التوافق النفسي الاجتماعي واستراتيجيات المواجهة لدى النساء المصابات بسرطان الثدي وغير المصابات

وردة سعادي،

قسم علم النفس،

جامعة الجزائر 2.

ملخص

هدفت هذه الدراسة بالدرجة الأولى إلى معرفة مدى قدرة المرأة المصابة بسرطان الثدي على استخدام استراتيجيات المواجهة الفعالة المتمركزة على حل المشكل؛ وبالتالي مدى قدرتها على تحقيق التوافق النفسي الاجتماعي، ولغرض التحقق من ذلك قمنا بإجراء دراسة مقارنة بين النساء غير المصابات والنساء المصابات، وذلك باختيار عينة بحث تتكون من 100 امرأة، (50 منهن مصابات و50 غير مصابات)، وقد اعتمدنا في ذلك على مقياس استراتيجيات المواجهة ومقياس التوافق.

وقد أسفرت نتائج الدراسة على عدم مقدرة النساء المصابات بسرطان الثدي على تحقيق التوافق النفسي الاجتماعي، نظرا لاعتمادهن في مواجهة الضغوط على استراتيجيات مواجهة غير فعالة، والمتمثلة في الاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال، وهذا راجع إلى طبيعة الموقف الذي يعشنه بسبب إصابتهن بسرطان الثدي، إذ لا يمكنهن تغيير الموقف بسهولة، وبالتالي يلجأن إلى الاستراتيجيات الملائمة له، والتي تساهم في التخفيف من حدة الانفعال فقط من أجل التوافق مع الموقف لمدة مؤقتة. وبذلك لن يستطعن تحقيق التوافق النفسي الاجتماعي بصورة كاملة.

Abstract:

The study aimed mainly to find out how able is woman suffering from breast cancer to use efficient coping strategies based on problem solving, and hence, how able she is to achieve psycho-social adjustment. In this respect, we carried out a comparative study between cancerous and healthy women. The sample is composed of 100 women (50 cancerous and 50 healthy), and we used the coping strategies and adjustment tests.

The results show that breast cancerous women are unable to be psycho-socially adjusted, because of their dependence on inefficient strategies which are based on emotions, the cause behind that is the nature of situation they live because of the breast cancerous they cannot change that situation that is essay, they tend to the coping strategies which they think are appropriate to that situation and able to help reduce the emotion level and cope temporary, consequently, they cannot be completely psycho-socially adjusted.

مقدمة: يعتبر سرطان الثدي من الإصابات التي يمكن أن تتعرض لها المرأة والذي بدوره يؤثر عليها صحيا وعلى إمكانية توافقها نفسيا واجتماعيا. كما أنه يعتبر من الأمراض الأكثر خطورة، وتنجم خطورته عن محدودية إمكانية الشفاء منه.

1- مشكلة الدراسة: قد تكون المرأة المصابة بسرطان الثدي في حاجة ماسة إلى استخدام استراتيجيات مواجهة "Coping" والتي تسعى من خلالها إلى تحقيق التوافق النفسي الاجتماعي بسبب وضعها الجديد.[1]

لاستراتيجيات المواجهة دور هام في مواجهة الضغوط، حيث يميز "لازاروس" 1991 (Lazarus) بين نوعين من استراتيجيات المواجهة وهما المواجهة النشطة أو المتمركزة حول المشكلة، وفيها يسعى الفرد إلى تغيير الموقف الضاغط مباشرة. أما المواجهة السلبية أو المتمركزة على الانفعال فتعني التعامل مع الانفعالات الناتجة عن مصادر الضغوط والاحتفاظ باتزان وجداني وتقبل الفرد لمشاعره.[2]

وفي هذا السياق يرى "دونكل شيتر" وآخرون (1992) (Dunkel Schetter et al) أنه لا يوجد ارتباط بين مرض الأورام السرطانية والإستراتيجية المتمركزة حول المشكل، بمعنى أن مرضى الأورام السرطانية أقل استخداما لهذه الإستراتيجية. بينما توصل "كاتون" (1990) (Katon) إلى أن الإستراتيجية المتمركزة حول المشكل تعد

[1] - محمد السيد عبد الرحمن، **علم الأمراض النفسية والعقلية**، ج2، (القاهرة: دار قباء للطباعة، 1999)، ص. ص.313،312.
[2] - محمد السيد عبد الرحمن، مرجع نفسه، ص. ص. 315، 316.

منبئا لانخفاض الاكتئاب، خاصة عندما يُدرَكُ الموقف الضاغط كحدث يمكن التحكم فيه.[1]

كما أن تأثير استراتيجيات المواجهة لا يقتصر على تغيير الحالة النفسية للمرضى إيجابا فقط، بل يمتد ليشمل التأثير الايجابي في حالتهم الجسمية والصحية معا.[2]

وفي هذا الشأن يشير "لازاروس" و"فولكمان" إلى أن استراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكلة يستخدمها الفرد عندما يكون قادرا على التحكم والسيطرة على الموقف أو عند إمكانية تغييره، أما في المواقف غير القابلة للتحكم والسيطرة عليها، فانه يميل إلى استخدام استراتيجيات المواجهة التي تركز على الانفعال في التعامل معها.[3]

ويرى "لازاروس" أيضا أن المصابين بالسرطان يعانون من ضغط نفسي، وهذا ما يفسر وجود فروق في مدى التوافق النفسي مع المرض لديهم.[4]

ويؤكد "توموسون" (S. C. Thopson et al, 1993) أن السيطرة على ردود الفعل الإنفعالية والأعراض الجسمية، تحتل أهمية خاصة في التوافق النفسي الإجتماعي[5] وبالتالي فإن التوافق النفسي والاجتماعي عند هؤلاء المصابات يرتبط ارتباطا وثيقا بمدى قدرتهن على مواجهة الضغوط التي يتعرضن لها ومحاولة تكيفهن مع الوضع

---

[1]- هناء أحمد شويخ، **أساليب تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن الأورام السرطانية،(** القاهرة: إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع، 2007)، ص.169.

[2] - هناء احمد شويخ، المرجع سابق، ص. 177.

[3] - طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، **استراتيجيات إدارة الضغوط التربوية والنفسية**، (الأردن: عمان، دار الفكر، 2006)، ص. 134.

[4] - Haynal A, Pasini W; Abrègè de mèdecine psychosomtique, ed Masson, Paris, 1978, P: 249.

[5]- شيلي تايلور، **علم النفس الصحي**،(الأردن:عمان، دار الحامد للنشر والتوزيع،2008)، ص: 824.

الجديد. فما هي إذن العلاقة بين الإصابة بسرطان الثدي عند النساء واستخدامهن لاستراتيجيات مواجهة فعالة، وبمدى قدرة هؤلاء النساء على تحقيق التوافق النفسي الاجتماعي؟ بناءً على ما سبق يمكننا تلخيص مشكلة الدراسة في التساؤلات التالية:

- هل تستخدم النساء المصابات بسرطان الثدي استراتيجيات مواجهة فعالة للتخفيف من حدة الضغوط الممارسة عليها أو التي تتعرض لها؟.

- هل تستطيع النساء المصابات بسرطان الثدي تحقيق التوافق النفسي الاجتماعي؟.

- هل يوجد فرق بين استراتيجيات المواجهة والتوافق النفسي الاجتماعي عند النساء المصابات بسرطان الثدي وعند غير المصابات به؟.

2- **فرضيات الدراسة:** ومن خلال التساؤلات السابقة يمكننا صياغة الفروض التالية:

- نتوقع عدم قدرة النساء المصابات بسرطان الثدي استخدام استراتيجيات مواجهة فعالة.

- نتوقع عدم قدرة النساء المصابات بسرطان الثدي تحقيق التوافق النفسي الاجتماعي.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استراتيجيات المواجهة لدى النساء المصابات بسرطان الثدي والنساء غير المصابات بسرطان الثدي.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات التوافق النفسي الاجتماعي لدى النساء المصابات بسرطان الثدي والنساء غير المصابات بسرطان الثدي.

3- أهداف الدراسة: ككل بحث علمي، فإن لهذه الدراسة أهداف تطمح الباحثة إلى تحقيقها، وتشير إلى أهمها:

- الوصول إلى نتيجة موضوعية، حول إمكانية توافق النساء المصابات بسرطان الثدي أم لا.

- التحقق من مدى قدرة النساء المصابات بسرطان الثدي على استخدام استراتيجيات مواجهة فعالة أم لا.

- التأكد من وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استراتيجيات المواجهة لدى النساء المصابات بسرطان الثدي والنساء غير المصابات به.

- التأكد من وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات التوافق النفسي الاجتماعي لدى النساء المصابات بسرطان الثدي والنساء غير المصابات به.

4- منهجية الدراسة:

4-1- المنهج المتبع:

للتأكد من مدى صحة الفرضيات، اعتمدنا على المنهج الوصفي السببي المقارن لأنه الأكثر ملاءمة لموضوع دراستنا، وهو المنهج الذي يطبق لتحديد الأسباب المحتملة . ولهذا سمي السببي . التي كان لها تأثير على السلوك المدروس ليس من خلال مقارنة من يسلك ذلك السلوك أو يتصف به، كما أنه يختلف عن المنهج الوصفي الإرتباطي في أنه يكشف عن الأسباب المحتملة للنتيجة المدروسة، ويختلف عن المنهج التجريبي في أنه يبحث في أسباب متعددة لحصول نتيجة معية بينما التجريبي يوضح أثر سبب معين في وجود نتيجة ما.[1]

4-2- ميدان البحث: لقد تم إنجاز الجزء التطبيقي من دراستنا بشكل رئيسي بمركز مكافحة السرطان "بيار وماري كوري" المتواجد بمستشفى "مصطفى باشا" الجامعي

[1]- العساف صالح بن حمد، **المدخل إلى البحث في العلوم السلوكية**، (الرياض: دار الزهراء، 2009)، ص. 230.

بالجزائر العاصمة. ويستقبل المركز جميع الفئات العمرية للمرضى بدءًا من الأطفال والمراهقين إلى غاية الراشدين. وقد انتقينا عينة بحثنا من:

- **المجموعة التجريبية:** من وحدة سرطان الثدي بقسم أورام النساء التابعة لمصلحة الأورام الطبية(Service d'oncologie Médical).

- **المجموعة الضابطة:** فقد تم اختيارها من أماكن مختلفة مثل الجامعات: وبعض المؤسسات التعليمية وغير التعليمية، كما تم اختيار حالات أخرى غير عاملة، من أجل تحقيق بعض التطابق في مميزات أفراد المجموعتين، مثل المهنة، السن، المستوى التعليمي...الخ، باستثناء عامل المرض.

4-3-عينة البحث: يضم البحث عينة قوامها مائة (100) حالة، مقسمة إلى مجموعتين:

- **المجموعة التجريبية(المريضة):** وهي تضم خمسون مصابة بمرض سرطان الثدي، وتعتبر الإصابة بمرض سرطان الثدي هي العامل الذي يميز أفراد المجموعة التجريبية عن المجموعة الضابطة، أما عامل السن فيجب أن يتراوح ما بين خمسة وعشرون(25) إلى خمسة وخمسون(55) سنة. لأن نسبة الإصابة بمرض سرطان الثدي عند النساء عالية في هذه الفترة من العمر. كما أن هذه الفئة تكون أكثر تقبلا للمقاييس المطبقة وأكثر فهما وتعاونا. والجدول الموالي يوضح خصائص المجموعة التجريبية:

الجدول رقم(01): يمثل خصائص المجموعة التجريبية:

الخصائص	العدد	الخصائص	العدد
الحالة المرضية: - استئصال الورم - بتر الثدي - بتر الثديين	 7 41 2	الحالة الاجتماعية: - عزباء - متزوجة - مطلقة	 7 41 2
تطور المرض: - بداية العلاج - حدوث انتكاسة	 20 30	المهنة: - تعمل - لا تعمل	 13 37
المستوى التعليمي: - أمي - ابتدائي - متوسط - ثانوي - جامعي	 3 13 10 19 5	الحالة المادية: - جيدة - متوسطة - ضعيفة	 9 30 11

المجموعة الضابطة (السليمة): وهي تضم خمسون (50) امرأة غير مصابة، تتراوح أعمارهن مابين 25-55 سنة.

والجدول رقم (02): يوضح خصائص المجموعة الضابطة:

الخصائص	العدد	الخصائص	العدد
المستوى التعليمي: - أمي - ابتدائي - متوسط - ثانوي - جامعي	 / 3 6 6 35	الحالة الاجتماعية: - عزباء - متزوجة - مطلقة	 26 23 1
المهنة - تعمل - لا تعمل	 26 24	الحالة المادية: - جيدة - متوسطة - ضعيفة	 5 40 5

4-4- أدوات البحث:

4-4-1- مقياس استراتيجيات المقاومة:

يعتبر كل من "لازاروس" و"فولكمان" (Lazarus et Folkman) أول من وضعا مقياسا لقياس استراتيجيات المواجهة لمواجهة الضغوط، وقد قاما بعدة تعديلات ومراجعات إلى أن خلصا إلى القائمة المتكونة من 67 بندا، وقد قاما بوضع أربعة اختيارات للإجابة وهي: إطلاقا- إلى حد ما- كثيرا- كثيرا جدا. ولاختبار صدق المقياس قاما باستجواب 100 فرد بصفة مستمرة بعدما طُلب منهم وصف وضعية ضاغطة تعرضوا لها، ثم اختيار الإستراتيجية أو الطريقة المتبعة في مواجهة تلك الوضعية الضاغطة.[1] وقد طبقنا النسخة التي قامت بترجمتها من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية الطالبة "طايبي" سنة 1998، وقد استخدمت من بعدها من طرف عدة طلبة في دراساتهم الأكاديمية. ويحتوي هذا المقياس على ثمانية سلالم تحتية، والتي تحتوي بدورها على عدد من البنود هي: التخطيط لحل المشكل، المواجهة، أخذ المسافة، إعادة التقييم الايجابي، التحكم في الذات، لوم الذات، السند الاجتماعي، الهروب. وفي إطار الدراسة الحالية تم حساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية (معامل الاتساق الداخلي)، لأنها أكثر ملاءمة في هذه الحالة نظرا للحالة الصحية للمصابات ومواعيد العلاج، بالإضافة إلى عدد البنود في كل مقياس؛ حيث تم تطبيق المقياس على مجموعة من المصابات بسرطان الثدي، يحملن نفس خصائص المجموعة التجريبية، وتكونت هذه المجموعة من 15مصابة. وبتسجيل نتائج المقياس قمنا بحساب معامل الارتباط لبيرسون حيث: (ن=15) فتحصلنا على: (ر=0.73)، وبالتالي فان العلاقة قوية، ومعامل الارتباط دال إحصائيا، إذن يمكننا القول بأن المقياس ثابت.

---

[1] -Lazarus.R.S,&Folkman.S.F; **Psychological stress and the coping process,** MC,Gow hill,NewYrork,1984, P.329.

4-4-2- مقياس التوافق: صدر هذا المقياس عن مطبعة جامعة "ستانفورد" بأمريكا عام 1934. ويتكون من نسختين؛ الأولى يمتد تطبيقها من تلاميذ المرحلة الإعدادية إلى طلاب التعليم الجامعي، والنسخة الثانية للراشدين، وظهرت الترجمة العربية للنسخة الأولى عام 1960 بعنوان:"اختبار التوافق للطلبة" من إعداد محمد عثمان نجاتي، وتتكون النسخة الأمريكية من 160 بندا، أما النسخة العربية فتتكون من 140 بندا، ويُجاب عنها في حدود ثلاثة اختيارات هي: "نعم، لا،؟"، ويقيس المقياس أربعة جوانب للتوافق هي: التوافق الصحي، التوافق الانفعالي، التوافق المنزلي، التوافق الاجتماعي، بحيث كل جانب يقيسه 35 بندا.[1]

وتم حساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية، واستخدام معادلة "سبيرمان-براون" لتصحيح الطول على عينة حجمها 258 من تلاميذ الثانويات وطلاب الجامعات الأمريكيين، فتراوحت المعاملات بين: 0.80ـ 0.93 للجوانب الأربعة للتوافق والدرجة الكلية. أما الصدق فتم حسابه بقدرة البنود على التمييز بين طرفي التوزيع، وبطريقة التلازم بين الاستخبارات الفرعية وبعض الاستخبارات الأخرى المعروفة في ذلك الوقت وهي استخبارات السيطرة والخضوع، واستخبارات الشخصية لـ "ثرستون"؛ فتراوحت معاملات الارتباط بين: 0.73ـ 0.94.[2]

وقد طبقنا في هذه الدراسة مقياس التوافق في صورته التي قام بتعديلها الأستاذ "بشير معمرية" ليتلاءم مع فئة الراشدين بصفة عامة، مع المحافظة على محتويات البنود، بالإضافة إلى تغيير في ترتيب البنود فقط. ويكون التصحيح في اتجاه سوء التوافق، أي أنه كلما ارتفعت الدرجة على أي جانب من جوانب التوافق الأربعة، دل ذلك على أن المفحوص سيئ التوافق، وكلما انخفضت دل ذلك على حسن التوافق.

---

[1] بشير معمرية، **القياس النفسي وتصميم الاختبارات النفسية للطلاب والباحثين**، (الجزائر: منشورات شركة باتنيت، 2002)، ص.300.
[2] بشير معمرية، المرجع نفسه، ص.301.

وفي إطار الدراسة الحالية تم حساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية لأنها أكثر ملاءمة في هذه الحالة نظرا للظروف التي سبق ذكرها في مقياس استراتيجيات المواجهة، وذلك بتطبيق المقياس على مجموعة من المصابات بسرطان الثدي، لهن نفس خصائص المجموعة التجريبية، وكان عددهن 15 مصابة. وبتسجيل نتائج المقياس قمنا بحساب معامل الارتباط لبيرسون حيث: (ن=15) فتحصلنا على: (ر=0.82)، وبالتالي فان العلاقة قوية، ومعامل الارتباط دال إحصائيا، إذن يمكننا القول أن المقياس ثابت.

4-5- أسلوب التحليل والمعالجة الإحصائية:

لغرض التحقق من فرضيات الدراسة، يجب تحليل البيانات بدقة وتفسيرها، ويتطلب ذلك أساليبا إحصائية مناسبة لدراستنا. وقد استعنا بجهاز الحاسوب لمعالجة البيانات، عن طريق ما يسمى ببرنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، وقد كانت أهم الأساليب الإحصائية المعتمد عليها ما يلي: - معامل الارتباط "لبيرسون" لاختبار ثبات المقياسين،

- المتوسطات الحسابية، والمتوسط الافتراضي، والانحرافات المعيارية لدرجات المجموعات التجريبية، ودرجات عينة البحث (المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة)، - اختبار"ت" (T.test) لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية، ودلالة الفروق بين متوسطات عينة البحث (المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة).

4-6- عرض وتحليل النتائج في ظل الفرضيات:

4-6-1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى:

افترضت الفرضية الأولى من الدراسة الحالية، توقع عدم مقدرة النساء المصابات بسرطان الثدي استخدام استراتيجيات مواجهة فعالة. ولأجل التحقق منها؛ قمنا بحساب

قيمة اختبار"ت" (T.Test) لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية (المصابات)، فيما يخص نتائج اختبار استراتيجيات المواجهة (Coping). فتحصلنا على النتائج التالية:

4-6-1-1- النتائج المتعلقة بفروق متوسطات استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل لدى النساء المصابات بسرطان الثدي:

قيمة المتوسط الحسابي تقدر بـ:(66.78)، وقيمة "ت"(T=4.349)، وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة (0.01)، ودرجة حرية(49)، وبالتالي توجد فروق، حيث كانت هذه الفروق دالة من جهة المتوسط الافتراضي الذي يقدر بـ:(12.5)، وعليه فانه توجد فروق في قدرة النساء المصابات على استخدام استراتيجيات مواجهة متمركزة حول المشكل.

4-6-1-2- النتائج المتعلقة بفروق متوسطات استراتيجيات المواجهة المتركزة حول الانفعال، لدى النساء المصابات بسرطان الثدي:

قيمة المتوسط الحسابي تقدر بـ:(82.92)، وقيمة (T=33.593)، وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة (0.01)، ودرجة حرية (49)، وبالتالي توجد فروق، حيث كانت هذه الفروق دالة من جهة المتوسط الافتراضي الذي يقدر بـ: (12.5)، وعليه فانه وتجد فروق في قدرة النساء المصابات على استخدام استراتيجيات مواجهة متمركزة حول الانفعال.

4-6-1-3- النتائج المتعلقة بفروق متوسطات استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل، والمتمركزة حول الانفعال لدى النساء المصابات بسرطان الثدي:

قيمة المتوسط الحسابي تقدر بـ:(82.92)، وقيمة (T=34.013)، هي قيمة دالة عند مستوى دلالة (0.01)، ودرجة حرية (49)، وبالتالي توجد فروق، حيث كانت هذه الفروق دالة من جهة المتوسط الافتراضي الذي يقدر بـ: (12.5)، وعليه

فانه توجد فروق، في قدرة النساء المصابات، على استخدام استراتيجيات مواجهة متمركزة حول المشكل، ومتمركزة حول الانفعال.

إذن فالفرضية الأولى محققة بصورة نسبية(نسبيا)، والتي تنص على أنه: نتوقع عدم قدرة النساء المصابات بسرطان الثدي، استخدام استراتيجيات مواجهة فعالة.

4-6-2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية:

افترضت الفرضية الثانية من الدراسة الحالية: توقع عدم مقدرة النساء المصابات بسرطان الثدي؛ تحقيق التوافق النفسي الاجتماعي. ولأجل التحقق منها قمنا بحساب قيمة (T.Test)، لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية، فيما يخص نتائج اختبار التوافق فتحصلنا على النتائج التالية:

4-6-2-1- النتائج المتعلقة بفروق متوسطات التوافق الصحي لدى النساء المصابات بسرطان الثدي:

قيمة المتوسط الحسابي تقدر بـ:(39.86)، وقيمة (T=14.436)، وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة(0.01)، ودرجة حرية(49)، وبالتالي توجد فروق، حيث كانت هذه الفروق دالة من جهة المتوسط الافتراضي والذي يقدر بـ:(17.5)، وعليه فانه توجد فروق في قدرة النساء المصابات على تحقيق التوافق الصحي.

4-6-2-2- النتائج المتعلقة بفروق متوسطات التوافق الانفعالي لدى النساء المصابات بسرطان الثدي:

قيمة المتوسط الحسابي تقدر بـ: (38.08)، وقيمة (T=9.95)، وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة (0.01)، ودرجة حرية (49)، وبالتالي توجد فروق، حيث كانت هذه الفروق دالة من جهة المتوسط الافتراضي والذي يقدر بـ:(17.5)، وعليه فانه توجد فروق في قدرة النساء المصابات على تحقيق التوافق الانفعالي.

4-6-2-3- النتائج المتعلقة بفروق متوسطات التوافق المنزلي لدى النساء المصابات بسرطان الثدي:

قيمة المتوسط الحسابي تقدر بـ: (32)، وقيمة (T=8.385)، وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة(0.01)، ودرجة حرية (49)، وبالتالي توجد فروق، حيث كانت هذه الفروق دالة من جهة المتوسط الافتراضي الذي يقدر بـ:(17.5)،وعليه فانه توجد فروق في قدرة النساء المصابات على تحقيق التوافق المنزلي.

4-6-2-4- النتائج المتعلقة بفروق متوسطات التوافق الاجتماعي لدى النساء المصابات بسرطان الثدي:

قيمة المتوسط الحسابي تقدر بـ:(45.7)، وقيمة (T=13.691)، فهي قيمة دالة عند مستوى دلالة (0.01)، ودرجة حرية (49)، وبالتالي توجد فروق، حيث كانت هذه الفروق دالة من جهة المتوسط الافتراضي الذي يقدر بـ:(17.5)، وعليه فانه توجد فروق في قدرة النساء المصابات على تحقيق التوافق الاجتماعي.

4-6-2-5- النتائج المتعلقة بفروق متوسطات التوافق العام (التوافق الصحي والتوافق الانفعالي والتوافق المنزلي والتوافق الاجتماعي) لدى النساء المصابات بسرطان الثدي.

قيمة المتوسط الحسابي تقدر بـ: (115.64)، وقيمة (T=28.17) فهي قيمة دالة عند مستوى دلالة (0.01)، ودرجة حرية (49)، وبالتالي توجد فروق، حيث كانت هذه الفروق دالة من جهة المتوسط الافتراضي الذي يقدر بـ: (17.5)، وعليه توجد فروق في قدرة النساء المصابات على تحقيق التوافق العام.

إذن فالفرضية الأولى محققة نسبيا، والتي تنص على أنه نتوقع عدم قدرة النساء المصابات بسرطان الثدي على تحقيق التوافق النفسي الاجتماعي.

4-6-3- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة:

افترضت الفرضية الثالثة من الدراسة الحالية أنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية، بين متوسطات استراتيجيات المواجهة عند النساء المصابات بسرطان الثدي، والنساء غير المصابات بسرطان الثدي، ولأجل التحقق منها قمنا بحساب قيمة (T.Test)، لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية، والمجموعة الضابطة. فيما يخص نتائج اختبار استراتيجيات المواجهة، فتحصلنا على النتائج التالية:

4-6-3-1- النتائج المتعلقة بفروق متوسطات استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل، لدى النساء المصابات بسرطان الثدي، والنساء غير المصابات به:

قيمة المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة تقدر بـ:(26.68)، أما المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية فيقدر بـ:(16.14)، وقيمة (T=6.976)، فهي قيمة دالة عند مستوى دلالة (0.01)، ودرجة حرية (98)، وبالتالي فانه توجد فروق، حيث كانت هذه الفروق لصالح المجموعة الضابطة، وعليه فانه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل عند النساء المصابات وغير المصابات.

4-6-3-2- النتائج المتعلقة بفروق متوسطات استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال لدى النساء المصابات بسرطان الثدي، والنساء غير المصابات به:

قيمة المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة تقدر بـ:(64.24)، أما المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية فيقدر بـ: (66.78)، وقيمة (T=-0.907)، فهي قيمة غير دالة عند أي مستوى، وبالتالي لا توجد فروق بين المجموعتين، وعليه فانه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال عند النساء المصابات وغير المصابات.

4-6-3-3- النتائج المتعلقة بفروق متوسطات استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل، والمتمركزة حول الانفعال لدى النساء المصابات بسرطان الثدي، والنساء غير المصابات به.

قيمة المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة تقدر بـ: (90.92)، وكذلك المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية فيقدر بـ: (90.92)، وقيمة (T=2.217)، وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة (0.02)، ودرجة حرية (98)، وبالتالي فانه توجد فروق، حيث كانت هذه الفروق لصالح المجموعة الضابطة، وعليه فانه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل، والمتمركزة حول الانفعال لدى النساء المصابات وغير المصابات.

إذن فالفرضية الثالثة محققة بصورة نسبية والتي تنص على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية، بين متوسطات استراتيجيات المواجهة لدى النساء المصابات بسرطان الثدي، والنساء غير المصابات بسرطان الثدي.

4-6-4- عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة:

افترضت الفرضية الرابعة من الدراسة الحالية أنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية، بين متوسطات التوافق النفسي الاجتماعي، عند النساء المصابات بسرطان الثدي والنساء غير المصابات به، ولأجل التحقق منها قمنا بحساب قيمة (T.Test)، لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية، والمجموعة الضابطة. فيما يخص نتائج اختبار التوافق فتحصلنا على النتائج التالية:

4-6-4-1- النتائج المتعلقة بفروق متوسطات التوافق الصحي لدى النساء المصابات بسرطان الثدي، والنساء غير المصابات به:

قيمة المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة تقدر بـ:(30.4)، أما المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية فيقدر بـ:(40.34)، وقيمة (T=-4.618)، وهي قيمة

دالة عند مستوى دلالة (0.01)، ودرجة حرية (98)، وبالتالي فانه توجد فروق، حيث كانت هذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية، وعيه فانه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات التوافق الصحي عند النساء المصابات وغير المصابات.

وبما أن مقياس التوافق يقيس عكس الاتجاه، فان المجموعة التي تكون الفروق لصالحها هي الأقل توافقا، وبالتالي فان المجموعة التجريبية أقل توافقا بالنسبة للتوافق الصحي.

4-6-4-2- النتائج المتعلقة بفروق متوسطات التوافق الانفعالي لدى النساء المصابات بسرطان الثدي، والنساء غير المصابات به:

قيمة المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة تقدر بـ:(35.26)، أما قيمة المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية فيقدر بـ:(38.08)، وقيمة (T=-0965)، وهي قيمة غير دالة عند أي مستوى، وبالتالي لا توجد فروق بين المجموعتين، وعليه فانه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية، بين متوسطات التوافق الانفعالي لدى النساء المصابات، وغير المصابات.

4-6-4-3- النتائج المتعلقة بفروق متوسطات التوافق المنزلي لدى النساء المصابات بسرطان الثدي، والنساء غير المصابات به:

قيمة المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة تقدر بـ:(30.7)، أما قيمة المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية فيقدر بـ:(32)، وقيمة (T=-0.508)، وهي قيمة غير دالة عند أي مستوى، وبالتالي لا توجد فروق بين المجموعتين، وعليه فانه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية، بين متوسطات التوافق المنزلي لدى النساء المصابات، وغير المصابات.

4-6-4-4- النتائج المتعلقة بفروق متوسطات التوافق الاجتماعي لدى النساء المصابات بسرطان الثدي، والنساء غير المصابات به:

قيمة المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة تقدر بـ:(30.12)، أما قيمة المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية فيقدر بـ:(45.7)، وقيمة (T=-5.353)، وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة (0.01)، ودرجة حرية (98)، وبالتالي فانه توجد فروق ، حيث كانت هذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية، وعليه فانه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات التوافق الاجتماعي لدى النساء المصابات، وغير المصابات.

وبما أن مقياس التوافق يقيس عكس الاتجاه، فان المجموعة التي تكون الفروق لصالحها هي الأقل توافقا، وبالتالي فان المجموعة التجريبية أقل توافقا بالنسبة للتوافق الاجتماعي.

4-6-4-5- النتائج المتعلقة بفروق متوسطات التوافق العام (التوافق الصحي، والانفعالي، والمنزلي، والاجتماعي) لدى النساء المصابات بسرطان الثدي، والنساء غير المصابات به:

قيمة المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة تقدر بـ: (126.48)، أما قيمة المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية فيقدر بـ: (156.12)، وقيمة (T=-3.956)، وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة (0.01)، ودرجة حرية (98)، وبالتالي فانه توجد فروق، حيث كانت هذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية، وعليه فانه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات التوافق العام لدى النساء المصابات، وغير المصابات. وبما أن مقياس التوافق يقيس عكس الاتجاه، فان المجموعة التي تكون الفروق لصالحها هي الأقل توافقا، وبالتالي فان المجموعة التجريبية أقل توافقا بالنسبة للتوافق العام.

إذن فالفرضية الرابعة محققة بصورة نسبية، والتي تنص على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية، بين متوسطات التوافق النفسي الاجتماعي لدى النساء المصابات بسرطان الثدي، والنساء غير المصابات به.

4-7- تفسير النتائج:

لقد أكدت نتائج الدراسة الحالية صحة الفرضية الأولى، والتي نصت على توقعنا عدم مقدرة النساء المصابات بسرطان الثدي استخدام استراتيجيات مواجهة فعالة؛ بحيث توجد فروق بين النساء المصابات، في استخدام استراتيجيات مواجهة فعالة، أي وجود اختلافات بينهن، فمنهن من يعتمدن في مواجهة الضغوط على الاستراتيجيات المتمركزة حول المشكل، ومنهن من يعتمدن في مواجهة الضغوط على الاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال.

كما أكدت نتائج هذه الدراسة صحة الفرضية الثانية، والتي نصت على توقعنا عدم مقدرة النساء المصابات بسرطان الثدي على تحقيق التوافق النفسي الاجتماعي؛ بحيث توجد فروق بين النساء المصابات، في قدرتهن على تحقيق التوافق النفسي الاجتماعي، أي وجود اختلاف بينهن في القدرة على تحقيق التوافق النفسي الاجتماعي فمنهم من استطعن تحقيق توافق نفسي اجتماعي، ومنهن من لم يستطعن تحقيق توافق نفسي اجتماعي.

كما بينت نتائج هذه الدراسة أيضا صحة الفرضية الثالثة، والتي نصت على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين استراتيجيات المواجهة عند النساء المصابات بسرطان الثدي والنساء غير المصابات به.

بحيث أوضحت نتائج هذه الدراسة، وجود اختلاف في استخدام نوعي لاستراتيجيات المواجهة عند المجموعتين التجريبية والضابطة، حيث وجد أن النساء السليمات يعتمدن في مواجهتهن للضغوط على الاستراتيجيات المتمركزة حول المشكل؛ أكثر من النساء المصابات. بينما أوضحت النتائج عدم وجود اختلاف في استخدام النساء السليمات، والنساء المصابات لاستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال.

كما بينت نتائج الدراسة الحالية أيضا صحة الفرضية الرابعة، والتي نصت على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات التوافق النفسي الاجتماعي عند النساء المصابات بسرطان الثدي، والنساء غير المصابات به.

فقد أوضحت نتائج هذه الدراسة وجود اختلاف في تحقيق الجوانب الأربعة للتوافق عند المجموعتين، حيث وجد أن النساء السليمات استطعن تحقيق التوافق الصحي عكس النساء المصابات اللائي كان توافقهن الصحي سيئ، كذلك بالنسبة للتوافق الاجتماعي، أين وجد اختلاف بين السليمات والمصابات. أما فيما يخص التوافق الانفعالي والتوافق المنزلي، فان النتائج أوضحت عدم وجود اختلاف بين السليمات والمصابات.

ويمكن تفسير هذه النتائج بكون أن المصابات، لا يستطعن استخدام استراتيجيات مواجهة فعالة (نشطة) (متمركزة حول المشكل)، بسبب طبيعة الحدث الضاغط، والمتمثل في الإصابة بسرطان الثدي، وهذا ما سبب لهن فقدان القدرة على تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي. فسرطان الثدي يعتبر من الأمراض الخطيرة التي تهدد أمن وصحة المرأة، فهو بالتالي يؤثر عليها من الناحية النفسية، والانفعالية، والفيزيولوجية، والاجتماعية...الخ، كونه مرض مهدد لحياتها وأنوثتها. فالسرطان عامة وحسب أغلب المفاهيم يساوي الموت، وبالتالي فإن سرطان الثدي علاوة على أنه مرض خطير ومزمن، فهو يهدد أنوثة المرأة، ومظهرها، وهويتها كباقي النساء، ودورها البيولوجي، والأمومي، ودورها كزوجة مرغوب فيها، فالمرأة المصابة بهذا المرض إذا كانت لها معرفة بالتبعات الصحية للمرض والمآل، وخاصة عند إجراء العملية الجراحية لاستئصال الثدي، فإن الإصابة بهذا المرض مهما كانت درجته ومرحلته، فهو يولد لديها فقدان الأمل في الشفاء، والنظرة التشاؤمية للحياة، والتوقعات السلبية لحالتها الصحية، وقد تمتد هذه الأفكار إلى ما بعد الشفاء لأن بعض النساء يتخوفن حتى على مستقبل بناتهن بأن المرض سيمتد وينتقل وراثيا إلى بناتهن، فلا يتقبلن أن

تعاني بناتهن من هذا المرض الخطير كما عانين هن. بالإضافة إلى التخوفات على مستقبل أبنائهن الصغار خاصة إذا كانت المصابة شابة، كما أن التضايقات من احتمال عدم تقبل الزوج لحالتها ونظرته لها، وعدم فاعليتها كما في السابق.

وفي هذا السياق يعتبر "راي" (1980) (Ray.C)؛ الثدي من الأجزاء المهمة في جسم المرأة، لأنه يرتبط بممارسة الأمومة والرضاعة، وبالممارسات الجنسية، ولهذا يؤثر أي تهديد لثدي المرأة على توجهها الأنثوي. (Rennker.R & Cutler. M 1952)، ويؤثر أيضا على علاقتها بالآخرين، وعلى أدوارها الاجتماعية، ويصاحب الإصابة بسرطان الثدي، حدوث تغيرات نفسية عديدة من أهمها، ارتفاع درجات القلق، وحدوث تغيرات في توجهاتها نحو الذكور، واضطرابات سلوكية لم تكن موجودة لديها قبل المرض.[1]

كما أن المرض يؤثر عليها من ناحية تبعات العلاج من تكاليف العلاج، ومدته، والآثار الجانبية للأدوية المستعملة في العلاج، بالإضافة إلى المعلومات والمعارف التي تملكها المرأة حول المرض بأنه لا يمكن الشفاء منه أو التخلص منه، وحتى وان كان ذلك فهو على حساب عضو حساس وهام بالنسبة للمرأة. وبالتالي فان المرض يمثل موقفًا ضاغطا بدرجة عالية، بالإضافة إلى المدة التي تستغرقها المرأة وهي تعاني من المرض، فهو ليس حدثا مؤقتا، بل يطول أحيانا لسنوات، وهذا ما يفرض على المرأة المصابة، أن تكون استجابتها لهذا الموقف الضاغط مختلفة عن المرأة السليمة، وتكون ومواجهتها لهذا الموقف الضاغط مختلفة عن مواجهة المرأة السليمة للموقف الضاغط الذي يعترضها مهما كانت طبيعته. وقد ذهب "كوهن" 1989 (Cohen) إلى ذلك، حيث اعتبر أن الموقف لكي يكون ضاغطا، يجب أن نحدد طبيعته، ودرجة تهديده للفرد، بالإضافة إلى المدة التي يستمر فيها الموقف الضاغط؛

[1] فيفان أحمد فؤاد علي عشماوي، العلاقة بين التعرض لمثيرات المشقة والإصابة بسرطان الثدي مع إشارة خاصة إلى التأثير المعدل لبعض سمات الشخصية، **رسالة دكتوراه غير منشورة،(** مصر، جامعة القاهرة، 2001)، ص. 9.

بنفس الدرجة وبنفس الحدة. كل هذه العوامل من شأنها أن تحدد نوع الاستراتيجيات التي يستخدمها الفرد لمواجهة المواقف الضاغطة، إما من خلالها حل المشكل، أو من خلالها تخفيف الانفعالات. فإذا كانت الوضعية قابلة للتغيير والتطور، فإن الإستراتيجية الأكثر استخداما في هذه الحالة هي الإستراتيجية المتمركزة حول حل المشكل، أما إذا كانت الوضعية غير قابلة للتعديل أو السيطرة عليها فإن الإستراتيجية المتمركزة حول الانفعال هي المفضلة في هذه الوضعية، كما هو الشأن في حالة الإصابة بأمراض مزمنة أو الأمراض الخطيرة مثل الإصابة بسرطان الثدي.[1]

وقد أكد "لازاروس" و"فولكمان".1984 .(Lazarus et Folkman)، على أن الفرد يقوم باستخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل، في المواقف القابلة للتغيير فهو يحاول تغيير أنماط سلوكه الشخصي، أو يعدل الموقف ذاته، فيعدل سلوكه الشخصي من خلال البحث عن المعلومات حول الموقف أو المشكلة لكي يغير الموقف، أما استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال فهي تشير إلى الجهود التي يبذلها الفرد لتنظيم الانفعالات، وخفض الضغط والضيق الانفعالي، الذي سببه الحدث أو الموقف الضاغط للفرد، عوضًا عن تغيير العلاقة بين الشخص والبيئة.[2]

ويمكن تفسير اعتماد النساء المصابات، على استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال، عكس النساء غير المصابات؛ بطبيعة الموقف الضاغط وهو الإصابة بسرطان الثدي، لأن في هذه الحالة يستحيل إيجاد حل للمشكل أو الخروج منه إذا كانت الإصابة ستطول أو تصاحب الحالة طيلة حياتها، وبالتالي فإن في هذه الحالة تبرز وتظهر الاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال، وتكون أكثر استخداما، وهذا

---

[1] - Schweitzer.M et Dantzer.R, **Introduction à la psychologie de la santé,** Edition PUF, Paris, 1éd, 1994.

[2] - طه عبد العظيم، سلامة عبد العظيم، مرجع سابق، ص: 91.

بسبب لجوء المصابات إلى طرق واستراتيجيات تساهم في التخفيف من حدة الانفعال، ومحاولة تقبل الموقف، والاقتناع بعدم المقدرة على إحداث أي تغيير في الموقف الضاغط، وبالتالي الاستسلام للقدر، حسب تقييماتهن للموقف، غير القابل للتغيير.

وفي هذا الشأن فقد بين "لازاروس" 1981 (Lazarus) أن نوع الاستراتيجيات المستخدم في مواجهة مرض ما، يتوقف على عملية التقدير المعرفي، والذي يساعد الفرد على تقييم مطالب موقف ما قد تعرض فيه للخطر، وبالتالي يحدد استجابته بالمواجهة. ويختلف تقييم نفس الوضع الضاغط من شخص لآخر، لأنه يخضع للسياق المعرفي لدى كل فرد.[1]

والجدير بالذكر أنه لا توجد إستراتيجية مواجهة واحدة تكون فعالة في كل المواقف الضاغطة، ويستخدمها الأفراد في التغلب على كل حدث ضاغط يواجههم في حياتهم، غير أن بعض البحوث تشير إلى أن استراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكلة في مواجهة الضغوط تكون أكثر فاعلية عن الإستراتيجية التي تركز على الانفعال، وهناك دراسات أخرى أوضحت أن فاعلية كل من هاتين الإستراتيجيتين لا يتوقف على نوعيتها، بل أيضا على سياق الموقف، والمصادر الشخصية المتاحة لدى الفرد، وذلك أن كلا من التقييم المعرفي واستراتيجيات المواجهة، يتوسط العلاقة بين الضغط وعملية المواجهة طبقا لنموذج "لازاروس" و "فولكمان" عن الضغوط.

وفي هذه النقطة يذكر "لازاروس" و"فولكمان".(Lazarus et Folkman)، أن استراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكلة، والتي تستهدف تغيير الموقف، تستخدم بشكل ملائم عندما يستطيع الفرد إدارة المشكلة مع البيئة.[2]

---

[1] - Paulhan. I et Bourgeois. M, **Stress et Coping,** Les stratégies d'ajustement à la diversité, PUF,Paris, 1994, P:669.

[2] - طه عبد العظيم، سلامة عبد العظيم، مرجع سابق، ص.93.

فالضغط النفسي إذن ليس استجابة منظمة، بل هو عامل يتأثر بطبيعة الموقف الضاغط وتكراره، وشدته وقدرة الفرد على مواجهة هذا الموقف وفقا لإدراكاته، وتقييماته للموقف الضاغط التي تجعل للوضعية أهمية كبرى من الحدث ذاته، حيث أن معظم الأبحاث في هذا المجال قد توصلت إلى عدم قدرة الأشخاص المعرضين لوضعيات ضاغطة بدرجة كبيرة، ولمدة طويلة؛ الرجوع إلى حالة الراحة الفيزيولوجية والنفسية التي كانوا عليها سابقا، لكون أن الإصابة بمرض خطير ومزمن مثل سرطان الثدي لا تعد تجربة قصيرة المدى أو مؤقتة.[1]

والنساء المصابات بسرطان الثدي؛ كما توصلت إليه نتائج هذه الدراسة يركزن في موجهة المرض(الموقف الضاغط)، على الاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال، وهذا ما يخلق لديهن سوء توافق، عكس غير المصابات.

وكما توصلت إليه نتائج الدراسة الحالية، فإن النساء المصابات بسرطان الثدي لم يستطعن تحقيق توافق صحي بالإضافة إلى التوافق الاجتماعي، أما فيما يتعلق بتوافقهن الانفعالي والمنزلي، فلم تكن هناك فروق بين المجموعتين، كما كان التوافق العام لدى النساء المصابات سيئ مقارنة بغير المصابات، وهذا ما يُفسّر بتدهور الحالة الصحية للنساء المصابات، وما يُعانينه من آلام بسبب المرض بالإضافة إلى تبعات العلاج وأعراضه الجانبية، وهذا فيما يتعلق بالتوافق الصحي.

أما من الناحية الاجتماعية فُوجد أيضا سوء توافق، وهذا يدل أن المصابات لم يستطعن تحقيق توافق مع الوسط الذي يعشن فيه، من أهل وأقارب وأصدقاء وزملاء عمل...الخ، وهذا يفسر بأن مشاعر النساء المصابات تجاه المرض لم تقتصر على الحالة النفسية لهن فقط، وإنما امتدت إلى العلاقة الاجتماعية لهن.

---

[1] - Wortman. B, et al, **Psychologie,** Ed Marry Eman Challe, Paris, 1992,P: 89.

وهذا ما أشار إليه "هارش" " Harsh" بأن مرض السرطان يجعل المريض يميل إلى العزلة والاستسلام، وهذه المشاعر لها أهمية في التعامل مع المريض.، ولابد أن توضع في الاعتبار إلا أنها لا تقتصر على المشاعر النفسية للمريض، بل أنها تنعكس على علاقاته الاجتماعية، مما يؤدي به إلى الإحساس بالكآبة والحزن وبفقد شهيته في بعض الحالات، ليس فقط بسبب ما يتعرض له من علاج ومضاعفات المرض، ولكن ناتج عن حالته النفسية، كما تنعكس حالته النفسية على استجابته للعلاج.

ويرى أنه من العوامل المؤثرة على حالة المريض النفسية وعلاقاته الاجتماعية هي نوع الورم، مدى استقراره، ومدى إمكانية علاجه أو السيطرة عليه، حتى لا ينتشر في باقي أنحاء الجسم، بالإضافة إلى فقدان القدرة على الأداء الوظيفي، أو القيام بالدور المتوقع منه نتيجة للعلاج الذي يتقرر له، وينتج عنه تغيرات في جسم المريض، كفقد الوزن، سقوط الشعر، هذا فضلا عن الضعف العام. بالإضافة إلى عوامل أخرى مثل السن، الجنس، الخبرات السابقة تجاه المرض، الصحة العامة، الصحة النفسية، أفكار وتصور المحيطين بالمريض (الأسرة، المجتمع)، ضغوط الحية من أحداث (الموت الطلاق)...الخ. وبالتالي فان إدراك المريض لحالته المرضية، يعتبر عبئا نفسيا وعادة ما يستجيب المريض برعب، واكتئاب وتستمر هذه الحالة في حياته غالبا.[1]

وبالتالي فإننا نستطيع القول أن النساء المصابات بسرطان الثدي يتأثرن بعدة عوامل في تعاملهن مع المرض وهذه العوامل ممكن أن تكون نفسية، بيولوجية، مادية، ثقافية، زمنية (السن)،...الخ. وبالتالي فإن التعامل مع مرضهن والاستجابة له تكون وفقا للعوامل السابقة، حيث أن المرأة الشابة ستكون استجابتها أكثر تعقيدا

[1]- ماجدة سعد متولي، العلاقة بين استخدام طريقة خدمة الفرد ودرجة التوافق النفسي والاجتماعي لمريضات سرطان الثدي، **رسالة دكتوراه غير منشورة،(** مصر، جامعة حلوان،1987)، ص.29.

وتداخلا عن المرأة الأكبر سنا، نظرا للدور الذي تمثله المرأة الشابة، والمتعلق بالإنجاب والإرضاع والممارسات الجنسية والجاذبية...الخ، وكل هذه الأدوار مرتبطة ارتباطا وثيقا بالعضو المصاب، وهو الثدي لما له من أهمية بالغة بالنسبة لكل دور.

فإذن هذه الإصابة تكون بالغة التأثير بالنسبة للمرأة الشابة، وبالتالي فإن مواجهتها للمرض تكون مركزة بدرجة كبيرة حول الانفعال الناشئ، وكيفية التخفيف من حدته، خاصة بعدما تدرك عدم مقدرتها أو جدواها على إيجاد حل لهذا المرض، أو عدم إمكانية قيامها بدورها كما ينبغي في هذه السن. وبالتالي لا تستطيع المرأة في هذه الحالة تحقيق التوافق سواء من الناحية الصحية أو الانفعالية أو النفسية أو الاجتماعية أو الأسرية.

كما أن العامل الاجتماعي له دور فعال في الاستجابة والتعامل مع المرض حيث أن المرأة المصابة بالسرطان بصفة خاصة، تحتاج بصورة كبيرة إلى المساندة والاهتمام من طرف الزوج، والأهل، والأقارب، والأصدقاء...الخ، وبالتالي فإن غياب أو وجود السند والاهتمام في هذه الحالة يؤثر تأثيرا كبيرا في تعامل المرأة مع المرض وفي مواجهته، وبالتالي سيفرض نمطا معينا من استراتيجيات المواجهة، تتمحور أساسا حول الانفعال للتخفيف منه، وفي هذه الحالة لا يكون هذا النمط من الاستراتيجيات فعال في إيجاد حل للمشكل بصورة نهائية، وإنما يحقق نوعا من الهدوء والاستسلام المؤقت الذي يجب تجديده في كل مرة، وفي كل لحظة؛ عن طريق الاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال، وبالتالي ستكون لحظات يزداد فيها الانفعال ويسوء فيها التوافق النفسي والاجتماعي للمرأة المصابة، ولا تستخدم فيها استراتيجيات تخفيف الانفعال، وبالتالي فإن استراتيجيات الموجهة المتمركزة حول الانفعال لا تعطي حل نهائي للمشكل، وإنما تتدخل فقط في كل مرة يزداد فيها الانفعال لدى المصابة لتحقيق التوافق والسيطرة على الوضعية أو الموقف الضاغط.

هذا الشعور الذي يساور المرأة المصابة بسرطان الثدي، وخاصة إذا اقترنت الإصابة بالمرض بحدوث مضاعفات أو تطورات؛ سيخلق لديها نوعا من سوء التوافق والذي قد يمس الناحية الانفعالية والنفسية، كما يمكن أن يتعدى إلى طبيعة تعاملها وعلاقاتها، وسلوكاتها مع المحيطين بها.

كذلك بالنسبة للعوامل الأخرى مثل الناحية المادية، والتي تؤثر في تعامل المرأة المصابة مع المرض، وخاصة فيما يتعلق بتكاليف العلاج؛ من صور شعاعية، وتحاليل طبية، وأدوية كيماوية، أين توصف للمرضى في بعض الحالات أدوية، يجب اقتناؤها من مدخولهم الخاص، وفي الوقت المحدد، وإذا كانت الناحية المادية للمريضة ضعيفة، فإنها لن تتمكن من توفير الدواء، ولا القيام بالتحاليل ولا الصور الشعاعية، وهذا ما يؤثر سلبا على سير العلاج المطلوب.

كما أن العامل الثقافي بالنسبة للمرأة، ومعرفتها ببعض الأمور حول المرض، قد تؤثر سلبا على تعاملها مع المرض، وخاصة إذا كانت لها نظرة تشاؤمية حول المرض. بمعنى أن السرطان يساوي الموت، ولا جدوى من العلاج، وبالتالي لا مجال للشفاء.

هذه العوامل وغيرها، يمكن أن تؤثر تأثيرا سلبيا على تعامل المرأة مع المرض، ويزيد من حدة الانفعالات لديها، أين يتوجب عليها استخدام استراتيجيات مواجهة متمركزة حول الانفعال، من أجل تحقيق بعض التوافق، كما يمكن أن تكون أوقات تمر على المصابة يزداد فيها الانفعال أكثر، وبالتالي لا تتمكن أثناءها تحقيق التوافق، سواء من الناحية الانفعالية أو الاجتماعية أو الصحية، أو الأسرية.

ويشير"لازاروس" و"فولكمان".(Lazarus et Folkman)، إلى أن استراتيجيات المواجهة الفعالة والناجحة، تعتمد بشكل كبير على مطابقة وتناغم استراتيجيات الموجهة مع خصائص الموقف الضاغط، وأن استراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكلة؛ غالبا ما تكون ملموسة، وقابلة للملاحظة، في حين أن استراتيجيات

المواجهة التي تركز على الانفعال، تتضمن استخدام العمليات المعرفية، وهي عمليات لا يمكن ملاحظتها كما أوضحت بعض الدراسات أن استخدام استراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكل، ترتبط بظهور مستوى منخفض من الضغط النفسي لدى الأفراد، بينما استخدام استراتيجيات المواجهة المتمركزة على الانفعال؛ ترتبط بانخفاض التوافق النفسي لدى الأفراد، عبر الموقف الضاغطة.[1]

ويشير "أنشل" (1997) "Anshel"، إلى أن هناك اختلافا بين استراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكلة، حيث تتضمن محاولات يقوم بها الفرد لانجاز الهدف من المهمة عن طريق فعل أشياء مثل أن يكون الفرد توكيديا، أو السعي نحو السند الاجتماعي، أما استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال، فهي تشير إلى تنظيم الانفعالات لخفض الضغط النفسي والضيق الانفعالي للفرد.[2]

كما يؤكد "جوردن" (E. J. Epping-Jordan et al 1999) على أن التوافق من خلال المساندة الاجتماعية والتركيز على ما هو إيجابي وإقصاء الذات، هي أنماط لها علاقة وطيدة بمستويات أقل من الضيق الانفعالي الناجم عن السرطان.[3]

من خلال ما سبق، نستنتج أن سرطان الثدي يعتبر من الأمراض المزمنة والخطيرة، التي من شأنها أن تخلق ضغطا نفسيا، وخاصة إذا اقترنت بعوامل تعتبر أيضا مصدرا للضغوط النفسية، وهذا ما يفرض على النساء المصابات به واللائي يعشن في ظروف تتعدد فيها العوامل السابقة، استخدام استراتيجيات مواجهة، تستطيع عن طريقها التعامل مع هذه المواقف الضاغطة، كما تساعدها في التخفيف من حدة الانفعالات التي تتعرض لها، والتي تنشأ من عملية تقييمهن للموقف الضاغط الذي يعشنه، وإدراكهن لعدم قدرتهن على إحداث تغيير في الوضع الضاغط، وهذا ما

---

[1]- طه عبد العظيم، سلامة عبد العظيم، مرجع سابق، ص: 94.
[2]- طه عبد العظيم، سلامة عبد العظيم، مرجع سابق، ص: 94.
[3]- شيلي تايلور، مرجع سابق، ص:824.

يؤثر على مستوى التوافق النفسي الاجتماعي لديهن. كما يمكن استنتاج أن النساء المصابات بسرطان الثدي، يختلف استخدامهن لاستراتيجيات المواجهة، عن النساء غير المصابات حيث تستخدم غير المصابات استراتيجيات مواجهة فعالة تتمركز حول حل المشكل، بينما المصابات فيستخدمن استراتيجيات غير فعالة تتمركز حول الانفعال، وبالتالي يوجد سوء توافق نفسي اجتماعي عند النساء المصابات بعكس غير المصابات وهذا ما يفسر نتائج الدراسة الحالية.

قائمة المراجع باللغة العربية:

1- العساف صالح بن حمد: المدخل إلى البحث في العلوم السلوكية، الرياض، دار الزهراء، 2009.

2- بشير معمرية، القياس النفسي وتصميم الاختبارات النفسية للطلاب والباحثين، منشورات شركة باتنيت، الجزائر، ط1، 2002 .

3. شيلي تايلور، علم النفس الصحي، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ط1، 2008.

4. طه عبد العظيم حسين،سلامة عبد العظيم حسين، استراتيجيات إدارة الضغوط التربوية والنفسية، دار الفكر، عمان، الأردن، ط1، 2006.

5- فيفان أحمد فؤاد علي عشماوي، العلاقة بين التعرض لمثيرات المشقة والإصابة بسرطان الثدي مع إشارة خاصة إلى التأثير المعدل لبعض سمات الشخصية، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة القاهرة، مصر، 2001 .

6- محمد السيد عبد الرحمن، علم الأمراض النفسية والعقلية،دار قباء للطباعة،ج2، القاهرة،1999.

7- ماجدة سعد متولي، العلاقة بين استخدام طريقة خدمة الفرد ودرجة التوافق النفسي والاجتماعي لمريضات سرطان الثدي، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة حلوان، مصر، 1987.

8- هناء أحمد شويخ، أساليب تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن الأورام السرطانية، إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، 2007 .

قائمة المراجع باللغة الاجنبية:

9- Haynal A, Pasini W; Abrègè de mèdecine psychosomtique, ed Masson, Paris, 1978 .

10- Lazarus.R.S,&Folkman.S.F;Psychological stress and the coping process, MC,Gow hill,NewYrork,1984 .

11- Paulhan. I et Bourgeois. M, Stress et Coping, Les stratégies d'ajustement à la diversité, PUF,Paris, 1994

12- Schweitzer.M et Dantzer.R, Introduction à la psychologie de la santé, Edition PUF, Paris, 1éd, 1994.

13- Wortman. B, et al, Psychologie, Ed Marry Eman Challe, Paris, 1992