

## استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى المرضى المصابين بالتصلب المتعدد خريفية آمنة

### مخبر علم النفس الصحة و الوقاية و نوعية الحياة

جامعة الجزائر2

ملخص :

يعتبر مرض التصلب المتعدد من الأمراض العصبية المزمنة التي لها تأثير على الصحة الجسمية والنفسية، وينجم عن المرض العديد من المشكلات في التكيف النفسي للمريض، وذلك بسبب كونه مرضا مزمنًا تدوم آثاره لفترة طويلة، والتي تخلق بدورها متطلبات تستلزم على المريض أن يتعامل معها وان يواجهها بغية التخفيف من حدة الضغط الناتج عن المرض الذي يعاني منه، لهذا يلجأ المريض لاستخدام أساليب لمواجهة هذا المرض وتحقيق التوازن والراحة النفسية، وذلك تبعاً لمعتقداته حول مساهمة المرض ومحاولة التحكم في مساره، حيث أن معتقدات المريض لها دور أساسي في الحفاظ على صحته.

تمهيد:

يلاحظ في معظم مجتمعات العالم كثرة الحديث عن الضغط النفسي وكثرة المقالات المنشورة والبرامج والمؤتمرات التي اهتمت بمناقشة موضوع الضغوط وطرق التعامل معها، حيث يزعم البعض أن عصرنا هذا هو عصر الضغوط.

ويواجه الكثير من الأطباء وعلماء النفس والمختصين في مجال الصحة بشكل يومي أفراد يعانون من مشاكل صحية ناتجة عن الضغوط، وخاصة في مجال الأمراض المزمنة حيث أن المرض يشكل عاملاً أساسياً للضغط النفسي وهذا ما يدفع العديد من الباحثين للبحث عن الأسباب التي تؤدي إلى التأثير بالضغط ومصادرها وكيفية مساعدة الأفراد على مواجهة الضغوط واختيار الأساليب الأنسب للتعامل معها، ومن خلال هذه المداخلة نود معرفة المعاش السيكولوجي الذي يعاني منه مرضى التصلب المتعدد واستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية التي تتبناها هذه الفئة من المرضى.

وعليه يمكن طرح التساؤل التالي: ما نوع استراتيجيات المواجهة التي يتبناها مرضى التصلب المتعدد؟

#### 1- معاش مرضى التصلب المتعدد :

إن المرضى المصابون بالتصلب المتعدد يقارنون مرضهم في معظم الأوقات بمرض السرطان. لأن التصلب المتعدد مرض تطوري حيث تطوره يؤدي حتماً إلى خطورة وتفاقم الأعراض. وتأتي هذه المقارنة رغم الفرق الشاسع بين السرطان والتصلب المتعدد: فمريض السرطان يعاني من قلق الموت أما مريض التصلب المتعدد يقلق ويخشى الإعاقة. فالمرضى بالتصلب يستعمل ميكانيزمات للتعامل مع المرض المزمن وهذا في كل نوبة نلاحظ في البداية إنكار للمرض (رفض التشخيص والإلحاح على الحفاظ على نفس نمط الحياة)، ثم مرحلة المقاومة (أمل في التعافي والعلاج)، وأخيراً مرحلة تأكيد الذات أين المرض يصبح جزءاً من حياة الفرد.

تترك نوبات التصلب المتعدد أثارا حتى ولو كانت نوبات التصلب الحميد فالآثار تلاحظ مع مرور الزمن. فالجروح النرجسية تتفاقم ، والمشاكل الجنسية تصبح محل إشكال وتساؤل دائم: هل هي ناجمة عن موقع المرض أو ناجمة عن الاكتئاب المصاحب للمرض؟

تدرجيا المريض يعايش تطور المرض ويعاني من معوقاته فينتقل من وضع يستند فيه على الأشياء إلى وضع يستلزم الكرسي المتحرك ومن ثم يستوجب عليه تغيير نمط حياته، وهذا ما يؤدي إلى ملاحظة سلوكيات نكوصية وحساسية مفرطة وردود فعل عدوانية تميز طبع الفرد المصاب بهذا المرض. وهذه الأعراض تحدث غالبا في مراحل متأخرة من المرض أو في بداية الاضطرابات المعرفية. في الديناميكية الاجتماعية الخوف من الموت أو قلق الموت لا يعبر عنه فعليا بالكلام بل التواصل مع الآخرين يكون عن طريق الرعاية العلاج، الطعام، لذا من الضروري علينا التأكد من النظرة الملقاة على معاش المريض. (L.Chneiwiss.1999, L'enseignement face à la psychologie des maladies, p179)

## 2- تعريف إستراتيجية المواجهة:

إستراتيجية المواجهة هي مجموعة الجهود والعمليات النفسية التي توظف في تسيير الضغوط والتقليل من آثارها السلبية. أما من الناحية اللغوية فقد اختلفت تسميتها، بالرغم من أنها تتفق جميعها في إنجاز نفس المهام، فترجمت ( coping ) ( to cope ) من اللغة الانجليزية إلى الفرنسية بعدة مصطلحات أهمها: Processus de maîtrise، Processus de faire face، Processus d'ajustement، Stratégies de coping، التي اعتمدت في الأدبيات الفرنسية منذ سنة 1999. ونظرا لتعدد الاتجاهات النظرية للباحثين تعددت التعاريف النظرية المتعلقة بهذا المفهوم وفيما يلي أهمها:

**تعريف كرينك وآخرون:** التعامل مع الضغوط هي عملية غير جاهزة الاستعداد ومختلفة في الأسلوب أي البحث عن المعلومات، ومختلفة في الوظيفة (حل المشكلة، وخفض الضغط)، ومختلفة في النتيجة (سلبية أو ايجابية).

أما **كوهين ولازاروس** فيعرفانها على أنها أي جهد يبذله الإنسان للسيطرة على الضغط.

ويعرفها كل من **فولكمان ولازاروس** بأنها مجموعة الجهود المعرفية والسلوكية المتغيرة باستمرار، والتي تهدف إلى السيطرة، أو التخفيض أو تحمل المتطلبات الداخلية أو الخارجية التي تدرك على أنها تهدد أو تتجاوز قدرات الفرد، ويتركز مفهوم المواجهة على ما يدركه الفرد، وما يفعله للتعامل مع الوضعية الضاغطة، وكيف يعتقد أنه بإمكانه تغييرها. ولا يعتبر التعامل بعدا ثابتا في الشخصية (Schweitzer, 2002).

ويمكن أن تعبر إستراتيجيات المواجهة عن الكيفية التي نفكر بها في الأحداث والطريقة التي نستجيب بها للأحداث المسببة للتوتر و كل من الاستراتيجيات السلوكية و المعرفية للتعامل تكون فعالة في تعديل آثار التوتر (السيد، 2000).

نستنتج مما سبق أن المواجهة هو مجموعة الأساليب التي يستخدمها الفرد لإحداث توازن بينه وبين محيطه في حالة تعرضه لموقف ضاغط، وهي تعمل على التخفيف من حدة الموقف الضاغط أو القضاء عليه وبالتالي تحقيق الراحة النفسية.

## 3- تصنيف استراتيجيات التعامل:

هناك العديد من التصنيفات للمواجهة، وأشارت معظمها إلى الانقسام بين المواجهة المتمركزة حول الانفعال والمواجهة المتمركزة حول المشكلة كما اقترحه (Lazarus et Folkman 1984) وقد قام آخرون أمثال Moss and Billings (1984) بتوسيع هذا التصنيف وذلك بإضافة مجموعة مثل:

المواجهة المتمركزة حول التقييم. وقد كان لتقسيم Schooler and Pearlin (1978)، بعد مماثل أسموه التعامل المتمركز حول الإدراك. ميز Moss and Cronkite (1984) بين أسلوبين من المواجهة هما "الاقتراب" و"التجنب"، Parker and Endler (1990)، ميزا بين المواجهة المتمركزة حول المشكل، المواجهة المتمركزة حول الانفعال، والمواجهة بالتجنب.

أما Carver et All (1989)، ميزوا أربعة عوامل تتضمن استراتيجيات مواجهة نشطة، إنكار وانفصال تقبل، وتركيبية من البحث عن الدعم الاجتماعي، والتركيز كتنفيس عن الانفعالات، يصنف المواجهة إلى استراتيجيات سلوكية وأخرى معرفية. ويصنفها Holahan and Moss (1985)، إلى المواجهة إقدام ومواجهة تجنب. (Fischer, 2002). هذه نظرة موجزة وليست شاملة، تبين أنه لا يوجد إجماع على الإطلاق على عدد ونوع الأبعاد المستخدمة. ولهذا الاختلاف علاقة بمشكلة أن نفس المصطلحات لا تدل على نفس المفهوم، ومثال على هذا: استهلاك الكحول، الأكل، التدخين، أحيانا هي جزء من عامل التجنب أو الإنكار وذلك بالنسبة مثلا: Andler et Parker لكنها أحيانا تعود إلى عامل مركز على العاطفة وهذا بالنسبة ل Moos et Schaefer.

ونظرا لكون تصنيف Lazarus et Folkman هو أكثر التصنيفات تداولاً، ولأن صنفى المواجهة في هذا التقسيم هما أكثر استعمالاً في الوضعيات الضاغطة، حيث انها تمكن من تغيير المشكل المسبب للضغط او يمكنها ان تعدل الاستجابات الانفعالية المرتبطة بالمشكل إذن إحداث تغيير ذاتي . هذا ما وضعته Schweitzer ضمن استراتيجيات المواجهة العامة. (Schweitzer, 2014).

#### 4- استراتيجيات المواجهة العامة: والتي تضم بدورها:

- **المواجهة المتمركزة حول حل المشكل:** يهدف هذا النوع من المواجهة إلى مواجهة المشكلة التي تسبب الضغط، وفيما يسعى الفرد إلى تغيير الموقف مباشرة بغرض تعديل أو استبعاد مصدر الضغط وكذلك المواجهة مع الآثار الملموسة للمشكلة. ويأخذ هذا النوع من المواجهة أشكالاً تتمثل في:
  - **البحث عن معلومات أو طلب النصيحة:** أي البحث عن معلومات أكثر حول الموقف، أو الحصول على توجيه من شخص مسؤول والتحدث مع شخص آخر وطلب المساعدة.
  - **اتخاذ إجراء حل المشكلة:** وتشمل إعداد خطط بديلة واتخاذ تصرف محدد للتعامل مع الموقف، وتعلم مهارات موجهة نحو المشكلة والتفاوض للتوفيق لحل المشكلة.
  - **تطوير مكافأة أو إثبات بديلة:** عن طريق تغيير أنشطة الفرد وإيجاد مصادر جديدة للرضا، كبناء علاقات اجتماعية، استقلالاً ذاتياً، وتنمية وجهة ذاتية. (Schweitzer, 2002) المواجهة المتمركزة حول المشكل يضم بعدين مميزين وهما:
- \* حل المشكل (البحث عن المعلومة، التخطيط وبناء برنامج عملي...)
- \* مواجهة المشكل أو الحالة (مجهودات وأفعال مباشرة لتغيير المشكل)

بعض الباحثين يسمونه المواجهة النشطة (Actif) ، المباشرة (Direct) والبعض الآخر يطلقون عليه اسم المواجهة اليقظة (Vigilant) حسب Suls et Fletcher (1985) (Schweitzer, 2014).

- **المواجهة المتمركزة حول الانفعال:** يهدف هذا الأسلوب إلى المواجهة مع الانفعالات الناتجة عن مصادر الضغوط والاحتفاظ باتزان وجداني، وعادة ما يكون هذا النوع من المواجهة مفيد في المواقف التي تتجاوز قدرة الفرد على ضبطها والتحكم فيها. ومن ثم لا يمكن تغييرها من خلال أساليب مناسبة لحل المشكلة.
- مثلاً المواجهة مع مرض يفضي إلى الموت عادة ما تكون سلبية مركزة على العواطف المصاحبة كالرضا بالقضاء والقدر. ويأخذ هذا النوع من المواجهة أشكالاً منها:

**التنظيم الوجداني:** مثل الضبط الانفعالي، معايشة الانفعالات والمواجهة معها، وعدم الانشغال بالانفعالات المتصارعة.

**التقبل المذعن:** كالانتظار بعض الوقت مع توقع الأسوأ، وتقبل الموقف كما هو والإقرار بان لا شيء يمكن عمله والاستسلام للقدر.

**التفريغ الانفعالي:** يدخل فيه الأساليب المشتملة على التعبيرات الكلامية والبكاء، والتدخين، وزيادة الوزن والانغماس في أنشطة اندفاعية موجهة إلى الخارج. (السيد، 2000).

في الأخير يجب الإشارة إلى ثلاث نقاط حسب ما تعرض له "لازاروس":

1- إن الفصل بين المواجهة المتمركزة حول المشكلة والمواجهة المتمركز حول الانفعال مثلما تناولته الدراسات في أدبيات المواجهة هو فصل سطحي فقط، كما أن استخدامها يتعرض دوماً مع النتيجة أو الفائدة المرجوة منها.

2- الاستراتيجيات التي يوظفها الأفراد للتعامل مع اغلب المواقف الضاغطة تتحدّر أو تؤدي دور الوظيفتين معاً، بغض النظر عما إذا كانت إحداها تساعد أو تعيق عمل الأخرى

3- نجاح استراتيجيات المواجهة سواء تنتمي إلى الوظيفة الأولى أو الثانية، يعتمد أساساً على العديد من العوامل المتداخلة في الموقف وليس عامل واحد فقط (Schweitzer, 2014)

يستطيع الأفراد تغيير إستراتيجية المواجهة مع نفس الوضعية الضاغطة وهذا يكون برهان على ليونة في تبني استراتيجيات المواجهة. وعامة هؤلاء الأفراد يتعاملون أحسن مع الضغوط من غيرهم، والفرد يستطيع عدم اللجوء إلى أي إستراتيجية أي لا يتعامل مع الموقف بالتمركز حول المشكل ولا بالتمركز حول الانفعال وهذا في حالة ما إذا كان التقييم الثانوي كافي للتعامل مع الموقف. حسب Chabrol et Callahan, (2004) وعدم اللجوء إلى أي إستراتيجية للتعامل مع الموقف يسمى بالمواجهة السلبي (coping passif) وهذا قد يرتبط بحالة انفعالية سلبية وسلوك إنكار. (Schweitzer, 2014).

● **المواجهة المتمركزة حول البحث عن السند الاجتماعي:** يظهر البحث عن السند الاجتماعي أحياناً كإستراتيجية عامة نالئة للتعامل، وهي تعكس محاولات ومجهودات الفرد لكسب مساعدة الآخرين وهذا لعللاقة له بالمساندة الاجتماعية أو العلاقات والمحيط الاجتماعي، بالنسبة للتعامل بالبحث عن السند الاجتماعي هو محاولات لاكتساب إصغاء، معلومات، أو مساعدات مالية. فهي إذن إستراتيجية للتعامل للفرد وليست مصدر مدرك أو موجود. (Schweitzer, 2002).

● **إستراتيجيات المواجهة الخاصة:** نعلم أن استراتيجيات المواجهة تحدد بميزات الفرد وبإبعاد الحالة الضاغطة، فمقابل ضواغط معينة تختلف استراتيجيات المواجهة وتتعدد وهذا ما سوف نوضحه، فمقابل ضواغط طبية (المرض، الدواء، الاستشفاء، العمليات الجراحية..). نجد استراتيجيات المواجهة الأساسية هي المتمركزة حول المشكل (البحث عن المعلومات، الموائمة العلاجية، روح المقاومة..). وإستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي. أما المتمركزة حول الانفعال فتتعدد عند الأفراد الذين يعانون من حالة ضاغطة ناتجة عن المرض وفي هذه الحالة تنتج استراتيجيات تعامل خاصة: الضعف، اليأس، (حصر، فقدان سيطرة، دراما)، تأنيب الذات (العزو الداخلي، الإحساس بالمسؤولية، تأنيب الضمير، سلوك البطل)، التجنب الانفعالي، التعبير عن الانفعالات، التجنب السلوكي والمعرفي، العدائية.

##### 5- محددات استراتيجيات المواجهة:

تتأثر سيورورات التقييم للعلاقات فرد-محيط بالخصائص الشخصية (موارد شخصية)، والمتغيرات المحيطة (متغيرات الوضعية)، هذا ما يفسر لماذا يقيم نفس الحدث كتهديد بالنسبة لفرد وبالنسبة لآخر (Paulhan, 1992).

## - الخصائص الشخصية وتمثل في التالي:

**المعتقدات:** كالمعتقدات الدينية (يلبس الحدث معنى اختبار أو بلاء مفروض من الله وعلينا تقبله). أو أيضا معتقدات الفرد حول قدرته على التحكم في الأحداث، والتي أطلق عليها روتر اسم مركز الضبط الداخلي، حيث نجد أن الأشخاص ذوي مركز الضبط الداخلي يستعملون استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكلة بكثرة. (Schweitzer, 2014) **التحمل الشديد:** يشير إلى السيطرة الشخصية للأحداث الضاغطة في الحياة والأشخاص الذين يتسمون بالتحمل الشديد "الصلابة" يعتقدون أن بإمكانهم التأثير أو معالجة المشكلات بدلا من الإحساس بالعجز أمامها. كما أنهم يدعون الأحداث المختلفة كفرصة للتطور الشخصية ولديهم قدرة على تحمل الضغوط السيكوساجتماعية أكثر من الغير (Schweitzer, 2014). **القلق كسمة:** وهي مركب ثابت في الشخصية، وهي ميل للقلق، أي ميل عام لإدراك الوضعيات كوضعيات مهددة. فالأشخاص الذين لديهم سمة قلق ضعيفة، يدركون الأحداث الضاغطة على أنها أقل تهديد، ولديهم تنبؤ كبير بالتحكم مقارنة بالأشخاص ذوي سمة قلق عالية. (Schweitzer, Dantzer, 2003). حسب المقاربة التفاعلية، المواجهة هو مجموع استجابات لحالات ووضعيات ضاغطة معينة، وهو مسار دينامي يتغير حسب الوضعيات وكيفية تقييم الفرد لها. وبعض الباحثين يميزون أنواع للمحددات فمنها: طبيعية معرفية أو تقييمية للفرد والبعض الآخر يرى أن المحددات هي مميزات وضعية (نوعية المشكل، الرقابة)

## - المحددات المحيطة (خصائص الوضعية) وهي:

**\*\*خصائص الوضعية:** وتشمل طبيعة الضرر أو التهديد، وإذا كان الحادث الذي يتعرض الشخص مألوف له أو جديدا عليه، وما هي احتمالات حدوثه، والوقت المتوقع فيه، وإلى أي درجة من الوضوح والغموض تبدو النتيجة المتوقعة (Schweitzer, 2014). وتستعمل استراتيجيات المواجهة المتمركزة على الانفعال في الوضعيات المقدره على أنها غير قابلة للتحكم، في حين أن استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل تستعمل في الوضعيات القابلة للتغيير والتطور (Schweitzer, Dantzer, 2003).

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

## 6- فعالية المواجهة:

يشير مفهوم الفعالية إلبالتأثير النفسي للتعامل، يعني النتائج المترتبة عن الطريقة التي يتصرف بها الفرد في الوضعية، والآثار الناجمة على راحته الجسمية والنفسية. ولتبيان هذا نتطرق إلى فعالية المواجهة مع الضغط الانفعالي والصحة الجسمية للفرد.

## - فعالية المواجهة مع الضغط الانفعالي:

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

تعتبر المواجهة المتمركز حول الانفعال عموما أقل فعالية بفعل اشكالها التعبيرية المختلفة، مثل قمع الانفعالات، أو العجز مرتبطان بارتفاع الضيق النفسي. وبينت دراسات أن بعض مظاهر المواجهة

المتركزة حول الانفعال لها اثر ذو فائدة وواق لجودة الحياة على مدى قصير، حتى لو أن الكثير من أشكاله يبدو عموماً لديه أثر سلبي: العجز، فقدان الأمل، اتهام الذات، الاستسلام. لوحظت هذه النتائج في أمراض مختلفة، وكشفت عن آثار غير وظيفية، التي يمكنها في حد ذاتها أن ترتبط بسلوكيات تقريبا ملائمة مثل: عدم التقيد، عدم إدراك الأعراض، وعدم احترام آجال العلاج. (Schweitzer, 2014)

#### - فعالية المواجهة على الصحة الجسمية:

ظلت فعالية المواجهة صعبة التقييم من الناحية الصحية والمرضية، ولكن يمكنها أن تؤثر في الصحة من خلال طريقتين واضحتين. فقد أثبت لازاروس وفولكمان (1984) أن المواجهة يمكن أن يكون لها تأثير على الصحة الجسمية، في حالة ما إذا استطاعت التأثير على تواتر، شدة، مدة ردود الفعل الفيزيولوجية المتعلقة بالضغط، وهذا لا سيما إذا كان الفرد يتعامل مع موقف غير متحكم فيه ولا يستطيع التصرف مع الوضعية الضاغطة. أو أن المواجهة غير ملائمة يمكن للتعامل عموماً للتأثير مباشرة وسلباً على الصحة، حين يكون للفرد أسلوب حياة مرتبط بسلوكيات الخطر. (Fischer et al, 2014). وفعالية المواجهة ليس لها أي ميزة آلية، ويجب أن تقدر بناءً على تعددية المعايير التي تصبح وظيفية في حالة وليس بالضرورة في حالات أخرى. الفعالية تبدو إذا مرتبطة بشروط وبالكيفية التي يسمح فيها المواجهة للفرد أن يعدل أو ينقص من تأثير الوضعية الضاغطة على راحته الجسمية والنفسية. ومن هنا يتعين تفحص ومعاينة استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل والمتمركزة حول الانفعال في كل حالة. (Fischer et al, 2014).

#### 7- استراتيجيات المواجهة والتصلب المتعدد:

منذ سنوات التسعينات الكثير من الأبحاث تناولت استراتيجيات المواجهة للمصابين بالتصلب المتعدد. الاستعمال المتكرر لاستراتيجيات المواجهة التجنبية (Evitant) لوحظ عند المصابين بالتصلب المتعدد النوع المتردد (Forme Rémittente)، حسب Warren et al (1999).

اما Wineman et al (1994) قارنوا المصابين بالتصلب المتعدد بمصابين ب Traumatisme Medullaire لم يلاحظوا فرق بين المجموعتين ولا بين أنواع استراتيجيات المواجهة المستعملة، لكن فيما يخص المجموعتين برز متغير عدم القدرة على التنبؤ (L'imprevisibilité) الذي يمثل استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال وهذا مهما كان نوع المرض. فرقة بحث Beatty et al (1998) لاحظت أن المصابين بالتصلب المتعدد يستعملون استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال عندما يتواجدون في وضعية ضاغطة لها علاقة مع المرض مقارنة بالوضعيات الضاغطة اليومية، أبرزت نتائج هذه الدراسة علاقة ارتباط ما بين استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال والحصر النفسي. ووجد الباحثين أيضاً علاقة ما بين مهارات المصابين بالتصلب المتعدد وقدرة التكيف مع المشاكل اليومية والاستعمال الانتقائي لاستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل. وفي نفس الدراسة تبين وجود علاقة ارتباطية ايجابية ما بين المستوى الروحي واستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول السند الاجتماعي. (Coupè, 2010).

حسب Jean et al (1997)، هناك علاقة ارتباطية موجبة ما بين استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال والاكنتاب. ودراسة Kroencke et Deney (1999) حول استراتيجيات المواجهة للمصابين بالتصلب المتعدد في الوضعيات الضاغطة على ثلاثة مجموعات من المصابين:

1/ المصابين في مرحلة الهجمات (Période de poussée, 6 mois de symptômes sep) (continuellement présent)

2/المصابين في مرحلة سبات (Période de remission, absence de symptômes sep pendant plus de 6mois)

3/مصابين مزمنين (Patients chroniques, présences de symptômes plus de 6mois)النائج تبين عدم وجود فرق بين المجموعات الثلاثة.

وجد في الأدبيات التي تناولت موضوع التصلب المتعدد دراسات عديدة تبحث في إبراز نماذج لاستراتيجيات المواجهة الفعالة وغير الفعالة بالنسبة للتوظيف النفسي والواجهة مع المرض. أما إعادة البناء المعرفي، البحث عن المعلومات، خطة العمل أو إعداد أهداف معينة (استراتيجيات تعامل متركزة حول المشكل) فتعد استراتيجيات تعامل فعالة. (Aikens et al(1997), Baker et al(1998), Mohr et al(2001) Cox).

لكن عكس ذلك بعض استراتيجيات المواجهة المتركزة حول الانفعال مثل: الإنكار، التجنب، تانيب الذات تدل على تعامل سيء ونوعية حياة متدهورة. (Jean et al(1997), Schwartz(1999), Motel et al(2007) Burnenger). نقلا عن (Coupé, 2010).

وأبحاث أخرى متعلقة بأساليب المواجهة لدى المصابين بالتصلب المتعدد أظهرت أن نوع استراتيجيات المواجهة يتأثر بنوعية المعلومات المدركة من طرف المريض حين الإعلان عن التشخيص. حسب (Lode et al, 2007)، فالمصابين الذين تكون لديهم ادراكات حسنة ومرضية للمعلومات المقدمة في اول المرض يستعملون اقل الاستراتيجيات التجنبية ويميلون اكثر للاستراتيجيات المتركزة حول حل المشكل(البحث عن المعلومات، تخطيط النشاطات). (Coupé, 2010).

#### إجراءات التطبيق الميداني:

عرفت هي الأخرى مجموعة من الخطوات :

1. اختيار مكان العمل، وهو مصلحة طب الأعصاب ، الاحتكاك بالمرضى وشرح أهداف البحث وإجراءاته، وكذا تحسيس الطاقم الطبي.
2. عرض استمارة القبول للمشاركة في البحث على المبحوثين بعد تعريف الباحثة بنفسها وبأهداف تواجدتها بالمصلحة، وتقديم كافة الشروح المطلوبة، والإجابة على كل أسئلة المرضى وترك حرية اختيار قبول العمل أم لا لهم.
3. القيام بالمقابلة الأولية: لجمع البيانات والمعلومات بغرض إكمال البيانات الخاصة بالمرض، تاريخ الحالة، بداية المرض، ردود فعل المريض بالنسبة للتشخيص، معاشية المرض وكذا التعقيدات.
4. أما في الجلسة الثانية :  
\*تطبيق مقياس استراتيجيات المواجهة WCC ل Cousson et al (1996) ، بحيث يطلب من المريض قراءة التعليمات والإجابة على كل سؤال بالتوضيح انه يمكن للإجابات أن تكون متشابهة واختيار الإجابة الأقرب لحالتها.

#### 5. المعالجة الإحصائية:

قمنا باستخدام تقنيات إحصائية، الهدف منها هو التوصل إلى مؤشرات كمية تساعدنا على التحليل والتفسير وتمثلت في دراسة البرنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية، وقد تم اختياره برنامج SPSS في نسخته 22.0 باعتبار أنه يساعد على إدخال ومعالجة المعلومات بأسلوب دقيق وجيد وكذلك يساعد على اختصار الكثير من الجهد والوقت.

عرض وتحليل نتائج مقياس استراتيجيات المواجهة:

عدد القيم التي لم تصل العتبة	عدد القيم الأكبر من أو يساوي العتبة	عتبة الاستبيان (الأبعاد)	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
37	49(56.97%)	25	10.178	28.41	استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل
41	45(52.32%)	22	5.017	21.45	استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال
49	37(43.02%)	20	4.835	21.85	استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول البحث عن السند الاجتماعي

### جدول رقم (01): عرض نتائج مقياس استراتيجيات المواجهة (Wcc)

تبين نتائج مقياس استراتيجيات المواجهة ان : 43.02% من أفراد العينة يستعملون استراتيجيات مواجهة متمركزة حول البحث عن السند الاجتماعي، و52.32% من أفراد العينة يستعملون استراتيجيات مواجهة متمركزة حول الانفعال، و56.97% يستعملون استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل.

وعلى هذا الأساس تم مناقشة فرضيات الدراسة استنادا على الإستراتيجية السائدة لدى أفراد العينة وهي استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل والتي تبرز بالنسبة لطبيعة المرض(التصلب المتعدد) المزمّن المسبب لإعاقات والمجهول المال بالإضافة إلى طبيعة العلاج الذي يستوجب المكوث في المستشفى لفترات دورية والتخلي عن العلاج يولد أعراض خطيرة تلقائية وسريعة هذا ما يؤدي بالمصابين الاعتماد أكثر على استراتيجيات المواجهة الفعالة. وتتفق هذه النتائج ودراسات Aikens et all (1997)، Baker (1998)، Mohr et Cox (2002) التي أظهرت نتائجها أن المصابين بالتصلب المتعدد يميلون إلى استعمال استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل (Coupé, 2010).

### خاتمة:

أن مرض التصلب المتعدد مرض مزمن يحد من الأمل في العيش l'esperance de vie وهو مرض ذو اثر هام وجذري في حياة الشخص المصاب فهو يؤثر في استقلالية الفرد وعاداته اليومية وسلوكياته في العمل وفي المحيط العائلي و الاجتماعي ، وهذا ما يستدعي المرضى المصابون لتبني أساليب معينة لمواجهة الضغوط الناجمة عن المرض ومعوقاته ، عموما تأثير التصلب المتعدد على الأشخاص المصابين هام جدا ويظهر مع التشخيص و بدايات المرض. وتفسيرات عديدة ممكن أن تسند لتبني المرضى المصابين بالتصلب المتعدد لاستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل ، ابتداء من الملاحظات في السنوات الأولى من الإصابة مع الرغم انه في هذه المرحلة التأثير لا يكون كبيرا بالنسبة للاستقلالية الجسمية – الحركية ، طبيعة المرض(التصلب المتعدد) المزمّن المسبب لإعاقات والمجهول المال بالإضافة إلى طبيعة العلاج الذي يستوجب المكوث في المستشفى لفترات دورية والتخلي عن العلاج يولد أعراض خطيرة تلقائية وسريعة هذا ما يؤدي بالمصابين الاعتماد أكثر على استراتيجيات المواجهة الفعالة.

### المراجع باللغة العربية:

1. دليلة زناد (2013)، علم النفس الصحي-تناول حديث للأمراض العضوية المزمنة، العجز الكلوي المزمن وعلاجه الهيمودياليز، دار الخلدونية، الجزائر.



2. السيد عثمان فاروق، (2001) : **القلق وإدارة الضغوط** ، الطبعة الاولى، دار الفكر العربي، القاهرة.
3. يوسيلي، ميشيل مسمير (2003). **مقدمة عن الإعياء ومرض التصلب العصبي المتعدد**، في مجلة **التصلب العصبي المتعدد تحت المجهر**، المملكة المتحدة، Cambridge Publishers Ltd ، الاصدار 01، الصفحة 06-08 . [www.msif.org](http://www.msif.org).

#### المراجع الأجنبية:

1. Christophe Coupè (2010), **Etude des liens entre troubles émotionnels et cognitifs, stratégies de coping et qualité de vie dans la SEP et SLA** , paris 8.
2. Cheneiweiss.L,(1999),**Les soignants Face à la psychologie des maladies**,Avenue de l'europe,edition Lamarre.
3. Gustave Nicolas Fisher et Cyril Tarquinio (2014) , **Psychologie de la santé, Application et Intervention**, Dunod, paris.
4. Gustave Nicolas Fisher (2002) ,**Traité de psychologie de la santé** , Dunod, paris.
5. K. Kinugawa et E. Roze (2008) , **Neurologie**, Masson, France
6. Marilou Bruchon-Schweitzer et Emilie Boujut (2014) ,**Psychologie de la santé concepts méthodes et modèles**, 2ed , Dunod , paris 5.
7. Marilou Bruchon-Schweitzer(2002) ,**Psychologie de la santé** ,Dunod, paris.
8. Marilou Bruchon-Schweitzer et Robert Dantzer(1994), **Introduction a la psychologie de la santé**, PUF, paris.