

إستراتيجيات التعامل، مركز تحكم الألم والدعم الاجتماعي المدرك لدى حالتين عياديتين
مشخصتان بسرطان الثدي بمستشفى الزهراوي ولاية المسيلة

Coping style, Pain locus of control and Perceived Social Support among two women
with breast cancer in Zahraui hospital of M'sila city.

خرخاش أسماء*

1 جامعة المسيلة، asma.kharkhache@univ-msila.dz

تاريخ الاستلام: 2019/09/09 تاريخ القبول: 2019/01/07 تاريخ النشر: 2019/01/17

ملخص: يهدف البحث لفحص كل من نوع إستراتيجية التعامل، مركز تحكم الألم و إدراك الدعم الاجتماعي لدى حالتين تم تشخيصهما بسرطان الثدي في مستشفى العمومي الزهراوي بولاية المسيلة، وباستعمال المنهج العيادي، تم توصل إلي النتائج التالية:

تتقارب الحالة 1 والحالة 2 في العمر والمستوي الدراسي وكذلك تتشابه في المشاكل الاقتصادية الأسرية أهمها ما يتعلق بمصاريف التنقل والعلاج. أيضا تحققت الفرضية الأولى لدى كل من الحالتين حيث تستعملان إستراتيجية التعامل المتمركزة على الانفعال، بينما لم تتحقق الفرضية الثالثة في كلتا الحالتين فالبعد السائد من أبعاد الدعم الاجتماعي المدرك لهما هو أشخاص مميزين.

بينما تختلف الحالتين في نتائج الفرضية الثانية حيث تحققت في الحالة 1 بينما الحالة 2 البند السائد في مركز تحكم الألم هو الحظ. كما اختلفتا في نقاط عديدة فالحالة 1 متزوجة ولها أولاد وزوج بينما الحالة 2 أرملة يكفلها أباها. وبالتالي الوضعية الاقتصادية والأسرية للحالة 1 أحسن من الحالة 2. كلمات مفتاحية: إستراتيجية. التعامل. المتمركزة. حول. المشكل، إستراتيجية. التعامل. المتمركزة. حول. الانفعال، مركز. تحكم. الألم ، إدراك. الدعم. الاجتماعي، المصابة. بسرطان. الثدي.

Abstract: We used the clinical method to examine the strategies of coping style, pain locus of control and Perceived Social Support at two cases of women with breast cancer in El Zohraui hospital of M'sila city.

*المؤلف المرسل: خرخاش أسماء، الإيميل: asma.kharkhache@univ-msila.dz

The result shows that the two cases are similar in: realization of the first hypotyse in both of cases of this study, whatever the third hypotyse is not released in al two cases.

But the two cases differ in: the second hypotyse is released only in case 1. Also the case 1 is a married woman with Childs and husband. Whatever the case 2 is a widow woman live with her poor brother. That meant the economic situation of the case1 better than case 2.

Keywords: coping style focus on the emotion, coping style focus on the problem,. Pain locus of control, Perceived Social Support, women with breast cancer

Résumé : On utilise la méthode clinique, nous examinant le type de stratégie de coping, Locus de control de la douleur et le soutien social perçu chez deux femmes atteint le cancer du sein a l'hôpital El Zohraui de M'sila. Les résultats de l'entretien et les échelles montre des point de similitudes entre les deux cas sont : la première hypothèse et réalise pour les cas. Mais la troisième hypothèse n'est pas réaliser chez les deux cas aussi.

En revanche les points de différences entre les deux cas sont : la deuxième hypothèse n'est pas réalisée que pour cas1. Ce dernier, c'est une femme marie vie avec ses enfant et son marie, Par contre le cas2 c'est une veuve qui vit avec son frère pauvre. Toute montre que la situation économique du cas1 meilleur que cas2.

Mots clés : la stratégie de coping centre sur le problème, la stratégie de coping centre sur l'émotion, stratégie de coping, Locus de control de la douleur, le soutien social perçu, femme atteint du cancer du sein.

مقدمة

إن المرض من أشرس الأعداء الذين حاربهم الإنسان من اجل البقاء، ولعل مرض السرطان أخطرها بل هو في اعتقاد معظم الناس مرادف للموت المحتوم. فبمجرد إعلان خبر تشخيص السرطان يعد في كثير من الحالات صادم لعائلة المصاب والمحيطين به كالعائلة، الأصدقاء وحتى الفريق الطبي، فما بالك بالمصاب في حد ذاته!

كما تسلط هذه الدراسة الضوء على مرحلة ما بعد التشخيص للمصابة بسرطان الثدي وذلك بفحص العديد من المتغيرات النفسية والاجتماعية، فالمصابة بالسرطان تتدخل لديها خبرات سابقة حول المرض و حول الظروف الأنبية لتلقي الخبر (كالمكان والأشخاص المرافقين لها وكيفية تلقيه للخبر...الخ)، كل هذا ومؤثرات أخرى ككيفية تعاملها مع ضغط الإصابة بمرض المزمن، فالتعامل هو استجابة للضغوط الخارجية والداخلية وتقليص آثاره على صحة وتوازن الفرد النفسي والجسدي والاجتماعي. مع هذا

المرض، أيضا مركز تحكم في الألم حيث يشير إلى الاعتقادات الخاصة التي يحملها الفرد حول التحكم في الألم الذي يختبرها. نضيف إلى ما سبق مدى إقامة الفرد لعلاقات اجتماعية في البيئة المحيطة به، والشعور بالسند الذي تقدمه له هذه العلاقات.

فالسرتان رغم خطورته إلى انه هناك قفزات نوعية في مجال علاجه والتعايش معه، فلو يبقي المصاب حبيس حزنه وغضبه ولم ينتهج إستراتيجية تعامل فعالة، تنبثق من اعتقاد تحكم داخلي، والتواصل مع الأخر وإدراك الدعم الاجتماعي الموفر لديه، سيفشل ويستسلم بسهولة لهذا المرض.

الإشكالية:

العديد من الدراسات حاولت فحص الاستجابات الفورية للحالات المشخصة بمرض السرطان وذلك لأنها تحدد لاحقا تعامله مع المرض، أي أن لحظة الإعلان عن تشخيص مرض ما هي التي تحدد بدايته حتى وإن ظهرت الأعراض منذ وقت طويل، مما يدل على أهمية ووقوع هذه المرحلة ليس فقط على الوضع الصحي للمصاب، بل وعلى مصيره أيضا (بوعامر وقحموص، 2017، ص 246). هذا ما وضحته الدراسة التي قام بها كل من و Jonson Jadie و PH.D Palensky (2004) لمحاولة فهم كيفية تعامل النساء مع نبا تشخيصهم وما هي الاستراتيجيات المتخذة لذلك (Palensky, 2004).

كما عملت العديد من الدراسات أيضا على فهم أسباب مرض السرطان والعوامل المساعدة لظهوره وكذلك تدعيم عوامل الحماية لمواجهته. فالعوامل النفسية تتدخل في تطور المرض والعكس ما يؤكدته Weinman و Horne (1990) ببريطانيا أن الأمراض الجسدية المزمنة يمكن أن تعجل بظهور تدهورات على مستوى الصحة الجسمية والنفسية، ويكون لها أثر عميق على التوافق النفسي مع المرض المتمثل في رفض المرض، وعدم قبول العلاج، وعدم الالتزام بالحماية، ورفض تناول الدواء والقيام بالفحوصات الدورية والعلاج المنتظم (Horne & Weinman, 1999, pp 564-535).

وفي هذا الصدد تظهر أهمية فحص نوع استراتيجيات التعامل لدى المصاب بالسرطان كدراسة هيلتون (1989) التي هدفت إلى بحث العلاقة بين التقييم الأولي و استراتيجيات التعامل، وهذا لدى 277 مريضة سرطان وأشارت النتائج إلى أن المريضات اللواتي قيمن السرطان على أنه مرض مرعب، واللواتي خفن من تكرار المرض واستعملن استراتيجيات الهروب والتجنب، ولم تكن لديهن ميول إلى إعادة التقييم الايجابي للوضعية. كما أنهن لم يقبلن المسؤولية على هذه الموضوعية، وكان لديهن اعتقاد بعدم القدرة على التحكم في تطور المرض (Cousson- Gelie, 2001).

بالمقابل نجد دراسة Taylor et al (1992) التي هدفت إلى معرفة بعض استراتيجيات التعامل الفعالة مع المشكلات المتعلقة بمرض السرطان. وتضمنت الدراسة 603 مريض مصاب بالسرطان واستخدم في هذه الدراسة قائمة أساليب المواجهة، كما سئل المرضى حول أكثر النواحي التي تشكل ضغطا نفسيا بالنسبة لهم. وتبين من النتائج أن الخوف وغموض المستقبل كان أكثر شيوعا (41%) يتبعها ما يفرضه السرطان من قيود على القدرات الجسمية للمريض، وعلى مظهره وأسلوب حياته (24%)، ثم إدارة الألم (12%)

بعد ذلك طلب من المرضى أن يذكروا استراتيجيات التعامل التي استخدمت في مواجهة هذه المشكلات . وقد كشف الباحثون عن خمس استراتيجيات هي: السعي للمساعدة الاجتماعية واستخدامها مثل: تحدثت مع احدهم كي أعرف أكثر حول الموضوع، الإقصاء، مثل: لم أدع المرض ينال مني، الهروب المعرفي/التجنب مثل: تمنيت لو أختفي من الموقف كله، التركيز الايجابي مثل: خرجت من الموقف بأفضل مما دخلت فيه الهروب السلوكي/التجنب مثل: محاولة تجنب الموقف من خلال الطعام أو الشرب أو النوم.

ويعتبر التكيف من خلال المساعدة الاجتماعية، والتركيز على ما هو إيجابي، وإقصاء الذات، هي أنماط لها علاقة وطيدة بمستويات أقل من الضيق الانفعالي الناجم عن السرطان ، أما المرضى الذين تعاملوا مع مشكلاتهم المتصلة بالسرطان من خلال استراتيجيات التجنب أو الهروب المعرفي والسلوكي، فقد أظهروا ضيقا انفعاليا أكبر (Nezu et al, 2003, p56).

أيضا يعد مركز التحكم احد العوامل النفسية التي يقدمها الفرد لتفسير أسباب إصابته بالمرض، حيث العديد من العوامل متداخلة في نشأة هذا الاعتقاد، وتختلف نتائج الدراسات باختلاف ثقافة ومجتمع العينة أو الحالات المدروسة. فقد خلصت الدراسة التي قام بها Marks وآخرون (1986) حول العلاقة بين مركز ضبط الصحة، والتكيف مع مرض السرطان. حيث جاءت مؤكدة لدور مركز الضبط الداخلي في مواجهة هذا المرض مواجهة صحيحة، بمعنى أن المرضى الذين يشعرون بإحساس التحكم والسيطرة على حياتهم ومرضهم، حققوا أعلى مستويات من التكيف(يخلف، 2001، ص97). وبالتالي فذوي التحكم الداخلي أكثر فعالية في مواجهة هذا المرض والذي يعتبر احد أنواع الضغوط المزمنة التي يواجهها الإنسان. ومن عوامل الحماية المساعدة لمجابهة هذا المرض نجد الدعم الاجتماعي المدرك حيث تم فحصه في دراسة shildon Cohen وآخرون (1997) حول قوة تأثير الدعم الاجتماعي في تعزيز الاستجابة المناعية: تضمنت الدراسة عينة قوامها 276 فرد تراوحت أعمارهم بين 18 و 55 سنة تعرضوا لفيروس البردRhinovirus وفقا لاجراءات تجريبية وإكلينيكية دقيقة، وقد أظهرت النتائج أن 40 % من الذين تعرضوا للفيروس أصيبوا بنزلة برد وكان أغلبيتهم من الأفراد الذين ليس لديهم علاقات اجتماعية وثيقة وكان أقوى دليل على أهمية الدعم الاجتماعي في تحسن فعالية المناعة هو ما كشفت عنه تحاليل إحصائية إضافية، حيث وجد أن الأفراد الذين يعتمدون على شبكة من العلاقات الحميمة مع أفراد الأسرة والأصدقاء المقربين لهم، ويتلقون دعما اجتماعيا وعاطفيا جيدا كانوا أقل عرضة للإصابة بالعدوى أكثر بكثير من غيرهم الذين يفتقرون إلى الروابط الاجتماعية الوثيقة ولا يتلقون الدعم الاجتماعي الجيد (يخلف، 2001، ص 144-145).

ناهيك عن دراسة Prun وآخرون (1988) التي تناولت العلاقة بين إدراك التحكم في المرض والتكيف النفسي، وقد برهن الباحثون أن ما بين امرأة مصابة بسرطان الثدي، واللواتي كان لديهن إحساس

بالتحكم في تطور المرض وتلقين دعم اجتماعي أكثر، كان لديهم تقدير ذات عالي وأبدين آمم جسيمة، وقلق وأحاسيس سلبية أقل (Cousson- Gelie, 2001) على الرغم من وجود أنواع من السرطانات تحتاج إلى رعاية خاصة وتشخيص مبكر إلا انه لا يمكننا إنكار وجود عوامل أخرى تؤثر على الحالة الصحية للفرد كالدعم الاجتماعي، العمل، الجنس والحالة المادية (Diana et al, 2010). وعليه فان فحص كل من استراتيجيات التعامل. مركز التحكم الألم والدعم الاجتماعي لدى المصابة بسرطان الثدي المشخصة حديثا. سيقدم فهم أدق للظروف النفسية والاجتماعية لها، حيث يساعد الأمر في التدخل العلاجي لاحقا. حيث تأتي هذه الدراسة لفحص متغيرات: استراتيجيات التعامل، مركز تحكم الألم، الدعم الاجتماعي المدرك وذلك لفهم المصابة ومساعدتها بذلك على التكفل النفسي الفعال ما يساعد بالموازاة العلاج الطبي لاحقا. ما يدفعنا من كل ما سبق على طرح التساؤلات التالية:

ما هو نوع إستراتيجية التعامل لدى الحالات المدروسة.

ما هو البعد السائد لوجهة مركز تحكم الألم لدى الحالات المدروسة.

ما هو البعد السائد لإدراك الدعم الاجتماعي لدى الحالات المدروسة.

فرضيات الدراسة

1- نوع إستراتيجية التعامل لدى الحالات المدروسة هي المتمركزة على الانفعال.

2- البعد السائد من أبعاد مركز ضبط الألم لدى الحالات المدروسة هو بعد ذوي النفوذ.

3- البعد السائد من أبعاد إدراك الدعم الاجتماعي لدى الحالات المدروسة هو الأسرة.

أهداف الدراسة

1- التعرف على نوع إستراتيجية التعامل لدى الحالات المدروسة.

2- التعرف على وجهة مركز تحكم الألم لدى الحالات المدروسة.

3- التعرف على إدراك الدعم الاجتماعي لدى الحالات المدروسة.

أهمية الدراسة

تكمن الأهمية العلمية لهذه الدراسة في تناول موضوع سرطان الثدي لدى السيدات، من خلال نظرة متعددة الأوجه ومعقدة من خلال فحص متغيرات نفسية أي سيكولوجية كمركز ضبط الألم وإستراتيجيات التعامل ومتغيرات الاجتماعية كالدعم الاجتماعي المدرك والمتغيرات الديمغرافية كالجنس، السن، الحالة الاجتماعية، وكل هذه العوامل تؤثر في عملية التكيف مع مرض السرطان. كما و يمكن أن تقدم هذه الدراسة صورة علمية للمهتمين والعاملين في المجال النفسي والطبي، وذلك لتقديم برامج وخطط علاجية من شأنها مساعدة المرضى على التكيف الجيد مع المرض.

المنهج المستخدم:

في هذه الدراسة استعملنا المنهج العيادي الذي يتأسس على دراسة الحالة الذي يتوافق وما نهدف إليه من تقديم وصفا دقيقا للعديد من المتغيرات النفسية لدى حالتين مصابة بالسرطان. حيث أن تعريف دراسة الحالة ليس بسيط، ويمكن تعريفه وبصفة مؤقتة على انه كمقاربة منهجية والتي تحوي دراسة شخص، مجتمع، منظمة، أو مؤسسة فردية. وكما يدل اسمها فدراسة الحالة تستغرق في وحدة خاصة مهما كانت (Benoît, 2009, p200).

مفاهيم البحث:

1.تعريف مرضى سرطان الثدي:

هم المصابين بمرض السرطان الثدي والذي تم تشخيصه من طرف الأطباء اعتمادا على التحاليل الطبية بمستشفى الزهراوي ولاية المسيلة مصلحة كشف ومتابعة الأورام.

2.مصطلح استراتيجيات التعامل Les Stratégies de coping:

1.2.تعريف مصطلح استراتيجيات التعامل Les Stratégies de coping: تعددت التعاريف لهذا المفهوم والأمر يرجع إلى تعدد النظريات والبحوث حوله حيث اقترح أكثر من ثلاثين تعريف لهذا المفهوم. حيث يعرف في معجم علم النفس الكبير "السيرورة النشطة التي يقوم بها الفرد وذلك بواسطة التقييم الذاتي لنشاطاته الخاصة، ودوافعه لمواجهة وضعية ضاغطة والنجاح في التحكم بتلك الوضعية (Anaut, 2003, p65). ويعرفها Lazarus et Folkman (1984): "هي كل المجهودات المعرفية والسلوكية للشخص، المتغيرة والغير ثابتة، من أجل تهيئة (إنقاص، خفض، مراقبة، السيطرة أو التسامح اللبونة)، مع المتطلبات الداخلية أو الخارجية (والصراع بينهما) والتي تكون بالتفاعل بين فرد-محيط. والتقييم يكون كاجتياز لمصادره الخاصة ". فالتعامل هو استجابة للضغوط الخارجية والداخلية وتقليل آثاره على صحة وتوازن الفرد النفسي والجسدي والاجتماعي. وتتكون في البحث الحالي من نوعين من الاستراتيجيات هما:

1.1.2.إستراتيجية التعامل المتمركزة حول المشكل: تشير إلى المجهودات لتغيير الظروف الضاغطة الناتجة عن التفاعل فرد-بيئة، يعني التركيز على المشكل، وحسب Shafer (1992) فهي تشير لتلك الجهود التي يبذلها الفرد وهو يحاول التعامل الفعال مع الضغط النفسي، أو مع الموقف الضاغط مباشرة وتتكون من:

-إستراتيجية حل المشكل: تشير إلى مجهودات مدروسة ترتكز على المشكل بهدف تغيير الوضعية ويصاحبها تناول تحليلي لحل المشكل

-البحث عن السند الاجتماعي: المساندة الاجتماعية هي الإمكانيات الفعلية أو المدركة للمصادر المتاحة في البيئة الاجتماعية للفرد التي يمكن استخدامها للمساعدة في أوقات الضيق. ويتزود الفرد بالدعم

الاجتماعي من خلال شبكة علاقاته الاجتماعية التي تضم كل الأشخاص الذين لهم اتصال اجتماعي بشكل أو بآخر مع الفرد، وتضم في الغالب الأسرة والأصدقاء وزملاء العمل الحياة.

2.1.2. إستراتيجية التعامل المتمركزة حول الانفعال: تشير إلى الأفكار والأفعال التي تهدف إلى تقليص الأثر الانفعالي للضغط تتكون من:

- إستراتيجية التجنب: تشير هذه الإستراتيجية للتفكير الخيالي والمجهودات السلوكية للتهرب من المشاكل أو تجنبها.

- إستراتيجية إعادة التقويم الايجابي: تشير للمجهودات المعرفية لتغيير المعنى الذاتي للتجربة من خلال إعادة تقييم الوضعية والاهتمام بالجوانب الايجابية للحدث ووضع معنى ايجابي.

- إستراتيجية اتمام الذات: تتضمن إستراتيجية الوعي بالمسؤولية الشخصية في المشكل، ومحاولات للاستدراك، اعتراف الفرد بدوره في المشكلة وما يصاحب من محاولات من طرفه لجعل الأشياء صحيحة (Graziani, 1996, p101)

2.2. التعريف الإجرائي: وتُعرّف إجرائيا بأنها مجموعة الدرجات التي يتحصل عليها الفرد في مقياس استراتيجيات التعامل لـ Paulhan et al, (1994) المستعمل في هذا البحث.

3. مصطلح مركز تحكم الألم:

1.3. تعريف مصطلح مركز تحكم الألم:

يشير إلى الاعتقادات الخاصة التي يحملها الفرد حول التحكم في الألم الذي يختبره. ويشمل مركز ضبط الألم ثلاثة أبعاد:

1.1.3. البعد الداخلي: يشير إلى الاعتقاد أن سلوكيات الفرد الخاصة هي التي تؤثر على التحكم في الألم.

2.1.3. بعد ذوي النفوذ: يشير إلى الاعتقاد أن سلوكيات وأفعال الأشخاص الآخرين (كالأطباء، ممرضين، عائلة، أصحاب الدين) تؤثر على التحكم في الألم.

3.1.3. بعد الحظ: يشير إلى الاعتقاد أن التحكم في الألم يستند بشكل كبير على عامل الحظ (Keck, 2006).

2.2. التعريف الإجرائي: ويعرف مركز ضبط الألم إجرائيا في هذه الدراسة، على أنه الدرجة التي يحصل عليها مريض السرطان في مقياس مركز ضبط الألم متعدد الأبعاد الخاص المستعمل في الدراسة.

4. مصطلح الدعم الاجتماعي المدرك:

1.4. تعريف مصطلح الدعم الاجتماعي المدرك: هو مدى إقامة الفرد لعلاقات اجتماعية في البيئة المحيطة به، والشعور بالسند الذي تقدمه له هذه العلاقات، وهو يعني إدراك الفرد لوجود سند مادي أو معنوي أو معلوماتي أو توجيحي من خلال علاقاته الاجتماعية في الوسط الأسري، أو وسط الأصدقاء وغيرها من الأوساط التي يتعامل معها الفرد (أثناء العمل، الدراسة، العلاج،... الخ) سواء في مواقف السراء أو

مواقف الضراء ومدى تأثير ذلك على حالته البيولوجية، ويقاس الدعم الاجتماعي المدرك بالدرجة المتحصل عليها على اختبار Zimet.

2.4. أنواع للدعم الاجتماعي المدرك المقدم للفرد هي: أشخاص مميزين بالنسبة للفرد، الأسرة والأصدقاء (Janie & Gregory, 2000)

3.3. التعريف الإجرائي: ويعرف الدعم الاجتماعي المدرك إجرائيا في هذه الدراسة، على أنه الدرجة التي يحصل عليها مريض السرطان في اختبار Zimet.

مجال الدراسة:

1. المجال البشري:

طبقت الدراسة الحالية على حالتين مشخصتين بمرض السرطان من طرف مصلحة كشف ومتابعة الأورام، بمستشفى الزهراوي ولاية المسيلة، وكلاهما ذات جنس أنثي، وفي الاربعينيات من العمر، أيضا كلاهما ماكنات في البيت.

2. المجال الزمني:

طبقت الدراسة الحالية خلال الموسم الجامعي 2018/2019 تحديدا من شهر أكتوبر 2018 إلى شهر فيفري 2019.

3. المجال المكاني:

طبقت الدراسة بمصلحة كشف ومتابعة الأورام، بمستشفى الزهراوي ولاية المسيلة بمساعدة الأخصائية النفسانية المتابعة بالمصلحة.

أدوات البحث:

1. المقابلة النصف موجهة: والتي تعتبر مزيجا من المقابلة الموجهة التي تطرح فيها أسئلة تتطلب إجابة دقيقة ومحددة، و المقابلة الغير موجهة والتي يقوم فيها الباحث بطرح أسئلة غير محددة الإجابة (سامي، 2007، ص295)

تتكون المقابلة من نوعين من الأسئلة بعضها مغلق يتطلب وضع إشارة فقط (x) وأغلب هذه الأسئلة مفتوحة، قسمت هذه الأسئلة إلى محورين:

المحور الأول: أين تطلب البحث عن معلومات عامة عن الأسرة: المستوى الثقافي الاقتصادي، الاجتماعي للأسرة عموما.

أما المحور الثاني يتركز على إعلان تشخيص الإصابة بالسرطان للحالة قبل/ أثناء/بعد... والهدف هو التقصي عن ظروف معيشة الحالة المحيطة بها.

2.المقاييس

1.2.مقياس استراتيجيات التعامل لـ (Paulhan et al, 1994):

تم ترجمة المقياس إثر خطوات تكييفه على البيئة الفرنسية، من طرف مخبر اللغات بجامعة "Bordeaux"، ثم تطبيقه على عينة مكونة من (501) راشد بين طلاب وعاملين من كلا الجنسين (172 رجل، و329 امرأة) تتراوح أعمارهم ما بين 20-35 سنة بإتباع نفس التعليمية . وباستعمال التحليل العامل مع (Rotation varimax) تم التوصل إلى نتيجتين:

-بنود الاختبار تأخذ بعين الاعتبار محور عام للتعامل الذي يضم استراتيجيات التعامل مركزة حول المشكل، وأخرى مركزة حول الانفعال .

-وجود أبعاد خاصة للمواجهة تتمثل في خمس مستويات مكونة للصورة النهائية للسلم وهي: حل المشكل، التجنب، البحث عن السند الاجتماعي، إعادة التقييم الايجابي، واتهام الذات.

وفي دراستها حول صدق المقياس تم استجواب (100) فردا، منهم (52 امرأة، 48 رجل) تتراوح أعمارهم بين 40-65 سنة وذلك كل شهر، ولمدة سنة، وكان يطلب منهم وصف وضعية ضاغطة والإشارة إلى نوع الاستراتيجيات التي استعملوها لمواجهة تلك الوضعية . (Paulhan et al, 1994, p113). يطبق مقياس Paulhan. وآخرون بصفة فردية أو جماعية. علما بأن الاستراتيجيات موضوعة في جدول مرقم من البند

(1) إلى البند (29)، ويجيب الفرد حسب سلم متدرج مؤلف من أربعة احتمالات، وهي: (نعم/تقريبا نعم/لا/تقريبا لا).

يضم هذا المقياس خمسة مستويات، يحتوي كل مستوى على عدد معين من البنود، وهي كالاتي:

إستراتيجية حل المشكل، وتضم (08) بنود وهي (01، 04، 06، 13، 16، 18، 24، 27).

إستراتيجية التجنب، وتضم (07) بنود وهي: (07، 08، 11، 17، 19، 22، 25).

إستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي، وتضم (05) بنود وهي: (03، 10، 15، 21، 23).

إستراتيجية إعادة التقييم الايجابي، وتضم (05) بنود وهي: (02، 05، 09، 12، 28).

إستراتيجية اتهام الذات، وتضم (04) بنود وهي: (14، 20، 26، 29).

على العموم لا يتم وضع وقت معين ومحدد للإجابة على أسئلة المقياس مع مراعاة أن لا تطول مدته بشكل مبالغ فيه، وقد وجد أن مدة تطبيق المقياس تتراوح بين (5) و (7) دقائق. يتم تنقيط وفق سلم متدرج من (1) إلى (4)، إذ تمنح النقاط وفق التالي: لا : نقطة واحدة، تقريبا لا : نقطتين، تقريبا نعم: ثلاث نقاط، نعم: أربع نقاط. وهو تنقيط معتمد في جميع البنود ما عدا البند (15) الذي يكون تنقيطه

بعكس البنود الأخرى أي من (4) إلى (1) (Paulhan et al, 1994, p113)

خصائص السيكمترية للمقياس:

للتأكد من خصائص مقياس استراتيجيات التعامل قامت الباحثة بدراسة صدق والثبات للمقياس على عينة عددها (30 فرد) في إطار دراستها لنيل شهادة الدكتوراه.

صدق المقياس: للتأكد من الصدق البنائي قامت الباحثة بحساب معامل الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية لكل نوع من المقياس لعينة عددها (30 فرد). تم اختيارهم عشوائيا. الجدول الموالي يوضح معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية للمقياس. فقد قامت الباحثة بحساب معامل الارتباط باستعمال (SPSS).

الجدول رقم (01): معاملات الارتباط بين درجة كل بند مكون الاستراتيجيات المتمركزة حول المشكل والدرجة الكلية الاستراتيجيات المتمركزة حول المشكل.

مستويات الاستراتيجيات المتمركزة حول المشكل	معامل الارتباط	مستوي الدلالة
إستراتيجية حل المشكل	0,932**	0,01
إستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي	0,865**	0,01

نلاحظ من خلال النتائج المتحصل عليها أن كل من البعدين المكونين الاستراتيجيات المتمركزة حول المشكل جاءت موجبتين ودالتين إحصائيا عند (0.01) مما يؤكد صدق المقياس. في ما يتعلق الاستراتيجيات المتمركزة حول المشكل.

الجدول رقم (02): معاملات الارتباط بين درجة كل بند مكون الاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال والدرجة الكلية لاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال.

مستويات الاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال	معامل الارتباط	مستوي الدلالة
إستراتيجية التجنب	0,705**	0,01
إستراتيجية إعادة التقييم الايجابي	0,448*	0,05
إستراتيجية اتهام الذات	0,955**	0,01

نلاحظ من خلال النتائج أن كل البنود جاءت موجبة ودالة عند (0.01) ما عدا إستراتيجية إعادة التقييم الايجابي جاءت دالة عند (0.05) ، مما يؤكد على صدق المقياس فيما يتعلق باستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال. وكذا الاستراتيجيات المتمركزة حول المشكل ومما نستدل عن صدق المقياس ككل.

ثبات المقياس: للتأكد من ثبات مقياس استراتيجيات التعامل ، قامت الباحثة بحساب بطريقة التجزئة النصفية من خلال حساب معامل ارتباط Person باستعمال (SPSS) بين درجات العينة على بنود العبارات الزوجية وبنود العبارات الفردية للعينة حيث عددها (30 عينة). تم اختيارهم عشوائيا. حيث بلغ معامل ارتباط Person (R=0.72) وهو دال عند مستوى الدلالة (0.01). وبعد تصحيحه بمعادلة

Guttman Split-Half بلغ معامل (R=0.83) وهو معامل مرتفع وذلك يدل على أن المقياس ثابت. (خرخاش، 2018، ص ص 224-225).

2.2. مقياس مركز التحكم الصحة الخاص بالألم :

أعد والستون سنة 1978 مقياس مركز تحكم الصحة متعدد الأبعاد، وتم تقديمه على شكل اختبار مكون من 18 بنداً يشمل الشكل C.B.A.

ولقد استخدم في هذه الدراسة (الشكل C) الذي صمم لقياس معتقدات مركز التحكم في الحالات الطبية الخاصة باعتباره الأنسب لهذه الدراسة كونها تحوي على حالات مرضية، تتمثل في مرضى السرطان وليتماشى المقياس مع هدف دراستنا هاته، تم استبدال كلمة " حالة " "Condition" الموجودة في كل بند من بنود المقياس باسم الحالة الطبية المراد دراستها وهي الألم. المقياس يتكون من 18 بنداً، وله ثلاثة أبعاد أساسية يحتوي كل بعد على ستة بنود باستثناء بعد ذوي النفوذ الذي ينقسم إلى بعدين جزئيين هما: بعد الأطباء، بعد الأشخاص الآخرون.

* البعد الداخلي ويشمل البنود التالية: 1-6-8-12-13-17.

* بعد الحظ، ويشمل البنود التالية: 2-4-9-11-15-16.

* بعد ذوي النفوذ: أ. بعد الأطباء ويشمل البنود التالية: 3-5-14.

ب. بعد الأشخاص الآخرون ويشمل البنود التالية: 7-10-18.

يجيب الأفراد على هذا المقياس حسب خمسة درجات انطلاقاً من موافق تماماً إلى موافق إلى غير متأكد إلى غير موافق إلى غير موافق تماماً، ويتم تصحيح المقياس بوضع علامة 5 لموافق تماماً، 4 لموافق، 3 لغير متأكد، 2 لغير موافق، 1 لغير موافق تماماً.

ولمعرفة اتجاه مركز الضبط يحسب مجموع نتائج البنود المتعلقة بكل بعد (مرازمة، 2009، ص 116).

خصائص السيكمترية للمقياس:

قامت الطالبة وليدة مرازمة بحساب صدق وثبات المقياس في البيئة الجزائرية في إطار أعداد مذكرة ماجستير على النحو التالي:

صدق المقياس: تم حساب صدق المقياس من خلال حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية للبند وتعرف هذه الوسيلة الإحصائية بالاتساق الداخلي وتستخدم كمحك أو كمعيار داخلي لقياس صلاحية البنود، وكانت معاملات الارتباط كلها دالة والجدول التالية توضح ذلك.

الجدول رقم (03): قيم معامل الارتباط كارل بيرسون بين البعد الداخلي لمركز ضبط الألم وبنوده.

البند	البند1	البند6	البند8	البند12	البند13	البند17
قيمة معامل الارتباط	0.404*	0.757**	0.799**	0.803**	0.693**	0.611**

الجدول رقم (04): قيم معامل الارتباط كارل بيرسون بين بعد الحظ لمركز ضبط الألم وبنوده

البنود	البنود 12	البنود 4	البنود 9	البنود 11	البنود 15	البنود 16
قيمة معامل الارتباط	0.584**	0.597**	0.473**	0.607**	0.667**	0.558**

الجدول رقم (05): قيم معامل الارتباط كارل بيرسون بين بعد الأطباء وبنوده.

البنود	البنود 3	البنود 5	البنود 14
قيمة معامل الارتباط	0.729**	0.718**	0.615**

الجدول رقم (06): قيم معامل الارتباط كارل بيرسون بين بعد الأشخاص الآخرين وبنوده

البنود	البنود 7	البنود 10	البنود 18
قيمة معامل الارتباط	0.747**	0.756**	0.708**

تبين نتائج المتحصل عليها لقيم معاملات الارتباط بين الأبعاد والبنود الممثلة لها ، أن كل معاملات الارتباط دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.01 باستثناء البند (1) الخاص بالبعد الداخلي، والذي كان معامل ارتباطه دال عند مستوى الدلالة 0.05 أي أن عدد البنود الدالة هو 18 بندا من المجموع الكلي للبنود، وهذا يعني أن البنود تتسق اتساقا داخليا مع الأبعاد التي تنتمي إليها، مما يدل على صدق المقياس.

ثبات المقياس: تم التحقق من ثبات المقياس بواسطة الطرق التالية:

-معامل كرومبا خ :تم حسابه ، وبلغت قيمته 0.78 وهي قيمة تدل على الثبات المقياس.

-طريقة التجزئة النصفية :بعد تطبيق المقياس على عينة (ن = 30) تم استخدام طريقة التجزئة النصفية، من خلال استخراج معامل ارتباط بيرسون بين نصفي المقياس، وقد بلغت قيمته 0.69 . ولإجراء التصحيح الإحصائي، تم تطبيق معادلة سيرمان براون، وكانت النتيجة المتحصل عليها هي 0.81 وهي قيمة دالة على تمتع المقياس بالثبات. كما تم تطبيق معادلة جوتمان Guttman ، وقد بلغت النتيجة، 0.81 وهي قيمة دالة على ثبات المقياس. (مرازقة، 2009، ص 104-106) وهكذا فالمقياس يتمتع بمعامل ثبات يمكن الاعتماد عليه في دراستنا هاته.

3.2. اختبار الدعم الاجتماعي المدرك

أعدّه ا زيمت Zimet ، داهليم Dahlen و فورلاي Forley سنة 1988 ، يتكون هذا الاختبار من 12 عبارة تكون الإجابة عليها وفق 7 بدائل هي :معارض تماما، معارض بشدة، معارض، محايد، موافق، موافق بشدة، وموافق تماما،

وتراوح الدرجات على هذه البدائل من 1 إلى 7 درجات، بحيث تقدر أدنى درجة على هذا المقياس 12 وأقصاها 84 (Janie & Gregory, 2000, p392)، تمثل عبارات وأبعاد هذا المقياس مصادر وأنواع للدعم الاجتماعي المدرك المقدم للفرد كما يلي:

-أشخاص مميزين بالنسبة للفرد يمثلون بالبند رقم: 1-2-5-10.

-الأسرة مثلت بالعبارات رقم: 3-4-8-11.

-الأصدقاء مثلوا بالعبارات رقم: 6-7-9-12. (Tinakon, 2011, p1504).

تمت ترجمة هذا المقياس من لغته الأصلية الانجليزية إلى اللغة العربية من طرف الباحث قنون خميس في إطار نيل شهادة الدكتوراه، حيث تمت أيضا الترجمة العكسية للمقياس، أي من اللغة العربية إلى اللغة الانجليزية بمساعدة متخصصين في اللغتين وذلك للتأكد من مطابقة وصحة العبارات بعد الترجمة، وأخيرا قامت بالتأكد من خصائصه السيكومترية عن طريق تطبيق نسخته العربية على عينة تكونت من 40 فرد وتأكدت من صدقه وثباته وبالتالي صلاحية تطبيقه في بيئتنا الجزائرية.

خصائص السيكومترية للمقياس:

صدق المقياس: لقد تم حساب صدق هذا المقياس عن طريق صدق المقارنة الطرفية حيث قامت بعد تطبيق الاختبار بترتيب النتائج تصاعديا، ثم قسمت أفراد العينة إلى فئتين عليا ودنيا بنسبة 27% لكل فئة والجدول الموالي يوضح نتائج اختبار "ت" لحساب الصدق التمييزي لمقياس الدعم الاجتماعي المدرك: **الجدول رقم (07): نتائج اختبارات لحساب صدق المقارنة الطرفية لمقياس الدعم الاجتماعي المدرك لزميت.**

الفئة	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
العليا	46.72	11.16	13.88	0.01
الدنيا	8	7.46		0.05

من خلال الجدول السابق نلاحظ أن هناك فروقا جوهرية بين قيم المتوسط وقيم الانحراف لدى الفئتين، حيث قدرت قيمة المتوسط ب 46.16 لدى أفراد الفئة العليا و 8 لدى أفراد الفئة الدنيا، كما قدرت قيمة الانحراف المعياري ب 11.16 و 7.46 لدى أفراد الفئتين العليا والدنيا على الترتيب، وأما قيمة اختبار الفروق "ت" فكانت 13.88 وهي دالة عند المستويين 0.01 و 0.05 مما يدل على الصدق التمييزي للاختبار. **ثبات المقياس:** فيما يخص ثبات المقياس فقد استخدمنا طريقة الثبات بالتجزئة النصفية حيث تم حساب معامل الارتباط لبيرسون، ثم صحح الطول عن طريق معادلة سبيرمان براون وأظهرت النتيجة النهائية لقيمة معامل الارتباط . 0.72 وهذا ما يدل على ثبات الاختبار والجدول الموالي يوضح نتائج معامل الارتباط لحساب الثبات.

الجدول رقم (08): نتائج معامل الارتباط لحساب ثبات اختبار الدعم الاجتماعي المدرك لزميت

قيمة "ر" قبل تصحيح الطول	قيمة "ر" بعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان براون
0.65	0.72

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن قيمة "ر" قبل تصحيح الطول قدرت بـ 0.65 ، وقد قدرت بـ 0.72 بعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان براون وهي قيمة دالة على ثبات اختبار الدعم الاجتماعي المدرك (قنون، 2013، ص ص 137-139).

3. نتائج الدراسة:

سنعرض في ما يلي مجمل المعلومات العيادية الكمية والنوعية منها، المتعلقة بالحالتين المتناولتين في هذه الدراسة:

1.3. عرض ومناقشة نتائج المستخلصة من التقصي عن الحالة 1:

1.1.1. معلومات عامة عن الحالة 1:

تبلغ الحالة 1 من العمر 40 سنة متزوجة وهي دون عمل، تتكون أسرتها من الزوج: وهو موظف والمعيل الوحيد لها. الحالة 1 لها 4 أولاد: 2 ذكور و 2 إناث. فهي ربت بيت مستواها التعليمي ابتدائي. وضع الأسرة الاقتصادي متوسط، أما أهم المشاكل التي تعاني منها الأسرة فهي مصاريف الأولاد وضغوط التنقل لعلاج الحالة 1.

عن السوابق المرضية ذكرت الحالة 1 أنها لم تصب بأمراض خطيرة، فقط الأمراض المعتادة التي يصاب بها الأطفال أثناء فترة الطفولة. أما فيما يخص الأقارب ذكرت أن لها أختان أصيبتا بالسرطان واحدة توفيت والأخرى تعالج لحد الآن.

2.1.3. معلومات حول إعلان تشخيص الإصابة بالسرطان للحالة 1:

قبل التشخيص: في إجابتها حول شكوكها قبل التشخيص بإصابتها بالسرطان تقول: «نعم، راني شكيت، كنت شاكة قبل ان اذهب لطبيب لاني قمت بالسكانير لكن كي قالي وافصحلي انه عندي مرض الثدي تصدمت، تصدمت، تصدمت تع صح».

فقد شكت الحالة 1 بأمر المرض وذلك من خلال الأشعة والسكانير التي أوصى بها الطبيب وقامت بها في مستشفى بلدية سيدي عيسى.

أثناء التشخيص: تقول الحالة 1 انه اخبرها الطبيب الجراح، ولم تكن لها معرفة سابقة معه، حيث قال "عندك مرض، مرض في صدرك" حمسني وشجعني وقال: "انوا راح يوقف معايا في العلاج".

وقت تلقي الخبر: تقول الحالة 1: "كان قبل العيد الكبير بيومين لعام 2017". أما مكان تلقي الخبر كان في عيادة الفحص الطبي عند الطبيب الجراح الذي بلغها بالخبر. " كان يرافقتي زوجي".

بعد تلقي الخبر: في إجابتها حول هل تمنيتي لو علمتي الخبر بطريقة أخرى أو من شخص آخر كانت: " لا يعني الطبيب كان مليح معايا وحاول يهديني ويشجعني ".
 أما الإجابة حول هل تمنيتي لو كان هناك شخص أو أشخاص يرافقونك في تلك اللحظة فكانت الإجابة: «زوجي كان معايا ربي يحفظوا هو واقف معايا ما خمتت في والوا». أي أن الزوج كان سنداً أثناء تلقي خبر الإصابة وخلال خطوات العلاج لاحقاً.

3.1.3- تحليل نتائج المقاييس الحالة 1 على ضوء الفرضيات:

أ. تحليل ومناقشة نتائج مقياس استراتيجيات التعامل للحالة 1 على ضوء الفرضية الأولى:

تحليل نتائج مقياس استراتيجيات التعامل للحالة 1 على ضوء الفرضية الأولى:

الجدول رقم (09): نتائج مقياس استراتيجيات التعامل للحالة 1

الاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال			الاستراتيجيات المتمركزة حول المشكل	
اتهام الذات	إعادة التقييم الايجابي	التجنب	البحث عن السند الاجتماعي	حل المشكل
13	15	19	12	21
المجموع=47			المجموع=33	

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن مجموع درجات بنود الاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال والمقدر بـ 47 درجة أكبر من مجموع درجات بنود الاستراتيجيات المتمركزة حول المشكل والمقدر بـ 33. وعليه فالحالة 1 تستعمل الاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال.
 وعليه الفرضية التي تنص على أن نوع إستراتيجية التعامل لدى الحالات المدروسة هي المتمركزة على الانفعال، محققة بالنسبة للحالة 1

مناقشة نتائج مقياس استراتيجيات التعامل للحالة 1 على ضوء الفرضية الأولى:

من خلال تحليل النتائج نخلص أن الحال 1 تستعمل إستراتيجية المتمركزة على الانفعال، فالمصابات بالسرطان يختلفن عن غيرهم من النساء الغير مصابات في ما مدى اتخاذ نوع معين من الاستراتيجيات من بين الأنواع الأخرى وكمثال نعرض دراسة وردة سعادي (2009/2008) حيث جاء فحوى هذه الدراسة حول سرطان الثدي لدى النساء وعلاقته بالتوافق النفسي والاجتماعي واستراتيجيات المقاومة دراسة مقارنة، لذا تم تطبيق المنهج الوصفي المقارن على عينة الدراسة والمكونة من 100 حالة يتراوح سنهم بين (25 سنة و55 سنة) مقسمة إلى مجموعتين لهما نفس الخصائص تختلف فقط في عامل واحد وهو الإصابة بالسرطان، المجموعة ضابطة تتكون من نساء غير مصابات بسرطان الثدي عددهم 50 امرأة و مجموعة تجريبية تتكون من نساء مصابات بسرطان الثدي عددهم 50 امرأة، حيث تم استخدام مقياس استراتيجيات المقاومة لـ Lazarus و Folkman (1980) وكذا مقياس التوافق لـ Bell, H.M. (1934)

، وتوصلت هذه النتائج إلى أن هناك: وجود فروق ذات دلالة إحصائية في قدرة النساء المصابات بسرطان الثدي على استخدام استراتيجيات المقاومة المتمركزة حول المشكل، وعلى استخدام مقاوم متمركزة حول الانفعال. حيث أن الاستراتيجيات التعامل تعمل على التخفيف من ضغط الإصابة بالمرض والتفاوض مع متطلباته (سعادي، 2013، ص 05).

بينما بينت دراسة هناء أحمد شويخ التي هدفها الكشف عن أساليب التخفيف من الضغوط النفسية الناتجة عن الأورام السرطانية بمصر، مستخدمة المنهج الوصفي المقارن، على عينة تجريبية والأخرى ضابطة، بلغ عدد أفراد المجموعة التجريبية 40 مريض بأورام المئانة السرطانية (منهم 25 ذكور، 15 إناث)، أما المجموعة الضابطة فبلغت 50 فردا من غير المرضى (25 ذكور، 25 إناث)، وطبقت الباحثة رزنامة من الاختبارات تمثلت في: اختبار استراتيجيات المواجهة واختبارات أخرى. وقد أسفرت الدراسة على وجود فروق دالة إحصائية بين المرضى وغير المرضى على متغير المواجهة، وأن اتجاه تلك الفروق يشير إلى أن غير المرضى أكثر استخداما لاستراتيجيات المواجهة بشكل عام، كما أظهرت لنا فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى وغير المرضى على مستوى الاستراتيجيات الفرعية للمواجهة. تمثلت في: ميل غير المرضى مقارنة بالمرضى بدرجة أعلى وذات دلالة إحصائية لاستخدام استراتيجيات التخطيط، التنمية الذاتية، التجنب، الإدراك الإيجابي. حيث تفوق المرضى مقارنة بغير المرضى في استخدام إستراتيجية المواجهة بشكل دال إحصائيا ولم يختلف استخدام المرضى وغير المرضى في إستراتيجية التقبل، الإفصاح، الكبت، التوجه للدين، الإنكار (ثابت، 2008-2009، ص 02).

بالمقابل نجد انه اتفقت دراسات عدة مع نتائج الدراسة الحالية فيما يخص الحالة 1، اي أن المصابين بالسرطان يعتمدون على الاستراتيجيات الانفعال من مثل دراسة Taylor وآخرون (1994) التي كان هدفها معرفة العلاقة بين السرطان والمواجه. وقد استخدم الباحثون مقياس استراتيجيات المواجهة مع نساء مصابات بسرطان الثدي في المرحلة المبكرة و سيطر على الأعراض الجسمية في هذه الدراسة لتحليل الارتباطات بين المواجهة والتأثير السلبي والايجابي. كان للأعراض الجسمية تأثير كبير في العلاقات بين المواجهة والأثر السلبي مقارنة بعلاقات المواجهة والأثر الايجابي . وقد ارتبطت مواجهة الهروب التجنب، ومواجهة التحدي بتأثير سلبي أكبر. بينما المواجهة من خلال الإقصاء والتقييم الايجابي والتحكم في الذات ارتبطت كلها بتأثير ايجابي أكبر (Nezu et al, 2003, p56).

في المقابل توصلت الدراسة التي أجراها Nezu وآخرون (1995) التي هدفت إلى البحث في علاقة أسلوب المواجهة المتمثل في حل المشكل والضيق الانفعالي لدى مرضى السرطان. فقد تضمنت الدراسة 134 مريضا بالغيا يعاني السرطان وكشفت النتائج أن القدرة على حل المشكل كانت لتعديل وتهدئة تأثيرات الضغوط المرتبطة بالسرطان خاصة تحت مستويات متماثلة من الضغط. وسجل مرضى السرطان

المتميزون بالقدرة الضعيفة على حل المشكل، مستويات عالية من الأعراض الاكتئابية والقلق، مقارنة مع مرضى السرطان المتميزون بالقدرة الفعالة في حل المشكل (Nezu et al, 2003, p277). وبمقارنة مرض السرطان وعلاقته باستراتيجيات حل المشكل مع أمراض مزمنة أخرى فالأمر لا يختلف كثيرا، فقد بين Takaki وآخرون (2003) أن القلق والاكتئاب لدى مرضى القصور الكلوي المزمن الملازمين للكلية الاصطناعية يرتبطان بعدم فعالية مقاومة حل المشكل ومقاومة التجنب. (Takaki, 2003, pp 110-111).

فالعديد من الدراسات تتوافق مع اتخاذ مرضى السرطان إستراتيجية التعامل المتمركزة على الانفعال لأنها تضمن التخفيف المباشر من الضغط الانفعالي دون أدنى تغيير في المشكل (Paulhan et al, 1994, pp47-48).

أيضا دراسات أخرى كدراسة Pettingale و Greer و Morris (1979) و دراسة Dean و Surtees (1989) حيث توصلت إلى أن في حالات المرض المزمن والخطير كمرض السرطان، تؤمن استراتيجيات كالإنكار أو إعادة التقويم الايجابي تكيف جيد أمام المرض (Bourgois, 1995, p57).

بينما كثير من الدراسات لم تجد علاقة بين إستراتيجية التعامل المتمركزة حول الانفعال ودرجات الضغط، هذا لان هذه العلاقة متداخلة، فقد تكون إستراتيجية إعادة التقويم الايجابي تأمين تكيف جيد أمام ضغط المرضى بينما إستراتيجية إتهام الذات تزيد منه. بينما إستراتيجية التعامل المتمركزة حول الانفعال خاصة منها التجنب تكون فعالة في حالة عدم التكيف مع الوضعية، أين لا بد من عمل نفسي لكي يتقبل الفرد الوضعية لاحقا (Bruchon-Schweitzer et al, 2003, p117).

فاتخاذ نوع إستراتيجية تعامل من غيره يتدخل فيه العديد من العوامل من بينها الإصابة بمرض مزمن ودرجة التقبل والمصادر المعرفية والمادية المتاحة للتعامل. كما هو الحال بالنسبة للحالة 1 المعروضة.

ب. تحليل ومناقشة نتائج مقياس مركز التحكم الصحة الخاص بالألم للحالة 1 على ضوء الفرضية الثانية:

تحليل نتائج مقياس مركز التحكم الصحة الخاص بالألم للحالة 1 على ضوء الفرضية الثانية:

الجدول رقم (10): نتائج مقياس مركز التحكم الصحة الخاص بالألم للحالة 1

أبعاد مركز ضبط الألم		الدرجات المحصلة بالنسبة للحالة 1	
البعد الداخلي		18	
بعد الحظ		27	
بعد ذوي النفوذ	بعد الأطباء	14	
	بعد الأشخاص الآخرين	14	

يوضح الجدول أن البعد السائد من أبعاد مركز ضبط الألم، هو بعد ذوي النفوذ فقد بلغت قيمة 28 لكنه يكاد يتساوى مع بعد الحظ درجته 27 أما البعد الداخلي فهو اقلهم يقدر بـ 18 درجة. جاء نص الفرضية الثانية كمايلي: البعد السائد من أبعاد مركز ضبط الألم لدى الحالات المدروسة هو بعد ذوي النفوذ. وعليه نجد أنها تحققت في الحالة 1 .

مناقشة نتائج مقياس مركز التحكم الصحة الخاص بالألم للحالة 1 على ضوء الفرضية الثانية:

العديد من الدراسات تؤكد أهمية دور مركز الضبط الداخلي في مواجهة هذا المرض مواجهة صحيحة، كالدراسة التي قام بها Marks وآخرون (1986) لدراسة العلاقة بين مركز ضبط الصحة، والتكيف مع مرض السرطان وجاءت مؤكدة لدور مركز الضبط الداخلي في مواجهة هذا المرض مواجهة صحيحة، بمعنى أن المرضى الذين يشعرون بإحساس التحكم والسيطرة على حياتهم ومرضهم، حققوا أعلى مستويات من التكيف (يخلف، 2001، ص 97).

ليس فقط ما يخص مرض السرطان أين يكون فيه مركز الضبط الداخلي صحيا، بل حتى في أمراض أخرى ففي دراسة إكلينيكية قام بها Halten Hof وآخرون (2000) في ألمانيا على عينة من 45 مريضا يعانون من مرض الرعاش العصبي، تناولت العلاقة بين سلوكيات المواجهة و مركز الضبط والاكنتئاب ومتغيرات أخرى ذات صلة بالمرض. وقد أظهرت نتائجها وجود ارتباط وثيق بين مركز الضبط الداخلي وأسلوب المواجهة الايجابية التي يمارسها المريض للتعامل مع حالته المرضية، والحفاظ على استقراره وصحته (يخلف، 2001، ص 97).

فاختيار وجه مركز التحكم المدرك تتداخل فيها العديد من العوامل النفسية والاجتماعية والديمغرافية. فالحالة 1 ربت بيت مستوها التعليمي ابتدائي. تقول أن وضع الأسرة الاقتصادي متوسط ما يؤثر في وجه إدراكها لتفسير الأمور. فمتغيرات عديد تتشاكل مع الإعلان عن الإصابة بمرض مزمن ليتحدد وجه التحكم بالألم. ما يؤكد ما سبق الدراسة التي أجراها كل من Lina.N. Sun و Sanita Mahtani Steuwart (2000) بهدف البحث في الارتباطات بين الدعم الاجتماعي، مركز ضبط الصحة، العصابية والتكيف النفسي لدى 152 مريض ياباني يعاني من السرطان في مدينة هنكونغ 105 ذكور مقابل 46 إناث، يتراوح سنهم بين 15 إلى 78 سنة. وطبق على المرضى مقياس الدعم الاجتماعي الذي يتم قياسه بواسطة حجم الشبكة الاجتماعية، كمية المواجهة بمقياس Carver وآخرون (1989) ومقياس الصحة العامة، مقياس العصابية ومجالات وشدة الضغط المرتبطة بالسرطان. وقد بينت النتائج أن المعلومات المتعلقة بمواجهة الأمراض الخطيرة في الثقافة غير العربية. وتبين أنه حتى في الثقافة التي تنشر فيها المعتقدات الخارقة، فإن مركز ضبط الصحة الداخلي يرتبط ايجابيا بالتكيف، وأن الاعتقاد في الحظ مرتبط سلبيا بالتكيف (Sun & Stewart, 2007).

ج. تحليل ومناقشة نتائج اختبار الدعم الاجتماعي المدرك للحالة 1 على ضوء الفرضية الثالثة:
تحليل نتائج اختبار الدعم الاجتماعي المدرك للحالة 1 على ضوء الفرضية الثالثة:
الجدول رقم (11): نتائج اختبار الدعم الاجتماعي للحالة 1

أبعاد الدعم الاجتماعي المدرك	الدرجات المحصلة بالنسبة للحالة 1
أشخاص مميزين بالنسبة للفرد	24
الأسرة	20
الأصدقاء	16

يوضح الجدول أن البعد السائد من أبعاد الدعم الاجتماعي المدرك، هو أشخاص مميزين بالنسبة للفرد فقد بلغت قيمة 24 درجة. خلافاً لنص الفرضية بأن البعد السائد من أبعاد إدراك الدعم الاجتماعي لدى الحالات المدروسة هو الأسرة. أي أن الفرضية الثالثة غير محققة.

مناقشة نتائج اختبار الدعم الاجتماعي المدرك للحالة 1 على ضوء الفرضية الثالثة:

العديد من الدراسات تدعم الحث على أهمية الدعم الاجتماعي لمواجهة الأمراض والإعاقات والحالات الحرجة كالصدمات ونواتج الحروب والكوارث عموماً والأمراض المزمنة خصوصاً، كما هو الأمر بما يتعلق بمرض السرطان ناهيك سرطان الثدي فهو يصيب منطقة حميمة لدى المرأة. فبالإضافة إلى المعانات يترتب عليه الكثير من الأعباء اليومية والواجبات من زيارات متكررة للمختصين والقيام بأشعة وتحاليل دورياً، ما يشكل عبئاً كبيراً على المصابة بمرض السرطان ويتطلب مساندة اجتماعية كبيرة.

وعليه فالدعم الاجتماعي يتحكم بمصير المريضة. يدعم ما سبق الدراسة التي أجراها كل من Lina.N. Sun و Sanita Mahtani Stewart (2000) حيث بينت النتائج أن استعمال المواجهة المتمركزة حول الدعم الاجتماعي في المواقف الضاغطة المتحكم فيها وغير المتحكم فيها غير مرتبط بالسن والجنس، المستوى التعليمي، وعدد الأفراد المتواجدين بالعائلة. كما أن الأفراد المشاركين ذكروا أنهم استعملوا الدعم الاجتماعي أكثر عندما كانت الضغوط غير متحكم فيها، مقارنة بالمواقف التي كانوا يرون فيها أن الضغوط متحكم فيها (Sun & Stewart, 2007).

كما اقترن وجهة التحكم المدرك بالبحث والتواصل مع الشبكات الاجتماعية إذ قارنت دراسة Meiling Shui Lai Deng وآخرون سنة (2001)، مركز ضبط الصحة ومستوى الدعم الاجتماعي المدرك بين 219 مريض سرطان (110 ذكور، 109 إناث) و 122 مريض أيدز (11 ذكور، 7 إناث) من مدينة تايوان. وقد تم استخدام مقياس مركز ضبط الصحة متعدد الأبعاد (الشكل B) واختبار الموارد الشخصية. وبينت النتائج أن مرضى الإيدز لديهم مركز ضبط صحي داخلي أعلى من مرضى السرطان، وإدراك الدعم الاجتماعي لمرضى السرطان كان أعلى من مرضى الإيدز. وقد ارتبط الدعم الاجتماعي إيجابياً مع مركز

ضبط الصحة الداخلي وسلبيًا مع مركز ضبط الصحة الخارجي (بعد الحظ) لدى كلتا العينتين. ومن بين التفسيرات المقدمة لتعليل هذا الاختلاف هو اختلاف الصفات الملازمة للمرضين، فمعظم مرضى الإيدز يمكن أن يعزوا إصابتهم إلى السلوك الشخصي مثل القيام بسلوكات جنسية غير آمنة في حين نجد أن بعض السلوكات مثل التدخين تعرف على أنها تزيد من خطر السرطان. وقليل من يعزو مرضه من مرضى السرطان لسبب شخصي. كما أن مرض الإيدز هو مرض يمكن الوقاية منه باعتبار التحذيرات الواسعة الانتشار، وأن تشخيصه لا يثير الرضا، كما أن هذا المرض يدرك على أنه عقوبة وابتلاء ذاتي (Chen et al, 2001)

4.1.3- مناقشة النتائج العامة المتعلقة بالحالة:

تعيش الحالة 1 مع أسرتها مكونة من أولادها وزوجها الذي يكفلهم مستواهم الاقتصادي متوسط، وبالتالي الحالة 1 تعيش ضمن أسرة تسندها وتساعدتها. ما يتوافق مع نتائج الدعم الاجتماعي المدرك حيث جاءت ثاني درجة سائدة في المقياس وأولها الأشخاص المميزون حيث تعتبر الحالة أن زوجها من الأشخاص المميزون الذي تعتمد عليهم.

* من خلال السوابق المرضية ذكرت أن لها أختان أصيبتا بالسرطان وبالتالي فهي لها خبرة ومعلومات حول المرض. ما قد يرتبط مع نتائج مقياس إستراتيجية التعامل، حيث جاءت درجات الاستراتيجيات المتمركزة حول المشكل منخفضة خاصة إستراتيجية البحث عن المشكل.

* حول إعلان تشخيص الإصابة بالسرطان للحالة شكوكها وتخوفها إلا أنها لم تتوقع المرض ما شكل لديها صدمة عند الإعلان خبر التشخيص.

* ما خفف تلك الصدمة هو الطريقة الجيدة لتقديم الخبر من طرف الطبيب الجراح حيث كان أسلوبه مشجع ومحس للعلاج وترك اثر طيب في نفس الحالة 1.

* فيما يخص وقت ومكان تلقي الخبر لم تتعلق ذاكرتها بالمكان والزمان كما يحدث عند المصدومين عادة حيث يسردون أدق التفاصيل، فقد تذكرت التاريخ لأنه ارتبط بعيد ديني.

* لم تتمني شخص آخر غير زوجها فهو السند عاطفي ومادي لها وقد أشارت انه شخص مميز بالنسبة لها.

2.3. عرض ومناقشة نتائج المستخلصة من التقصي عن الحالة 2:

1.2.3. معلومات عامة عن الحالة 2:

تبلغ الحالة 2 من العمر 38 سنة، أرملة، ليس لديها أولاد. الحالة 2 بدون مستوى تعليمي. تقول أنها تسكن مع أخيها عامل يومي حيث وضع أسرته الاقتصادي ضعيف، أما أهم المشاكل التي تعاني منها الأسرة فهي مادية "المادة برك ما عندناش".

عن السوابق المرضية ذكرت الحالة 2 أنها لم تصب بأمراض خطيرة، كذلك أقرها.

2.2.3. معلومات حول إعلان تشخيص الإصابة بالسرطان للحالة 2:

قبل التشخيص: في إجابتها حول ما إذا شكت قبل التشخيص انها مصابة بالسرطان تقول: « لا، كنت نداوي على أساس حساسية برك. لم اشك بأنني لدي مرض خطير».

في وصفها لظروف ذلك اليوم قبيل تلقي خبر الإصابة تقول: «كنت جيت خلعانة شوية، لايحتها لربي». أثناء التشخيص: اخبرها طبيب الأشعة وأنه لا علاقة سابقة لها به قالت: بعثتني طبية إلى كنت نداوي عندها. وقال «يوين كنتي راكي حية ولا ميتة، خلتيه مشالك المرض تحت الطابق، عندك حاجة مش مليحة..».

وقت تلقي الخبر: كان صباحا في أواخر ديسمبر 2017. أما مكان تلقي الخبر كان في عيادة الأشعة. تقول: " كان يرافقني ابن أخي "

بعد تلقي الخبر: في إجابتها حول هل تمنيتي لو علمتي الخبر بطريقة أخرى أو من شخص آخر كانت الإجابة: «نعم تمنيت لو كان بهدوء وبالتدريج، كنت اتمني ان يراعي حالتي وما يصدمنيش بالطريقة التي تعرضت لها».

أما الإجابة حول هل تمنيتي لو كان هناك شخص أو أشخاص يرافقونك في تلك اللحظة فكانت الإجابة «كنت تمنيت لو كانت زوجة خويا كانت معاي بصح كانت مع اولادها او اختي لكنها متزوجة في بسكرة ما تقدرش تعي». من خلال تصريحاتها نلمح أنها كانت بأمس الحاجة لكي ترافقها أنثى من عائلتها أو معارفها لان مكان الإصابة منطقة حميمة "الثدي" ومحرج بالنسبة إليها التكلم أو المناقشة بشأن إصابته مع ابن أخيها الشاب الذي رافقها أثناء تلقي الخبر.

3.2.3- تحليل نتائج المقاييس الحالة 2 على ضوء الفرضيات:

أ. تحليل ومناقشة نتائج مقياس استراتيجيات التعامل للحالة 2 على ضوء الفرضية الأولى :

تحليل نتائج مقياس استراتيجيات التعامل للحالة 2 على ضوء الفرضية الأولى :

الجدول رقم (12): نتائج مقياس استراتيجيات التعامل للحالة 2

الاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال			الاستراتيجيات المتمركزة حول المشكل	
اتهام الذات	إعادة التقييم الايجابي	التجنب	البحث عن السند الاجتماعي	حل المشكل
10	17	25	20	24
المجموع=52			المجموع=44	

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن مجموع درجات بنود الاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال والمقدر بـ 52 درجة أكبر من مجموع درجات بنود الاستراتيجيات المتمركزة حول المشكل والمقدر بـ 44. وعليه فالحالة 2 تستعمل الاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال. نلاحظ أن إستراتيجية حل المشكل مرتفعة نسبيا 24.

حيث تنص الفرضية الأولى على أن نوع إستراتيجية التعامل لدى الحالات المدروسة هي المتمركزة على الانفعال. وعليه هذه الفرضية محققة بالنسبة للحالة 2.

مناقشة نتائج مقياس استراتيجيات التعامل للحالة 2 على ضوء الفرضية الأولى :

العديد من الدراسات جاءت لتفند النتيجة التي توصلنا لها مع الحال 2 على غرار الحالة 1 ، عن استعمال استراتيجيات التعامل المتمركزة على الانفعال من طرف المصابين بالأمراض المزمنة، حيث أجرى (Hilton 1989) دراسة هدفت إلى بحث العلاقة بين التقييم الأولي و استراتيجيات التعامل، وهذا لدى 277 مريضة سرطان وأشارت النتائج إلى أن المريضات اللواتي قيمن السرطان على أنه مرض مرعب، واللواتي خفن من تكرار المرض واستعملن استراتيجيات الهروب والتجنب، ولم تكن لديهن ميول إلى إعادة التقييم الايجابي للوضعية. كما أنهن لم يقبلن المسؤولية على هذه الموضوعية، وكان لديهن اعتقاد بعدم القدرة على التحكم في تطور المرض (Cousson- Gelie, 2001).

خاصة وان الحالة 2 ليس لها معلومات سابقة حول هذا المرض وذلك من خلال درجة إستراتيجية حل المشكل المرتفعة نسبيا، وأيضا ليس لها سند اجتماعي ليعيها، فهي أرملة، ليس لديها أولاد. بدون مستوى تعليمي. تسكن مع أخيها عامل يومي حيث وضع أسرته الاقتصادي ضعيف. فليس لها من يساعدها في مواجهة مرضها المواجهة الصحيحة والفعالة اللازمة.

ب. تحليل ومناقشة نتائج مقياس مركز التحكم الصحة الخاص بالألم للحالة 2 على ضوء الفرضية الثانية:

تحليل نتائج مقياس مركز التحكم الصحة الخاص بالألم للحالة 2 على ضوء الفرضية الثانية:

الجدول رقم (13): نتائج مقياس مركز التحكم الصحة الخاص بالألم للحالة 2

أبعاد مركز ضبط الألم		الدرجات المحصلة بالنسبة للحالة 1	
24	البعد الداخلي		
30	بعد الحظ		
25	بعد ذوي النفوذ	11	بعد الأطباء
		14	بعد الأشخاص الآخرين

يوضح الجدول أن البعد السائد من أبعاد مركز ضبط الألم، هو بعد الحظ، أما بعد ذوي النفوذ فقد بلغت قيمة 25 يكاد يتساوي مع بعد الداخلي الذي بلغت درجته 24. حيث لا يتوافق الأمر مع الفرضية الثانية والتي جاء نصها بان البعد السائد من أبعاد مركز ضبط الألم لدى الحالات المدروسة هو بعد ذوي النفوذ. حيث لم تتحقق في الحالة 2.

مناقشة نتائج مقياس مركز التحكم الصحة الخاص بالألم للحالة 2 على ضوء الفرضية الثانية:

جاءت النتائج لتدل أن البعد السائد لدى الحالة 2 هو بعد الحظ وهو من أبعاد مركز ضبط الألم الخارجي وهو غير صحي لمواجهة المرض المزمن. كما بينت العديد من الدراسات التي ربطت التوجه بنوعية الاستراتيجيات المتخذة كدراسة Crisson and Keefe (1988) هدفت إلى معرفة العلاقة بين مركز الضبط، واستراتيجيات التعامل، والضييق الانفعالي لدى مرضى الألم المزمن، وقد طبق في هذه الدراسة مقياس مركز ضبط الصحة، مقياس استراتيجيات المواجهة، وقائمة كشف الأعراض الجسدية على مجموعة تضمنت 62 مريضا مصابا بالألم المزمن وفي حالة استشفاء وكشفت النتائج أن المرضى الذين تحصلوا على درجات عالية في بعد الحظ لمركز الضبط، بدأوا أكثر عجزا للتعامل مع المهم، واستعملوا إستراتيجية تحويل الانتباه، وإستراتيجية المواجهة المعتمدة على الصلاة والتمني. بالإضافة إلى أن هؤلاء المرضى كانوا أكثر احتمالية لشعور بالفجع وتفادي نشاطهم في المواجهة مع الألم (Keck, 2006).

أما في المقابل فإن المرضى الذين يتخذون وجهة داخلية يتعاملون مع المرض بشكل أكثر فعالية كما تبينه الدراسة التي قام بها Kelvinson and Payne (1993) فقد قارنت بحث المرضى عن العلاج من الألم المزمن بين مجموعة من 30 مريضا من مركز المعالجة المكمل، ومجموعة من 30 مريضا من عيادتين من مصلحة الصحة العامة للألم بإنجلترا. أجاب كل المشاركون على مقياس مركز ضبط الصحة متعدد الأبعاد ومقياس تقييم نموذج المعتقدات الصحية العام. لم تكن هناك علاقة بين الملائمة والحضور في مركز المعالجة المكمل ومعتقدات الصحة العامة. وكانت هناك اختلافات في كل المقاييس الفرعية لمركز الضبط والأماكن التي يتم فيها العلاج.

فقد سجلت نتائج عالية من مركز الضبط الداخلي لدى المجموعة التي تلقت عناية في مركز العلاج المكمل. واقترح الباحثون أن هؤلاء المرضى يتحملون مسؤولية كبيرة على حالتهم الصحية الخاصة. في حين سجل مرضى عيادة الألم نتائج عالية في كل من بعد الحظ، وبعد ذوي النفوذ من مركز الضبط الصحي، والذي يشير إلى مركز الضبط الخارجي بالقدرة الفعالة في حل المشكل (Keck, 2006, p277). وعليه تتوافق مع النتائج المحصلة مع الحالة 2.

كما بحثت دراسة Toomey, Seville and Mann (1995) في العلاقات بين نتائج مركز الضبط الألم ومهارات الضبط الذاتي والضييق النفسي، لدى مرضى الألم المزمن. و استعمل الباحثون في هذه الدراسة مقياس مركز ضبط الألم، ومقياس ماك جيل للألم وأداة للألم الوصفي، وجدول الضبط الذاتي لقياس القدرة على تطبيق طرق حل المشكلات الضبط الذاتي ودليل يعكس عدد الأعراض النفسية المسجلة ودرجة الضيق. وقد شملت الدراسة 87 مريضا خارجيا يعانون ألما مزمنًا، عرضوا على عيادات الألم. وبينت النتائج أن بعد الحظ من مركز الضبط مرتبط بقوة بتقديرات ألم عالية. كما بينت النتائج نقص فعالية أسلوب المواجهة المتمثل في الضبط الذاتي (التحكم الذاتي) وانعدام التكيف النفسي، وأيضا عدم وجود علاقات بين مركز ضبط الألم الداخلي وتقديرات الألم والمواجهة، الضيق النفسي (Keck, 2006).

ج. تحليل ومناقشة نتائج اختبار الدعم الاجتماعي المدرك للحالة 2 على ضوء الفرضية الثالثة:
تحليل نتائج اختبار الدعم الاجتماعي المدرك للحالة 2 على ضوء الفرضية الثالثة:
الجدول رقم (14): نتائج اختبار الدعم الاجتماعي المدرك للحالة 2

أبعاد الدعم الاجتماعي المدرك	الدرجات المحصلة بالنسبة للحالة 2
أشخاص مميزين بالنسبة للفرد	26
الأسرة	22
الأصدقاء	14

يوضح الجدول أن البعد السائد من أبعاد الدعم الاجتماعي المدرك، هو أشخاص مميزين بالنسبة للفرد فقد بلغت قيمة 26 درجة يليه الأسرة بـ 22 درجة، ثم بند الأصدقاء مقدرة بـ 14 درجة. لم يتوافق مع الفرضية الثالثة التي تنص بأنه البعد السائد من أبعاد إدراك الدعم الاجتماعي لدى الحالات المدروسة هو الأسرة. أي أن الفرضية الثالثة غير محققة بالنسبة للحالة 2.

تحليل ومناقشة نتائج اختبار الدعم الاجتماعي المدرك للحالة 2 على ضوء الفرضية الثالثة:

إن الدعم الاجتماعي مهم جدا للمريض الذي يعاني مرض مزمن كما سبق الذكر، وفي حالة فقدته أو نقص السند الاجتماعي يتأثر مال المرض. وكمثال عن ذلك وجد Akman وآخرون (2004) بتركيا أن سبب الاكتئاب لدى مرضى القصور الكلوي المزمن الخاضعين لعملية التصفية الدموية بالبيت هو عدم تلقي الرعاية لدى العزاب، بالمقارنة مع من هم متزوجون الذين يتلقون الرعاية من طرف أزواجهم، مما يخفف الاكتئاب لديه: (Akman et al, 2004, pp 111-113). فالحالة 2 أرملة أي ليس لها زوج يسندها أو يكفلها فهي تعتمد فقط على الأخ ذي الدخل الضعيف، أي ليس لها الدعم الاجتماعي الكافي لمواجهة أعباء هذا المرض.

فالعديد من الدراسات تؤكد أهمية الدعم الاجتماعي لمواجهة المرض كدراسة Prun وآخرون (1988) حيث تناولت بين إدراك التحكم في المرض والتكيف النفسي، وقد برهن الباحثون أن ما بين 118 امرأة مصابة بسرطان الثدي، واللواتي كان لديهن إحساس بالتحكم في تطور المرض وتلقين دعم اجتماعي أكثر، كان لديهن تقدير ذات عالي وأبدن آلاما جسيمة، وقلق وأحاسيس سلبية أقل (Cousson- Gelie, 2001). وهذا عكس ما هو الحال بالنسبة للحالة 2.

4.2.3- مناقشة النتائج العامة المتعلقة بالحالة 2:

* الحالة 2 تعيش مع أسرة أخواها الذي يكفلها رغم أن مستواهم الاقتصادي ضعيف.
حيث الحالة 2 أرملة، ليس لديها أولاد، ولا تعيش ضمن أسرتها الخاصة التي تسندها وتساعدتها. ما يتوافق مع نتائج الدعم الاجتماعي المدرك حيث جاء بعد الأسرة ثاني درجة سائدة في المقياس.

* من خلال السوابق المرضية لم يكن لديها خبرة حول المرض وبالتالي فهي ليس لها خبرة ومعلومات حول المرض. ما يترجم من خلال نتائج مقياس إستراتيجية التعامل، حيث جاءت درجات الاستراتيجيات المتمركزة حول المشكل مرتفعة نسبيا خاصة إستراتيجية البحث عن المشكل.

* حول إعلان تشخيص الإصابة بالسرطان للحالة 2 لم يكن للحالة. شكوك ولم تتوقع المرض ما شكل لديها صدمة شديدة عند الإعلان خبر التشخيص.

* ما زاد تلك الصدمة هو الطريقة القاسية لتقديم الخبر من طرف الطبيب الأشعة حيث كان أسلوبه مخيف ومهدد للحالة 2 حيث كررت العديد من المرات العبارة التي بلغ بها الخبر.

* فيما يخص وقت ومكان تلقي الخبر تعلقت ذاكرتها بالمكان والزمان كما يحدث عند المصدومين عادة حيث يسردون أدق التفاصيل، فقد تذكرت التاريخ بدقة كما وصفت المكتب بكل تفاصيله كأنها تراه للحظة.

* تمتت الحالة 2 أن يكون زوجة أخيها أو أختها معها فهي لم يكن لها السند عاطفي ومادي لحظتها، أيضا تمننت لو أن عبارات الطبيب تغيرت. لأنها أثرت بها تلك العبارات بالغ الأثر.

3.3. عرض ومناقشة نتائج المستخلصة من مقارنة الحاليتين:

3.3.1. مقارنة خصائص أسر الحاليتين:

الجدول رقم (15): خصائص أسر الحاليتين:

الحالة	العمر والحالة المدنية	عمل ومستوى الحالة	عمل وكفيل الحالة	مشاكل الأسرة	المستوى الاقتصادي	عدد الأولاد	سوابق مرضية للحالة أو أقاربها.
ح 1	40 سنة، متزوجة	بطالة م. ابتدائي	الزوج موظف	مادية	متوسط	04	أختين مصابتان بالسرطان
ح 2	38 سنة أرملة	بطالة دون مستوى	الأخ عامل يومي	مادية	ضعيف	لا يوجد	لا يوجد

من خلال هذا الجدول نجد أن الحالة 1 والحالة 2 تتقارب في العمر، العمل والمستوى الدراسي وكذلك تتشابه في المشاكل الأسرية، حيث هي مادية خاصة ما يتعلق بمصاريف التنقل والعلاج.

لكن نقاط الاختلاف عديدة للحالة 1 متزوجة ولها أولاد وزوج بينما الحالة 1 أرملة يكفلها أخوها. وبالتالي الوضعية الاقتصادية للحالة 1 أحسن من الحالة 2. أيضا الحالة 1 لها دراية ومعلومات سابقة عن المرض أكثر من الحالة 2 ذلك لأن لها أختين مصابتين بهذا المرض.

3.3. مقارنة معلومات حول إعلان تشخيص الإصابة بالسرطان للحالتين:
الجدول رقم (16): معلومات حول إعلان تشخيص الإصابة بالسرطان للحالتين:

الحالة	قبل التشخيص	أثناء التشخيص	وقت تلقي الخبر	مكان تلقي الخبر	تمنيتي طريقة إعلان مختلفة	تمنيتي أشخاص يرافقونك
الحالة 1	لم اشك لكن تخوف	طبيب كان جيد ومطمئن	يومين قبل العيد 2017	عيادة الجراح	-لا	-لا
الحالة 2	لم اشك مطلقا	طبيب كان قاسيوميخيف	صباحا خريف أواخر ديسمبر 2017	عيادة الأشعة	-نعم بهدوء وتدرج	-زوجة أخي أو أختي.

من خلال هذا الجدول نجد أن الحالة 1 و الحالة 2 تتشابه فقط فكون أنهما لم تشكان قبلا بأنهما مصابتان بالسرطان في ما عدا ذلك فهما يكاد يتعاكسان في كل النقاط الأخرى.

3.3. نتائج المقاييس المطبقة على الحالات:

أ. نتائج مقياس استراتيجيات التعامل للحالتين:

الجدول رقم (17): مقارنة نتائج مقياس استراتيجيات التعامل للحالتين:

الاستراتيجيات المكونة للمقياس	الدرجات المحصلة للحالة 1	الدرجات المحصلة للحالة 2
حل المشكل	21	24
البحث عن السند الاجتماعي	12	20
الاستراتيجيات المتمركزة حول المشكل	33	44
التجنب	19	25
إعادة التقييم الإيجابي	15	17
اتهم الذات	13	10
الاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال	47	52
الإستراتيجية المستعملة من طرف الحالة	الاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال	الاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال

الحالتين تستعمل الاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال، حيث درجة استراتيجيات التعامل المتمركزة حول المشكل للحالة 2 أكبر من الحالة 1 وذلك لان الحلة 1 لديها معلومات عن المرض. من خلال إصابة أختها به. نلاحظ الحالة 2 درجة التجنب مرتفعة لديها.

ب. مقارنة نتائج مقياس مركز التحكم الصحة الخاص بالألم:

الجدول رقم (18): نتائج مقياس مركز التحكم الصحة الخاص بالألم للحالتين:

الدرجات المحصلة بالنسبة للحالة 2		الدرجات المحصلة بالنسبة للحالة 1		أبعاد مركز ضبط الألم	
24		18		البعد الداخلي	
30		27		بعد الحظ	
25	11	28	14	بعد الأطباء	
	14		14	بعد الأشخاص الآخرين	
				بعد ذوي النفوذ	

الحالتين مختلفتين حيث البند السائد في الحالة 1 هو بعد ذوي النفوذ أما الحالة 2 فهو الحظ كذلك رغم أنها لديها درجة مرتفعة في بند الداخلي.

ج. مقارنة نتائج مقياس الدعم الاجتماعي المدرك:

الجدول رقم (19): نتائج مقياس الدعم الاجتماعي المدرك للحالتين:

الدرجات المحصلة بالنسبة للحالة 2		الدرجات المحصلة بالنسبة للحالة 1		أبعاد الدعم الاجتماعي المدرك	
26		24		أشخاص مميزين بالنسبة للفرد	
22		20		الأسرة	
14		16		الأصدقاء	

الحالتين تفضلان أبعاد الدعم الاجتماعي المدرك أشخاص مميزين بالنسبة للفرد.

3.4. النتيجة العامة:

من خلال كل الأدوات المستعملة خلال هذه الدراسة نخلص انه رغم تقارب الحالتين المعروضتين في هذا العرض في بعض الأبعاد كالجنس والسن والمستوى الدراسي... الخ. إلا أنهما تختلفان في إبعاد عديدة أولها كيفية تلقي الخبر حيث:

* الحالة 1 الطبيب المشخص كان أسلوبه مطمئن ومشجع للعلاج بينما في الحالة 2 طبيب الأشعة لهجته كانت قاسية ومخيفة، حددت الحالة 2 توقيت تلقي الخبر بشكل دقيق عكس الحالة 1 ما يدل على تشبثها كما المصدومين عادة بمكان وزمان تلقي الصدمة، كذلك تكرارها عدة مرات لعبارة الطبيب المشخص بأنها مريضة بمرض خطير.

ولأهمية كيفية الإعلان عن خبر الإصابة قامت دراسة فرنسية برعاية إدارة البحث في الدراسات التقييمية للإحصاءات DREES سنة 2006 حيث تناولت هذه الدراسة نوعية الحياة لدى المصابات بالسرطان سنتين بعد التشخيص. وهي دراسة قام بها مجموعة من الباحثين في المجال الصحي والإحصائي. ويعد سرطان الثدي من السرطانات التي اعتمد عليها بنسبة 30 % وأعطت الدراسة الإحصائية نتائج في مختلف المتغيرات. أما عن الإعلان فإن 4/1 من الحالات وجدت أنه كان جد عدواني وقاس بحيث أن عند 87 % من الحالات تم الإعلان من الطبيب المختص. أما 7% فقد تم الإعلان من طرف الأقارب مع

أن 63% من الحالات و جدن أن المعلومات الخاصة بوضعية صحتهم لم تكن كافية (و جدت في شدمي ، 2014-2015، ص 147). حيث نستخلص من ما سبق أهمية وتأثير كيفية التبليغ عن الإصابة بالمرض المزمن.

*كما أن الحالة 1 لها سند جيد وهو الزوج بل تعتبره من الأشخاص المميزين في حياتها ولم تتمني أي شخص آخر كبدل لكي يرافقها أثناء تلقي الخبر. بينما الحالة 2 لم يكن لها سند، فهي أرملة يكفلها أخوها. حيث تمت أي قريبة "انثى" تكون معها ساعتها، سواء زوجة الأخ أو الأخت. حيث رافقها حينها ابن أخيها وهو فتى شاب في مقتبل العمر، وهي مصابة بمنطقة حساسة وهي الثدي حيث تستحي حتى التحدث بما يصيبها أمامه فهي كانت تداوي على الحساسية ثم فجأة يظهر هذا المرض الخطير وفي منطقة حساسة عند الأنثى ما جعل وقع التشخيص لديها مؤلم. وعليه فكل الظروف المتعلقة بإعلان الخبر كانت للحالة 1 أحسن بكثير من الحالة 2.

نأتي لنتائج تحليل الفرضيات حسب مخرجات المقاييس حيث أظهرت مايلي:

*تحققت الفرضية الأولى بالنسبة للحالتين، كلاهما يتخذان استراتيجيات المتمركزة على الانفعال ما يتوافق مع العديد من الدراسات من مثل دراسة Taylor وآخرون (1992) هدفت إلى معرفة بعض استراتيجيات المواجهة الفعالة مع المشكلات المتعلقة بمرض السرطان. وتضمنت الدراسة 603 مريض مصاب بالسرطان واستخدم في هذه الدراسة قائمة أساليب المواجهة، ويعتبر التكيف من خلال المساندة الاجتماعية، والتركيز على ما هو إيجابي، وإقصاء الذات، هي أنماط لها علاقة وطيدة بمستويات أقل من الضيق الانفعالي الناجم عن السرطان، أما المرضى الذين تعاملوا مع مشكلاتهم المتصلة بالسرطان من خلال استراتيجيات التجنب أو الهروب المعرفي والسلوكي، فقد أظهروا ضيقا انفعاليا أكبر (Nezu et al, 2003, p56).

وقد حاول دراسة Palensky Ph.D (2004) فهم كيفية مواجهة النساء لنبا تشخيصهن بمرض سرطان الثدي وعلاجه. بين تحليل البيانات الاستعمال المتكرر لإستراتيجية المواجهة الايجابية. كما كشفت البيانات النوعية التي تم جمعها عن طريق المقابلات نصف الموجهة، عن بروز إستراتيجية مواجهة إعادة التقييم الايجابي في محاولة لكسب فهم أكثر (Palensky, 2004) ، هذا وقد أجرى Hilton (1989) دراسة هدفت إلى بحث العلاقة بين التقييم الأولي و استراتيجيات المواجهة، وهذا لدى 277 مريضة سرطان وأشارت النتائج إلى أن المريضات اللواتي قيمن السرطان على أنه مرض مرعب، واللواتي خفن من تكرار المرض واستعملن استراتيجيات الهروب والتجنب، ولم تكن لديهن ميول إلى إعادة التقييم الايجابي للوضعية. كما أنهن لم يقبلن المسؤولية في هذه الوضعية، وكان لديهن اعتقاد بعدم القدرة على التحكم في تطور المرض (Cousson- Gelie, Florence, 2001).

أما ما جاء في نتائج الفرض الثاني كان متناقض حيث حققت في الحالة 1 ولم تتحقق في الحال 2 حيث وضحت دراسة كريسون وكيف العلاقة بين مركز الضبط، واستراتيجيات المواجهة، والضيق الانفعالي لدى مرضى الألم المزمن، كشفت النتائج أن المرضى الذين تحصلوا على درجات عالية في بعد الحظ لمركز الضبط، بدوا أكثر عجزا للتعامل مع المهم، واستعملوا إستراتيجية تحويل الانتباه، وإستراتيجية المواجهة المعتمدة على الصلاة والتمني. بالإضافة إلى أن هؤلاء المرضى كانوا أكثر احتمالية لتفجيع وتفادي نشاطهم في المواجهة مع الألم (Keck, 2006).

أيضا تناولت الدراسة التي قام بها ماركس وآخرون (1986) العلاقة بين مركز ضبط الصحة، والتكيف مع مرض السرطان وجاءت مؤكدة لدور مركز الضبط الداخلي في مواجهة هذا المرض مواجهة صحيحة، بمعنى أن المرضى الذين يشعرون بإحساس التحكم والسيطرة على حياتهم ومرضهم، حققوا أعلى مستويات من التكيف (يخلف، 2001، ص 97). وتناولت دراسة بران وآخرون إدراك التحكم في المرض والتكيف النفسي، وقد برهن الباحثون أن ما بين 118 امرأة مصابة بسرطان الثدي، واللواتي كان لديهن إحساس بالتحكم في تطور المرض وتلقين دعم اجتماعي أكثر، كان لديهن تقدير ذات عالي وأبدين ألاما جسدية، وقلق وأحاسيس سلبية أقل (Cousson- Gelie, 2001).

*بالإضافة لما سبق فقد توافق مع نتائج الفرضية الثالثة في الحالتين حيث لم تتحقق في كليهما، وذلك بعدم تفضيلهم لسند العائلة. لكن بينت دراسة توني وآخرون حول الفروق بين الجنسين في الدعم الاجتماعي: عينة قوامها 214 رجل و 166 امرأة تراوحت أعمارهم بين 50 و 95 سنة، وقد أظهرت النتائج وجود فروق في درجة الدعم الاجتماعي، حيث أن النساء يتمتعن بشبكة العلاقات الاجتماعية أكثر من الرجال، كما يتلقين دعما اجتماعيا أكثر من الرجال. وفي دراسة قامت بها مجلة الإكلينيكية لعلم الأورام الأمريكية (2011) لمجموعة من الباحثين الأمريكيين قاموا بدراسة في منطقة " شانقاي " و تناولت هذه الدراسة علاقة المساندة الاجتماعية بنسبة العيش لدى المصابات بسرطان الثدي. وقد كانت العينة تساوي 2230 حالة مصابة بسرطان الثدي وتمت الدراسة بين سنتي 2002-2004 وما بين 6 إلى 36 شهر من الإصابة وبعد القيام باستبيان يمس نوعية الحياة والخاصة بالوضعية الجسدية، نوعية النوم، التغذية الوضعية الاجتماعية والمساندة الاجتماعية. بعد ذلك قام الباحثون بتحليل النتائج وإحصاء عدد المصابات التي توفيت بعد الاستبيان، والحالات التي عرفت حالة الانتكاسة بعد العلاج والنتائج كانت كالآتي: الظاهر أن المصابات اللواتي استفدن من مساندة اجتماعية جيدة عرفت خطر الموت منخفض عن 38% نسبة للواتي عرفن ضعف في المساندة الاجتماعية. كذلك بالنسبة للانتكاسة فاللواتي عرفنا مساندة اجتماعية مرضية استفادت من الابتعاد من هذا الخطر بنسبة 48% وعليه استنتج الباحثون أن المساندة الاجتماعية تلعب دور جد فعال بالنسبة للمصابة بسرطان الثدي من حيث نسبة الانتكاسة وكذا الوفاة وخاصة أثناء السنة الأولى بعد التشخيص، مع العلم أن هذه النسب تعرف بعض التراجع بعد 3 سنوات بعد التشخيص (شدمي، 2014-2015، ص 150).

4. خاتمة:

إن الإصابة بمرض مزمن هو أمر مضمي للمصاب منذ بداية إعلانه وخلال رحلة التشخيص والعلاج. وقد أكد André Grimaldi (2009) هذه الفكرة عندما صرح بأن المرض لا يبدأ مع الأعراض وإنما يبدأ مع الإعلان، كما وصفت Christine Delaporte (2009) هذا الأخير على أنه ممارسة طبية صعبة تخلف آثاراً دائمة على المريض ونمط حياته، وأضافت Isabelle Molley-Massol 2004 بأن هذه اللحظة تعد امتحاناً حقيقياً يتوقف عليه تقبل المرض ومعايشه المستقبلي (Boucher et Ulrich, 2013, p31).

كما أن التعامل مع مرض سرطان الثدي تتدخل فيه العديد من العوامل الاجتماعية والنفسية، منها الوضعية الاجتماعية حيث توصلت دراسة قامت بها شدمي رشيد (2015) تناولت هذه الدراسة " واقع الصحة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي " دراسة عيادية بمستشفى تلمسان و قد استعملت الباحثة المنهج العيادي وعينة مكونة من 61 حالة وبتطبيق مقياس الصحة النفسية و كذا اختبار "كاندل" وتوصلت إلى النتيجة التالية: تعيش المرأة المصابة بسرطان الثدي سواء متزوجة وعزباء نفس الوضعية من حيث الصحة النفسية فالمتزوجة تظهر مخاوف من فقدان الزوج من جراء صورتها الجسدية التي تبدو في استئصال الثدي ، أما العزباء تظهر مخاوفها في انهيار للصورة المستقبلية مثل زواج، عمل_إنجاب (شدمي، 2014-2015، ص 01).

وعليه يبقى هذا المرض يهدد حياة واستقرار المصابة به، لذا لا بد من العمل النفسي للمصابة به لمساعدتها على مواجهته والتعامل معه وكذا تقديم المساعدات الاجتماعية المتاحة.

المقترحات:

* دورات إعلام الأطباء والعاملين بمجال الصحة المتعلقة بالسرطانات سواء بالمؤسسات العامة أو الخاصة بأهمية العناية بكيفية وظروف الإعلان عن الإصابة.

* ضرورة إعلام الفريق الطبي بالزام المرافقة من طرف سند اجتماعي للحالة المصابة أثناء الإعلان عن الإصابة.

* ضرورة توقيف تقديم الخدمة النفسية للحالة المصابة لأنها تتدخل في مآل المرض فالعلاج النفسي سند اجتماعي قوي يرافق المصابة في رحلة الكفاح ضد هذا المرض.

في الأخير تدعيم الخصائص النفسية الفعالة (كاستراتيجيات التعامل النشط، التوجه الداخلي لمركز تحكم الألم... الخ.) من خلال خطط برنامج علاجي سلوكي معرفي سيساعد بشكل أفضل مريضات السلطان في معركة كفاحهم وتعاملهن مع هذا المرض.

قائمة المراجع باللغة العربية:

1. بوعامر أحمد زين الدين وقموص منى. (ديسمبر 2017). العلاقة العلاجية طبيب - مريض و الإعلان عن التشخيص في سرطان الثدي عند المرأة. مجلة العلوم الإنسانية. العدد الثامن. الجزء (1). ص ص 243-255.
2. بوعطة الشريفة وخرخاش أسماء. (ديسمبر 2017). تأثير العلاج السلوكي المعرفي على الضغط واستراتيجيات التعامل لدى آباء الأطفال الصم، دراسة ميدانية بمدرسة صغار الصم بولاية المسيلة. مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة محمد بوضياف المسيلة، العدد 10 ج 2. ص ص 173-199.
3. ثابت أوهم نعمان. (2008-2009). الضغوط النفسية وعلاقتها بالتوافق النفسي للمصابات بسرطان الثدي المبكر في الأردن. أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتورا في علم النفس العيادي. جامعة عمان. الأردن.
4. خرخاش أسماء. (2018). تأثير العلاج السلوكي المعرفي على وجهة مركز التحكم ونوع إستراتيجية التعامل والضغط المدرك لدى آباء الأطفال المصابين بالصمم. أطروحة دكتورا مقدمة لنيل شهادة العلوم في علم النفس العيادي، تحت إشراف بوعطة شريفة، جامعة الجزائر 2 -ابو القاسم سعد الله، كلية العلوم الاجتماعية، قسم علم النفس. الجزائر.
5. سامي محمود علي. (2007). دراسة الجماعة العلاجية. القاهرة. دار المعارف.
6. سعادي وردة. (2013). سرطان الثدي لدى النساء وعلاقته بالتوافق النفسي الاجتماعي واستراتيجيات المقاومة، مذكرة ماجستير في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر.
7. شدمي رشيدة. (2014-2015). واقع الصحة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي. أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في علم النفس العيادي تحت إشراف الأستاذ الدكتور العيد فقيه. جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان. كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية. قسم علم النفس وعلوم التربية
8. قنون خميسة. (2013). الاستجابة المناعية وعلاقتها بالدعم الاجتماعي المدرك والرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان. دراسة على عينة بمركز مكافحة السرطان والمستشفى الجامعي بباتنة. أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتورا في علم النفس العيادي. إشراف أ.د. نور الدين جبالي. جامعة الحاج لخضر باتنة. شعبة علم النفس
9. مرازقة وليدة. (2009). مركز ضبط الألم وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان. مذكرة ماجستير علم النفس الصحة. إشراف نور الدين جبالي. جامعة الحاج لخضر باتنة. قسم علم النفس.
10. يخلف عثمان. (2001). علم نفس الصحة، الأسس النفسية والسلوكية للصحة. الطبعة الأولى. الدوحة. قطر. دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع.

قائمة المراجع باللغات الأجنبية:

1. Akman, B, Ozdemir, F.N, Sezer, S, Miçozkadioglu, H, & Haberal, M (2004). Depression levels before and after renal transplantation, Transplantation Proceedings. 2(36).111-113. Ankara. Turkey. Baskent University. Faculty of Medicine.
2. Anaut, M. (2003). la résilience : Surmonter les traumatismes. Paris. édition Nathan.
3. Benoît Gauthier. (2009). Recherche sociale de la problématique à la collecte des données. 5e édition. Québec. Canada. Presses de l'université du Québec.

4. Boucher. O et Ulrich. B. (2013). Les annonces en cancérologie :Le médecin face aux malades, témoignages et repères méthodologiques.(1ère éd). France. Springer.
5. Bourgois. M. (1995). Stress et coping, les stratégies d'ajustement à l'adversité. Paris. France. PUF.
6. Bruchon-Schweitzer. M. Dantzer. R. et al. (2003). Introduction a la psychologie de la santé. Paris. DUNOD.
7. Chen. Mei Ling et al. (2001). A comparison of health locus of control and perceived social support between cancer and aids patient. original article15. Taiwan. Scand J Caring Sci.
8. Cousson- Gelie. Florence. (2001). Concepts, stress, coping , stratégies de coping élaborées pour faire face à une maladie grave , l'exemple des cancers , recherche en soins infirmiers , N°67.
9. Diana. C. M. Seitz. Daniela Hagman . Tanja Besier. (2010). life satisfaction in adult survivors of cancer during adolescence :What contributes to the latter satisfaction with life ?. Germany. Psychotherapy university hospital, ULM, Steinhovelstrabe,
10. Graziani. P. Rusinek. S. Servant. D. Haute Keete-Sence. D. et Haute Keete M. (1996). Validation Française du questionnaire de coping et analyse des évènements stressants du quotidien. Journal de therapies compartimental et cognitive. vol 8. N°3.
11. Horne.R. & Weinman.J. (1999). Patient s' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. Journal of Psychosomatic of Research. 6(47). pp 555- 567, Brighton. U.K: Elsevier Science.
12. Janie Canty-Mitchell. & Gregory D Zimet. (2000). Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in urban adolescents. American Journal of Community Psychology. v28. n3.
13. Keck. Sherry D. A. (2006). Pain locus of control and quality of life. index scores in chronic pain patient. a thesis for the degree master of science in nursing. university of north Carolina. Greensboro.
14. Nezu. Arthur M et al. (2003). handbook of psychology. John Wiley and sons Inc. Vol 9. New Jersey.
15. Palensky. J. J. Ph.D. (2004). understanding coping strategies utilized by women with breast cancer. a mixed methods study. college of education and human sciences. university of Nebraska Lincoln.
16. Paulhan. I. Nuissier. J. Quintard. B. Coussongelie. F. et Bourgois. M. (1994). la mesure de coping traduction et validateur français de l'échelle de Italiano. Annales médico-psychologiques. vol 12. N°5.
17. Sun. Lina N.N. Stewart. Sanita M. (2007). psychological ajustement to cancer in collective culture. international journal of psychology. Vol 35. N °5. Hong Kong. China.

18. Takaki. J. Nishi. T. Shimoyama. H. Inada. T. Matsuyama. N. Kumano. H. Kuboki. T. (2003). Interactions among a stressor, self-efficacy, coping with stress depression and anxiety in maintenance hemodialysis patients. Behavioral Medicine. 1(29).pp 107- 112. Tokyo. Research Staff.
19. Tinakon Wongpakaran. Nahathai Wongpakaran. Ruk Ruktraku. (2011). Reliability and Validity of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS). Thai Version Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health. v7.