# مركز ضبط الألم و المساندة الاجتماعية و العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لدى المصابين بالأورام الدماغية / دراسة مقارنة بين الأورام الحميدة و الخبيثة

**صويلح سمية**
**مخبر علم نفس الصحة و الوقاية و نوعية الحياة**
**جامعة الجزائر 02**

**ملخص :**
تمت الدراسة الحالية على المرضى المصابين بالأورام الدماغية لمعرفة الفروق في مركز ضبط الالم و المساندة الاجتماعية و العوامل الخمسة الكبرى للشخصية حسب نوع الورم حميد-خبيث ثمت الدراسة على مستوى مصلحة جراحة الاعصاب-تكونت العينة من 75مريضا (35مريضا بالأورام الدماغية الحميدة و 35مريضا بالأورام الدماغية الخبيثة) من كلا الجنسيين ومن خلال النتائج المتحصل عليها توصلنا الى ان المرضى لا يوجد لديهم اختلاف في مركز ضبط الالم و يمكن ارجاع النتيجة الى عامل تجانس طبيعة ودرجة الالم و العلاج الذي يخضع له المرضى وكذلك الى القلق و الخوف من الالم المصاحب للمرض وكذلك وجود فروق في المساندة الاجتماعية لصالحالمرضى المصابين باورام دماغية خبيثة و اختلاف في سمات الشخصية ومن هنا تتضح اهمية العوامل النفسية و الاجتماعية التي تلعب دور العوامل الانقادية او الامراضية في المرض

**الكلمات المفتاحية**
مرض الاورام الدماغية(حميد- خبيث)- مركز ضبط الالم- العوامل الخمسة الكبرى للشخصية- المساندة الاجتماعية

**مقدمة**
من الأمراض المزمنة الأورام التي أصبحت من المشكلات الصحية الخطيرة التي تواجه الإنسان حيث أنها تصدرت اهتمام كثير من المؤسسات الطبية، و النفسية الأكاديمية و التطبيقية، و من معالم تلك الأهمية أنها أصبحت موضوعا لدراسة داخل علم النفس الصحة،و يتضح ذلك من خلال تشجيع الباحثين في مجال الأورام لتحقيق هدفين: لاكتشاف المتغيرات النفسية التي لها دور مهم سواء في الوقاية من المرض أو التحكم

فيه أو السيطرة عليه، و لتدريب المختصين على تقديم الخدمة العلاجية وعلى التعامل الأفضل مع هذه المتغيرات النفسية،وبالتالي ينعكس ذلك على تحسن صحة المرضى النفسية و الجسدية(أحمد هناء شويخ،2008)و جاء هذا البحث لتسليط الضوء على ثلاث متغيرات وهي: مركز ضبط الألم، العوامل الخمسة الكبرى للشخصية، المساندة الاجتماعية و الفروق الموجودة بين هذه المتغيرات حسب نوع الورم(حميد-خبيث).

**1_الاشكالية:**

الصحة هي حالة إكتمال جسديا وعقليا وإجتماعيا لا مجرد إنعدام المرض أو العجز، وهي تمتع الإنسان بالعافية وهذا المفهوم يصل لأبعد من مجرد شفاءه من المرض وإنما وصوله لتحقيق صحته السليمة الخالية من جميع الأمراض وذلك بالموازنة بين الجوانب المختلفة للفرد (منظمة الصحة العالمية2008).

فصحة الإنسان تعتبر من أهم المواضيع التي يهتم بها النموذج الحيوي النفسي الإجتماعي على أنها وحدة متكاملة لتنمية الصحة وتفادي الوقوع في المرض من خلال فهم وتفسير التأثيرات النفسية التي تساهم في مساعدة الأفراد في الحفاظ على صحتهم، وفي إيضاح أسباب تعرضهم للمرض وإدراك أهمية التدخل المبكر من أجل مساعدتهم على البقاء في وضع صحي جيد ولهذا يركز على نطاق واسع من الوقاية والاضطرابات الجسمية مثل الأمراض المزمنة والألم.

و السرطان مصطلح عام يشمل مجموعة من الأمراض يمكنها أن تصيب كل أجزاء الجسم ومن السمات التي تطبع السرطان التولد السريع لخلايا شاذة يمكنها النمو خارج حدودها المعروفة وإقتحام أجزاء الجسد والإنتشار السريع إلى أعضاء أخرى ويعتبر من أهم أسباب الوفاة في جميع أنحاء العالم( مرازقة وليدة،2007،ص3).

وجاء تخصص علم النفس السرطاني لضرورة الأخذ بعين الإعتبار الجانب النفسي لكل من المريض وعائلته في التكفل العلاجي وهذا من أجل تقبل وتكييف المريض مع الوضع الجديد لما يحمله من إمكانية الوقوع في إضطرابات نفسية حيث يضع في متناول المرضى والمعالجين معطيات فعالة عن العوامل النفسية والإجتماعية التي تسهل أولا التكيف مع المرض، حيث أثبتت الدراسات أن مرض السرطان تتدخل فيه العديد من العوامل النفسية البيولوجية الإجتماعية البيئية مما يجعل هذا التخصص يدخل في إطار النموذج البيو نفسي إجتماعي.

ومن أخطر أنواع السرطان الأورام الدماغية التي تطلق على أي نمو شاد بأي خلايا وأنسجة تتواجد ضمن الدماغ سواء كانت حميدة لا تحتوي على خلايا سرطانية أو

أورام خبيثة تتكون من خلايا سرطانية،فالورم الحميد هو تنشؤ يتصف بأن نموه و تكاثره محدود وغير غازي و لا يتميز بالإنتشار يمكن إستئصاله دون أن يعود لنمو ثانية في أغلب الأحوال والأهم من ذلك أنه نادرا ما يعد مهددا للحياة، و الورم الخبيث هو ما يقصد به سرطان وهو النوع الأخطر الدي يتميز إضافة إلى البنية و النمو الشاذين بالمقدرة على غزو الأنسجة و الأعضاء الحيوية سواء المجاورة لموضع نشؤه أو البعيدة، و الإنتشار إلى مواضع أخرى بالجسم(مفتاح محمد عبد العزيز،2010،ص292)

ويمثل الألم جانبا مهما من جوانب المرض وهو واحد من أهم الأعراض التي يرتكز إهتمام المريض عليها وتدفعه للعناية الطبية، وهو يعتبر من أكثر الظواهر التي يكتنفها الغموض، فهو في الأساس خبرة سيكولوجية تعتمد درجة الإحساس به وبما يسببه من عجز كبير على طريقة تفسيره ويتميز الألم بدلالاته النفسية والجسمية فعند سؤال المريض حول أكثر الأشياء التي تخيفه فيما يتعلق بأي مرض مزمن غالبا ما تكون الألم، كما أن الخوف من عدم التخفيف من معاناته يثير لديه شعورا بالقلق وعدم التوافق، ولقد تصدى البشر تاريخيا للألم من خلال الأدوية والجراحة، ولكن مع تزايد أهمية الدور الدي تلعبه العوامل النفسية في الإحساس بالألم ومعالجته، أصبح لهذه الأخيرة مكانة مهمة في تدبر الألم والقدرة على التعامل معه(شيلي تايلور،2008،ص580-590).

إذ نجد80 مليون مريض بالأورام يعانون منالألم،40%في جميع مراحل المرض،66%في أخر مراحل المرض، كما نجد ألام غير متحكم فيها، إذ أن 25% من المرضى يفارقون الحياة دون أن يتم التحكم في ألمهم.

حيث أشار"john" et "Collins" (1997) الى أن الألم المزمن الذي لا يمكن تخفيضه هو ألم يقاوم العلاجات التقليدية وهو ألم يحدث لدى الأطفال المصابين بورم صلب في جذور الأعصاب الشوكية أو الشبكات العصبية أو العصب الظرفي الكبير، ويتطلب التعامل مع ذلك النوع من الألم جرعات عالية من العلاج بالمستشفيات(مفتاح محمد عبد العزيز،2010،ص180).

كما جاءت دراسة "muguire" التي أجريت على مجموعة كبيرة من مرضى الأورام وتوصل أن الأعراض الجانبية للعلاج متمثلة في الغثيان، القيء، سقوط الشعر، الألم التي تؤدي بدورها إلى مشاعر الإكتئاب وشعور المريض بعدم جدوى العلاج(أحمد شويخ هناء،2008،ص210).

ومن المعروف أن طبيعة الإنسان وميوله وشخصيته تجعله يسعى دائما إلى الضبط في مجريات حياته والسيطرة على بيئته، كما يحاول جاهدا أن يضمن قدرا من الإحساس

بالضبط الذاتي، وهو بهذا الإحساس يستطيع إتخاد قرارات مناسبة و التصرف بالطريقة التي سوف تضمن له نتائج ايجابية، ويعتبر مفهوم الضبط أحد المفاهيم الهامة التي انبثقت عن نظرية التعلم الاجتماعي "لروتر" و ينظر إليه باعتباره متغيرا مهما، يتعلق بمعتقدات الفرد حول أي العوامل هي الأكثر مساهمة في التحكم في النتائج الهامة في حياته، العوامل الشخصية من مهارة وقدرة وكفاءة، أو العوامل الخارجية من صدفة و حظ و أشخاص أخرين، وقد أشار روتر بهذا المفهوم إلى أحدى الطرق الهامة التي يصنف الأفراد في ضوء إدراكهم للمواقف الحياتية المختلفة، و بناءا على تصنيفه للأفراد، فهناك من يدرك أن تحقيق الأفعال يتوقف على سلوكه الخاص وسماته الشخصية و بالتالي الإعتقاد في الضبط الداخلي، وهناك من يدرك أن تحقيق الأفعال لا يعتمد على تصرفاته وسلوكه الشخصي كلية، بل على الحظ أو القدر أو الأخرين وهو ما يشير بالإعتقاد في الضبط الخارجي (عبد العزيز موسى،1998،ص319).

حيث هدفت دراسة"toomey" et al (1993) إلى البحث في الإرتباطات بين الإجراءات العلاجية وعزو ضبط الألم، وتضمنت الدراسة 98 مريضا يعالج خارج العيادات، 48 من مرضى عيادات الألم، 50 مريضا الباقي من عيادة طبية عامة، 28 من مرضى العيادة الطبية كان لديهم ألام و22 الباقي لديهم حالات طبية أخرى، طلب من المرضى الذين لديهم ألام الإجابة على مقياس مركز ضبط الألم من ناحية ردود أفعالهم المعتادة للألم، وقد سجل مرضى عيادات الألم نتائج منخفضة في مركز الضبط الداخلي وكذلك بعد ذوي النفود من مركز ضبط الألم مقارنة بالمجموعتين الآخرتين، كما كان لمرضى عيادات الألم نتائج مرتفعة لبعد الحظ من مركز الضبط مقارنة بالمرضى الذين لا يعانون الألم، ولكن أقل من نتائج مرضى العيادة الطبية والذين يعانون الألم وقد خلص الى أن عزو التحكم في الألم يتفاوت عبر الإجراءات العلاجية(مرازقة وليدة،2007،ص15).

وبحثت دراسة"toomey" et "sefille" et "mann"(1995) في العلاقات بين مركز ضبط الألم ومهارات الضبط الذاتي والضيق النفسي لدى مرضى الألم المزمن، وإستعمل الباحثون في هذه الدراسة مقياس مركز ضبط الألم، مقياس ماك جيل للألم، وأداة للألم الوصفي و جدول الضبط الذاتي ودليل يعكس عدد الأعراض النفسية المسجلة ودرجة الضيق، وقد شملت العينة 87 مريضا خارجيا يعانون ألاما مزمنا عرضوا على عيادات الألم، وبينت النتائج أن بعد الحظ من مركز الضبط مرتبط بقوة تقدير الألم العالية، كما بينت النتائج نقص فعالية أسلوب المواجهة المتمثل في الضبط الذاتي،

وإنعدام التكيف، وأيضا عدم وجود علاقات بين مركز ضبط الألم الداخلي وتقديرات الألم، المواجهة، الضيق الإنفعالي(المرجع السابق،2007،ص16).

فالفرد يسعى دائما إلى التكيف والتواصل مع البيئة المحيطة به بهدف التوافق معها من خلال مصادر شخصية أو مصادر إجتماعية لتحسين المستوى الصحي.

فلكل شخصية سماتها ومعالمها الرئيسية التي تحدد خصائص هذه الشخصية ونقاط ضعفها

وقوتها وأيضا مدى مرونتها على التكيف، لذا إهتمت العديد من الدراسات السيكولوجية بدراسة الشخصية المهيئة للوقوع في مختلف الأمراض، فالشخصية تنظيم دينامي داخل الفرد لتلك النظم السيكو فيزيقية التي تحدد أسلوبه الفريد في التوافق مع البيئة، ويرى كاتل أن العنصر الأساسي في بناء الشخصية هو السمة، ويشير ألبورت إلى أن الشخصية هي تنظيم متكامل لعمل الجسم والعقل في وحدة فهي ليست بناء نفسي فحسب أو بناء جسدي مجرد (عباس فيصل، 2003،ص212)

وركز العلماء في دراستهم للشخصية على أهمية السمات التي تميز شخصا عن أخر وتساعد معرفتها وتحديدها إزاء ما يواجه الانسان من مواقف متعددة ،إذ أن السمة تشكل وحدة متكاملة في نظرية كاتل(المرجع السابق،ص214).

وهناك العديد من السمات بحيث هناك من صنفها إلى سمات أحادية القطب مثل السمات الجسمية مقابل السمات ثنائية القطب كالسمات المزاجية، سمات ظاهرية مقابل سمات سطحية وهناك أيضا سمات تعمل كوقاية للفرد من الإصابة بمختلف الأمراض المزمنة أي أنها عوامل مؤجلة للمرض، كما تبين في مختلف الدراسات أن إحساس الفرد بالتماسك بين جوانب حياته المختلفة و إحساسه بوجود هدف ومعنى لحياته وتمتعه بحس النكتة والثقة بالأخرين جميعها سمات تشكل مصادر داخلية يمكن أن تعزز قدرة الفرد على التعامل الفعال، وكما هو الحال بالنسبة لبعض الأفراد الذين يمتلكون شخصيات لديها نزعة للمرض، فإن أخرين يمتلكون نزعة صحية توصف بأنها تتمتع بإحساس الضبط، تقدير الذات، التفاؤل، المرونة (شيلي تايلور،2008،ص845).

حيت قام "ليشان" بدراسة على عينة من 80 مريضا بالأورام السرطانية، إتضح أن هؤلاء المرضى يتسمون بسمات خاصة أهمها إنخفاض تقدير الذات واليأس والإكتئاب وكثرة الإستبطان والكبت وإنكار الذات .

وقارن "redd"& "vakomen" (1985) بين مجموعتين قوامها 59 مريض بالأورام والأخرى من المصابين بأمراض مختلفة وباستخدام قائمة القلق الحالة السمة وقائمة ميلون

للسلوك الصحي، كشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق جوهرية بين المجموعتين لصالح مجموعة مرضى الأورام في القلق والاكتئاب(أحمد هناء شويخ،2008،ص109)
وكذلك العوامل الإجتماعية تلعب دورا مهما عند تعرض الإنسان للضغوط، ومن بينها المساندة الإجتماعية نظرا لدور الذي تلعبه في وقاية الفرد وتجنيبه من الأثار السلبيةللضغوط النفسية وفي تخفيف الإصابة من الإضطرابات النفسية و الجسمية وفي تحقيق التكيف النفسي الإجتماعي(قارة سعيد، 2009، ص5).
و تعرف المساندة الإجتماعية على أنها ذلك الدعم المادي أو المعنوي أو الوجداني الذي يتلقاه الفرد من الجماعة التي ينتمي إليها كالأسرة والأصدقاء أو الزملاء(الشناوي عبد الرحمان، 1994، ص4).
و أكدت دراسة "ميزليري" وأخرون (1998) على عينة قوامها 502 مريض بالأورام ، على أن المساندة المدركة من قبل المريض ترتبط جوهريا بإرتفاع الكفاية الذاتية لدى المرضى، بينما إرتبطت المساندة الفعلية بمستويات منخفضة من الكفاية الذاتية، مما يؤكد التركيز على كيف المساندة، أي كما يدركها المريض، وليس كم المساندة المتاحة بالفعل للمريض، كما لها دور فعال في تخفيف مشاعر القلق المرتبطة بعملية الموت( أحمد شويخ هناء،2008،ص171)
و أسفرت دراسة "mann" وأخرون (2000) التي أجريت على عينة قوامها 191 من مرضى الأورام ، متزوجون وخاضعون للعلاج، على أن المساندة من الأزواج تساعد على المواجهة مع المرض، كما أن الإستماع للمريض والعناية به وإظهار المحبة له يعد من أهم المتغيرات التي تعمل على رفع تقدير الذات لدى المرضى(المرجع السابق،2008، ص170).
فالأورم الدماغية سواء كانت حميدة لا تحتوي على خلايا سرطانية أو خبيثة تحتوي على خلايا سرطانية فهي تأثر على المريض سواء من الناحية النفسية أو الجسدية، ومع إختلاف نوع الورم إلا أن الأعراض تكون ظاهرة و جلية في كلتا الحالتين، و المريض يرى نفسه أمام وضعية غامضة فإن أخبره الطبيب بأن ورمه من النوع الخبيث يفكر لا محالة في أن مصيره الموت، و إن أخبره أن ورمه حميد يبدأ التفكير في مصيره بعد الجراحة و هل ستستمر هذه الأعراض وهل يشفى كلية بعد العلاج، فهذا المرض مهما كان نوعه يمثل ضغطا نفسيا بالنسبة للمريض فيحاول البحث عن السمات التي تساعده في التقليل من حدة التوتر وكذلك البحث عن الدعم الإجتماعي الذي يمثل له مصدرا أخر من مصادر المساعدة.

ويتضح مما سبق أهمية سمات الشخصية والدعم الاجتماعي في ضبط الألم، و تشمل الدراسة الحالية مقارنة بين الأورام الدماغية الحميدة والخبيثة في المتغيرات النفسية والشخصية ومن هنا يمكن طرح التساؤلات التالية:

1-هل يتميز مرضى الأورام الدماغية (الحميدة والخبيثة) بمستوى مرتفع لمركز ضبط الألم؟

2-هل توجد فروق بين المرضى المصابين بالأورام الدماغية الخبيثة و المصابين بالأورام الدماغية الحميدة في مركز ضبط الألم؟

3-هل توجد فروق بين المرضى المصابين بالأورام الدماغية الخبيثة و المصابين بالأورام الدماغية الحميدة في المساندة الإجتماعية؟

4- هل توجد فروق بين المصابين بالأورام الدماغيةالخبيثة و المصابين بالأورام الدماغية الحميدة في العوامل الخمسة الكبرى الخمسة الكبرى لشخصية؟

5- هل يتميز المرضى المصابين بالأورام الدماغية الخبيثة بملمح شخصي مختلف عن المرضى المصابين بالأورام الدماغية الحميدة؟

**الفرضيات**

1-يتمز مرضى الأورام الدماغية(الحميدة و الخبيثة) بمستوى مرتفع من مركز ضبط الألم.

2- توجد فروق دالة إحصائيا بين المرضى المصابين بالأورام الدماغية الخبيثة و المصابين بالأورام الدماغية الحميدة في مركز ضبط الألم.

3-توجد فروق دالة إحصائيا بين المرضى المصابين بالأورام الدماغية الخبيثة و المصابين بالأورام الدماغية الحميدة في المساندة الإجتماعية.

4- توجد فروق دالة إحصائيا بين المصابين بالأورام الدماغية الخبيثة و المصابين بالأورام الدماغية الحميدة في العوامل الخمسة الكبرى للشخصية.

5-يتميز المرضى المصابين بالأورام الدماغية الخبيثة بملمح شخصي مختلف عن المرضى المصابين بالأورام الدماغية الحميدة.

**2_ تحديد المفاهيم إجرائيا:**

-سوف يتم في ما يلي تحديد أهم المفاهيم الأساسية للبحث:

**مرض الأورام الدماغية:**

يطلق على أي نمو شاذ بأي خلايا و أنسجة تتواجد ضمن الدماغ، سواء أكانت حميدة لا تحتوي على خلايا سرطانية أو خبيثة تتكون من خلايا سرطانية.

وهو ذلك المرض الخبيث أو الحميد الذي تم التعرف عليه وعلى شدته ومدى تأثيره على الصحة النفسية للمريض.

**مركز ضبط الألم:** و هو الدرجة التي يحصل عليها مريض الأورام الدماغية في مقياس مركز ضبط الألم لwallston المستعمل في الدراسة والذي يشمل ثلاث أبعاد: بعد الداخلي، بعد ذوي النفود، بعد الحظ.

**العوامل الخمسة الكبرى للشخصية:**حسب "دوجمان" و"كوستا"(1990)هي تصنيف لسمات الشخصية وفقا الى خمسة أبعاد موسعة وهي: يقظة الضمير، الطيبة، العصابية، الانفتاح على الخبرة، الانبساطية.

وقد تحدد في هذه الدراسة من خلال الدرجات المتحصل عليها في قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية من اعداد "كوستا" و"مكاري" وترجمة "محمد بدر الأنصاري" والتي يحصل عليها كل فرد من أفراد عينة الدراسة، وذلك من خلال كل بعد من الأبعاد الخمسة للشخصية التي تتمثل في: يقظة الضمير، الطيبة، العصابية، الانفتاح على الخبرة، الانبساطية.

**المساندة الاجتماعية:** وتحدد في هذه الدراسة من خلال الدرجة التي يحصل عليها مريض الأورام الدماغية في مقياس المساندة الاجتماعية المدركة ل"زميت" و "كندي ميتشل" والذي يشمل ثلاث أبعاد هي: المساندة من العائلة، المساندة من الأصدقاء، المساندة من أفراد مميزين.

**3-أهمية البحث:**

تتمثل أهمية البحث في مايلي:

- المساهمة في اثراء البحث العلمي وتطويره.
- الكشف عما اذا كان هناكاختلافات في العوامل الخمسة الكبرى للشخصية والمساندة الاجتماعية ومركز ضبط الألم للمصابين بالأورام الدماغية.
- التعرف على الاختلافات بين المرضى حسب نوع الورم حميد-خبيث.
- يتناول موضوع جديد، والمتغيرات الحديثة التي يهتم بها.

**4-أهداف البحث:**

تتمثل أهداف البحث في مايلي:

- البحث عما إذا كانت توجد سمة تميز المرضى المصابين بالأورام الدماغية حسب العوامل الخمسة الكبرى لشخصية.
- تحديد البروفيل النفسي للمرضى المصابين بالأورام الدماغية حسب نوع الورم.

- تحديد السمة الأساسية وفق العوامل الخمسة الكبرى للشخصية المميزة لهؤلاء المرضى، وبالتالي يمكننا تحديد الأفراد الذين لديهم استعداد وقابلية للوقوع في هذا المرض.

-تقييم العوامل المساعدة على ضبط الألم(المساندة الاجتماعية- سمات الشخصية).

وقد تناولنا دراستنا عبر فصلين: فصل نظري و فصل تطبيقي.

**5_الدراسة الاستطلاعية:**

كنتيجة لدراسة الاستطلاعية تقرر مايلي:

- التأكيد على وجود عينة البحث.- اتخاذ قرار تطبيق استبيان المعلومات العامة، و مقياس مركز ضبط الألم، مقياس العوامل الخمسة الكبرى لشخصية، و مقياس المساندة الاجتماعية.

- الإبقاء على المقاييس كما هي دون تغيير .كما تم اتخاذ قرار تطبيق المقاييس على شكل مقابلة نصف موجهة و ذلك لأننا كنا نقرأ المقاييس للمفحوصوندونالإجابة وهذا راجع إما للمستوى التعليمي المنخفض، أو لخصوصيات العينة.

- إتخاذ قرار إجراء الدراسة على شكل مقارنة بين الأورام الحميدة و الأورام الخبيثة.

**6- منهج الدراسة:**

المنهج الذي تم اعتماده هو المنهج الوصفي المقارن لكونه الملائم في الكشف عن ما اذا كانت توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المصابين بالأورام الدماغية الحميدة و الخبيثة.

**7-عينة الدراسة:**

فبالنسبة لعينة البحث فقد ثم اختيارها بطريقة غرضية قصدية بحيث تتكون عينة البحث من 70 مصاب

**8- عرض و مناقشة النتائج**:سوف يتم تقديم عرض الفرضيات كمايلي:

**1-عرض نتائج الفرضية الأولى:**

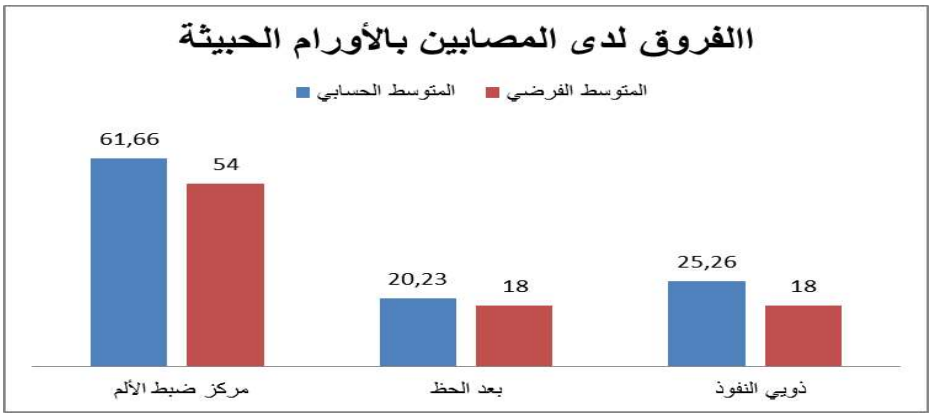
تنص الفرضية الأولى على أنه: "يتميز مرضى الأورام الدماغية (الحميدة و الخبيثة) بمستوى مرتفع من مركز ضبط الألم".وللإجابة على هذه الفرضية تم استعمال اختبار "ت" لعينة واحدةOne Sample T Test.

- فيما يخص المصابين بالأورام الدماغية الخبيثة فيتبين من الجدول وجود فروق دالة احصائيا بين المتوسطات الحسابية لمركز ضبط الألم ( 61,66) لبعديه ( بعد الحظ = 20,23، بعد ذوي النفوذ = 25,26 ) لدى المصابين بالأورام الدماغية الخبيثة و

المتوسطات الفرضية للمقياس و أبعاده ( 54 بالنسبة للمقياس و18 لكل بعد)،حيث جاءت القيم التائية المساوية لمركز ضبط الألم وبعديه (9,249،3,885،2,441) أكبر من القيمة التائية المجدولة ( 2,032) عند مستوى الدلالة أصغر من( α= 0,05 ) .

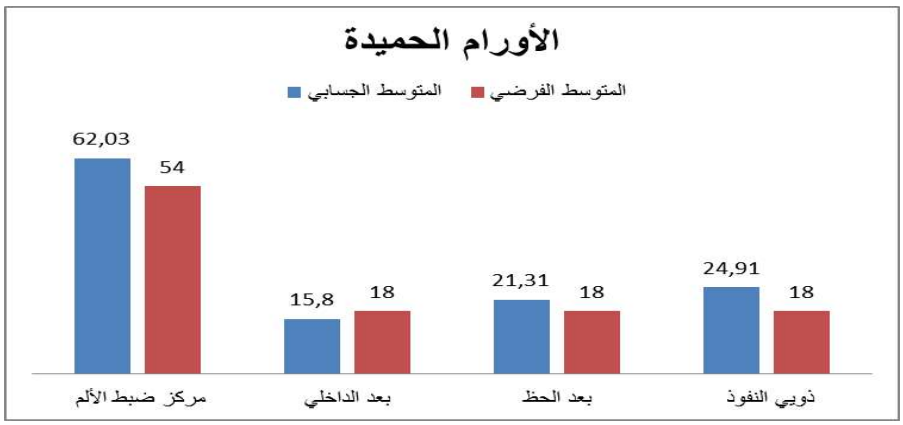
ولقد كانت هذه الفروق لصالح مركز ضبط الألم و لبعديه على حساب المتوسطات الفرضية

كما يلاحظ أيضا عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسط الحسابي للبعد الداخلي ( البعد الثالث لمركز ضبط الألم ) (16,17) و المتوسط الفرضي لهذا البعد 18 حيث جاءت قيمته التائية (1,799-) أصغر بالقيمة المطلقة من القيمة التائية المجدولة ومستوى دلالة أكبر من( α= 0,05 ) أنظر الشكل (1).




- أما فيما يخص عينة المرضى المصابين بالأورام الدماغية الحميدة فإنه يتبين من خلال الجدول وجود فروق دالة احصائيا بين المتوسطات الحسابية لمركز ضبط الألم (62,03) بأبعاده ( البعد الداخلي = 15,80،بعد الحظ =21,31، بعد ذوي النفوذ =24,91) و المتوسطات الفرضية للمقياس و أبعاده ( 54 بالنسبة للمقياس و 18 لكل بعد)، حيث جاءت القيم التائية المساوية لمركز ضبط الألم وبعديه (21,984، 2,040-، 11,185،4,165) أكبر من القيمة التائية المجدولة( 2,032) عند مستوى دلالة أصغر من( α= 0,05 ).

و لقد كانت هذه الفروق الاحصائية للمتوسطات الحسابية لمركز ضبط الألم وبعديه (بعد الحظ و بعد ذوي النفوذ )، أما بالنسبة لبعد الداخلي فقد كانت على حسابه ولصالح المتوسط الفرضي) و عليه **فالفرضية محققة**.




**2- عرض نتائج الفرضية الثانية**

تنص الفرضية الثانية على أنه: "توجد فروق دالة إحصائيا بين المرضى المصابين بأورام خبيثة و المصابين بأورام حميدة في مركز ضبط الألم"، و للإجابة على هذه الفرضية تم استعمال اختبار "ت" لعينتين مستقلتين.

- يظهر عدم وجود فروق دالة احصائيا بين المصابين بأورام دماغية خبيثة والأورام الدماغية الحميدة فيما يخص متغير مركز ضبط الألم و أبعاده، حيث جاءت قيم"ت" مساوية على التوالي ل 0,132-، 0,251، 0,896- و 0,343 عند مستويات الدلالة (0,895، 0,803،0,373،0,733) أكبر من 0,05، **فالفرضية إذن غير محققة**.

**3- عرض نتائج الفرضية الثالثة**

تنص هذه الفرضية على أنه: "توجد فروق دالة إحصائيا بين المرضى المصابين بالأورام الدماغية الخبيثة و المصابين بالأورام الدماغية الحميدة في المساندة الاجتماعية" و للإجابة على هذه الفرضية تمإستعمالإختبار "ت" لعينتينمستقلتين.

- يتبين وجود فروق دالة احصائيا بين المصابين بأورام دماغية خبيثة و المصابين بالأورام الدماغية الحميدة فيما يخص متغير المساندة الاجتماعية، حيث جاءت قيمة" ت" مساوية ل(2,479)عند مستوى الدلالة(0,015) أصغر من 0,05، هذه الفروق هي لصالح المرضى المصابين بالأورام الدماغية الخبيثة (المتوسط الحسابي = 49,86) و على حساب ذوي الأورام الدماغية الحميدة (المتوسط الحسابي=45.23)، **فالفرضية محققة.**

**4- عرض نتائج الفرضية الرابعة**

تنص هده الفرضية على أنه: "توجد فروق دالة إحصائيا بين المرضى المصابين بالأورام الدماغية الخبيثة و المصابين بالأورام الدماغية الحميدة في العوامل الخمسة الكبربللشخصية" و للإجابة على هذه الفرضية تم استعمال اختبار "ت" لعينتين مستقلتين.

- يتبين وجود فروق دالة احصائيا بين المرضى المصابين بأورام دماغية خبيثة و المصابين بالأورام الدماغية الحميدة فيما يخص بعد العصابية، حيث جاءت قيمة "ت" مساوية ل(2,904-) عند مستوى الدلالة (0,005) أصغر من 0,05، هذه الفروق هي لصالح المرضى المصابين بالأورام الدماغية الحميدة ( المتوسط الحسابي =37,31) و على حساب ذوي الأورام الدماغية الخبيثة (المتوسط الحسابي = 33,40).

كما يتبين عدم وجود فروق دالة احصائيا بين المصابين بأورام دماغية الخبيثة و المصابين بالأورام الدماغية الحميدة فيما يخص بعد الانبساطية، حيث جاءت قيمة "ت" مساوية ل (0,518) عند مستوى الدلالة (0,606) أكبر من 0,05.

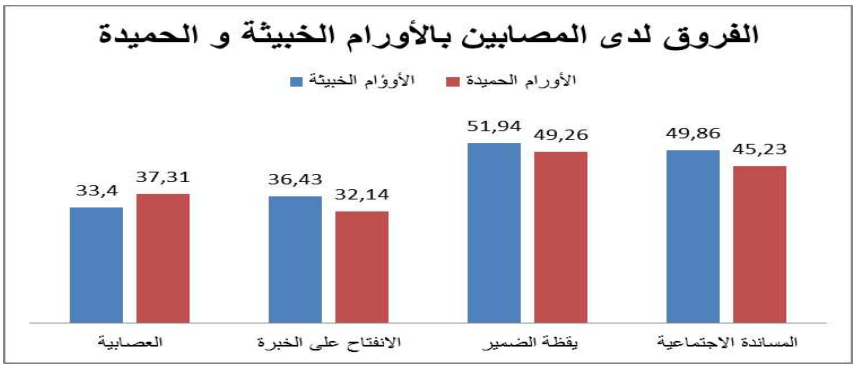
أما فيما يخص بعد الانفتاح على الخبرة فإنه يتبين وجود فروق دالة احصائيا بين المصابين بأورام دماغية خبيثة و الأورام الدماغية الحميدة، حيث جاءت قيمة "ت" مساوية ل(3,104) عند مستوى الدلالة (0,003) أصغر من 0,05، هذه الفروق هي لصالح المرضى المصابين بالأورام الدماغية الخبيثة( المتوسط الحسابي=36,43) و على حساب ذوي الأورام الدماغية الحميدة (المتوسط الحسابي =32,14).

كما يظهر عدم وجود فروق دالة احصائيا بين المصابين بأورام دماغية خبيثة و المصابين بأورام دماغية حميدة فيما يخص بعد الطيبة، حيث جاءت قيمة "ت" مساوية ل(1,825) عند مستوى الدلالة (0,072) أكبر من 0,05.

يتبين من الجدول وجود فروق دالة احصائيا بين المصابين بأورام دماغية خبيثة و المصابين بأورام دماغية حميدة فيما يخص بعد يقظة الضمير، حيث جاءت قيمة "ت" مساوية ل(2,185) عند مستوى الدلالة (0,033) أصغر من 0,05،هذه الفروق هي لصالح المرضى المصابين بالأورام الدماغية الخبيثة ( المتوسط الحسابي = 51,94 ) و على حساب ذوي الأورام الدماغية الحميدة (المتوسط الحسابي = 49,14)

**الفرضية ـ محققة جزئيا** لأن: بعد العصابية، بعد الإنفتاح على الخبرة، بعد يقظة الضمير ذات دلالة إحصائية، أما فيما يخص بعد الطيبة و الإنفتاح على الخبرة لا

توجد دلالة إحصائية و منه لا توجد فروق في البعدين كما هو موضح في الشكل رقم (4).




شكل(4): الفروق ذات الدلالة الإحصائية بين المصابين بالأورام الدماغية الحميدة و الخبيثة في كل من المساندة الاجتماعية و يقظة الضمير و الانفتاح على الخبرة و العصابية

**5-عرض نتائج الفرضية الخامسة**

يتضح من خلال تحليل التباين المتعدد و جود فروق دالة احصائيا بين العوامل الكبرى للشخصية و العينة الكلية، حيث جاءت قيم "D" مساوية على التوالي : 7510,349 بالنسبة للمصابين بالأورام الخبيثة و 3990,004 للمصابين بالأورام الحميدة، وهذا عند مستوى الدلالة أصغر من 0,05.

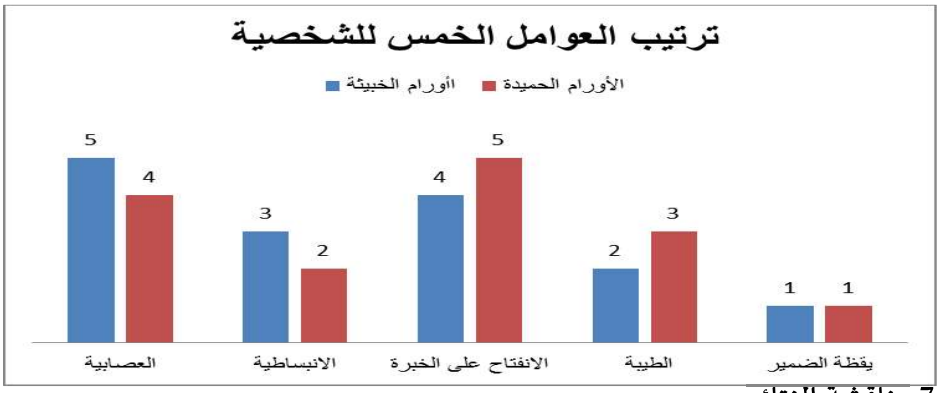
جدول(1) : ترتيب العوامل الخمس الكبرى للشخصية

| | الأورام الخبيثة | | الأورام الحميدة | |
|---|---|---|---|---|
| | المتوسط الحسابي | الترتيب | المتوسط الحسابي | الترتيب |
| العصابية | 33,4 | 5 | 37,31 | 4 |
| الإنبساطية | 43,49 | 3 | 42,66 | 2 |
| الإنفتاح على الخبرة | 36,43 | 4 | 32,14 | 5 |
| الطيبة | 44.91 | 2 | 42,14 | 3 |
| يقظة الضمير | 51,94 | 1 | 49,26 | 1 |

يلاحظ منخلالالجدول(6) أن هناك اختلافففي ترتيب العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لدى المصابين بالأورام الدماغية الخبيثة و الحميدة ماعدا يقظة الضمير التي احتلت المرتبة الأولى بالنسبة للعينتين.

فيما يخص المصابين بالأورام الدماغية الخبيثة جاء ترتيب الطيبة في المرتبة الثانية، الانبساطية في المرتبة الثالثة، الانفتاح على الخبرة في المرتبة الرابعة و العصابية في المرتبة الخامسة و الأخيرة لدى المصابين بالأورام الخبيثة.

أما ترتيب العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لدى المصابين بالأورام الحميدة فقد كان كالتالي: الانبساطية في المرتبة الثانية، الطيبة في المرتبة الثالثة، العصابية في المرتبة الرابعة و الإنفتاح على الخبرة في المرتبة الخامسة و الأخيرة، **فالفرضية محققة.**




## 7-مناقشة النتائج

سعت الدراسة الحالية إلى تحقيق عدد من الأهداف و الفرضيات:

تمثلت الفرضية الأولى في أن مرضى الأورام الدماغية يتميزون بإرتفاع في مستوى مركز ضبط الألم وقد أشارت النتائج إلى ميل عدد كبير من أفراد العينة نحو بعد ذوي النفود من مركز ضبط الألم، و إرتفاع المتوسط الحسابي لأبعاده الثلاث وبالتالي تحققت الفرضية الأولى.

و تعلقت الفرضية الثانية بمعرفة الفروق بين المرضى المصابين بالأورام الدماغية الخبيثة و الحميدة في مركز ضبط الألم و توصلت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيا وهو ما يشير إلى عدم تحقق الفرضية الثانية.وفيما يخص الفرضية الثالثة التي تسعى لمعرفة الفروق بين المصابين بالأورام الدماغية الخبيثة و الحميدة في المساندة الاجتماعيةحيث كانت الفروق لصالح مرضى الأورام الدماغية الخبيثة على حساب مرضى الأورام الدماغية الحميدة مما يدل على تحقق الفرضية الثالثة.

أما الفرضية الرابعة التي تنص على أن هناك فروق بين المصابين بالأورام الدماغية الخبيثة و الحميدة في العوامل الخمسة الكبرى لشخصية فقد تحققت الفرضية جزئيا حيث كانت هناك فروق دالة إحصائيا في كل من بعد العصابية، الانفتاح على الخبرة، يقظة الضمير، أما بعدي الانبساطية و الطيبة فلم تكن هناك فروق دالة إحصائيا.

و الفرضية الخامسة التي تنص على تميز المرضى المصابين بالأورام الدماغية الخبيثة بملمح شخصي مختلف عن مرضى الأورام الدماغية الحميدة، حيث تحققت الفرضية الخامسة و كانت السمات كالاتي:

فبالنسبة للمرضى المصابين بالأورام الدماغية الخبيثة كانت السماتكالأتي:

يقظة الضمير، الطيبة، الانبساطية، الانفتاح على الخبرة، العصابية.

أما ترتيب العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لدى المصابين بالأورام الحميدة كانت كالأتي:

يقظة الضمير، الانبساطية، الطيبة، العصابية، الانفتاح على الخبرة.

**الخاتمة:**

أسفرت نتائج الدراسة عن النتائج التالية:

- وجود فروق دالة إحصائيا بين المصابين بالأورام الدماغية الحميدة و الخبيثة لصالح مرضى الأورام الدماغية الخبيثة.

-عدم وجود فروق دالة إحصائيا في مركز ضبط الألم بين المصابين بالأورام الدماغية الحميدة و المصابين بالأورام الدماغية الخبيثة.

- وجود فروق دالة إحصائيا في المساندة الاجتماعية لصالح مرضى الأورام الخبيثة.

-وجود فروق دالة إحصائيا في العوامل الخمسة الكبرى لشخصية ما عدا سمتي الانبساطية و الطيبة

-وجود فروق دالة إحصائيا في سمات الشخصية.

## المراجع العربية


1-إبن منظور، **لسان العرب**، المجلد الثاني، دارلسان العرب، بيروت.

2-أبو هاشم السيد محمد(2010): **النموذج البنائي للعلاقات بين السعادة النفسية والعوامل الخمسة الكبرى و تقدير الذات و المساندة الاجتماعية** لدى طلاب الجامعة، مجلة كلية التربية، جامعة الزقازيق، العدد(81)

3-الأحمد أمل (2001):**بحوث و دراسات في علم النفس**، مؤسسة الرسالة، بيروت، لبنان، الطبعة الأولى.

4-أحمد شويخ هناء(2007):**أساليب تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن الأورامالسرطانية**،إيتراك لنشر و التوزيع القاهرة، مصر، الطبعة الأولى

5-أحمد هناء شويخ (2012): **علم النفس الصحي**، إيتراكلنشر و التوزيع، مصر، الطبعة الأولى.

6-ألفت حسين كحلة(2012):**علم النفس العصبي**،مكتبة الأنجلو المصرية،مصر،الطبعة الثانية.

7-الأنصاري بدر محمد(1997): **الشخصية من المنظور النفسي**، دار الكتاب الجامعي، الكويت، الطبعة الأولى.

8-الأنصاري بدر محمد(2002): **المرجع في مقياس الشخصية و التقنين على المجتمع الكويتي**، دار الكتاب الحديث، الكويت.

9-بقيون سمير(2013): **الأمراض العصبية**، دار اليازوري، الأردن، الطبعة الأولى.

10-بلقاسم أحسن حورية جاب الله: **العوامل المعرفية في تفسير الآلام المزمنة منظور علم النفس المعرفي**، أطروحة دكتورة غير منشورة في علم النفس العيادي، الجزائر.

11-بول.ج. ليندازاي(2000): **مرجع في علم النفس الاكلينكي للراشدين**، ترجمة صفوتفرج، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر، الطبعة الأولى.

12-جبل فوزي محمد(2000):**الصحة النفسية و سيكولوجية الشخصية**.المكتبة الجامعية، الإسكندرية.

13-جناورو زيدان محمد(2011): **الضغوط النفسية و علاقتها بالعوامل الخمسة الكبرىللشخصية لدى طلبة الجامعة في سوريا و الجزائر**(دراسة مقارنة)، مذكرة ماجستير إرشاد و صحة نفسية غير منشورة، جامعة الجزائر 2

14-الجيلاني حسن(2007): **أسس البحث العلمي**، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر

15-حمادي حنان(2006): **معتقدات الكفاية العامة و الأكاديمية و إتجاه الضبط و علاقتهما بالتحصيل الدراسي في ضوء المتغيرات الديموغراقية و الأكاديمية لدى عينة من طلاب و طالبات جامعة أم القرى**، رسالة ماجستير غير منشورة

16-خير الزراد فيصل(2009): **الأمراض النفسيةجسدية أمراض العصر**، دار النفائس، لبنان، الطبعة الثانية.

17-الدباغ محمد فخري(1983):**أصول الطب النفسي**، دار الطليعة، بيروت، لبنان، الطبعة الثالثة.

18-دوادير عبد الفتاح محمد(2010)،**علم النفس الفسيولوجي**، دار المعرفة، مصر، الطبعة الأولى.

19-ذياب حنان(2009): **المساندة الإجتماعية و علاقتها بجودة الحياة**، رسالة ماجستير غير منشورة ،جامعة الزقازيق

20-ذيب إيمان عبد الكريم(2012):**التفكير الوجداني و علاقته بسمات الشخصية و فقالعوامل الخمسة الكبرى لشخصية لدى طلبة الجامعة**، العدد 201، الجامعة العراقية.

21-رشادعلي و عبد العزيز موسى(1998): **سيكولوجية الفروق بين الجنسيندراسات في علم النفسالإجتماعي**، مؤسسة مختار للنشر، القاهرة.

22-ريتشاد لازاروس ترجمة سيد محمد غنيم، مراجعة محمد عثمان نجاتي (1989)**الشخصية**، دار الشروق، بيروت، الطبعة الثانية

23-زعطوط رمضان (2005):**علاقة الإتجاه نحو السلوك الصحي ببعض المتغيرات النفسية الإجتماعية لدى المرضى المزمنين بورقلة**، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة قاصدي مرباح، الجزائر.

24-زناد دليلة(2013): **علم النفس الصحي**، دار الخلدونية، الجزائر

25-السليم هيلة عبد الله (2006): **التفاؤل و التشاؤم و علاقتها بالعوامل الخمسة الكبرى لشخصية لدى طلبة الجامعة**، رسالة ماجستير السعودية.

**المراجع الأجنبية**

60-BRUCHON.SHWETIZERETROBERTDANTZER(1994) :**introduction à lapsychologie de la santé**, dound paris.

61-BRUCHON.SHWETIZER,(2002) :**psychologie de la santé,modaéles,concepts et methodes**, dound paris .

62-D.RAZAVI ET N. DEHVAUX. (2002) **: interventions psycho- oncologique, laprise en charge du patient cancereux**, 2 eme édition, Masson paris.

63-D.RAZAVI ET N. DEHVAUX.(2002) : **psycho – encologe le cancer , le malade et sa famille,** 2 eme édition, Masson paris.

64-**DICTIONARE DE MEDCINE**.(1978) : 1éditione, marabo.

65-GUSTAVE NICOLAS FICHER, CYRIL TARQUINIO.(2014) **: les conceptsfondamentaux de la psychologie de la santé**,2 édition, dunod paris .66-J.CAMBIER,M.MASSON,H.DEHEN.(2004) :**nerologie**,11édition,masson paris.

67-MAURICE ,PORTO. **Psycologie des maladiesmanuel alphabétiqueclinique**, masson paris.

68-ROGER, GBYS. (1989):**pervnir les maladies de sein**,quebec.

69-salamagne ,M.H.(1994) :**la douleur cancereuse et son traitement, aproche globale et soins palliatifs**, éd frisonnoche, paris .