس فانون بالبلدية؟

-هل توجد علاقة بين القلق واستراتيجيات المواجهة لدى أطباء أورام السرطان العاملين بمستشفى فرانس فانون بالبلدية؟

هل توجد علاقة بين القلق واستراتيجيات المواجهة لدى أطباء أورام السرطان العاملين بمستشفى فرانس فانون بالبلدية؟

2-الفرضيات:

-يعاني أطباء أورام السرطان العاملين بمستشفى فرانس فانون بالبلدية من درجات عالية من القلق.

-يعاني أطباء أورام السرطان العاملين بمستشفى فرانس فانون بالبلدية من درجات عالية من الاكتئاب.

-يستعمل أطباء أورام السرطان العاملين بمستشفى فرانس فانون بالبلدية استراتيجيات المواجهة المرتكزة على المساندة الانفعالية.

-توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين القلق واستراتيجيات المواجهة لدى أطباء أورام السرطان العاملين بمستشفى فرانس فانون بالبلدية

-وجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الاكتئاب واستراتيجيات المواجهة لدى أطباء أورام السرطان العاملين بمستشفى فرانس فانون بالبلدية

3.اهداف الدراسة:

- معرفة درجات القلق التي يعاني منها أطباء أورام السرطان العاملين بمستشفى فرانس فانون بالبلدية.
- معرفة درجات الاكتئاب التي يعاني منها أطباء أورام السرطان العاملين بمستشفى فرانس فانون بالبلدية من درجات عالية من الاكتئاب.
- الكشف عن إستراتيجيات المواجهة الأكثر استعمالا من طرف أطباء أورام السرطان العاملين بمستشفى فرانس فانون بالبلدية
- التعرف على طبيعة العلاقة بين القلق واستراتيجيات المواجهة لدى أطباء أورام السرطان العاملين بمستشفى فرانس فانون بالبلدية؟
- التعرف على طبيعة العلاقة بين الاكتئاب واستراتيجيات المواجهة لدى أطباء أورام السرطان العاملين بمستشفى فرانس فانون بالبلدية؟

4.أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة في انها سلطت الضوء على شريحة مهمة في المجتمع الا وهي الأطباء العاملين بمصلحة اورام السرطان للكشف عن المعاناتهم جراء الضغوط التي يتعرضون لها وكذلك التعرف على أكثر استراتيجيات المواجهة التي يلجؤون اليها لمجابهة هذه الضغوط والتكيف مع الوضعيات الصعبة.

5.مفاهيم الدراسة:

1.5 الاكتئاب:

عرفه برونز وبيك بانه اختلال يصيب الجهاز النفسي البيولوجي كله ويشتمل على الانفعالات والأفكار والسلوكيات والوظائف البدنية ويتميز المكون الانفعالي بوجود مزاج كدر يشتمل على مشاعر الحزن والتوتر والياس والشعور بالاثم وتشتمل الاعراض البدنية على توهم المرض

والأرق وزيادة الوزن أو نقصانه والامساك أو الاسهال والسبات والخمول وعدم النشاط والانزعال
عن العمل وتجنب الأنشطة السارة³.

ويعرف اجرائيا بالدرجة التي يحصل عليها الفرد على مقياس HAD.

2.5 القلق:

ويعرف سبيلبرجر (1975) Spielberger قلق الحالة بأنه حالة انفعالية تتصف بأحاسيس
طارئة من توتر والارتباك والعصبية المصحوبة بنشاطات من الجهاز العصبي الذاتي
(اللاإرادي) ويختلف قلق الحالة من حيث حدوثه عبر الزمن كدالة عن الاجهاد الذي يلزم
الفرد⁴

ويعرف اجرائيا بالدرجة التي يحصل عليها الفرد على مقياس HAD.

3.5 استراتيجيات المواجهة:

تعرف على انها مجهودات خاصة سلوكية ونفسية يستخدمها الأشخاص لإدارة الوضعيات
المجهدة حيث تتجمع استراتيجيات المواجهة في مجموعتين: استراتيجيات متمركزة حول المشكل
واستراتيجيات متمركزة حول العاطفة

كما توصف على انها مجموعة المساعي المعرفية والسلوكية لإدارة متطلبات خارجية او داخلية
تظهر كمكلفة او مرهقة لمصادر الشخص

ثانيا: الإطار النظري للدراسة

1. تعريف الاكتئاب:

يعد كارل إبراهيم (Karl Ibraham,1911) من الأوائل من تحدثوا عن خبراتهم مع مرضى
الاكتئاب، ووصف تركيبة هؤلاء المرضى بأنها تشبه تركيبة المرضى بالوسواس القهري لأن كلا
من نمطي شخصية هذين الاضطرابين يكشف عن مظاهر من الطباع المتمركز حول الذات،
والتناقض الشديد، وهذا التناقض يعني سيطرة مشاعر الحب والكره في وقت واحد بدرجة يمكن
أن تؤدي إلى نوع من الشلل في العلاقة مع الآخرين⁵

ولقد لاق موضوع الاكتئاب اهتماما كبيرا من طرف العلماء نظرا لتزايد حالات الإصابة به منذ
بداية النصف الثاني من القرن العشرين فقد عرف انتشارا واسعة وبصورة وبائية في كل
المجتمعات، وهذا ما دفع إلى تسمية هذا العصر بعصر الاكتئاب. فتعددت الدراسات المتعلقة

بالاكتئاب متضمنة العديد من التعريفات الخاصة به لتتفق جل التعريفات حول ماهية الاكتئاب "على كونه حالة انفعالية من حزن شديد وعجز، وانتقاد للذات والتشاؤم، كما أكدت على وجود مجموعة من الأعراض الإكلينيكية المتمثلة: التعب بصورة مستمرة، الشعور بالحزن بدون سبب مما يؤدي إلى نوبات البكاء المتكرر، ومشكلات في التفكير بحيث يكون الفرد عاجزا عن التركيز واتخاذ القرارات، وأعراض سلوكية كإهمال الظهر الخارجي والانسحاب وبالتالي يفرض الفرد في أداء مسؤولياته".

أعراض الاكتئاب: تتمثل الأعراض الإكلينيكية للاكتئاب كما وردها احمد عكاشة (1988) فيما يلي:

الأعراض الوجدانية: الشعور الشديد بالكآبة واحتقار الذات، الشعور بالانقباض والضيق وهبوط الروح المعنوية.

- الشعور بتغير لون الحياة وقيمتها، الشعور باليأس والعجز والحزن الشديد.
- الشعور بالخوف والرعب من العلم القاسي الذي لا يرحم، الشعور بالتشاؤم المفرط.
الأعراض النفسية: وتتضمن الوظائف الذهنية يتسم مريض الاكتئاب بالبطء في الاستجابة وقلة الانتباه والسرхан وعدم القدرة على التركيز والشعور بالتعب عند القيام بأقل مجهود.
التفكير: الإجهاد الشديد عن التفكير في أبسط الأشياء، الإحساس بتأنيب الضمير واتهام نفسه بالخطيئة والتلوث الخلقي.

- توهم العلل البدنية، الشعور بعدم الأهمية والتقليل والخط من قيمة الذات.
- الضلالات، حيث يغلب المريض ضلال العديمة، اختلال الآنية والعالم الخارجي.
- صعوبة التركيز وبطء التفكير، وجود هلاوس وخداعات.
- يسود تفكير المريض التشاؤم الأفكار السوداء، وتبدو الحياة في نظره بلا أمل وكثيرا ما يفكر في الانتحار.

الأعراض الفيزيولوجية: وتشمل على -

- اضطرابات النوم، فقد الشهية ونقص الوزن
- الإمساك، العنف الجنسي والاضطراب الجنسي الوظيفي.
- حدوث بفض التغيرات الكيميائية، الشكوى من الاضطرابات الحشوية.

الأعراض السلوكية: وتشمل:

- المظهر الخارجي: يبدو على الفرد المكتئب الحزن والكآبة وإهمال الظهر.
- السلوك: حيث تقل قدرة المريض على العمل كما يعرف عن ممارسة أي نشاط.
- النشاط الحركي: ويتميز المريض بالهبوط الحركي والكسل العام والخمول الذهني والجسدي والوظيفي.
- فقدان الثقة وعدم القدرة على أداء الواجبات، الانطواء والميل إلى العزلة.
- محاولة الانتحار حيث يعتبر الانتحار من أكثر الأعراض خطورة⁶

2. أنواع الاكتئاب:

هناك نوعين من الاكتئاب: الحالات الاكتئابية العصبية أمراض وظيفية ناتجة عن ارتكاس نفسي انفعالي وحالات الذهنية .

3. القلق:

يعني تكدر البال حول أمر غير محقق في المستقبل وهو انفعال مكرر مرتبط بالشعور بخطر محقق غير واضح للفرد، وهو مرتبط ببعض المواقف يرافقه اضطراب شديد، وقد يشعر به حتى الأصحاب وهو ينشأ لدى الفرد منذ الطفولة إلا أنه يصبح مرضا عندما يعم الحياة النفسية للفرد ويدوم مما يؤدي به إلى عدم التأقلم مع ما يحيط به جسمانيا وذهنيا وعاطفيا وروحيا⁷ فالقلق يتضمن استجابة مفرطة لمواقف لا تعني خطرا حقيقيا، والتي قد لا تخرج في الواقع عن إطار الحياة العادية، لكن الفرد الذي يعاني من القلق يستجيب لها غالبا، كما لو كانت ضرورات ملحة، أو مواقف تصعب مواجهتها

4. تصنيفات القلق:

- التقسيم الاول: أفضل تصنيفات القلق ما جاء به فرويد صاحب مدرسة التحليل النفسي الذي صنفه إلى ثلاثة أنواع:

• القلق الموضوعي:

ويسمى أيضا بالقلق الواقعي، وهو قلق شعوري اقترب إلى مفهوم الخوف العادي، إذ يدرك الفرد مصدر خارجي في بيئته يهدده، وربما يكون هذا المصدر واقعيًا، فعليًا أو متوقعا محتملا، ومن أمثلة القلق الذي يعتري الفرد نتيجة اختبار أجري له، فهذا القلق ينتج عن

إدراك الفرد لخطر ما في بيئته، ويكون للقلق في هذه الحالة وظيفة إعداد الفرد لمقابلة هذا الخطر بالقضاء عليه أو تجنبه، أو بإتباع أساليب دفاعية إزائه ويلاحظ أن هذا القلق الموضوعي العادي له دور بالغ الأهمية في حياة الفرد والجماعة لما له من وظائف دفاعية وتوجيهية للسلوك، فهو يساعدنا على تحديد مشكلاتنا واتخاذ القرارات اللازمة بشأنها ويمدنا بالقدر اللازم من التحفز لتحرير الطاقة النفسية وتكريسها وتركيزها لمواجهة المشكلات وتجنب الخطر⁸

- فهذا النوع من القلق له فائدة لما له دور بالغ في جعل الفرد يعمل من أجل تجنب الخطر، ففي هذه الحالة يصبح هذا النوع من القلق ذا أهمية في حياة الفرد واستمرارها ويكون أقرب إلى الخوف لأن أسبابه واقعية ومعلومة المصدر لذا نجد الفرد يعمل من أجل تجنب هذه الأسباب للوصول إلى الراحة النفسية، ويكون مشترك لدى عامة الناس.

● القلق العصابي:

يتميز القلق العصابي (المرضي) بأن مصدره داخلي وأسبابه لا شعورية ومكبوتة، وغير معروفة ولا يتناسب مع الظروف التي تدعو إليه، كما أنه يعيق التوافق والإنتاج والتقدم، فهو يستثار عند إدراك الفرد بأن غرائزه قد تحد منفذا لها للخارج؛ أي أنه ينشأ عندما يهدد "الهو" ومكبواته بالتغلب على الدفاعات لانا والذي عليه اللجوء إلى الحيل الدفاعية مثل: الكبت، التبرير، الإسقاط، النكوص، للتعامل مع الوضعية المولدة للتوتر والضيق، وعليه كلما كان القلق شديدا ومتوترا كلما كان مرضيا ومؤشرا للإضراب⁹

- من هنا نلاحظ أن القلق العصابي يعتبر قلق مرضي وذو مصدر داخلي، فالصراع بين أجهزة الشخصية وهو الذي يستثيره وأسبابه لا يمكن للفرد أن يدركها لأنها لا شعورية وغير معروفة، وهذا النزاع من القلق ينشأ عندما يريد هو إشباع النزوات الغريزية التي لا يوافق عليها الأنا الأعلى والتي تم كبسها من طرف الأنا، وبالتالي القلق يقوم بإنذار الأنا والذي يستعمل الحيل الدفاعية من أجل مواجهة الموقف المولد للضيق.

● القلق الخلفي:

يحدث نتيجة الصراع الذي يحدث داخل الشخص، وليس الصراع بين الشخص والعالم الخارجي، أي أنه ناتج عن ضمير الشخص وخوفه منه عند قيامه بسلوكات تخالف عادات

وتقاليد المجتمع الذي يعيش فيه، والقلق الخلفي كامن داخل تركيبة الشخص وعادة يظهر عقب حالات الاحباط المرتبطة بالأنا الأعلى التي تتجم مع القيم الاجتماعية¹⁰ نستنتج أن القلق الخلفي يحدث نتيجة تصارع دوافع الهو والأنا والأنا الأعلى بمعنى أنه ناتج من تأنيب ضمير الفرد وخوفه من القيام بسلوك يخالف القيم ومعايير المجتمع الذي يعيش فيه، وعادة ما يصاحب هذا النوع من القلق مشاعر الإحساس بالذنب.

- التقسيم الثاني: كان الباحث (كاتل 1960 Catel) أول من أشار إلى تصنيف القلق إلى حالة وسمة.

وتابع الباحث (سبيليرجر 1972 Spielberg) هذه التفرقة ووضعها في إطار نظري.

● قلق حالة:

يشير إلى وضع طارئٍ وقتي عند الفرد يحدث له إذا تعرض لأحد الموضوعات التي تثير هذا القلق، واختفاء هذه الموضوعات بالقضاء عليها والابتعاد عنها تنتهي حالة القلق، تتفاوت شدة هذه الحالة حسب درجة التهديد أو الخطر التي يدركها الفرد والتي يحتويها الموقف المهدد¹¹

هنا نلاحظ أن قلق حالة عبارة عن استجابة انفعالية غير سارة تتسم بمشاعر ذاتية تتضمن التوتر والإزعاج، وتحدث حالة قلق عندما يدرك الشخص أن موقفا ما يؤدي على إيدائه أو إحاطته بخطر من الأخطار، وتختلف حالة قلق من حيث شدتها، كما تتغير عبر الزمن تبعا للمواقف التي يصادفها الفرد، وعلى الرغم من أن حالة قلق مؤقتة وسريعة الزوال غالبا، إلا أنها يمكن أن يتكرر ذلك الموقف مرة أخرى.

● قلق سمة:

يشير إلى أساليب استجابة ثابتة نسبيا تميز شخصية الفرد، أي أن القلق المستثار في هذه الحالة يكون مرتبط بشخصية الفرد ولذا يرتبط التفاوت في درجة قلق سمة أكثر بشخصية الفرد الفروق الفردية التي تميزه، وهذا النوع القلق هو الأكثر ارتباطا بالصحة النفسية.

- نلاحظ أن القلق كسمة من سمات شخصية الفرد، فهي تبدو أنها تحتوي دافعا أو استعداد سلوكيا مكتسبا يجعل الفرد يملك استعداد لأن يعيش عددا كبيرا من الظروف غير الخطيرة موضوعيا، على أنها مهددة ويستجيب لهذه الظروف بانفعال القلق، حيث تكون شدة هذا

القلق غير مناسبة مع حجم الخطر الموضوعي، أي أن سمة القلق توجد عند كل الأفراد وتختلف شدتها بين الأفراد، والأفراد الذين يملكون درجة مرتفعة من سمة القلق يميلون لإدراك مواضيع أو مواقف على أنها مهددة والاستجابة لهذا التهديد تكون بانفعال القلق

5. مفهوم المواجهة وتعريفها:

عرف جود (Judge, 1992) المواجهة بأنها: عملية موجهة وجهود واعية تهدف إلى حدوث استجابات صحية بكيفية للفرد.

ويعرف كازدين (Kazdin, 2000) المواجهة: بأنها الطرق المتعددة التي تمثل استجابة الفرد للتصدي للموقف الضاغط، وهذه الاستجابات أما أن تكون محاولات للتخلص من المطالب الخاصة بموقف الضغط، أو تكون محاولات للتخفيف من المشاعر السلبية الناتجة من موقف الضغط. في حين اعتبر موس وآخرون (Moos and etal, 1993) الوارد في الصبوة والغباشي وشويخ (2004) مفهوم المواجهة بأنها: الأساليب التي يستخدمها الفرد بوعي، ويوظفها في التعامل الإيجابي مع مصدر القلق، أو الحدث الضاغط.

6. تعريف استراتيجيات المواجهة:

تعرف على انها مجهودات خاصة سلوكية ونفسية يستخدمها الأشخاص لإدارة الوضعيات المجهدة حيث تتجمع استراتيجيات المواجهة في مجموعتين: استراتيجيات متمركزة حول المشكل واستراتيجيات متمركزة حول العاطفة

7. أنواع استراتيجيات المواجهة وأهميتها:

وضح (Chang et al,) في 2006 أنه يوجد طريقتان للمواجهة

-المواجهة المركزة على المشكلة: وهي تنطوي على اتخاذ إجراءات مباشرة لتغيير الموقف الضاغط.

-المواجهة المركزة على الانفعال: وهي تحاول تقليل الآثار العاطفية للموقف الضاغط، فهي عادة لا تغير تلك الحالة المهددة للموقف ولكنها تجعل الفرد يشعر بتحسن، وفي تلك الحالة فإن الفرد يتجنب متاعب التفكير ويتجاهل / ينكر الموقف.

كما صنفها مصطفى خليل سنة 1993 الى ثلاث فيئات كاتلي:

8. أساليب المواجهة:

وتتضمن: التفاعل النشط - التخطيط - اليات الأنشطة المتشاركة - التمهّل
- أساليب التماس العون تتضمن: اللجوء للدين - الدعم الاجتماعي العملي - الدعم الاجتماعي
العاطفي - التماس التفريغ العاطفي
- السلبية وتتضمن: الإنكار - التحرر الذهني - التحرر السلوكي - التقبل
وما تجدر الإشارة إليه ان الخلاف حول تصنيف ومضامين استراتيجيات المواجهة لا يقتصر
على ما هو ظاهري، فالاختلاف يمتد الى طريقة قياس ومعالجة أساليب المواجهة أيضا .

ثالثا: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

1. مجالات الدراسة:

- المجال الزمني: تم اجراء الدراسة خلال الفترة الزمنية من 15 جانفي الى 22 مارس 2023
- المجال المكاني: أجريت الدراسة على عينة من أطباء أورام السرطان العاملين بمستشفى فرانس
فانون بالبلدية

2. منهج الدراسة:

تم استخدام المنهج الوصفي الارتباطي الذي يعتبر الأنسب لموضوع البحث الحالي حيث عرف
بانه ذلك المنهج الذي يعتمد على دراسة الظاهرة كما هي في الواقع ويهتم بوصفها وصفا دقيقا
ويقصد بالمنهج الارتباطي ذلك المنهج الذي يبحث في العلاقة بين متغيرين او أكثر وهذه
العلاقة اما ان تكون إيجابية او سلبية طردية او عكسية.

3. مجتمع الدراسة:

يشتمل مجتمع الدراسة على أطباء أورام السرطان العاملين بمستشفى فرانس فانون بالبلدية

4. عينة الدراسة:

تكونت مجموعة الدراسة من (21) طبيب من أطباء أورام السرطان العاملين بمستشفى فرانس
فانون بالبلدية تم اختياره بالطريقة القصدية.

5. أدوات الدراسة وخصائصها السيكمترية:

للحصول على القدر الكافي من المعلومات والمعطيات التي تفيدنا في بحثنا والتي تمثلت
أدوات الدراسة في استبيانين و هما "Hospital Anxiety and Depression scale HAD" و
"Brief Cope" و Depression

1.5 استبيان HAD: تم بناء الاستبيان من طرف (Zigmund A ;S, Snaith , R,) (1983):

يهدف الاستبيان إلى تقييم العرضية الاكتئابية والحصرية، مع استبعاد الأعراض الجسدية التي
من شأنها أن تؤدي إلى تغييب التقييم، من دون معرفة نوع الاكتئاب ولا نوع الحصر.
تم تكييف الاختبار إلى الصيغة الفرنسية من طرف (Lepine et Ravazi et al) وهو عبارة
عن استبيان يملأ ذاتيا وينقسم إلى جزئين:
سبع بنود تقيس الاكتئاب وسبع بنود تقيس الحصر نقيس الحصر وهي مستمدة من
استبيان (1972, Present State Examination Wing et al) و من استبيان (1982,
Clinical Anxiety Scale Snaith et).

التنقيط:

بالنسبة لكل بند، هناك 4 طرق للتنقيط مشفرة من 0 إلى 3.
-بالنسبة لبنود الاكتئاب و هي : 1، 3، 5، 7، 9، 11، 13
-بالنسبة لبنود الحصر و هي : 2، 4، 6، 8، 10، 12، 14
كما أن هناك تواترا في التنقيط 0 إلى 3 و من 3 إلى 0، ويتم حساب النتيجة النهائية من خلال
مجموع البنود 14 (أي من 0 إلى 42) و بالنسبة للسلالم الفرعية من (0 إلى 21).
تفسر النتائج على النحو التالي:

0 إلى 7: غياب العرضية الحصرية والاكتئابية.

8 إلى 10: وجود الأعراض الحصرية والاكتئابية.

11 إلى 21: الأعراض الحصرية والاكتئابية.

الخصائص السيكمترية للمقياس:

- الصدق الظاهري: تم دراسته من خلال فهم المريض لبنود الاختبار.
- الصدق التنبؤي: من خلال امتثال المرضى للعلاج، نوعية الحياة وظهور الأمراض
الجسدية.

- صدق الاتساق الداخلي: بينت الدراسة التحليل العاملي أن هناك عاملين مرتبطين بدرجة
0.74

- الثبات: أما الثبات فتم قياسه من خلال التطبيق وإعادة التطبيق وكان معامل الثبات
0.80.

الخصائص السيكومترية للمقياس في البيئة المحلية:

يقيس المقياس القلق والاكتئاب لدى العاملين في المستشفيات، تمت ترجمته و تطبيقه من قبل
الباحث ، فهو يحتوي على 07 بنود خاصة بالقلق و 07 بنود خاصة بالاكتئاب ، وتم توزيعه
على عينة تتكون من 30 شخص لحساب صدقه وثباته.

حساب الصدق:

-صدق المحكمين: عُرض المقياس بعد ترجمته على عدد من الأساتذة المحكمين المختصين
في علم النفس بجامعة لونيبي علي-البلدية 2-

-وقد تم الاتفاق بين الأساتذة المحكمين على صدق بنود المقياس من حيث الترجمة والمحتوى
مع بعض الملاحظات فيما يخص تعديل بعض المفردات.

-صدق المحك: والذي يساوي الجذر التربيعي لألفا كرومباخ، أي الجذر التربيعي لـ (0.878)
وهو ما يساوي (0.937)، أي أن المقياس صادق بنسبة (93.7%).

حساب الثبات:

تم تطبيق المقياس على عينة تتكون من 30 عامل موزعة على مصحتين للطب العقلي
(مصحتي ابن سينا والرازي) بمستشفى فرانتز فانون بالبلدية. وقد تم حساب الثبات بثلاث طرق
هي: التجزئة النصفية وألفا كرونباخ وجتمان.

- التجزئة النصفية: يوضحها الجدول التالي:

جدول (01)

التجزئة النصفية لمقياس القلق والاكتئاب

العينة	عدد بنود المقياس	ثبات النصف الاول	ثبات النصف الثاني	ثبات المقياس ككل
30	14	0.723	0.838	0.865

-نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن ثبات النصف الأول للمقياس هو (0.723) أي بنسبة
(72.3) أما النصف الثاني من المقياس ثباته (0.838) بنسبة (83.8%). فالمقياس ثابت
بنسبة (86.5%).

-معامل ألفا كرومباخ: قدر معامل ألفا كرونباخ للمقياس ب(0.878) أي أن المقياس ثابت بنسبة (87.8).

- معامل جتمان (Guttman) من أجل بيان مدى اتساق الفقرات في مقياس القلق والاكتئاب تم استعمال معامل جتمان والذي يُظهره الجدول الموالي:

جدول (2)

معامل جتمان لمقياس القلق والاكتئاب

العينة	البنود	الفقرة 1	الفقرة 2	الفقرة 3	الفقرة 4	الفقرة 5	الفقرة 6
30	14	0.816	0.886	0.878	0.865	0.858	0.946

-تحصلنا من الجدول رقم (02) على العلامات التالية:
0.946/0.858/0.865/0.878/0.886/0.81 و بما أن أصغر قيمة يمكن قبولها هي (0.60) وكل العلامات تفوق هذه القيمة هذا ما يدل على وجود اتساق مرتفع بين فقرات المقياس.

2.5 إستبيان : Brief Cope هو استبيان صممه Carver :

و يسمح بدراسة السياقات التي يقوم بهل الفرد من أجل مواجهة الوضعيات الجديدة. تم تكييفه على المجتمع الفرنسي من طرف Muller et Spitz ويحتوي على 14 طريقة للمواجهة وهي كالتالي:

-المواجهة النشطة-التخطيط-الدعم الأدائي-الدعم الانفعالي-التعبير عن المشاعر-إعادة التفسير الإيجابي-التقبل-الإنكار-التوبيخ-المزاح-الدين-اللهو- استعمال المواد المخدرة- عدم التدخل السلوكي. وتم تعريبه وتطبيقه على البيئة المحلية .

-الخصائص السيكومترية للمقياس:

-حساب الصدق: تم حساب صدق الاتساق الداخلي للمقياس

جدول (03)

يوضح صدق الاتساق الداخلي لابعاد لمقياس مع الدرجة الكلية

معامل الارتباط	ابعاد المقياس
**0.692	النشطة
**0.489	التخطيط
**0.586	الادائية
**0.573	الانفعالية
0.268	التعبير
0.153	تفسير
** 0.581	القبول
*0.437	الانكار
**0.721	التوبيخ
**0.538	المزاح
**0.607	الدين
**0.576	اللهو
0.245	المواد
**0.519	السلوك

قامت الباحثة بإيجاد معامل الارتباط بين الدرجة الكلية للبعد والدرجة الكلية للمقياس حسب الجدول أعلاه وبحساب صدق الاتساق الداخلي للمقياس وجد ان ارتباط ابعاد المقياس دالة معنويا عند مستوى الدلالة (0.05) مما يؤكد على صدق الاتساق الداخلي للمقياس (حساب الثبات :

جدول (04)

التجزئة النصفية لمقياس Brief Cope

العينة	عدد بنود المقياس	ثبات النصف الاول	ثبات النصف الثاني	ثبات المقياس ككل
30	14	0.806	0.866	0.8893

- نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن ثبات النصف الأول للمقياس هو (0.806) أي بنسبة (80.6%) أما النصف الثاني من المقياس ثباته (0.866) بنسبة (86.6%). فالمقياس ثابت بنسبة (89.3%).

- معامل ألفا كرومباخ: قدر معامل ألفا كرومباخ للمقياس ب(0.798) أي أن المقياس ثابت بنسبة (79.8%).

6. عرض وتحليل نتائج الدراسة:

سنعرض ونحلل فيما يلي فرضيات الدراسة.

1.6 عرض وتحليل الفرضية الجزئية الأولى:

للتأكد من صدق الفرضية الجزئية الأولى القائلة: يعاني أطباء مصلحة طب أورام السرطان من درجات عالية من القلق، تم حساب نسبة درجات القلق حسب مستويات مقياس القلق والاكتئاب باستخدام البنود الدالة على القلق، كما يلي:

جدول (05)

نسبة درجات القلق حسب مستويات مقياس القلق والاكتئاب

المستويات	الفئات	عدد الأفراد	النسبة المئوية
منخفض	7 - 0	3	23,80 %
متوسط	10 - 8	3	4,76 %
مرتفع	21 - 11	15	71.42 %
المجموع		21	100%

يُلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن 15 فرد من أصل 21 فرد كانت درجاتهم على بنود القلق مرتفعة وقدرت نسبتها ب:(71.42%)، بينما 03 أفراد من أصل 21 كانت درجاتهم على بنود القلق متوسطة بنسبة تقدر ب:(4,76%)، أما 03 أفراد المتبقين جاءت درجاتهم على بنود القلق منخفضة قدرت بنسبة (23.80%).

وهذا ما يدل على تحقق الفرضية الجزئية الأولى والتي تقول إن أطباء مصلحة أورام السرطان يعانون من درجات مرتفعة من القلق.

توافق مع دراسة كركوف (1980) ¹²، أن نسبة كبيرة من عمال المناوبة تعاني من التوتر الشديد، الذي يؤدي إلى عدم القدرة على التركيز، و بالتالي ينعكس سلبا على الأداء والعلاقات الاجتماعية. وأضافت هذه النتائج نوع من الإثراء على نظام العمل بالمناوبة فيما يخص الواقع النفسي من حيث ظاهرة القلق لديهم.

كما جاءت دراسة روداي وآخرون (1993) لتسفر على أن 20% إلى 40% من المعالجين هم في حالة احتراق نفسي، و25% من ممرضات المستشفيات العامة باختلاف المصالحات يعانون من قلق شديد في عملهم، و56% منهم رغبين مؤخرا في التخلي عن مهنتهم، وانتهت نتائج الدراسة بأن الممرضين يعانون من ضغط مهني.¹³

وقد يمكن حصر عوامل أخرى مسببة لارتفاع نسبة القلق لدى عينة الدراسة منها: نقص الخبرة الميدانية والتعامل المباشر مع المرضى بدون مشرف، طول مدة العمل، وكذلك عدم توفر المصالح على شروط العمل المناسبة.

أما الذين اظهروا نسبة قلق منخفض (23,80%)، قد يرجع ذلك إلى توفر الجو الاجتماعي و الدعم العائلي المناسب، كما قد يعود إلى الخبرة الميدانية الطويل في التعامل مع المرضى العقلين، وإلى مصادر شخصية لتسيير القلق المصاحب لذلك. بالإضافة إلى عامل المادي الذي يسمح لهم بالسفر والترفيه عن النفس.

2.6 عرض وتحليل الفرضية الثانية:

قمنا بحساب نسبة درجات الاكتئاب حسب مستويات مقياس القلق والاكتئاب باستخدام البنود الدالة على الاكتئاب، وذلك للتأكد من صحة الفرضية الجزئية الثانية القائلة: يعاني أطباء أورام السرطان من درجات عالية من الاكتئاب، كما يلي:

جدول (06)

نسبة درجات الاكتئاب حسب مستويات مقياس القلق والاكتئاب

المستويات	الفئات	عدد الأفراد	النسبة المئوية
منخفض	0 - 7	3	4,76%
متوسط	8 - 10	3	4,76%
مرتفع	11 - 21	15	71.42%
المجموع		21	100%

لوحظ من الجدول أعلاه أن 15 فرد من أصل 21 فرد كانت درجاتهم على بنود الاكتئاب مرتفعة وقدرت ب(71.42%) ، في حين 03 أفراد من أصل 21 كانت درجاتهم على بنود

الاكتئاب متوسطة بنسبة تقدر ب(4,76%)، و 03 أفراد كانت درجاتهم على بنود الاكتئاب منخفضة قدرت بنسبة (4,76%).

وهذا ما يدل على تحقق الفرضية الجزئية الثانية والتي تقول أن أطباء أورام السرطان يعانون من درجات مرتفعة من الاكتئاب.

إن تعامل الأطباء مع المرضى مباشرة ويواجهون مشاكل ناجمة عن شدة المرض وموت المريض وحتى يؤدي إلى شعورهم بالكرب مما يؤثر على نوعية الخدمات للمرضى، كما أن هناك دراسات تشير إلى أن العاملين لديهم معدلات مرتفعة من الاكتئاب والقلق ومعدلات أعلى من التعرض لسوء المعاملة والإساءة

كما أن الأطباء أكثر عرضة للاكتئاب والقلق من غيرهم من الأشخاص خصوصا دون سن الثلاثين لمعاناتهم من انخفاض الروح المعنوية وعدم وجود الدعم المناسب من المسؤولين والمشرفين

كما تشير الدراسات إلى أن الضغوط المهنية تترك آثارا على صحة الأفراد، و أنها ترتبط مع الاكتئاب وزيادة الشكاوي من الأعراض النفس-جسدية

تتفق نتيجة الدراسة مع ما جاءت به دراسة كولودوري واخرون(1990)، حيث تمحورت الدراسة حو الكشف عن الإفرازات النفس فيزيولوجية للعمل في الليل، وكان من أهم النتائج المتوصل إليها والتي لها علاقة مباشرة بالاكتئاب: اضطرابات النوم، ضعف الرغبة الجنسية،التشاؤم من المستقبل¹⁴

وقد تفسر النسبة العالية للاكتئاب إلى عدم وجود حوافز لدى الطبيب، كذلك غياب الدورات التكوينية، وظروف العمل السيئة.

كما تشير دراسة (عمارة،2003) حول اضطرابات الضغط والاكتئاب بين طاقم التمريض وأن نسبة الإصابة بالاضطرابات العقلية وصلت إلى 78 بالمئة مثل الاكتئاب، الضغط، القلق.. أما الذين اظهروا نسبة اكتئاب منخفض (4,76%) قد يفسر ذلك بأنهم يملكون علاقات جيدة في العمل مما يجعلهم يشعرون بالرضى، اظف إلى ذلك كيفية ادارة الضغوط النفسية وتفريغها بطريقة مناسبة والأثر الايجابي لحب وتقدير المرضى وعائلاتهم.

3.6 عرض وتحليل الفرضية الثالثة:

للتأكد من صدق الفرضية الجزئية الثالثة القائلة: يستعمل أطباء طب أورام السرطان استراتيجيات المواجهة المستندة على المساندة الانفعالية، تم حساب نسب أشكال استراتيجيات المواجهة لدى الأطباء الذين لديهم عرضية الاكتئاب والقلق كما يلي:

جدول (07)

نسب أشكال استراتيجيات المواجهة المستعملة من طرف الأطباء

المستويات	عدد الأفراد	النسبة المئوية
المساندة الانفعالية	8	42,10%
المساندة الأدائية	6	31,57%
التخطيط	5	26,31%
المجموع	19	100%

يُلاحظ من خلال الجدول أعلاه أما فيما يخص إستراتيجيات المواجهة المستعملة من طرف الأطباء الذين يعانون من عرضي القلق والاكتئاب فهي:

المساندة الإنفعالية بنسبة 42,10%

المساندة الأدائية بنسبة 31,57%

التخطيط بنسبة 26,31%

أما الأطباء الذين لا يعانون من الأعراض القلق و الاكتئاب فانهم يستعملون في المستويين الأولين:

المواجهة النشطة

التخطيط.

وهذا ما أكدته دراسة (Moss Holohan) على مدى تأثير المستوى الاقتصادي والاجتماعي على سيطرة إحدى استراتيجيات دون الأخرى، إذ أن الأفراد الذين يتمتعون بمكانة راقية في المجتمع غالبا يميلون أكثر لاستخدام استراتيجيات المواجهة النشطة، بالإضافة إلى الأفراد ذوي المستوى الثقافي المرتفع.

من جهة أخرى، يمكن لنوع الاستراتيجية التي يتبعها الطبيب أن تؤثر على العلاقة طبيب-مرضى.

وتشير أحد الأبحاث إلى أن علاقة الطبيب بالمرضى هي مسألة أساسية لفهم تأثير قدرة الإيحاء، فالطبيب المهتم الذي يوحى بالثقة لمرضه ويكون ودوداً مطمئناً للمرضى، والذي يقوم بفحص دقيق، والذي لا يكون قلقاً ولا متأثراً ولا متوتراً، ولا مذنباً نحو المريض أو علاجه، وأكثر احتمالا لأن يستخلص ردود فعل إيجابية.

إن الاستماع أو الإصغاء للمريض أثناء مقابلة طويلة، يمثل جزءاً كبيراً وهاماً جداً من العلاج ويقترح " Balint مدخلا يراه مؤداه التأكيد باستمرار على المهارات الإنسانية التي يملكها الطبيب أكثر من التدخل الطبي والتكنولوجي

وعموماً فإن دراسة "باليت" هذه لها معنا هام، وهو أن الطبيب ينبغي أن يعطي اهتماماً كبيراً للخلفية العاطفية؛ أي للمعاملة الإنسانية لمرضاه إلى حد بعيد حتى ينجح في علاجهم. وفي هذا الصدد نجد "إيليزابات بارنس" تقول: "إن الطبيب الذي لا يسمع لمريضه ولا يهتم بمشاعره يدفع بهذا الأخير إلى الإحساس بخيبة أمل اتجاه الطبيب، وهذا يؤثر سلباً على عملية العلاج، فمثلاً عندما يقوم الطبيب بزيارة تفقدية للمرضى بالمستشفى، ولم يتوقف أمام سرير أحد هؤلاء، فهذا الأخير لا يفكر "في إنني في تحسن" بل يفكر في "أن الطبيب لا يهتم بي"

4.6 عرض وتحليل الفرضية الرابعة:

والتي تنص على وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين القلق واستراتيجيات المواجهة لدى أطباء أورام السرطان العاملين بمستشفى فرانس فانون بالبلدية

جدول (08)

العلاقة بين درجة استراتيجيات المواجهة ودرجة القلق

المتغيرات	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
استراتيجيات المواجهة الفعالة	-0.64	دال عند مستوى الدلالة
درجة القلق		

يتضح من الجدول أعلاه وجود ارتباط سالب ودال احصائياً عند مستوى الدلالة 0.01 بين استراتيجيات المواجهة الفعالة ودرجة القلق ومنه نقول ان الفرضية الرابعة قد تحققت وهذا يتوافق مع دراسة جونسون (1999) بعنوان برنامج في إدارة الضغوط النفسية لخفض القلق والاكتئاب لدى طلبة التمريض على عينة قوامها (43) طالب من طابه التمريض سنة أولى و(34) طالب من السنة الثانية تم سحبهم بطريقة عشوائية ومن ثم تحددت منهم مجموعتان الأولى تجريبه والثانية ضابطة وذلك وفقاً للمقاييس المستخدمة في البحث وتم التوصل الى نتائج إجابيه في تخفيف كل من القلق والاكتئاب وذلك من خلال تدريبات الاسترخاء وإعادة البناء المعرفي

5.6 عرض وتحليل الفرضية الخامسة :

والتي تنص على وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الاكتئاب واستراتيجيات المواجهة لدى أطباء أورام السرطان العاملين بمستشفى فرانس فانون بالبلدية؟

جدول (09)

العلاقة بين درجة استراتيجيات المواجهة ودرجة الاكتئاب

المتغيرات	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
استراتيجيات المواجهة الفعالة	-0.67	دال عند مستوى الدلالة 0.01
درجة الاكتئاب		

يتضح من الجدول أعلاه وجود ارتباط سالب ودال احصائيا عند مستوى الدلالة 0.01 بين استراتيجيات المواجهة الفعالة ودرجة الاكتئاب ومنه نقول ان الفرضية الخامسة قد تحققت ، وهذا ما اثبتته دراسة سامي عبد القوي (2022) في وجود ارتباطات سالبة ودالة بين أساليب المواجهة المركزة على المشكل والمظاهر الاكتئابية ، كما توصل الى ان منخفضي الدرجة في الاكتئاب يستخدمون استراتيجية المواجهة المركزة على المشكل وهي عامل منبئ بشدة الاعراض الاكتئابية وهذا ما يتطابق أيضا مع دراسة كل من ميريس (2001) Muris et al ودراسة كومباس (1993) Koumbas K، واوندي وسميث (2006) Andre et Schmitt والتي اكدت كلها على الارتباط السالب بين درجة الاكتئاب واستراتيجيات المواجهة.

خاتمة:

كان الهدف من الدراسة التعرف على درجات كلا من القلق والاكتئاب ونوع استراتيجيات المراجعة لدى عينة من الأطباء الذين يزولون عملهم في مصلحة أورام السرطان وهي مصلحة تتميز بضغوطات ومعوقات كثيرة، كما أن العلاقة طبيب - مريض في هذا النوع من الاضطرابات (السرطان) يمكن أن تتميز بشحنات انفعالية كثيرة يصعب في كثير من الأحيان التعامل معها.

لقد اسفرت نتائج الدراسة إلى أن أغلب الأطباء في هذه المصلحة يعانون من درجات عالية من القلق والاكتئاب. كما يواجهون الضغوط النفسية و المهنية من خلال اللجوء إلى استراتيجيات المساندة الانفعالية بالدرجة الأولى والمساندة الأدائية في المستوى الثاني. وتم التوصل الى وجود علاقة ارتباطية بين القلق والاكتئاب مع استراتيجيات المواجهة

وعلى هذا الأساس، نقترح جملة من التوصيات يمكن أن نوردتها فيما يلي:

- اقتراح فضاءات للتنفيس للأطباء تكون على شكل جلسات استرخاء
- اقتراح مجموعة البالينت (Ballint) لمساعدة الأطباء للتفريغ الانفعالي وتحسين الخدمة للمريض.

- إعادة النظر في نظام الحوافز المقدم للأطباء

- ضرورة توفر المستشفيات والقطاعات الصحية على برامج لتدريب الأطباء وخاصة في المصالح الحساسة وكيفية مواجهة معاناتهم وضغوطهم المهنية بأساليب مواجهة فعالة.

- استعمال دورات تدريبية للأخصائيين النفسيين ليتمكنوا من التكفل بالعاملين بالصحة وخاصة مصلحة الأورام.

- إدخال وحدات ضمن برامج التكوين الجامعي تهئ الطالب الاختصاص للتكفل بهذه الحالات

قائمة المراجع:

- 1- منسي حسن ،(2002). *الصحة النفسية* .ط2.الأردن.دار الكندي للنشر و التوزيع.ص 42
- 2- السيد محمد عبد الرحمن، (1999). *علم الامراض النفسية والعقلية ، الأسباب، الأعراض، التشخيص، العلاج*، (د.ط).القاهرة.دار قباء. ص ص 315-316
- 3- النعاس عمر مصطفى،(2008). *الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية*..ط1.ليبيا.جامعة 7 أكتوبر. ص 239
- 4- قاسم محمد،(2012). *علم نفس الصحة*.عمان .دار الفكر.ص 81
- 5- عكاشة أحمد ،(1988). *الطب النفسي المعاصر* .ط7.مكتبة الانجلو المصرية .القاهرة. ص 145
- 6- عكاشة احمد.(1988).مرجع سابق.ص 162
- 7- يوسف سيد جمعة ،(2007). *ادارة الضغوط* ، مركز تطوير الدراسات والبحوث في العلوم الهندسية.
- 8- محمد علي صبرة ،أشرف محمد عبد الغني شريت،(2004). *الصحة النفسية والتوافق النفسي، الاسكندرية*، دار المعرفة الجامعية. ص ص 99-100
- 9- عبد الرحمن سي موسي ، رضوان زقار،(2002). *الصدمة و الحداد عند الطفل و المراهق*.جمعية علم النفس. الجزائر. ص ص 101-102
- 10- منسي حسن.2002. ص ص 42-43
- 11- محمد علي صبرة ،أشرف محمد عبد الغني شريت،2004.مرجع سابق.ص 92
- 12- لعريط بشير، (2006) ، *الانعكاسات النفسية والسلوكية لنظام العمل بالمناوبة*، رسالة دكتوراة في علم النفس العمل والتنظيم. ص 17
- 13- الحاج قدوري، (2016)، فاعلية الاتصال في مواجهة الضغط المهني من وجهة نظر الممرضين، *مجلة العلوم النفسية و التربوية*، العدد:2، جامعة ورقلة، الجزائر.. ص 149
- 14- لعريط بشير، (2006).مرجع سابق.ص 15