

٢٠٠٠

بسم الله الرحمن الرحيم

الجامعة الأردنية
كلية الدراسات العليا

استراتيجيات التدبير التي يستخدمها المتفائلون مقارنة بالمتشائمين من مرضى السرطان

تعتمد كلية الدراسات العليا
هذه النسخة من الرسالة
التوقيع: خالد نعمان النمشة
التاريخ: ٢٠٠٠

إعداد

نعمان خالد نعمان النمشة

إشراف

الأستاذ الدكتور موفق الحمداني

قدمت هذه الدراسة استكمالاً لمتطلبات درجة الماجستير في
علم النفس بكلية الدراسات العليا في الجامعة الأردنية

نيسان / ٢٠٠٠ م

١٦ / ٢٠٠٠

نوقشت هذه الرسالة بتاريخ ٢٠٠٠/٤/١٩ واجيزت .

أعضاء لجنة المناقشة :

التوقيع



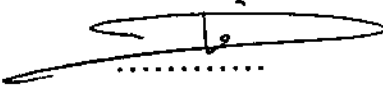
مشرفا

الأستاذ الدكتور موفق الحمداني



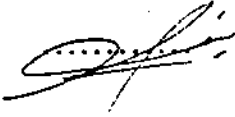
عضوا

الدكتورة ياسمين حداد



عضوا

الدكتور فارس حلمي



عضوا

الدكتور تيسير الياس

الإهداء

إلى والديّ

مع كل الحب والاحترام والتقدير

وإلى أحبتي

أهدي هذا العمل المتواضع

شكر وتقدير

يصعب على المرء أن يعد أولئك الذين كانوا محطات في صيرورة أي بحث علمي، يمدون البحث بالأراء والمعرفة، ويزودون الباحث بالمعرفة والتقويم لكل حيد يبتعد عن قلب الهدف، فهم كثر. إلا أن معالم كبرى تضع نفسها على فائتة الصورة فترسم جهودهم في واجهة أي بحث. وهم في هذا البحث يتجسدون بهرم يقف على قمته أستاذي ومشرفي الدكتور موفق الحمداني الذي فاض بأبويته فأحاطت البحث برصانته، ثم فاض بغزارة علمه، فأعطى البحث المتانة والدقة والموضوعية، كل بنسبية ما يحمل أي بحث، الأمر الذي دعم لدي هاجس تحقيق كل ما سبق، ثم كانت له وقفاته المتميزة، فكان البحث على ما انتهى إليه.

ولن أنسى أن أقدم الشكر في هذا السياق للدكتورة ياسمين حداد على دعمها المتواصل ونصائحها الثرية، والشكر للأساتذة د. عمر جبرين، ود. فارس حلمي، ود. يعقوب خلاد، على عدم البخل عليّ بأي نصح كان، وأشكر كذلك د. تيسير الياس وبقية أعضاء اللجنة الكرام على تفضلهم بمناقشة الرسالة .

كما أشكر لجنة التحكيم لبذلها الجهود في قراءة المقاييس و الاطلاع عليها. وكل الحب لزملائي الأعزاء في القسم الذين كانوا خير رفاق عبر رحلة الماجستير، خالد القضاة، ومروان الزعبي وأشرف القضاة وهنادي الهروط ووليد المومني.

وشكر خاص أوجهه للأنسة ربي فرحات على مساعدتها لي في جمع البيانات، وشكر للسيد زكي العوضي على مراجعته اللغوية للرسالة.

وأخيراً أشكر بكل الحب والتقدير كل من ساهم في إنجاز هذا العمل.

فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
ب	قرار لجنة المناقشة
ج	الإهداء
د	الشكر
هـ	فهرس المحتويات
ز	قائمة الجداول
ط	قائمة الأشكال
ك	قائمة الملاحق
ل	ملخص باللغة العربية
	الفصل الأول : المقدمة والإطار النظري للدراسة
١	المقدمة
٣	التفاؤل والتشاؤم
١٣	استراتيجيات التدبر
٢٣	التأثيرات النفسية التي يتركها السرطان على المريض
٣١	مشكلة الدراسة وأهميتها
	الفصل الثاني: الطريقة والإجراءات
٣٦	العينة
٤٠	أدوات الدراسة

الصفحة	الموضوع
٦٢	جمع البيانات
	الفصل الثالث : النتائج
٦٥	النتائج.....
	الفصل الرابع: المناقشة
٨٨	مناقشة النتائج
١٠٣	المصادر والمراجع
١١٠	الملاحق
١٢٠	الملخص باللغة الإنجليزية

قائمة الجداول

رقم الجدول	اسم الجدول	الصفحة
١	يبين توزيع أفراد العينة من المرضى حسب الجنس والعمر	٣٦
٢	يبين توزيع أفراد عينة المرضى حسب الجنس والمستشفى مكان التواجد.....	٣٧
٣	يبين توزيع المرضى حسب فترات معرفتهم بالمرض	٣٨
٤	يبين العدد والنسبة المئوية للحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي لمرضى السرطان في عينة الدراسة	٣٩
٥	يبين توزيع عينة طلبة الجامعة حسب الجنس والعمر.....	٤٠
٦	يبين معاملات ارتباط الفقرات التي تشبعت بالعوامل الأربعة لمقياس التفاؤل والتشاؤم بعد تدويرها بطريقة المحاور المتعامدة..	٤٤
٧	يبين معاملات الثبات لمقياس استراتيجيات التدبير بطريقتي كرونباخ الفا (α) وإعادة الاختبار	٥٢
٨	يبين معاملات الثبات لمقياس استراتيجيات التدبير بطريقة إعادة الاختبار	٥٣
٩	يبين معاملات ارتباط الفقرات التي تشبعت بالعوامل المختلفة على مقياس استراتيجيات التدبير بعد تدويرها على المحاور المتعامدة...	٥٨
١٠	يبين مصفوفة معاملات الارتباط بين العوامل الثلاثة عشر بعد تدويرها على المحاور المتعامدة	٦٤

رقم الجدول	اسم الجدول	الصفحة
١١	يبين المتوسط الحسابي والافتراضي والانحراف المعياري وقيم (ت) لعينتين من مرضى السرطان وطلبة الجامعة على قائمة التفاؤل والتشاؤم.....	٦٦
١٢	يبين المتوسط الحسابي (م) والانحراف المعياري (ع) لكلا الجنسين لقائمة التفاؤل والتشاؤم وقيم (ت).....	٦٧
١٣	يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستراتيجيات التدبير التي يلجأ إليها المصابون بالسرطان.....	٦٩
١٤	يبين معاملات الارتباط بين التفاؤل والتشاؤم	٧٠
١٥	معاملات الارتباط بين الدرجة التي سجلها المستجيبون على مقياس التفاؤل من جهة واستراتيجيات التدبير من جهة أخرى من المرضى الأردنيين المصابين بالسرطان.....	٧١
١٦	معاملات الارتباط بين الدرجات التي سجلها المستجيبون على مقياس التشاؤم من جهة واستراتيجيات التدبير من جهة أخرى من المرضى الأردنيين المصابين بالسرطان	٧٣
١٧	يبين درجات (كأ ^٢) للفروق في استخدام استراتيجيات التدبير عبر المراحل الزمنية المختلفة	٨٧

قائمة الأشكال

الصفحة	اسم الشكل	رقم الشكل
٧٦	النسب المئوية لاستخدام استراتيجية إعادة التشكيل الإيجابي والنمو عبر المراحل الزمنية المختلفة	١
٧٧	النسب المئوية لاستخدام استراتيجية التركيز على الانفعالات والتنقيس عنها عبر المراحل الزمنية المختلفة	٢
٧٨	النسب المئوية لاستخدام استراتيجية البحث عن المساعدة الاجتماعية للمساعدة عبر المراحل الزمنية المختلفة	٣
٧٩	النسب المئوية لاستخدام استراتيجية التدبير النشط عبر المراحل الزمنية المختلفة	٤
٨٠	النسب المئوية لاستخدام استراتيجية الإنكار عبر المراحل الزمنية المختلفة	٥
٨١	النسب المئوية لاستخدام استراتيجية اللجوء إلى الدين عبر المراحل الزمنية المختلفة	٦
٨٢	النسب المئوية لاستخدام استراتيجية الفكاهة عبر المراحل الزمنية المختلفة	٧
٨٣	النسب المئوية لاستخدام استراتيجية التدبير عن طريق التأخر عبر المراحل الزمنية المختلفة	٨
٨٤	النسب المئوية لاستخدام استراتيجية البحث عن المساندة الاجتماعية أو انفعالية عبر المراحل الزمنية المختلفة	٩

الصفحة	اسم الشكل	رقم الشكل
٨٥	النسب المئوية لاستخدام استراتيجية القبول عبر المراحل الزمنية المختلفة	١٠
٨٦	النسب المئوية لاستخدام استراتيجية التخطيط عبر المراحل الزمنية المختلفة	١١

قائمة الملاحق

الصفحة	اسم الملحق	رقم الملحق
١١٠	قائمة التفاؤل والتشاؤم.....	١
١١٢	مقياس استراتيجيات التدبير	٢
	معاملات ارتباط الفقرات بالعوامل التي تشبعت بها للصورة	٣
١١٦	الأجنبية لمقياس استراتيجيات التدبير	
	معاملات الارتباط المتبادلة بين المقاييس الفرعية Cope للصورة	٤
١١٩	الأجنبية	

الملخص باللغة العربية

استراتيجيات التدبير التي يستخدمها المتفائلون مقارنة بالمتشائمين من مرضى السرطان

إعداد : نعمان خالد نعمان المنتشة

إشراف : الأستاذ الدكتور موفق الحمداني

هدفت الدراسة الحالية بشكل رئيسي إلى فحص الفروق بين المتفائلين والمتشائمين من مرضى السرطان في استراتيجيات التدبير التي يستخدمونها إزاء الموقف الصاغط، إضافة إلى معرفة العلاقة بين التفاؤل والتشاؤم، وأي من صيغ التدبير أكثر انتشاراً عند مرضى السرطان، والتطورات الحاصلة في اللجوء إلى استراتيجيات التدبير المختلفة خلال الفترات المختلفة منذ معرفة المرضى بالإصابة بالسرطان.

وتألفت عينة الدراسة من (٧١) مريضاً بالسرطان، (٣٤) من الذكور، و (٣٧) من الإناث، تم اختيارهم من عدة مستشفيات في عمان، (الأمل والبشر ومستشفى الجامعة الأردنية). إضافة إلى عينة أخرى من طلبة الجامعة الأردنية مؤلفة من ١٠٣ طلاب (٣٧) من الذكور و(٦٦) من الإناث استخدمت لأغراض المقارنة وإجراءات الثبات.

وقد تم استخدام أداتين في هذه الدراسة للإجابة عن أسئلتها، وهما القائمة العربية للتفاؤل والتشاؤم ومقياس استراتيجيات التدبير الذي تم تعريبه، وقد تحقق لهذان المقياسان عدداً من دلالات الصدق والثبات التي تشير إلى تمتعهما بدرجة جيدة من الصدق والثبات مما يبرر استخدامهما.

سنت نتائج الدراسة الحالية ارتباط التفاؤل بشكل دال إحصائياً مع ستة استراتيجيات من أصل ١٥ استراتيجية تدبر شملتها الدراسة وهي: اللجوء إلى الدين،

وإعادة التشكيل الإيجابي والنمو، والقبول، والتدبير النشط، والتدبير عن طريق التآني، والتخطيط. وبلغت معاملات ارتباطها بالتفاؤل (٠,٤٦)، (٠,٤١)، (٠,٣٨)، (٠,٣٩)، (٠,٣٣)، (٠,٢٥) على التوالي، كما ارتبط التشاؤم بشكل دال إحصائياً أيضاً مع ستة استراتيجيات تدبر، اثنتان منها بشكل إيجابي وهي التركيز على الانفعالات والتنفيس عنها بمعامل ارتباط بلغ (٠,٤٣)، واستراتيجية فك الاشتباك السلوكي بمعامل ارتباط (٠,٣٨)، بينما ارتبط التشاؤم ارتباطاً سلبياً مع استراتيجية التدبير النشط، والتخطيط، واللجوء إلى الدين، وإعادة التشكيل الإيجابي والنمو وبمعاملات ارتباط بلغت (٠,٣٤-)، (٠,٢٨-)، (٠,٢٨-)، (٠,٢٧) على التوالي.

وأظهرت نتيجة الدراسة وجود علاقة سلبية دالة إحصائياً بين التفاؤل والتشاؤم بمعامل ارتباط بلغ (٠,٥٨-)، الأمر الذي قد يشير إلى أن التفاؤل والتشاؤم هما عاملان مستقلان نوعاً ما وليساً عاملاً واحداً ثنائي القطب، كما كشفت الدراسة عن أن أكثر صيغ التدبير انتشاراً واستخداماً من قبل المرضى، كانت استراتيجيات اللجوء إلى الدين، وإعادة التشكيل الإيجابي والنمو، والقبول.

٥٢١٨٨٧

وللتعرف على مدى ثبات استخدام استراتيجيات التدبير عبر الزمن مسترشدين بنظرية روس، فقد تم حساب النسب المئوية لاستخدام كل استراتيجية على حدة عبر أربع مراحل زمنية مختلفة (شهر، ثلاثة شهور، ستة شهور، سنة). كما تم إجراء اختبار (كآ) لمعرفة ما إذا كانت الفروق في استخدام استراتيجيات التدبير عبر الزمن ذات دلالة إحصائية أم لا، ولم تُظهر نتيجة اختبار (كآ) وجود فروق ذات دلالة إلا مع استراتيجيتي البحث عن المساندة الاجتماعية الانفعالية، والتركيز على الانفعالات والتنفيس عنها، والتي كانت في ارتفاع مستمر بزيادة الزمن، وعلى الرغم من أن باقي الاستراتيجيات لم تُل تغيرات ذات دلالة إحصائية في الاستخدام عبر الزمن، إلا أن هذه التغيرات كانت منسجمة مع ما طرحه المنظرون حول فرضية المراحل التي يمر بها مريض السرطان منذ تلقيه خبر الإصابة بالمرض.

الفصل الأول

المقدمة

والإطار النظري للدراسة

المقدمة

يسود الاعتقاد بين الناس أن التفكير المستبشر يساعد الفرد في التغلب على المصاعب والشدائد التي يواجهها - كالشفاء من المرض أو تحمل الشدائد أو التصدي للعقبات التي تعترض سبيله نحو تحقيق أماله وأهدافه. وقد تناول المجتمع العلمي هذا الاعتقاد بشيء من الشك لفترة من الزمن، ثم اشتد التساؤل عما إذا كان لهذا المعتقد شيء من الصحة. حيث بدأت البحوث التي تدعم هذا الاعتقاد الشعبي تظهر (Scheier et al., 1989).

ويرى شاير وكارفر (Scheier & Carver, 1985) أن النزعة للتفاؤل تعد شكلاً من أشكال التفكير المستبشر. وقد يكون لها معطيات مهمة في كيفية تعامل الناس مع ضغوط الحياة التي يواجهونها. وتعتمد هذه النظرة على فكرة عامة مفادها أن أفعال الناس تتأثر بشكل كبير باعتقاداتهم حول العواقب أو النتائج المحتملة لهذه الأفعال. واستناداً إلى هذه النظرة فالأشخاص الذين يتوقعون نتائج إيجابية ومرغوبة سوف يسعون إلى الاستمرار ببذل الجهود لتحقيق هذه النتائج، حتى وإن كان العمل صعباً أو مؤلماً. أما عندما تكون النتائج المتوقعة غير مرغوبة أو مستحيلة فإن الناس يقللون من جهدهم، بل يتوقفون تماماً عن المضي قدماً نحو تحقيق أهدافهم، ومن ثم يرى شاير وكارفر أن توقع العواقب يعد محددًا أساسياً للسلوك، ويؤدي إلى واحد من نوعين من السلوك، هما: الاستسلام أو مواصلة النضال والكفاح. ويرتبط هذا الأخير بالتفاؤل وهو توقع عام بالخير.

وفي الأعوام الأخيرة زاد الاهتمام بالتفاؤل بوصفه عاملاً إيجابياً له تأثير على الصحة النفسية والجسمية، وقد استأنث مفهوم التفاؤل والتشاؤم باهتمام عدد كبير من الباحثين في مجال الشخصية وعلم النفس الاجتماعي والصحة النفسية.

(Chung, 1998) وقد أيدَّ هؤلاء الباحثون الدور المهم الذي يلعبه التفاوض في الشخصية، والذي يبرز بوجه خاص عند التعرض للضغوط والمحن والأمراض (Carver et-al., 1993).

وقد حاولت دراسات حديثة كثيرة تحليل العلاقة بين الإصابة بالسرطان من جهة، وعدد من العوامل النفسية، مثل: المزاج المكتئب، والعجز المتعلم، ونمط الشخصية من جهة أخرى، وأنتجت هذه الدراسات خليطاً من النتائج، فبعض هذه الدراسات وجدت علاقات ذات دلالة وأخرى لم تجد مثل هذه العلاقات الدالة، وقد حاولت بعض الدراسات الحديثة إلقاء الضوء على العلاقات المحتملة بين العوامل النفسية وبين بقاء المرضى بأمراض تفضي إلى الموت Terminal Disease على قيد الحياة. وكان التفاوض والتشاؤم من بين العوامل النفسية التي ظهر أن لها تأثيراً كبيراً (Schulz & Bookwala, 1998).

وتشير الدراسات إلى أن المتفائلين أقدر على التكيف والنجاح في مواجهة ضغوط الحياة بكفاءة وفعالية أكثر، وهم أسرع شفاءً وعودة إلى طبيعتهم عند إصابتهم بمرض معين، على عكس المتشائمين الذين يعانون من الشعور بالضيق وسوء التوافق والاضطرابات النفسية كالالاكتئاب. وتشير النتائج كذلك إلى أن هذه الآثار المفيدة للتفاوض يمكن أن تعزى جزئياً إلى اتباع أساليب تكيفية مناسبة لمواجهة الضغوط. (Carver et-al., 1993, Aspinwall & Taylor, 1992, Scheier et-al., 1986, Pozo et-al., 1992, Scheier et-al., 1989).

تشير استراتيجيات التدبر إلى سلوكيات تكيفية متعلمة تهدف إلى حل المواقف الضاغطة الذي يواجه الفرد وتجاوزه، وتقسّم استراتيجيات التدبر إلى قسمين رئيسيين هما الهروب والمواجهة وتؤكد الدراسات على أهمية استراتيجيات التدبر في كيفية

توسطها للعلاقة بين الضغوط ونواتج هذه الضغوط، فكثيراً ما تعتمد كمية العواطف والمشاعر التي نمر بها ونستشعرها على الطريقة التي نعالج بها المواقف الضاغطة. وبالتأكيد تختلف استراتيجيات التدبر في فاعليتها في مواجهة الضغوط، فظهر مثلاً أن استراتيجيات المواجهة والتخطيط ارتبطت بثقة أكبر وسعادة أكبر، في حين أن استراتيجيات الهروب ارتبطت بثقة وسعادة أقل (Feshbach & Weiner, 1991).

وفي هذه الدراسة سنحاول بحث العلاقة بين التفاؤل والتشاؤم واستراتيجيات التدبر التي يستخدمها مرضي السرطان للتدبر والتعامل مع ضغوطهم.

التفاؤل والتشاؤم

يقول تشانغ (Chang) إنه لا يوجد تعريف متفق عليه لكل من التفاؤل والتشاؤم (حسن ولولوه، ١٩٩٨) وعلى الرغم من وجود عدد من التعريفات لكل من التفاؤل والتشاؤم إلا أنها جميعاً تدور حول معان مترابطة، فالمعنى الأعم والأوسع للتفاؤل Optimism في لغتنا العربية هو توقع حدوث الخير. (قرني، ١٩٨٠) وهذا التعريف قريب لتعريف معجم وبستر للتفاؤل بأنه ميل إلى تبني وجهة نظر مفعمة بالأمل، وبأن كل شيء سيؤول إلى الأفضل. أما عبد الخالق (١٩٩٦) فيعرف التفاؤل بأنه "نظرة استبشار نحو المستقبل، تجعل الفرد يتوقع الأفضل، وينتظر حدوث الخير، ويرنو إلى النجاح، ويستبعد ما خلا ذلك" في حين يعرف التشاؤم Pessimism بأنه "توقع سلبي للأحداث القادمة يجعل الفرد ينتظر حدوث الأسوأ، ويتوقع الشر والفشل وخيبة الأمل، ويستبعد ما عدا ذلك". إلا أن تعريف شاير وكارفر (١٩٨٥) للتفاؤل والتشاؤم يعد من أكثر التعاريف انتشاراً واعتماداً من قبل الباحثين، وهما يعرفان التفاؤل والتشاؤم بأنهما توقعات إيجابية للنتائج بشكل عام عند المتفائل أو توقعات سلبية في الحياة عند المتشاؤم (Scheier & Carver, 1985)، وبناء على هذا التعريف

صمم هذان الباحثان اختبار التوجه نحو الحياة (LOT) Life Orientation Test لقياس الفروق الفردية في ذلك التوجه، ويعد تعريفاً إجرائياً للتفاؤل والتشاؤم. ويتضمن المقياس ١٢ فقرة تقيس توقعات الفرد المفضلة للنتائج المستقبلية.

ويفترض كل من شاير وكارفر أن التفاؤل سمة مهمة من سمات الشخصية تتضمن توقعات عامة حول المستقبل، وهي سمة ثابتة بشكل عام عبر الزمن، ففي دراستين منفصلتين استخدم فيهما مقياس التوجه نحو الحياة (LOT) خرجت الدراسة الأولى بمعامل ثبات (٠.٧٩) بعد ٤ أسابيع من إعادة تطبيق المقياس. أما الدراسة الثانية فقد خرجت بمعامل ثبات (٠.٦٩) بعد فترة لا تقل عن ٣ سنوات على عينة مكونة من ٤٦٠ مريضاً.

كما يفترض شاير وكارفر أن التفاؤل والتشاؤم سمة ثنائية القطب Bipolar حيث يقع الأفراد على خط متصل بين التشاؤم على قطب والتفاؤل على القطب المعاكس (Scheier & Carver, 1993).

وقد قوبلت الافتراضات التي استند إليها شاير وكارفر بموجة من الانتقادات، فعلى العكس من التعريف أنف الذكر الذي قدمه شاير وكارفر من أن التفاؤل والتشاؤم يعكسان توقعات إيجابية أو سلبية قدم دمبر (Dember, 1989) تعريفاً واسعاً للتفاؤل والتشاؤم يتضمن الاعتقاد بأن هذين المفهومين يعكسان نظرة إيجابية أو سلبية للحياة، وإذ يركز تعريف كل من شاير وكارفر على المستقبل، نجد أن تعريف دمبر يتضمن إدراك الحاضر وتقييمه إضافة للمستقبل. وبناء على هذا التعريف طور دمبر ١٩٨٩ وزملاؤه مقياساً للتفاؤل والتشاؤم (Optimism and Pessimism Scale) (OPS). ويتكون المقياس من ٥٦ عبارة تقيس

التفاؤل ومثلها لقياس التشاؤم إضافة لعشرين بندا مكررا بصيغ أخرى في المقياس (حسن وحمادة، ١٩٩٨).

النقطة الأخرى التي كانت مثار خلاف هي مسألة أبعاد Dimensionality التفاؤل والتشاؤم. فالأدلة الجديدة توحي بأن التفاؤل والتشاؤم ليسا وجهين لعملة واحدة، أو يشكلان خطا متصلًا ثنائي القطب كما افترض شاير وكارفر، فقد أظهرت بعض الدراسات أن لكل منهما عدد من الارتباطات المختلفة، ويظهر أن أحيانا كعوامل منفصلة (Raikkonen et-al., 1999). وقد حاولت دراسة مارشال وآخرون (Marchall et-al., 1992) بشكل رئيسي فحص ما إذا كان كل من التفاؤل والتشاؤم يمثلان طرفين متقابلين على خط متصل، أم أنهما بعدان مستقلان إلى حد ما. أجريت الدراسة على عيّنتين؛ الأولى مكونة من ٣٤٦ شخصا، والثانية ٥٤٣ شخصا من البحارة الذين كانوا تحت التدريب العسكري، وقد جمعت من العيّنتين معلومات تغطي مجالات مختلفة مستخدما في ذلك عددا من المقاييس، وتلك المجالات هي التفاؤل واليأس والعصابية والانبساطية والمشاعر الإيجابية والسلبية، وقد استخدمت الدراسة التحليل العاملي للتأكد مما إذا كان اختبار التوجه نحو الحياة يقيس بعدا واحدا أحد طرفيه التفاؤل والطرف المقابل للتشاؤم، أم أنه يقيس بعدين منفصلين نوعا ما، ودلت عملية التحليل على أن التفاؤل والتشاؤم بعدان متميزان إلا أنهما مترابطان، كما أن التفاؤل ارتبط بشكل رئيسي بالانبساطية والمشاعر الإيجابية، وعلى العكس من ذلك ارتبط التشاؤم بالعصابية والمشاعر السلبية.

وقد ألفت هذه الدراسة وغيرها بعضا من الشك حول النظرة السائدة عن

مصدقية أحادية البعد لكل من التفاؤل والتشاؤم. ويفضل -حاليا- غالبية الباحثين في

الميدان النظر إلى التفاؤل والتشاؤم على أنهما يقعان على بعدين مستقلين إلى حد ما (Raikkonen et-al., 1999). وتحاول دراستنا الحالية النظر في هذه المسألة أيضا.

ظاهرة أخيرة جديرة بالذكر حول موضوع التفاؤل والتشاؤم حازت على اهتمام الباحثين مؤخرا وهي مفهوم التفاؤل غير الواقعي، ولهذا المصطلح علاقة وثيقة بمفهوم التفاؤل والتشاؤم، ويعرف تايلور وبروان Taylor & Brown, 1988 التفاؤل غير الواقعي Unrealistic Optimism بأنه شعور الفرد بقدرته على التفاؤل إزاء الأحداث دون مبررات منطقية أو وقائع أو ظواهر تؤدي إلى هذا الشعور.

ويقصد بالتفاؤل غير الواقعي أن المرء يقلل من احتمالات حدوث الأحداث السيئة دون مبرر واقعي، أو يتوقع حدوث الأحداث الحسنة دون مبرر واقعي.

لقد قدم فاينشتاين Weinstein, 1980 مصطلح (التفاؤل غير الواقعي) وأورد تقريرا هدف إلى الكشف عن نزوع الأفراد إلى التفاؤل غير الواقعي لأحداث الحياة في المستقبل، وذلك من خلال دراستين، حيث تكونت عينة الدراسة الأولى من (١٢٥٨) طالبا وطالبة من جامعة روتجرز في ولاية نيوجرسي الأمريكية. واستخدم في هذه الدراسة مقياس أحداث الحياة، الذي يشتمل على (٤٢) حدثا، منها (١٨) حدثا إيجابيا و (٢٤) حدثا سلبيا، وكان يجاب على كل بند على ضوء أحد عشر اختيارا يتراوح بين (لا فرصة لحدوث ذلك) و (فرصة حدوث ذلك أكثر من ٨٠%). وكشفت الدراسة الأولى عن تقدير الأفراد للأحداث الإيجابية بمعدل فوق المتوسط، على حين كان تقديرهم للأحداث السيئة أو السلبية بمعدل أقل من المتوسط، كما أظهرت الدراسة أيضا تأثير درجة التفاؤل بعوامل أخرى مثل: الخبرة الذاتية، الدافعية، وغيرها من العوامل (الأنصاري، ١٩٩٨).

أما الدراسة الثانية فقد أجريت على (١٢٠) طالبة من الجامعة السابقة نفسها، وهدفت إلى التحقق من الفكرة القائلة بأن الأفراد ذوي التفاؤل غير الواقعي يتفعلون نتيجة توجيههم إلى العوامل التي تساعدهم على تحقيق مطالبهم المرغوبة في المستقبل. واستخدم في هذه الدراسة كتيب يحتوي على الأحداث نفسها التي استخدمت في الدراسة الأولى، ولكن تم تقسيمها في الدراسة الثانية إلى ثلاثة أقسام متساوية يمكن أن تثير التفاؤل غير الواقعي، وعلي كل مفحوص أن يذكر العوامل التي قد تزيد من احتمال حدوث تلك الأحداث لديهم أو تقلل منها، وكان الهدف من هذا الإجراء تقليل درجة التفاؤل غير الواقعي أو التحكم فيها. وبالفعل أظهرت هذه الدراسة أن استخدام هذا الإجراء قد خفض من معدل التفاؤل غير الواقعي بشكل ملحوظ بالنسبة للأحداث ذاتها التي تم تحديدها في الدراسة الأولى. ومع ذلك فإن هذا الإجراء لم ينف ظاهرة اللاواقعية في التفاؤل.

وحيث إن مفهوم التفاؤل غير الواقعي يشير إلى تقليل الأفراد في تقديراتهم أو حول ما يمكن حدوثه في المستقبل من أحداث سيئة أو نكبات أو كوارث فقد تساءل ماكينا Mckenna, 1993 (كما يذكر الأنصاري، ١٩٩٨) أن ذلك ربما كان يعود إلى وهم السيطرة أو التحكم وليس إلى التفاؤل غير الواقعي أي أن المرء يعتقد وأهـما أنه مسيطر على زمام الأمور لذلك لن يصيبه مكروه في الوقت الذي تكون فيه كثير من المكارء خارج سيطرة الإنسان.

وللإجابة عن هذا التساؤل استخدم المنهج التجريبي ، وبلغ حجم العينة ٩٩ من أعضاء هيئة التدريس والموظفين والطلاب بجامعة ريدنج في إنجلترا بواقع (٥٨) ذكرا و (٤١) أنثى، ممن تراوحت أعمارهم بين ١٨ و ٦٨ عاما. وكانت أداة البحث عبارة عن استبانة تتكون من سؤالين كما يلي:

ومن ثم طبق مقياس بيك للاكتئاب مرة ثانية بعد الوضع بثلاثة أسابيع، وقد كشفت الدراسة عن علاقة عكسية بين التفاؤل والاكتئاب المقاس بعد ثلاثة أسابيع من الولادة بمعامل ارتباط مقداره (-٠.٤٣).

أما ستيفن وآخرون (Stephen et al., 1993) فقد درسوا العلاقة بين التفاؤل والتشاؤم من جهة، والإحساس بالوحدة وتقدير الذات من جهة أخرى عند عينة من الطلبة الجامعيين. وقد أظهرت نتائج الدراسة ارتباط التفاؤل بشكل إيجابي مع تقدير الذات، وبشكل سلبي مع الشعور بالوحدة، أما التشاؤم فقد ارتبط بشكل إيجابي مع الوحدة، وسلبي مع تقدير الذات، إضافة إلى ارتباط كل من الوحدة والتشاؤم بشكل سلبي مع تقدير الذات.

ودرست بوزو وآخرون (Pozo et al., 1990) التكيف النفسي لدى مجموعة من النساء تعرضن لجراحة أجريت لهن في المراحل المبكرة من نمو سرطان الثدي (٥٩ مريضة في المرحلة الأولى أو المرحلة الثانية). ويتضمن التكهن بالشفاء Prognosis في هاتين المرحلتين أمالا جيدة نسبيا للشفاء، ومع ذلك فمن البديهي أن الإصابة بالسرطان تشكل تهديدا لصحة هؤلاء النسوة وعلى بقائهن على قيد الحياة. وأجريت مقابلات للمريضات لأول مرة في وقت التشخيص، ثم مرة ثانية في اليوم السابق لإجراء الجراحة لهن، كما أجريت مقابلات تتبعية بعد ٣ و ٦ و ١٢ شهرا. وتم تقدير التفاؤل باستخدام اختبار التوجه نحو الحياة LOT في الوقت الذي تم فيه التشخيص، وقيس المزاج السلبي والضيق والألم في كل المقابلات التالية بعد المقابلة الأولى. وأسفرت الدراسة عن أن التفاؤل يعد منبئا مستقبليا عن معدلات الضيق لدى هؤلاء المرضى منذ قبيل الجراحة وحتى شفائهم بعد اثني عشر شهرا. فقد اتضح أن التفاؤل يرتبط ارتباطا عكسيا (-٠.٥٧) بالضيق أو الألم (Scheier & Carver, 1992).

وقد تأيدت نتائج هذه الدراسة بدراسات أخرى أجراها اسبينوال وتايلر، (Aspinwall & Taylor, 1992). والتي حاولت الكشف عن التكيف النفسي لدى مجموعة من الطلبة الجامعيين خلال الفصل الأول من سنة دخولهم الجامعة. وفي هذه الدراسة تم قياس عدد من العوامل النفسية عند هؤلاء الطلبة بضمن ذلك التفاؤل وتقدير الذات، وموقع التحكم المدرك. وتم قياس التفاؤل باستخدام مقياس التوجه نحو الحياة (LOT) وتم تطبيق المقياس على الطلبة مرتين، الأولى كانت عند دخولهم الجامعة، أما الثانية فقد كانت بعد مرور ثلاثة أشهر على انتظام الطلبة في الجامعة. وقد أظهرت النتائج أن التفاؤل كان له تأثير قوي وحقيقي على مستقبل الصحة النفسية عند هؤلاء الطلاب، فالمستوى العالي من التفاؤل عند دخول الجامعة ارتبط مع شعور منخفض بالضيق بعد مرور ثلاثة أشهر من دخول الجامعة. وقد كان هذا الارتباط بين التفاؤل والصحة النفسية مستقلا عن أي تأثير يمكن أن يعزى إلى تقدير الذات أو إلى موقع التحكم المدرك (Locus of control).

كما قام تايلور وآخرون (Taylor et-al., 1992) بدراسة هدفت إلى معرفة العلاقة بين التفاؤل واستراتيجيات التدبير والتكيف والسلوك الصحي، وتكونت عينة الدراسة من ٥٥٠ فردا من الذكور فقط، نزلاء في إحدى المستشفيات الأمريكية التي تعالج مرضى نقص المناعة المكتسبة (Aids)، بواقع ٣١٢ مفحوصا مصابا بالإيدز، و٢٣٨ مفحوصا خاليا من فيروس الإيدز، واستخدم في هذه الدراسة مقياس الضيق النفسي Psychological Distress لقياس اليأس، واختبار التوجه نحو الحياة (LOT)، ومقياس مواجهة الأفكار المتصلة بالإصابة بمرض الإيدز، ومقياس قلق الإيدز. وقد أظهرت نتائج الدراسة ارتباط التفاؤل بمقدار أقل من الضغط والضيق عند المرضى وكان معامل الارتباط (- ٠.٥٩). كما ظهر أن التفاؤل كان من الموارد المهمة للتغلب

على المصاعب والاضطرابات النفسية. إذ إنه ساعد المرضى على التحكم النفسي في الانفعالات عندما يصابون بالأمراض.

٢. الصحة الجسمية Physical well-being

وقد أظهرت دراسات أخرى أن الآثار الإيجابية للتفاؤل ليست محصورة فقط في جعل الناس في حالة نفسية مريحة أو يتمتعون بشعور أفضل وإنما يتعدى هذا التأثير إلى النواحي الجسمية. وقد قدمت الدراسات عددا لا بأس به من الأدلة حول مثل هذه التأثيرات.

فقد ركزت إحدى الدراسات المبكرة على الأعراض البدنية التي يعاني منها الطلبة الجامعيون في الأسابيع الأخيرة للفصل الدراسي، (وتعد هذه الفترة من الفصل فترة ضغوط لمعظم الطلبة)، فقبل نهاية الفصل بأسابيع أكمل الطلبة مقياس التوجه نحو الحياة LOT والقائمة المختصرة للأعراض الجسدية ثم أعادوا الكرة بعد نهاية الفصل. وأظهر المتفائلون في هذه الدراسة أعراض جسدية أقل من تلك التي أظهرها المتشائمون بفارق ذي دلالة إحصائية (Scheier & Carver, 1992).

كما أجرى شاير وآخرون (Scheier et al., 1989) دراسة لتحديد أثر التفاؤل في الشفاء من جراحة الشريان التاجي لدى عينة من ٥١ رجلا مريضا أجريت لهم جراحة المجرى الجانبي للشريان التاجي (Coronary artery bypass surgery (CABS)) وأوضحت الدراسة أن المرضى الأكثر تفاؤلا بالنسبة للعملية الجراحية كانوا أسرع شفاء بالمقارنة إلى المرضى المتشائمين. كما كان المتفائلون أسرع في العودة إلى ممارسة أنشطتهم الطبيعية في الحياة بعد إجراء العملية الجراحية، مما يدل على أن التفاؤل يمكن أن يبنى بالتكيف الفعال بعد إجراء العملية الجراحية. وقد جمعت بيانات تتبعية عن هؤلاء المرضى أنفسهم استمرت خمس سنوات بعد إجراء العملية

الجراحية. ولدى متابعة هؤلاء المرضى بعد خمس سنوات من إجراء العملية الجراحية ظهر أن المتفائلين أفضل صحة. لذلك يمكن القول بأن التفاؤل يعد منبئاً مستقبلياً للشعور الذاتي بالصحة وبأن كل شيء على ما يرام لدى هؤلاء المرضى. وكان المتفائلون على العكس من المتشائمين يشيرون إلى الشعور بالراحة بعد النوم باحتمال أكبر، وهم أقل ميلاً إلى الاستيقاظ من النوم في الصباح المبكر مرات متعددة (أي أقل ميلاً لإحدى صيغ الأرق). وقرر المتفائلون أيضاً أكثر من المتشائمين أن حياتهم مليئة ومسلية وشيقة ومتحررة من الضغوط والمضايقات، كما أنها مليئة بالأنشطة المتنوعة، كما أقر المتفائلون أكثر من المتشائمين بأنهم يحصلون على إشباع ورضا كبيرين عن علاقاتهم بأصدقائهم، فضلاً عن الإشباع والرضا العظيمين عن عملهم ومهنتهم. وأخيراً فقد ظلت نوعية حياتهم (Quality of life) بوجه عام أفضل من المتشائمين. ويضيف الباحثون أن المتفائلين من أفراد العينة كانوا يتمتعون بعادات صحية أكثر إيجابية. فقد كان المتفائلون يتناولون (الفيتامينات) بشكل منتظم، ويقل احتمال تناولهم لوجبات غير صحية (أغذية على شكل لحوم مشبعة بالدهون) ويزداد احتمال انخراطهم في برامج إعادة تأهيل القلب، وذلك بالمقارنة إلى المتشائمين.

وذهبت الدراسات الحديثة إلى أبعد من ذلك عندما افترضت وجود علاقة بين التفاؤل والجهاز المناعي. وهذا ما وجدته دراسة سيغريستورم وآخرون Segerstorm فعلاً. فقد حاولت هذه الدراسة فحص الأثر الذي يتركه التفاؤل على المزاج وعلى المتغيرات المناعية، وأجريت الدراسة على طلبة في الفصل الدراسي الأول في كلية الحقوق، أظهرت نتيجة الدراسة ارتباط التفاؤل بالمزاج الحسن بشكل دال كما أنه ارتبط مع النسب العالية لإفرازات مكونات الجهاز المناعي والعدد الكبير للخلايا

الليمفاوية وخاصة T cell و Killer cell والتي تعد داعمة ومعززة لقوة الجهاز المناعي وقدرته (Segerstorm et al., 1998).

ويتساءل الباحثون عن أسباب الأداء الأفضل للمتفائلين مقارنة بالمتشائمين في مواجهة المواقف الضاغطة، ولماذا نجد المتفائلين أقل إحساسا بالضيق فسي أغلب الأوقات؟ وبلا شك فإن اكتشاف الإجابة عن مثل هذا السؤال يمكن أن يساعد علماء النفس على ابتكار الطرق العملية لمساعدة المتشائمين على تحسين أداءهم، كما يحسن فهمنا نظريا للعلاقات بين المتغيرات ذات الصلة.

وقد افترض بعض الباحثين (كارفر وشاير -مثلا-) (Carver & Scheier, 1985) أن هذه الفروق يمكن أن تعزى إلى أن المتفائلين والمتشائمين يستخدمون استراتيجيات مختلفة للتدبر والتعامل مع الأحداث الضاغطة، حيث يرى كل من شاير وكارفر أن السبب الرئيسي لتفوق المتفائلين على المتشائمين في التكيف على ظروف الحياة هو وعي المتفائلين لتغير الظروف المحيطة بهم والعناصر ذات الصلة بالموقف الضاغط، على العكس من المتشائمين الذين يتجاهلون الموقف أو ينسحبون منه. وقد نال هذا الافتراض دعما مباشرا نتيجة لدراسات عدة، فظهرت علاقات واضحة بين التفاؤل والتدبر سنتحدث عنها فيما يأتي. (Scheier & Carver, 1986, Weintraub, Aspin well & Taylor, 1992, Carver et-al., 1993, Chang, 1998b)

استراتيجيات التدبر (Coping strategies)

عرف كل من لازاروس وفولكمان Lazarus & Folkman التدبر (Coping) على أنه الجهود المعرفية والسلوكية للسيطرة على المطالب الداخلية أو الخارجية التي يخلقها الموقف الضاغط أو تخفيض تلك المطالب أو تحملها (Lazarus & Folkman, 1986).

وترجع معظم الجهود في فهمنا للتدبير إلى أبحاث لازاروس و فولكمان ١٩٨٤ وبحوث موس (Moos) ١٩٨٦. فقد طرح لازاروس ١٩٦٦ نموذجاً للعلاقة بين الضغوط والتدبير. وافترض فيه أننا نلجأ فوراً للتدبير عندما ننظر إلى حدث أو شيء معين بوصفه مصدر تهديد لنا، ونحاول إدارة المتغيرات بغية تحديد المهددات هذه، وقد أشار لازاروس إلى أننا نقوم بعملية تقييم تحددان معنى الحدث ومقدار الضغط الذي نتعرض له.

ففي التقييم الأولي (Primary appraisal) يقيم الفرد الموقف الذي يواجهه على أنه موقف إيجابي أو سلبي أو حيادي، ولا يشكل التقييم الإيجابي والحيادي للموقف عبئاً عليه، أما إذا قيم الفرد الموقف بأنه سلبي فإنه يغدو عبئاً على الفرد، ويعقب التقييم السلبي تقييم إضافي للعلاقة بين الفرد والبيئة بأنها مؤذية (Harmful)، أو مهددة (Threatening)، أو أنها تواجه الفرد بتحد (Challenging). وينتج عن توقع الأذى أو التهديد مشاعر سلبية كالغضب والخوف والرفض، في حين ينتج عن التحدي مشاعر سارة كالإثارة والتحفز.

أما التقييم الثانوي (Secondary appraisal) فهنا يقيم الفرد موارده التكيفية والبدائل المتاحة أمامه. وبكلمة أخرى يقول الفرد لنفسه (ما الذي أستطيع أن أفعله إزاء الموقف؟)، وتضم هذه المرحلة أيضاً عملية اتخاذ القرار واختيار استراتيجيات التدبير، ويتم الانتقال بعدها من الموقف كما تم إدراكه إلى تنفيذ استراتيجيات التدبير التي اختارها بهدف تعديل الموقف (Folkman, 1984).

وعلى الرغم مما يبدو على هذه العمليات من التتابع فإن لازاروس يؤكد (كما يقول شاير) أنها لا تحدث بشكل متسلسل، وإنما قد تكون إحدى العمليات نتاجاً للعملية السابقة أو اللاحقة، فمثلاً قد نلاحظ أن استجابة تكيفية سريعة جعلت التهديد

يبدو أقل خطورة وتهديداً، أو قد تكون استراتيجية تعامل ما غير مجدية، وهذا يجعل المرء يعيد النظر بالتهديد والتفكير باستراتيجيات أخرى أكثر مناسبة (Scheier & Carver, 1989).

وإذا نظرنا ملياً بتعريف لازاروس وفولكمان للتدبر، نجد أن تعريفهما يرى التدبر على أنه:

١. عملية Process تحدث عبر الزمن.
٢. عملية تتضمن مقداراً معيناً من الجهد والتخطيط، فهي ليست عملية آلية أو ردة فعل بسيطة للضغط.
٣. يعرف باستقلال عن النواتج (Outcome)؛ لأن التدبر يشير إلى الجهود المبذولة للسيطرة على الضغط بغض النظر عن نجاح هذه الجهود أو فشلها (Chirsk, 1996).

وقد خلص لازاروس وفولكمان إلى وجود نوعين عامين من استراتيجيات التدبر يستخدمها الناس عادة في التعامل مع المواقف الضاغطة:

١. الاستراتيجيات المركزة على المشكلة Problem-focused coping.
 ٢. الاستراتيجيات المركزة على الانفعال Emotion-focused coping.
- وتشير الاستراتيجيات المركزة على المشكلة إلى محاولة الفرد حل المشكلة، أو عمل شيء لتغيير مصدر الضغط والبحث عن أي حلول ممكنة كالقيام بعملية التخطيط لحل المشكلة، أو سؤال الناس لأخذ المشورة والنصيحة فهو منحى حل مشكلات؛ كونه يهدف إلى تغيير العلاقة بين الفرد والبيئة. أما الاستراتيجيات المركزة على الانفعال فتهدف إلى تقليل الضغط والضيق الانفعالي المصاحب

للموقف الضاغط كالتفيس عن المشاعر والبحث عن الدعم الاجتماعي للفضضة
عن النفس، والاستسلام للموقف (Folkman, 1984).

وبالرغم من سهولة تصنيف هذين النوعين بشكل رئيسي أو نوعي، إلا إنه من
الصعوبة التمييز بين أثر كل منهما، أو تحليل أثر كل نوع على حدة. التدبر المركز
على الانفعال مثلا يمكن أن يسهل التدبر المركز على المشكلة بإزالة جزء من
الضيق والضغط الذي من الممكن أن يكون عائقا أمام الجهود المركزة حول
المشكلة، وبالمثل فإن التدبر المركز حول المشكلة يمكن أن يخفض التهديد المحيط
بالموقف أقل فيخفف بالتالي من الضغوط الانفعالية المحيطة بالمشكلة
(Carver&Scheier, 1994).

ويستخدم الناس كلا النوعين من الاستراتيجيات في التعامل مع المواقف
الضاغطة إلا أنهم يعتمدون على واحدة أكثر من الأخرى في عملية التعامل مع
الموقف الضاغط، وتعتمد نوعية الاستراتيجية التي يستخدمها الناس على عملية
التقييم التي يجريها الفرد للموقف الضاغط، وتقييم موارده المتاحة فتستخدم
الاستراتيجيات المركزة حول المشكلة عندما يعتقد الناس أن بإمكانهم عمل شيء
حيال الموقف الضاغط، أما الاستراتيجيات المركزة على الانفعال فتستخدم عادة
عندما يعتقد الناس أن لا حول لهم ولا قوة حيال الموقف الضاغط فيلجأون لهذا
الأسلوب (Folkman, 1984).

كما تعتمد نوعية الاستراتيجية المستخدمة كذلك على نوع الضغط الذي يواجهه
الفرد، فعلى سبيل المثال يشير لازاروس وفولكمان إلى أن الناس أكثر ميلا لاستخدام
استراتيجيات التعامل المركزة على الانفعال في حال المشاكل الصحية، وخاصة تلك
التي لا يستطيعون السيطرة عليها والتحكم بها (Felton & Revenson, 1984).

وقد طور كل من لازاروس وفولكمان مقياسا لدراسة عملية التدبر أسموه طرق التدبر Ways of coping يتكون هذا المقياس من سلسلة مؤشرات، يعبر كل واحد منها عن فكرة أو فعل تكيفي يستخدمه الناس عند وقوعهم تحت الضغط. ويشير المستجيبون إلى ما إذا كانوا قد استخدموا إحدى هذه الطرق والأساليب أو جزءا منها بالإجابة إما بنعم أو لا (Scheier & Carver, 1989).

ويعتقد لازاروس أن التدبر عملية ديناميكية يمكن أن تتغير بطبيعتها من مرحلة إلى أخرى في الموقف الضاغط. إلا أن شاير وكارفر يعتقدان أن هناك ما يدعونا إلى الاعتقاد بأن الناس قد يطورون نمطا معيناً من طرق التعامل مع الضغوط تصبح عادة، يستخدمها الناس كلما واجهوا موقفاً ضاغطاً، وإذا حدث هذا الأمر ولجأ المرء إلى أسلوب التدبر نفسه دوماً كما هو فإن عملية التدبر تفقد ديناميتها وتتحول إلى مجموعة من العادات الجاهزة (Carver & Scheier, 1994).

وبشكل عام يرى شاير وجود ثلاثة أسئلة منفصلة تتعلق بهذه القضية علينا أن نجيب عنها لمعرفة أسباب استعمال الناس للطرق المعينة في التدبر دون غيرها وهذه الأسئلة هي:

١. هل يطور الناس نمطا معيناً من استراتيجيات التدبر يستخدمونه بشكل متميز نسبياً عبر المواقف المختلفة.

٢. هل ترتبط استراتيجيات التدبر بسمات معينة في الشخصية؟

٣. هل تؤثر استراتيجية التدبر المفضلة على استجابات التكيف؟

قسم موس (Moos, 1986) العوامل التي يمكن أن تؤثر على نوعية استراتيجيات التدبر المختارة إلى عوامل شخصية وديموغرافية وعوامل خاصة بالموقف الضاغط وبيئته، وعلى النحو التالي:

العوامل الشخصية والديموغرافية: وتتضمن العمر، والجنس، والأوضاع الاقتصادية والاجتماعية للفرد، والنضج الانفعالي، وقوة الأنا، والثقة بالنفس، والجماعات الفلسفية والدينية التي ينتمي إليها الفرد، والخبرات السابقة مع مواقف الضغط واستراتيجيات التكيف لها، تعمل هذه العوامل على تحديد الموقف الضاغط كما تؤثر في اختيار حل للتعامل معه.

العوامل الخاصة بالموقف الضاغط وبينته: حدد سماير وريس Smyer & Rees

أربعة أنماط من المواقف التي يمكن أن تشكل مصادرا للضغط وهي:

أ. البيولوجية، مثل: المرض أو الموت.

ب. الشخصية/ النفسية، مثل: الزواج. Personal Psychological

ج. البيئة الفيزيائية، مثل: الكوارث الطبيعية والانفجارات.

د. وكذلك الاجتماعية الثقافية، مثل: تبني طفل.

وعندما لا يستطيع الفرد تغيير الحدث أو آثاره، فإنه يقوم عادة بمحاولة تغيير معنى الموقف بالنسبة له، أو تغيير مشاعره نحو الحدث، فربما اعتبر الطالب رسوبه درسا يجعله أكثر استعدادا في المستقبل، أو ربما استسلم الطالب واعتبر الرسوب عقبة لا يسهل عبورها (Moss & Schaefer, 1986).

أظهرت بحوث لازاروس وفولكمان أن التدبير المركز حول المشكلة كان أكثر ارتباطا بالمواقف التي آلت إلى تغييرات إيجابية، ويتوقع كل من شاير وكارفر (في ضوء تعريفهما للتفاؤل بأنه توقعات عامة إيجابية) أن يرتبط التفاؤل مع المحاولات النشطة للتعامل مع الضغوط بأسلوب حل المشكلات.

أما بالنسبة لاستراتيجيات التدبير المركزة حول الانفعال فيبدو أن الأمر أكثر غموضا. فمع وجود أدلة تشير إلى ارتباطها مع التوقعات غير المرغوبة، إلا أن

النتائج غير متسقة، كما أنها كثيرا ما تأتي كتابعة للاستراتيجيات المركزة حول المشكلة، لذلك فإنه من المفترض أن ارتباطها مع التفاوض سيؤدي إلى التناقض، ولكن شاير وكارفر يتوقعان أن يرتبط التفاوض سلبيا مع بعض فروع هذه الاستراتيجية (كالإنكار) وإيجابيا مع فروع أخرى (كالبحث عن الدعم الاجتماعي) (Scheier et-al., 1986).

وقد اختبر الباحثون هذه الافتراضات في عدد من الدراسات التي حاولت اختبار الفروق بين المتفائلين والمتشائمين في الاستراتيجيات التي يلجأون إليها في التدبر مع المواقف الضاغطة.

أولى هذه الدراسات كانت لـ شاير وكارفر (Scheier et-al., 1986) وحاولت هذه الدراسة الكشف عن الفروق بين المتفائلين والمتشائمين، في استراتيجيات التدبر التي يلجأون إليها، في تعاملهم مع الأحداث الضاغطة التي يواجهونها، ولهذا الغرض طلب من (٢٩١) طالبا جامعا تذكر الحدث الذي سبب لهم أكبر ضغط خلال الشهر الماضي، ثم طلب منهم بعد ذلك إكمال قائمة طرق التدبر وذلك طبقا للموقف الذي تذكروه. وقد وجدت الدراسة معاملات ارتباط إيجابية جيدة بين التفاوض والتدبر المركز حول المشكلة (خصوصا عندما أدركوا أن الحدث الضاغط هو حدث يمكن السيطرة عليه). كما ارتبط التفاوض بالبحث عن الدعم الاجتماعي، والتأكيد على الجوانب الإيجابية للموقف الضاغط. أما التفاوض فقد ارتبط بالإنكار، والابتعاد عن المشكلة، والتأكيد على المشاعر الضاغطة، وفك الاشتباك عن الهدف الذي تعترض المشكلة الطريق إليه. كما ارتبط التفاوض إيجابيا مع تقبل الموقف والاستسلام له عندما اعتقد المرء أنه لا يستطيع السيطرة عليه، وكان على علاقة سلبية مع الإنكار ومحاولة إبعاد الذات عن المشكلة.

وحاولت دراسة كارفر وآخرون (Carver et-al., 1989) فحص العلاقة بين التفاوض والتدبر. ووجدت هذه الدراسة نتائج مشابهة للدراسة السابقة. حيث ارتبط التفاوض بالاستراتيجيات المركزة حول المشكلة، والذي انسجم مع كون المتفائلين أكثر ميلا للتخطيط في مواجهة الأحداث الضاغطة، وعلى العكس من هذا ارتبط التشاؤم بالهروب والتجنب. وكان المتفائلون إضافة لذلك أكثر ميلا للاستسلام للموقف الضاغط، بينما كان المتشائمون أكثر لجوءاً للإنكار، وللاستجابات البديلة التي تعمل على التقليل من الوعي بالمشكلة التي يعاني منها الفرد. وعلى الرغم من أن المتفائلين سجلوا قبولاً لحقيقة الموقف، إلا أنهم لم يكتفوا بذلك، بل كانوا يحاولون الخروج بأفضل ما يمكن من الموقف من خلال النظر للموقف من جوانب تجعله يبدو أكثر إيجابية، ومحاولة الاستفادة وأخذ الدروس من هذه الخبرة.

وأجرى الدراسة الثالثة بوزو وآخرون (Pozo et al., 1990) على ٥٩ مريضة بسرطان الثدي. وهدفت هذه الدراسة إلى استعراض دور ردود فعل التدبر في عملية التكيف لعملية جراحية لسرطان الثدي. وقد تمت مقابلة المريضات، قبل العملية بيوم واحد، ومرة أخرى ٧-١٠ أيام بعد العملية، إضافة إلى مقابلات تتبعية بعد ٣ و ٦ و ١٢ شهراً، وإضافة إلى مقياس المزاج السلبي، ومقياس LOT للتفاوض والتشاؤم. و أكملت المشاركات مقياس استراتيجيات التدبر (COPE) في كل مرة تمت فيها المقابلة. وأظهرت نتيجة الدراسة ارتباط التفاوض قبل إجراء العملية بالتخطيط، وبتخاذ خطوات مناسبة للقيام بما ينبغي القيام به. ولكن هذه العلاقات اختفت بعد مرور العملية. أما قبل العملية وبعدها فقد ارتبط التفاوض مع نمط من استراتيجيات التدبر الذي يدور حول قبول حقيقة الموقف، وتسلية ضوء إيجابي قدر الإمكان عليه، ومحاولة إضفاء روح المرح والفكاهة على الموقف. ولكن جميع هذه

الاستراتيجيات كانت قد ضعفت أو اختفت، فغدت لا أهمية لها في المقابلة الأخيرة بعد ١٢ شهرا. وعلى العكس من صورة التفاؤل البناء هذه، كان التفاؤل على علاقة عكسية مع إنكار الموقف، وفك الاشتباك (الاستسلام)، وظهرت هذه العلاقة في كل مراحل التقويم في الدراسة. (Scheier & Carver, 1992).

أما دراسة بيلنغزلي وآخرون (Billingsely et al., 1993) فقد حاولت اختبار الفرضية القائلة إن المتفائلين والمتشائمين يستخدمون استراتيجيات تدبير مختلفة في مواجهة الأحداث الضاغطة، وإن اختيار هذه الاستراتيجيات ثابت عبر الزمن، ولتحقيق هذا الغرض أكمل ٨٢ طالبا مقياس التوجه نحو الحياة LOT للتفاؤل والتشاؤم، ومقياس استراتيجيات التدبير (COPE) مرتين خلال فترة ٤ أسابيع. فأظهرت نتيجة الدراسة ارتباط التفاؤل مع خمس استراتيجيات للتدبير في كل من التطبيقين، وهي (التدبير النشط، والتخطيط، وإعادة التشكيل الإيجابي، والبحث عن الدعم الاجتماعي لأسباب انفعالية، وأخيرا فك الاشتباك السلوكي) وارتبطت خمس استراتيجيات أخرى خلال تطبيق واحد فقط من التطبيقين، وهي (القبول واللجوء إلى الدين، والبحث عن الدعم الاجتماعي ارتبطت بشكل إيجابي، والإنكار واللجوء إلى العقاقير ارتبطت بشكل سلبي) ولم ترتبط الاستراتيجيات الخمس الباقية مع أي من التفاؤل أو التشاؤم في أي من جلستي التطبيق، وهي (قمع النشاطات المنافسة، وفك الاشتباك الذهني، والتركيز على التنفيس، والفكاهة والتأني).

أما أسبنوال وتايلور (Aspinwell & Taylor, 1992) فقد درسا تكيف الطلاب في حياتهم الجامعية، ولهذا الغرض جمعا بيانات حول استراتيجيات التدبير التي يستخدمها الطلبة لمساعدتهم على التكيف مع الحياة الجامعية، وكذلك قاما بقياس التفاؤل ودرجة التكيف عند هؤلاء الطلاب، وظهر أن المتفائلين كانوا أكثر ميلا

للجوء إلى استراتيجيات التدبير النشط، وأقل ميلا للجوء إلى استراتيجيات التجنب والهروب مقارنة بالمتشائمين.

يتضح من خلال استعراض الدراسات السابقة وجود نمط معين من الاستراتيجيات التي يلجأ إليها المتفائلون في مواجهة الضغوط، ويمكن تلخيص هذا النمط على النحو التالي:

١. إن المتفائلين أكثر ميلا للجوء إلى اتخاذ خطوات مباشرة لحل مشاكلهم.
٢. إن المتفائلين أكثر ميلا للجوء إلى التخطيط.
٣. إن المتفائلين أكثر تركيزا على جهود التدبير والتعامل.
٤. إن المتفائلين أكثر ميلا لقبول حقيقة الموقف الذي يواجهونه.
٥. كما إنهم يركزون على نمو الشخصية من خلال التجارب والخبرات التي يمرون بها.

٦. كما يحاولون أيضا استخلاص الجوانب الجيدة والمضيئة من المواقف السيئة. وعلى العكس من ردود الفعل التدبرية الإيجابية التي يلجأ إليها المتفائلون، نجد أن المتشائمين أكثر لجوءا في الاستجابة للمواقف الضاغطة إلى:

١. إنكار وجود الموقف الضاغط.
٢. محاولة تجنب التعامل مع المشكلة.
٣. كما إنهم أكثر ميلا للتوقف عن العمل أو المحاولة عندما تظهر المشكلات أو الصعوبات (Scheier & Carver, 1993).

ويلخص (Chang, 1998) الفروق بين المتفائلين والمتشائمين في استراتيجيات التدبير التي يستخدمونها وهي باختصار أن المتفائلين أكثر استخداما لاستراتيجيات

التدبر التي تنازل المشكلة (Engaging the problem) على حين أن المتشائمين هم أكثر استخداما لاستراتيجيات فك الاشتباك (Disengagement) التي لا تنازل المشكلة.

التأثيرات الجسمية والنفسية التي يتركها السرطان على المريض

إن كلمة السرطان هي كلمة مرعبة، فقبل خمسين عاما أو أكثر كان استعمال هذه الكلمة نادرا، وحتى الآن في مجتمعنا العربي لا يجرؤ الكثيرون على ذكر اسمه ويشيرون إليه بأسماء أخرى للدلالة عليه. كان كثير من الأطباء يمتنعون عن الخوض فيه أو الإجابة على أسئلة المريض أو أفراد عائلته (الفرخ ١٩٨٩). وتشير مايروترز Meyerowitz إلى إحدى الدراسات التي أظهرت أن ٦٩-٩٠% من الأطباء لم يقوموا بإخبار مرضاهم أن لديهم سرطانا، وقد علل معظم الأطباء عملهم هذا بعدم القيام بتبليغ مرضاهم بالتشخيص هو خوفهم من ردود الفعل الانفعالية القوية التي سوف تنجم عن إخبار المرضى بذلك، وكما تشير مايروترز أيضا إلى أن الإصابة بالسرطان وخاصة بالنسبة لسرطان الثدي هو صدمة انفعالية قوية حتى بالنسبة لأكثر النساء ثباتا وصلابة (Meyerowitz, 1980).

ويعتبر مرض السرطان من الأمراض الرئيسية التي تسبب الموت في العديد من دول العالم، وهو مرض تتكاثر فيه الخلايا دون ضبط أو نظام، ويتلف النسيج السليم ويعرض الحياة للخطر، ويصيب البشر نحو مائة نوع من أنواع السرطان، ويهدد السرطان البشر في كافة الأعمار، وخاصة الأشخاص ذوي الأعمار المتوسطة وكبار السن، ويصيب الجنسين على حد سواء، ويمكن أن يحدث المرض في أي جزء من أجزاء البدن كما يمكن أن ينتقل إلى أجزاء أخرى، ومهما يكن، فإن أكثر الأعضاء تعرضا للإصابة هو الجلد والجهاز الهضمي والرئتان وعنق الرحم وأثداء النساء (الموسوعة العربية العالمية، ١٩٩٨).

ولا يعرف العلماء تماما كيف ينشأ السرطان، ولكنهم لاحظوا أن بعض العوامل تؤدي دورا فاعلا في زيادة احتمال الإصابة بالمرض، وتسمى هذه العوامل المسرطنات، وتتضمن القطران الموجود في التبغ، وضروبا أخرى من مواد كيميائية، وبعض أنواع الإشعاعات، ويعتقد العلماء أيضا أن بعض الأشخاص يمكن أن يرثوا الاستعداد للإصابة بالسرطان.

وبدون العلاج المناسب، فإن معظم أنواع السرطان تكون مميتة، وفي الماضي كانت طرق المعالجة تعطي أملا ضئيلا في الشفاء، وقد تحسنت طرق تشخيص وعلاج هذا المرض منذ عام ١٩٣٠م. أما اليوم فإن نحو نصف المرضى المصابين بالسرطان قد يعيشون خمس سنوات على الأقل بعد العلاج، وإضافة لذلك فإن الأشخاص الذين يصبحون خالين من السرطان خلال تلك المدة الطويلة بعد المعالجة يكون حظهم كبيرا في البقاء معافين من هذا المرض. ولكن ما زال الأمر يتطلب كثيرا من الأبحاث لإيجاد السبل الجيدة للوقاية والعلاج.

ويستعمل الأطباء ثلاث طرق رئيسة لمعالجة السرطان:

١. الجراحة ٢. المعالجة الإشعاعية ٣. المعالجة الدوائية

وفي كثير من الحالات تشتمل المعالجة على إجراء طريقتين أو أكثر بوسيلة تدعى المعالجة المتعددة النماذج (الموسوعة العربية العالمية ١٩٩٨).

بيد أن العلاج والمرض نفسه يتركبان عددا من الآثار، وردود الفعل الجسمية على المريض والتي يمكن أن تؤثر على حياته ونفسيته. فعلى سبيل المثال، تفقد جراحة قطع الثدي (Mastectomy) المريضة قوة ذراعيها ومد حركتها وخصوصا فوق الرأس أو حول جانبي الجسد، وذلك بسبب استئصال العضلات التي حول الثدي أو الثديين حسبما يتطلب الموقف (الفرخ ١٩٨٩). وهناك بعض الأعراض

٦. الخصوبة: تتأثر الخصوبة عند المرأة والرجل على السواء، ولكن التأثير يكون مؤقتا ينتهي بانتهاء دورة العلاج، وتكون الدورة الشهرية في فترة العلاج غير منتظمة عند بعض النساء، وقد تتوقف مؤقتا، ولكن حالما ينتهي العلاج فإنها تعود طبيعية كما كانت في السابق. وفي بعض الأحيان تتوقف الدورة الشهرية بصورة نهائية، وهذا يتوقف على سن المريضة. أما الحمل فغير محبذ بتاتا في أثناء العلاج حتى ولو كان الرجل هو الذي يتلقى العلاج وليس المرأة (نعمان وعبد الرزاق، ١٩٩٤).

إضافة لردود الفعل البدنية التي يتركها المرض فهناك أيضا مجموعة من الآثار وردود الفعل النفسية التي يسببها المرض والعلاج على المريض. وقد قامت مايرووتر (Meyerowitz, 1989) بتقسيم ردود الفعل النفسية الناجمة عن الإصابة بالمرض إلى ثلاثة جوانب هي:

١. القلق والانزعاج النفسيين Psychological discomfort

جمعت من مرضى السرطان معلومات قيمة عن ردود الفعل النفسية إزاء المرضى عبر مقابلات ومع أطباء نفسيين ومن خلال اختبارات نفسية، وتوحي هذه المعلومات إلى انتشار عدد من ردود الفعل النفسية تجاه المرض كالقلق، والاكتئاب، والغضب.

في دراسة لـ Pock قابل خلالها ٥٠ مريضا ومريضة بالسرطان معظمهم من المصابات بسرطان الثدي؛ بغرض تحديد ردود فعل المرضى تجاه المرض والعلاج. وقد وجد أن ٤٩ مريضا ومريضة سجلوا درجات مرتفعة على مقياس القلق، في حين تراوحت درجات الاكتئاب لدى ٣٧ مريضا ومريضة بين المتوسطة والشديدة وأظهر نصف المرضى والمريضات ردود فعل غاضبة.

٦. الخصوبة: تتأثر الخصوبة عند المرأة والرجل على السواء، ولكن التأثير يكون مؤقتا ينتهي بانتهاء دورة العلاج، وتكون الدورة الشهرية في فترة العلاج غير منتظمة عند بعض النساء، وقد تتوقف مؤقتا، ولكن حالما ينتهي العلاج فإنها تعود طبيعية كما كانت في السابق. وفي بعض الأحيان تتوقف الدورة الشهرية بصورة نهائية، وهذا يتوقف على سن المريضة. أما الحمل فغير محبذ بتاتا في أثناء العلاج حتى ولو كان الرجل هو الذي يتلقى العلاج وليس المرأة (نعمان وعبد الرزاق، ١٩٩٤).

إضافة لردود الفعل البدنية التي يتركها المرض فهناك أيضا مجموعة من الآثار وردود الفعل النفسية التي يسببها المرض والعلاج على المريض. وقد قامت مايرووتر (Meyerowitz, 1989) بتقسيم ردود الفعل النفسية الناجمة عن الإصابة بالمرض إلى ثلاثة جوانب هي:

١. القلق والانزعاج النفسيين Psychological discomfort

جمعت من مرضى السرطان معلومات قيمة عن ردود الفعل النفسية إزاء المرضى عبر مقابلات ومع أطباء نفسيين ومن خلال اختبارات نفسية، وتوحي هذه المعلومات إلى انتشار عدد من ردود الفعل النفسية تجاه المرض كالقلق، والاكتئاب، والغضب.

في دراسة لـ Pock قابل خلالها ٥٠ مريضا ومريضة بالسرطان معظمهم من المصابات بسرطان الثدي؛ بغرض تحديد ردود فعل المرضى تجاه المرض والعلاج. وقد وجد أن ٤٩ مريضا ومريضة سجلوا درجات مرتفعة على مقياس القلق، في حين تراوحت درجات الاكتئاب لدى ٣٧ مريضا ومريضة بين المتوسطة والشديدة وأظهر نصف المرضى والمريضات ردود فعل غاضبة.

وفي دراسة أخرى تبين لا كيبوت وفونكونن Acute & Vaankonen أن ٨٥% من عينة من المرضى استجابوا للمرض استجابات شديدة بالقلق مع الاكتئاب.

٢. التغييرات في نمط الحياة Change in life patterns

وصف الباحثون إضافة للآثار الانفعالية التي سببها المرض عددا من التغييرات التي طرأت على حياة المرضى نتيجة للمرض، حيث سجل كثير من المرضى عددا من المشكلات والصعوبات التي واجهتهم خلال حياتهم اليومية والاعتيادية منها:

١. الأرق

٢. فقدان الشهية للطعام.

٣. أحلام مزعجة وكوابيس متكررة.

٤. صعوبات في العودة إلى الأعمال المنزلية الاعتيادية.

٥. صعوبات في العودة للعمل.

٦. فقدان التركيز في الحياة اليومية والأعمال بشكل عام.

وعلى الرغم من أن هذه الأعراض هي ردود فعل ملازمة للاكتئاب الذي قد يعاني منه المرضى ولكن الملفت للانتباه في الموضوع هو أن هذه المشكلات تستمر لفترة طويلة حتى بعد الانتهاء من العلاج (Meyerowitz, 1989).

٣. مخاوف وهموم: Fears & concerns

المجال الأخير الذي يؤثر فيه مرض السرطان على المرضى هو مجموعات المخاوف التي يستثيرها لدى المريض بسبب العلاج أو تهديد المرض نفسه، وقد

ظهرت بعض هذه المخاوف والهشوم التي يعاني منها المرضى بشكل متكرر في الأدبيات النفسية:

١. الخوف من احتمال الحاجة للمزيد من العلاج والعودة له.
٢. الخوف من الآثار والتشوهات التي تتركها العمليات الجراحية، وخاصة عند مرضى سرطان الثدي، اللواتي يعانون بشدة من الخوف من فقدانهن لأنوثتهن.
٣. الخوف من الموت فيشعر المريض أن حياته في خطر.
٤. الخوف على مستقبل الأسرة إذا لم يستجب المرض للعلاج.

المراحل التي يمر بها مريض السرطان

إضافة إلى ما ذكر سابقا حول الضغوط النفسية والتي قد يشعر بها مريض السرطان، فقد وصفت اليزابيث روس (Ross 1969) خمسة من المراحل النفسية التي يمر بها مريض السرطان منذ لحظة تلقيه خبر المرض وهذه المراحل هي:

١- المرحلة الأولى الإنكار والعزلة (Denial and Isolation)

فمن بين ٢٠٠ مريض تم مقابلتهم لم يرض أحد منهم تقبل المرض، وكان كل واحد منهم يردد (لماذا أنا) وقد ينكر جميع المرضى مرضهم بين وقت وآخر، وقد لا يكون رد الفعل هذا بالإنكار سينا أو ضارا بل على العكس من ذلك قد يكون مفيدا وصحيا للمرضى في البداية، حيث يعمل الإنكار كعامل صد وحماية . عقب خبر صدمة غير متوقعة، ويقود إلى تخفيض القلق والأفكار السلبية المرافقة، حيث يسمح هذا الإنكار للمريض بأن يجمع نفسه.

وغالبا ما يكون الإنكار موقفا دفاعيا مؤقتا، يعود بعدها المريض للقبول المبدئي والجزئي، ولا يلجأ معظم المرضى إلى الإنكار بشكل مبالغ فيه جدا، فهم قد يتكلمون

أحيانا عن حقيقة الموقف، أما بالنسبة للانعزال فيأتي متأخرا كثيرا عن الإنكار، وعادة ما يلجأ المرضى للانعزال أكثر من الإنكار.

٢- المرحلة الثانية الغضب (Anger)

أول الأمر قد ينكر المريض إصابته بالمرض، لكنه يعود ويعترف لنفسه أن هذا حقيقي، وبعض المرضى يتقبلون وضعهم ويعتبرون أنفسهم في حالة جيدة، وإذا لم يحافظ المريض على الإنكار، ولم يقبل الوضع الذي هو فيه، يظهر عليه الغضب والغضب والحسد والاستياء، وتعتبر هذه المرحلة أسوأ وأصعب من مرحلة الإنكار، فعلى عكس مرحلة الإنكار يجد الأهل والأطباء صعوبة كبيرة في التدبر معها أو التعامل مع المريض. والسبب في ذلك أن الغضب الذي يصيب المريض يحوله على من حوله في البيئة، وسيتساءل لماذا أنا ولماذا لا يكون فلان؟ وينصب غضبه هذا أيضا على الأطباء فيتهمهم بالفشل في مهنتهم لأنهم لا يعرفون علاجه.

٣- المرحلة الثالثة المساومة (Bargaining)

إذا كنا غير قادرين على مواجهة الحقيقة في المرحلة الأولى، وأصبحنا غاضبين على الناس في المرحلة الثانية فربما نستطيع النجاح من خلال الدخول في نوع من الاتفاقية التي ربما تؤجل الحدث المحتوم. ففي هذه المرحلة يساوم المريض خالقه، ويطلب منه أن يبعد عنه المرض أو الموت، ويعدده بأنه سيفعل كذا وكذا إذا شفي، وأنه سيقوم بعبادة ربه ويعمل ما يأمر به. وهذه الوعود والمساومات تكون مع الله سبحانه وتعالى وفي الغالب تبقى سرا، ولكنها بشكل عام مفيدة ومساعدة للمريض وغالبا ما ينخفض فيها الشعور بالذنب.

٤- المرحلة الرابعة الاكتئاب (Depression)

عندما لا يستطيع المرء الاستمرار في إنكار إصابته بالمرض عليه أن يتعرض لإجراءات العلاج المؤلمة و المكلفة كما يتوجب عليه إجراء المزيد من الفحوص الطبية، فنفرض عليه المزيد من الأعباء المالية ويبدأ الوهن يغزو جسمه وقد يؤدي ذلك كله إلى أن يفقد المريض عمله ولا غرابة بعد كل هذا أن يشعر بالاكتئاب .

٥- المرحلة الخامسة القبول (Acceptance)

وهنا يرضى المريض بالأمر الواقع، ويزول اكتنابه و غضبه، ويرضى بقدر الله. ويصبح قادرا على التحدث عن مشاعره مدعيا المحافظة على كرامته. إن الإيمان بالله يصنع الكثير ويجعل المريض يعيش في رضا وتقبل ليعيش بعد هذه المراحل بالأمل. فالمراحل تتغير ولكن الذي سيستمر هو الأمل فالمريض يأمل بأن يستيقظ في الغد ليجد طبيبه وقد أحضر له دواء فيه الشفاء.

إن هذه المراحل تقابل أساليب التدبر التي سبق أن تطرقنا إليها بالتفصيل. حيث تقابل المرحلة الأولى (الإنكار) استراتيجية الإنكار، أما المرحلة الثانية (الغضب) والمرحلة الرابعة (الاكتئاب) فتقابل التركيز على الانفعالات، والمرحلة الثالثة (المساومة) تقابل اللجوء إلى الدين بينما المرحلة الخامسة (القبول) فتقابل استراتيجية القبول (Ross,1969).

فإذا كانت هذه النظرية صحيحة فينبغي أن تلجأ نسبة مرتفعة من أفراد العينة الذين عرفوا توا أنهم مصابون بالسرطان إلى الإنكار بشكل كبير، على أن تتناقص نسبة الذين يلجأون للإنكار بمرور الزمن.

وهكذا دو اليك حتى يصل المرء إلى مرحلة القبول والتي هي أيضا إحدى أساليب التدبر التي يضمها مقياس استراتيجيات التدبر، ولذلك فإن كسنت نظرية

روس صحيحة فإننا نتوقع أن يكون قبول الأمر الواقع نادر الحصول خلال الأشهر الأولى حتى يعم الجميع في نهاية السنة.

وبعد هذا الاستعراض للأثار التي يتركها مرض السرطان وعلاجه على المريض، لنا أن نتخيل حجم المعاناة التي يعيشها مريض السرطان، والتي قد تستمر لفترات طويلة، ونستشعر هنا الحاجة الماسة للمساعدة النفسية والاجتماعية من الآخرين للمريض بحيث يشعر أنه لا يواجه المرض ولا يقاسي آلامه منفرداً، وإن لم يكن هناك من يستطيع مشاطرته آلامه وحمل بعضها عنه، إلا أنه بحاجة لمن يسانده نفسياً واجتماعياً على تجاوز المرض وما يسببه من صدمة نفسية اجتماعية قاسية من جهة، ويعزز مقدرته على تحمل الآلام، ويقوي إرادة الحياة لديه.

مشكلة الدراسة وأهميتها:

إن الهدف الرئيس لهذه الدراسة هو معرفة الفروق بين المتفائلين والمتشائمين في استراتيجيات التدبير التي يلجأون إليها للتدبير والتعامل مع المواقف الضاغطة المتعلقة بمرض السرطان بشكل خاص في هذه الدراسة.

لكن السؤال الآن ما هي الأهمية والفوائد التي يمكن أن نجنيها من مثل هذه المعرفة، فبعد أن استعرضنا حجم الأثار النفسية والجسمية الكبيرة التي يتركها مرضى السرطان، والعلاج المؤلم الذي يتعرض له المريض، فالإصابة بالمرض وعلاجه تتضمن سلسلة من الأزمات والمحن التي تؤثر على حياة المريض عموماً، وتعرض عليه أن يواجهها ويتعامل معها بشكل أو بآخر، فمن المؤكد أنه سيكون من الصعب على المريض مواجهة المرض لوحده، فهو بحاجة لمن يدعمه ويسانده ويقف بجانبه ليرفع من معنوياته، فلذا نجد أن الكثيرين من الاختصاصيين والعاملين

على رعاية المريض أكدوا أن العلاج يجب أن لا يقتصر فقط على الجانب الطبي، وإنما يجب أن يكون العلاج النفسي جزءاً أساسياً منه والمريض بحاجة لرعاية وإرشاد نفسي، وهو بحاجة إلى من يأخذ بيده؛ إذ من الصعب عليه مواجهة المرض وحده هذا من ناحية. من ناحية أخرى لقد تناولنا ما للتفاؤل من أثر إيجابي جيد على الصحة النفسية والجسمية، والآثار السلبية التي يتركها التشاؤم على الصحة النفسية والجسمية أيضاً، فمعرفتنا لاستراتيجيات التدبير التي قد تتوسط مثل هذه الآثار الإيجابية للتفاؤل تزودنا بمعلومات يمكن أن تسهم في تصميم برامج إرشادية للمرضى ومساعدتهم لبلوغ حالة نفسية أفضل وقد بينت عدد من الدراسات الدور الجيد الذي يمكن أن يلعبه الإرشاد في تعديل الانفعالات والضغط التي يعاني منها المريض فتجعله في وضع نفسي أفضل، وقد أشار جوردن إلى عدد من الدراسات التي طبقت برامج إرشادية على مرضى السرطان فتبين أن المرضى الذين نالوا البرامج الإرشادية سجلوا انخفاضاً في مدة بقائهم في المستشفى. وتعلق روس Ross, 1986 أهمية كبرى على أثر الإرشاد الذي يمكن أن يوفر للمرضى فنقول أن المريض بحاجة للأمل وأنه قد يعيش لفترة أطول إذا تمتع بهذا الأمل. ويمكن أن يحصل المريض على الأمل من خلال الإرشاد، لأن فقدان المريض للأمل يكون عادة إشارة إلى أن المريض أصبح يعيش في المراحل النهائية لحياته (الفرخ، ١٩٨٩).

فعلى سبيل المثال قامت دانلار Danlar بإجراء دراسة على أرملتين عمر كل منهما فوق الأربعين، وقد حققت كل منهما بعض النجاح في الحياة بعد وفاة زوجها، وقد قامت كل منهما بإجراء عملية إزالة الصدر بعد ظهور السرطان

وماتت إحداهما بعد عامين لكن الأخرى شفيت شفاء تاما لدرجة أنها تحملت فيما بعد مسؤوليات أكثر دون مشقة وجهد.

وتذكر دانلار أن المرأة التي ماتت كان يمكن التنبؤ بموتها مما كانت تقوله، إذ كانت تقول أحيانا (أنها سوف تتحسن) لكن في بعض الأحيان الأخرى (سأموت اليوم أو غدا). وعندما أخبرها الطبيب بضرورة إزالة الثدي صرخت فيها قائلة (ليتك لم تقل ذلك) وعلى العكس من ذلك كانت المرأة الأخرى. فلدى سماعها الخبر لإزالة الثدي أخذت تطرح أسئلة تدل على ذكائها. فحاولت أن تعرف كيف تستطيع أن تكيف حياتها لذلك الوضع الجسمي الجديد. وقد أكد انجل Engle, 1962 على الأثر الذي يتركه الاتجاه نحو الحياة في الجسم فأشار إلى الدور الذي يمارسه فقدان الأمل في استجابات الفرد وعلاقة ذلك بأمراض معينة (محمود أبو التيل ١٩٩٧). فعندما نزرع التفاؤل في المريض ننقل به من نقطة الضعف إلى القوة، إلى الإنتاجية، والعمل، والنضال، والكفاح لا الاستسلام. الأمر الذي سينعكس على المريض أولا وعلى المحيطين به ثانيا، وعلى الوطن واقتصاده ثالثا.

ويزيد من أهمية الموضوع الأعداد المتزايدة في تشخيص مرض السرطان في الأردن، فحتى عام ١٩٩٧ كان هناك (٣٣٥٤) حالة مشخصة بالسرطان منها (١٦٩٩) ذكور (١٦٥٥) إناث، موزعين على أكثر من ٤٠ نوعا من السرطان، وهذا العدد في زيادة مستمرة سنويا (السجل الوطني للسرطان) الأمر الذي يدعونا أيضا لزيادة الاهتمام بالمرض.

وعلى الرغم من أن بعض الأسئلة التي تطرحها الدراسة الحالية قد تكون وجدت إجابات لها في بعض الدراسات الأجنبية، إلا أن تلك الإجابات لا تعود صالحة في بيئة ثقافية أخرى هي الثقافة العربية الإسلامية في الأردن، كما أن هذه

الدراسة قد تسهم في تغطية جانب من النقص الموجود في هذا الموضوع، حيث أن الدراسات العربية تكاد تكون نادرة في هذا المجال، الأمر الذي يجعل لزاماً على الباحثين أن يولوا هذا المجال المزيد من الاهتمام. ومن هنا تحاول هذه الدراسة الإجابة على الأسئلة والفرضيات التالية:

- ١- ما هي استجابة المصابين بالسرطان تفاؤليا وتشاؤميا؟
 - ٢- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التشاؤم والتفاؤل بين عينة عشوائية من طلبة الجامعة وعينة عشوائية من المصابين بالسرطان.
 - ٣- لا توجد فروق دالة إحصائية في التفاؤل والتشاؤم بين الذكور والإناث من مرضى السرطان؟
 - ٤- ما هي صيغ التدبر الشائعة بين المصابين بالسرطان في عينة من المرضى الأردنيين؟
 - ٥- لا يقع التفاؤل والتشاؤم على قطبي متدرج واحد، والعلاقة الارتباطية بين التفاؤل والتشاؤم سالبة ولكنها منخفضة.
 - ٦- لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين التفاؤل واستراتيجيات التدبر.
 - ٧- لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين التشاؤم واستراتيجيات التدبر.
 - ٨- ويفترض الباحث أن أساليب التدبر التي يمارسها الأشخاص إزاء معرفتهم بالإصابة بالسرطان تبقى ثابتة في نهاية الشهر الأول ونهاية الشهر الثالث ونهاية الشهر السادس ونهاية السنة وما بعدها حيث:-
- أ. يبقى أسلوب التدبر عن طريق إعادة التشكيل الإيجابي والنمو ثابتا عبر الزمن.
 - ب. يبقى أسلوب التدبر عن طريق فك الاشتباك الذهني ثابتا عبر الزمن.

ج. يبقى أسلوب التدبر عن طريق التركيز على الانفعالات والتنفيس عنها ثابتا عبر الزمن.

د. يبقى أسلوب التدبر عن طريق البحث عن المساندة الاجتماعية للمساعدة ثابتا عبر الزمن.

هـ. يبقى أسلوب التدبر عن طريق التدبر النشط ثابتا عبر الزمن.

و. يبقى أسلوب التدبر عن طريق الإنكار ثابتا عبر الزمن.

ز. يبقى أسلوب التدبر عن طريق اللجوء إلى الدين ثابتا عبر الزمن.

ح. يبقى أسلوب التدبر عن طريق الفكاهة ثابتا عبر الزمن.

ط. يبقى أسلوب التدبر عن طريق فك الاشتباك السلوكي ثابتا عبر الزمن.

ي. يبقى أسلوب التدبر عن طريق التآني ثابتا عبر الزمن.

ك. يبقى أسلوب التدبر عن طريق البحث عن المساندة الاجتماعية الانفعالية ثابتا عبر الزمن.

ل. يبقى أسلوب التدبر عن طريق اللجوء إلى العقاقير ثابتا عبر الزمن.

م. يبقى أسلوب التدبر عن طريق القبول ثابتا عبر الزمن.

ن. يبقى أسلوب التدبر عن طريق قمع النشاطات المنافسة ثابتا عبر الزمن.

س. يبقى أسلوب التدبر عن طريق التخطيط ثابتا عبر الزمن.

الفصل الثاني

الطريقة والإجراءات

٥٢١٨٨٧

إجراءات البحث

العينة

استندت الدراسة على عينتين الأولى: عينة من مرضى السرطان، والأخرى عينة من الطلبة الأصحاء، وتألقت عينة مرضى السرطان من ٧١ مريضاً بالسرطان، منهم ٣٤ مريضاً و ٣٧ مريضة، ولقد تم اختيار عينة المرضى لملائمتها لأغراض الدراسة إضافة إلى إمكانية الوصول إلى المعلومات ببسر للباحث، وصعوبة الوصول إلى كل المستشفيات أو العيادات في المملكة ضمن قيود الزمن والجهد والمال المتاح، ويمكن القول بأن العينة تمثل مجتمع الدراسة بشكل معقول يسمح بتعميم النتائج عليه، ويبين الجدول (١) توزيع مرضى السرطان حسب الجنس والعمر.

جدول (١)

يبين توزيع أفراد العينة من المرضى حسب الجنس والعمر

النسبة المئوية	الانحراف المعياري	متوسط الأعمار	العدد	الجنس/ البيانات
٤٧%	٢٠.٧	٤١.٨	٣٤	ذكور
٥٢%	١٦.٣	٤٤.٥	٣٧	إناث
١٠٠%	١٨	٤٣.١٥	٧١	

وقد تم اختيار العينة بطريقة عشوائية من المرضى والمراجعين للعلاج في كل من مستشفى البشير ومستشفى الجامعة الأردنية ومركز الأمل للشفاء، فسي الفترة الممتدة من ١٠/٦-٣٠/٩/١٩٩٩ وهي الفترة المتاحة للباحث، ويعتبر مستشفى البشير المركز الرئيسي للعلاج لمرضى السرطان في المملكة، حيث أن جهاز المعالجة النووي لا يتوفر إلا فيه، وغالبية مرضى السرطان في المملكة هم مراجعون إليه للعلاج، إضافة إلى مجانية العلاج فيه، ويبين جدول (٢) توزيع أفراد العينة حسب أماكن تواجدهم.

جدول (٢)

يبين توزيع أفراد عينة المرضى حسب الجنس والمستشفى مكان التواجد

المجموع	إناث	ذكور	المستشفى
٣٣	١٤	١٩	مستشفى البشير
٢٦	١٤	١٢	مركز الأمل
١٢	٩	٣	مستشفى الجامعة
٧١	٣٧	٣٤	المجموع

وشملت العينة مرضى مضى على معرفتهم بالمرض فترات مختلفة ومتباينة، حيث بلغ متوسط عدد الشهور لمعرفة المرضى بمرضهم (٨،٩) شهور، بانحراف معياري (٤،١٠)، ولكن بشكل عام مضى على غالبية المرضى ستة شهور فما دون على معرفتهم بالمرض، ما نسبته ٥٩% من أفراد العينة، بينما كان هناك ٢٠% من المرضى مضت على معرفتهم بالمرض حوالي السنة، و ١٤% كانوا فوق الثلاث

سنوات، بينما لم يذكر خمسة من المرضى كم مضى على معرفتهم بالمرض، ويبين جدول (٣) توزيع المرضى حسب فترات معرفتهم بالمرض مجمعين ضمن خمسة فترات زمنية مختلفة.

جدول (٣)

يبين توزيع مرضى السرطان حسب فترات معرفتهم بالمرض

النسبة المئوية	العدد	الفترة الزمنية
١٤%	١٠	شهر
١٩%	١٣	ثلاثة شهور
٢٦%	١٨	سنة شهور
٢٠%	١٤	سنة
١٤%	١٠	٣ سنوات فما فوق

وقد اشتملت العينة على مرضى مصابين بعدة أشكال من السرطان (الثدي، الحنجرة، البروستات، الجلد، الرئة)، ويتراوح أعمار أفراد العينة من ١٨-٧١ بمتوسط حسابي (٤٣,١٥) وانحراف معياري (١٨)، أما بالنسبة للحالة الاجتماعية للمرضى كان غالبيتهم متزوجين حيث بلغت نسبتهم ٨٠% من العينة، أما الباقي ١٧% هم غير متزوجين و٣% هن أرامل، وتعمل ٣٥% من الإناث في العينة ربات بيوت، ويعمل الباقون في مهن مختلفة، وكذلك الذكور من أفراد العينة كانوا يعملون بأعمال ومهن مختلفة (من تدريس، محاسبة، وغيرها). أما بالنسبة للمستوى التعليمي فقد بلغ متوسط عدد السنوات التعليمية لأفراد العينة حوالي (١٣,٨) بانحراف معياري مقداره (٣,٥). حيث أن ٣٤% من أفراد العينة أكملوا الثانوية

العامة، و٣٦% أكملوا التعليم الجامعي، بينما لم يصل ٣٠% من أفراد العينة إلى الثانوية. ويبين جدول (٤) العدد والنسبة المئوية للحالة الاجتماعية ومستوى التعليم لمرضى السرطان.

جدول (٤)

يبين العدد والنسبة المئوية للحالة الاجتماعية ومستوى التعليم لمرضى السرطان في عينة الدراسة

النسبة المئوية	العدد		
	إناث	ذكور	
			الحالة الاجتماعية
٨٠%	٢٨	٢٩	متزوجون
١٧%	٧	٥	غير متزوجين
٣%	٢	-	أرامل
			المستوى التعليمي
٣٦%		٢٦	جامعي
٣٤%		٢٤	ثانوي
٣٠%		٢١	دون الثانوي

أما العينة الأخرى فتألفت من ١٠٣ طلاب، منهم ٣٧ طالب، و٦٦ طالبة، من طلبة مادتي المدخل إلى علم النفس الاجتماعي، والمدخل إلى علم النفس، وتتراوح أعمار الطلبة من ١٨ - ٢٤ بمتوسط حسابي (١٩.٩) وانحراف معياري (٢.٣)،

واشتملت العينة على طلاب من مختلف التخصصات العلمية والأدبية، يتوزعون على السنوات الجامعية المختلفة وبين جدول (٥) توزيع أفراد عينة طلبة الجامعة حسب الجنس والعمر.

جدول (٥)

يبين توزيع عينة طلبة الجامعة حسب الجنس والعمر

الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	%
ذكور	٣٧	٢٠.٥	٣.٣٠	%٣٦
إناث	٦٦	١٩.٥٣	١.٤٠	%٦٤
	١٠٣	١٩.٩	٢.٣	%١٠٠

أدوات القياس التي تم استخدامها في الدراسة:

١. القائمة العربية للتفاؤل والتشاؤم

أعد عبد الخالق (١٩٩٦) مقياساً للتفاؤل والتشاؤم يتكون من ٣٠ فقرة، ١٥ فقرة منها لقياس التفاؤل و ١٥ فقرة لقياس التشاؤم، ويجب على كل فقرة استناداً لمقياس خماسي بدءاً من لا التي تمثل ١ وحتى كثيراً جداً والتي تقابل ٥، لذلك تتراوح الدرجة التي ينالها الفرد بين (١٥) و (٧٥) (راجع الملحق (١)) . وتحسب الدرجات لكل من مقياسي التفاؤل والتشاؤم كل علي حده، بحيث تحسب الدرجات لمقياس التفاؤل بجمع عدد الفقرات التي يجاب عنها (استناداً للسلم الخماسي) ، وتكون الدرجة الأعلى تدل علي تفاؤل أعلى ويضم مقياس التفاؤل

الفقرات (١، ٥، ٦، ٧، ٨، ٩، ١٠، ١١، ١٢، ١٣، ١٤، ١٥، ٢١، ٢٢). كما تحسب الدرجات لمقياس التثاؤم أيضاً بجمع عدد الفقرات التي يجاب عنها (استناداً للسلم الخماسي)، وتكون الدرجة الأعلى تدل على تثاؤم أعلي، ويضم مقياس التثاؤم الفقرات (٢، ٣، ٤، ١٦، ١٧، ١٨، ١٩، ٢٠، ٢٣، ٢٤، ٢٥، ٢٦، ٢٧، ٢٩، ٣٠) ولقد اعتمدت إجراءات تصميم المقياس على عينة مكونة من ٢٧٧ طالباً وطالبة من جامعة الكويت.

ثبات قائمة التفاوض والتثاؤم:

قام معد القائمة عبد الخالق (١٩٩٦) بحساب الثبات لها من خلال معامل كرونباخ ألفا حيث بلغ (٠.٩٣) لمقياس التفاوض، و (٠.٩٤) لمقياس التثاؤم (عبد الخالق، ١٩٩٦)، إلا أن الباحث الحالي لم يكتف بذلك فأعاد حساب الثبات بطريقة كرونباخ ألفا أيضاً للتأكد من الحصول على نفس معاملات الثبات على أفراد من البيئة الأردنية، وقد بلغ الثبات لمقياس التفاوض (٠.٩٤) و (٠.٨٦) لمقياس التثاؤم وهي معاملات ثبات مرتفعة.

صدق قائمة التفاوض والتثاؤم:

تحقق لهذه القائمة عدد من الدلالات التي تشير إلى تمتعها بالصدق، قام بإجرائها معد القائمة عبد الخالق (١٩٩٦) هي:

- الصدق التلازمي: حيث تم حساب الارتباط بين قائمة التفاوض والتثاؤم واختبار التوجه نحو الحياة (1.01) وأشارت النتائج إلى وجود ارتباط موجب بين مقياس التفاوض واختبار التوجه نحو الحياة بلغ (٠.٧٨) وإلى ارتباط سلبي بين مقياس

التشاؤم ونفس الاختبار (-0.69)، وهذه الارتباطات تشير إلى صدق تلازمي جيد للمقياسين.

كما وتم التوصل للصدق التلازمي بحساب الارتباطات بين كل من المقياسين وبعض من مقاييس الشخصية، مثل الاكتئاب والقلق، وكان معامل الارتباط بين التفاؤل والاكتئاب (-0.54)، على حين كان معامل الارتباط بين التشاؤم والاكتئاب (0.73)، وظهرت نتائج مشابهة بين كل من المقياسين ومقياس القلق، حيث كان معامل الارتباط بين التفاؤل والقلق (-0.68)، وبين التشاؤم والقلق (0.73).

- **الصدق العاملي:** أخضع المقياس للتحليل العاملي لكل مقياس فرعي من المقياسين على حدة، وأسفر عن عامل أحادي واحد، وتشعبت بهذا العامل جميع البنود الـ 15، وتراوحت التشعبات بين (0.62-0.81) في مقياس التفاؤل، وفي مقياس التشاؤم تشعبت بالعامل جوهرياً جميع البنود الـ 15، وتراوحت التشعبات بين (0.67-0.83) (عبد الخالق، 1996).

إلا أن الباحث الحالي لم يكتف بذلك فأعاد إخضاع المقياس للتحليل العاملي للتأكد أن النتائج التي حصل عليها الباحث الأصلي في الكويت لا تختلف كثيراً عما هو الحال في الأردن. وأسفر التحليل العاملي للمقياس باستخدام طريقة المكونات الرئيسية عن (7) عوامل استوعبت (15.97) من التباين الكلي ووصلت قيمة الجذر الكامن لكل عامل من هذه العوامل إلى ما يزيد عن واحد صحيح، ثم أديرت هذه العوامل تدويراً متعامداً بطريقة فاريماكس (Varimax).

وبغرض تصنيف الفقرات ضمن العوامل طبقت المعايير التي اقترحها

أوفرول وكليت (1972 OverallKlett &) لاستبقاء العوامل وهي: لكي يستبقى العامل

لا بد أولاً: أن يتحدد بثلاثة تشبعت دالة، ثانياً: أن التشبع الدال هو ٠.٣٥ فأكثر. وعليه يبقى أربعة عوامل من العوامل السبعة المستخلصة ويبين الجدول (٦) هذه العوامل.

وبالنظر إلى الجدول (٦) نجد أن :

- الفقرات التي تشبعت بالعامل الأول تدور حول الاستبشار بالمستقبل وتوقع الخير وبالتالي يمكن تسميته بالتفاؤل.
 - أما الفقرات التي تشبعت بالعامل الثاني نجد أنها تدور حول توقع الشرف في المستقبل والياس من الحياة لذلك يمكن تسميته بالنتشأوم.
 - أما كل من العاملين الثالث والرابع فلم يتسنى تسميتهما.
- ويستنتج الباحث الحالي من البيانات المتاحة أن هذا المقياس يتمتع بدلالات صدق وثبات مرتفعة تبرر استخدامه.

رقم الفقرة	اسم العامل ومضمون الفقرة	التشبع
	العامل الثاني التشاؤم	
٤	أنا يائس من هذه الحياة	٠,٥٨
١٥	يلازميني سوء الحظ	٠,٥٦
٢١	تدلني الخبرة على أن الدنيا سواد كالليل المظلم	٠,٦٧
٢٦	بيدو لي أن المنحوس منحوس مهما حاول	٠,٦٢
٢٧	كثرة الهموم تجعلني أشعر بأنني أموت في اليوم مائة مرة	٠,٨٣
٢٨	أشعر أنني أتعس مخلوق	٠,٧٦
	العامل الثالث	
٣	مكتوب علي الشقاء وسوء الطالع	٠,٨١
٩	سيكون مستقبلي مظلماً	٠,٦٧
٣٠	حظي قليل في هذه الحياة	٠,٥٢
	العامل الرابع	
١٦	لدي شعور غالب بأنني سافارق الأحبة قريباً	٠,٧٥
١٨	أشعر كأن المصائب خلقت من أجلي	٠,٤٣
٢٥	أتوقع أن أعيش حياة تعيسة في المستقبل	٠,٧٣

٢. مقياس استراتيجيات التدبر

لقد تم استخدام المقياس الأجنبي المعروف باسم (COPE) (Scheier et-al., 1989) لقياس استراتيجيات التدبر. ولقد تم تطوير هذا المقياس ليتلاءم مع البيئة الأردنية وفق الخطوات التالية:

١. تمت ترجمة فقرات المقياس إلى اللغة العربية وقد روعي أن تكون الترجمة دقيقة وواضحة ومناسبة للفئة المستهدفة.

٢. تم عرض هذه الفقرات على مجموعة من المرضى للتأكد من وضوحها.

٣. تم عرض الفقرات على مجموعة من المحكمين من ذوي الخبرة والاختصاص في علم النفس بعد أن تم تعريف المقصود باستراتيجيات التدبر، وتم عرض الفقرات على ثمانية محكمين^(١) لتحديد صلاحية الفقرات ووضوحها وكان يتم قبول الفقرة الواحدة إذا وافق عليها خمسة محكمين أو أكثر من الثمانية. وقد جرى تعديل ٣ فقرات من المقياس فقط اتفق المحكمون على عدم وضوحها كما تم تعديل الزمن في صياغة الفقرات من الحاضر إلى الماضي استناداً لاقتراح المحكمين.

٤. الخطوة الرابعة كانت عملية القيام بإعادة ترجمة الفقرات من العربية إلى الإنجليزية مرة أخرى Back Translation، وتمت مقارنة هذه الترجمة بالصيغة الأصلية للمقياس وذلك من أجل التأكد من صحة الترجمة العربية ودقتها، ثم

(١) قام بالتحكيم الأستاذة: د. عبد الرحمن عدس، د. خليل البياتي، د. ياسمين حداد، د. فارس جبر، د. رياض ملكوش، د. يعقوب خلاد، د. أمية باكير، د. موسى جبريل.

قورن النصان المترجم والأصلي من قبل ٣ محكمين^(١) للتأكد من تطابق النصين وقد أقر المحكمون الثلاثة بذلك.

يتكون مقياس الـ COPE من ٦٠ فقرة (راجع الملحق (٢))، تقيس ١٥ استراتيجية من استراتيجيات التدبير وهي: التدبير النشط، التخطيط، القبول، الإنكار، الفكاهة، اللجوء إلى الدين، البحث عن الدعم الاجتماعي العاطفي، فك الاشتباك الذهني، فك الاشتباك السلوكي، إعادة التفسير الإيجابي والنمو، التدبير عن طريق التآني، قمع النشاطات المنافسة.

يجاب على فقرة من الفقرات استنادا لسلم رباعي مدرج كالتالي:

١ = لم أفعل هذا أبدا .

٢ = فعلت هذا قليلا .

٣ = فعلت هذا بمقدار متوسط .

٤ = فعلت هذا كثيرا .

وتحسب الدرجة علي مقياس استراتيجيات التدبير ،بجمع عدد الفقرات التي يجاب عنها لكل استراتيجية علي حده (استنادا للسلم الرباعي)، بحيث كلما زادت الدرجة دل علي زيادة استخدام هذه الاستراتيجيات واللجوء إليها، وفي الصفحات التالية تم التعريف بكل استراتيجيات والفقرات التي تمثلها، وبما أن كل استراتيجية تضم أربعة، فإن الدرجة تتراوح علي كل استراتيجية من ٤- ١٦ .

كانت التعليمات تطلب من الأفراد أن يشيروا إلى كيفية استجابتهم للضغوط الناتجة عن المرض منذ أن علموا بمرضهم لذلك فإن التعليمات كانت تشير لفترة زمنية محددة.

(١) قام بالتحكيم كل من الأساتذة: د. ياسمين حداد، د. فارس جبر، د. يعقوب خلاد.

وفيما يلي وصف للاستراتيجيات التي يتضمنها المقياس:

١. التعامل النشط (Active Coping): وهو عملية اتخاذ خطوات فعالة لمحاولة إلغاء الضغوط أو إبعادها أو التخفيف من أثرها، وتتضمن القيام بعمل مباشر، وزيادة جهد الشخص، ومحاولة تنفيذ التكيف على شكل خطوات، وهذه الاستراتيجية تمثلها الفقرات: ٥، ٢٥، ٤٧، ٥٨.
٢. التخطيط (Planning): وهو التفكير بكيفية التدبر مع الموقف الضاغط، ويتضمن استحضار استراتيجيات عمل، والتفكير بأفضل الخطوات واستعراض أفضل السبل الممكنة للتعامل مع المشكلة، وتمثلها الفقرات: ١٩، ٣٢، ٣٩، ٥٩.
٣. قمع النشاطات المنافسة (Suppression of competing activities): وتعني أنه من أجل التعامل مع الحدث الضاغط لوحده على المرء تأجيل أجندة المشاريع الأخرى، ومحاولة تجنب التشويش الذي قد تحدثه أحداث أخرى، وتجاهل جميع الأمور الأخرى، وتمثلها الفقرات ١٥، ٣٣، ٤٢، ٥٥.
٤. التدبر عن طريق التآني (Restraint Coping): وهو انتظار الفرصة المناسبة من أجل التصرف، أي كبح الذات عن الاندفاع وعدم التصرف قبل الأوان. وتمثلها الفقرات: ١٠، ٢٢، ٤١، ٤٩.
٥. البحث عن الإسناد والدعم الاجتماعي للمساعدة (Use of instrumental social support): ويقصد بذلك السعي للحصول على النصيحة أو الحصول على المعلومات من الآخرين للمساعدة في مواجهة المشكلة، وهو تعامل مركز على المشكلة، وتمثلها الفقرات: ٤، ١٤، ٣٠، ٤٥.

٦. الحصول على الدعم الاجتماعي الانفعالي (Use of emotional social support):
 ويعني الحصول على الدعم المعنوي، والتعاطف والفهم من الآخرين وتركز
 هذه الاستراتيجية على الانفعال، وتمثلها الفقرات: ١١، ٢٣، ٣٤، ٥٢.
٧. التركيز على الانفعالات والتنفيس عنها (Focus on and venting of emotions):
 الميل للتركيز على أي ضغط أو ضيق يمر به الفرد والتنفيس عن تلك
 المشاعر، وتمثلها الفقرات: ٣، ١٧، ٢٨، ٤٦.
٨. فك الاشتباك السلوكي (Behavioral disengagement): يعني ذلك تقليل جهد
 الشخص للتعامل مع الضغط أو حتى الاستسلام وهو يعكس نوعاً من العجز
 ويظهر هذا النمط من الاستجابة عندما يتوقع الناس نواتج ضعيفة إزاء الجهود
 المبذولة، وتمثلها الفقرات: ٩، ٢٤، ٣٧، ٥١.
٩. فك الاشتباك الذهني (Mental disengagement): ويعني الانغماس في
 النشاطات التي تساعد على نسيان المشكلة أو تبعد ذهن الشخص عن المشكلة
 وتضم هذه الاستراتيجية العديد من النشاطات التي يمكن أن يلجأ إليها الشخص
 لعدم التفكير في المشكلة (مثل أحلام اليقظة والهروب من خلال النوم، أو
 الانغماس في متابعة برامج التلفزيون ... الخ) وتمثل هذه الاستراتيجية
 الفقرات: ٢، ١٦، ٣١، ٤٣.
١٠. إعادة التفسير الإيجابي والنمو (Positive reinterpretation and growth): وهو
 محاولة النظر للموقف الضاغط من زاوية تجعله يبدو أكثر إيجابية، ويعد من
 استراتيجيات التدبير المركزة على الانفعال لأنه يهدف إلى تدبير أو إدارة
 المشاعر المضطربة بدلا من التعامل مباشرة مع الضغط. ومن الواضح أن
 قيمة هذه الاستراتيجية ليست محصورة بتقليل الضغط. وإنما يتيح تخفيض

الضغط بدوره للمرء الاستمرار بالتعامل النشط مع الأحداث، وتمثلها الفقرات:
١، ٢٩، ٣٨، ٥٩.

١١. الإنكار (Denial): وهو رفض تصديق الحدث وإنكار وجوده أو محاولة التصرف وكأن الضغط غير حقيقي، وقد يخلق الإنكار مشكلات إضافية ما لم يتم التعامل مع الضغط بنجاح، ولا يسمح إنكار الحقيقة بحل المشكلات مبكراً. بحيث تتفاقم المشكلات ويغدو التعامل معها في النهاية أكثر صعوبة. وتمثل هذه الاستراتيجية الفقرات: ٦، ٢٧، ٤٠، ٥٧.

١٢. القبول (Acceptance): وهو عكس الإنكار، ويعتقد الباحثون أن القبول يعد استراتيجية تعامل فعالة لأن الشخص الذي يقبل حقيقة وجود الضغط يكون على استعداد لمحاولة التعامل مع الموقف، وتمثل القبول الفقرات: ١٣، ٢١، ٤٤، ٥٤.

١٣. اللجوء إلى الدين (Religion): ويعتبر الدين استراتيجية مهمة للعديد من الناس، وقد يكون هناك مشكلة في تصنيف الدين كاستراتيجية حيث يلجأ الناس إلى الدين عند الوقوع تحت الضغوط لعدة أسباب مختلفة، فقد يكون الدين مصدراً للإسناد العاطفي، وقد يكون مصدراً يؤدي إلى التفسير الإيجابي والنمو أو كنتيكتيك للتكيف النشط في مواجهة الضغوط، وبالتالي سيكون من الممكن وجود عدة مقاييس مرتبطة بالدين تقيس كل هذه الوظائف الممكنة وتمثل هذه الاستراتيجية الفقرات: ٧، ١٨، ٤٨، ٦٠.

١٤. اللجوء للعقاقير (Substance use): وهي عملية اللجوء إلى تناول العقاقير كالمخدرات والمهلوسات لمحاولة تجنب التفكير في الضغوط. وتمثل هذه الاستراتيجية الفقرات: ١٢، ٢٦، ٣٥، ٥٣.

١٥. الفكاهة (Humor): ويقصد بذلك التندر على الموقف وإطلاق النكات والاستهزاء بالمشكلة أو الضغط كنوع من تخفيف الضغط والضييق المرتبط بالمشكلة وتمثل هذه الاستراتيجيات الفقرات: ٨، ٢٠، ٣٦، ٥٠.

ثبات مقياس استراتيجيات التدبر

قام مؤلفو الاختبار كارفر وآخرون (Carver et-al ١٩٨٩) بحساب الثبات للصورة الأصلية للمقياس بطريقتين:

- الثبات بطريقة إعادة الاختبار: حيث طبق المقياس بفاصل زمني بين التطبيقين الأول والثاني مدته ثمانية أسابيع، وقد تراوحت معاملات الارتباط من (٠.٤٦ - ٠.٧٧) بوجود مقياسين فقط دون الـ ٠.٥٠. ويبين جدول (٧) معاملات الارتباط بين التطبيقين.
- الاتساق الداخلي: كما تم حساب الثبات من خلال معادلة كرونباخ الفا للمقاييس الفرعية، حيث تراوحت معاملات الثبات بين (٠.٤٥-٠.٩٢) بوجود مقياس واحد فقط دون الـ ٠.٥٠، ويبين جدول (٧) معاملات الثبات بطريقة كرونباخ الفا للمقاييس الفرعية (Scheier et-al ١٩٨٩).

جدول (٧)

يبين معاملات الثبات لمقياس استراتيجيات التدبير بطريقتي كرنباخ الفا (α) وإعادة الاختبار (ر)

ر	α	المقاييس الفرعية
٠,٥٦	٠,٦٢	التدبير النشط
٠,٦٣	٠,٨٠	التخطيط
٠,٤٦	٠,٦٨	قمع النشاطات المنافسة
٠,٥١	٠,٧٢	التدبير عن طريق الثاني
٠,٦٤	٠,٧٥	البحث عن الدعم الاجتماعي - المساعدة
٠,٧٧	٠,٨٥	البحث عن الدعم الاجتماعي - الانفعالي
٠,٤٨	٠,٦٨	إعادة التشكيل الإيجابي والنمو
٠,٦٣	٠,٦٥	القبول
٠,٨٦	٠,٩٢	اللجوء إلى الدين
٠,٦٩	٠,٧٧	التركيز على الانفعالات
٠,٥٤	٠,٧١	الانكار
٠,٦٦	٠,٦٣	فك الاشتباك السلوكي
٠,٥٨	٠,٤٥	فك الاشتباك الذهني
٠,٨٧		اللجوء إلى العقاقير

أما في الدراسة الحالية فقد تم حساب الثبات للمقياس أيضاً من خلال طريقتين:
 الثبات بإعادة الاختبار: حيث طبق الاختبار مرتين على عينة مكونة من ٥٠ طالباً بفاصل زمني بين التطبيقين الأول والثاني ١٧ يوماً، وقد بلغ معامل الثبات الكلي للمقياس (٠,٧٣) بينما تراوحت معاملات الثبات للمقاييس الفرعية بين (٠,٤٥ - ٠,٨٠)، ويبين جدول (٨) معاملات الثبات للمقاييس الفرعية.

جدول (٨)

يبين معاملات الثبات لمقياس استراتيجيات التدبير بطريقة إعادة الاختبار

المقاييس	ر
إعادة التشكيل الايجابي والنمو	٠,٤٥
فك الاشتباك الذهني	٠,٥٤
التركيز على الانفعالات والتفيس عنها	٠,٥٧
البحث عن الدعم الاجتماعي - المساعدة	٠,٤٨
التدبير النشط	٠,٤٠
الانكار	٠,٦٦
اللجوء إلى الدين	٠,٦٢
الفكاهة	٠,٨٠
فك الاشتباك السلوكي	٠,٥٣
التدبير عن طريق التآني	٠,٧٣
البحث عن الدعم الاجتماعي - الانفعالي	٠,٥١
اللجوء إلى العقاقير	٠,٨٠
القبول	٠,٦٩
قمع النشاطات المنافسة	٠,٥١
التخطيط	٠,٦٥
المقياس ككل	٠,٧٣

- التجزئة النصفية: كما قام الباحث باستخراج الثبات عن طريق استخراج

معامل الارتباط بالتجزئة النصفية للمقياس وقد بلغ معامل الارتباط بالتجزئة النصفية

(٠,٨٣).

وإذا كانت معاملات الارتباط ليست مرتفعة كثيراً فيمكن أن يعزى ذلك إلى قلة

عدد الفقرات في المقاييس الفرعية (حيث يتكون كل مقياس فرعي من ٤ فقرات)،

هذا من ناحية ومن ناحية أخرى قد يعزى هذا الانخفاض أيضاً إلى أن استراتيجيات

التدبر قد لا تكون سمات ثابتة في الشخصية وهي تتسم بالعملية كما يشير تعريف لازاروس وفولكمان (١٩٨٤) تتغير بتغير الموقف، ولذا لم نحصل على تلك الارتباطات المرتفعة في إعادة الاختبار، ولكن بشكل عام تعتبر معاملات الارتباط التي حصلنا عليها جيدة ومقبولة لأغراض الدراسة.

صدق مقياس استراتيجية التدبر

تم التوصل إلى دلالات صدق المقياس من خلال طريقتين هما الصدق العلمي وصدق البناء:

الصدق العاملي: حيث يشير التحليل العاملي الذي أجراه مؤلفوا المقياس كارفر وآخرون (Carver et-al., 1989) إلى تجمع الفقرات ضمن ١١ عاملاً، متسقة مع الافتراضات التي بنى عليها المقياس باستقلالية استراتيجية التدبر عن بعضها وتمايزها، بوجود استثنائيين وهما تجمع التدبر النشط والتخطيط ضمن عامل واحد، والبحث عن الدعم الاجتماعي الانفعالي والبحث عن الدعم الاجتماعي للمساعدة أيضاً ضمن عامل واحد، وأنت بقية العوامل بشكل منفصل وهي (اللجوء إلى الدين، التدبر عن طريق التأني، إعادة التشكيل الإيجابي والنمو، القبول، التركيز على الانفعالات والتنفيس عنها، الإنكار، فك الاشتباك السلوكي، فك الاشتباك الذهني، اللجوء إلى العقاقير). ويبين الملحق (٣) نتائج هذا التحليل، حيث يظهر في الجدول معاملات تشبعات الفقرات بالعوامل التي تمحورت حولها، والتي تشير إلى تشبعات جيدة ومتميزة.

وللتحقق من أن النتائج التي توصل إليها مؤلفو الاختبار كارفر وآخرون في الصورة الأجنبية التي أجريت على البيئة الأمريكية سوف تظهر لدينا في البيئة

الأردنية على مرضى السرطان قام الباحث الحالي بإعادة إجراء التحليل العاملي على المقياس حيث تم إخضاع استجابات المرضى على فقرات المقياس للتحليل العاملي باستخدام طريقة العوامل الرئيسية (Principle components)، متبوعة بطريقة تدوير المحاور المتعامدة (Varimax)، وقد أظهرت نتائج التحليل المبدئي (١٨) عاملاً رئيسياً تجاوزت القيمة النسبية لكل منها الواحد صحيح، استوعبت ما قيمته (٤٦,٧٥) من التباين الكلي.

وبغرض تصنيف الفقرات ضمن العوامل طبقت المعايير التي اقترحها اوفرول وكليت (Overall & Klett, 1972) لاستبقاء العوامل وهي: لكي يستبقى العامل لا بد أولاً: أن يتحدد بثلاث تشعبات دالة، ثانياً: أن التشعب الدال هو ٠,٣٥ فأكثر، باستثناء الاستبقاء على العامل الثاني عشر والثالث عشر الذين تشعبا بفقرتين فقط. وعليه يتبقى لدينا (١٣) عامل من العوامل الثمانية عشر المستخلصة. ويبين الجدول (٩) نتائج هذا التحليل والفقرات التي تمحورت حول كل عامل من العوامل (علماً بأن ترتيب الفقرات في هذا الجدول جرى وفق العامل الذي تشعبت فيه وليس ترتيبها في المقياس).

وبالرجوع إلى النتائج الموضحة في جدول (٩) نجد أن كلاً من التجمعات الـ

(١٣) تدور حول بعد من أبعاد استراتيجيات التدبر فنلاحظ أن:

- معظم الفقرات التي تشعبت بالعامل الأول لها صلة بالصلاة وطلب العون من الله ومحاولة الاستفادة من هذه التجربة ولذلك يمكن تسميته باللجوء إلى الدين وإعادة التشكيل الإيجابي والنمو.
- أما الفقرات التي تشعبت بالعامل الثاني فتدور حول الرضى بالواقع وتعلم التعايش معه ولذلك يمكن تسميته بالقبول.

- في حين أن الفقرات التي تشبعت بالعامل الثالث تشير إلى محاولة التعبير والإفضاء عن الشعور بالضيق وطلب الدعم والتعاطف من الآخرين، لذلك يمكن تسميته بالتركيز على الانفعالات والتفيس عنها والحصول على الدعم الاجتماعي الانفعالي.
- أما الفقرات التي تشبعت بالعامل الرابع فتدور حول طلب المشورة والنصح من الآخرين لذا يمكن تسميته بالبحث عن الإسناد والدعم الاجتماعي للمساعدة.
- وباستعراض الفقرات والتي تشبعت بالعامل الخامس نجد أنها تدور حول رفض الواقع وعدم قبوله، لذا يمكن تسميته بالإنكار.
- في حين أن الفقرات التي تشبعت بالعامل السادس كانت تدور حول محاولات للتفكير بحل المشكلة واتخاذ خطوات لحلها لذا يمكن تسميته بالتدبير النشط.
- أما الفقرات التي تشبعت بالعامل السابع فنجد أنها تدور حول استخدام الكحول والعقاقير للهروب من المشكلة أو نسيانها لذلك يمكن تسميته باللجوء إلى العقاقير.
- أما العامل الثامن فتدور الفقرات التي تشبعت به حول عدم التفكير في المشكلة كانسحاب ذهني من خلال الانغمار في العمل أو القيام بنشاطات أخرى، فلذا يمكن تسميته بفك الاشتباك الذهني.
- وتمحورت الفقرات التي تشبعت بالعامل التاسع لمحاولات وضع خطط وآليات للتعامل مع المشكلة، فلذلك يمكن تسميته بالتخطيط.
- أما الفقرات التي تشبعت بالعامل العاشر فكانت فقراتها تدور حول استخدام النكت والتندر للتعامل مع المشكلة فلذلك يمكن تسميته بالفكاهة.

- الفقرات التي تشبعت بالعامل الحادي عشر كانت تدور حول إهمال النشاطات الأخرى للتركيز على التعامل مع المشكلة، لذلك يمكن تسميته بقمع النشاطات المنافسة.
- في حين أن الفقرات التي تشبعت بالعامل الثاني عشر كانت تدور حول تقليل الجهود للتعامل مع المشكلة والاستسلام، لذلك يمكن تسميته بفك الاشتباك السلوكي.
- أما الفقرات التي تشبعت بالعامل الثالث عشر فتركزت على محاولة عدم القيام بشيء أو التسرع في القيام بشيء ما، فلذلك يمكن تسميته بالتدبر عن طريق التأني.

جدول (٩)

يبين معاملات ارتباط الفقرات التي نشبت بالعوامل المختلفة على مقياس استراتيجيات التدبير

رقم الفقرة	محتوى الفقرة	التشبع
	العامل الأول اللجوء إلى الدين وإعادة التشكيل الإيجابي والنمو	
١	حاولت أن أتعلم دروس مفيدة من هذه التجربة	٠,٤٦
٧	وضعت ثقتي بالله سبحانه وتعالى	٠,٧٤
١٨	نشدت مساعدة الله سبحانه وتعالى	٠,٨٤
٢١	لقد تقبلت ما حصل واعترفت لنفسي أنني لا أستطيع أن أغير ذلك	٠,٥١
٤٨	أجد صلواتي وأدعيتي تمنحني الكثير من الراحة	٠,٧٠
٥٩	حاولت أن أتعلم شيئاً ما من هذه التجربة	٠,٤٨
٦٠	اتجهت إلى الصلاة والدعاء أكثر من العادة	٠,٧١
	العامل الثاني القبول	
١٣	حاولت أن أعود نفسي على الاعتقاد بأن ما أنا فيه واقع فعلي	٠,٥٦
٤٤	لقد تقبلت حقيقة أن هذا الأمر قد حصل	٠,٧٨
٥٤	حاولت تعلم التعايش مع هذا الأمر	٠,٧٤
٥٦	فكرت بشكل جدي حول الخطوات التي ينبغي اتخاذها	٠,٤٧
	العامل الثالث التنفيس عن الانفعالات والبحث عن الدعم الانفعالي من الآخرين	
٣	عندما كنت أشعر بالانزعاج كنت أنفَس عن مشاعري	٠,٥٦
١١	قمت بالإفشاء عن مشاعري لشخص ما	٠,٦١
٢٣	حاولت نيل الدعم العاطفي من الأصدقاء والأقارب	٠,٤٠
٣٤	حاولت الحصول على التعاطف والتفهم من شخص ما	٠,٤٩
٤٦	لقد عانيت من ضغوط نفسية وكنت أجد نفسي أعبر عن هذه المشاعر بكثرة	٠,٨٠
٤٩	أجبرت نفسي على عدم القيام بأي شيء حتى يحين الوقت المناسب	٠,٤٥

رقم الفقرة	محتوى الفقرة	التشبع
	العامل الرابع البحث عن الدعم والاسناد الاجتماعي للمساعدة	
٤	سألت الآخرين لكي أعرف المزيد	٠,٦٦
١٤	تحدثت لشخص ما يستطيع أن يفعل شيئاً محسوساً	٠,٧٦
٣٠	حاولت الحصول على النصيح من شخص ما	٠,٦٢
٤٥	حاولت أن أسأل الآخرين الذين مروا بخبرات مشابهة عما فعلوه	٠,٥١
٥٢	تحدثت إلى شخص ما حول الموضوع	٠,٥٤
	العامل الخامس الإتكاف	
٦	قلت لنفسي أن ما يجري هو حلم مزعج وليس شيئاً حقيقياً	٠,٥١
٥٠	استهزأت بالمشكلة	٠,٦٨
٥٧	تصرفت وكأن هذا الأمر لم يحدث أبداً	٠,٦٨
٤٠	تظاهرت وكأن هذا الأمر لم يحصل حقاً	٠,٧٥
	العامل السادس التدبير النشط	
٣٩	فكرت بالطريقة المثلى لمعالجة المشكلة	٠,٧٠
٤١	حاولت أن لا أتسرع كي لا أزيد الأمور سوءاً	٠,٤٥
٤٢	حاولت أن لا أدع شيئاً يعرقل جهودي	٠,٨٢
٥٨	فعلت ما ينبغي عمله خطوة بعد خطوة	٠,٥٠
	العامل السابع اللجوء إلى العقاقير	
١٢	لجأت إلى الكحول أو العقاقير لكي أشعر بالراحة	٠,٧٤
٢٦	حاولت نسيان مشاكلي ومرضي لفترة ما من خلال تناول الكحول والعقاقير	٠,٦٥
٣٥	شربت الخمر لكي أفكر بالموضوع بدرجات أقل	٠,٨٣
٥٣	لجأت إلى الكحول والعقاقير كي تساعدني أثناء هذه المشكلة	٠,٨١

رقم الفقرة	محتوى الفقرة	التسبع
	العامل الثامن فك الاشتباك الذهني	
٢	حاولت أن أغرق نفسي في العمل وأفكر في المشكلة	٠,٦٧
٢٩	حاولت النظر للموضوع من زاوية تجعله يبدو أكثر ايجابية	٠,٦٨
٤٣	كنت أشاهد التلفاز وأذهب إلى السينما	٠,٣١
٤٧	اتخذت خطوات مباشرة لتجنب المشكلة وتحاشيها	٠,٤٣
	العامل التاسع التخطيط	
١٠	منعت نفسي من القيام بأي عمل متسرع	٠,٧١
١٩	خططت لما سوف أقوم به للتعامل مع المرض	٠,٤٨
٣٢	حاولت إيجاد استراتيجيات ومخطط للعمل	٠,٤٩
٣٨	بحثت عما هو خير فيما يجري حالياً	٠,٧٠
	العامل العاشر الفكاهة	
٨	ضحكت حول الموضوع	٠,٣٦
٢٠	كنت أقوم بعمل النكات	٠,٨٠
٣٦	كنت أمزح حول الموضوع	٠,٨٠
	العامل الحادي عشر قمع النشاطات المنافسة	
١٧	لقد شعرت بانقباض وضيق ولكنني كنت على وعي بالموضوع بشكل حقيقي	٠,٥٣
٣٣	ركزت جهودي للتعامل مع المرض وتركت الاهتمام بالأمر الأخرى	٠,٦٠
٥٥	وضعت جانباً النشاطات الأخرى كي أركز على هذه الأمر	٠,٧٢
	العامل الثاني عشر فك الاشتباك السلوكي	
٩	اعترفت لنفسي أنني لا أستطيع تدبير ذلك ولذلك توقفت عن المحاولة	٠,٥٤
٢٤	اعتقدت أنني لن أبلغ أهدافي ومقاصدي	٠,٦١

رقم الفقرة	محتوى الفقرة	التشبع
	العامل الثالث عشر التدبر عن طريق التآني	
٢٢	امتعت عن القيام بأي شيء حتى يسمح الموقف بذلك	٠,٨٠
٤٩	أجبرت نفسي على عدم القيام بشيء حتى يسمح الموقف بذلك	٠,٤٢

إن نتائج التحليل العاملي لمقياس استراتيجيات التدبر تشير إلى درجة عالية من التمايز بين مقاييسه الفرعية، والتي تتسق مع الافتراضات التي بني عليها المقياس الأصلي، بتميز هذه الاستراتيجيات عن بعضها واستقلاليتها، إلا أن الفرق الواضح بين نتائج التحليل العاملي للصورة الأصلية للمقياس (راجع ملحق (٣)) والصورة المعربة هو أن استراتيجية اللجوء إلى الدين وإعادة التشكيل الإيجابي والنمو جاءت ضمن عامل واحد، كما أن استراتيجية التركيز على الانفعالات والبحث عن الدعم الاجتماعي الانفعالي جاءت أيضاً ضمن عامل واحد.

صدق البناء

حيث قام مؤلفو الاختبار كارفر وآخرون بالتحقق من صدق البناء من خلال حساب الارتباطات المتبادلة بين استراتيجيات التدبر التي ظهرت من خلال التحليل العاملي الذي أجروه، وبين الملحق (٤) الارتباطات المتبادلة بين المقاييس الفرعية، ويظهر من الملحق (٤) معاملات الارتباط الضعيفة بين استراتيجيات التدبر المختلفة، وتشير معاملات الارتباط الضعيفة هذه إلى استقلالية هذه المقاييس الفرعية عن بعضها البعض.

كما قام الباحث بإعادة التحقق من صدق البناء أيضاً بإعادة احتساب معاملات الارتباط بين العوامل الـ (١٣) التي ظهرت من خلال التحليل العاملي الذي قام الباحث بإجرائه، ويبين جدول (١٠) معاملات الارتباط المتبادلة بين العوامل الـ (١٣).

وتعكس النتائج الواردة في جدول (١٠) معاملات الارتباط المتوسطة والمنخفضة بين كل عامل من العوامل الأخرى، مما يشير إلى استقلالية هذه العوامل.

وتشير النتائج إلى أن المقياس يتمتع بدلالات صدق كافية وجيدة وملائمة لأغراض البحث.

جمع البيانات

تم جمع البيانات عن طريق مقابلة أفراد العينة بشكل فردي، حيث كان الباحث يقوم في البداية بشرح أهداف البحث لكل مريض ثم يترك المجال للمريض للإجابة على فقرات المقاييس بنفسه (التعليمات التي كانت تعطي للمرضي مرفقة بالملحق ١ و٢)، ولقد عبأ معظم أفراد العينة المقاييس خلال فترة انتظارهم لدورهم لتلقي المعالجة الإشعاعية أما من يتلقون العلاج الكيماوي فكان غالبيتهم نزلاء في المستشفى فأعطوا المقاييس خلال وجودهم في غرفهم.

ولقد استغرقت عملية جمع البيانات ما يزيد على ثلاثة شهور واجه فيها الباحث عدد من الصعوبات، منها ممانعة عدد من الأطباء في البداية إجراء التطبيق بحجة السرية، ولقد اقتنع بعضهم بأن جمع البيانات هي لأغراض البحث العلمي فقط على حين استمر آخرون برفضهم، كما أن الحصول على موافقة أفراد العينة كان صعباً.

أما عينة الطلاب فقد تم جمع البيانات منهم من خلال تطبيق قائمة التفاضل والتساؤل ومقياس استراتيجيات التدبر على شعبتين في الجامعة الأردنية، هما شعبة مدخل إلى علم النفسي وشعبة علم النفس الاجتماعي حيث تم تطبيق المقياسين بشكل جماعي على الطلبة بعد أن تم شرح أهداف وأغراض البحث للطلبة.

• كل سجلات الارتباط التي سبق ذكرها، مائة (100) مع إيصالاً عدد (50) - (1000)

رقم العمل	رقم العمل	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠	١١	١٢	١٣
١	اللوحة إلى الدين	-	٨٤٧	١٣١	٦٣٠	٨٠٧	٦٣٣	٦٠٠	٦٣٦	٥٤٠	٦٠٦	٥٤٠	-٦٠٠	١٠٠٣
٢	تحويل	-	٣٣٤	٧٤٨	١٠٠٢	٦٥٠	١٠٢٦	-١٠٢	١١٦	٥٤٥	-٢٠٠	٨٢٠	١١٣	١٠٠٣
٣	التفويض عن الائتمانات واللمحلت عن الاسم الائتماني من الآخرين	-	-	٧٤٨	٥٠٠	٦٢٠	٦٢٠	١٠٢	٥٤٠	٥٤٠	١١٠	٦٣٠	٦٢٠	١٠٠٣
٤	للبحث عن الاسم والأسماء الائتماني للمسماحة	-	-	-	٥١٠	١٠٦	١٠٦	-٣١٠	٦٢٠	٥٥٠	١١٠	٤٤٠	١٠٠	١٠٠٣
٥	إجمالي							-٣٤٠	٣٤٠	١١٢	٣٣٣	-١٠٠	١٠٠	١٠٠٣
٦	كثير ربط							-١٠٣	٦٣٠	٥٥٠	٥١٠	٦٣٠	-١٠٧	١٠٠٣
٧	للحوء إلى المعايير							-	-	-	١٠١٤	١٠١٤	١٠٠٤	١٠٠٣
٨	فك الاشتراك للذمى										١١١	١١١	-١٥	١٠٠٣
٩	تخطيط										-	١٤٦	-١٠١	١٠٠٣
١٠	النكاهة										-	١٤٦	١٠٠	١٠٠٣
١١	فمع التماثلات المتكافئة										-	١٤٦	١٠٠	١٠٠٣
١٢	فك الاشتراك للذمى										-	١٤٦	١٠٠	١٠٠٣
١٣	التفويض عن طريق التفويض										-	١٤٦	١٠٠	١٠٠٣

• مرفوعة مائة سجلات الارتباط بين العوامل الثلاثة عشر لمقياس استمرارية التغيرات للتفويض عن طريق مائة سجلات الارتباط مرفوعة مائة سجلات

جدول (١٠)

الفصل الثالث

النتائج

النتائج

سنستعرض في هذا الفصل النتائج التي توصلت إليها الدراسة:

التفاوت والتشاؤم

للإجابة على سؤال الدراسة الأول حول ماهية استجابة مرضى السرطان على مقياس التفاؤل والتشاؤم تم حساب المتوسطات الحسابية لمرضى السرطان على مقياسي التفاؤل والتشاؤم، فظهر أن متوسط التفاؤل عند مرضى السرطان يفوق المتوسط الفرضي بحوالي عشرة درجات، بينما يقل متوسط التشاؤم بحوالي عشوين درجة عن المتوسط الفرضي لمقياس التشاؤم. وللإجابة على سؤال الدراسة الثاني، والذي يدور حول الفروق بين مرضى السرطان وطلبة الجامعة باعتبارهم خط الشروع والخط الأساس الذي يقارن منه مدى التفاؤل والتشاؤم لدى عينة المرضى (راجع الجدول ١١)، تم إجراء اختبار (ت) لمعرفة ما إذا كانت الفروق بين مرضى السرطان وطلبة الجامعة على مقياس التفاؤل والتشاؤم دالة إحصائياً أم لا، ويبين جدول (١١) المتوسطات الحسابية (م) والانحرافات المعيارية (ع)، والمتوسط الافتراضي (ف)، وقيم (ت) لعينتي مرضى السرطان وطلبة الجامعة.

جدول (١١)

يبين المتوسط الحسابي (م) والمتوسط الافتراضي (ف) والاحتراف المعياري (ع) وقيم (ت) لعينتين من مرضى السرطان وطلبة الجامعة على قائمة التفاؤل والتشاؤم.

التشاؤم				التفاؤل				العينة / المقياس
ت	ع	م	ف	ت	ع	م	ف	
**٥.٥٢	٨.٦٣	٢٣.٥٥	٤٥	*٢.١٢	١٣.١٦	٥٥.١٤	٤٥	مرضى السرطان
	١٣.٢٤	٣٣.٤١	٤٥		١٢.٤٨	٥٠.٨٧	٤٥	طلبة الجامعة

** احتمال > ٠.٠١

* احتمال > ٠.٠٥

حيث يتضح من النتائج الواردة في الجدول المذكور ظهور فروق كبيرة بين متوسط عينة مرضى السرطان ومتوسط عينة طلبة الجامعة على مقياس التفاؤل، كما نجد أن الفروق بين متوسط عينة مرضى السرطان ومتوسط طلبة الجامعة على مقياس التشاؤم كانت أكبر من الفروق على مقياس التفاؤل.

فقد سجل مرضى السرطان على مقياس التفاؤل متوسطاً حسابياً مقداره (٥٥.١٤)، بينما سجل طلبة الجامعة متوسطاً مقداره (٥٠.٨٧) وبتشتت مقارب (١٣.١٦) (١٢.٤٨) على التوالي. وأظهرت النسبة التائية على مستوى البينة (٠.٠٥) أن هذه الفروق دالة إحصائياً.

أما على مقياس التشاؤم فقد سجل مرضى السرطان متوسطاً حسابياً مقداره (٢٣.٥٥)، بينما سجل طلبة الجامعة متوسطاً مقداره (٣٣.٤١)، وبتشتت متباعدين (٨.٦٣) (١٣.٢٤) وحيث كان المحاسبون بالسرطان أكثر تجانساً من عينة الطلبة. وأيضاً كشف الاختبار التائي أن هذه الفروق دالة إحصائياً على مستوى البينة (٠.٠٥).

الفروق بين الذكور والإناث على مقياس التفاؤل والتشاؤم

ولمعرفة ما إذا كانت هناك فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث من مرضى السرطان على مقياس التفاؤل والتشاؤم تم إجراء الاختبار التائي ليكشف عن هذه الفروق ويبين جدول (١٢) المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيم ت للذكور والإناث من مرضى السرطان.

جدول (١٢)

المتوسط (م) والانحرافات المعيارية (ع) لقائمة التفاؤل والتشاؤم وقيم (ت) عند مرضى السرطان

العينات	ن	التفاؤل			التشاؤم		
		م	ع	ت	م	ع	ت
ذكور	٣٤	٥٤.١٢	١٣.٩٤	١.٢٤	٢٣.٨٥	٨.٥٤	١.٠٧
إناث	٣٧	٥٦.٠٨	١٢.٥٢		٢٣.٢٧	٨.٨٢	

يتضح من جدول (١٢) غياب الفروق الكبيرة بين متوسطات الذكور والإناث على مقياس التفاؤل، ولم تظهر الاختبارات الإحصائية فروقاً دالة إحصائياً بين الذكور والإناث بالنسبة للتفاؤل، أما على مقياس التشاؤم فمتوسطات الذكور والإناث متشابهة أيضاً ولا توجد أية فروق دالة إحصائياً بينهما على هذا المقياس.

سجل الذكور على مقياس التفاؤل متوسطاً حسابياً مقداره (٥٤.١٢) بينما سجلت الإناث متوسطاً مقداره (٥٦.٠٨) وبتشتت مقارب أيضاً (١٣.٩٤) و (١٢.٥٢) على التوالي. لذلك لا نعجب إذ نكتشف أن (ت) للفروق بين المتوسطين لم تُسجل أية فروق بين المتوسطين ذات دلالة إحصائية بين الإناث والذكور.

أما على مقياس التشاؤم فقد سجل الذكور متوسطاً حسابياً مقداره (٢٣.٨٥)، بينما سجلت الإناث متوسطاً مقداره (٢٣.٢٧)، وبتشتت مشابه جداً (راجع الجدول

(١٢) كذلك كان الإحصائي التائي للفروق بين الذكور والإناث ليس بذي دلالة إحصائية على مستوى البينة (٠.٠٥). ويلاحظ أن متوسطي الذكور والإناث كلاهما على مقياس التفاؤل كان أكثر من ضعف متوسطي الذكور والإناث كلاهما على مقياس التشاؤم علماً بأن المتوسط الافتراضي لكلا الاختبارين هو واحد.

استخدام استراتيجيات التدبر

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل استراتيجية من استراتيجيات التدبر على حدة لمعرفة أي من صيغ التدبر أكثر انتشاراً بين مرضى السرطان لدى عينة من المرضى الأردنيين، ولقد تم ترتيب هذه الاستراتيجيات تبعاً لمتوسطاتها الحسابية، وتم تحديد درجة الاستخدام استناداً للمتوسطات الحسابية وبين جدول (١٣) المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري ودرجة استخدام استراتيجيات التدبر التي يلجأ إليها المصابون بالسرطان.

جدول (١٣)

يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستراتيجيات التدبير التي يلجأ إليها المصابون بالسرطان

درجة الاستخدام	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	المقياس
كثيراً	٢.٣٩	١٤.٨٢	١. اللجوء إلى الدين
كثيراً	٢.٨٥	١٢.٩٦	٢. القبول
كثيراً	٢.٦٢	١٢.٥٩	٣. إعادة التشكيل الإيجابي والنمو
متوسط	٣.٢٣	١١.١٧	٤. التخطيط
متوسط	٣.٥٢	١٠.٧٥	٥. الحصول على الدعم الاجتماعي للمساعدة
متوسط	٣.٥٢	١٠.٦	٦. الحصول على الدعم الاجتماعي الانفعالي
متوسط	٣.٢٠	١٠.٠٥	٧. التدبير النشط
متوسط	٢.٩	٩.٢٣	٨. التركيز على الانفعالات والتنفيس عنها
متوسط	٢.٨٩	٩	٩. قمع النشاطات المنافسة
متوسط	٣.٠٦	٨.٩٢	١٠. التدبير عن طريق التآني
قليلاً	٢.٩	٨.٠٠	١١. الإنكار
قليلاً	٢.٣٥	٧.٧٥	١٢. فك الإشتباك الذهني
قليلاً	٣.٠١	٦.٩٤	١٣. الفكاهة
قليلاً	٢.٤٣	٦.٨٧	١٤. فك الإشتباك السلوكي
قليلاً	١.٩٩	٤.٦٥	١٥. اللجوء إلى العقاقير

ويتبين من الجدول (١٣) أن استراتيجيات اللجوء إلى الدين قد احتلت المرتبة الأولى بأعلى متوسط حسابي مقداره (١٤.٨٢) وبالتالي كانت الأكثر استخداماً من بين جميع الاستراتيجيات، وجاء تالياً لها في كثرة الاستخدام بمتوسطين متقاربين إعادة التشكيل الإيجابي والنمو والقبول بمتوسطين بلغا (١٢.٥٩) (١٢.٩٦) على التوالي.

التفاؤل واستراتيجيات التدبير

للإجابة على سؤال الدراسة السادس والذي يدور حول أي من استراتيجيات التدبير ترتبط بالتفاؤل تم احتساب معاملات ارتباط بيرسون بين استراتيجيات التدبير والتفاؤل، ويوضح الجدول (١٥) أدناه العلاقة بين استراتيجيات التدبير والتفاؤل.

جدول (١٥)

معاملات الارتباط بين الدرجة التي سجلها المستجيبون على مقياس التفاؤل من جهة واستراتيجيات التدبير من جهة أخرى من المرضى الأردنيين المصابين بالسرطان

الرقم	استراتيجيات التدبير	التفاؤل
١.	إعادة التشكيل الإيجابي والنمو	٠.٤١ ***
٢.	فك الاشتباك الذهني	٠.٠٣
٣.	التركيز على الانفعالات والتنفيس عنها	٠.١٢-
٤.	الحصول على الدعم الاجتماعي للمساعدة	٠.١٩
٥.	التدبير النشط	٠.٣٩ ***
٦.	الإنكار	٠.١٥
٧.	اللجوء إلى الدين	٠.٤٦ ***
٨.	الفكاهة	٠.٠٦
٩.	فك الاشتباك السلوكي	٠.٢٢-
١٠.	التدبير عن طريق الثاني	٠.٣٣ **
١١.	الحصول على الدعم الاجتماعي الانفعالي	٠.٢١
١٢.	اللجوء إلى العقاقير	٠.٠٩
١٣.	القبول	٠.٣٨ ***
١٤.	كبت النشاطات المنافسة	٠.٠٧
١٥.	التخطيط	٠.٢٥ *

* دال إحصائياً عند مستوى ٠.٠٥

*** دال إحصائياً عند مستوى ٠.٠٠١

** دال إحصائياً عند مستوى ٠.٠١

يظهر من جدول (١٥) ارتباط التفاؤل بشكل دال مع ستة استراتيجيات من بين ١٥ استراتيجية من استراتيجيات التدبر هي: إعادة التشكيل الإيجابي والنمو، التدبر النشط، اللجوء إلى الدين، التدبر عن طريق الثاني، القبول، التخطيط.

حيث ارتبطت استراتيجية اللجوء إلى الدين بالتفاؤل بأعلى معامل ارتباط وكان مقداره (٠.٤٦) عند مستوى ($\alpha=0.001$)، تليه مباشرة استراتيجية إعادة التشكيل الإيجابي والنمو بمعامل ارتباط مقداره (٠.٤١) وهو ذو دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha=0.001$)، وجاءت استراتيجيات التدبر النشط بمعامل ارتباط مقداره (٠.٣٩) عند مستوى ($\alpha=0.001$)، أما استراتيجية القبول فجاءت بمعامل ارتباط مقداره (٠.٣٨) عند مستوى ($\alpha=0.001$) وجاء التدبر عن طريق الثاني بمعامل ارتباط مقداره (٠.٣٣) وهو ذو دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha=0.001$)، وأخيراً كان معامل الترابط بين التخطيط والتفاؤل (٠.٢٥) وهو ذو دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha=0.005$). ولم يرتبط التفاؤل باستراتيجيات فك الاشتباك الذهني، التركيز على الانفعالات والتفيس عنها، الحصول على الدعم الاجتماعي للمساعدة، الإنكار، الفكاهة، الحصول على الدعم الاجتماعي الانفعالي، اللجوء إلى العقاقير، قمع النشاطات المنافسة.

العلاقة بين التثاؤم وإستراتيجيات التدبر

وتم احتساب معاملات الارتباط بين التثاؤم وإستراتيجيات التدبر لمعرفة أي من إستراتيجيات التدبر يرتبط بالتثاؤم، ويظهر من جدول (١٦) الإستراتيجيات التي ارتبطت بالتثاؤم.

جدول (١٦)

معاملات الارتباط بين الدرجات التي سجلها المستجيبون على مقياس التثاؤم من جهة وإستراتيجيات التدبر من جهة أخرى من المرضى المصابين بالسرطان.

الرقم	إستراتيجيات التدبر	التثاؤم
١.	إعادة التشكيل الإيجابي والنمو	*٠.٢٧-
٢.	فك الاشتباك الذهني	٠.١٢
٣.	التركيز على الانفعالات والتنفيس عنها	***٠.٤٣
٤.	الحصول على الدعم الاجتماعي للمساعدة	٠.٠٨
٥.	التدبر النشط	**٠.٣٤-
٦.	الإنكار	٠.٠٨
٧.	اللجوء إلى الدين	*٠.٢٨-
٨.	الفكاهة	٠.٠٧
٩.	فك الاشتباك السلوكي	**٠.٣٨
١٠.	التدبر عن طريق الثاني	٠.٠٢-
١١.	الحصول على الدعم الاجتماعي الانفعالي	٠.٠٤
١٢.	اللجوء إلى العقاقير	صفر
١٣.	القبول	٠.٢٢-
١٤.	قمع النشاطات المنافسة	٠.٠٦-
١٥.	التخطيط	*٠.٢٨-

* دال إحصائياً عند مستوى ٠.٠٥

** دال إحصائياً عند مستوى ٠.٠١

*** دال إحصائياً عند مستوى ٠.٠٠١

ويظهر جدول (١٦) ارتباط التشاؤم ارتباطاً ذو دلالة إحصائية مع ستة استراتيجيات من استراتيجيات التدبير، اثنان منها ارتبطت ارتباطاً إيجابياً مع التشاؤم هي: التركيز على الانفعالات والتنفيس عنها، وفك الاشتباك السلوكي، وارتبط التشاؤم ارتباطاً سلبياً مع أربع استراتيجيات هي: اللجوء إلى الدين، إعادة التشكيل الإيجابي والنمو، التدبير النشط، التخطيط.

ولقد ارتبط التشاؤم مع استراتيجية التركيز على الانفعالات والتنفيس عنها ارتباطاً إيجابياً بلغ (٠.٤٣) وكان دال إحصائياً عند مستوى البينة (٠.٠٠١)، يليه مباشرة استراتيجية فك الاشتباك السلوكي التي ارتبطت إيجابياً أيضاً مع التشاؤم بمعامل ارتباط بلغ (٠.٣٨)، والذي كان دال إحصائياً على مستوى البينة (٠.٠٠١). أما التدبير النشط فقد ارتبطت سلبياً مع التشاؤم على مستوى البينة (٠.٠٠١) بمعامل ارتباط بلغ (-٠.٣٤)، وجاء تالياً لها استراتيجيات التخطيط واللجوء إلى الدين وإعادة التشكيل الإيجابي والنمو والتي ارتبطت أيضاً ارتباطاً سلبياً مع التشاؤم بمعاملات ارتباط متقاربة بلغت (-٠.٢٨) لكل من استراتيجية التخطيط واللجوء إلى الدين و (-٠.٢٧) لاستراتيجية إعادة التشكيل الإيجابي والنمو وجميعها كانت دالة على مستوى البينة (٠.٠٠٥).

استخدام استراتيجيات التدبير عبر المراحل الزمنية المختلفة:

لمحاولة الإجابة على الفرضية الثامنة حول ما إذا كان استخدام استراتيجيات التدبير، يبقى ثابتاً على طول فترات مدة المعرفة بالمرض (راجع جدول ٣). تم حساب النسب المئوية لعدد الذين يستخدمون كل استراتيجية من الاستراتيجيات لدرجة تعتبر كثيرة الاستخدام، لكل فترة زمنية من فترات المعرفة بالمرض على حدة (استناداً للجدول ٣)، واقتصر حساب نسب الاستخدام على أربعة مراحل زمنية

فقط، واستثيت الفترة الزمنية ٣ سنوات فما فوق للتشتت الكبير ضمن هذه الفئة. وتوضح الأشكال من ١-١١ صورة استخدام كل استراتيجية من الاستراتيجيات عبر فترات مدة المعرفة بالمرض، هناك ٤ من استراتيجيات التدبير لم يتم رسم لها أشكال لأنها لم تستخدم بكثرة من قبل المرضى وهي: فك الاشتباك الذهني، فك الاشتباك السلوكي، اللجوء إلى العقاقير، قمع النشاطات المنافسة. كما تم تطبيق اختبار (كا^٢) لكل استراتيجية، لمعرفة ما إذا كان ما نلاحظه من هضبات أو انخفاضات تطراً على كل واحدة هي ذات دلالة إحصائية، وتظهر الصفحات التالية الأشكال من (١-١١).

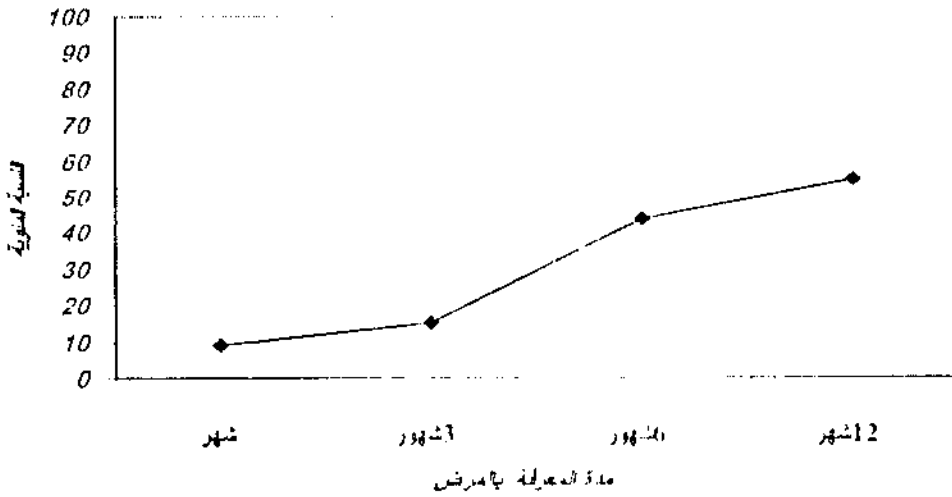


شكل (١)

يبين النسب المئوية لاستخدام استراتيجيات إعادة التشكيل الإيجابي والنمو عبر المراحل الزمنية المختلفة

لو نظرنا إلى الشكل (١) فإننا نرى أن نسبة الذين يلجأون إلى إعادة التشكيل الإيجابي والنمو مرتفعة بشكل كبير عبر المراحل الزمنية المختلفة حيث بلغت ٨١% في الشهر الأول من معرفة المريض الإصابة بالمرض، وتنخفض قليلاً في الشهر

الثالث لكي تبلغ ٧٦%، وتمر هذه المرحلة بهضبة حتى ٦ أشهر، ولكنها تعاود الانخفاض خلال السنة إلى ٦٤%. ولم تظهر نتيجة اختبار (كا^٢) عن أية فروق ذات دلالة إحصائية لهذا الانخفاض أو الارتفاع في استخدام إعادة التشكيل الإيجابي كما يظهر ذلك في الجدول (١٧). أي أن الفرضية الصفرية تأيدت إحصائياً.



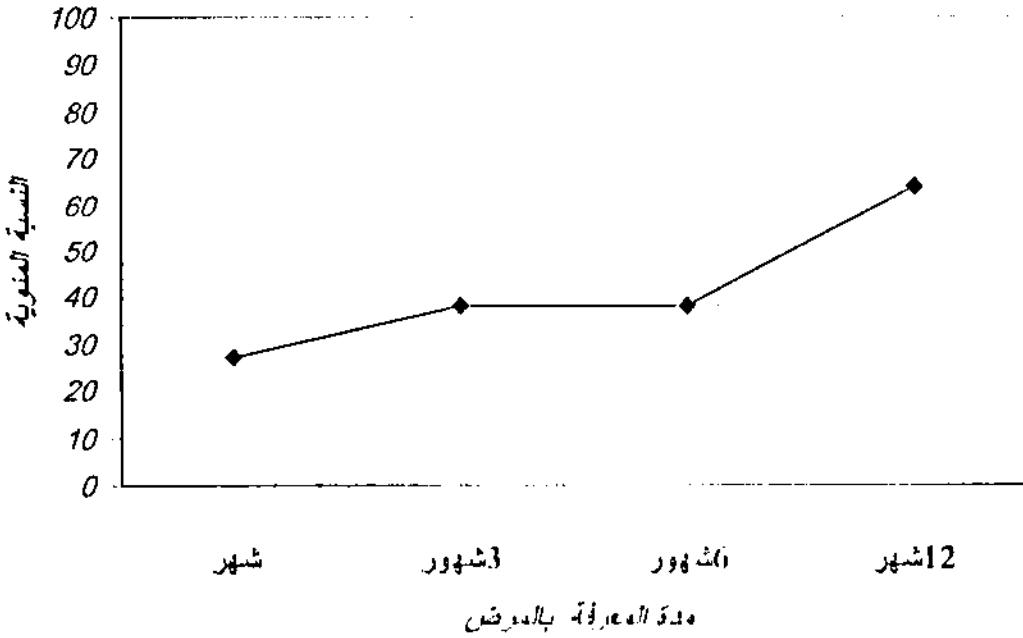
شكل (٢)

يبين النسب المئوية لاستخدام استراتيجية التركيز على الانفعالات والتنفس

عنها عبر المراحل الزمنية المختلفة

يتضح لنا من النظر في الشكل (٢) الارتفاع المضطرب في نسبة الذين يلجأون إلى استراتيجية التركيز على الانفعالات والتنفس عنها حيث بلغت ٩% في الشهر الأول من معرفة المرضى بمرضهم، وارتفعت إلى ١٥% في الشهر الثالث واستمرت بالارتفاع إلا أن وصلت ٥٤% بعد مرور سنة، فنلاحظ الفارق بين الشهر الأول وبعد مرور سنة من المعرفة بالإصابة بالمرض. وتشير الدرجة على اختبار

(كاً) كما يظهر في الجدول (١٧)، وجود فرق ذو دلالة بين النسب المختلفة لاستخدام التركيز على الانفعالات عبر المراحل الزمنية المختلفة. ويعني ذلك أن الفرضية الصفرية والقائلة بأن استراتيجية التركيز على الانفعالات لا تتغير بمرور الزمن لم تتل التأييد الإحصائي.

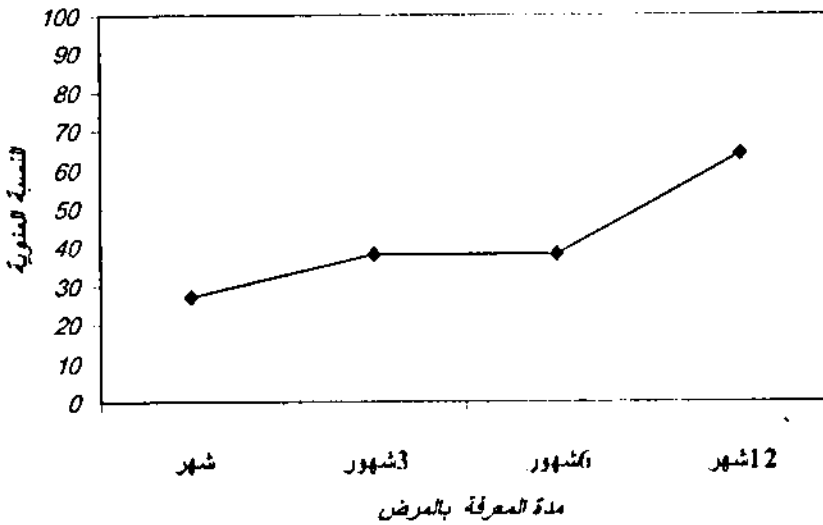


شكل (٣)

يبين النسب المئوية لاستخدام استراتيجية البحث عن المساعدة الاجتماعية للمساعدة عبر المراحل الزمنية المختلفة

ومن النظر في الشكل (٣) يتضح لنا أيضاً ارتفاعاً مستمراً عبر الوقت للجوء إلى البحث عن المساعدة الاجتماعية للمساعدة، حيث بلغت ما نسبته ٢٧% خلال الشهر الأول، وارتفعت إلى ٣٨% خلال الشهر الثالث وحافظت على نفس النسبة أيضاً في الشهر السادس، ثم عاودت الارتفاع بشكل كبير وملحوظ بعد مرور سنة

(كاً) كما يظهر في الجدول (١٧)، وجود فرق ذو دلالة بين النسب المختلفة لاستخدام التركيز على الانفعالات عبر المراحل الزمنية المختلفة. ويعني ذلك أن الفرضية الصفرية والقائلة بأن استراتيجية التركيز على الانفعالات لا تتغير بمرور الزمن لم تنل التأييد الإحصائي.

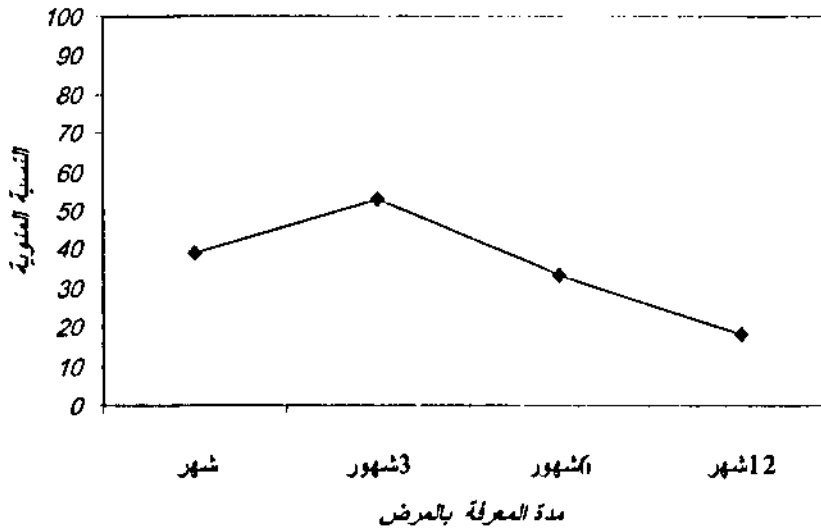


شكل (٣)

يبين النسب المئوية لاستخدام استراتيجية البحث عن المساعدة الاجتماعية للمساعدة عبر المراحل الزمنية المختلفة

ومن النظر في الشكل (٣) يتضح لنا أيضاً ارتفاعاً مستمراً عبر الوقت للجوء إلى البحث عن المساعدة الاجتماعية للمساعدة، حيث بلغت ما نسبته ٢٧% خلال الشهر الأول، وارتفعت إلى ٣٨% خلال الشهر الثالث وحافظت على نفس النسبة أيضاً في الشهر السادس، ثم عاودت الارتفاع بشكل كبير وملحوظ بعد مرور سنة

من معرفة الإصابة بالمرض حيث بلغت ٦٤%، وهنا أيضاً يمكن ملاحظة ذلك الفارق بين الشهر الأول والسنة في اللجوء إلى استخدام هذه الاستراتيجية. ولم تكن قيمة (كأ^٢) ذات دلالة إحصائية لذلك يمكن القول بأن اللجوء إلى هذه الاستراتيجية كان ثابتاً نوعاً ما، ولذلك فالفرضية الصفرية حول هذه المسألة قد تأيدت ولكن هذا الأمر يستحق المراجعة بعينة أكبر.

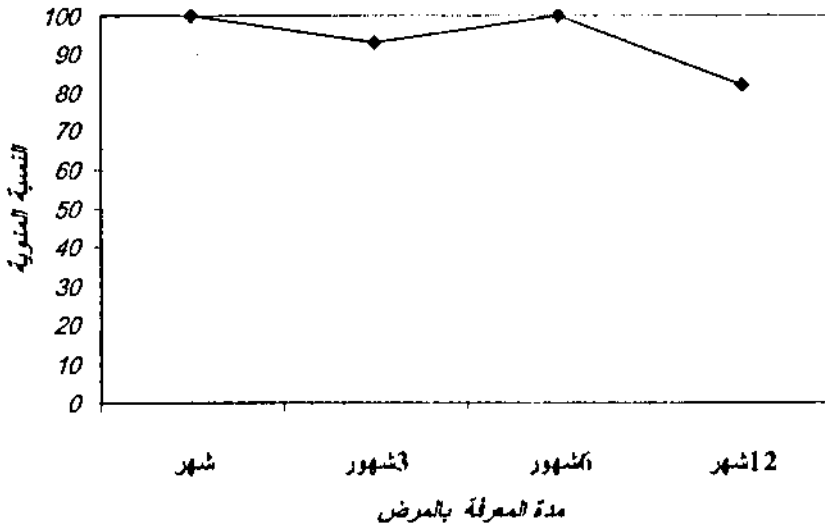


شكل (٤)

يبين النسب المئوية لاستخدام استراتيجية التدبير النشط
عبر المراحل الزمنية المختلفة

يتضح لنا من النظر في الشكل (٤) أن هناك نسبة مرتفعة من المرضى الذين يلجأون إلى التدبير النشط خلال الشهر الأول من معرفة الإصابة بالمرض، وتزداد هذه النسبة خلال الشهر الثالث حيث تبلغ ذروتها (٥٣%)، ولكنها تبدأ بالانخفاض في الشهر السادس، وتستمر بالانخفاض حتى تبلغ ١٨% عند نهاية السنة. ولم تسفر

الشهر الثالث لكي تبلغ ٧% فقط، وتمر مرحلة الإنكار بهضبة حتى ٦ أشهر، و
ينعدم الإنكار في نهاية السنة الأولى. ولم تسفر نتيجة اختبار (كا^٢) عن فروق ذات
دلالة عند مستوى البيئة (٠.٠٠٥) للانخفاض الحاصل في استخدام الإنكار، كما يظهر
في الجدول (١٧). أي أن الفرضية الصفرية قد تأيدت إلا أن شكل الخط البياني يتفق
مع نظرية روس حيث يكون الإنكار مرتفعاً قليلاً في البداية إلا أنه يتلاشى مع
الزمن.

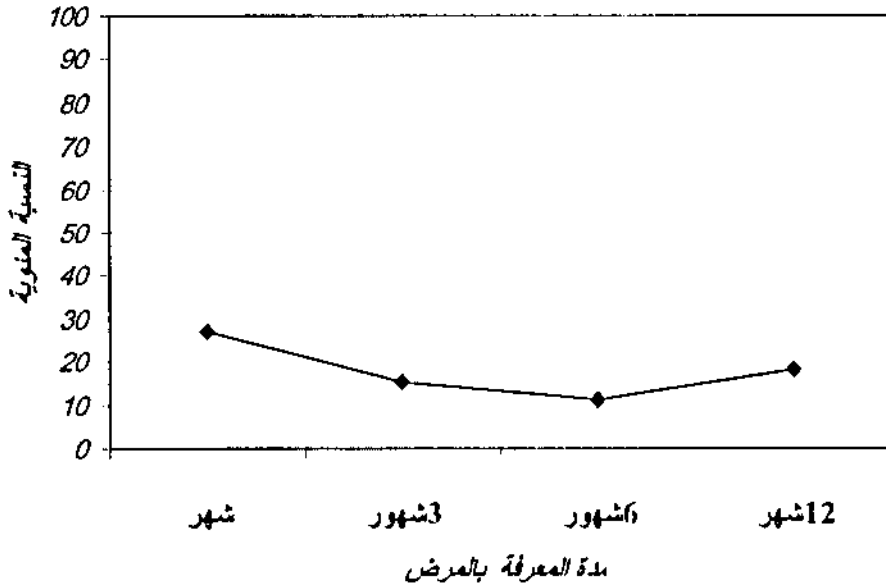


شكل (٦)

يبين النسب المئوية لاستخدام استراتيجية اللجوء إلى الدين عبر المراحل
الزمنية المختلفة

يتبين لنا من الشكل (٦) أن نسبة الذين يلجأون إلى الدين في الشهر الأول من
المعرفة بالإصابة هي مرتفعة جداً حيث بلغت ١٠٠%، ونلاحظ أنها تتخفّض في

الشهر الثالث انخفاضاً بسيطاً إلى ٩٣% إلا أنها تعود للارتفاع في الشهر السادس لكي تبلغ ١٠٠%، وعلى الرغم من الانخفاض الذين نشاهده مرة أخرى بعد مرور سنة حيث بلغت ٨٢% إلا أن النسبة بشكل عام بقيت مرتفعة جداً عبر المراحل الأربعة. كما لم تظهر نتيجة اختبار (كا^٢) كما يظهر في الجدول (١٧) عن أية فروق ذات دلالة عند مستوى البيئة (٠.٠٥) لهذا الانخفاض والارتفاع في اللجوء إلى الدين. وهذا يعني أن الفرضية الصفرية قد تأيدت لأن عينة البحث لجأت للدين بشكل كبير للغاية من البداية وحتى نهاية السن



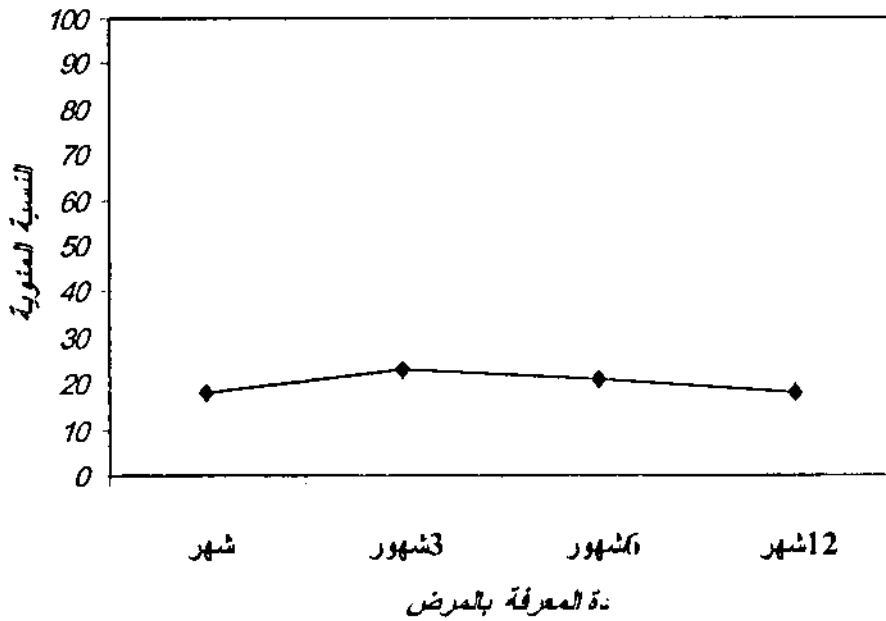
شكل (٧)

يبين النسب المئوية لاستخدام استراتيجيات الفكاهاة

عبر المراحل الزمنية المختلفة

لو نظرنا إلى الشكل (٧) نجد أن نسبة الذين يلجأون إلى الفكاهاة بلغت ٢٧% خلال الشهر، ولكن نلاحظ أن هذه النسبة انخفضت بعد ذلك خلال الشهر الثالث

والسادس، لتبلغ ١٥% في الثالث، و ١١% في السادس، ولكنها تعود لترتفع بشكل بسيط عند نهاية السنة لتبلغ ١٨%. ولم يظهر اختبار (كا^٢) وجود أية فروق ذات دلالة لاستخدام استراتيجية الفكاهة عبر المراحل الزمنية المختلفة كما يظهر ذلك في الجدول (١٧). وهذا يعني أن الفرضية الصفرية قد تأيدت.

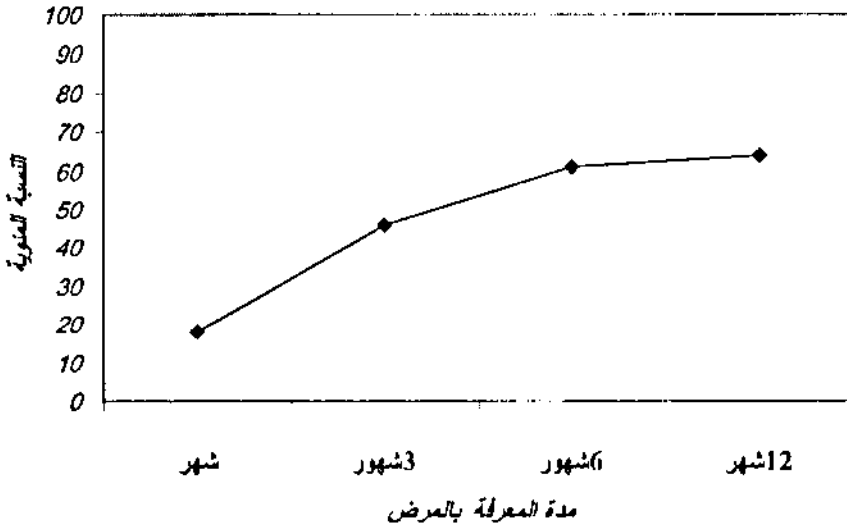


شكل (٨)

يبين النسب الشهرية لاستخدام استراتيجية التدبير عن طريق التاني عبر المراحل الزمنية المختلفة

ومن النظر في الشكل (٨) لا نلاحظ ذلك التغير الكبير في اللجوء إلى التدبير عن طريق التاني، فقد حافظت النسبة على مستوى منخفض وثابت نوعاً ما، عبر المراحل الأربعة المختلفة. فلذا لا نتوقع ظهور أي دلالة لاختبار (كا^٢) لاستخدام

التدبر عن طريق التآني عبر المراحل الزمنية المختلفة كما يظهر ذلك في الجدول (١٧). وهذا يعني أن الفرضية الصفرية قد تأيدت.

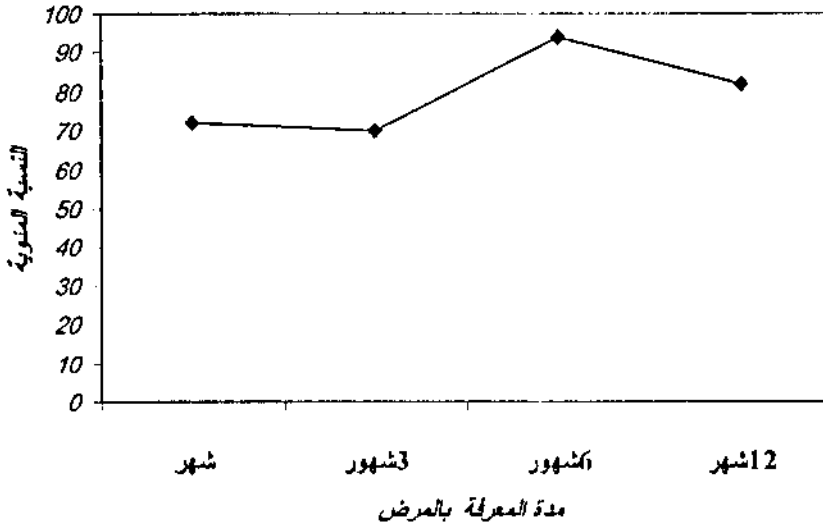


شكل (٩)

يبين النسب المئوية لاستخدام استراتيجية البحث عن المساعدة الاجتماعية أو انفعالية عبر المراحل الزمنية المختلفة

من النظر في الشكل (٩) يمكننا ملاحظة التزايد المستمر للجوء إلى استخدام استراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي الانفعالي مع مرور الوقت، حيث بلغت في الشهر الأول ١٨%، ثم ارتفعت إلى ٤٦% في الشهر الثالث، إلى أن بلغت ٦٤% عند نهاية السنة. وتظهر نتيجة اختبار (كا^٢) كما يظهر في الجدول (١٧) وجود فروق ذات دلالة عند مستوى البينة (٠.٠٥) لاستخدام استراتيجية البحث عن المساعدة الاجتماعية الانفعالية عبر المراحل الزمنية المختلفة لذلك فإن الفرضية

الصفيرية لم تتأيد. ويتفق شكل الخط البياني مع الحصافة إذ ينشغل المرء بنفسه في البداية ويطلب العون والمساندة أكثر كلما اشتدت عليه الأزمة

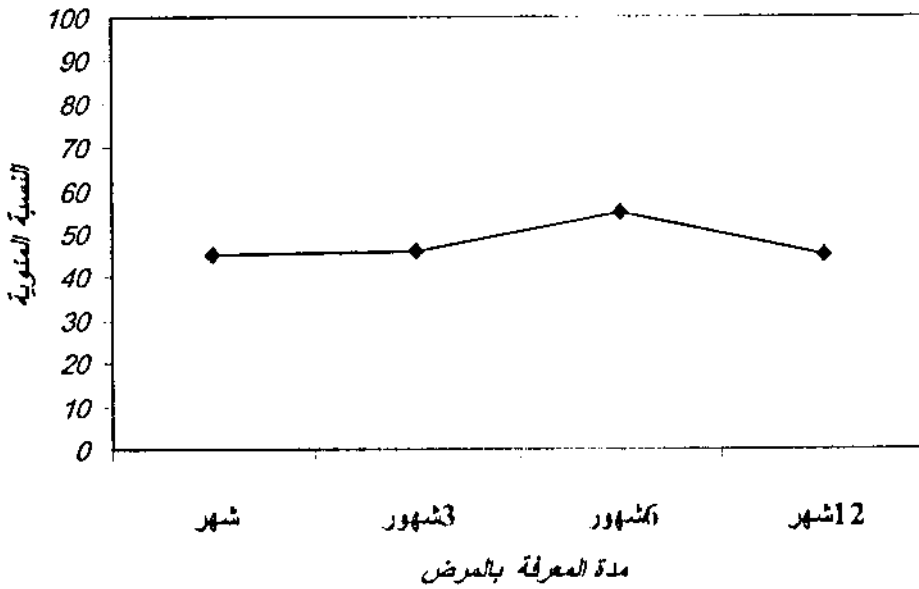


شكل (١٠)

يبين النسب الشهرية لاستخدام استراتيجية القبول عبر المراحل
الزمنية المختلفة

نلاحظ من الشكل (١٠) النسبة المرتفعة للذين لجأوا إلى القبول في الشهر الأول والتي بلغت ٧٢%، والتي بقيت ثابتة حتى الشهر الثالث، وتمر هذه المرحلة بهضبة حتى ٦ أشهر حيث تبلغ النسبة ٩٤% وعلى الرغم من الانخفاض الملاحظ في استخدام القبول عند السنة إلا أن النسبة بقيت مرتفعة بشكل ملحوظ عنسها في الشهر الأول والثالث. ولم تكشف نتيجة اختبار (كا^٢) عن أية فروق ذات دلالة

للارتفاع أو الانخفاض في اللجوء إلى استراتيجية القبول عبر المراحل الزمنية المختلفة كما يظهر في الجدول (١٧). وهذا يعني أن الفرضية الصفرية قد تأيدت.



شكل (١١)

يبين النسب المئوية لاستخدام استراتيجية التخطيط عبر المراحل الزمنية المختلفة

يتبين لنا من الشكل (١١) أن اللجوء إلى التخطيط بقي ثابتاً نوعاً عبر المراحل المختلفة ولم يطرأ عليه ذلك التغير الكبير ورغم الارتفاع البسيط عند الشهر السادس إلا أن استخدام هذه الاستراتيجية بقي ضمن المتوسط. ومع محافظة التخطيط على مستوى ثابت فلا نتوقع أن تظهر نتيجة اختبار (كا^٢) عن فروق ذات

دلالة لاستخدام التخطيط عبر المراحل الزمنية المختلفة كما يظهر في الجدول (١٧). وهذا يعني أن الفرضية الصفرية قد تأيدت.

جدول (١٧)

يبين درجات (كا^١) للفروق في استخدام استراتيجيات التدبر عبر المراحل الزمنية المختلفة

كا ^٢	استراتيجيات التدبر	
٠.٥٣	إعادة التشكيل الإيجابي والنمو	١
* ٤٣	التركيز على الانفعالات والتفيس عنها	٢
٦.٣٥	الحصول على الدعم الاجتماعي للمساعدة	٣
١.٨	التدبر النشط	٤
٧.٠٥	الإنكار	٥
٠.٢٥	اللجوء إلى الدين	٦
٣.١٣	الفكاهة	٧
* ٤١.٨	الحصول على الدعم الاجتماعي الانفعالي	٨
١.٣٦	القبول	٩
٥	قمع النشاطات المنافسة	١٠
٠.٧٥	التخطيط	١١

* دال عند مستوى البينة ($\alpha = 0.05$)

ويظهر من الجدول أن الفروق في استخدام استراتيجيات التدبر لم تكن ذات دلالة عبر المراحل الزمنية المختلفة باستثناء التركيز على الانفعالات والتنفيس عنها واستراتيجية الحصول على المساندة الاجتماعية الانفعالية، و اللتين كانت داليتين عند مستوى البيئة ($\alpha = 0.05$) وبفارق واضح عن باقي الاستراتيجيات.

الفصل الرابع

مناقشة النتائج

الفصل الرابع

مناقشة النتائج

استجابة المصابين بالسرطان تفاؤلياً وتشاؤمياً

وفقاً للنتائج الواردة في الجدول (١١) نجد أن المتوسط الحسابي لمرضى السرطان بلغ (٥٥.١٤) على مقياس التفاؤل، ويرتفع هذا المتوسط عن المتوسط الافتراضي للمقياس حوالي ١٥ درجة، وبمقارنة هذه النتيجة مع نتائج دراسات عربية استخدمت نفس المقياس لكن على عينات من طلبة الجامعات، نجد أن متوسط مرضى السرطان مقارب لهذه المتوسطات والتي بلغت (٥٣.٢٣) في دراسة عبد الخالق (١٩٩٨) وبلغت (٥٢.٩٨) في دراسة حسن ولولو (١٩٩٨). أما بالنسبة للمتوسط الحسابي على مقياس التشاؤم فقد بلغ (٢٣.٥٥)، ونجد أن هذه الدرجة تنخفض بمقدار ٢٢ درجة على المتوسط الافتراضي للمقياس، كما تنخفض عن متوسط التشاؤم في دراسة عبد الخالق (١٩٩٨) وحسن ولولو (١٩٩٨) التي استخدمت نفس المقياس على طلبة الجامعة. حيث بلغ (٢٩.٠٠) و (٢٨.٧٧) على التوالي في الدراستين.

كذلك نجد أن متوسط التفاؤل لمرضى السرطان كان ضعف متوسط التشاؤم للمرضى الأمر الذي يشير إلى وجود درجة جيدة من التفاؤل عند هؤلاء المرضى. أما عند مقارنة متوسطات التفاؤل والتشاؤم لمرضى السرطان مع متوسطات عينة طلبة الجامعة، نجد أن متوسط التفاؤل لمرضى السرطان كان أعلى بخمس درجات من متوسطة طلبة الجامعة كما يظهر في جدول (١١) ويكشف لنا الإحصائي التائي للفروق بين مرضى السرطان وطلبة الجامعة على مقياس التفاؤل

وجود فروق ذات دلالة إحصائية بينهما عند مستوى البينة (٠.٠٠٥). أما على مقياس التثاؤم فنجد أن متوسط طلبة الجامعة يرتفع بمقدار (١٠) درجات عن متوسط مرضى السرطان على المقياس، كما يظهر في الجدول (١١) ويكشف لنا الإحصائي الثاني عن أن هذه الفروق وهي أيضاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى البينة (٠.٠٠٥). فتشير هذه النتائج إلى أن مرضى السرطان هم أكثر تفاؤلاً من طلبة الجامعة، بينما طلبة الجامعة هم أكثر تشاؤماً من مرضى السرطان!

وقد تثير هذه النتائج شيئاً من الدهشة، فكيف لمرضى مصابين بمرض قد يفضي بهم إلى الموت، وكون أن حياتهم في خطر هم أكثر تفاؤلاً من أفراد أصحاء لا يشكون من أي مرض، ولكننا قد نجد لهذه الفروق ما يبررها، فطلبة الجامعة هم شباب في مستقبل العمر لديهم الكثير من الآمال والطموحات المستقبلية، ولكن المستقبل بالنسبة لهم غامض وفيه الكثير من الإحباطات والمعيقات على ما يبدو لهم، فلذا لا نجد لديهم ذلك التفاؤل الكبير مع كثير من التثاؤم، بينما مرضى السرطان عينة الدراسة تمثل شريحة كبيرة من الأعمار المختلفة بمتوسط عمري مقداره ٤٣ سنة فهؤلاء مروا بخبرات عديدة ربما زودتهم بالكثير من المهارات للتعامل مع الحياة والتكيف لها، التي لم ينلها طلبة الجامعة. هذا من جانب، ومن جانب آخر قد يكون هذا التفاؤل الموجود لدى المرضى هو نوع من التفاؤل غير الواقعي، فكما عرفنا التفاؤل الواقعي سابقاً بأنه شعور الفرد بقدرته على التفاؤل إزاء الأحداث دون مبررات منطقية أو وقائع أو مظاهر تؤدي إلى هذا الشعور، ويعود هذا التفاؤل غير الواقعي كما بينت الدراسات إلى خداع في الضبط أو التحكم. وقد تتمثل نزعات الضبط والتحكم في بيئتنا العربية والإسلامية في معتقدات مثل القدرية، حيث يتم تفسير كل ما يواجه الفرد من مرض أو ألم أو محن إلى أنه قدر من الله، ويذكر

بترسون (Peterson 1997) أنه على الرغم مما تمنحه هذه التفسيرات من راحة وطمأنينة في الضبط والتحكم والتدبر والتفسير إلا أنها قد تقود إلى تعليلات خاطئة في الضبط والتحكم والتدبر والتفسير. ويورد بترسون كمثال على ذلك دراسة لبدرونور (١٩٨٧) لنساء مسلمات أجريت لهن جراحة في الثدي، وفي هذه الدراسة لم تكتشف أي من المريضات الإصابة بالسرطان إلا متأخراً ولم يدركن أن لديهن مشكلة إلا بعد تقدم المرض، ولم يخبرن أحد بها إلا بعد تقدم المرض، والقليل منهن كان لديه معلومات عن المرض أو العملية، ويفسر بترسون هذه السلبية عند المريضات في التعامل مع المرض إلي أنه عائد للمعتقدات الثقافية التقليدية، حيث أن المريضات كن يشعرن غالباً أن ما أصبن به هو قدر من الله وأن الله سوف يساعدهن، وفي دراستنا هذه ظهر لدينا أن استراتيجيات اللجوء إلى الدين كانت أكثر صيغ التدبر شيوعاً عند المرضى، للتعامل مع المرض كما يظهر ذلك في جدول (١٣) واستمر اللجوء إليها بصورة عالية على طول الفترات الزمنية المختلفة من المعرفة بالإصابة كما يتضح من جدول (٦)، كما أنها كانت الأعلى ارتباطاً بالتفؤل من باقي الاستراتيجيات جميعها كما يشير إلى ذلك الجدول (١٤)، وسنتحدث على الدين مرة أخرى عند الحديث عن العلاقة بين التفؤل واستراتيجيات التدبر. وهذا قد يعلل لنا ارتفاع متوسط التفؤل عند مرضى السرطان، وانخفاض مستوى التشاؤم لديهم بشكل عام.

الفروق بين الذكور والإناث في مستوى التفؤل والتشاؤم من مرضى السرطان
 لم تظهر نتائج الدراسة أية فروقات بين الذكور والإناث على كل من مقياسي التفؤل والتشاؤم عند مرضى السرطان، وقد لا تتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسات عربية أجريت على طلبة جامعيين وجدت مثل هذه الفروق، ففي دراسة (حسن

ولولوه (١٩٩٨) ظهر أن الذكور كانوا أكثر تفاؤلاً من الإناث، لكنهم لم يختلفوا في مستوى التشاؤم، إلا أن نتائج دراستنا تتفق مع نتائج دراسة أمريكية إذ لم تظهر مثل هذه الفروق بين الجنسين في التفاؤل والتشاؤم (Fischer & Leitenberg, 1986).

صيغ التدبر الشائعة بين المصابين بالسرطان

لمعرفة درجة شيوع استراتيجيات التدبر عند مرضى السرطان، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمدى استعمال كل استراتيجية، ثم رتبنا الاستراتيجيات تبعاً لمتوسطات اللجوء إليها، ويظهر من الجدول (١٣) أن أكثر استراتيجيات التدبر شيوعاً واستخداماً هي استراتيجية اللجوء إلى الدين بمتوسط (١٤.٨٢)، يليها استراتيجية القبول (١٢.٩٦)، ثم إعادة التشكيل الإيجابي والنمو بمتوسط مقداره (١٢.٥٩)، وتتفق هذه النتيجة تماماً مع دراسة كارفر وآخرون (Carver et al., 1993) والتي أجريت على ٥٩ مريضة بالسرطان، حيث كانت أكثر الاستراتيجيات شيوعاً لديهن، القبول، وإعادة التشكيل الإيجابي والنمو، واللجوء إلى الدين.

إلا أن الفارق بين الدراستين، أنه في دراسة كارفر كان متوسط استراتيجيات القبول وتقبل الأمر الواقع أعلى بكثير من باقي الاستراتيجيات، بينما في دراستنا هذه نجد أن استراتيجية اللجوء إلى الدين تفوقت بشكل ملحوظ عن باقي الاستراتيجيات، وقد يكون هذا التفوق لاستراتيجية اللجوء إلى الدين أمراً متوقفاً في بيئة كبيتنا العربية والإسلامية، حيث يلعب الدين والمعتقدات الدينية دوراً هاماً في حياتنا الاعتيادية، ففي دراسة لكسلرنج Kessler et al 1982 أجراها على ٩٠ مريضاً بالسرطان منهم ٤٥ مريض من سويسرا و ٤٠ مريضاً من مصر، كان قد تم سؤال

المرضى من خلال مقابلتهم ماذا يتوقعون أن يساعدهم خلال مرضهم وكانت إجابات المرضى كالتالي:- أجاب ٣٧% من السويسريين أن الله سوف يساعدنا، بينما ٩٢% من المصريين قالوا أن الله سوف يساعدنا خلال المرض ونلاحظ الفرق الكبير بين النسبتين في كلا الثقافتين. ويزيد اللجوء إلى الدين عندما يتعرض الفرد لمحنة أو شدة أو مرض (للمرجعة انظر 1997 Pargament).

وجاءت استراتيجيات التخطيط رابعاً بمتوسط (١١.١٧) يليها استراتيجية الحصول على الدعم الاجتماعي بمتوسط (١٠.٧٥) ثم استراتيجيات التدبير النشط (١٠.٠٥) وتأتي درجة استخدام هذه الاستراتيجيات بشكل متوسط مقارنة مع باقي الاستراتيجيات، وتشير هذه المتوسطات إلى أن مرضى السرطان لم يكتفوا فقط باللجوء إلى الدين وقبول الأمر الواقع، وإنما كان لديهم ميل أيضاً للقيام بعمليات التخطيط وبذل جهود إضافية للتعامل مع الموقف والبحث عن معلومات أكثر تساعدهم في اكتساب المزيد من المعرفة التي تساعدهم في اتخاذ الإجراءات المناسبة لمعالجة الموقف الراهن والاستعداد للتطورات المستقبلية.

وجاءت استراتيجية اللجوء إلى العقاقير أقل الاستراتيجيات شيوعاً عند مرضى السرطان حيث اقترب متوسطها من درجة عدم الاستخدام، أو اللجوء إليها، وقد يكون هذا الأمر متوقعاً في بيئة تحرم استخدام مثل هذه الأمور من تناول الكحول أو تعاطي للمخدرات، بل وتعتبره من الكبائر. جاءت كذلك استراتيجيات الإنكار والفكاهة وفك الاشتباك السلوكي وفك الاشتباك الذهني قليلة الاستخدام عند مرضى السرطان في الأردن.

وبالقاء نظرة على الجدول (١٣) ربما أمكننا الخروج بصيغة لشكل استراتيجيات التدبر التي يلجأ إليها مرضى السرطان، تبعا لدرجة استخدام كل استراتيجية، والتي يمكن أن تأخذ الصورة التالية:

١- استراتيجيات كثيرة الاستخدام والتي ضمت كل من استراتيجية اللجوء إلى الدين، والقبول، وإعادة التشكيل الإيجابي والنمو والتي تشير إلى تعبير عن قبول المرض.

٢- استراتيجيات متوسطة الاستخدام والتي ضمت كل من استراتيجية التدبر النشط، والتخطيط، والبحث عن المساندة الاجتماعية للمساعدة والبحث عن المساندة الاجتماعية الانفعالية، وقمع النشاطات المنافسة، والتدبر عن طريق التآني وهي تضم كما نرى استراتيجية مركزة حول المشكلة فهي تعبير عن معالجة نشطة.

٣- استراتيجيات قليلة الاستخدام وضمت كل من استراتيجية الإنكار وفك الاشتباك الذهني، وفك الاشتباك السلوكي، واللجوء إلى العقاقير وهي كما نلاحظ استراتيجيات تشير إلى الهروب والانسحاب.

فصورة الاستراتيجيات التي لجأ إليها مرضى السرطان كانت تتركز على الاستراتيجيات المركزة حول الانفعال (اللجوء إلى الدين، والقبول، وإعادة التشكيل الإيجابي) فهم بالدرجة الأولى حاولوا التعامل مع المشاعر المرافقة للمرض في محاولة للتكيف معه وربما يعود هذا إلى مرور فترة طويلة نسبيا على معرفة المرض بالمرضى حيث بلغ متوسط عدد شهور معرفة المرضى بالمرض (٨، ٩) شهور، فهم قاموا بكل ما يستطيعوا ولم يبق لهم إلا تقبل الأمر وطلب العون من الله. بينما جاءت الاستراتيجيات المركزة حول المشكلة (التخطيط، والبحث عن الدعم الاجتماعي للمساعدة، والتدبر النشط) أقل شيوعا من الاستراتيجيات المركزة

حول الانفعال، وبدرجة استخدام متوسطة. فتنسجم نتيجة الدراسة مع نتائج الدراسات السابقة التي تشير أن الناس أكثر لجوءاً إلى الاستراتيجيات المركزة حول الانفعال عند التعرض للأزمات غير الخاضعة للتحكم، بينما يكونون أكثر استخداماً للاستراتيجيات المركزة حول المشكلة مع الأزمات والمواقف الخاضعة للتحكم والسيطرة.

كما تشير الدراسات السابقة إلى ارتباط هذه الاستراتيجيات الثلاث (اللجوء إلى الدين، وإعادة التشكيل الإيجابي والنمو، والقبول) بتكيف جيد وشعور بضيق أقل عبر الزمن، وهذا الشعور هو ليس لفترة قصيرة وإنما على المدى البعيد أيضاً (Carver et al., 1993, Tix & Frazier, 1998, Scheier et al., 1989).

بينما كانت الاستراتيجيات الأقل شيوعاً الهروب والتجنب (فك الاشتباك السلوكي، وفك الاشتباك الذهني، والإنكار، واللجوء إلى العقاقير)، وهذه إشارة إلى أن عينة الدراسة من مرضى السرطان لم يحاولوا الهرب بل حاولوا مواجهة المرض وقبوله والبحث عن حلول ممكنة له، فنستطيع القول أن المرضى متكيفون بشكل جيد مع المرض كما يظهر ذلك من خلال نمط استراتيجيات التدبير الأكثر شيوعاً.

العلاقة بين التفاؤل والتشاؤم

أظهرت نتيجة الدراسة وجود علاقة سلبية مرتفعة نوعاً ما بين التفاؤل والتشاؤم (-٠.٥٨)، وتنسجم نتيجة هذه الدراسة مع عدد من الدراسات العربية والأجنبية التي حاولت اختبار هذا الارتباط وخرجت بمعاملات ارتباط سلبية. فبلغ معامل الارتباط (-٠.٥٥) في دراسة عبد الخالق ١٩٩٨، بينما بلغ (-٠.٤٧) في دراسة حسن ولولو ١٩٩٨، أما في دراسة تشانغ (Chang 1998) فقد بلغ (-٠.٥٤).

وتدعو هذه الأرقام المتقاربة إلى الثقة بالنتائج لذلك فإن الباحث الحالي يتفق مع الباحثين الآخرين إلى اعتبار المفهومين مستقلين جزئياً.

وتتعارض نتيجة هذه الدراسة مع ما افترضه شاير وكارفر (Scheier & Carver, 1985)، اللذين قالوا بأن التفاؤل هو سمة ثنائية القطب، فالفرد لا يمكن أن يحمل توجهات تفاؤلية تشاؤمية في نفس الوقت، ولكن دمير وآخرون ١٩٨٩ يرون أن الفرد قد يكون متفائلاً تجاه بعض الأمور ومتشائماً حيال أمور أخرى، ويذهب دمير Dember في اعتقاده بأن النظرة إلى التفاؤل بوصفه بعداً واحداً يجب أن يتغير، ويحل محلها التصور ذو البعدين الذي يقول بأن الفرد قد يكون متفائلاً في مواقف معينة دون الأخرى، وحسب ما يدعو إليه الموقف (حسن ولولو، ١٩٩٨).

التفاؤل واستراتيجيات التدبير

يتضح لنا من خلال النظر في الجدول (١٥) أن التفاؤل ارتبط مع ست استراتيجيات من استراتيجيات التدبير بشكل دال وهي: اللجوء إلى الدين (٠.٤٦) وإعادة التشكل الإيجابي والنمو (٠.٤١)، والتدبير النشط (٠.٣٩)، والقبول (٠.٣٨) والتدبير عن طريق التآني (٠.٣٣) والتخطيط (٠.٢٥).

إن الارتباطات التي ظهرت لدينا تنطبق مع افتراضات شاير وكارفر (١٩٨٥) حول أهمية الدور الذي يلعبه توقع العواقب في نواتج السلوك، فالتوقعات الإيجابية التي يحملها الفرد تؤدي به إلى بذل المزيد من الجهود ومواصلة النضال والكفاح لمحاولة تعديل وتغيير الظروف المحيطة، فنجد المتفائلين هنا من مرضى السرطان لديهم توقعات إيجابية نحو المستقبل لذلك فقد حاولوا النظر لخبرة المرض من زوايا تجعله يبدو أقل سلبية وتقبلوا الموقف، ولم يكتفوا بذلك بل قاموا أيضاً بالبحث عن

السبل وخططوا للمستقبل وبذلوا جهودا إضافية في محاولة لمواجهة المرض والتعامل معه.

وتتسجم نتائج هذه الارتباطات مع بيانات أخرى جمعت من دراسات أخرى في سياقات مختلفة، حيث ظهر أيضا أن المتقائلين كانوا أكثر ميلا لمواجهة الموقف الضاغظ، والتعامل معه من خلال إعداد الخطط وعدم التفكير في الجوانب السلبية التي ترتبط مع الضغظ (Carver et-al., 1993, Scheier et-al., 1986, Scheier et-al., 1989). (Aspinwell & Taylor, 1992) إلا أنه في هذه الدراسة برزت لدينا استراتيجيات اللجوء إلى الدين بارتباط عالي مع التفاؤل لم يظهر في الدراسات السابقة على الرغم من شيوع هذه الاستراتيجيات عند مرضى السرطان أو غيرهم في الدراسات السابقة. ويدعوننا ذلك إلى التساؤل عن طبيعة الدور الذي يمكن أن يلعبه الدين في مواجهة الضغوط والأزمات في ثقافتنا العربية والإسلامية، فقد يكون للدين في ثقافتنا دور مختلف في النظر للمواقف الضاغظ، ودور مختلف في عملية تقييم الموقف الضاغظ أو الأزمة التي يمر بها الفرد، أو دور مختلف في كيفية التعامل والتدبر مع المحن والأزمات، والذي يزود الأفراد بقدر كبير من التفاؤل مقارنة مع الثقافات الأخرى.

ونترك الإجابة عن هذا التساؤل لدراسات لاحقة تحاول استكشاف الدور الذي يمكن أن يلعبه الدين في مواجهة الضغوط في ثقافتنا.

العلاقة بين التشاؤم واستراتيجيات التدبر:

يتضح من الجدول (١٦) أن التشاؤم ارتبط بستة استراتيجيات من استراتيجيات التدبر بشكل دال، حيث ارتبط بشكل إيجابي مع استراتيجيات التركيز على الانفعالات والتنفيس عنها (٠.٤٣) واستراتيجية فك الاشتباك السلوكي (٠.٣٨)، بينما ارتبط

بشكل سلبي مع استراتيجية التدبر النشط (-٠.٣٤)، واللجوء إلى الدين (-٠.٢٨)، والتخطيط (-٠.٢٨) وإعادة التشكيل الإيجابي والنمو (-٠.٢٧).

نجد هنا أيضاً أن صورة الارتباطات التي ظهرت لدينا بين التثاؤم تنطبق مع افتراضات شاير وكارفر (١٩٨٥)، حيث أن التوقعات السلبية التي يحملها الفرد تؤدي إلى توقف الجهود والاستسلام ومحاولة الانسحاب جسدياً أو ذهنياً، وعدم القيام بمحاولات لتغيير وتعديل الظروف الضاغطة، وهذا ما حصل فعلاً حيث أن المرضى المتشائمين حاولوا الهروب والابتعاد عن التفكير في مشسكتهم، وبما أن الانسحاب الجسدي غير ممكن في كل الحالات بالنسبة لمريض بالسرطان إذ عليه أن يواجه العلاج، أو عملية جراحية، فقد وجدنا أن المتشائمين اكتفوا في محاولة تعاملهم مع المرض بالتعبير والبوح والفضفضة عن المشاعر التي يعانون منها، ولم يحاول المتشائمون القيام بأي محاولات أو خطوات للتعامل والتدبر مع المرض، لذا فقد وجدنا أن التثاؤم ارتبط سلبياً مع استراتيجية التدبر النشط والتخطيط، كما أن المتشائمين لم يحاولوا النظر للموضوع من زوايا إيجابية، وهو الأمر الذي قد يكون زاد من مشاعر الضيق والضغط عندهم، فكان التثاؤم أعلى ارتباطاً باستراتيجية التركيز على الانفعالات ومحاولات التنفيس عنها، والتخلص من الشحنات الانفعالية السلبية المرافقة من تهديدات ومخاوف.

كما وتتسجم نتائج دراستنا مع نتائج الدراسات السابقة، التي ظهر فيها أن المتشائمين كانوا أكثر لجوءاً لمحاولة تجنب التعامل مع المواقف الضاغطة، كما أنهم أكثر ميلاً للتوقف عن بذل الجهود عندما يجابهون الصعوبات (Scheier et-al., 1986).

(Aspenwell & Taylor, 1992).

ظهر ارتباط التشاؤم بوضوح باستراتيجيات فك الاشتباك السلوكي والتي تمثلها عبارات مثل (اعترفت لنفسي أنني لا أستطيع تدبير الأمر ولذلك توقفت عن المحاولة) و (اعتقدت أنني لن أبلغ أهدافي ومقاصدي).

ولو قمنا بإجراء مقارنة بين الاستراتيجيات التي يلجأ إليها المتفائلون مع الاستراتيجيات التي يلجأ إليها المتشائمون، نجد أن كل منهما يسير باتجاه معاكس للآخر تماماً، ففي الوقت الذي يحاول فيه المتفائلون طلب العون من الله وتقبل المرض ومحاولة الاستفادة من هذه الخبرة والنظر إليها من زوايا إيجابية، نجد أن المتشائمين حاولوا التهرب واكتفوا في عمليات التدبير مع المرض بالتعبير عن المشاعر السلبية والضغط النفسية التي يعانون منها، وفي الوقت الذي كان المتفائلون فيه يبذلون جهوداً إضافية لمواجهة المرض والتعامل معه وجدنا أن المتشائمين استسلموا للواقع.

ويرى كارفر وآخرون (Carver et- al., 1993) أن الفرق بين المتفائلين والمتشائمين في اللجوء إلى استراتيجيات التدبير المختلفة إلى أنها ربما تكمن في التوقعات الإيجابية المستقبلية التي يحملها المتفائلون، حيث يعتقد المتفائلون أن الأمور سوف تسير بشكل حسن وجيد في المستقبل، فبالرغم من أن الإصابة بمرض كمرض السرطان هو حدث خطير، إلا أن المتفائلين يميلون للاعتقاد بأن ظروف الحياة أمور ينبغي التعامل معها بواقعية ونشاط، وبالتالي يتخذون موقفاً نفسياً يساهم في تهيئتهم ذهنياً لفهم العوائق والشدائد المقبلة، وإعادة بناء الموقف بطريقة إيجابية تمكنهم من تقبل الموقف والمرض، وعليه يشرع المتفائلون في اتخاذ خطوات مباشرة والقيام بجهود إضافية، كي يتسنى له القيام بعمل ما أو اتخاذ قرار للتعامل مع المشكلة أو المرض لتلافي أثارها، وهذا يعزز استمرار المتفائلين في بذل

جهودهم ومحاولاتهم ، حيث تنهار كثير من ضغوط الأزمة أو تتخذ معاني مختلفة مع بذل المحاولات.

في حين أن الأفراد المتشائمين والذين يعتقدون أن الأمور لن تسير على ما يرام وأن النتائج المتوقعة ليست إيجابية، فهذا سيؤدي إلى إدراك الموقف على نحو غير واقعي، فيرونه أنه مهدد ومليء بالمخاطر والأزمات، وأن ثمة عوائق أو حواجز تقف أمام تحقيق آمالهم في تجاوز الموقف الضاغط، فيتملكهم الشعور بالفشل والإحباط، الأمر الذي يجعلهم أكثر ميلا إلى استخدام استراتيجيات غير تكيفية، تتضح في محاولات الاستسلام والتوقف عن المحاولة، والاكتفاء بالتعبير عن الضيق ونوبات الغضب والبكاء لخفض التوتر .

ونستطيع أن نفسر بالتالي كيف أن المتفائلين هم دائما في حالة نفسية وجسمية أفضل بكثير من تلك التي يعاني منها المتشائمون.

استخدام استراتيجيات التدبر عبر المراحل الزمنية المختلفة:

يؤيد الخط البياني في الشكل (٥) ما يذهب إليه المنظرون من أن الإنكار يكون مرتفعا نوعا ما في بداية الإصابة ومن ثم ينتقل المرء إلى الواقع بالتدرج حيث يتم التقبل الواقعي كما يتأيد ذلك بالشكل (١٠)، حيث نلاحظ ارتفاع نسبة القبول مع مرور الوقت. فلو دققنا النظر في الشكلين (٥) و (١٠) نجد كيف أن كل منهما يسير باتجاه عكس الآخر وينسجم هذا عموما مع نظرية المراحل من أن الإنكار يكون مرتفعا في البداية ثم يبدأ بالهبوط، وأن القبول يأخذ بالازدياد مع مرور الزمن.

بيد أن هذا الخط البياني لا يؤيد ما طرحه المنظرون من أن الإنكار ظاهرة شاملة، إذ يتبين من الخط البياني أن أعلى نسبة للإنكار بلغت ٢٧% فقط ويدل اختبار (كا^٢) إلى أن الهبوط في الإنكار إلى الصفر لم يكن ذا دلالة إحصائية، بينما

نجد أن اللجوء إلى الدين حيث تجري المساومة تكون مستمرة بارتفاعها حيث تتراوح ما بين ١٠٠% منذ بداية الإصابة ولا تنخفض عن ٩٠% إلا قليلا في نهاية السنة الأولى، ولا نعلم ما إذا كانت هذه الظاهرة - ظاهرة ارتفاع نسبة اللجوء إلى الدين - هي ظاهرة أردنية أو أنها ظاهره تشمل الوطن العربي والإسلامي في مواجهة الأمراض المزمنة، حيث لا توجد بيانات تسعفنا في إجراء المقارنة ولكن يمكننا القول بأن اللجوء إلى الدين في الأردن ربما كان أكثر أشكال التدبر انتشارا في جميع مراحل الإصابة.

ونجد في الشكل (٤) أن التدبر النشط يرتفع إلى أقصى مداه بعد ٣ أشهر ولكنه ينخفض انخفاضا بينا في نهاية السنة، وعلى الرغم من أن نتيجة اختبار (ك^٢) لم تكن ذات دلالة إحصائية، قد يكون هذا الانخفاض الملاحظ منطقيا. حيث أن المريض يبذل قصارى جهده في بداية المرض لمحاولة تجاوزه والبحث عن العلاج، ولكن مع تقدم الزمن قد يشعر المريض أنه قد فعل كل ما يمكن فعله للتعامل مع المرض فيعمل بالتالي على تقليص نشاطاته وجهوده. وفي مقابل الانخفاض في التدبر النشط نجد أن هناك ارتفاعا لاستراتيجيات التركيز على الانفعالات والبحث عن المساندة الاجتماعية بشقيها للمساعدة والانفعالية وهذا الارتفاع كان ذو دلالة إحصائية بالنسبة لكل من استراتيجية التركيز على الانفعالات واستراتيجية البحث عن المساندة الاجتماعية الانفعالية كما يشير إلى ذلك اختبار (ك^٢) عند مستوى البيئة (٠.٠٥)، ويشير هذا الارتفاع إلى أن هناك توجه يزداد مع الوقت للتعامل مع المشاعر والضغوط المحيطة بالمرض أكثر من التعامل مع المرض ذاته، فبمرور الوقت يشعر المريض أنه قد عمل كل ما بإمكانه، فأصبح وكأنه في حيرة من أمره أو أن شعوره بالسيطرة على المرض قد تضاعف كثيرا مع مرور الوقت الأمر الذي

يجعله يلجأ للناس أكثر من السابق سواء في طلب المشورة والنصيحة أو الفضفضة لهم عما بداخله، كما نلاحظ من ارتفاع نسبة اللجوء إلى التركيز على الانفعالات مع مرور الزمن. وربما دل ذلك على أن مشاعر الضيق والضغط تزداد مع مرور الوقت وأن المرضى يصبحون أكثر حساسية.

نلاحظ أيضا من الأشكال أن عددا من الاستراتيجيات حافظت بشكل عام على مستوى ثابت ولم يطرأ عليها تغيرات كبيرة عبر المراحل الزمنية المختلفة، فمنها من حافظ على مستوى ثابت متدن ومنها من حافظ على مستوى ثابت متوسط أو مرتفع.

فكما يظهر من الشكلين (٨،٧) أن استراتيجية الفكاهة واستراتيجية التدبر عن طريق الثاني بقيتا بمستوى ثابت ومنخفض عبر المراحل الزمنية المختلفة، فقد تكون مثل هذه الاستراتيجية غير شائعة في بيئتنا العربية، أما استراتيجية التخطيط فحافظت أيضا على مستوى ثابت تقريبا ولكن على درجة متوسطة كما يظهر في الشكل (١١)، وقد يكون هذا إشارة إلى وجود محاولات مستمرة من قبل المرضى للتخطيط والتعامل مع المرض بدرجة متوسطة بشكل عام.

كما يظهر لنا الشكل (١) أن استخدام استراتيجية إعادة التشكيل الإيجابي والنمو، ظل مرتفعا عبر المراحل الزمنية المختلفة بشكل عام وعلى الرغم من الانحناءات الظاهر في الخط البياني في الشكل (١) إلا أن نتيجة اختبار (ك^٢) لم تظهر أية فروق دالة إحصائية لهذه الانحناءات في الخط البياني، إلا أن الارتفاع المستمر لهذه الاستراتيجية عبر المراحل الزمنية إشارة إلى محاولة المرضى للنظر للمرض من زوايا قد تجعله يبدو أقل سلبية على العموم.

لو ألقينا نظرة شاملة على شكل الاستراتيجيات التي يلجأ لها المرضى كلما زادت فترة معرفتهم بالإصابة بالمرض، نلاحظ أن هناك لجوء متزايد وكبير إلى استخدام الاستراتيجيات المركزة حول الانفعال، فهناك ميل أكبر لدى المرضى للتعامل مع المشاعر المحيطة بالمرض أكثر من تعاملهم مع المرض، فهناك استخدام متزايد لاستراتيجيات البحث عن المساندة الاجتماعية الانفعالية والتركيز على الانفعالات والتنفيس عنها، فهناك بحث عن الآخرين للحصول على الإسناد منهم وتقبل المواساة والتعاطف والدعم، كما لاحظنا كذلك الارتفاع المضطرد واللجوء إلى استراتيجية البحث عن المساندة الاجتماعية للمساعدة، فالمرضى في حيرة من أمرهم فعلوا كل ما بوسعهم، ولذا يزداد لجوءهم إلى الآخرين لطلب المشورة والنصيحة حول ما ينبغي عمله، وكيف من الممكن تدبر الأمور.

أما اللجوء المرتفع والمستمر عبر المراحل المختلفة لكل من استراتيجية اللجوء إلى الدين وإعادة التشكيل الإيجابي والنمو والقبول إشارة إلى أن المرضى كانوا متكيفون بشكل جيد مع المرض طول فترة معرفتهم بالمرض.

المصادر والمراجع

References

المصادر والمراجع:

١- المراجع العربية:

- أبو النيل، محمود (١٩٩٧). العوامل النفسية في مرضى السرطان. مجلة علم النفس، الهيئة العامة المصرية للكتاب، العدد ٤٣، ٦-٢٩.
- الأنصاري، بدر (١٩٩٨)، التفاؤل والتشاؤم المفهوم والقياس والمتعلقات، مطبوعات جامعة الكويت، الكويت.
- عبد الخالق، أحمد، (١٩٩٦)، القائمة العربية للتفاؤل والتشاؤم، الاسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
- عبد الخالق، أحمد، (١٩٩٨). التفاؤل وصحة الإنسان، دراسة عاملية، مجلة العلوم الاجتماعية، مجلد ٢٦ (٢)، ٥٤-٦١.
- عبد اللطيف حسن. وحمادة، لولوة، (١٩٩٨)، التفاؤل والتشاؤم وعلاقتها ببعدي الشخصية، الانبساطية والعصابية، مجلة العلوم الاجتماعية، مجلد ٢٦ (١)، ٨٣-١٠٤.
- الفرخ، كاملة، (١٩٨٩)، مدى فاعلية برنامج إرشادي للتوافق النفسي لمرضى القلب والسرطان، رسالة دكتوراه، غير منشورة، الجامعة الأردنية.
- مؤسسة أعمال الموسوعة للنشر والتوزيع (١٩٩٦). الموسوعة العربية العالمية. الرياض، ط١، ج١٢، ص٢٢٣.

- نعمان، لمى. وعبد الرزاق، ماجد، (١٩٩٤). الأورام غير الحميدة وطرق

علاجها وآثارها الجانبية، منشورات عمادة البحث العلمي، الجامعة

الأردنية.

- وزارة الصحة (١٩٩٧). السجل الوطني للسرطان، نشرة إحصائية عن مرضى

السرطان لعام ١٩٩٧.

٢- المراجع الأجنبية:

- Aspinwall, L., & Taylor, S. (1992). Molding cognitive adaptation: A longitudinal investigation of the impact of individual differences and coping in college adjustment. *Journal of personality and Social Psychology*, 63, 989-1003.
- Billingsley, K., Waehler, C., & Hardin, S. (1993). Stability of optimism and choice of coping strategy. *Perceptual and Motor Skill*, 76, 91-97.
- Carver, C., & Gaines, J., (1987). Optimism, pessimism, and post partum depression. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 449-462.
- Carver, C., Pozo, C., Harris, S., Noriega, V., Scheier, M., Robinson, D., Ketchman, A., Moffat, F., & Clark, K. (1994). Optimism versus pessimism predicts the quality of women's adjustment to early stage of breast cancer. *Cancer*, 63, 1213-1220.
- Carver, C., Pozo, C., Harris, S., Noriega, V., Scheier, M., Robinson, D., Ketchman, A., Moffat, F., & Clark, K. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-390.
- Carver, C., Scheier, M. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 184-195.

- Carver, C., Scheier, M. & Weinraub, T.K., (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach, *Journal of Personality and social Psychology*, 65, 375-390.
- Chang, E. (1996). Cultural differences in optimism, pessimism, and coping: predictor of subsequent adjustment in Asian American and Caucasian American. *Journal of Consulting Psychology*, 43. 113-123.
- Chang, E. (1998). Dispositional Optimism and primary and secondary appraisal of stressor: controlling for confounding. influences and relations to coping and psychological and physical adjustment. *Journal of personality and social psychology*, 74, 1109-1120.
- Chrisk, K. (1996). Coping with life challenges, Brook/Cole Publishing Co.
- Davis, S., Hanson, H., Edson, R., & Ziegler, C. (1992). The relationship between optimism-pessimism, loneliness and level of self-esteem in college student. *College Student Journal*, 26, 244-247.
- Fischer, M., & Leitenbery, H., (1980). Optimism and pessimism in elementary school -aged children. *Child Development*, 57, 241-248.
- Feltoh, B., Revenson, T. (1984). Coping with choring illness: A Study of illness Controllability and the Influence of coping strategies on psychological adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 343-353.
- Feshbach, S., & Weiner. B. (1991). Personality, 3rd edition, Lexington.

- Flokman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A Theoretical analysis, *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 839-852.
- Flokman, S. Lazarus, R., Gruen, R., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of personality and social psychology*, 50, 571-579.
- Marshall, G., Wortman, C., Kusulas, J., Hervig, L., Ross, R. (1992). Distinguishing optimism from pessimism: Relations to fundamental dimensions of mood and personality, *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 1067-1074.
- Meyerowitz, B. (1980). Psychosocial correlates of breast cancer and its treatment. *Psychological Bulletin*, 87, 108-131.
- Moos, R., Schaefer, J. (1986) *Coping with Life Crises*, New York (Plenum Press).
- Pargament, K. (1997). *The psychology of religion and coping, Theory, Research, Practice*. The Guilford Press, New York.
- Rääkkönen, K., Matthews, K., & Flory, J. (1999). Effect of optimism pessimism, and trait anxiety on ambulatory blood pressure and mood during every Day Life. *Journal of Personality and Social Psychology*. 76, 104-113.
- Ross, E. (1969). *On death and dying*. Collier/Mc Mallan, New York.

- Scheier, M., Carver, C. (1985). Optimism coping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Scheier, M., & Carver, C. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: The Influence of generalized outcome exception on health. *Journal of Personality*, 55, 169-210.
- Scheier. M., & Carver, C. (1992). Effect of Optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy Research*, 16, 201-228.
- Scheier, M., & Carver, C., (1993). On the power of positive thinking. The benefits of being optimistic. *Current Directions in Psychology Science*. 2, 26-30.
- Scheier, M., Matthews, K., Owens, J., Magovern, G., Lefebvre, R., Abbott, A., & Carver, C. (1989). Dispositional optimism and Recovery from coronary. artery bypass surgery: The beneficial effects of physical and psychological well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1024-1040.
- Scheier, M., Weintraub, T., Carver, C. (1986). Coping With Stress : Divergent Strategies of Optimism and Pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*.51, 169-210.
- Schulz, R., Bookwala, J., Knapp, J., Scheier, M., & Williams, G. (1998). Pessimism, age, and cancer survial. *Psychology and Aging*, 11, 304-309.
- Segerstorm, S., Taylor, S., Kemeny, M., & Fahey, J. (1998). Optimism is associated with Mood, Coping, and Immune

change in response to Stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1646-1655.

- Stephen, D., Helen, Roger, E, & Charlene, Z. (1992). The Relationship between Optimism-Pessimism, Loneliness, and Level of Self-esteem in College Student. *Journal of College Student*, 26, 244-247.
- Taylor, S., Kemeny, M. Aspinwall, L., & Schneider, S. (1992). Optimism coping, psychological distress, and High-risk Sexual Behavior among men at risk for Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS). *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 460-473.
- Tix, A., Frazier, P. (1998). The use of religious coping during stressful life events: Main effects, moderations, and mediation. *journal of consulting and clinical psychology*, 66, 411-422.

ملحق (١) قائمة التفاؤل والتشاؤم

الأخ / الأخت الكريمة ،،،،

يرجى التفضل بقراءة كل عبارة مما يلي بعناية ، ومن ثم قرر إلى أي حد تعد مميزة لمشاعرك وسلوكك وأرائك ، وبين مدى انطباقها أو عدم انطباقها عليك ، وذلك بوضع إشارة (×) في المكان المناسب، علما أنه لا توجد إجابات صحيحة أو إجابة خاطئة، وتأكد أن اجابتك ستبقى في غاية السرية وهي لغايات البحث العلمي فقط .

شاكريين لكم حسن تعاونكم

الاسم:

العمر:

الجنس:

الحالة الاجتماعية:

العمل (المهنة):

المستوى التعليمي:

منذ متى علمت بمرضك المرض:

الرقم	العبارة	لا	قليلا	متوسط	كثيرا	كثيرا جدا
١.	تبدو لي الحياة جميلة					
٢.	تخيفني الأحداث السارة لأنه سيعقبها أحداث مؤلمة					
٣.	مكتوب على الشقاء وسوء الطالع					
٤.	أنا يانس من هذه الحياة					
٥.	أرى أن الفرج سيكون قريبا					
٦.	أن الآمال أو الأحلام التي لم تتحقق اليوم ستتحقق غدا					
٧.	سكون حياتي أكثر سعادة					
٨.	اشعر أن الغد سيكون يوما مشرقا					
٩.	أنا مقبل على الحياة بحب وتفاؤل					
١٠.	أتوقع الأفضل					
١١.	أرى الجانب المشرق المضيء من الأمور					
١٢.	أفكر في الأمور البهيجة المفرحة					
١٣.	يخبئ لي الزمن مفاجآت سارة					
١٤.	أفكر في المستقبل بكل تفاؤل					
١٥.	أتوقع أن يكون الغد أفضل من اليوم					
١٦.	تدلني الخبرة على أن الدنيا سوداء كالليل المعظم					
١٧.	حظي قليل في هذه الحياة					
١٨.	اشعر أنني اتعس مخلوق					
١٩.	سيكون مستقبلي مظلمًا					
٢٠.	يلازمني سوء الحظ					
٢١.	أتوقع أن تتحسن الأحوال مستقبلا					
٢٢.	انظر إلى المستقبل على أنه سيكون سعيدا					
٢٣.	كثرة الهموم تجعلني اشعر بأنني أموت في اليوم مائة مرة					
٢٤.	أترقب حدوث أسوأ الأحداث					
٢٥.	يخيفني ما يمكن أن يحدث لي في المستقبل من سوء حظ					
٢٦.	أتوقع أن أعيش حياة تعيسة في المستقبل					
٢٧.	لدي شعور غالب بأنني سأفارق الأحبة قريبا					
٢٨.	اشعر أن الغد سيكون يوما مشرقا					
٢٩.	يبدو لي أن المنحوس منحوس مهما حاول					
٣٠.	أشعر كأن المصائب خلقت من اجلي					

ملحق (٢)

مقياس استراتيجية التدبر

الأخوة/الأخوات الكرام.
تحية طيبة وبعد ..

لدينا في هذا الاستبيان مجموعة من الفقرات تتعلق بكيفية تعاملك مع ضغوط الحياة منذ أن علمت بمرضك هذا . هناك طبعاً أساليب كثيرة لمعالجة المشاكل، وهذه الأسئلة تستفسر عما تفعله أنت في معالجتك لمشاكلك . ومن الطبيعي أن يتعامل الناس المختلفين مع مشكلاتهم وضغوط حياتهم بسبل مختلفة إلا أن ما يهمني هو كيف عالجت أنت هذه الضغوط.

تتضمن كل فقرة من فقرات الاستبيان وصفاً لإحدى سبل التعامل مع الضغوط ، وما أريد معرفته هو مدى ما تلجأ أنت إلى الأسلوب الذي تصفه كل فقرة من الفقرات أرجو أن تشير إجابتك إلى ما تقوم به أنت من أساليب للتعامل مع الضغوط ، لا تشير إلى مدى نجاح هذه الأساليب . يرجى النظر إلى جميع بدائل الاختيار المطروحة أمام كل عبارة قبل الإجابة علي كل عبارة منها ، كما يرجى الإجابة علي كل عبارة منها بشكل مستقل عن العبارة الأخرى ، ورجاءنا الحار أن تجيب بما ينطبق عليك أنت بأعلى درجة من الصدق.

شاكرين لكم حسن تعاونكم

التسلسل	الفقرات	لم أفعل هذا ابداً	فعلت هذا قليلاً	فعلت هذا بمقدار متوسط	فعلت هذا كثيراً
١-	حاولت أن أتعلم دروساً مفيدة من هذه التجربة				
٢-	حاولت أن أغرق نفسي في العمل كي لا أفكر في المرض أو المشكلة				
٣-	عندما كنت أشعر بالانزعاج كنت أنفس عن مشاعري (بالبكاء أو الغضب مثلاً).				
٤-	حاولت الحصول على النصيح من شخص ما حول ما ينبغي القيام به.				
٥-	ركزت جهودي على القيام بشيء ما حول الموضوع.				
٦-	قلت لنفسي إن ما يجري هو حلم مزعج وليس شيئاً حقيقياً.				
٧-	وضعت قلبي بالله سبحانه وتعالى.				
٨-	ضحكت حول الموضوع.				
٩-	اعترفت لنفسي أنني لا أستطيع تدبير الأمر ولذلك أكف عن المحاولة.				
١٠-	منعت نفسي من القيام بأي عمل متسرع				
١١-	قمت بالإقضاء عن مشاعري لشخص ما (فضفت).				
١٢-	لجأت إلى الكحول (السكر) أو العقاقير (مخدرات أو منشطات) لكي أشعر بالراحة.				
١٣-	حاولت أن أعود نفسي على الاعتقاد بأن ما أنا فيه هو واقع فعلي.				
١٤-	سألت الآخرين لكي أكتشف المزيد حول هذا الموقف.				
١٥-	منعت الأفكار والنشاطات الأخرى من أن تشتت انتباهي.				
١٦-	لجأت إلى أحلام اليقظة				
١٧-	لقد شعرت بانقباض وضيق ولكنني كنت علي وعي بالموضوع بشكل حقيقي				
١٨-	نشدت مساعدة الله سبحانه وتعالى.				
١٩-	خططت لما سوف أقوم به للتعامل مع المرض				
٢٠-	كنت أقوم بعمل النكات حول الموضوع.				
٢١-	لقد تقبلت ما حصل واعترفت لنفسي أنني لا أستطيع أن أغير ذلك.				
٢٢-	امتنعت عن القيام بأي شيء حتى يسمح الموقف بذلك.				
٢٣-	حاولت نيل الدعم العاطفي من الأصدقاء والأقارب.				
٢٤-	اعتقدت أنني لن أبلغ أهدافي أو مقاصدي.				
٢٥-	لقد قمت بجهود إضافية للتخلص من المشكلة.				
٢٦-	حاولت نسيان مشاكل لفترة ما من خلال تناول الكحول والعقاقير.				
٢٧-	رفضت التصديق بأن هذا الأمر قد حدث.				
٢٨-	أطلقت لمشاعري العنان.				
٢٩-	حاولت النظر إلى الموضوع من زاوية تجعله يبدو أكثر إيجابية.				
٣٠-	تحدثت لشخص ما يستطيع أن يفعل شيئاً محسوساً حول المشكلة.				
٣١-	لجأت إلى النوم أكثر من العادة.				

التسلسل	الفقرات	لم أفعل هذا ابداً	فعلت هذا قليلاً	فعلت هذا بمقدار متوسط	فعلت هذا كثيراً
٣١-	حاولت أن أجد استراتيجية (مخطط للعمل) حول ما ينبغي القيام به.				
٣٢-	ركزت جهودي للتعامل مع المرض وتركت الاهتمام بالأمر الأخرى				
٣-	حاولت الحصول على التعاطف والتفهم من شخص ما.				
٣-	شربت الخمر أو تناولت العقاقير لكي أفكر بالموضوع بدرجات أقل.				
٣٠-	كنت أمزح حول الموضوع.				
٣٣-	تنازلت عن محاولة الحصول على ما أريد.				
٣٤-	بحثت عما هو خير فيما يجري حالياً.				
٣٤-	فكرت بالطريقة المثلى لمعالجة المشكلة.				
٤-	تظاهرت وكأن هذا الأمر لم يحدث حقاً.				
٤-	حاولت أن لا أتسرع كي لا أزيد الأمور سوءاً.				
٤-	حاولت أن لا أدع شيئاً يعرقل جهودي للتعامل مع هذا الوضع.				
٤-	كنت أشاهد التلفاز أو أذهب إلى السينما لكي أنتهي عن الموضوع.				
٤-	لقد تقبلت حقيقة أن هذا الأمر قد حصل فعلاً.				
٤-	حاولت أن أسأل الآخرين الذين مروا بخبرة مشابهة عما فعلوه.				
٤-	لقد عانيت من ضغوط نفسية كثيرة وكنت أجد نفسي أعير عن هذه المشاعر بكثرة.				
٤-	اتخذت خطوات مباشرة لكي أتجنب المشكلة أو أتجاهلها.				
٤-	أجد أن صلواتي وأدعيتي تمنحني الكثير من الراحة.				
٤-	أجبرت نفسي على عدم القيام بأي شيء إلى أن يحين الوقت المناسب.				
٥-	استهزأت بالمسكلة.				
٥-	قللت من الوقت والجهد الذي وضعته في حل المسكلة.				
٥٣-	تحدثت إلى شخص ما حول المسكلة.				
٥٣-	لجأت إلى الكحول و العقاقير كي تساعدني أثناء هذه المسكلة.				
٥٥-	حاولت أن أتعلم التعايش مع هذا الأمر.				
٥٥-	وضعت جانباً النشاطات الأخرى كي أركز على هذا الأمر.				
٥٥-	فكرت بشكل جدي حول الخطوات التي ينبغي اتخاذها.				
٥٥-	تصرفت وكأن هذا الأمر لم يحدث أبداً.				
٥٥-	فعلت ما ينبغي عمله خطوة بعد أخرى.				
٥٥-	حاولت أن أتعلم شيئاً ما من هذه الخبرة.				
٦٠-	اتجهت إلى الصلاة والدعاء أكثر من العادة.				

ملحق (٣)

يبين معاملات ارتباط الفقرات بالعوامل التي تشبعت بها للصورة الأجنبية لمقياس استراتيجيات التدبر

رقم الفقرة	اسم المقياس ومضمون الفقرة	التشبع
	١- التدبر النشط	
٢٥	لقد قمت بجهود إضافية للتخلص من المشكلة	٠,٤٢
٥	ركزت جهودي على القيام بشيء ما حول الموضوع	٠,٣٧
٥٨	فعلت ما ينبغي عمله خطوة بعد أخرى	٠,٣٣
٤٧	اتخذت خطوات مباشرة لتجنب المشكلة وتحاشيها	٠,٢٩
	٢- التخطيط	
٣٢	حاولت ايجاد استراتيجية (ومخطط العمل) حول ما ينبغي عمله للوضع الذي أعاني منه	٠,٧٣
١٩	خططت لما سوف أقوم به للتعامل مع المرض والمشكلة	٠,٦٨
٥٦	فكرت بشكل جدي حول الخطوات التي ينبغي اتخاذها	٠,٥٣
٣٦	كنت أمزح حول الموضوع	٠,٤٩
	٣- قمع النشاطات المنافسة	
٥٥	وضعت جانباً النشاطات الأخرى كي أركز على هذا الأمر	٠,٦٨
٣٣	ركزت جهودي للتعامل مع المرضي وتركت الاهتمام بالأمور الأخرى ان كان لذلك ضرورة	٠,٥٥
١٥	منعت الأفكار والنشاطات الأخرى من أن تشتت بانتباهي	٠,٥١
٤٢	حاولت أن لا أدع شيئاً يعرقل جهودي للتعامل مع هذا الوضع	٠,٤٨
	٤- التدبر عن طريق الكبح	
٤٩	أجبرت نفسي على عدم القيام بأي شيء إلى بحين الوقت المناسب	٠,٧١
٢٢	امتنعت عن القيام بأي شيء حتى يسمح الموقف بذلك	٠,٦٧
٤١	حاولت أن لا أسترع كي لا أزيد الأمور سوءاً	٠,٦٢
١٠	منعت نفسي من القيام بأي عمل متسرع	٠,٤٠

رقم الفقرة	اسم المقياس ومضمون الفقرة	التشبع
	٥- البحث عن المساعدة الاجتماعية للمساعدة	
٤	حاولت الحصول على النصح من شخص ما حول ما ينبغي القيام به	٠,٦٥
١٤	سألت الآخرين لكي أعرف المزيد حول هذا الموقف	٠,٦٠
٣٠	تحدثت لشخص ما يستطيع أن يفعل شيئاً محسوساً حول الموضوع	٠,٥٥
٤٥	حاولت أن لا أسأل الآخرين الذين مروا بخبرات مشابهة عما فعلوه	٠,٦٦
	٦- البحث عن المساعدة الاجتماعية الانفعالية	
١١	قمت بالاقضاء عن مشاعري لشخص ما (فضضت)	٠,٦٩
٢٣	حاولت نيل الدعم العاطفي من الأصدقاء والأقارب	٠,٧١
٣٤	حاولت الحصول على التعاطف والتفهم من شخص ما	٠,٥٨
٥٢	تحدثت إلى شخص ما حول الموضوع	٠,٧١
	٧- إعادة التشكيل الايجابي والنمو	
١	حاولت أن أتعلم دروساً من هذه التجربة	٠,١٩
٢٩	حاولت النظر إلى الموضوع من زاوية تجعله يبدو أكثر إيجابية	٠,٥٩
٣٨	بحثت عما هو خير فيما يجري حالياً	٠,٧٥
٥٩	حاولت ان أتعلم شيئاً ما من هذه التجربة	٠,٢٣
	٨- القبول	
١٣	حاولت أن أعود نفسي على الاعتقاد بأن ما أنه فيه هو واقع فعلي	٠,٤٣
٢١	لقد تقبلت ما حصل واعترفت لنفسي أنني لا أستطيع أن أغير ذلك	٠,٦٠
٤٤	لقد تقبلت حقيقة أن هذا الأمر ما حصل حقاً	٠,٣٨
٥٤	حاولت تعلم التعايش مع هذا الأمر	٠,٦٨
	٩- اللجوء إلى الدين	
٧	وضعت ثقتي بالله سبحانه وتعالى	٠,٨٨
١٨	نشدت مساعدة الله سبحانه وتعالى	٠,٩٥
٤٨	أجد أن صلواتي وأدعيتي تمنحني الكثير من الراحة	٠,٨٤
٦٠	اتجهت إلى الصلاة والدعاء أكثر من العادة	٠,٨١

ملحق (٤)

يبين معاملات الارتباط المتبادلة بين المقاييس الفرعية لمقياس Cope للصوره الأجنبية

رقم العمل	اسم العمل	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠	١١	١٢	١٣	١٤
١.	التدبر النشط	-	٠,٦٧	٠,٤٥	٠,٣٦	٠,٣٦	٠,١٩	٠,٤٣	٠,١٩	٠,١٣	٠,٠٧	٠,١١-	٠,٢٨-	٠,٠٦-	
٢.	تنظيم	-	-	٠,٤٤	٠,٣٦	٠,٣٤	٠,٢٠	٠,٤٥	٠,٢٣	٠,١٦	٠,١٠	٠,١٤-	٠,٢٨-	٠,٠٤-	
٣.	قمع التشتتات المنهكة	-	-	-	٠,٣٠	٠,٢٣	٠,١٤	٠,٢٤	٠,١٣	٠,١٠	٠,١٣	٠,٠٥	٠,٠٢	٠,٠٥	
٤.	التدبر عن طريق التثني	-	-	-	-	٠,١٧	٠,٠٥	٠,٣٧	٠,٢١	٠,٢٥	٠,٠٤-	٠,٠١-	صفر	٠,٠٧	
٥.	البحث عن الدعم والامتنان الاخصائي للمساعدة	-	-	-	-	-	٠,٦٩	٠,٢٨	٠,١٧	٠,١٤	٠,٣٩	٠,٠٣	٠,٠٢-	٠,٢٠	
٦.	البحث عن الدعم الاجتماعي الانفعالي	-	-	-	-	-	-	٠,١٧	٠,١٤	٠,١٣	٠,٥٦	٠,٠٦	٠,٠٥	٠,٢١	
٧.	إعادة التشكيل الإيجابي	-	-	-	-	-	-	-	٠,٣٦	٠,٢١	٠,٠٢	٠,١٥-	٠,٢٤-	٠,٠٦	
٨.	تقبول	-	-	-	-	-	-	-	-	٠,٠٧	٠,٠٣	٠,٢١-	٠,٠٥-	٠,٠٦	
٩.	للجوء إلى الدين	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٠,٠٩	٠,١١	٠,٠٧	٠,٠٦	
١٠.	التركيز على الانفعالات	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٠,١٦	٠,١٧	٠,٢٢	
١١.	الانكار	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٠,٤٥	٠,٢٩	
١٢.	فك الاشتباك السلوكي	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٠,٢٩	
١٣.	فك الاشتباك الذهني	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
١٤.	اللجوء إلى العائير	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

* كل معاملات الارتباط التي تفوق ٠,٠٩ دالة إحصائياً عند (α = ٠,٠١)

Abstract

Coping Strategies Utilized By Optimistic Versus Pessimistic Cancer Patients

By: Numan Khaled Al-Natsheh

Supervised By: Muwaffak Al-Hamdani

The purposes of this study were

- a- To look into the coping strategies used by optimistic and pessimistic cancer patients in response to stressful events.
- b- Discover the most prevalent coping strategies used by Jordanian cancer patients.
- c- Try to find out if pessimism and optimism form a bipolar trait or two independent factors.
- d- Attempt to find out if cancer patients pass through stages when coping with their problems.

Sample consisted of (71) cancer patients (34) males and (37) females, taken randomly from three hospitals in Amman, and a sample of Jordanian University students (103) composed of (37) males and (66) females. Two Scales were used in this study , this study scales sufficiently valid and reliable were used to measure each of the variables.

Results indicate that optimism correlated positively at the (0.05) level with religious coping (0.46), positive reinterpretation (0.41), acceptance (0.38), active coping (0.39) restraint (0.33), and planning (0.25). While pessimism correlated positively at the (0.05) level with the venting of emotions (0.43), behavioral disengagement (0.38) and negatively with active coping (-0.34), planning (-0.28), religious coping (-0.28), and positive re-interpretation (-0.27).

Results also indicate that the correlation between optimism and pessimism was not very high (-0.58), which may indicate that they are two independent factors, and are not bi-polar.

The most commonly used strategies by the Jordanian patients were, use of religion, positive re-interpretation, and acceptance. Substance abuse was not resorted to, to any significant degree.

To assess the stability of using the various coping strategies over time, (χ^2) test was used. Change in the frequency of use of the strategies over time was found to be better than chance expectations in two cases only (venting of emotions and use of social support).

The use of the other strategies was in line with the accepted theory though changes were not statistically significant.