

استراتيجيات المواجهة والمساندة النفسية الاجتماعية في علاقتها ببعض الاختلالات النفسية لدى مرضى الأورام السرطانية

أ.د. هناء شويخ
جامعة الوادي مصر

مقدمة:

لقد أصبح مرض الأورام السرطانية⁽¹⁾ اليوم من المشكلات الصحية الخطيرة التي تواجه الإنسان، بحيث أصبحت كلمة "السرطان" ذاتها مصدراً للقلق والخوف عند كثير منّا، نظراً للنهاية المتوقعة للمصاب بهذا المرض.

ونتيجة لذلك، فقد استأثر هذا المرض باهتمام كثير من المؤسسات الطبية والنفسية، وأصبح يمثل موضوعاً بارزاً للدراسة داخل فرع علم النفس الطبي، الذي يركز على دراسة المتغيرات النفسية المرتبطة بالأمراض العضوية. ويتضح كذلك هذا الاهتمام من خلال تشجيع الجمعية الأمريكية للسرطان الباحثين على القيام بالأبحاث وتطبيقها في نطاق مرض الأورام السرطانية، وذلك لسببين رئيسيين:

1. لاكتشاف المتغيرات النفسية التي لها دور مهم سواء للوقاية من المرض، أم للتحكم فيه والسيطرة عليه، أم للتوافق معه.

2. ولتدريب المختصين بتقديم الخدمة العلاجية للمرضى على هذه المتغيرات النفسية، مما يساعدهم على تقديم الخدمة الصحية بشكل أفضل، وبالتالي ينعكس ذلك على تحسن صحة المرضى الجسمية والنفسية (Redd, 1995,p.99).

وتأتي الدراسة الراهنة كواحدة من الدراسات التي تدعم اتجاه الاهتمام بهذا المرض، ومن ثم فهي تتبنى مجموعة من الأهداف تدخل جميعها في إطار واحد هو خفض الخبرة بالمشقة النفسية لدى مرضى الأورام السرطانية. وتتحدد هذه الأهداف فيما يأتي:

■ الكشف عن نوعية استراتيجيات المواجهة⁽¹⁾ التي يتبناها مرضى الأورام السرطانية للتخفيف من المشقة النفسية الناجمة عن الإصابة بالمرض، وعن الطبيعة المزمّنة له.

(1) Cancer

- تقييم دور المساندة الاجتماعية⁽²⁾ في خفض شدة المعاناة من المرض.
- تقدير حجم التأثير الإيجابي لكل من استراتيجيات المواجهة والمساندة الاجتماعية على عدد من المتغيرات النفسية هي: المشقة النفسية، والميل للتشاؤم، والعجز المكتسب، وقلق الموت.

وهذا يعنى أننا سنوزع اهتمامنا البحثي بين اثنين من المتغيرات الرئيسة لدى مرضى الأورام السرطانية أحدهما هو استراتيجيات المواجهة والآخر هو المساندة الاجتماعية. ومما حثنا على التركيز على هذين المتغيرين تحديداً، الدلالة التطبيقية لكل منهما في مجال تدابير المواجهة لواحد من أكثر الأمراض امتناعاً على العلاج. فعن المفهوم الأول . استراتيجيات المواجهة. نجد أنه يكتسب أهمية تطبيقية وعملية كبيرة في مجال الأمراض المزمنة ومجال الرعاية الصحية؛ حيث أشارت دراسات متعددة إلى شيوع الاضطرابات النفسية بين مرضى الأورام السرطانية ، كما كشفت أيضاً عن استهدافهم للاضطرابات النفسية بمجرد تشخيصهم بهذا المرض . من ناحية أخرى نبه بعض الباحثين إلى الدور المهم لاستراتيجيات المواجهة كمتغير معدل للعلاقة بين التشخيص بمرض مزمن واحتمالات الإصابة بالاضطرابات النفسية (Endler & Parker,1990,p.844). وحدة التغيرات في أسلوب الحياة الناتجة عن الإصابة (Kyngas et al., 2001, p.6). والقدرة على التوافق مع الأنماط المتعددة للعلاجات التي يخضع لها المرضى (Martelli, Auerbach, Alexander & Mercuri,1987,p.201). ومن هنا بدت المعاناة المزمنة من مرض الأورام السرطانية بمثابة مصدر رئيس للمشقة النفسية، التي تحتاج لنوع ما من استراتيجيات المواجهة للتخفيف من وطأة هذا المرض.

كذلك تتمثل أهمية دراسة هذا الموضوع فيما يواجهه المهنيون في مجال الرعاية الصحية من مشكلات؛ خاصة تلك التي تتعلق بالمصابين بأمراض مزمنة والذين لا يستجيبون للتدخلات الطبية طويلة المدى، وبالتالي يصبح المرض غير مستجيب لوسائل العلاج ومع مقاومة المرض للعلاج يصبح المرضى يائسين من الشفاء(لنيدزاي وبول: 2000 ، ص 739 : مترجم). ومن هنا يتضح دور استراتيجيات المواجهة التي

(2) Coping Strategies

(3) Social Support

يستخدمها المرضى بأنفسهم لتعنيهم على مواجهة الأعراض المرضية التي عجزت أمامها التدخلات الطبية.

وهذا ما أكده "دروبكين" وآخرين (Dropkin & Corln, 2001, p.143) من أن لاستراتيجيات المواجهة دوراً بارزاً في التخفيف من حدة الأعراض الجانبية للعلاج الجراحي لدي مرضى أورام العنق والرأس.

أما ما دفعنا لدراسة متغير المساندة الاجتماعية، هو ما أوضحتها الدراسات السابقة من أهمية هذا المتغير في مجال الأمراض العضوية ، فذكر "سارافينو" Sarafino (1994) أن المساندة الاجتماعية تتعلق بمدى اعتقاد الفرد بأن البيئة المحيطة به من أشخاص ومؤسسات ما هي إلا مصادر للدعم الفعال، فهي عملية تقويمية لمدى إدراك الفرد لعمق وكفاية علاقاته مع الآخرين، فكلما أقر الفرد بكفاية هذه العلاقات ازداد الدور الفعال للمساندة الاجتماعية على الصحة؛ ومن ثم فإن هذا المتغير له دورين مهمين، الأول هو: الدور المباشر ويظهر من خلال المساندة الاجتماعية التي تقدم للفرد ويدركها على نحو واقعي بصورة مباشرة. والثاني هو: الدور غير المباشر ويظهر من خلال تنميتها ودعمها للأدوار الإيجابية للمتغيرات النفسية الأخرى (كالصلابة النفسية، والتفاؤل، وتقدير الذات) للتخفيف من شدة وقع الأحداث الشاقة على الفرد. فالعلاقة . بين الفرد والآخرين . التي يسودها الحب والتقدير والاهتمام، ترفع من تقدير الفرد لذاته، وهما عاملان يقيان الفرد ويساعدانه على مقاومة المشقة، ويخففان الآثار المترتبة على التعرض لها. أما إدراك الفرد لعدم وجود مساندة اجتماعية فيشعره بالعجز عن المقاومة؛ ومن ثم يبدأ ظهور الخصال المزاجية المرضية كالاكتئاب.

(جيهان أحمد حمزة، 2002 ، ص 11).

ويرجع اهتمامنا بإجراء الدراسة على مرضى الأورام السرطانية بوجه خاص إلى ظهور مؤشرات دالة على تزايد معدلات انتشار المرض في أنحاء متفرقة من العالم سواء من المجتمعات المتقدمة أو النامية. فعلي المستوى العالمي، تبين أن هناك زيادة مطردة في أعداد المرضى المشخصين بالسرطان عبر السنوات، ففي سنة 1920 تم تشخيص ما يقرب من مليون فرد بمرض السرطان، وفي سنة 1930 ارتفعت النسبة المئوية لتصل إلى 20٪، وفي سنة 1960 بلغت 33٪، وفي السنوات الأخيرة بلغت نسبة الإصابة بالمرض 40٪ (Kaplan et al.,1993). أما علي المستوى المحلي فقد

تبين أن هناك ارتفاعاً في معدلات الإصابة بالمرض في مصر، فقد أشارت إحصاءات معهد السرطان التابع لجامعة القاهرة إلى أن أعداد مرضي الأورام السرطانية تزايدت منذ عام 1970 وحتى عام 1985 حيث بلغت حوالي اثنين وثلاثين ألفاً وثلاث مائة وخمسة مريضا (32305) (وسام العثمان، 1995، ص 207). ووصل عدد المرضى في عام 2001 فقط حوالي ألفاً ومائتين وست وثمانين مريضاً (1286)، أي بنسبة انتشار تصل إلى 12.2% بين مرضى الأورام الأخرى. (إحصاء معهد الأورام التابع لجامعة القاهرة، 2001).

ومن هنا يتضح أننا أمام شريحة كبيرة من مرضى السرطان تستحق الاهتمام والرعاية من قبل الدارسين في كافة المجالات النفسية والاجتماعية والطبية. من كل ما سبق يتبين لنا أهمية هذا الموضوع بشكل عام، ودراسة هذه الفئة المرضية بشكل خاص، بهدف المساهمة في رفع كفاءة بعض الخدمات النفسية المتخصصة التي تقدم لهم على أسس علمية صحيحة، وغنى عن التوضيح أنه بازدياد نسبة المرضى وازدياد طول فترة المرض والعلاج، تظهر أنماطاً متعددة من المشكلات النفسية التي تستوجب دراستها، من أجل أن يكون إعداد البرامج والخدمات الإرشادية والعلاجية والتأهيلية، التي تلاءم هذه الفئة المرضية مستندا إلى أسس علمية سليمة.

ومن خلال ما سبق ستحاول الدراسة الراهنة الإجابة عن التساؤلات التالية:

1. هل توجد فروق دالة إحصائية بين مجموعة المرضى ومجموعة الأصحاء في استراتيجيات المواجهة، وفي أنماط المساندة الاجتماعية؟
2. وهل تتباين شدة الاختلالات النفسية (الميل للتشاؤم والعجز المكتسب وقلق الموت) بتباين توظيف المرضى والأصحاء لكل من المواجهة الكلية والمساندة الكلية؟

مفاهيم الدراسة الراهنة:

أولاً: مفهوم المواجهة:

يعتبر مفهوم المواجهة من المفاهيم ذات الأصول القديمة، والذي اهتم به كلٌّ من الفلاسفة والفنانين منذ آلاف السنين، فقد اهتم "أفلاطون" Plato . من خلال أعماله . بتقديم شرح للطرق أو للاستراتيجيات التي ينتهجها الأفراد للتعامل مع الأوقات والظروف العصيبة التي تمر في حياتهم، كذلك قدم "وليم شكسبير"

W.Shakespear، وصفاً لاستجابات الأفراد للمواقف الضاغطة كالفقدان، والصراع، والأزمات، وغيرهم من المواقف الشاقة. وعلى الرغم من الاهتمام القديم بالمفهوم، فإن الاهتمام العلمي بهذا المفهوم يعد حديثاً نسبياً، ويتضح ذلك من خلال الاختصاصي النفسي "تيلر" Tyler (1970) الذي اهتم بوصف كيفية مواجهة الأفراد لمثيرات المشقة سواء أكانت داخلية أم خارجية (Pargament, 1997, pp.71-72). ومنذ ذلك التاريخ توالى الدراسات العلمية لمفهوم المواجهة باستخدام تصورات نظرية متعددة وطرق منهجية راسخة، وأدى تعدد التصورات النظرية إلى تعدد زوايا النظر لهذا المفهوم. وعلى ذلك سوف نعرض في هذا الفصل لمجموعة من القضايا أهمها الآتي:

✍️ التعريفات المتنوعة لمفهوم المواجهة.

✍️ الملامح المميزة له.

✍️ تعريفات المواجهة

تنوعت التعريفات النفسية لمفهوم المواجهة بتنوع زوايا النظر له. ورغم تعدد هذه التعريفات، نجدها تدور حول محور أساسي، وهو أن مفهوم المواجهة في الغالب يصف عملية التخلص من مصدر المشقة أو تخفيف وتقليل المشقة التي يواجهها الفرد بكل أنواعها. ومن هذه التعريفات نجد تعريف "لويس" Lois (1962) بأن مفهوم المواجهة هو "الاستراتيجيات التي يتبناها الفرد لمعالجة التهديد" (Lazarus, 1966, p.151).

وبالمثل نجد "الدوين" وآخرين (Aldwin & Revenson, 1987, p.337) يشير إلى مفهوم المواجهة بأنه "الاستراتيجيات المستخدمة لمعالجة المشكلات الفعلية أو المتوقعة، وما ينتج عنها من انفعالات سلبية".

كذلك عرف "تيلور" وآخرون (1993) مفهوم المواجهة بأنه "الأساليب التي يستجيب بها الفرد للأحداث المثيرة للمشقة" (Taylor & Aspinwall, 1993, p.511). ويرى كل من "سكولر" Schooler و"بيرلين" Pearlin (1978) مفهوم المواجهة بأنه "أي استجابة يقوم بها الفرد في مواجهة مواقف الحياة الخارجية، وذلك لتجنب المشقة النفسية أو لمنعها أو التحكم فيها". وبالمثل يعرف المواجهة بأنه "كل الاستجابات التي يبذلها الفرد لمواجهة النواتج الضارة، وتشتمل هذه الاستجابات على جوانب معرفية ووجدانية وسلوكية" (Through: Pargament, 1997, p.85).

بينما يُعرفه "سولس" Suls وآخرين (1993) بأنه "أنماط الاستجابات التي يقوم بها الفرد، سواء أكانت مضمرة أم ظاهرة، لمنع أو لتخفيف ظروف المشقة" (Suls & David, 1996). وأخيراً ، يعرف مفهوم المواجهة بأنه "الطرق المتعددة التي تمثل استجابات الفرد للتصدى لموقف المشقة، وهذه الاستجابات إما أن تكون محاولات للتخلص من المطالب الخاصة بموقف المشقة أو تكون محاولات للتخفيف من المشاعر السلبية الناتجة عن موقف المشقة" (Kazdin, 2000, v.2, p.300).

الملاح المميّزة لمفهوم المواجهة :

ومن استعراض هذه التعريفات السابقة لمفهوم المواجهة، يمكن استخلاص أهم المعالم المهمة التي تحدد السلوك الذي نعتبره إستراتيجية للمواجهة، على النحو الآتي:

1. أن استراتيجيات المواجهة يتبناها الفرد ذاته.
2. وتتميز استراتيجيات المواجهة بالوعي من قبل الفرد، أي يستخدمها الفرد وهو واعي ومدرك لأهميتها.
3. وتتميز بأنها سلوك مقصود وموجه غالباً لتحقيق عدد من الأهداف، والتي تؤدي في النهاية إلى خفض شدة المعاناة لدى المريض، والقيام بواجباته ووظائفه في البيئة بشكل فعال، أي كما كان قبل تعرضه لمصدر المشقة.
4. وتخضع هذه الاستراتيجيات للتحكم من قبل الفرد، أي أنها قابلة للتغيير والتعديل.
5. وتنشأ المشقة عن التباين بين مصادر الفرد والمطالب المدركة سواء الداخلية أم الخارجية.
6. وتسعى هذه الاستراتيجيات إما إلى حل المشكلة على نحو مباشر، من خلال التخلص من المشقة بشكل نهائي، أو على نحو غير مباشر من خلال التحكم في الانفعالات الناتجة عن مصدر التهديد.
7. وقد تكون هذه الاستراتيجيات مضمرة (كالتفكير الإيجابي في المشكلة) أو ظاهرة (كالبعد عن مصدر التهديد).
8. والتنوع في طرز الاستراتيجيات، فقد تكون ذات طابع معرفي كاستراتيجيات التخطيط ، أو ذات طابع سلوكي كاستراتيجيات التحول السلوكي، أو ذات طابع

انفعالي كاستراتيجيات تفريغ (إخراج) المشاعر، أو ذات طابع اجتماعي كاستراتيجيات طلب المساندة الاجتماعية.

(Brehm, Kassin & Fein, 1999, p.519).

وتستخلص الدراسة الراهنة تعريفاً لمصطلح المواجهة بأنه "عملية تنطوي على الاستراتيجيات المتعددة التي توجه استجابات الفرد للتصدى لموقف المشقة المدرك، وهذه الاستجابات إما أن تكون في اتجاه الوفاء ببعض المطالب المدركة الخاصة بموقف المشقة أو في اتجاه التخفيف من المشاعر السلبية الناتجة عن موقف المشقة".

ثانياً: مفهوم المساندة:

وتعرف بأنها "إدراك الفرد لوجود أشخاص مقربين له، يثق فيهم، ويهتمون به في أوقات الأزمات، يمدونه بأنماط المساندة المتعددة، سواء في صورة حب وعطف، أم في صورة تقدير واحترام، أم في صورة مساعدة مادية، أم في صورة علاقات حميمة مع الآخرين، أم كلهم معاً". وتصنف المساندة إلى أنماط بحسب الوظيفة التي يقوم بها كل منها، وقد اتفق الباحثون على أن هناك على الأقل خمس فئات للمساندة الاجتماعية، هي:

1. المساندة الوجدانية Emotional Support:

ويقصد بها مشاعر المودة، والصدقة، والرعاية، والاهتمام والحب، والثقة في الآخرين، والإحساس بالراحة والانتماء، فالفرد يعاني في أوقات المشقة من انفعالات معينة، أو يمر بخبرة اكتئاب، أو حزن، أو قلق، أو فقدان تقدير الذات، ومن خلال هذه المساندة الوجدانية المقدمة له من قبل الآخرين يعمل على إعادة تقدير الذات، أو التقليل من مشاعر عدم الكفاءة الشخصية عن طريق إحاطة الفرد بأن له قيمة وأنه محبوب.

2. المساندة الأدائية Instrumental Support:

وتشمل المساعدة المادية أو المالية، مثل القيام بإقراض الفرد مبلغاً من المال، أو دفع الفواتير، أو المساعدة في الأعباء المنزلية، أو مساعدته للقيام ببعض الأعمال البسيطة.

3. المساعدة المعلوماتية Informational Support:

ويقصد بها التزويد بالنصيحة، والإرشاد أو المعلومات المناسبة للموقف بغرض مساعدة الفرد في فهم موقفه أو المواجهة مع مشاكل البيئة أو مشاكله الشخصية، وأيضا تزوده بالإرجاع المناسبة لما ينبغي أن يقوم به لمواجهة المشكلة.

4. المساعدة التقديرية Esteem Support:

وهي تمد الفرد بالعائد أو بالتعبيرات الإيجابية والمعلومات المناسبة لعملية التقييم الذاتي من خلال عملية المقارنة الاجتماعية، ويسمى هذا النمط من المساعدة أيضا بالمساندة التقييمية، حيث تساعد الفرد على بناء مشاعره الخاصة بتقييم ذاته وتكاملها، وتبرز أهمية هذا النوع من المساعدة في مرحلة إدراك المشقة.

5. المساعدة الاجتماعية Networks Support:

ويقصد بها الاندماج مع الآخرين في نشاطات وقت الفراغ، وكذلك تمد الفرد بالمشاعر اللازمة له ليشعر بأنه عضو في جماعة تشاركه اهتماماته ونشاطاته الاجتماعية.

(Falke et al., 1994; Helgeson et al., 1996)

ثانياً: مفهوم العجز المكتسب **Learned Helplessness**. ويعرف بأنه "حالة نفسية تصيب الفرد نتيجة تكرار تعرضه لأحداث مشقة تتسم بفقدان القابلية للتحكم فيها من قبل الفرد". ويعتبر مفهوم "العجز" أو "عدم التحكم" هو حجر الأساس في فهم مفهوم العجز المكتسب.

ثالثاً: مفهوم قلق الموت **Death Anxiety**، "مفهوم مضمونه يشير إلى حالة انفعالية مكدره، ومشاعر شك وعجز وخوف تتركز حول موضوعات متصلة بالموت والاحتضار لدى الشخص المصاب بالأورام السرطانية".

رابعاً: مفهوم التشاؤم **Pessimism**، ويشير إلى "الميل للتوقع السلبي للأحداث القادمة، ولتوقع العجز عن المواجهة الفعال، على نحو يجعل الفرد يوصف بالغم والكآبة، كما يجعله أكثر ميلا لتوقع الفشل في المستقبل، ويجعله ينتظر حدوث الأسوأ، ويتوقع الشر والفشل وخيبة الأمل".

المنهج والإجراءات:

استخدمت الدراسة الراهنة المنهج الوصفي المقارن، وهو ما اقتضته طبيعة المتغيرات المستقلة بها، التي لا تقبل المعالجة التحكمية. من ناحية أخرى اقتضت

طبيعة المتغيرات الدخيلة أن يعتمد ضبطها على طريقة التناظر التقريبي بين مجموعات الدراسة. وفيما يتصل بمكونات هذا المنهج المقترح ، نعرض لها على النحو التالي:

أولاً: التصميم البحثي ومتغيرات الدراسة:

اعتمدت الإجابة عن تساؤلات الدراسة الراهنة على التصميم العاملي بين المجموعات وداخلها 2 x 2 x 2، وتمثلت متغيراته المستقلة في: الحالة الصحية، واستراتيجيات المواجهة، وأنماط المساندة الاجتماعية، أما متغيراته التابعة فهي أداء أفراد الدراسة على البطارية النفسية المكونة من مجموعة استخبارات لقياس الميل للتشاؤم، والعجز المكتسب، وقلق الموت.

ثانياً: إجراءات الدراسة:

تحددت إجراءات الدراسة بما تشمله من وصف للعينات، وإعداد الأدوات على النحو التالي:

(1) العينة ومواصفاتها

اشتملت عينة الدراسة على مجموعة تجريبية من مرضى الأورام السرطانية، قوامها (40) مريضاً بالأورام السرطانية، منهم، (25) من الذكور و(15) من الإناث. بمتوسط عمر قدره (52.5 ± 6.3) . وقد سحبت العينة من خمسة أماكن مختلفة، هي: مستشفى قصر العيني القديم، ومعهد الأورام التابعان لجامعة القاهرة، ومستشفى عين شمس الجامعي (الدمرداش) التابع لكلية الطب بجامعة عين شمس، ومستشفى التأمين الصحي بالهرم، ومستشفى الهرم التخصصي. وروعي في انتقاء هؤلاء المرضى الشرطان العياديان الآتيان:

أ- أن ينطبق عليهم محكات تشخيص الإصابة بمرض الأورام السرطانية بشرط أن يقوم بتشخيصها وتحويلها طبيب متخصص في تشخيص وعلاج الأورام السرطانية.
ب- وأن يكونوا من بين المرضى الذين يترددون على العيادات الخارجية بمعاهد أو وحدات الأورام الجامعية، حتى تسمح حالتهم بالفحص وتطبيق الاختبارات النفسية.

أما المجموعة الضابطة، فشملت (50) من الأصحاء، منهم، (25) من الذكور و(25) من الإناث، تراوحت أعمارهم بين 40 – 62 سنة، وتباين المستوى التعليمي لهم فيما بين من لا يقرأ ولا يكتب حتى مستوى التعليم الجامعي. ولتبيّن مدى تكافؤ مجموعتي الدراسة على متغيرات الاختبار والاختيار، فقد تم حساب قيمة "ت" لدلالة الفروق بين المجموعتين في البيانات الديموجرافية المتصلة، وحساب قيمة "كا²" لدلالة الفروق بين المجموعتين للبيانات المنفصلة، وهذا ما يوضحه الجدولان التاليان:

جدول (1)

التكافؤ بين المجموعتين في البيانات الديموجرافية المتصلة

المتغيرات الديموجرافية	المجموعة التجريبية (ن = 40)		المجموعة الضابطة (ن = 50)		قيمة "ت"	مستوى الدلالة
	ع	م	ع	م		
العمر	6.3	52.5	8.1	50.3	1.406	غير دال
مستوى الذكاء	1.7	9.3	1.6	9.4	0.419-	غير دال

جدول (2)

التكافؤ بين المجموعتين في البيانات المنفصلة

البيانات الديموجرافية	كا ²	مستوى الدلالة
المستوى التعليمي	0.948	غير دال
الإقامة	1.11	غير دال

ويتضح لنا من الجدولين السابقين أن هناك تكافؤاً إلى حد كبير بين مجموعة المرضى ومجموعة الأصحاء في المتغيرات التي قد تتدخل في تشكيل الأداء على الاختبارات النفسية.

(2) أدوات الدراسة

تكونت أدوات الدراسة الراهنة من بطارية من الاستخبارات النفسية، قامت الباحثة بتكوينها، واشتملت على المقاييس الآتية :

[1] مقياس استراتيجيات المواجهة

اشتمل مقياس استراتيجيات المواجهة على عشرة مقاييس فرعية، نعرض لها على النحو التالي:

1. مقياس المواجهة المباشرة: ويتكون هذا المقياس الفرعي من تسعة (9) بنود، تكشف عن عملية اتخاذ الخطوات الإيجابية التي يتخذها الفرد لمحاولة تغيير مصدر المشقة، أو على الأقل تحسين نواتجه، وتتميز هذه الإستراتيجية بالتوجه المباشر للحدث ، وبالمجهودات المبذولة من قبل الفرد لتغيير الموقف، كأن يحارب الفرد من أجل ما يريد.
2. مقياس التخطيط: ويتكون هذا المقياس الفرعي من تسعة (9) بنود، يكشف سعى الفرد إلى بذل جهد عمدي وقصدي لحل المشكلة، من خلال التفكير في كيفية المواجهة مع الحدث، مثل عمل خطة لمواجهة المشكلة ونواتجها.
3. مقياس التنمية الذاتية: ويتكون من تسعة (9) بنود، تعكس مدى سعى الفرد لتقوية جوانب الضعف لديه في مواجهة المشقة.
4. مقياس التجنب: ويتكون من تسعة (9) بنود، تسأل عن سعى الفرد نحو فصل أو عزل نفسه عن موقف المشقة، كمحاولته التفكير في أشياء أخرى غير المشكلة التي تعد مصدراً للمشقة.
5. مقياس الإفصاح: ويتكون من تسعة (9) بنود، تعكس محاولات الفرد للتعبير عما بداخله للمحيطين به دون تردد أو خوف.
6. مقياس الإدراك الإيجابي: ويتكون من تسعة (9) بنود، وتمثل هذه الإستراتيجية المجهودات الخاصة بالفرد لمحاولة إيجاد معنى إيجابي للخبرة المثيرة للمشقة، والتي يتعرض لها الفرد في حياته.
7. مقياس التقبل: ويتكون من تسعة (9) بنود، وهي تبرز مدى قبول الفرد للموقف والتوافق معه كما هو دون محاولة تغييره، أي قبول الموقف كحقيقة لا مفر منها.
8. مقياس كظم الغيظ: ويتكون من تسعة (9) بنود، وتقيس سعى الفرد لإخفاء ما يشعر به من آلام وانفعالات ومشاعر داخله، حتى لا يشعر بها المحيطون به.
9. مقياس التوجه للدين: ويتكون من تسعة (9) بنود، تقيس مدى توجه الفرد للدين سعياً للحصول على الأمن والطمأنينة من خلال علاقة الفرد بربه، كأن يكتف الفرد من السلوك الديني كقراءة القرآن والقراءة في الدين وأداء الفرائض محاولاً بذلك توفير الأمن النفسي لذاته.

10. مقياس الإنكار: ويتكون من تسعة (9) بنود، وهو يكشف عن مدى إنكار الفرد ورفضه لما يواجهه من مشقة نفسية.

حساب الدرجات الفرعية والكلية تتمثل درجة المشارك على كل مقياس من المقاييس الفرعية في حاصل جمع درجاته على مقياس الشدة الثلاثي. ولحساب درجة المواجهة الكلية، يتم جمع درجات المقاييس الفرعية.

[2] استخبار المساندة الاجتماعية

استخدم لقياس المساندة استخبار مكون من خمسين (50) بنداً، تغطي بنوده خمسة أنماط من المساندة، هي:

1. المساندة الاجتماعية. ويحتوي هذا النمط على عشرة (10) بنود، وتمثل صور اندماج الفرد مع الآخرين في نشاطات وقت الفراغ، وكذلك إمداده بالمشاعر اللازمة ليشعر بأنه عضو في جماعة تشاركه اهتماماته ونشاطاته الاجتماعية.
2. والمساندة الوجدانية. وتحتوي على عشرة (10) بنود، وتعكس المودة، والصداقة، والرعاية، والاهتمام والحب، والثقة في الآخرين، والإحساس بالراحة والانتماء، التي يحصل عليها الفرد في أوقات المشقة.
3. والمساندة الأدائية. وتشمل عشرة (10) بنود، لتمثل المساعدة المادية أو المالية. مثل القيام بإقراض الفرد مبلغاً من المال، أو دفع الفواتير، أو المساعدة في الأعباء المنزلية، أو مساعدته في القيام ببعض الأعمال البسيطة.
4. والمساندة المعلوماتية. وتشمل عشرة (10) بنود، لتمثل حصول الفرد على النصيحة، والإرشاد أو المعلومات المناسبة للموقف بغرض مساعدة الفرد في فهم موقفه أو المواجهة مع مشاكل مرضه أو مشاكله الشخصية.
5. والمساندة التقديرية. وتحتوي على عشرة (10) بنود، لتعكس إمداد الفرد بمردود أو بتعبيرات إيجابية أو بمعلومات مناسبة لعمل تقييم ذاتي.
6. وتتطلب الإجابة عن هذا الاستخبار أن يحدد الفرد درجة انطباق كل بند عليه باستخدام مقياس شدة يتراوح بين (واحد) و(ثلاث) درجات.

[3] قائمة قلق الموت

تم تصميم هذه القائمة بهدف الحصول على تقدير كمي لقلق الموت، واشتمل المقياس على واحد وثلاثين (31) بنداً، تعكس شعور الفرد تجاه الموت، وتتطلب

الإجابة عن هذه القائمة أن يحدد الفرد درجة انطباق كل بند عليه باستخدام مقياس الشدة، والذي يتراوح بين (واحد) و(ثلاث) درجات.

[4] استخبار العجز المكتسب

ويتكون هذا الاستخبار من تسعة وثلاثين (39) بنداً، تكشف عن مدى إدراك الفرد ووعيه بعجزه عند قيامه بواجباته المتوقعة منه، كما يكشف عن مدى شعوره بكونه يتعرض لأحداث لا يستطيع التحكم فيها. وتتطلب الإجابة عن بنود هذا الاستخبار أن يحدد الفرد درجة انطباق كل بند عليه باستخدام مقياس للشدة يتراوح بين (واحد) و(ثلاث) درجات.

[5] قائمة التشاؤم

وتتكون هذه القائمة من أربعة وثلاثين (34) بنداً، تعكس مدى شعور المريض بالتشاؤم أو باليأس من تحسن الأمور والأوضاع من حوله بسبب ما لديه من مرض، وتتطلب الإجابة عن بنود هذه القائمة أن يحدد الفرد درجة انطباق كل بند عليه باستخدام مقياس شدة يتراوح بين (واحد) و(ثلاث) درجات.

[6] اختبار المفردات (من مقياس وكسلر لذكاء الراشدين)

ويتكون هذا المقياس من اثنين وأربعين (42) مفردة، بحيث يطلب من المشارك تعريف مفردات مختلفة تتدرج في الصعوبة، ويواصل الفرد تعريفها إلى أن يفشل في تعريف خمس مفردات متتالية، حيث تعطى الدرجة صفر لكل منها، وعندئذ يوقف الاختبار. ومن الضروري تسجيل إجابات المفحوص حرفياً.

تقدير الكفاءة القياسية للأدوات

وصف عينة التقنين

اشتملت عينة التقنين على مجموعتين، المجموعة التجريبية، وتكونت من (30) مريضاً بالأورام السرطانية (19 من الذكور و11 من الإناث)، وتراوحت أعمارهم بين 40 . 63 سنة، وتباين المستوى التعليمي لهم فيما بين من لا يقرأ ولا يكتب وحتى حاصل على دبلوم فتي ثانوي. كما تراوحت فترة الإصابة بالمرض بين 3 – 84 شهراً، وتم الحصول على تلك الحالات من عدة مستشفيات هي: مستشفى قصر العيني القديم، ومعهد الأورام التابعان لجامعة القاهرة، ومستشفى عين شمس، ومستشفى التأمين الصحي بالهرم. أما المجموعة الضابطة، فشملت (30) من الأصحاء (19 من

الذكور، و11 من الإناث)، تراوحت أعمارهم بين 40 – 63 سنة، وتباين المستوى التعليمي لهم فيما بين من لا يقرأ ولا يكتب وحتى حاصل على دبلوم الثانوي الفني. ولتبيّن مدى تكافؤ مجموعتي الدراسة على متغيرات الاختبار والاختيار. فقد تم حساب قيمة "ت" لدلالة الفروق بين المجموعتين في البيانات الديموجرافية المتصلة، وحساب قيمة "كا²" لدلالة الفروق بين المجموعتين للبيانات المنفصلة، وهذا ما يوضحه الجدولان التاليان:

جدول (3)

التكافؤ بين المجموعتين في البيانات الديموجرافية المتصلة

المتغيرات الديموجرافية	المجموعة التجريبية (ن = 30)		المجموعة الضابطة (ن = 30)		قيمة "ت"	مستوى الدلالة
	ع	م	ع	م		
العمر	6.5	52.3	6.4	50.6	1.02	0.31
مستوى الذكاء	1.6	9.03	1.7	9.6	1.47-	0.15

جدول (4)

التكافؤ بين المجموعتين في البيانات المنفصلة

البيانات الديموجرافية	كا ²	مستوى الدلالة
المستوى التعليمي	1.53	0.13
الإقامة	0.28	0.78

ويتضح لنا من الجدولين السابقين أن هناك تكافؤاً إلى حد كبير بين مجموعة المرضى ومجموعة الأصحاء في المتغيرات التي قد تتدخل في تشكيل الأداء على الاختبارات النفسية.

إجراءات التقنين

صدق الأدوات:

وفيما يلي نعرض لنتائج هذه الإجراءات:

إذا بدأنا بصدق المضمون، إن تقدير مدى التطابق بين فقرات الاختبار والمجال الذي يقيسه لا يلزم فيه أن يعتمد تقدير هذا النمط من الصدق على مؤشر إحصائي أو على تقديرات كمية محددة ، بل يمكن أن يؤسس على أحكام منطقية

فقط تستمد من المتخصصين في المجال النفسي (Kline,1993)، ولذا فقد قمنا بالاستعانة بعدد من المحكمين للحكم على مدى تمثيل البنود للمجال السلوكي محل الاهتمام. ولقد أقر المتخصصون بكفاءة الاختبارات النفسية المصممة، وبوجود اتساق واضح بين مضمون كل اختبار، والوظيفة الرئيسة التي أعد لقياسها. وقد اتفقت تقديرات المحكمين لتصنيف البنود على الأبعاد المختلفة بنسب (83/ و100/).

وإذا انتقلنا إلى صدق التكوين، نجد أننا بمناقشتنا السابقة لصدق مضمون الاختبارات قد قطعنا خطوة للأمام في اتجاه التحقق من صدق تكوين الاختبارات، فكما يرى بعض خبراء القياس أن دراسة صدق محتوى الاختبار توفر شواهد وأدلة حول التكوين الفرضي الذي يقيسه هذا الاختبار، ذلك لأن عملية تحديد المحتوى أو المجال النفسي الذي يعد الاختبار عينة ممثلة له. تساعد في تحديد طبيعة التكوين الفرضي الذي تقيسه مفرداته، وهو ما أكدته "أنستازي" Anastasi بقولها أنه لا توجد أية معلومة تتعلق بصدق الأداة إلا ولها إسهام في تقدير صدق التكوين (Anastasi, 1990).

ولحساب صدق المضمون تم الاعتماد على تقدير الاتساق الداخلي، وذلك من خلال حساب ارتباط الدرجة على كل بند على حدة بالدرجة المجمعة على المقياس الفرعي، والدرجة المجمعة على المقياس الكلي، عند المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة. وقد تم حذف البنود منخفضة الدلالة، والتي انخفضت عن المحك التي اعتمدت عليه الدراسة الراهنة، وهو (0.25). وبالتالي انخفض عدد البنود في اختبار المواجهة من 99 بندا إلى 75 بندا، وفي اختبار قلق الموت من 31 بندا إلى 29 بندا، وفي اختبار التشاؤم من 34 بندا إلى 32 بندا، واختبار العجز أصبح 36 بندا بدلا من 39 بندا، أما اختبار المساندة. فكانت بنوده كلها مرتفعة الدلالة. وبالتالي لم يحذف أي بند منه، وبالتالي يتكون من 50 بندا.

ثبات الاختبارات النفسية :

1- حساب معامل الثبات بطريقة ألفا كرونباخ:

يعد معامل ثبات ألفا أداة إحصائية حساسة لاكتشاف أخطاء العينة والقياس، ويتم فيها حساب اتساق وتجانس المقياس الواحد، حيث يشير ارتفاع معامل ألفا إلى أن مفردات المقياس الواحد تعبر عن مضمون واحد (Anastasi,1990).

ويوضح جدول (5) معاملات الثبات بطريقة ألفا لجميع اختبارات الدراسة.

جدول (5)

معاملات الثبات بطريقة ألفا لجميع اختبارات الدراسة
لدى المجموعة التجريبية والضابطة

المجموعة الضابطة معامل ألفا (ن =30)	المجموعة التجريبية معامل ألفا (ن =30)	قائمة الاختبارات	مسلسل
		<u>اختبار المواجهة</u>	-1
	0.79	- المواجهة المباشرة	
0.57	0.88	- التخطيط	
0.72	0.93	- التنمية الذاتية	
0.81	0.55	- التجنب	
0.50	0.86	- الإفصاح	
0.80	0.84	- الإدراك الإيجابي	
0.62	0.57	- التقبل	
0.56	0.50	- كظم الغيظ	
0.75	0.67	- التوجه للدين	
0.56	0.54	- الإنكار	
0.58	0.91	الدرجة الكلية للاختبار	
0.83			
		<u>اختبار المساندة</u>	-2
0.79	0.70	- المساندة الاجتماعية	
0.85	0.86	- المساندة التوقيرية	
0.71	0.80	- المساندة المعلوماتية	
0.71	0.75	- المساندة الأدائية	
0.90	0.64	- المساندة الوجدانية	
0.94	0.93	الدرجة الكلية للاختبار	
0.80	0.89	اختبار قلق الموت	-3
0.71	0.94	اختبار العجز المكتسب	-4
0.86	0.95	اختبار التشاؤم	-5

ويشير الجدول السابق إلى أن الاختبارات تتمتع بمعاملات ثبات مرتفعة، إذ أن معامل الثبات المقبول . طبقاً لمحك ثبات " جيلفورد " Guilford . لا يجوز مطلقاً أن يقل عن 0.5، وإلا فليست بعد الاختبار (Guilford,1965,p.208). على ذلك يمكننا أن نعتمد عليها في جمع بيانات الدراسة الراهنة.

2- القسمة النصفية

أما الطريقة الثانية لحساب الثبات فهي القسمة النصفية مع تصحيح الطول باستخدام معادلة سيرمان . براون، وجاءت معاملات ثباتها، كما يعرضها الجدول (6) التالي:

جدول (6)

معاملات الثبات بطريقة القسمة النصفية لجميع اختبارات الدراسة بعد

تصحيح الطول

م	الاختبارات	عدد البنود	القسمة النصفية	
			معامل الثبات لدى المجموعة التجريبية	معامل الثبات لدى الضابطة
-1	<u>اختبار المواجهة</u>			
	- المواجهة المباشرة	(4/4)8	0.61	0.50
	- التخطيط	(4/4)8	0.89	0.82
	- التنمية الذاتية	(4/5)9	0.92	0.85
	- التجنب	(4/4)8	0.66	0.50
	- الإفصاح	(4/5)9	0.84	0.79
	- الإدراك الإيجابي	(3/3)6	0.88	0.68
	- التقبل	(4/4)8	0.79	0.71
	- كظم الغيظ	(4/4)8	0.50	0.76
	- التوجه للدين	(3/4)7	0.71	0.51
	- الإنكار	(2/2)4	0.55	0.50
	- الدرجة الكلية للاختبار	-	0.74	0.68

0.76	0.70	(5/5)10	اختبار المساندة	-2
0.84	0.88	(5/5)10	- المساندة الاجتماعية	
0.76	0.69	(5/5)10	- المساندة التوقيرية	
0.54	0.69	(5/5)10	- المساندة المعلوماتية	
0.90	0.67	(5/5)10	- المساندة الأدائية	
0.76	0.73	-	- المساندة الوجدانية	
			الدرجة الكلية للاختبار	
0.83	0.86	(14/15)29	اختبار قلق الموت	-3
0.87	0.95	(18/18)36	اختبار العجز المكتسب	-4
0.88	0.91	16)32 (16/	اختبار التشاؤم	-5

ويوضح الجدول السابق (6) أن الثبات بطريقة القسمة النصفية تراوحت معاملات ثباته بين 0.55 . 0.95 وهي معاملات ثبات مقبولة طبقاً لمحك جيلفورد.

نتائج الدراسة

الفرض الأول وينص على "توجد فروق دالة إحصائياً بين مجموعة المرضى ومجموعة الأصحاء في استراتيجيات المواجهة، وفي أنماط المساندة الاجتماعية".
والجدول التالي (7) يوضح نتائج المقارنة بين المرضى والأصحاء باستخدام اختبار "ت" للفروق بين متوسطات المجموعات المستقلة.

جدول (7)

نتائج الفروق بين مجموعتي الدراسة على المتغيرات المستقلة

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	مجموعة الأصحاء		مجموعة المرضى		المتغيرات المستقلة
		الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	
**0.002	3.179-	12.19	135.90	17.67	125.88	المواجهة الكلية
**0.01	2.619	2.02	14.16	3.73	15.78	إستراتيجية المواجهة المباشرة
***0.000	5.164-	3.08	13.64	3.01	10.30	إستراتيجية التخطيط

*0.02	2.472-	2.98	11.66	2.97	10.10	إستراتيجية التنمية الذاتية
***0.001	3.351-	2.66	14.80	2.99	12.80	إستراتيجية التجنب
0.886	0.145-	3.66	18.72	4.18	18.60	إستراتيجية الإفصاح
***0.000	5.567-	1.97	9.16	1.84	6.90	إستراتيجية الإدراك الإيجابي
0.731	0.344-	2.27	18.10	3.23	17.90	إستراتيجية التقبل
0.098	1.674-	3.24	13.40	3.55	12.20	إستراتيجية الكبت
0.395	0.854-	2.47	16.14	2.97	15.65	إستراتيجية التوجه للدين
0.117	1.583-	1.32	6.12	1.49	5.65	إستراتيجية الإنكار
0.865	0.170	18.19	100.62	18.09	101.28	المساندة الكلية
0.949	0.065-	4.55	19.96	4.14	19.90	المساندة الاجتماعية
***0.000	3.684-	4.58	24.08	4.87	20.40	المساندة التقديرية
0.818	0.416	4.08	16.74	4.11	17.45	المساندة المعلوماتية
***0.000	5.309	3.59	15.34	4.15	19.68	المساندة الأدائية
0.476	0.716-	4.78	24.50	3.56	23.85	المساندة الوجدانية

- *** تشير إلى مستوى دلالة فيما وراء 0.001

- ** تشير إلى مستوى دلالة فيما وراء 0.01

- * تشير إلى مستوى دلالة فيما وراء 0.05

يتضح لنا من خلال الجدول (7) عدد من النقاط، هي:

بالنسبة للفروق بين مجموعة المرضى ومجموعة الأصحاء على متغير
المواجهة:

أ. وجود فروق دالة إحصائية بين المرضى والأصحاء على متغير المواجهة، وإن كانت الفروق في المتوسطات تشير إلى أن الأصحاء أكثر استخداماً للمواجهة بشكل عام.

ب. كما ظهرت لنا فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى والأصحاء على مستوى الاستراتيجيات الفرعية للمواجهة، ويمكن بيان تفصيل هذه النتيجة في النقاط التالية:

1. ميل الأصحاء . مقارنة بالمرضى . بدرجة أعلى وذات دلالة إحصائية لاستخدام استراتيجيات التخطيط، والتنمية الذاتية، والتجنب، والإدراك الإيجابي.
 2. تفوق المرضى . مقارنة بالأصحاء . في استخدام إستراتيجية المواجهة المباشرة بشكل دال إحصائياً.
 3. لم يختلف استخدام المرضى عن استخدام الأصحاء في استراتيجيات الإفصاح، والتقبل، والكبت، والتوجه للدين، والإنكار.
- أما عن الفروق بين مجموعة المرضى ومجموعة الأصحاء على متغير المساندة:
- أ. لم نجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى والأصحاء على متغير المساندة المدركة من قبل الآخرين بشكل عام.
 - ب. بينما وجد على المستوى الفرعي لأنماط متغير المساندة عدد من الملاحظات:
 1. وجود فروق دالة إحصائياً بين المرضى والأصحاء في المساندة التقديرية والمساندة الأدائية، في حين اختفت هذه الفروق بالنسبة لأنماط المساندة الفرعية الأخرى (الاجتماعية والمعلوماتية والوجدانية).
 2. كما لوحظ أن الأصحاء أكثر إدراكاً لوجود مساندة تقديرية بالمقارنة بمجموعة المرضى.
 3. بينما أدركت مجموعة المرضى المساندة الأدائية من قبل المحيطين بها بشكل يفوق إدراك مجموعة الأصحاء.
- الفرض الثاني ويختص بتباين شدة الاختلالات النفسية (الميل للتشاؤم والعجز المكتسب وقلق الموت) بتباين توظيف المرضى والأصحاء لكل من المواجهة الكلية والمساندة الكلية:
- وتشير الجداول الثلاثة التالية (8) و(9) و(10) إلى نتائج تحليل التباين الخاصة بكل من الميل للتشاؤم والعجز المكتسب وقلق الموت.

جدول (8)

نتائج تحليل التباين المتعدد لبيان تأثير الحالة الصحية والمواجهة والمساندة والتفاعل فيما بينها على الشعور بالتشاؤم

مصادر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	دلالة (ف)
الأثار الرئيسية	2988.33	7	1.633	1.63	0.138

0.06	3.62	944.85	1	944.85	الحالة الصحية
0.832	0.045	11.780	1	11.780	المواجهة الكلية
0.790	0.071	18.67	1	18.67	المساندة الكلية
0.11	2.62	684.42	1	684.42	الحالة الصحية *المواجهة الكلية
0.95	0.005	1.26	1	1.26	الحالة الصحية *المساندة الكلية
*0.05	3.83	1000.45	1	1000.45	المواجهة الكلية *المساندة الكلية
0.77	0.088	23.09	1	23.09	الحالة الصحية*المواجهة الكلية*
					المساندة الكلية
.	.	274.37	89	24418.90	التباين الكلي

يبين هذا الجدول (8) أن جميع تأثيرات المتغيرات المستقلة جاءت منخفضة الدلالة، فيما عدا التفاعل الثنائي بين المواجهة والمساندة، فكان له دلالة إحصائية على التخفيف من مشاعر التشاؤم سواء لدى المرضى أم الأصحاء.

جدول (9)

نتائج تحليل التباين المتعدد لبيان تأثير الحالة الصحية والمواجهة والمساندة، والتفاعل فيما بينها على تعلم العجز

مصادر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	دلالة (ف)
الأثار الرئيسية	5468.97	7	6.640	6.64	***0.000
الحالة الصحية	3262.45	1	3262.45	27.73	***0.000
المواجهة الكلية	0.664	1	0.664	0.006	0.940
المساندة الكلية	20.13	1	20.13	0.171	0.680
الحالة الصحية *المواجهة الكلية	398.08	1	398.08	3.38	0.07
الحالة الصحية *المساندة الكلية	64.27	1	64.27	0.55	0.462
المواجهة الكلية *المساندة الكلية	642.23	1	642.23	5.46	*0.02
الحالة الصحية*المواجهة الكلية*	128.59	1	128.59	1.09	0.29
المساندة الكلية					
التباين الكلي	15116.98	89	169.85	.	.

يتفق هذا الجدول (9) مع الجدول السابق في التأثير الرئيس لمتغير الحالة الصحية، في حين اختلف عنهما في تأثير التفاعل الثلاثي للمتغيرات المستقلة، حيث جاءت النتائج منخفضة الدلالة لهذا التفاعل، في حين كان التفاعل الثنائي بين المواجهة والمساندة شديد الدلالة الإحصائية في التأثير على خفض تعلم العجز سواء لدى المرضى أم الأصحاء.

جدول (10)

نتائج تحليل التباين المتعدد لبيان تأثير الحالة الصحية والواجهة والمساندة، والتفاعل فيما بينها على قلق الموت

مصادر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	دلالة (ف)
الأثار الرئيسية	1355.70	7	193.67	2.76	**0.01
الحالة الصحية	286.63	1	286.63	4.09	*0.05
المواجهة الكلية	10.09	1	10.09	0.144	0.705
المساندة الكلية	110.05	1	110.05	1.58	0.213
الحالة الصحية * المواجهة الكلية	202.41	1	202.41	2.89	0.09
الحالة الصحية * المساندة الكلية	81.87	1	81.87	1.017	0.283
المواجهة الكلية * المساندة الكلية	397.22	1	397.22	5.66	*0.02
الحالة الصحية * المواجهة الكلية * المساندة الكلية	391.16	1	391.16	5.58	*0.02
التباين الكلي	7108.10	89	79.87	.	.

يتفق جدول (10) مع الجدول السابق في حقيقتين أساسيتين: تختص أولاهما بتأثير الحالة الصحية، الذي جاء شديد الدلالة. أما الحقيقة الثانية، فقد أشارت للتأثير الدال للتفاعل الثلاثي بين المتغيرات المستقلة، في حين غاب هذا التأثير على المستوى الخاص بالتأثير الأساسي لكل متغير مستقل على حدة (المواجهة والمساندة). كما أضاف هذا الجدول نتيجة مهمة عن الأثر التفاعلي الثنائي بين المواجهة والمساندة في التخفيف من مشاعر قلق الموت.

ونستخلص من عرضنا لنتائج تحليل التباين المتعدد الحقائق الآتية:

أولاً التأثير الأساسي للمتغيرات المستقلة: جاء متغير الحالة الصحية من أكثر المتغيرات المستقلة تأثيراً على المتغيرات التابعة موضع الاهتمام، في حين تبين انخفاض دلالة كل من متغير المواجهة والمساندة كل منهما على حدة. ثانياً التأثير التفاعلي الثنائي: تبين أن التفاعل الثنائي بين متغير المواجهة ومتغير المساندة من أكثر التفاعلات تأثيراً على انخفاض كل من قلق الموت، وتعلم العجز، والتشاؤم، بغض النظر عن طبيعة العينة من المرضى أم من الأصحاء. ثالثاً التأثير الثلاثي: ظهر التأثير الثلاثي واضحاً على كل من متغير قلق الموت، بمعني أن التفاعل بين المتغيرات يؤدي إلى ظهور نتائج جديد وشديدة الدلالة الإحصائية.

المناقشة:

فيما يتصل بالإجابة عن سؤال الدراسة الأول، فقد أجابت النتائج الراهنة عنه ، وأشارت إلى صحة الفرض الأول القائل بأن هناك فروقاً دالة بين مجموعة المرضى ومجموعة الأصحاء في استراتيجيات المواجهة، وفي أنماط المساندة الاجتماعية. وهو ما يعني أن متغير الحالة الصحية يعد متغيراً مؤثراً بدرجة كبيرة على وجود فروق بين المجموعتين سواء بالنسبة لمتغير استراتيجيات المواجهة، أم بالنسبة لمتغير أنماط المساندة الاجتماعية. وحتى يسهل توضيح دلالات هذه النتائج ومعانيها، يتطلب ذلك تناول كل نتيجة نوعية على نحو مستقل.

وبالنظر في النتائج الخاصة بالفرض الأول . بالنسبة لمتغير المواجهة . نجد أن الفروق بين مجموعة المرضى ومجموعة الأصحاء، ليست فروقاً كيفية، بل هي فروق كمية، أي أن الاختلاف ليس في الاستراتيجيات ذاتها، بل في معدل استخدامها. حيث يميل الأصحاء لاستخدام المواجهة بشكل أكثر بالمقارنة بالمرضى. هذا على المستوى الكلي للمواجهة، أما على المستوى الفرعي لاستراتيجيات المواجهة، فنجد أن الأصحاء أكثر استخداماً لاستراتيجيات التخطيط، والتنمية الذاتية، والتجنب، والإدراك الإيجابي بالمقارنة بالمرضى، بينما تفوق المرضى على الأصحاء في استخدام إستراتيجية المواجهة المباشرة، على حين وجد أن المرضى والأصحاء يميلون

لاستخدام استراتيجيات الإفصاح، والتقبل، وكظم الغيظ، والتوجه للدين، والإنكار بنفس القدر.

وفيما تعرضه النتائج من فروق دالة بين مجموعة المرضى ومجموعة الأصحاء بالنسبة لمتغير المواجهة، سواء على المستوى الكلي أم الفرع، نجد أن هذه النتيجة تعد أمراً متوقفاً في ضوء عدد من الآراء النظرية السابق، حيث أكد لازوارس" من خلال نظريته المعروفة بالعمليات التقييمية، أن استراتيجيات المواجهة تتنوع وتختلف باختلاف مصادر المشقة التي يتعرض لها الفرد (Taylor,1993,p.72). كما اتفقت هذه النتيجة مع "فيلتون" الذي يري أن طبيعة موقف المشقة تعد هي المحدد الأساسي وراء استخدام استراتيجيات المواجهة (Manne et al., 1994, p.42). كما كشفت نتائج الدراسة الراهنة عن عدم وجود فروق بين المرضى والأصحاء في استخدام بعض الاستراتيجيات مثل استراتيجيات الإفصاح، والتقبل، وكظم الغيظ، والتوجه للدين، والإنكار، وهذه النتيجة تتناقض مع ما توصل إليه "سميث" (1996)، حيث وجد أن مرضى الأورام السرطانية أكثر استخداماً لاستراتيجيات الإفصاح الانفعالي، والتوجه للدين بالمقارنة بالأصحاء (Smith, et al., 1996.p.25).

ونظراً لاختلاف طبيعة موقف المشقة بين مجموعة المرضى ومجموعة الأصحاء، يحدث تباين في استخدام المجموعتين لاستراتيجيات المواجهة، وهو ما أوضحت نتائج الفرض الأول. أي يكون هناك تباين كمي، أما عن التباين الكيفي بين مجموعة المرضى ومجموعة الأصحاء، فجاءت نتائج الفرض الراهن لتوضح أن مجموعتي الدراسة تستخدمان الاستراتيجيات نفسها، وهذه النتيجة تتفق مع نتائج دراسة "أدلر" وآخرين (Endler et al.,1998,p.197). والتي أجريت على عينتين، إحداهما من الأصحاء، يبلغ قوامها خمسمائة وثمانية وتسعين راشداً، والأخرى عينة من مرضى الأورام السرطانية قوامها 50 مريضاً و110 مريضة. والتي توصلت إلى عدم وجود اختلاف في استراتيجيات المواجهة باختلاف الحالة الصحية. وأرجع "كارفر" هذه النتيجة إلى تماثل المرضى والأصحاء في تقييمهم للمواقف المشقة (Through: Terry, 1994,p.896).

أي أن الاختلاف بين مجموعة المرضى ومجموعة الأصحاء، ليس اختلافاً في استخدامهما الاستراتيجيات ذاتها، ولكن الاختلاف في معدل استخدامهما لها، وهذا ما أكدته نتائج الدراسة الراهنة ونتائج الآراء النظرية والدراسات السابقة. أما بالنسبة للفروق بين مجموعة المرضى ومجموعة الأصحاء بالنسبة لمتغير أنماط المساندة، فقد جاءت النتائج لتعكس وجود فروق دالة بين المجموعتين في المساندة التقديرية والمساندة الأدائية، في حين اختفت هذه الفروق بالنسبة للمساندة الكلية والمساندة الوجدانية والمساندة المعلوماتية والمساندة الاجتماعية، أي ليس هناك فروق في إدراك المجموعتين لهذه الأنماط من المساندة . وبالرغم من عدم وجود فروق بين المجموعتين بالنسبة للمساندة الكلية، تعد هذه النتيجة متفقة مع نموذج التأثير الرئيس لـ "كوهن وسي" (1985) ، الذي أكدوا فيه أن المساندة تعد مفيدة لحياة الفرد وصحته الجسمية بصرف النظر عما إذا كان الفرد تحت مشقة أم لا.

(Pennix et al., 1998, p.551)

بمعنى أن المساندة لم تختلف بين المرضى والأصحاء، فكل منهما يتلقى القدر نفسه من المساندة، سواء أكان الفرد يواجه موقف مشقة أم لا. هذا عند النظر للمساندة بشكل عام، أما عند النظر لها على مستوى الأنماط الفرعية، نجد أن هذه النتيجة تتفق مع دراسة "دونكل - شيتير" (1984)، والتي توصلت من خلال عينة من مرضى أورام الدم إلى أن المساندة الأدائية تعد من أهم أنماط المساندة التي يحتاجها المرضى.

(Dunkel-Schetter, 1984, p.77)

وأكدت ذلك دراسة "جلابريث" (Galbraith, 1995, p.362) التي وجدت أن مرضى الأورام السرطانية سجلوا إدراكاً مرتفعاً لنمط المساندة الأدائية بالمقارنة بالأنماط الأخرى للمساندة. وتوصلت كذلك دراسة "مارتين" وآخرين (Martin, Davis, Baron & Blanchard, 1994, p.432) إلى نتائج مشابهة، حيث وجد بالمقارنة بين مجموعة من مرضى الأمراض المزمنة (الصداع المزمن، والأورام السرطانية) أن هناك تبايناً في أنماط المساندة بتباين التشخيص، كما أضاف أن المرضى يرون أن هناك ثلاثة أنماط من المساندة تعد مفيدة وفعالة لهم، بغض النظر عن مقدمها، وهي المساندة الأدائية والمساندة التقديرية والمساندة المعلوماتية.

وعلى الرغم من تأكيد نتائج الدراسات السابقة لأهمية المساندة المعلوماتية للمرضى، فإن نتائج دراستنا لم تجد أي فروق دالة بين المرضى والأصحاء، على حين أن دراسة "جوسي" (1998)، التي أجريت على مرضى الأورام السرطانية، ترى أن المساندة المعلوماتية تقدم بشكل كبير وفعال في مرحلة التشخيص فقط بالنسبة للمرضى. (Jocye,1998,p.170).

كما تعارضت نتيجة الدراسة الراهنة بالنسبة لنمط المساندة الوجدانية مع دراسة "الفيري" (2001)، حيث أكد أن المساندة الوجدانية تعد من أكثر أنماط المساندة طلباً وتقديماً من الأهل والأصدقاء لمرضى الأورام السرطانية، (Alferi et al., 2001, p.41).

ومن ثم جاءت أغلب نتائجنا الخاصة بالفرض الأول متسقة مع ما توصلت إليه نتائج الدراسات السابقة، والتي استخلصت وجود فروق دالة بين مجموعة المرضى ومجموعة الأصحاء بالنسبة لاستراتيجيات المواجهة وأنماط المساندة.

السؤال الثاني : نتائج تباين شدة الاختلالات النفسية بتباين توظيف مرضى

الأورام السرطانية والأصحاء لكل من المواجهة الكلية والمساندة الكلية

يقوم الفرض الثاني للدراسة الراهنة من ناحية على بيان التأثير الرئيس لكل متغير مستقل على حدة (الحالة الصحية، والمواجهة الكلية، والمساندة الكلية)، ثم من ناحية أخرى الوقوف على مدى تأثير تفاعل متغيرات الحالة الصحية والمواجهة الكلية والمساندة الكلية المدركة معاً في التخفيف من حدة الاختلالات النفسية. وقد جاءت نتائج تحليل التباين المتعدد . في مجملها . لتبرز تأثير متغير الحالة الصحية على الإصابة بحدة الاختلالات النفسية المتمثلة في قلق الموت، وتعلم العجز، والشعور بالتشاؤم.

فعن التأثير الرئيس لمتغير الحالة الصحية، فقد جاء نتيجة متسقة مع نتائج الدراسات السابقة، والتي تؤكد ارتباط الصحة الجسمية بشكل جوهري بالصحة النفسية (Hays et al., 1990,p.22). وهذه النتيجة تتفق مع ما توصل إليه "جورديان . إبنج" (1990) من ارتفاع مستويات القلق لدى مرضى أورام الثدي أثناء فترة العلاج (Epping-Jordan, et al., 1999, p.316). كما سجل "لويس" (1979) ارتفاعاً في درجات مرضى الأورام السرطانية على مقاييس القلق والشعور بالعجز، وتوصل "جوتسمان" (1982) إلى أن مجموعة مرضى الأورام السرطانية كانوا أكثر

العينات شعوراً بالعجز بالمقارنة بالأصحاء (Gottesman,1982,p.381). كما توصل "هيرني" إلى النتائج نفسها من خلال عينة من مرضى أورام المثانة السرطانية (ن=40)، حيث وجد أن المرضى أكثر شعوراً بالعجز بالمقارنة بالأصحاء (Huerny et al.,1987, p.19). وتتفق دراسة "هو" (1995) مع النتائج السابقة، حيث سجل مرضى الأورام السرطانية ارتفاعاً في قلق الموت بالمقارنة بالأصحاء. (Ho et al., 1995, p.59)

ومن ثم يتضح من النتائج الخاصة بالدراسة التأثير الرئيس لمتغير الحالة الصحية على حدة الاختلالات النفسية، ومدى التطابق بينها وبين نتائج الدراسات السابقة في مدى معاناة مرضى الأورام السرطانية على نحو خاص من مشكلات نفسية، تتمثل في قلق الموت، وتعلم العجز، والشعور بالتشاؤم، وذلك بالمقارنة بالأصحاء. أما بالنسبة للتأثير التفاعلي بين المتغيرات، فقد جاء التفاعل الثنائي بين المستويات المرتفعة لكل من المواجهة والمساندة ذي تأثير إيجابي دال على التخفيف من حدة هذه الاختلالات النفسية بإجمالها سواء لدى المرضى أم الأصحاء، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة "ساراسون" (1991)، الذي وجد فيها أن الأفراد ذوي المساندة المرتفعة كانوا أكثر قدرة على مواجهة تحديات الموقف الذي يفوق مصادرههم الذاتية (Ptacek,1996, p.507). كما وجد أن المساندة تعد متغيراً فعالاً في تحسين المواجهة (Kyngas et al., 2001,p.10). كما ترتبط المساندة الاجتماعية إيجابياً مع المواجهة المباشرة، وسلبياً مع المواجهة التجنبية سواء لدى المرضى أم الأصحاء (Ptacek,1996,p.507). وهذه النتائج جميعها تأتي في اتجاه التأكيد على الدور التفاعلي لكل من المواجهة والمساندة في التخفيف من حدة الاختلالات النفسية سواء لدى المرضى أم الأصحاء، في حين يغيب هذا التأثير عند النظر للتأثير الرئيس لكل متغير منهما على حدة.

كما ظهر للتفاعل الثلاثي بين المتغيرات المستقلة تأثير إيجابي في التخفيف من حدة قلق الموت، أي انحصر دور المواجهة والمساندة في التخفيف من حدة مشاعر قلق الموت لدى المرضى، وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة "برندا" (Brenda 1998) من أن مرضى الأورام السرطانية الذين يتلقون مزيداً من المساندة ولديهم تقبل لمرضهم، يُستبعد إصابتهم بالأعراض الاكتئابية (Pennix et al., 1998)

(p.551). كذلك توصلت دراسة أخرى، إلى النتائج نفسها، حيث أشارت إلى انخفاض معدل الإصابة بالاكْتئاب لدى المرضى في ظل توفر كل من المساندة الاجتماعية وتوظيف بعض استراتيجيات المواجهة (Holahan & Moos, 1998, p.152). كما أسفرت دراسة "ويليامسون" (2000) عن أن للمساندة الاجتماعية تأثيراً كبيراً في تعايش مرضى أورام الثدي مع الأحداث المثيرة للمشقة (Williamson, 2000, p.345). وأيدت دراسة "جوسي" النتائج السابقة، حيث نُظر للمساندة كمصدر للتعايش لدى مرضى الأورام السرطانية، تساعدهم على تدبر التهديدات المرتبطة بالمرض (Joyce, 1998, p.167).

هذا عن الفرض الثاني، الذي جاء متفقاً مع نتائج الدراسة الراهنة، ونتائج الدراسات السابقة، مما يشير إلى صحة هذا الفرض، والذي ثبت صدقه في تباين شدة هذه الاختلالات النفسية (قلق الموت وتعلم العجز والميل للتشاؤم) بتباين توظيف المرضى والأصحاء لكل من المواجهة الكلية والمساندة الكلية.

المراجع:

1. إحصاء معهد الأورام السرطانية (2001). التابع لجامعة القاهرة.
2. جهان أحمد حمزة (2002). دور الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية وتقدير الذات في إدراك المشقة والمواجهة معها لدى الراشدين من الجنسين في سياق العمل، رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة القاهرة (غير المنشورة).
3. لنيدزاي وبول (2000). مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين. ترجمة: صفوت فرج، القاهرة: الأنجلو المصرية.
4. وسام أحمد العثمان (1995). الأبعاد الاجتماعية لمرض السرطان: دراسة في الأنثروبولوجيا الطبية بالتطبيق على المجتمع القطري. رسالة دكتوراه، كلية الآداب، جامعة القاهرة (غير منشورة).
5. Aldwin, C.M. & Reveson, T.A. (1987). Does Coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 337-348.
6. Alferi, S.M., Carver, C.S, Antoni, M., Weiss, S. & Duran, R.E. (2001). An Exploratory Study of Social Support, Distress, and Life Disruption among Low- Income Hispanic Woman under Treatment for Early Stage Breast Cancer. *Health Psychology*, 20(1), 41-46.

7. Anastasi, A. (1982). *Psychological Testing*. New York: Macmillan Publishing Company.
8. Brehm, S.S., Kassin, S. & Fein, S. (1999). *Social Psychology*. New York: Houghton Mifflin company.
9. Dropkin, M.J. & Corln, R. (2001). Anxiety, Coping Strategies, and Coping Behaviors in Patients undergoing Head and Neck Cancer Surgery. *Cancer Nursing*, 24(2), 143-148.
10. Dunckel – Schetter, C. (1984). Social Support and Cancer: Findings based on patient interviews and their implications. *Journal of Social Issues*, 40, 77- 98.
11. Endler, N.S. & Parker, J.D. (1990). Multidimensional Assessment of Coping: A Critical Evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844-854.
12. Endler, N.S., Summerfeldt, L.J. & Parker, J.D. (1998). Coping with health problems: Developing a Reliable and valid multidimensional measure. *Psychology Assessment*, 10 (3), 195-205.
13. Epping–Jordan, J.E., Compas, B.E., Osowiecki, D.M., Oppedisano, G., Gerhardt, C., Primo, K. & Krag, D.N. (1999). Psychological adjustment in breast Cancer: processes of emotional distress. *Health Psychology*, 18 (4), 315-320.
14. Falke, R.L., Taylor, S.E., Shoptaw, S.J. & Lichtman, R.R. (1986). Social Support, Support Groups, and the Cancer Patient. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(5), 608-615.
15. Galbraith, M.E. (1995). What Kind of Social Support do cancer patients get from nurses?. *Cancer Nursing*, 18(5), 362-367.
16. Gottesman, D. & Lewis, M.S. (1982). Differences in Crisis Reactions among Cancer and Surgery Patients. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 50 (3), 381-388.
17. Guilford, J. (1965). *Psychological Methods*. New York: McGraw-Hill.
18. Hays, R.D. & Stewart, A.L. (1990). The Structure of Self – Reported Health in Chronic Disease Patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2 (1), 22-30.
19. Helgeson, V.S. & Cohen, S. (1996). Social Support and Adjustment to Cancer: Reconciling Descriptive, Correlational, and Intervention Research. *Health Psychology*, 15 (2), 135-148.
20. Ho, S.M. & Shiu, W.C. (1995). Death anxiety and Coping mechanism of Chinese Cancer Patients. *Omega – Journal of Death & Dying*, 31(1), 59-65.

21. Holahan, C.J., Moos, R.H. & Schaeffer, J.A. (1996). Coping, Stress Resistance, and Growth: Conceptualizing Adaptive Functioning. in: M. Zeidner & N.S. Endler, *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications*. New York: John Wiley & Sons, chapter 2, pp.24-43.
22. Huerny, C., Piasesky, E., Bagin, R. & Holland, J.C. (1987). High Social desirability in patients being treated for advanced colorectal or bladder cancer: Eventual impact on the assessment of quality of life. *Journal of Psychosocial Oncology*, 5(1), 19-29.
23. Joyce, M. (1998). Effect of Perceived Social Support on adjustment of Patients Suffering from nasopharyngeal carcinoma. *Health & Social Work*, 23(3), 167-1175.
24. Kaplan, R.M., Patterson, T.L. & Sallis, J.F. (1993). *Health and human Behavior*. New York: Library of congress cataloging –in-publication Data.
25. Kazdin, A.E. (2000). *Encyclopedia of psychology*. American Psychology, Association and Oxford University Press.
26. Kline, P. (1993). *The Handbook of Psychological Testing*. New York: library of congress cataloging in publication data.
27. Kyngas, H., Mikkonen, R., Nousiainen, E., Ryttilahti, M., Seppanen, P., Vaattovaara, R. & Jamsa, T. (2001). Coping With the Onset of Cancer: Coping Strategies and Resources of young people with Cancer. *European Journal of Cancer Care*, 10(1), 6-12.
28. Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw – Hill.
29. Manne, S.L., Sabbioni, M., Bovbjerg, D.H., Jacobsen, P.B., Taylor, K.L. & Redd, H. (1994). Coping With Chemotherapy for Breast Cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 17(1), 41-57.
30. Martelli, M.F., Auerbach, S.M., Alexander, J. & Mercuri, L.G. (1987). Stress management in the health care setting: Matching interventions with patient coping style. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 201-207.
31. Martin, R., Davis, G.M., Baron, R.S. & Blanchard, E.B. (1994). Specificity in Social Support: perceptions of helpful and unhelpful provider behaviors among irritable bowel syndrome, headache, and cancer patients. *Health Psychology*, 13(5), 432-439.
32. Pargament, K.I. (1997). *The psychology of Religion and coping*. New York: The Guilford Press.

33. Pennix, B.W., Tilburg, T. V., Boeke, A., Deeg, D., Kriegsman, D. & VanEijk, J. (1998). Effect of social support and personal coping resources on Depression symptoms Different for various chronic Diseases?. *Health Psychology*, 17(6), 551-558.
34. Ptacek, J.T. (1996). The Role of Attachment in Perceived support and The Stress and Coping Process. in: G.R., Pierce; I.G. Sarason & B.R. Sarason, *Handbook of Social Support and The Family*. New York: Plenum Press, Chapter20, pp.495-517.
35. Redd, W.H. (1995). Behavioral Research in Cancer as a Model for Health Psychology. *Health Psychology*, 14(2), 99-100.
36. Smith, K. & Yarandi, H.N. (1996). Factor analysis of the Ways of Coping Questionnaire for African American women. *Nursing Research*, 45(1), 25-29.
37. Suls, J. & David, J.P. (1996). Coping and Personality: Third time's the Charm?. *Journal of Personality*, 64(4), 993-1005.
38. Taylor, S.E. & Aspinwall, L.G., (1993). Coping with Chronic Illness. in: L. Goldberger & S. Breznitz, *Handbook of Stress Theoretical and Clinical Aspects*. New York: The Free Press.
39. Terry, D.J. (1994). Determinants of Coping: The Role of Stable and Situational factors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(5), 895-910.
40. Williamson, G.M. (2000). Extending the Activity Restriction Model of Depressed Affect: Evidence from a Sample of Breast Cancer Patients. *Health Psychology*, 19(4), 339-347.