

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي  
جامعة محمد لمين دباغين. سطيف2

قسم علم النفس

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

الرقم التسلسلي: .....

رقم التسجيل: psy 3/cl/05/02/17



أطروحة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه الطور الثالث في علم النفس  
اختصاص: علم نفس الصحة.

بعنوان:

## الضغوط النفسية لدى مستأصلي الحنجرة واستراتيجيات مواجهتها .

إعداد الطالب:

طواوزة عبد الصمد

لجنة المناقشة:

الصفة	مؤسسة الانتساب	الرتبة	اسم ولقب الأستاذ
رئيسا	جامعة سطيف 2	أستاذ	أ.د بغول زهير
مشرفا ومقررا	جامعة سطيف 2	أستاذ	أ.د. خرياش هدى
عضوا ممتحنا	جامعة سطيف 2	أستاذ محاضراً	د. أولميلي حميد
عضوا ممتحنا	جامعة قسنطينة 2	أستاذ	أ.د شلبي محمد
عضوا ممتحنا	جامعة باتنة 1	أستاذ محاضراً	د. عيواج صونية

السنة الجامعية: 2020 / 2021 م

## كلمة شكر و عرفان

إن الحمد لله نحمده حمدا كثيرا طيبا مباركا فيه ينبغي لجلال وجهه و عظيم سلطانه أتقدم بعد شكر الله تعالى ببالغ شكري و عظيم أمنياتي إلى أستاذتي الفاضلة " هدى خرباش " على ما قدمته من توجيهات سديدة طوال مدة إعداد هذه الرسالة، و أشكرها شكر خاصا على تشجيعها و مسانبتها لي، فلها مني باقة ورد بيضاء أعبّر بها عن شكري و تقديري، سائلا من المولى عزوجل أن يجزيها عني خير الجزاء. كما أتقدم بالشكر و العرفان إلى الأستاذ القدير " بوعبد الله لحسن " على نصائحه القيمة و التي أنارت دربي في الكثير من المواقف. و أنهو بالدور الفعال و الجهد المشكور الذي قام به صديقي و أخي الأستاذ " عبد الناصر تركرارت " و الذي كان سندا لي طيلة مساري الأكاديمي.

و أخيرا إلى كل من ساندي و حثني على تجاوز مصاعب الحياة، و إلى كل من تسعده إنجازاتي أخص بالذكر كل أفراد عائلي الصغيرة و الكبيرة، و أقدم لهم طوقا من الياسمين تعبيرا عن شكري و امتناني.

و في الختام أسأل الله عزوجل أن يجعل هذا العمل المتواضع، و جميع أعمالنا خالصة لوجهه الكريم، و إن أصبت فمن الله و بفضله، و إن أخطأت فمني و من الشيطان، و آخردعوانا أن الحمد لله رب العالمين.

طواويزة عبد الصمد

## ملخص :

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن مستوى الضغوط النفسية لدى حالات الاستئصال الحنجري، و عن إمكانية وجود فروق في مستوى هذه الضغوط تعزى إلى متغير الشريحة العمرية ( مستأصلي الحنجرة الذين تتراوح أعمارهم بين 40 و 60 سنة و الأكبر من 60 سنة) ، متغير نوع الاستئصال الحنجري (استئصال الحنجري الجزئي والكلي) و متغير مدة العلاج ( الأشخاص الذين تعرضوا إلى عملية استئصال الحنجرة منذ سنتين و أقل مقارنة بمن تعرضوا لها منذ أكثر من سنتين). و في نفس الوقت الكشف عن الاستراتيجيات المستعملة لديهم لمواجهة الضغوط النفسية، و ما إذ كانت تختلف باختلاف المتغيرات السابقة الذكر.

من أجل تحقيق أهداف الدراسة ، تم اتباع المنهج الوصفي، و تطبيق مقياس الضغوط النفسية "لأوهام نعمان ثابت" و مقياس استراتيجيات مواجهة ل " لازاروس و فولكمان " و المعدل من طرف " كوسون"، بعد التأكد من خصائصها السيكومترية على عينة اشتملت 30 فردا مستأصلا للحنجرة عبر أربع ولايات من الجزائر ( سطيف ، برج بوعريش ، باتنة ، الجزائر العاصمة) و لقد أسفرت نتائجها بعد المعالجة الإحصائية على ما يلي:

- ✓ يعاني مستأصلي الحنجرة من مستوى مرتفع من الضغوط النفسية
- ✓ لا يختلف مستوى الضغوط النفسية لدى مستأصلي الحنجرة باختلاف الشريحة العمرية
- ✓ لا يختلف مستوى الضغوط النفسية لدى مستأصلي الحنجرة باختلاف نوع الاستئصال الحنجري
- ✓ يختلف مستوى الضغوط النفسية لدى مستأصلي الحنجرة باختلاف مدة العلاج، حيث انخفضت لدى الحالات الذين خضعوا لعملية استئصال الحنجرة منذ أكثر من سنتين.
- ✓ يلجأ مستأصلي الحنجرة إلى استراتيجيات مختلفة لمواجهة الضغوط النفسية تمثلت في مواجهة المتمركزة حول المشكلة، المواجهة المتمركزة حول الانفعال، المواجهة المتمركزة حول السند الاجتماعي.
- ✓ تختلف استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى مستأصلي الحنجرة باختلاف الشريحة العمرية
- ✓ تختلف استراتيجيات المواجهة الضغوط النفسية لدى مستأصلي الحنجرة باختلاف نوع الاستئصال الحنجري.
- ✓ لا تختلف استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى مستأصلي الحنجرة باختلاف مدة العلاج.

الكلمات المفتاحية :

سرطان الحنجرة - استئصال الحنجرة الكلي - استئصال الحنجرة الجزئي - الضغوط النفسية - استراتيجيات المواجهة.

## Abstract :

These study aimed to reveal the level of psychological stress in cases of laryngectomy, and the possibility of differences in the level of these pressures attributable to the variable of the age group (laryngeal excisioners between the age 40 and 60 years and older than 60 years) the variable of the type of laryngectomy (total and Partial laryngectomy), variable duration of treatment (people who underwent a laryngectomy two years ago and less compared to those who underwent it more than two years ago) and at the same time disclosure the strategies used by them to face psychological stress, and whether they differ according to The aforementioned variables.

In order to achieve the objectives of the study, the descriptive approach was followed, and the psychological stress scale for 'Naoman thabit's' delusions was applied, and the 'Lazarus and Folkman' coping strategies scale, modified by 'Cousson', after confirming their psychometric proprieties, on a sample that included 30 individuals excised by the larynx, through four wilayas of Algeria (Setif, Bordj, Bou Arreridj, Batna and Algiers).

And its result after statistical treatment have resulted in the followings:

- ✓ Laryngectomers suffer from a high level of psychological stress.
- ✓ The level of psychological stress in laryngeal excisioners does not differ according to the age group.
- ✓ The level of psychological stress does not differ among laryngeal excision with the type of laryngectomy.
- ✓ The level of psychological stress among laryngectomists varies according to the duration of treatment, as it decreased in cases who underwent a laryngectomy more than two years ago.
- ✓ Laryngologists resort to different strategies for coping with psychological stress, which are problem centered confrontation, emotion centered confrontation and social bond centered confrontation.
- ✓ The strategies for dealing with the stress in laryngectomists vary by age.
- ✓ The strategies for coping with psychological stress differ according to the type for laryngectomy.
- ✓ The strategies for coping with psychological stress do not differ with the duration of treatment.

Key words : throat cancer - total laryngectomy - partial laryngectomy - psychological stress - coping.

## قائمة المحتويات

الصفحة	المحتوى
	كلمة شكر و عرفان
	ملخص الدراسة
	فهرس المحتوى
	فهرس الجداول
	فهرس الأشكال و الصور
	فهرس الملاحق
أ	مقدمة
<b>الجانب النظري</b>	
<b>الفصل الأول : مدخل إلى الدراسة</b>	
05	مشكلة الدراسة 1-1
12	فرضيات الدراسة 2-1
13	أهمية الدراسة 3-1
14	أهداف الدراسة 4-1
14	التحديد الإجرائي لمتغيرات الدراسة 5-1
<b>الفصل الثاني : الضغوط النفسية</b>	
17	تاريخ ظهور مفهوم الضغوط النفسية 1-2
19	تعريف الضغوط النفسية 2-2
29	علاقة الضغوط النفسية ببعض المفاهيم 3-2
30	أنواع الضغوط النفسية 4-2
39	مظاهر وأعراض الضغوط النفسية 5-2
39	المظاهر والأعراض الجسدية 1-5-2
40	المظاهر والأعراض النفسية الانفعالية 2-5-2
41	المظاهر والأعراض المعرفية 3-5-2
42	المظاهر والأعراض السلوكية 4-5-2
44	النظريات المفسرة للضغوط النفسية 6-2

44	النظرية البيولوجية	1-6-2
46	نظرية التفسير الفكري	2-6-2
48	النظرية النفسية	3-6-2
48	النظرية المعرفية	4-6-2
50	النظرية السلوكية	5-6-2
51	قياس الضغوط النفسية	7-2

### الفصل الثالث : استراتيجيات المواجهة

56	تطور مفهوم استراتيجيات المواجهة " Coping "	1-3
57	تعريف استراتيجيات المواجهة	2-3
59	استراتيجيات المواجهة و المفاهيم المشابهة	3-3
60	أنواع استراتيجيات المواجهة	4-3
60	تصنيف لأزاروس و فولكمان " Lazarus et Falkman "	1-4-3
68	تصنيف بيليجس و موس 1981 " Billnings et moos "	2-4-3
69	تصنيف كوتن 1990 " Cottan 1990 "	3-4-3
70	تصنيف غازيل 1993	4-4-3
70	تصنيف كوهين 1994	5-4-3
71	تصنيف استراتيجيات المواجهة في البيئة العربية	6-4-3
72	النظريات المفسرة لاستراتيجيات المواجهة	5-3
72	النظرية التحليلية	1-5-3
76	النظرية المعرفية	2-5-3
78	النظرية الاجتماعية	3-5-3
78	النموذج الحيواني	4-5-3
79	النظرية التفاعلية	5-5-3
82	قياس استراتيجيات المواجهة	6-3

### الفصل الرابع : السرطان والاسئصال الحنجري

89	تشريح و فيزيولوجية الحنجرة	1-4
105	سرطان الحنجرة	2-4
105	تعريف سرطان الحنجرة	1-2-4
106	تموضع سرطان الحنجرة	2-2-4
108	تصنيف سرطان الحنجرة	3-2-4

110	العوامل المسببة لسرطان الحنجرة	4-2-4
112	أعراض سرطان الحنجرة	5-2-4
113	الاستئصال الحنجري	3-4
113	تعريف عملية استئصال الحنجرة	1-3-4
114	لمحة تاريخية عن تطور عملية استئصال الحنجرة	2-3-4
116	أسباب استئصال الحنجرة	3-3-4
116	أنواع استئصال الحنجرة	4-3-4
117	استئصال الحنجرة الكلي	1-4-3-4
117	استئصال الحنجرة الجزئي	2-4-3-4
120	التحضير للجراحة	4-4
120	فترة ما قبل الجراحة	1-4-4
120	فترة الجراحة	2-4-4
121	فترة ما بعد الجراحة	3-4-4
122	الآثار المترتبة عن عملية استئصال الحنجرة	5-4
124	العلاجات المكتملة لعملية استئصال الحنجرة	6-4
126	استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى مستأصلي الحنجرة	7-4
<b>الجانب التطبيقي</b>		
<b>الفصل الخامس : الاجراءات المنهجية للدراسة</b>		
137	منهج الدراسة	1-5
137	عينة الدراسة	2-5
138	الحدود المكانية والزمانية للدراسة	3-5
139	الأدوات المستعملة في الدراسة	4-5
145	الأساليب و المعالجة الإحصائية للدراسة	5-5
<b>الفصل السادس : عرض و مناقشة نتائج الدراسة</b>		
148	عرض نتائج الدراسة	1-6
148	عرض نتائج الفرضية الرئيسية الأولى	1-1-6
149	عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى	2-1-6
150	عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية	3-1-6
151	عرض نتائج الفرضية الجزئية الثالثة	4-1-6
153	عرض نتائج الفرضية الرئيسية الثانية	5-1-6

154	عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى	6-1-6
155	عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية	7-1-6
156	عرض نتائج الفرضية الجزئية الثالثة	8-1-6
158	مناقشة نتائج الدراسة	2-6
158	مناقشة نتائج الفرضية الرئيسة الأولى	1-2-6
160	مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى	2-2-6
161	مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية	3-2-6
162	مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة	4-2-6
164	مناقشة نتائج الفرضية الرئيسة الثانية	5-2-6
165	مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى	6-2-6
167	مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية	7-2-6
168	مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة	8-2-6
169	استنتاج عام	3-6
171	خاتمة وتوصيات	
174	- قائمة المراجع	
189	- قائمة الملاحق	

## قائمة الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
51	تلخيص لأهم النظريات المفسرة للضغوط النفسية	1
63	موازنة بين الخبير و المبتدئ، في استعمال استراتيجية المواجهة المتمركزة حول المشكلة	2
66	مميزات و عيوب استراتيجية المواجهة المتمركزة حول المشكلة و المتمركزة حول الانفعال	3
67	الفرق بين استراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكلة و الاستراتيجيات التي تركز حول الانفعال	4
81	ملخص لأهم النظريات المفسرة لاستراتيجيات المواجهة	5



117	أنواع استئصال الحنجرة الجزئي	6
137	توزيع عينة الدراسة حسب متغير نوع الاستئصال الحنجري	7
138	توزيع عينة الدراسة حسب متغير الشريحة العمرية	8
138	توزيع عينة الدراسة حسب متغير مدة العلاج	9
141	نتائج اختبار " ت " للمجموعتين (الدنيا - العليا) على مقياس الضغوط النفسية	10
142	قيم معامل ( $\alpha$ ) كرونباخ لمقياس الضغوط النفسية	11
144	نتائج اختبار " ت " للمجموعتين (الدنيا - العليا) على مقياس استراتيجيات المواجهة	12
145	قيم معامل ( $\alpha$ ) كرونباخ لمقياس استراتيجيات المواجهة	13
148	الإحصاء الوصفي لمستوى الضغوط النفسية لدى حالات الدراسة	14
149	نتائج اختبار " U " مان ويتني للفرضية الجزئية الأولى	15
150	نتائج اختبار " U " مان ويتني للفرضية الجزئية الثانية	16
151	نتائج اختبار " U " مان ويتني للفرضية الجزئية الثالثة	17
153	الإحصاء الوصفي لمقياس استراتيجيات المواجهة	18
154	نتائج اختبار " Khi deux " لكروسكال واليس للفرضية الجزئية الأولى	19
155	نتائج اختبار " Khi deux " لكروسكال واليس للفرضية الجزئية الثانية	20
156	نتائج اختبار " Khi deux " لكروسكال واليس للفرضية الجزئية الثالثة	21

## قائمة الأشكال و الصور

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
45	مخطط عام لنظرية سيلى (Sely)	01
49	نموذج لازاروس للضغط النفسي	02
89	صورة لموقع الحنجرة و شكلها في العنق	03
94	صورة تمثل الحنجرة و أربطتها	04
99	صورة توضح العضلات الحنجرية	05
106	صورة توضح تموضع سرطان الحنجرة	06
114	صورة توضح مظهر الرقبة بعد استئصال الحنجرة	07

## قائمة الملاحق

الصفحة	عنوان الملحق	رقم الملحق
189	مقياس الضغوط النفسية المستخدم في الدراسة	01
192	مقياس استراتيجيات المواجهة المستخدم في الدراسة	02
195	الخصائص السيكومترية لمقياس الضغوط النفسية	03
198	الخصائص السيكومترية لمقياس استراتيجيات المواجهة	04
203	الإحصاء الوصفي للفرضية الرئيسية الأولى	05
206	مخرجات المعالجة الإحصائية للفرضية الجزئية الأولى	06
209	مخرجات المعالجة الإحصائية للفرضية الجزئية الثانية	07
212	مخرجات المعالجة الإحصائية للفرضية الجزئية الثالثة	08
214	الإحصاء الوصفي للفرضية الرئيسية الثانية	09
216	مخرجات المعالجة الإحصائية للفرضية الجزئية الرابعة	10
218	مخرجات المعالجة الإحصائية للفرضية الجزئية الخامسة	11
220	مخرجات المعالجة الإحصائية للفرضية الجزئية السادسة	12

# مقدمة

تتضمن حياة الإنسان الكثير من المواقف والخبرات المؤلمة والمهددة له، وتعد الأمراض المزمنة في مقدمتها مرض السرطان، أحد الأحداث الحياتية الضاغطة التي لها علاقة بتغير نمط حياة الفرد، وظهور الكثير من المشكلات النفسية (قلق، اكتئاب، قلق الموت، تدني جودة الحياة واضطراب الحياة الجنسية)، كما اعتبره الكثير من الباحثين مصدرا مباشرا في زيادة حجم الضغوط النفسية لدى المريض (شيلي تايلور، 2008).

ولا شك أن الأورام السرطانية تختلف فيما بينها من حيث حجمها، تموضعها من الجسم وسبل علاجها، وتعد الجراحة الاستئصالية أمام الكثير من الأورام السرطانية ضرورة حتمية من أجل القضاء على الورم والحد من انتشاره في مناطق أخرى من الجسم، من هنا يجد المريض نفسه أمام ضرورة التكيف مع الوضع الجديد والذي يختلف باختلاف المنطقة المصابة من الجسم وما يلزمها من تدخلات علاجية، وذلك من خلال استعمال استراتيجيات مواجهة تساعد في التقليل من الضغوط النفسية الناجمة والحفاظ على أدنى قدر من الرفاهية، والقدرة على مسابرة مختلف متطلبات الحياة اليومية في ظل نمط الحياة الذي فرضته الطرق العلاجية للسرطان. من هنا جاءت الدراسة الحالية لتسلط الضوء على موضوع الاستئصال الحنجري والذي يعد تقنية علاجية جراحية للتخلص من السرطان الذي يصيب الحنجرة، بهدف وصف مستوى الضغوط النفسية لدى هذه الفئة، والوقوف على إمكانية وجود فروق في مستوى هذه الضغوط تعزى إلى متغيرات (الشريحة العمرية، نوع الاستئصال الحنجري، مدة العلاج)، وكذا الكشف عن الاستراتيجيات التي تستعملها هذه الفئة لمواجهة الضغوط النفسية الناجمة عن عملية استئصال الحنجرة، وما إذ كانت تختلف باختلاف المتغيرات السابقة الذكر، من خلال دراسة وصفية لعينة من مستأصلي الحنجرة عبر عدد من ولايات الجزائر تبعا لخطة تضمنت ستة فصول، موزعة على جانبين (نظري، تطبيقي)، حيث اشتمل الجانب النظري على أربعة فصول كالتالي :

- الفصل الأول: جاء كمدخل للدراسة، تم من خلاله عرض مشكلة الدراسة، فرضياتها، أهدافها، أهميتها والضبط الإجرائي لمتغيرات الدراسة.

- الفصل الثاني: والذي اخترنا له عنوان الضغوط النفسية، وحاولنا من خلاله تقديم الخلفية النظرية لمتغير الضغوط النفسية.

- الفصل الثالث : و الذي اقترحنا له عنوان استراتيجيات المواجهة، حيث تطرقنا فيه إلى مختلف التعريفات و أشرنا إلى تصنيف أنواع استراتيجيات المواجهة، و أهم النظريات المفسرة لها.

- الفصل الرابع: و الذي جاء بعنوان السرطان و الاستئصال الحنجري، و حاولنا من خلاله التطرق إلى كل ما يتعلق بسرطان الحنجرة من تعريف و عوامل مسببة، و إلى عملية استئصال الحنجرة، تعريفها أنواعها و الآثار المترتبة عليها. و في هذا الفصل بالذات جمعنا بين استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية و الاستئصال الحنجري في ظل ما توفر لنا من دراسات سابقة.

أما الجانب التطبيقي فقد تضمن فصلين كالآتي :

- الفصل الخامس: خصص لتقديم و توضيح الإجراءات المنهجية لهذه الدراسة من منهج عينة الدراسة ، حدودها، أدواتها و الأساليب الإحصائية المستعملة فيها.

- الفصل السادس: تضمن عرض لنتائج الدراسة ثم مناقشتها و تفسيرها في ضوء الدراسات السابقة و الاطار النظري للدراسة.

و قد اعتمدنا في توثيق و كتابة هذه الدراسة على النسخة السادسة من الـ (APA).

## الفصل الأول : مدخل إلى الدراسة

1-1- مشكلة الدراسة.

2-1- فرضيات الدراسة.

3-1- أهمية الدراسة

4-1- أهداف الدراسة..

5-1- التحديد الإجرائي لمتغيرات الدراسة.

## 1-1 مشكلة الدراسة:

يواجه الإنسان في حياته الكثير من المواقف التي تتضمن خبرات غير مرغوب فيها ومهددة له حيث تعرض رفاهيته وتكامله للخطر ويكون عرضة لضغوط تختلف باختلاف مسبباتها، حيث يرى "David Sender 2009" الضغط على أنه تفاعل خاص بين الفرد ومحيطه ، يقيم من خلاله المواقف موضوعيا على أنها تتجاوز إمكانياته وتهدد وجوده الأفضل، وقد اقترح "Lazarus" تعريفا تفاعليا للضغط على النحو التالي: يحدث الضغط عندما يكون هناك مطالب على الفرد تفوق أو تزيد على إمكانياته التكيفية . كما عرف الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للأمراض العقلية "2013" الضغوط النفسية على أنها أي حرمان يثقل كاهل الفرد نتيجة لمروره بخبرة غير مريحة كمرض أو فقدان أو الصراع الزوجي.

ولعل أكثر هذه المواقف والخبرات نجد الأمراض المزمنة في مقدمتها مرض السرطان، الذي يعد أحد الأحداث الحياتية الضاغطة وهو على علاقة مع الإصابة بالإضطرابات النفسية والجسمية (أوهام نعمان ثابت ،2008 ص 02). حيث تشير "Trill 2012" في دراسة لها ضمن الجمعية الأوروبية لطب الأورام أن معدلات انتشار الإكتئاب بين مرضى السرطان وصلت 58% في حين يقدر معدل القلق ما بين (15%-28%) ، فتجربة المرض والعلاج يمكن أن تولد لديهم مستويات عالية من الضغوط، حيث وجد "Lauver et al 2007" في دراسة هدفت إلى معرفة الضغوط التي تعاني منها المصابات بسرطان الثدي على عينة احتوت (51 امرأة) يخضعن للعلاج ، أن المريضات تعانين من الشعور بالشك، عدم الثقة بالعلاج ومشاكل أخرى من الضغوط النفسية. كما توصل "Pereira et al 2012" إلى أن المرضى الذين يعانون من تكرار ظهور المرض تبدو عليهم أعراض ضغوط ما بعد الصدمة أما الذين تلقوا العلاج الكيميائي فكانوا أكثر عرضة لخطر الإصابة بالإكتئاب والقلق من غيرهم. وهذا الخطر لا يؤثر سلبا على نوعية الحياة فقط ، ولكن أيضا على الإمتثال للعلاج وفرص البقاء. (Pereira et al . 2012).

وقد أصبحت الأورام السرطانية من المشكلات الصحية الخطيرة التي تواجه الإنسان حتى أنها تصدرت اهتمام الكثير من المؤسسات الطبية، النفسية والأكاديمية. ومن معالم تلك الأهمية أن أصبحت موضوعا بارزا للدراسة داخل علم النفس العيادي وعلم النفس الصحة والذي يستهدف دراسة التغيرات النفسية المرتبطة بالأمراض البدنية ، ويتضح كذلك هذا الاهتمام من خلال

## الفصل الأول : مدخل إلى الدراسة

تشجيع "الجمعية الأمريكية للسرطان" الباحثين على إجراء بحوث ودراسات على مختلف المجالات المعرفية منها الميدان السيكلولوجي من أجل التوصل إلى طرق وإستراتيجيات فعالة للتكفل بهذا الداء. ( هناء أحمد الشويخ ، 2007، ص 1 ).

لا شك أن الأورام السرطانية تختلف فيما بينها من حيث حجمها، نوعها، تموضعها وطرق علاجها (Office Fédéral de la santé , 2017). ومن أنواع السرطان الذي يمكن أن يتعرض لها الإنسان نجد سرطان الحنجرة (cancer du larynx) الذي أدرجته منظمة الصحة العالمية ضمن سرطان "أذن - أنف - حنجرة" (o.r.l) ، وأكدت أنه يمثل 7% من باقي أنواع السرطانات الأخرى، كما أنه يصيب الرجال أكثر من النساء بمعدل (1 امرأة مقابل 10 رجال). أما على المستوى المحلي فالجزائر تحصي ما يزيد عن 1500 حالة جديدة كل سنة لسرطان البلعوم والذي يصيب منطقة "أذن - أنف - حنجرة"، وتشير الإحصاءات إلى تسجيل أكثر من 400 حالة وفاة كل سنة، حيث كشفت الطبيبة "طراودادة سميرة" مختصة في معالجة الأورام بمركز مكافحة السرطان بالبلدية، أن هذا النوع من الأورام يصيب الأشخاص التي تتراوح أعمارهم بين 40 - 80 سنة ، وتضيف الطبيبة أن 95% من الحالات ترجع بالدرجة الأولى إلى الإدمان على التدخين والكحول.

(رزاق، ج، 2020).

إن التشخيص المؤكد للإصابة وبتموضع الورم ، يدخل المصاب في مرحلة جديدة من المرض، فالذهاب المتكرر للطبيب، والعلاج و الأدوية التي لا يستطيع الاستغناء عنها، والدخول إلى المستشفى، والإحساس بالإنفصال عن العائلة والعزلة، كلها عوامل تعد مدعمة لتدهور الحالة النفسية للمريض ولزيادة الحسرة والإحباط والإكتئاب لديه. هذا الذي أكدته دراسة " Marst et al 1992" التي سعت إلى معرفة مستوى القلق والإكتئاب لدى مرضى السرطان بعد التشخيص (شيلي تايلور، 2008، ص 614). وبعد المحاولات المتكررة لعلاج هذا الورم عن طريق الأدوية ومختلف التقنيات الطبية الأخرى تفاديا للحلول الجراحية، ونظرا لخطورة هذا الورم والخوف من انتشاره يصبح التدخل الجراحي حتمية ضرورية لهذه الوضعية بالرغم من النتائج التي يترتب عليها

(Ligue suisse contre le caner , 2017)



إذ تعد المرحلة الأكثر خطورة ، حيث يجد المريض نفسه أمام ضرورة استئصال عضو هام من الجسم (الحنجرة)، فيجب عليه الخضوع والإستسلام والتقبل للوضعية الجديدة ولهذا التغيير المفاجئ للجسم. هنا يجد نفسه أمام جملة من الإستفهامات حول مدى تأثير الجراحة على مظهره ؟، مستقبله ؟، علاقاته؟ مدى إمكانية النجاح والشفاء من المرض؟. فحسب دراسة "لورانس ليشان" التي أجريت على 250 مريضا مصابا بالسرطان قبل الخضوع للجراحة، اتضح انه نسبة 85% من الحالات يعانون من يأس وفقدان الأمل في الحياة والإحساس بالفشل.

(Moulin. A , 2005, P 261-267 )

إن عملية استئصال الورم السرطاني من الحنجرة بنوعيه (الكلي والجزئي) قد تبعد المصاب عن خطر الموت ، وعن تفشي الورم وانتشاره في مناطق أخرى من الجسم. (Mohssin .A , 2019).

إلا أن التشوه الفيزيولوجي وفقدان الصوت والعواقب الوخيمة المترتبة عليها تجعل المصاب يعاني الكثير من المشاكل النفسية ، العاطفية وحتى الاجتماعية. حيث أشار "Laudrel.M, 2011" في دراسته التي هدفت إلى تقييم الجانب النفسي لدى مستأصلي الحنجرة، إلى أن نسبة 65% من حالات الدراسة لوحظ عليها مظاهر الإضطرابات النفسية كالقلق، الإنطواء، العزلة والاكتئاب.

(Laudrel.M , 2011 ,p142)

هذا ما عززته دراسة "Perry et al" سنة (2015) و التي تناولت جودة الحياة بعد عملية إستئصال الحنجرة ،على عينة مكونة من 83 شخصا (70 رجلا، 13 امرأة). وقد أسفرت النتائج على درجات مرتفعة من القلق والإكتئاب والتي ترجع حسب القائمين على البحث إلى التشوه الفيزيولوجي والخلل الوظيفي بعد العملية الجراحية (Lia Filipa et al , 2018, p 22)

كما يرى (Semple et al 2004) أن التشوه الفيزيولوجي وما يصاحبه يخل بالتفاعلات الإجتماعية لدى المريض مما ينعكس سلبا على ثباته النفسي العاطفي، وانخفاضه واضحا في تقدير الذات و اضطراب الحياة الجنسية . هذا ما يتفق مع نتائج دراسات كل من "Batoglu 2013" "Bickford et al 2013" "Smith et al 2015" "Filipa et al 2018" "Dooks et al 2012" ، حيث أجمعت هذه الدراسات على أن استئصال الحنجرة بجميع أنواعه يعتبر ضرورة حتمية لها مخلفات سلبية على حياة ورفاهية المريض، علاقاته الإجتماعية، بنائه النفسي وحياته الجنسية .

(lia Filipa et al , 2018 ,p 18-25).

في المقابل تشير بعض الدراسات الأخرى على غرار دراسة "Blanco. P et al 2015" على عينة قوامها 100 حالة ممن تعرضوا لإستئصال كلي وجزئي للحنجرة، بهدف الوقوف على إمكانية تشخيص اضطرابات القلق، الإكتئاب وقلق ما بعد الصدمة، حيث أجريت الدراسة بعد حوالي سنة من الخضوع للجراحة وخلصت إلى أن نسبة القلق عند الحالات لا تتعدى 6.9%، الإكتئاب في حدود 5.9% وقد أكد الباحثون أن الاضطرابات السابقة الذكر ليست اضطرابات حقيقية بل مجرد مظاهر عادية وطبيعية بالنظر إلى طبيعة المرض. (Blanco. P et al 2015)

وفي نفس السياق يشير "Helge Danker and all" عن جامعة لايبزج من خلال دراستهم أن الاضطرابات النفسية ظهرت بنسبة 17.3% لدى حالات الإستئصال الحنجري الجزئي، وحوالي 22% لدى مستأصلي الحنجرة الكلي، عن إجمالي 306 حالة. (Helge Danker and all , 2005)

إن الطرح والمعطيات السابقة وبالرغم من اختلاف وتفاوت نتائجها، إلا أنها تتفق على أن مستأصلي الحنجرة، وبالنظر إلى المواقف الضاغطة التي مروا بها انطلاقاً من تشخيص الورم السرطاني، ثم محاولة علاجه بالأدوية والتقنيات العلاجية الطبية الأخرى، وصولاً إلى حتمية التدخل الجراحي كلها مواقف وخبرات تهدد البناء النفسي للمريض وتولد اضطرابات ومشاكل نفسية متعددة الأبعاد، كما تغير نمط حياتهم الإجتماعية لاسيما التشوه الفيزيولوجي الناجم عن العملية الجراحية، ومن هنا يجد المريض نفسه أمام ضرورة التعامل والتكيف أو محاولة استعمال استراتيجيات معينة لمواجهة الخبرات والمواقف الضاغطة السابقة الذكر.

يرى "Lazarus et Folkman" (1984) أن التعامل أو المواجهة عبارة عن مجموعة من الجهود المعرفية والسلوكية القابلة للتعديل بهدف التحكم في متطلبات محددة سواء كانت داخلية أو خارجية والتي تقيم من طرف الفرد على أنها تستهلك أو تتعدى إمكانياته. وقد ظهر هذا المصطلح على يد "Lazarus" في كتابه "psychological stress and coping" (1966)، وحدد فيه مجموعة من الإستجابات التي يلجؤ إليها الأفراد خلال التعرض لأحداث ضاغطة، ثم أصبح مصطلح المواجهة أكثر شيوعاً منذ سنة 1975 في الدول الأنكلوسكسونية، وقد كان موضوعاً للكثير من الدراسات العلمية. وبدأ بالانتشار في فرنسا أواخر التسعينات (Bruduen-Schweitzer, 2011).

قسم Lazarus et folkman (1984) استراتيجيات المواجهة إلى نوعين: المواجهة المتمركزة حول المشكلة (تهدف إلى التخفيف من متطلبات الوضعية و الزيادة في إمكانيات الفرد من أجل تعامل

أفضل)، والمواجهة المتمركزة حول الانفعال (تهدف إلى إدارة الإستجابات العاطفية) إلا أن تقسيم هذه الإستراتيجيات عرف تطورا حسب النظريات التي اهتمت بدراستها، حيث ظهر بعدها عدد من الاختبارات لقياس المواجهة، فتشير "Bruchon . Schwietzer" (2011) إلى أن عدد السلالم المتوفرة لقياس المواجهة يفوق العشرين، وكل واحد منها يقيس عدد من استراتيجيات المواجهة يختلف عن الآخر.

وفي الدراسة التي قام بها "Quintard Rasche ,Nuissier ,Brudon . Schweitzer" سنة (1996) والتي اعتمدت على تحليل 17 بحثا تناول استراتيجيات المواجهة، توصلت إلى وجود ثلاثة أنواع من استراتيجيات المواجهة (المواجهة المتمركزة حول المشكلة، حول الانفعال، وحول المساندة الاجتماعية).

أما "David Sander" (2009) يرى أن التمييز بين إستراتيجيتي التجنب والمواجهة جد شائع بين العلماء، ويمكن حسبه تقييم استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية إلى ثلاثة أنواع (المواجهة الموجهة نحو المهمة أو المشكل، المواجهة الموجهة نحو الإنفصال، والتجنب)

وهو ما اتفق عليه كل من " cousson et al " (1996) ، و "Endler and parker" (1992)، "Ridder" (1997). ويعتبر الكثير من العلماء أمثال "costa" و "Samer Field" (1996) أن استراتيجيات المواجهة ليست نوعية وإنما عامة لأنها تتميز بخصائص فردية (سمات شخصية) بدل من أن تكون متغيرة حسب الوضعيات ، بمعنى أن كل فرد يملك استراتيجيات مواجهة خاصة به وكل فرد يوظف اختياريا واحدة منها دون الأخرى خلال الحدث الضاغط.

(حمودي أسماء، 2019، ص 70)

يكتسب مفهوم استراتيجيات المواجهة أهمية تطبيقية وعملية كبيرة في مجال الأمراض المزمنة، ومجال الرعاية الصحية، هذا بعدما أشارت دراسات كثيرة إلى شيوع الإضطرابات والمشكلات النفسية بين مرضى الأمراض السرطانية، من هنا نبه بعض الباحثين إلى الدور المهم لاستراتيجيات المواجهة كمتغير للعلاقة بين تشخيص الورم السرطاني واحتمالات الإصابة باضطرابات نفسية وحدة التغيرات الناتجة عن الإصابة، والقدرة على التوافق مع الأنماط المتعددة للعلاجات التي يخضع لها المرضى . (مزلق وفاء، 2014 ، ص 12)

في نفس السياق تشير دراسة "H.A.chwikh" (2007) التي هدفت إلى الكشف عن أساليب التخفيف من الضغوط النفسية الناتجة عن الأورام السرطانية بما فيها سرطان الحنجرة، مستخدمة المنهج الوصفي المقارن، على عينة قوامها 90 فردا (40 مريضا مقابل 50 فردا غير مريض) وطبقت الباحثة رزنامة من الإختبارات تتمثل في اختبار إستراتيجية المواجهة، اختبار المساندة الإجتماعية، اختبار قلق الموت، اختبار العجز المكتسب، اختبار الضغط النفسي واختبار التشاؤم، وقد أسفرت الدراسة على وجود فروق دالة إحصائية بين المرضى وغير المرضى في متغير المواجهة، وأن اتجاه تلك الفروق يشير إلى أن الغير مرضى أكثر استخداما لإستراتيجيات المواجهة بشكل عام، كما أظهرت لنا فروق ذات دلالة احصائية بين المرضى وغير المرضى على مستوى الاستراتيجيات الفرعية للمواجهة تمثلت في (ميل غير المرضى مقارنة بالمرضى بدرجة أعلى لإستخدام استراتيجيات التخطيط، التنمية الذاتية، التجنب، الإدراك الايجابي من جهة ، وتفوق المرضى مقارنة بغير المرضى في استخدام إستراتيجية المواجهة بشكل دال احصائيا، ولم يختلف استخدام المرضى وغير المرضى في إستراتيجية التقبل، الإفصاح، الكبت، التوجه للدين، الإنكار من جهة أخرى.(هناء أحمد الشويخ، 2007، ص 14-15)

يشير أدب موضوع استئصال الحنجرة واستراتيجيات المواجهة (coping) حسب الدراسات التي توفرت لنا إلى ضرورة توفير وتطوير استراتيجيات وأساليب تسمح بمواجهة الموقف المؤلم جسديا ونفسيا الذي يعانوه مستأصلي الحنجرة، فحسب "Cremonones et al" (2000) يرى أن العناصر التي يجب على المرضى من مستأصلي الحنجرة مواجهتها هي بشكل أساسي التشوه الفيزيولوجي ، الخلل الوظيفي، مدة التعافي وكل ما يترتب عن العملية الجراحية، لهذه الأسباب ينبغي اتخاذ تدابير تسمح بتنفيذ استراتيجيات مواجهة في أقرب وقت ممكن من أجل المساعدة في إعادة تأهيل المرضى بشكل جيد، ويضيف هؤلاء أن المتابعة النفسية والدعم الإجتماعي ضروري و لا مفر منه لمساعدتهم على التأقلم والتكيف مع الأوقات الصعبة. في هذا الصدد ركز كل من "He and Liu" سنة 2005 في بحثهما حول استراتيجيات المواجهة المختلفة التي يعتمدها مرضى سرطان الحنجرة، وقارنوا الاستراتيجيات التي تركز على العاطفة وعلى المشكلة، والنتيجة حسيهما أن الأشخاص الذين يستخدمون المواجهة المتمركزة حول المشكلة لديهم نوعية حياة أفضل وأقل ضغطا، كما تبني الباحثين في دراستهما مفاهيم التأقلم الإيجابي والسلبي، حيث يشير التأقلم السلبي إلى المراوغة والعاطفة والخيالية، وقد أظهر تحقيقهم أن الأسلوب الأكثر استخداما هو أن

يكون الفرد عاطفياً، في حين أسوأ إستراتيجية تتبع حسيهما هي أن تكون عاطفياً، وخلصوا إلى أن التكيف الإيجابي كان أفضل إستراتيجية لإعتمادها. ( He and Liu , 2005 )

وفي دراسة أخرى لـ "Gordon" "Amy R Luther" "Josephe . c. stemple" سنة (1992) من أجل الكشف عن نوع الإستراتيجية المتبعة من قبل 41 فرد تعرضوا لإستئصال الحنجرة لمواجهة المواقف الضاغطة الناتجة عن عملية الإستئصال ، أسفرت النتائج على أن 73% من الحالات يتبنون استراتيجيات مواجهة تركز على المشكلة والدعم الاجتماعي و 27% من الحالات الأخرى تعتمد استراتيجيات مواجهة تركز على العاطفة وتتمحور على التجنب، ويضيف الباحثون إلى أن الفئة الأولى يظهر عليها التكيف والإندماج في الحياة اليومية مقارنة بالفئة الثانية .

(Gordon and all , 1992)

وفي المقابل أكد فريق بحث "Tanya . z . Eadie Brainne, c Bowker" من خلال دراسة حديثة سنة 2012، أن متوسط إستراتيجية المواجهة المتمركزة حول الانفعال أكبر بكثير عن تلك المتمركزة حول الموقف أو المشكلة لدى حالات الإستئصال الحنجري، وأشاروا إلى أن نسبة 56% من حالات الدراسة ممن اعتمدوا على استراتيجيات تتمحور حول الانفعال أظهروا نوعية حياة أفضل، كما انخفضت أعراض القلق والاكتئاب لديهم (Eadie .T and all , 2012)

في حين خلصت دراسة "Eysholdt,U.Hoppe ,M.schuster F.Rosanowski" سنة 2003، على 25 فرداً مستأصلاً للحنجرة بنوعيه (الكلي، الجزئي)، إلى أنه لا توجد استراتيجية معينة يستعملها المرضى، فقد كان اعتمادهم عشوائياً، غير واعي غير منظم.

(Schuster.m and all , 2003)

من خلال الطرح السابق وبالرجوع إلى أدب موضوع الضغوط النفسية لدى مستأصلي الحنجرة من جهة، وأدب موضوع استراتيجيات المواجهة والإستئصال الحنجري من جهة أخرى، التمسنا اختلافاً و نقاشاً واضحاً بين الدراسات التي توفرت لنا بالرغم من إجماعها على المخلفات السلبية لعملية الإستئصال على جوانب الحياة لدى الفرد، وضرورة اعتماد أو استعمال استراتيجيات من أجل مواجهة تلك الانعكاسات والمخلفات. إلا أنها لم تقف على بعض المتغيرات ك (العمر الزمني للمرضى، نوع الإستئصال الحنجري، مدة الخضوع للجراحة) ، فكلها متغيرات ربما قد تغير منحنى

النتائج أو قد تضيف معطيات جديدة بخصوص الموضوع، هذا ما لفت انتباهنا وجعلنا نبلور مشكلة الدراسة في التساؤل التالي :

- هل يلجأ مستأصلي الحنجرة إلى استراتيجيات متنوعة لمواجهة الضغوط النفسية ؟

ومن أجل الإجابة على هذا التساؤل ، اقترحنا مجموعة من الفرضيات كالتالي:

2-1 فرضيات الدراسة:

1-2-1 الفرضية الرئيسية الأولى:

- يعاني مستأصلي الحنجرة من مستويات مرتفعة من الضغوط النفسية .و التي تندرج تحتها ثلاث فرضيات جزئية: .

الفرضية الجزئية الأولى:

- يختلف مستوى الضغوط النفسية لدى مستأصلي الحنجرة باختلاف الشريحة العمرية.

الفرضية الجزئية الثانية:

- يختلف مستوى الضغوط النفسية لدى مستأصلي الحنجرة باختلاف نوع الإستئصال الحنجري.

الفرضية الجزئية الثالثة:

- يختلف مستوى الضغوط النفسية لدى مستأصلي الحنجرة باختلاف مدة العلاج .

### 2-2-1 الفرضية الرئيسية الثانية:

- يلجأ مستأصلي الحنجرة إلى استراتيجيات متنوعة لمواجهة الضغوط النفسية. و التي تندرج تحتها ثلاث فرضيات جزئية .

#### الفرضية الجزئية الأولى:

- تختلف استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى مستأصلي الحنجرة باختلاف الشريحة العمرية.

#### الفرضية الجزئية الثانية:

- تختلف استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى مستأصلي الحنجرة باختلاف نوع الإستئصال الحنجري.

#### الفرضية الجزئية الثالثة:

- تختلف استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى مستأصلي الحنجرة باختلاف مدة العلاج.

### 3-1 أهمية الدراسة:

- تظهر الأهمية العلمية لهذه الدراسة من خلال الموضوع الذي تناوله والفئة المستهدفة في الدراسة، فئة مستأصلي الحنجرة، والعمل على وصف ظاهرة الضغوط النفسية التي تعاني منها هذه الفئة من المرضى، وكذا استراتيجيات مواجهة تلك الضغوط.
- كما تكمن أهميتها في أنها تتخذ من المتغيرات الديمغرافية (العمر الزمني) و المتغيرات الطبية العلاجية (نوع الاستئصال، مدة العلاج) التي يمكن أن تكون من بين العوامل المؤثرة في عملية التكيف مع وضعية استئصال الحنجرة موضوعاً لها.
- كما تستمد الدراسة أهميتها في كونها الدراسة العربية الأولى في حدود علمنا التي تناولت موضوع الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها لدى حالات الإستئصال الحنجري بالضبط.
- تساهم في إعلام جميع أعضاء الفريق القائم على عملية استئصال الحنجرة من أطباء وجراحي (أذن - أنف - حنجرة) وكذا الأفراد المحيطين بمرضى سرطان الحنجرة المقبلين على العملية

الجراحية بحجم الضغوط النفسية التي تعاني منها هذه الفئة ذلك بغرض مراعاة حالتهم النفسية بعد العملية

- يمكن أن تقدم هذه الدراسة صورة علمية للمهتمين والعاملين في المجال النفسي والطبي، ذلك لتقديم برامج وخطط علاجية من شأنها مساعدة مستأصلي الحنجرة على التكيف الجيد.

#### 4.1 أهداف الدراسة:

تسعى الدراسة الحالية لتحقيق الأهداف الآتية :

- الكشف على مستوى الضغوط النفسية التي يعاني منها مستأصلي الحنجرة
- الكشف عن إمكانية وجود اختلاف بين مستأصلي الحنجرة في مستوى الضغوط النفسية تبعاً لمتغير الشريحة العمرية ، نوع الإستئصال الحنجري و مدة العلاج.
- الوقوف على الإستراتيجيات المستعملة من طرف مستأصلي الحنجرة لمواجهة الضغوط النفسية
- الكشف عن إمكانية وجود اختلاف في استعمال إستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى مستأصلي الحنجرة تبعاً لمتغير الشريحة العمرية ، نوع الإستئصال الحنجري ، مدة العلاج .

#### 5-1 التحديد الإجرائي لمتغيرات الدراسة :

- الضغوط النفسية :

نعرفها إجرائياً حسب هذه الدراسة على أنها تلك الدرجة التي يتحصل عليها مستأصلي الحنجرة، على مقياس الضغط النفسي لـ " أوهام نعمان ثابت 2008 " الذي يحتوي على أربعة أبعاد وهي :

- البعد النفسي : يشير إلى مجموعة الأعراض النفسية التي يعاني منها مستأصلي الحنجرة ويظهر في 17 بند حسب المقياس.
- البعد الجسدي : يقصد به مجموعة الأعراض الجسمية التي تظهر عند الإصابة بالأورام السرطانية على مستوى الحنجرة وعند استئصالها ويظهر في 6 بنود حسب المقياس.
- البعد المرتبط بالعلاج : يقصد به مجموعة الأعراض التي يعاني منها مستأصلي الحنجرة أثناء وبعد العلاج ويظهر في 3 بنود حسب المقياس .



- البعد الاقتصادي و الاجتماعي : يقصد به اضطراب العلاقات الإجتماعية، و الصعوبات المالية التي يعاني منها المرضى جراء عملية استئصال الحنجرة و يظهر في 6 بنود حسب المقياس.

- استراتيجيات المواجهة :

نعرفها إجرائيا حسب هذه الدراسة على أنها الدرجة التي يتحصل عليها مستأصلي الحنجرة في مقياس استراتيجيات المواجهة لـ " لازاروس و فولكمان 1980 " و المعدل من طرف " كوسون 1996، و الذي يتكون من ثلاثة أبعاد : المواجهة المتمركزة حول المشكلة، المواجهة المتمركزة حول الانفعال، المواجهة المتمركزة حول الدعم الاجتماعي.

- مستأصلي الحنجرة :

هم مجموعة من الأشخاص تتراوح أعمارهم بين 40 - 86 سنة ، أصيبوا بسرطان الحنجرة مما أدى إلى عملية استئصاله إما جزئيا (إزالة أجزاء فقط من الحنجرة)، أو استئصال كلي للحنجرة (إزالة كل الحنجرة)، و كل هذا يقرره الطاقم الطبي (طبيب - جراح) بمصلحة (أذن- أنف - حنجرة ) حسب حجم الورم السرطاني و موضعه من الحنجرة.

## الفصل الثاني : الضغوط النفسية

1-2- تاريخ ظهور مفهوم الضغوط النفسية.

2-2- تعريف الضغوط النفسية.

3-2- علاقة الضغوط النفسية ببعض المفاهيم.

4-2- أنواع الضغوط النفسية.

5-2- مظاهر وأعراض الضغوط النفسية.

6-2- النظريات المفسرة للضغوط النفسية.

7-2- قياس الضغوط النفسية.

## 1-2 تاريخ ظهور مفهوم الضغوط النفسية:

الضغوط مفهوم مستعار من العلوم الفيزيائية ويشير إلى الإجهاد، ولقد استعار علم النفس بوصفه علما حديثا النشأة مصطلح الضغوط من الفيزياء وهو يشير إلى المشقة أو الضغط الواقع علينا في حياتنا اليومية، وفي الطب نجد أن تعريف الضغط يكون مندوبا إلى ضغط الدم ويقصد به الضغط الذي يحدثه سريان الدم على جدار الأوعية الدموية، أما المفهوم الهندسي للضغط فهو يشير إلى القوة الدافعة على وحدة المساحات في الاتجاه العمودي عليها، كما نجد تعريفا للضغط الجوي في الطبيعة وهو أنه التركيز على نقطة معينة بفعل الثقل الذي يحدثه تيار الهواء على هذه النقطة ويرجع سميث ( smith ) المعنى الإشتقائي للمصطلح إلى الأصل اللاتيني، فكلمة ضغط stress مشتقة من الكلمة اللاتينية stictus وهي تعني الصرامة، وهي تدل ضمنيا على الشعور بالتوتر وإثارة الضيق والذي يرجع في أصله إلى الفعل stringere والذي يعني يضد tighten، ومعنى هذا أن الضغط يشير إلى مشاعر الضيق والقلق الداخلية التي يتعرض لها الكثيرون في ظروف ما، ولقد اشتقت كلمة الضغط من الكلمة الفرنسية Estresse وهي تعني الضيق أو القمع والإضطهاد والتي يبدو أنها تدل ضمنيا على الحبس والقيود والظلم والحد من الحرية.

وفي القرن الرابع عشر استخدم هذا المصطلح بطريقة أكثر عمومية ليصف المشقة أو الضيق أو الشدة، واستخدمت هذه الكلمة في القرن السابع عشر ميلادي لتصف الشدة والصعوبات الهندسية، غير أن العديد من الدعم والتأييد النظري لمفهوم الضغط استمر متأثرا بعمل المهندس روبرت هوك ( Hooke ) أواخر القرن السابع عشر، فلقد كان هوك مهتما بتصميم الأبنية مثل الجسور التي تتحمل حمولة ثقيلة وتقاوم قوى الطبيعة مثل الرياح والزلازل دون أن تنهار وتتداعى، ومن ثم كتب هوك عن فكرة الحمولة أو العبء كقوة خارجية، وطبقا لوجهة نظره ينشأ الضغط من تأثير العبء أو الحمل على البناء الذي من خلاله يظهر الإجهاد على هذا البناء، ولذلك يكون الضغط هو استجابة النظام أو البناء للحمولة، ويكون ذلك مماثلا لإستجابة الضغط التي تصدر عن الكائن الحي والتي تتبدى في المواجهة أو الهروب من الموقف الضاغط، وبالرغم من صياغة هوك عن الضغط والتي اشتقت لأغراض هندسية فإنه كان لها تأثير واسع كنموذج تفسيري لمصطلح الضغط على الجهاز الفسيولوجي والنفسي ومنذ ذلك الوقت تجسد مصطلح الضغط في العلوم الفسيولوجية والطبية والاجتماعية.

وفي أواخر القرن الثامن عشر يشير الضغط إلى القوة La force أو التوتر أو الاجهاد .

( طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006م، ص 17، 18 )

وفي سنة 1914 م قام الفيزيولوجي الأمريكي كانون ( cannone ) بربط مصطلح الضغط بعمليات التنظيم الهرموني للانفعالات عند الحيوانات . ( Luis Crocq , 2007 ,p3 )

فاستخدم كانون جملة الضغوط وذلك من خلال ملاحظة ردود فعل الغدة الكظرية والجهاز العصبي والسنبثاوي في مواقف البرد أو الحاجة إلى الأكسجين.

( ابتسام محمود ومحمد سلطان، 2009، ص 83 )

أما في سنة 1955 قام كل من الطبيب العسكريين الأمريكيين ( R.Grinker ) و ( J.Spegel ) وهما مختصين في الأمراض العقلية، قاما بإطلاق هذا المصطلح ( الضغط ) على مجموع الأمراض العقلية والنفسية التي ظهرت أثناء الحرب، وقد ذكر ذلك في كتاب لهما تحت عنوان " أشخاص تحت الضغط " وكان ذلك للإشارة إلى الحالة النفسية للجنود المعرضين لانفعالات المعارك، الشئ الذي ينتج عنه ظهور اضطرابات نفسية حادة ومزمنة.

وفي سنة 1950م قام الفيزيولوجي الكندي ( H.selye ) بتبني مصطلح " الضغط " للإشارة إلى ما كان يعرف منذ سنة 1936 " التناذر العام للتكيف " أو ما يعرف أيضا " الفعل الفيزيولوجي الموحد " الذي ينتج عن العضوية عندما تتعرض لعدوان ما مهما كانت طبيعته. ( Luis croq, 2007,p3-4 )

وفي عام 1956 م استخدم سيلبي ( selye ) مصطلح الضغط في كتاباته المبكرة ليشير إلى حالة من التمزق والبلى داخل الجسد أو ليشير إلى مجموعة التغيرات غير المحددة لأي مطلب أو حدث خارجي والمسببة للضرر، وبعد ذلك عرف سيلبي الضغط بأنه " الاستجابة الفيزيولوجية غير المحددة التي يستجيب لها الجسد لأي مطلب يقع عليه".

( طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006م، ص 19 )

تأتي بعدها جهود الباحثين بعد الانتقادات التي وجهت لنظرية هانس سيلبي في تفسيره للضغوط على أساس أنه أهمل مبدأ الفروق الفردية وخاصة دور العمليات المعرفية في حدوث الضغط من عدم حدوثه، وتعتبر أعمال لازورس وفولكمان ( Lazarus et folkman 1984 , 1968 )

من الأعمال الحديثة التي تفسر الضغط من خلال عملية التقييم التي يقوم بها الفرد إزاء تعرضه لأي موقف، إذ تدرك الأحداث بأنها ضاغطة عندما يعتقد الناس بأنهم لا يملكون الإمكانيات (وقت، نقود، طاقة) الكافية لمواجهة ما تفرضه البيئة من أذى، وتهديد وتحدي، كما يؤدي الضغط إلى تغيرات عدة تشمل جوانب الاضطراب في الإستجابات الانفعالية والمعرفية والفيزيولوجية والأدائية، فالطريقة التي يقيم بها الفرد الحدث هي التي تقرر ما إذا كان الحدث سيعود مصدر ضغط أم لا، فالأحداث السلبية أو التي لا يمكن السيطرة يمكن أن تدرك على أنها أحداث ضاغطة. (شيلي تايلور، 2008، ص 408)

## 2-2 تعريف الضغط النفسي:

استعمل المصطلح في الأصل للتعبير عن معاناة و ضيق أو اضطهاد. أما في الإنجليزية الحديثة، فإن الحاجة قد ظهرت لوجود مصطلح يعطي معنى الضغط والتوكيد، وذلك لوصف الألم الكامن والمتضمن في الكلمة الأولى في آن واحد. و عبر الوقت استخدم مصطلح stress ليعطي هذا المعنى (حمدي الفرماوي، رضا أبو سريع، 1994، ص 12-13)

و لتعريف مصطلح الضغوط و الوقوف على أصل المصطلح رجعنا إلى بعض المعاجم والموسوعات و القواميس اللغوية و السيكولوجية و كذلك تعريفات علماء النفس و الباحثين في مجال الضغوط.

## 2-2-1 تعريف الضغوط من خلال القواميس و المعاجم اللغوية :

تعرف دائرة معارف القرن العشرين الضغوط بـ "ضغطه" يضغطه ضغطا عصره، و"الضغط" القهر (محمد فريد وجدي، 1971، ص 652)

و يعرف قاموس مختار الصحاح الضغوط ضغطة، زحمه إلى حائط و نحوه و بابه قطع و منه ضغطة القبر بالفتح و أما الضغطة بالضم فهي الشدة و المشقة و يقال : اللهم ارفع عنا هذه الضغطة، و الضاغط كالرقيب و الأمين يقال أرسله ضاغطا على فلان سعى بذلك لتضييقه على العامل و منه حديث معاذ كان على "ضاغط".

(محمد بن أبي بكر بن عبد القادر الرازي، 1995، ص 160)

و يعرف قاموس المصباح المنير الضغوط ب: ضغط فضغطة ضغطا من باب نفع زحمة حائط وعصره ، ضغط ومنه ضغطه القبر لأنه يضيق على الميت و الضغطة بالضم الشدة .

(أحمد بن محمد بن علي الفيومي المقرئ، 2001 ص 137)

## 2-2-2 تعريف الضغوط من خلال المعاجم و الموسوعات السيكلوجية :

يعرف معجم علم النفس (1971) كلمة ضغط بأنها توتر أو صراع ، حالة من التوتر النفسي الشديد (فاخر عاقل ، 1971 ص 110)

و تعرف الموسوعة المختصرة في علم النفس و الطب العقلي ( 1976 ) كلمة الضغوط بأنها شدة أو عبء أو محنة. وهي تفيد في الفيزياء و الكيمياء كل ما يسبب إجهادا لغيره، مثل القوة التي تضغط شيئا أو تجذبه و قد تغير حجمه أو شكله بإنقاصه أو مطه مثلا.

و في علم الوظائف تفيد الكلمة إحداث توتر بعضلة لدرجة الإجهاد أو الإحساس بهذا التوتر، وفي الناحية المرضية قد تستخدم الكلمة لكل ما يسبب إجهادا أو توترا نفسيا شديدا، كذلك يستخدم لفظ stress لتشديد النطق بمقطع في كلمة ، فالفرق بين stress ، strain ، أن stress تشير إلى الفاعلية ، و strain ، إلى الأفعال ، أي أن الجهد stress يؤدي إلى الإجهاد strain. فإذا قام بناء على أعمدة كان البناء عبئا stress و إن لم تحتل البناء ناءت به و مالت ، و لذلك يمكن ترجمة strain and stress إلى جهد و إجهاد و إلى عبء. (وليم الخولي ، 1976 ، ص 426).

و يعرف كمال دسوقي في ذخيرة مصطلحات أعلام علم النفس الضغوط بأنها :

كإسم : ضائقة ، كرب ، شدة . (ب) كحال : شد أو جهد جسميا كان أو نفسيا . (ج) كفعل: التشديد في القول أو الكتابة ، و شد (قوة شد أو مقاومة ) تجرى على نسق أو جهاز فتحدث جهدا أو تحريفا بالجهاز ، وقد يقتصر الاصطلاح على الشدة المادية أو الأجهزة الجسمية ، و قد يتوسع به إلى الشدائد و الأجهزة النفسية ، كما يقصد به التوكيد أو التشديد على المقاطع بعينها في لغة الكلام. (كمال دسوقي ، 2001 ، ص 1427)

و يعرف شاكر قنديل في موسوعة علم النفس و التحليل النفسي (1933) الضغوط بأنها تشير إلى وجود عوامل خارجية ضاغطة على الفرد سواء لكليته أو على جزء منه و بدرجة توجد لديه

إحساسا بالتوتر ، أو تشويها في تكامل شخصيته و حينما تزداد شدة هذه الضغوط فإن ذلك يفقد الفرد قدرته على التوازن ، و يغير نمط سلوكه عما هو عليه إلى نمط جديد ، و للضغوط النفسية آثارها على الجهاز البدني و النفسي للفرد ، و الضغط النفسي حالة يعانها الفرد حين يواجه بمطلب ملح فوق حدود استطاعته أو حين يقع في موقف صراع حاد، أو خطر شديد.

(عبد القادر فرج طه و آخرون ، 1993 ، ص 445)

و يعرف الدليل التشخيصي و الإحصائي الرابع DSM - IV الصادر عن الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين (1994) اضطراب الضغوط الحاد بالآتي :

- أ- إذا تعرض الشخص لأحداث صدمية حيث تضمنت مايلي :
- مرور الشخص بتجربة أو شاهد أو واجه حدث أو أحداث تضمنت وفاة فعلية أو تهديد بالوفاة أو إصابة خطيرة أو تهديد بالعجز البدني أو تهديد للذات أو الآخرين.
  - أن تتضمن استجابة الشخص الخوف الشديد أو الشعور بقلّة الحيلة أو الهلع.

ب- أن يشعر الفرد بثلاثة أعراض أو أكثر أثناء أو بعد المرور بالحدث الضاغظ و هذه الأعراض هي :

- إحساس ذاتي بالخدر (فقدان الإحساس ) أو الانفصال أو غياب الاستجابة الانفعالية .
- إنخفاض في الوعي بالبيئة المحيطة (كما لو كان الشخص مصابا بالدوخة أو الدوار)
- انخفاض الإحساس بالعالم الخارجي أو تغيير جذري في إدراكه حيث يصبح فارغا من كل معنى .

- اختلال الأنية ( أو اضطراب الشعور بالأنية )
- فقدان الذاكرة الهستيري الانشقاقي ( على سبيل المثال عدم القدرة على استدعاء جانب مهم للصدمة ).

ج- أن الحدث الصدمي سيعاد معاشته بشكل دائم بأسلوب واحد على الأقل من الأساليب الآتية:

تصورات متواترة أو دورية ، أفكار ، أحلام ، هذات ، نوبة عودة الأحداث ، أو الإحساس بإعادة معاشة الخبرة الصدمية ، أو الشعور بالضغط النفسي عند التعرض لأشخاص أو أشياء تذكر بالحدث الصدمي.

د- تجنب ملحوظ للمثيرات التي تستثير استدعاءات الصدمة (على سبيل المثال الأفكار ، المشاعر ، المحادثات ، الأنشطة ، الأماكن ، الأشخاص)

هـ- أعراض ملحوظة من القلق أو الإثارة المتزايدة ( على سبيل المثال صعوبة النوم ، عدم الاستقرار النفسي ، ضعف التركيز ، الحذر الشديد ، المبالغة في الاستجابة الترويعية ، عدم الارتياح الحركي )  
و - الاضطراب بسبب ضغوط إكلينيكية ، ، أو عجز في النواحي الاجتماعية أو المهنية أو الوظيفية المهمة الأخرى، إعاقة قدرة الفرد على مواصلة بعض المهام الضرورية أو نقل الموارد الشخصية عن طريق إخبار أعضاء الأسرة بالخبرة الصدمية.

ي - الاضطراب لفترة لا تقل عن يومين ولا تزيد عن أربعة أسابيع وتحدث خلال أربعة أسابيع من الحدث الصدمي. (DSM-IV, 1994, p212, 211)

ويعرف معجم علم النفس و الطب النفسي (1995) الضغوط بأنها حالة من الإجهاد الجسدي والنفسي، والمشقة التي تلقى على الفرد بمطالب و أعباء عليه أن يتوافق معها، وقد يكون الضغط أو الانعصاب داخليا أو بيئيا. وقد يكون قصيرا أو طويلا، وإذا طال هذا الضغط و أفرط فقد يستهلك موارد الفرد ويتعبها ويؤدي إلى انهيار أداء الوظائف المنظمة، و من أنواع المواقف التي تنتج هذا الضغط الإحباطات و الحرمان و الصراعات و الضغوط و كلها قد تكون داخلية المصدر أو خارجية، و يستخدم اللفظ ليعني التأكيد على كلمة أو فكرة أثناء الكلام أو في الكتابة وقد قدم هذا اللفظ و استخدمه هانز سيلي أول مرة حوالي 1940  
(جابر عبد الحميد، علاء الدين كفاي، 1997 ص 749).

ويعرف معجم علم النفس المعاصر ( 1999 ) الضغوط بأنها مصطلح يستخدم للدلالة على نطاق واسع من حالات الإنسان الناشئة كرد فعل لتأثيرات مختلفة بالغة القوة (عوامل الإجهاد) ثم استخدم مفهوم الضغوط لوصف حالات فردية في ظروف صعبة على المستويات الوظيفية العضوية و النفسية و السلوكية و يمكن أن يكون للإجهاد تأثيرات إيجابية و سلبية على السواء، فقد تصل بالإنسان إلى أفضل مستوى من النشاط و قد تصل به إلى الاختلال الكامل لنظامه.

(بتروفسكي، ياروشفسكي، ترجمة حمدي عبد الجواد، عبد السلام رضوان، 1999، ص 303).



ويلاحظ من خلال تعريفات الضغوط عبر المعاجم و الموسوعات السيكولوجية الآتي:

- 1- قدمت بعض المعاجم و الموسوعات السيكولوجية تعريفا للضغوط يعتبر أقرب لمعنى الكلمة من الناحية اللغوية مثل تعريف (فاخر عاقل، 1971، وليم الخولي، 1976، كمال دسوقي، 2001) وإن كان تعريف كمال دسوقي أقربهم إلى الناحية اللغوية من السيكولوجية.
- 2- تباينت تعريفات الضغوط بين المعاجم و الموسوعات السيكولوجية فمنها ما اقتصر على الوصف البسيط بدون أي اتجاه للتعريف مثل تعريف (دسوقي، 2001) والذي أعطى كذلك معان مستقلة قريبة من الضغوط مثل التوتر و الصراع بل ربما كان تعريفه أقرب للقلق من الضغوط غير أن تعريفه لم يتعد سوى الضغوط النفسية وربما آثار الضغوط وليس الضغوط.
- 3- وعرفت بعض المعاجم و الموسوعات الضغوط كمتغير مستقل أو مثير كتعريف (جابر عبد الحميد، علاء الدين كفاقي، 1995) كما عرف بتروفسكي، ياروشفسكي الضغوط كمتغير تابع أو استجابة.

4- في حين جمع تعريف شاكر قنديل 1993 بين الاتجاهين المتغير المستقل أو المثير و المتغير التابع أو الاستجابة و هو تعريف تكاملي حيث أبرز كذلك دور التفاعل بين المثير و الاستجابة و الآثار الناتجة عن الضغوط و كان أقرب إلى ذلك تعريف الدليل التشخيصي و الإحصائي الرابع (IV) (DSM) حيث عرف الضغوط باعتبارها اضطرابا يبدأ (بالمثير) بتعرض الشخص لحادث صدمي كالتهديد بالموت أو الأذى ثم الاستجابة مثل الخوف الشديد و الاحساس بالضعف و العجز ثم ينتهي بأعراض للضغوط تصل به إلى درجة الاضطراب مثل نقصان الوعي بالبيئة و اختلال الآنية ولذلك أطلق عليه اضطراب الضغوط الحاد.

### 2-2-3 تعريف الضغوط النفسية من خلال علماء النفس و الباحثين في مجال الضغوط

من خلال اطلاعنا على تعريفات الضغوط عبر التراث النفسي لدى علماء النفس و الباحثين في مجال الضغوط يتضح بادئ ذي بدء أن هناك ثلاثة اتجاهات رئيسية في تعريف الضغوط النفسية فأولها يركز على تعريف الضغوط كمثير و ثانيها يركز في تعريفه للضغوط على الاستجابة الصادرة إزاء المثير و فريق ثالث يجمع في تعريفه للضغوط بين المثير و الاستجابة بالإضافة إلى متغيرات وسيطة قد لا تكون واضحة.

و نعرض فيما يلي بعض التعريفات التي ينطلق أصحابها من وجهات نظر مختلفة.

### 2-2-3-1 تعريف الضغوط النفسية كمتغير مستقل (كثير)

تعرف ريس 1976 ( Ress ) الضغوط النفسية بأنها مثيرات أو تغيرات في البيئة الداخلية أو الخارجية، بهذه الدرجة من الشدة و الدوام بما يثقل القدرة التكيفية للكائن إلى حده الأقصى، والتي في ظروف معينة يمكن أن تؤدي إلى اختلال السلوك أو عدم التوافق أو الاختلال الوظيفي الذي يؤدي إلى المرض و بقدر استمرار الضغوط بقدر ما يتبعها من استجابات جسمية و نفسية غير صحيحة. (نوال عبد اللطيف يس، 2001، ص 14)

و يعرف ديفيد فونتانا ( 1989 ) الضغط بأنه عبارة عن العنصر المجدد للطاقة التكيفية لكل من العقل و الجسم، فإذا كانت هذه الطاقة يمكنها احتواء المتطلبات و الاستمتاع بالإستثارة المتضمنة فيها فإن الضغط يكون مقبولا و مفيدا، أما إذا كانت لا تستطيع، و وجود الاستثارة يضعفها، فإن الضغط لا يكون مقبولا و غير مفيد بل ضار.

(حمدي الفرماوي، رضا أبو سريع، 1994 : ص 13-14).

و يفرق شعبان جاب الله ( 1992 ) بين أحداث الحياة المثيرة للمشقة و المشقة فيعرف الأولى بأنها تلك الأحداث و المواقف السلبية و المنفرة (أو غير المرغوبة) التي يتعرض لها الأفراد في حياتهم اليومية، أو المقربون منهم و تأثير لديهم درجات متباينة من مظاهر سوء التوافق في حين يرى أن مفهوم المشقة يشير إلى حالة نفسية ذات علامات و أعراض تتباين في شدتها بتباين قوة المثيرات الخارجية و الداخلية، و عندما تزداد شدة هذه الحالة اضطرابا فإنها تعوق توافق الشخص مع البيئة. (شعبان جاب الله، 1992، ص 36-37).

و يعرف ناصر المحارب ( 1993 ) الضغوط بأنها عوامل يتعرض لها الإنسان و ليست استجابته لما يتعرض له ( ناصر المحارب، 1993، ص 338).

و يعرف حسن غانم (1996) الضغوط بأنها تلك المعوقات التي تعترض الفرد و تولد لديه القلق والتوتر، و يختلف إدراك الأفراد لهذه المعوقات كما يختلفون أيضا في طرق مواجهتها و قليل من الضغوط مفيد و منشط، أما الكثير منها و المستمر قد يعجل بانهيار الفرد. (محمد حسن غانم: 1996، ص 42).

و تعرف فيولا موريس يوسف (1996) أحداث الحياة بأنها أحداث مادية مستقلة, ليس لها أي مغزى في حد ذاتها إلا إذا اقتحمت المجال النفسي للفرد و ذلك بصفتها أحداثا ضاغطة غير مألوفة فتؤدي إلى خلق حالة من الضغوط النفسية يصاحبها نوع من عدم التوازن و هي نسبية الأثر لإختلاف مغزاها عند الفرد. ( فيولا موريس يوسف ، 1996 ، ص 92 ) .

أما عبد الستار إبراهيم ( 1998 ) فيرى أن مفهوم الضغط في أبسط معانيه يشير إلى أي تغير داخلي أو خارجي من شأنه أن يؤدي إلى استجابة انفعالية حادة و مستمرة، بعبارة أخرى تمثل الأحداث الخارجية بما فيها ظروف العمل أو التلوث البيئي أو السفر و الصراعات الأسرية ضغوطا مثلها في ذلك مثل الأحداث الداخلية أو التغيرات العضوية كالإصابة بمرض أو الأرق أو التغيرات الهرمونية الدورية. (عبد الستار إبراهيم: 1998 ، ص 118، 119)

وترى نعمة عبد الكريم (1999) أن الضغوط مجموعة من التغيرات الداخلية و الخارجية المنشأ التي تمثل ضيقا أو حرجا أو تهديدا للشخص مما يؤدي إلى اضطراب حالته النفسية و الجسمية.

(نعمة عبد الكريم: 1999 ، ص 588.)

## 2-3-2-2 تعريف الضغوط النفسية كمتغير تابع ( كاستجابة)

لقد كان هانز سيلي ( Selye Hans 1976 ) أول من عرف الضغوط وفقا لهذا الاتجاه فقد عرفها بأنها تلك الاستجابة الجسدية غير محدودة لأي مطلب كان سلبيا أم إيجابيا. (Selye , 1976 , p 1)

و يعرف ميكانيك ( Mechanic 1978 ) الضغوط بأنها مجموعة الاستجابات التي تعبر عن حالة الضغط لدى الفرد في موقف معين. ( رشا راغب إبراهيم، 1998 ، ص 13 ).

و يعرف ميلز ( Mills 1982 ) الضغوط بأنها رد الفعل الداخلي للمواقف التي تحدث لنا و المطالب التي نواجهها و تسبب لنا حالة من القلق و التوتر و الغضب .

و يتفق هارون الرشيدى مع هانز سيلي في تعريفه للضغوط بأنها حالة من حالات الكائن الحي التي تشكل أساسا للتفاعلات التي يبدي فيها تكيفا أو التي يبدي فيها سوء تكيف.

(هارون توفيق الرشيدى ، 1999 ، ص 52.)

و يعرف صابر السيد محمد ( 2001 ) الضغوط النفسية بأنها ذلك الإحساس الناتج عن إدراك الفرد للصعوبات التي يواجهها و ما ينجم عنها من تهديدات و الذي يستدل عليه من سلوك الفرد عند تفاعله مع هذه الصعوبات. . (صابر السيد محمد، 2001، ص19)

### 3-3-2-2 تعريف الضغوط النفسية باعتبارها تفاعلا بين المتغير المستقل (كثير) والمتغير التابع ( كاستجابة ) في ضوء متغيرات وسيطة

و يمثل هذا الاتجاه كليفورد و آخرون ( lifford , et al 1986 ) حيث يعرفون الضغوط بأنها حالة داخلية تنتج عن مطالب جسدية تضغط على الجسد مثل حالات المرض، التمرين، الارتفاع الزائد في درجة الحرارة، أو من خلال المواقف البيئية و الاجتماعية والتي يتم تقديرها على أنها ضارة إلى حد كبير أو غير قابلة للتحكم فيها أو تزيد عن موارد المواجهة لدينا، و هي تسبب في عدد من الاستجابات البدنية بالإضافة إلى عدد من الاستجابات النفسية كالقلق وفقدان الأمل و الاكتئاب و التهيج و شعور عام بعدم القدرة على مواجهة العالم.

و كذلك يرى غريب عبد الفتاح (1999) أن مفهوم الضغط يشير إلى عملية نفسية بيولوجية معقدة تتكون من العناصر التالية:

1- إن هذه العملية تبدأ بموقف أو مثير ضار أو خطر بطبيعته و يسمى بالموقف الضاغط  
stressor

2- إذا تم تفسير الموقف الضاغط من جانب الفرد كخطر أو تهديد، فإن قلقا استجابيا سوف يستثار، و يشير لفظ ضاغط إلى المواقف و المثيرات التي توصف بطريقة موضوعية بدرجة من الخطر الفسيولوجي أو النفسي.(غريب عبد الفتاح، 1999، ص 353- 354)

و تعرف زينب شقير (2002) الضغوط النفسية بأنها مجموعة من المصادر الخارجية و الداخلية الضاغطة و التي يتعرض لها الفرد في حياته و ينتج عنها ضعف قدرته على إحداث الاستجابة المناسبة للموقف، و ما يصاحب ذلك من اضطرابات انفعالية و فسيولوجية تؤثر على جوانب الشخصية الأخرى.(زينب محمود شقير، 2002، ص4).

وتعرف أميرة الديب (2003) الضغط النفسي بأنه علاقة معينة بين الشخص و البيئة يجري تقييم الشخص لها على أنها مجهدة أو فوق احتمالته أو تعرض حياته للخطر.

(أميرة عبد العزيز الديب، 2003 ،ص8).

يلاحظ من خلال تعريفات الضغوط لدى علماء النفس و الباحثين في مجال الضغوط مايلي:

1- لقد تعددت و تباينت تعريفات الضغوط بتعدد و تباين الأطر النظرية و الرؤى التفسيرية التي ينطلق منها صاحب التعريف ففي حين ركزت بعض التعريفات على المنحى الفسيولوجي مثل تعريف سيللي (1976) و يقترب منه تعريف هارون الرشيدى نجد تعريف فيولا موريس (1996) أقرب إلى المنحى المعرفي حيث أن أحداث الحياة مادية مستقلة أي ليس لها معنى إلا إذا أدركت بوصفها كذلك أي ضاغطة.

2- بالرغم من أن أغلب التعريفات ركزت على أحداث الحياة الضاغطة السلبية إلا أن بعض التعريفات أوردت أحداث الحياة الايجابية ضمن تعريفها .

3- ركزت أغلب التعريفات على أن الضغوط ضارة و سيئة إلا أن البعض رأى أن الضغوط تكون نافعة و جيدة عند مستوى معين و منها و تعريف ديفيد فونتانا (1989) ، محمد حسن غانم ( 1996 ).

4- ركزت تعريفات الضغوط عبر الاتجاه الأول و هو الضغوط باعتبارها مثير على الضغوط الخارجية، مثل الضغوط الاقتصادية والاجتماعية و المهنية و البيئية و كذلك الضغوط الداخلية مثل الضغوط العاطفية و النفسية و الجسمية و الفسيولوجية.

بالإضافة إلى أن أغلب التعريفات في هذا الاتجاه أغفلت دور الفرد و كذلك الإدراك و العوامل الوسيطة الأخرى في التفاعل مع الأحداث الضاغطة و بهذا يكون للفرد دور سلبي.

5- وقد عرفت الضغوط باعتبارها استجابة و هو الاتجاه الثاني في التعريفات السابقة و تنوعت تعريفات الضغوط كاستجابة بين الاستجابة الفسيولوجية مثل تعريف سيللي و الاستجابة النفسية مثل تعريف ميكانيك و ميلز، غير أن هذا الاتجاه ركز على الضغوط باعتبارها متغير تابع.

6- و يأتي الاتجاه الثالث ليعرف الضغوط باعتبارها تفاعلا بين المثير و الاستجابة و يتخللها متغيرات وسيطة، و هو اتجاه مركب في تعريف الضغوط يجمع بين الاتجاه الأول و الثاني كما يجعل للفرد دورا إيجابيا في طريقة إدراكه للضغوط و تفسيره لها باعتبارها ضاغطة أم لا. كما

يركز هذا الاتجاه على المنحى التفاعلي الذي يعرف الضغوط من خلال العلاقة بين الشخص والبيئة وأن أساس هذا التفاعل هو تقييم الشخص للموقف.

7- غالبا ما تعرف الضغوط مشتملة على كل أبعادها الاقتصادية والاجتماعية و النفسية والبيئية و المهنية أو كل ما من شأنه أن يؤثر على الشخص من الخارج أو من الداخل و أحيانا نرى البعض يقصر مصطلح الضغوط على الضغوط النفسية مثل ريس، صابر السيد محمد، زينب شقير. و ذلك مما يحدث خلطا في تحديد مصطلح الضغوط، فهل يقصدون بالضغوط النفسية كل الضغوط أو بعضها و إلا فأين الضواغط أو المواقف الضاغطة الخارجية و نرى أن مصطلح الضغوط النفسية هو أقرب إلى ما يمكن أن تحدثه ضغوط الحياة أي آثار الضغوط أو على الأقل تعتبر بعضا من الضغوط و تعبر عن الضغوط الداخلية.

و بناء على ما سبق نحاول أن نقدم تعريفا للضغوط و مفاده أن الضغوط " هي مجموعة من أحداث الحياة الخارجية التي تتعلق بالمجال ( الاجتماعي و الاقتصادي و المهني و البيئي ) و الداخلية ( النفسي و الجسدي ) و التي تتسم بطابع المحايدة حيث يتوقف مدى تأثيرها على الفرد و تأثر الفرد بها على طريقة إدراكه و تقييمه لهذه الأحداث."

و نوضح خصائص هذا التعريف كالآتي:

أن هذا التعريف ينتمي إلى الاتجاه الثالث في تعريفات الضغوط و الذي يركز على الطبيعة التفاعلية بين المثير (الضواغط ) و الاستجابة ( الانضغاط) مع وجود دور إيجابي للفرد في طريقة إدراكه و تفسيره لأحداث الحياة.

- يعتبر هذا التعريف أن الضغوط مفهوم مركب فهو ليس عاملا مستقلا أو مثيرا فقط و ليس عاملا تابعا أو استجابة فقط و لكنه مفهوم مركب من الأول و الثاني في إطار علاقة تفاعلية يتوسطها عوامل و سيطرة قد لا تكون ظاهرة أهمها إدراك الفرد.

- طالما أن الإنسان يعيش في وسط مجتمع فحتما سيتعرض لتأثير العوامل الخارجية المحيطة به كالنواحي الاجتماعية و الاقتصادية و المهنية و البيئية و كذلك العوامل الداخلية كالنواحي النفسية الجسمية.

- يعطي هذا التعريف للإنسان حقه كإنسان، و الذي ميزه الله على سائر المخلوقات بالعقل الذي يدرك الأحداث فيؤثر فيها بقدر ما يتأثر بها بخلاف الحيوان الذي يستجيب للضغوط بدون إرادة فاعلة.

ومن خصائص هذا التعريف أنه جعل أحداث الحياة محايدة فالحدث الضاغط لا يكون ضاغطا في حد ذاته إلا إذا أدركه الفرد بوصفه ضاغطا، وبمعنى آخر أن هذه الأحداث الخارجية ترتبط بالوسط المادي الفيزيقي للفرد ولا ترتبط بالوسط السيكولوجي له إلا إذا تأثر بها، وذلك يتضح من خلال اختلاف استجابة الأفراد لنفس الحدث الواحد.

## 2-3- علاقة الضغوط ببعض المفاهيم:

من خلال تطرقنا لمختلف تعريفات الضغط النفسي وجدنا بأن الشخص يصبح يتخبط في القلق والإحباط، الاكتئاب والتعب بالإضافة إلى الاجتهاد والاحتراق النفسي والصراع النفسي وهذه المفاهيم كلها تعد نتاجا للضغوط، وهذا ما دفعنا لإلقاء نظرة بسيطة عن هذه المفاهيم للإشارة لمدى ارتباطها بالضغط النفسي.

2-3-1 القلق: حسب محمد الصريفي ( 2008 ، ص47 ) بأنه : " حالة غير محددة للفرد تعبر عن عدم شعوره بالسعادة اتجاه المستقبل، وهو يعتبر نتيجة سيكولوجية لتعرض الفرد للضغط ولنقص إشباع الحاجات كما أنها أكثر الأعراض السيكولوجية الملحوظة للضغط النفسي، كما يقل الشعور بالقلق بانخفاض مستوى الضغط المعاش.

2-3-2 الإحباط : يقول محمد قاسم عبد الله ( 2004 ، ص124 ): " هو الحالة الانفعالية التي يمر بها الفرد حين يدرك وجود عائق يمنعه من إشباع دافع لديه أو توقع مثل هذا العائق في المستقبل مع ما يرافق ذلك من تهديد وتوتر نفسي.

وحسب محمد الصبريفي ( 2008 ، ص47 ): " فإن نقطة الاختلاف هي أن الضغط يعتبر سببا لحدوث الإحباط وكذلك الإحباط يعبر عن الجانب السلبي فقط. "

2-3-3 الإكتئاب: يعرفه عبد الرحمان العيسوي ( 2001 ، ص124 ) بأنه: " حالة مزاجية يصاحبها الشعور بعدم القيمة وفقدان الشعور بالألم والنظرة التشاؤمية لحياة الانسان ومستقبله والكآبة وانكسار النفس وانخفاض الروح المعنوية والشعور بالهم والغم والنكد والحزن والألم "

2-3-4التعب: يقول محمد الصريفي ( 2008 ، ص48 ) بأنه: " فقدان الكفاءة وعدم الرغبة في القيام بأي مجهود عقلي أو جسماني/ وينشأ كنتيجة للمجهود المستمر والمكثف وينتهي أمره

بحصول الفرد على الراحة والنوم ، ذلك ماجاء بالموسوعة الأمريكية حيث أوضحت أنه يحدث نتيجة للمجهود الجسدي والدهني الزائد والمكثف .

5-3-2 الإجهاد: حسب محمد الصريفي ( 2008 ، ص48 ) يعني : " عدم قدرة الفرد على تحمل أو مواجهة الضغوط التي تصادفه أي أنها حالة فقدان لجميع القوى التي يمتلكها الفرد ، كما أنه نتيجة فيزيولوجية للضغط النفسي، ويختلف عن الضغط في أن الاجهاد يعتبر من النتائج الفيزيولوجية المترتبة عن ضغط نفسي وله جانب سلبي فقط .

6-3-2 الصراع النفسي : يعرفه محمد قاسم عبد الله ( 2004 ، ص135 ) بأنه " حالة نفسية مؤلمة يشعر بها الفرد بوجود نزاعات ورغبات وحاجات متناقضة لا يمكن تحقيقها معا، فقد يوجد لها دافعان يريد إشباعهما في وقت واحد ويكون ذلك مستحيلا لأن كل منهما في اتجاه مضاد لاتجاه الآخر، ويدفع الفرد لنشاط مخالف ولا يمكن إشباعهما دفعة واحدة".

7-3-2 الاحتراق النفسي: حسب علي عسكر (2000 ، ص112) يشير الاحتراق النفسي إلى: حالة من الإنهاك والإستنزاف البدني والانفعالي نتيجة التعرض المستمر لضغوط عالية ويتمثل الاحتراق النفسي في مجموعة من المظاهر السلبية منها على سبيل المثال التعب والارهاق، الشعور بالعجز، فقدان الإهتمام بالآخرين السخرية من الآخرين، فقدان الإهتمام بالعمل، الكآبة، الشك في قيمة الحياة، والعلاقات الاجتماعية والسلبية في مفهوم الذات .

#### 4-2- أنواع الضغوط النفسية:

تتفاوت الضغوط التي يواجهها الناس، فمنها الضغوط الخفيفة أو المعتدلة أو الشديدة، ومن الضغوط ما هو مؤقت، ومنها ما هو مستديم، كما أن الناس يتفاوتون في استجاباتهم لنفس الضغوط تبعا لشخصيتهم، وقدراتهم في الاستجابة والتكيف، وإدراكهم للضغوط ونتائجها عليهم، ومدى تحملهم، وما يتمتعون به من دعم ومؤازرة. (حسين حريم، 1997 ، ص380).

أما ثيرول (Theorell) (1970) فقد قسم مثيرات الضغط إلى حادة ومزمنة، الأولى: تعني تغيرات الحياة التي يمر بها الشخص، والثانية: مجموع التقديرات الكلية للأحداث وعدد الأحداث التي تعرض لها المبحوث بالفعل. (جمعة سيد يوسف، 2000 ، ص259).



وفيما يلي سنحاول التطرق إلى أبرز أنواع الضغوط النفسية :

- **الضغط النفسي الحالي:** هو نتيجة موقف معين (مسابقة مثلا) وإذا تم التحكم بها يصبح فعالا .
- **الضغط النفسي المتوقع:** يرتبط بدخول امتحان معين، ويكون ضارا عندما يعطيه الفرد أهمية كبيرة.
- **الضغط النفسي الحاد:** هو استجابة الفرد لتهديد فوري مباشر، وهو ما يسمى بالصدمة، حيث يجد الفرد نفسه في موقف يهدده ولا يستطيع منعه.

(وليد السيد أحمد، مراد علي عيسى، 2008، ص138).

وتتمثل الأحداث الحادة كذلك في: الحوادث، الوفاة بطريقة قاسية، الكوارث الطبيعية، الطرد من العمل، وغيرها التي تحمل معها مختلف الضغوط، والتي تكون غير متوقعة، غير مراقبة، مرتفعة الشدة، وتمثل في غالب الأحيان ضغوطا كبرى (des stress majeurs).

( Daniel Gloaguen , sans date , p 11 )

يصنف الضغط الحاد بأنه قلق كلاسيكي، يتسبب في توليد أعراض مرضية، وتبدأ أعراضها بالظهور عند الشخص بعد مضي شهر من تاريخ تعرضه إلى الضغوط وتستمر شدتها لمدة يومين على الأقل، ومن ثم تأخذ بالتلاشي التدريجي مدة أربعة أسابيع.

(ديانا هيلز، روبرت هيلز، 1999، ص ص82-83)

فالضغوط الحادة هي الأكثر انتشارا نتيجة متطلبات الماضي القريب والمتطلبات المتوقعة للمستقبل، وهذه يمكن أن يمر بها معظم الناس مثل: فقدان عقد مهم، ترك وظيفة، وغيرها، وهي لا تحدث التدمير كما هو الحال في الضغوط المزمنة. (أحمد توفيق، 2006، ص61)

وتتمثل أعراض الضغط الحاد في: خفقان القلب بسرعة وبقوة، تتشنج العضلات، تزداد سرعة التنفس، يجف الفم، التعرق، الإحساس باضطراب في المعدة (ناتالي بيرغ، 2004، ص10)

- **الضغط النفسي المزمن:** هو نوع من الضغوط التي تطحن الناس يوما بعد يوم وشهرا بعد شهر وسنة بعد سنة، والأمر أسوأ بالنسبة للضغوط المزمنة، حيث أن الناس تتعود عليها، وعليه

فالناس ينتبهون للضغوط الحادة لأنها مستجدة عليهم، ولكنهم يتجاهلون الضغوط المزمنة لأنها قديمة ويعتادون عليها، فالضغط المزمن هو نتيجة لأحداث منهكة تتراكم مع الزمن في شكل سلسلة من الضغوط المتراكمة. (وليد السيد أحمد، مراد علي عيسى، 2008، ص 138).

وفي غالبية الحالات الضغط يكون مزمنًا، والعامل الضاغط يتميز بأنه متكرر ونفسي، ويعيش الفرد تحت توتر دائم مما يدخله في خطر الإنهاك. (Daniel Gloaguen, sans date, p11).

• **الضغط الإيجابي:** الضغط النفسي عبارة عن العنصر المجدد للطاقة التكميلية لكل من العقل والجسم، فإذا كانت هذه الطاقة يمكنها احتواء المتطلبات، وتستمتع بالاستثارة المتضمنة فيها، فإن الضغط يكون مقبولًا ومفيدًا، أما إذا كانت لا تستطيع احتواء المتطلبات، ووجود الاستثارة يضعفها، فإن الضغط لا يكون مقبولًا وغير مفيد بل يكون ضارًا.

(حسين أحمد حشمت، مصطفى حسين باهي، 2006، ص 23-24)

كما يعتبر الضغط عنصرا طبيعيا لا مفر منه، وهذا نظرا للمواقف الضاغطة والمهددة التي يتعرض لها الفرد باستمرار، حيث يقوم الضغط بواسطة استجابات بيوكيميائية دالة عليه بمساعدة الفرد على مقاومة مثل هذه المواقف، وذلك من أجل السيطرة عليها وتعديلها، وبالتالي التخفيف من حدتها ليصل بذلك إلى نوع من التكيف مع ذاته ومع بيئته، ويظهر هذا الأخير من خلال :

- الجانب الجسدي: يحدث الضغط بطريقة مباشرة أو غير مباشرة تحسينات عديدة في هذا الجانب لتنشيط الجهاز الدوري، التنفسي، وغيرهما.
- الجانب الفكري: يتعلق بمختلف العمليات العقلية التي يعمل الضغط كمحفز على نضجها وتنميتها.
- الجانب النفسي/السلوكي: يتمثل في تعلم الفرد أنماطا سلوكية جديدة نتيجة اكتشافه لمجموعة من الخبرات الحياتية التي تعرض لها، والتي تساعد على حل المشكلات والاستعداد النفسي لها.
- الجانب العلائقي: ذلك عن طريق قدرة الفرد على التكيف مع المستجدات الخارجية وحسن تصرفه مع المواقف الاجتماعية الجديدة. (ابن زروال فتيحة، 2008، ص 119-120).

وقد تحدث بعض الباحثين أمثال: "سيللي" (1974) "إيفرلي" "روزنفيلد" , selye Everly & Rosenfeld , 1947- 1981 عن الضغط السار أو الإيجابي (Eustress) والذين يعتقدون أنه يظهر كتابع للأحداث الممتعة كالنجاح على سبيل المثال. (Bryan Hiebert, 1984, p16)

فالضغط الإيجابي يزودنا بالطاقة التي نحن بحاجة لها، وذلك لجعلنا في حالة نشاط وديناميكية، والتي تسمح بالعيش في توافق مع حالة الضيق، ومقاومته وإعطاء الأفضل لنا.

( Carnegie .D , 2000 , p15)

حيث يمثل الجانب الإيجابي قدرة الكائن الحي على التحكم في مصادر الضغط، ويشير "جكسنتمهالي" (Csikszentmihalyi) "إلى أن المتعة في ما يقوم به الفرد تظهر في الحدود بين الملل والقلق. (علي عسكر، 2000، ص25).

فليس من الضروري أن تكون الضغوط لها تأثير سلبي، فالقدر الخفيف من الضغوط يمكن أن يكون في بعض الأحيان مفيدا. (أحمد توفيق، 2006، ص61)

وتوصل "لوفي" (Levi) إلى وجود نوعين من الضغط: نوع مفيد لبقاء الفرد، ونوع ضار لنموه، وأكد أن الضغط شيء طبيعي في حياتنا ومن المستحيل تجنبه، وأن الإنسان يحتاج إلى قليل من الضغط المعقول. (مخلوف سعاد، 2005، ص25)

كما يوضح "كابلان" (1981) (Caplan) "بأن الضغوط النفسية قد تكون في بعض الأحيان قوة دافعة إيجابية ومبعثا للحياة والنشاط، تساعد الفرد على تحقيق أهدافه عن طريق مضاعفة مجهوداته ونشاطاته. (أمل سليمان العززي، 2004، ص16).

• **الضغط السلبي:** ويعرفه "إليسون" (Ellisson) "على أنه" عبارة عن استجابة كيميائية جسدية لحالة تهديد من مؤثر معين بهدف المحافظة على الذات، ولكن باستمرار تعرضه للمؤثر يمكن أن يسبب له أمراضا كأمراض القلب والسرطان... والضغط بهذا المفهوم يختلف باختلاف العوامل الضاغطة من حيث شدتها، تكرارها، وعادة يحدث نتيجة شعور الفرد بحالة من الإنذار المبكر حينما يدرك الموقف الذي يعيشه، فيزيد الجسم من إفراز هرمون الأدرينالين في الدم، ويدخل سلسلة من التغيرات الفيزيولوجية كزيادة ضربات القلب ووتيرة التنفس... الخ، وإذا لم تجد هذه

الطاقة المعبئة بطريقة تصريف عضلي، فإنها تنقلب على الجسم وتحطمه مما يؤثر على الوظيفة العضوية. (ابن زروال فتيحة، 2008، ص120)

وترى "ألين (Allen)" أن تعرض الفرد للمواقف الضاغطة الصعبة يكون لها تأثير سلبي، فتجعل الفرد عاجز عن تحقيق أهدافه، وأيضا يعجز عن التفاعل مع الآخرين، ومن ثم ظهور الأعراض النفسية والجسمية. (وليد السيد أحمد، مراد علي عيسى، 2008، ص138)

فمن النتائج السلبية للضغط النفسي على الجسد نجد: الأرق، التجاعيد، فرط التوتر، الخفقان، آلام الظهر، مشاكل البشرة، المعدة، إنتانات، العجز الجنسي، والتي تنعكس على العلاقات الاجتماعية وعلى النجاعة في العمل، وتظهر في: القابلية للغضب، فقدان القدرة على السماع، انخفاض القدرة على التركيز، الانسحاب، وتكون هذه الأعراض نمطية تسمى: الإرهاق (Surmenage).

فقد يكون للضغط المفرط والممتد تأثير مؤذ على الصحة العقلية والجسدية والروحية، وإذا ما تركت مشاعر الغضب، الإحباط، الخوف، الاكتئاب، المتولدة من الضغط دون حل فإنها تستطيع أن تطلق تشكيلة من الأعراض، والضغط يعد عامل مساعد على إحداث حالات ثانوية نسبيا كالصداع، الاضطرابات الهضمية، الاضطرابات الجلدية، الأرق، ويمثل كذلك دورا مهما في الأسباب الرئيسية للموت: كالسرطان، الأمراض القلبية الشريانية... وغيرها. (سمير شيخاني، 2003، ص13).

ويصبح الضغط مشكلة عندما يكون هناك الكثير منه ، عندما يدوم طويلا، أو عندما يحدث غالبا، عندئذ يبدأ بإحداث أعراض غير مرضية وإيذاء الجسم، وهذا هو الضغط السلبي الذي يسميه "سيللي" ب"المحنة". (ناتالي بيرغ، 2004، ص09)

وقد أكد كل من "ماير" و"سوتن" (Sutton&Mayer1996) "أن الضغوط تؤدي إلى الاضطراب النفسي والعقلي والعاطفي، مما يؤدي إلى فقدان الطاقة والثقة و ضعف الأداء والسلبية اتجاه الآخرين. (هشام عبد الرحمان خولي، 2007، ص63)

ولقد اعترف الباحثون بوجود نوعين من الانفعالات، يعتبر أحدهما إيجابيا والآخر سلبي، ومن بين هؤلاء الباحثين "هانز سيللي" الذي كان أول من عرف الانفعال النفسي البدني وشبهه ب"ملح الحياة"، وإن شدة الانفعال هي التي تضر بالجسم والسلوك، فقد يصل الأمر إلى ظهور أمراض

نفسية جسدية (les maladies psycho\_somatiques) وقد تحدث انحرافات سلوكية أهمها: شرب الخمر، الكحول، تناول المخدرات. (محمد نصرالدين يحيى، 2000، ص06) .

أشارت "ألين ( 1983 ) ( Alen )" إلى أن تعرض الفرد للمواقف الضاغطة قد يكون له تأثيرا إيجابيا يدفعه إلى تحقيق ذاته، وقد يكون له تأثيرا سلبيا يجعله يعجز عن تحقيق أهدافه، و يعجز أيضا عن التفاعل مع الآخرين، ومن ثم ظهور الأعراض النفسية. وأكد كل من "أبو سريع" و"رمضان محمد ( 1994 ) على أن الضغوط ليست كلها سيئة على الإطلاق، كما أنها ليست كلها جيدة على الإطلاق، وإنما هو متصل بين قطبين يضم العديد من المحددات والمتطلبات التي تتعلق بكل من العقل والجسم، فالضغوط هي مطلب من مطالب الطاقة الجسمية، و تبعا لطبيعة ومدى هذه الطاقة تتم الاستجابة على نحو ما، فإذا كانت طاقتنا جيدة وكافية فإننا نستجيب بطريقة جيدة وإذا لم تكن كذلك فإننا نستسلم وننهأر. (هشام عبد الرحمان خولي، 2007، ص63) .

• اضطراب الضغوط التالية للصدمة: (Post Traumatic Stress Disorder) يرمز له بـ (PTSD) يعرف في الطبعة المنقحة في "الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع المنقح" (TR-IV-2000, DSM) الذي صدر عن جمعية الطب النفسي الأمريكية بأنه "حدث كبير وجسيم وفجائي، خارج عن النطاق المألوف واستثنائي وخطير، مما يدخل الأفراد في دوامة من العجز للتكيف معه، وتتمثل في الأفعال المقصودة (الاعتداء الجسدي، الاغتصاب، السرقة، السطو بالقوة، أعمال إرهابية، الحروب) والحوادث العامة (حوادث الطرقات، الحرائق، حوادث العمل، حوادث صناعية) والكوارث الطبيعية (الزلازل، الفيضانات، الأعاصير،...الخ).

(محمد الصغير شرقي، سليمان جار الله، 2009، ص19)

• الضغوط المادية: لم ينشأ الإهتمام المستمر والمتنامي بالضغط من فراغ، بل إن ما تتكبده المؤسسات والمجتمعات من جراء تأثيراته السلبية من خسائر تقدر بالملايير، كفيل بجعله بؤرة اهتمام تنظيمات متنوعة، وذلك حسب تنوع أنشطة الإنسان ومناحي حياته (السياسية، الاقتصادية، العلمية، التربوية، الاجتماعية)، لذا فقد قامت منظمة الصحة العالمية (OMS) بعقد ندوة وزارية أوروبية حول الصحة العقلية واتضح من خلالها أن كلفة الضغط في البلدان الخمسة عشر (15) أعضاء الاتحاد الأوروبي قبل (2004) تتمثل في المتوسط ما بين (3و4 %) من المنتج

الوطني الصافي، أي ما يعادل (265 مليار سنويا)، كما قدر كل من كارازاك "Karasek" و"تيورال" (1999) هذه الكلفة في الولايات المتحدة الأمريكية ب(150 مليار دولار).

(ابن زروال فتيحة، 2007، ص ص 04- 05)

ويقرر"بيتر هانسون(Hanson Peter)"أن اقتصاد أمريكا الشمالية يخسر سنويا حوالي(200 بليون دولار) بسبب الضغوط، وأن الضغوط مسؤولة عن (80%) من الأمراض، وتسبب في وفاة الملايين من البشر سنويا، كذلك يرى أن الإنسان الخاضع للضغوط والذي لا يعرف كيف يواجهها بشكل صحي كثيرا ما يستجيب استجابة مرضية بالتدخين أو الإدمان على المخدرات.

(خالد محمود عبد الوهاب، 2006، ص 81)

• الضغوط الخارجية: هي صعوبات في التعامل مع المحيط الاجتماعي، عدم القدرة على مواجهة المشكلات وتحمل الصدمات كالحساسية المادية، موت شخص عزيز.  
(محمد علي كامل، 2004، ص 10.09)

• الإنهاك النفسي (الاحتراق النفسي) Burnout :هو مصطلح شاع استخدامه في اللغة الأنجلوسكسونية، ويستخدم بشكل مفرط مرادفا للضغط المهني، فحسب مقارنة التحليلي "فروندنبرجر (Freudenberger.J.H1974)" فإنه يشير إلى إرهاق يصيب على الأخص أصحاب المهن ذات الطابع الاجتماعي (الصحة، التعليم، الحماية المدنية...وغيرها) باعتبارها مهنا مرتبطة بشكل مباشر بالعلاقات والانفعالات بين الأشخاص، كما يعتبر تناذر الاحتراق النفسي استجابة لضغط مزمن يعبر عنها من خلال: إرهاق جسدي، نفسي، معرفي، يتميز بالشعور بالعجز واليأس، انخفاض تقدير الذات، فقدان الحماس في الحياة عموما، وفي العمل خصوصا.

لذا فهو حالة من استهلاك القوى الجسدية والعقلية والعاطفية مجتمعة، وتنشأ من النتائج التراكمية للإجهاد المتواصل، وبالتالي هي حالة من الاستنزاف التدريجي للطاقة، وإذا استمرت هذه الحالة يحدث تدهور للجهاز العضوي. (ابن زروال فتيحة، 2007، ص 24)

ففي أعمال كل من "إلدويتش" و"برودسكي(1980)(Brodsky&Eldewich)" و "جولمبيوفسكي (1983)(Golembiewski)" قاما بتمييز أربع مراحل متتالية في تطور الاحتراق النفسي:

- حماس، اندماج، بداية مستوى مرتفع من الطموح، يليها إحباط تدريجي راجع إلى قلة النجاح وعدم كفاية الموارد المتاحة
- يؤدي هذا التباعد بين المتطلبات والموارد المتوفرة إلى ضغط يظهر من خلال تعب نفسي متزايد
- إذا استمر التباعد يؤدي للضغط والخيبة بالفرد إلى تطوير استجابات دفاعية كالتشاؤم، اللامبالاة، العدوانية اتجاه المحيط المهني
- وأخيرا يبدأ الانسحاب والانفصال الانفعالي مؤديا إلى بلادة عامة، فيشعر الفرد بأنه مستنفذ ومحترق من الداخل. (ابن زروال فتيحة، 2007، ص 24-25)

كما يصنف الضغط النفسي إلى :

- **الضغط المتوقع: Anticipatory stress** : هو استجابة الفرد لضغط متوقع، فيحضر الذهن الجسم سلفا للتغيير، ويعتبر هذا الأخير مفيدا لتعديل درجة الضغط لأنه يحضر الذهن والجسم سلفا لأحداث على وشك الوقوع، لكنه يصبح ضارا عندما تضخم الأحداث بنتائجها السلبية.
- **الضغط الحالي/الجاري stress Current** : ينشأ هذا الضغط ويتراكم خلال تجربة الضغط، إذ يستثار الجسد استثارة شديدة كاليقظة الشديدة أثناء مناقشة أو كتدفق طاقة متسابق في المائة متر الأخيرة، فإذا تم ضبط هذا الضغط يصبح حيويا وفعالا لإنجاز العمل انجازا جيدا.
- **الضغط المتبقي Residual stress** : هو الذي يتراكم أو يبقى بعد انتهاء خبرة الضغط أو الموقف الضاغط، إذ يبقى الجسم في حالة استثارة ويقظة بعض الوقت بعد انتهاء الموقف الضاغط. (ابن زروال فتيحة 2007، ص 48)

ويميز "وليام بلوكر Bloker William" نوعين من الضغط :

- **الضغط المفيد (le bon stress)(l'eustress)** : الذي يعبر عنه بـ"ملح الحياة"، وذلك نظرا للدور الهام الذي يلعبه الضغط في تنشيط الجهاز الفسيولوجي للعضوية التي تستجيب عن طريقه للمواقف المهددة التي تعترضها

- **الضغط المضر: (Le distress)(le mauvais stress)** الذي إذا بلغ مستوى معين من الشدة قد يسبب أضرارا معتبرة جسمية كانت أو نفسية . (بن زروال فتيحة، 2007، ص34 )  
وأشار "يوسف ميخائيل أسعد(Asaad.M.Y)" إلى نوعين من الضغط النفسي:
  - **الضغط النفسي المؤقت:** الذي يكون حالة طارئة نتيجة موقف محدد بالذات.
  - **الضغط النفسي المزمن:** الذي يكون نتيجة لأسباب متراكمة أحدثت ضغطا نفسيا مزمنا ملازما للحالة النفسية للفرد. (مخلوف سعاد، 2005، ص26 ).

وقد قسم "أبتير(1989)(Apter)" الضغوط إلى نوعين هما :

- **ضغط التوتر Tension Stress :** فمصطلح التوتر يستخدم هنا في شكل يتفق مع الإستخدام اليومي للمصطلح، ولكي يشير إلى مشاعر عدم الراحة والشعور بأن الأشياء ليست كما ينبغي أن تكون عليه، وأن الفرد يحتاج لبذل جهد أكبر.
- **ضغوط الجهود Effort Stress :** تعني بأن الفرد يبذل جهدا أكبر للتقليل من ضغوط التوتر، كما أنهما (التوتر والجهد) يتعلقان ببعضهما إيجابيا، فكلما زاد التوتر كلما زاد الجهد للتغلب عليه. (وليد السيد أحمد، مراد علي عيسى، 2008، ص138 ).

ويحدد "ماك لين (Lin Mc)" متغيرين أساسين لفهم طبيعة الضغوط هما:

- **العبء الكمي Quantative Overload:** أي زيادة حجم الأعمال والمستويات المطلوبة من الأفراد والجماعات لمواجهة الإحساس بالضغط.
- **العبء الكيفي Calitative Overload:** هو أن الأعمال والمسؤوليات تنطوي على نوع من الصعوبة والتحدي، مما تؤملهم وإمكاناتهم ومهاراتهم وخبراتهم السابقة لإنجازها لمواجهة الضغوط. (وليد السيد أحمد، مراد علي عيسى، 2008، ص150 )

ووصف النفساني "دافيد الكند (Elkind David)" ثلاث مواقف يومية ضاغطة تتمثل في :

- ضغوط يمكن التكهن بها والتنبؤ بها ويمكن تفاديها
- ضغوط لا يمكن التكهن بها ولا يمكن تفاديها
- ضغوط منظورة ولكن لا يمكن تحاشيها.



وقد أظهر أن ما يحدث ضغطا عند شخص ما قد لا يظهر نفس الجواب عند آخر، وهذا ما يجعل "لازاروس" و"كوهين" Cohen& Lazarus "يقسمان الضواغط إلى ثلاث (3) مجموعات تتمثل في :

• الحوادث الجائحة (الكوارث): تجمع كل الحوادث المفاجئة والعنيفة: كالحروب، الكوارث الطبيعية (زلازل، براكين)

• الضواغط الشخصية: تجمع كل الأحداث القوية والشديدة: كالأمراض العضوية ( الربو، القلب، السرطان).

• الضواغط العامة: تجمع كل الحوادث التي تمتاز بشدة منخفضة، وبالاستمرارية والتكرار: كالزحام، المشاجرات، المضايقات اليومية...الخ. ( مقبال مولودة هديبل، 2008 ، ص ص 96-97)

## 2-5- مظاهر وأعراض الضغط النفسي:

يتجلى الضغط النفسي بمظاهر عديدة ، قد تكون فيزيولوجية ، أو انفعالية ، أو سلوكية أو مظاهر معرفية و يمكن تفصيلها كما يلي:

## 2-5-1 المظاهر والأعراض الفيزيولوجية الجسدية:

يضعف الضغط النفسي مناعة الجسم تجاه مقاومة الأمراض المختلفة، و يستجيب الفرد للمرض تبعا للمناطق الأكثر استعدادا للإصابة بالمرض، و بشكل مختلف من فرد لآخر وتتجلى الآثار الجسدية في المظاهر التالية :

- جفاف الفم و البلعوم
- التعب و الإنحطاط العام
- إرتعاش عصبي
- سرعة خفقان القلب
- إسهال / إمساك
- تردد الحاجة للبول
- ألم الرقبة
- ألم أسفل الظهر
- ألم أعلى الظهر
- نوبات دوار

- اضطراب المعدة و الجهاز الهضمي
- فقدان الشهية للطعام / أو زيادة الشهية
- ألم في الصدر
- تشنج عضلات الجسم

و مظاهر أخرى كالكسري، و الربو، و النوبات المتكررة للالتهابات التناسلية كل هذه المظاهر تحصل نتيجة ضعف جهاز مناعة الجسم بسبب الضغط النفسي، و بالتالي صعوبة مهاجمة الأمراض الجسدية. ( Schafer , 1992 , p 112 )

## 2-5-2 المظاهر والأعراض النفسية الانفعالية:

قام العلماء (المحارب، 1993 ) ، ( Lazarus , 1993 ) ، ( Ehiert , 1998 ) ، ( Zorrilla , 1996 ) ( Jones , 1996 ) ، ( Schigemi , 1997 ) نقلا عن (واكلي بديعة 2013) بدراسات عديدة لتحديد العلاقة بين الضغط النفسي و أعراضه العاطفية كالقلق و الاكتئاب، والأعراض النفسية و الذهنية، و قد أظهرت نتائج تلك الدراسات وجود علاقة ارتباط إيجابي بينهم، و بينت أن الضغط النفسي قد يسهم أيضا في تفاقم الاضطرابات النفسية الشخصية.

تتداخل مظاهر الضغط النفسية ببعض أعراض الاضطرابات الأخرى، إذ تتفاعل بعض العوامل المتشابهة المكونة للضغط النفسي مع عوامل الاضطرابات الأخرى، و تتجلى بعض هذه المظاهر فيما يلي:

- القلق في بعض أعراضه المشابهة لأعراض الضغط النفسي .
- الاكتئاب الذي قد يكون نتيجة ضغط نفسي مزمن غير معالج، و يشبه بعض أعراض الضغط النفسي كالتغيير في قابلية الطعام، و اضطرابات النوم، و نقص الاستمتاع بالحياة ( Web MD health , 1998 ) إضافة إلى انخفاض مستوى الطاقة، و الانسحاب، و عواطف ضبابية غير واضحة، و شعور بالعجز.
- الغضب هو أيضا من النتائج الإنفعالية للضغط النفسي إذ تؤدي الحاجات غير المحققة أو غير القابلة للضبط إلى الغضب و حدة الطبع و عادة ما يواجه الشخص الآخرين بهذا السلوك عندما يكون مضغوطا نفسيا، و لاسيما حين يكون فرد ما هو سبب الضغط النفسي.

و بشكل مجمل يمكن ذكر بعض الأعراض الإنفعالية للضغوط النفسية كما يلي:

- تناوب في المزاج و الإنفعال
- دافع قوي للبكاء
- دافع قوي لإيذاء الآخرين
- شعور بعدم الاستقرار العاطفي
- فقدان الشعور بالمتعة
- شعور بالقلق و الحزن
- خوف من المستقبل و توقع حوادث وشيكة الحصول
- خوف من عدم استحسان الآخرين
- خوف من الفشل
- صعوبة الإستغراق بالنوم
- ضعف الإستمتاع بالجنس
- قلة الصبر على غير العادة
- شعور بأن الأمور خارجة عن السيطرة
- شعور بفقدان الأمل أو خيبته

و ربما لا يتصاحب الضغط النفسي مع كل هذه الأعراض، إنما يكون الأمر تبعاً للموقف الضاغط من ناحية، و تبعاً للفروق الفردية في استجابة الفرد للموقف الضاغط من ناحية أخرى، كما أنها قد تكون مؤقتة تنتهي مع انتهاء الموقف الضاغط. (واكلي بديعة، 2013، ص127، 126)

## 2-3-5 المظاهر والأعراض المعرفية للضغوط النفسية:

الظروف المليئة بالضغط النفسي تنتج أحيانا أعراضا تؤثر في الذهن و التفكير، فالتفكير المزعج يندمج مع الانفعالات، خاصة مع انفعال الخوف أو القلق أو الغضب، و قد يكون أيضا مرتبطا بالجسم المتعرض للضغط النفسي، و من هذه الأعراض نذكر:

- ضعف في التركيز: إذ ينشغل الفرد المضغوط بموضوع الضغط نفسي، و هذا ما يجعل قدرته على التركيز في العمل أو في قضايا أخرى أضعف، مما قد يضر بعمله

- ضعف في الذاكرة: يتسبب انشغال الفرد الذي يعاني من الضغط النفسي في تأثير سلبي في ذاكرته، فتضعف مهارة الذاكرة في أمور الحياة الأخرى، و ينسى ما عليه فعله، كما ينسى أين وضع حاجياته، و يبحث عنها رغم عدم مرور وقت طويل على استخدامها.
- تفكير غير منطقي: يتغير نمط تفكير الفرد و طريقته بالقضايا الحياتية، و ينشغل بتفكير لا عقلاني ربما يؤدي به إلى تصرف غير عقلاني أيضا، أي يحصل لديه تغير معرفي مؤقت في أثناء المشكلة الضاغطة .
- اضطراب في التفكير: يتأثر الفرد الذي يعاني من الضغط النفسي بمشاكلته، و يصبح غير قادر على معرفة ماذا يريد أن يفعل ن و كيف يمكن فعل ما يجب فعله، و يشعر أنه مشوش التفكير.
- انشغال داخلي: يمنع من الاستماع أو الإنصات ، لا يعود بإمكان الفرد أن يستمع إلى الآخرين بسبب انشغاله الداخلي بقضية ضغطه النفسي.
- كوابيس: ترافق الفرد المعرض للضغط النفسي كوابيس ليلية تخص موضوع ضغطه النفسي و لكن بشكل مشوه ، لأن الحلم يكون الطريقة التي يستطيع أن يفعل فيها لاشعوريا ما لم يستطعه في الواقع . ( Shafer , 1992,P110 )

## 2-4-5 المظاهر والأعراض السلوكية للضغوط النفسية

يرى شيفر و شورت ( Schafer , 1992 ) ( Schort , 1999 ) نقلا عن (واكلي بديعة 2013) أن الاستجابات السلوكية للضغط النفسي تنقسم إلى قسمين:

- 2-4-5-1 مظاهر مباشرة : هي انعكاسات فورية للتوتر الداخلي من الفرد المضغوط مثل :
- حدة الطبع : لا يستطيع الفرد المعرض للضغط النفسي تحمل أي موضوع ، و يكون التعامل معه صعبا ، بسبب عدم موافقته على أي أمر ، كما يكون صعب المزاج و سريع الغضب.
- ارتجالية التصرف: أي أن انفعاله بالموضوع يسبق تفكيره ، و هذا ما يجعله سريع
- التصرف، مما قد يعود عليه بردة فعل سلبية من الآخرين
- الحديث أكثر من العادة: ربما يلجأ الفرد المضغوط إلى الحديث بالموضوع نفسه أو بموضوعات متعددة، بشكل يجعل الآخرين يملون سماعه أو مرافقته.
- الجفل و الخوف السريع: يكون من السهل إخافته ، حتى أنه يجفل لسماع أي صوت مرتفع أو غريب.

- التمتمة والتأتأة في الحديث: نتيجة التوتر، أو ربما الخوف الذي يعاني منه الفرد المضغوط فهو يحدث نفسه بصوت غير مفهوم، أو أنه يرتبك أثناء الحديث مع الآخرين فيتلعثم .
- شحذ الأسنان: أو يمكن القول إنه يشد فكليه بطريقة تجعل أسنانه تصطك بقوة، نتيجة التوتر الشديد الذي يعاني منه.
- صعوبة الجلوس لفترة من الزمن: فهو سريع الانتقال من مكان إلى آخر ، بسبب الملل الذي يصيبه من المكان نفسه ، و نتيجة عدم تركيزه على موضوع الجلسة.
- التهجم اللفظي على أحد ما: من السهل عليه مواجهة الآخرين بالشتائم، أو المواجهة الكلامية غير اللائقة، حتى عندما يكون الموضوع لا يستدعي ذلك.
- صعوبة بقائه بالحيوية نفسها طويلا : فيتبدل نشاطه تبديلا دائما من الحيوية و النشاط والحماس أحيانا ، إلى الكسل و التعب و بشكل أسرع من المعتاد.
- حدة في الطبع : سريع الغضب و الاستثارة ، و إن كانت الأسباب لا تستدعي ذلك .
- الإنسحابية: يتجنب الفرد المضغوط أحيانا أن يواجه أحدا أو أن يتدخل لحل مشكلته بل يحاول تجنب كل ما يخص موضوع مشكلته.
- الدخول في نوبات بكاء : ربما يؤدي شدة الانفعال لدى الفرد المضغوط نفسيا أحيانا إلى نوبات من البكاء ، لا يستطيع معها السيطرة على نفسه
- 2-4-5-2 مظاهر غير مباشرة:
- إنها المظاهر التي تعكس زيادة سلوكيات معينة كطريقة يستعملها الفرد للتحرر من الألم الذهني والجسدي للضغط النفسي إذ يلجأ الفرد المضغوط إلى طرائق غير مباشرة للتخفيف من الألم، كما أن زيادة تكرار هذه السلوكيات قد تكون مؤشرا على زيادة في مستوى الضغط النفسي، مثل:
- زيادة في التدخين: يدخن تدخيننا شرها و أكثر مما كان يفعل سابقا، أو ربما أنه يبدأ التدخين نتيجة للمشكلة الضاغطة التي تواجهه.
- زيادة استهلاك الكحول: يتغير معدل استهلاكه المعتاد إلى درجة السكر و الإدمان أو أنه يبدأ بتناول الكحول أيضا على إثر الموقف الضاغط.
- زيادة استخدام الأدوية الطبية لتخفيف التوتر: فمع ازدياد الشعور بالضغط النفسي يختلط ذلك مع الإحساس بالألم، و هذا ما يدفع الفرد لاستخدام الأدوية المسكنة أو المنهية معتقدا أنها تخفف الآلمه، التي لا يستطيع تحديد مصدرها.

- اللجوء للنوم كوسيلة للهروب: إذ يحقق النوم للفرد المضغوط هرباً من التفكير بالمشكلة، وأيضاً يصارع الوقت الذي يرغب بانقضائه بسرعة.
- مشاهدة التلفاز أيضاً للهروب: رغم أن مشاهدة التلفاز لا تمنعه من التفكير بالمشكلة، إلا أنه يحاول التهرب بقضاء وقت طويل أمام التلفاز.
- زيادة استخدام العقاقير المنومة: لأن المشكلة قد تسبب له أرقاً يجعله يلجأ إلى العقاقير ليحقق النوم الذي يريد، وهذا يحمل مخاطر إدمان على العقاقير المنومة وعواقبها السلبية.
- استعمال عقاقير ممنوعة: ربما يلجأ في بعض الحالات إلى استخدام المخدرات أو المنهات التي تسبب إدماناً .
- تكرار زيارة الطبيب لشكاوي صحية: إذ يشعر الفرد أنه لا يستطيع تحديد الألم ، بل يشعر بالأم مختلفة كل مرة، وهذا ما يجعله يبحث عن المعالجة الطبية ، كي يضيع قضيته الأساسية و لكنه لا يشعر بتحسن أبداً. ( واكلي بديعة، 2013، ص 128، 129 )

## 2-6- النظريات المفسرة للضغوط النفسية

نظراً لما يحظى به موضوع الضغط النفسي من الأهمية العلمية البالغة فقد تعددت النظريات المفسرة لهاته الظاهرة وتركيزها على جوانب مختلفة فهناك من تبنى تفسيره على أساس أطر فيزيولوجية وأخرى نفسية والبعض الآخر اجتماعية معرفية وعقلية ومن هنا كان من المنطقي أن تختلف وجهات النظر فيما بينها في مسلمات الإطار النظري لكل منها وذلك كله قصد الكشف عن طبيعة الظاهرة وهذا ما سوف نعرضه من خلال النظريات التالية :

### 2-6-1 النظرية البيولوجية:

يعتبر هاتز سيلي Hans silly ( 1982 – 1907 ) من أهم رواد هذه النظرية حيث تقول سمية طه جميل ( 1998 ، ص 39 ) " يعتبر سيلي من الأوائل الذين اهتموا بأبحاث الضغط النفسي، كانت مناقشته في البداية لموضوع الضغط سنة 1930 من منظور تجريبي طبي، وكان اهتمامه منصبا على ردود الفعل الجسمية للضغوط الخارجية أي التغيرات الفيزيولوجية الناشئة عن محاولة التوافق مع الأحداث التي تسبب الانفعال."

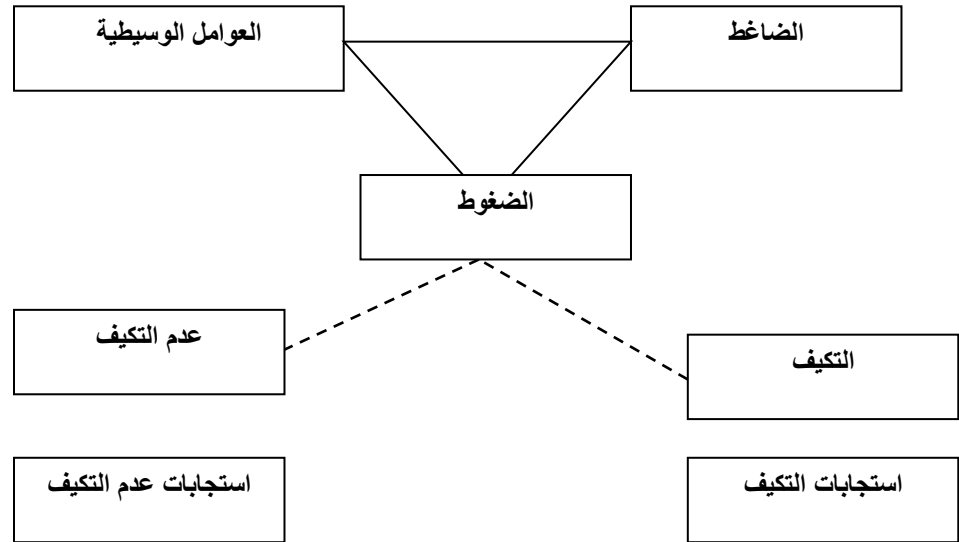
## الفصل الثاني : الضغوط النفسية

وحسب فاروق السيد عثمان ( 2001، ص 98 ) تنطلق نظرية سيللي من مسلمة ترى أن : "الضغط متغير غير مستقل وهو استجابة لعامل ضاغط يميز الشخص كما يعتبر سيللي أن أعراض الإستجابة الفيزيولوجية للضغط عالمية، وهدفها المحافظة على الكيان"، وقد حدد ثلاث مراحل للدفاع ضد الضغط وأن هاته المراحل تمثل مراحل التكيف وهي:

أ. الفرع: فيه تحدث تغيرات واستجابات مبدئية للموقف الضاغط وقد تحدث الوفاة عندما تنهار مقاومة الجسم ويكون الضاغط شديداً.

ب. المقاومة : تحدث عندما يكون التعرض للضاغط متلازماً مع التكيف، فتختفي التغيرات التي ظهرت على الجسم في المرحلة الأولى، وتظهر تغيرات أخرى تدل على التكيف.

ت. مرحلة الاجهاد أو الإستنزاف أو التعب: يوضح عبد الرحمان العيساوي ( بدون سنة ، ص 333 ) " أن الجسم يحاول أن يتكيف مع المواقف الضاغطة مما يستلزم بذل الجهد و طاقة كبيرة غير أن هذه الأخيرة قد تكون غير كافية إذا استمر الموقف الضاغط، لأن طاقة الجسم تستنزف وتصبح عاجزة عن الصمود ويتغير الإتزان الداخلي ونقل مقاومة الجسم ويفقد الكائن الحي حالة التكيف التي يفترض أنه يكتسبها في المرحلة السابقة ". والشكل التالي يوضح مخطط عام لنظرية سيللي



الشكل رقم ( 01 ): يوضح تخطيط عام لنظرية سيللي ( selly )

(بن سكرينة ، 2007 ، ص84)

يتضح من خلال هذا المخطط الذي وضعه سيلبي لتوضيح عملية حدوث الضغط بأن المواقف الضاغطة هي السبب في حدوث الضغط أما العوامل الوسيطة فيمكن دورها إما في الزيادة أو التقليل من تأثير هذه المواقف وبهذه العوامل تتحد نوع الإستجابة للضغوط إما بالتكيف أو عدم التكيف.

من رواد النظرية البيولوجية نذكر أيضا كانون canon حيث يقول أحمد النابلسي (1992، ص22) :  
" لقد خلص كانون في أبحاثه أن تعرض الإنسان للمواقف الإنفعالية ( الخوف، الألم، الغضب ) من شأنها أن تؤدي لإطلاق جسده لكميات من الأدرينالين، والتي من خلالها تظهر الأعراض الفيزيولوجية مثل ارتفاع الضغط وتسارع نبض القلب، الشحوب .... الخ".

كما تقول جون بانجمان Jean benjamin (1991) " حسب كانون فإن أول استجابة انفعالية هي ربط الأعراض المتكدسة بعد ظهورها بالجهاز السمبثاوي والإستجابة الثانية تتمثل في تضاعف الإثارة و الهيجان للجهاز الباراسمبثاوي وينتج نوعية الإستجابة تحت تنشيط الجهاز العصبي المستقل وتعتبر استجابة فيزيولوجية للتكيف مع الجهود المبذولة".

بالتطلع لنظرية " كانون " نستنتج أنه توصل لدراسة الإنفعال من الجانب البيولوجي وما يمكن أن يحدثه من تغير في الجسم فيزيولوجيا، كما أشار إلى الإستجابات التي يسلكها الفرد اتجاه المواقف الضاغطة للتكيف معها.

وما يمكن استنتاجه من النظرية البيولوجية في تفسيرها للضغط النفسي وجود تركيز على جانب وحيد ألا وهو الجانب الفيزيولوجي، دون مراعاة جوانب أخرى النفسية العقلية المعرفية الاجتماعية).

ذلك أننا قد وضحنا من قبل أن ظاهرة الضغوط النفسية تقوم على تداخل وتكامل مجموعة من الأبعاد.

## 2-6-2 نظرية التفسير الفكري ( M.Murray ):

ورد في ( فاروق السيد عثمان، 2001، ص 100 ) : يعتبر موراي Murray أن مفهوم الحاجة ومفهوم الضغط مفهومان أساسيان على اعتبار أن مفهوم الحاجة يمثل المحددات الجوهرية للسلوك



ومفهوم الضغط يمثل المحددات المؤثرة والجوهرية للسلوك في البيئة، كما يعرف الضغط أنه صفة لموضوع بيئي أو لشخص، تعسر أو تعوق جهود الفرد للوصول إلى هدف معين.

وحسب هارون توفيق الرشيدي ( 1999، ص 75 ) : " يرى موراي أن الفصل بين مفهوم الحاجة ومفهوم الضغط تحريفا خطرا."

أما جوليان روتر Jullian Rotter ( 1980 ، ص 107 ) تقول : " استمد موراي تفسيره من نظرية التحليل النفسي لكنه أحل الحاجات محل الغرائز التي أقر بها " فرويد " وأكد أن فهم السلوك ينبغي أن يتضمن تحليلا للظروف البيئية التي أطلق عليها الضغوط، والضغط هو خاصية البيئة التي تساعد الفرد على الوصول إلى غرض معين أو تعوقه عنه."

ويقول محمد شحاتة ربيع ( 2002، ص 359 ) : " تختلف ديناميكية موراي النفسية عن ديناميكية فرويد فهي أكثر عمق وفعالية حيث أضاف موراي مفهوم المثالية الذي يعبر عن الذات المأمولة إلى التصور الطبوغرافي للنفس البشرية الذي قدمه فرويد والذي يتكون من : الهو ، الأنا والأنا الأعلى."

ويرى " موراي " أن الحاجة من محددات السلوك والضغط هي القوة التي تعترض هذا السلوك لبلوغ أهدافه وتتم عملية الربط بينهما، من خلال ما يحدث بينهما من تفاعل ديناميكي، يعبر عنه موراي بمفهوم التفهم أو الفكرة.

وكذلك يقول فاروق السيد عثمان ( 2001، ص 99 ) بأن موراي ميز بين نوعين من الضغوط هما :

- ضغط بيتا : ويشير إلى دلالة البيئة والأشخاص كما يدركها الفرد.

- ضغط ألفا : ويشير إلى خصائص الموضوعات ودلالاتها كما هي، وضح موراي أن سلوك

الفرد يرتبط بالنوع الأول ويؤكد على أن الفرد بخبرته يصل إلى ربط موضوعات معينة بحاجة بعينها، ويطلق على هذا المفهوم تكامل الحاجة، أما عندما يحدث التفاعل بين الموقف الحافز والضغط، والحاجة الناشطة فهذا ما يعبر عنه بمفهوم ألفا.

ومن أتباع هذا المنحنى أوروبيتز Horowitz الذي يركز على مستوى فهم الفرد للمعلومات المعروضة عليه، والتي يجب عليه التعامل معها في هذا الظرف، ويفسر الضغط النفسي بأنه نتيجة طبيعية لعجز الفرد على فهم الحاجات ثم على التفاعل وأخيرا الاندماج مع الظرف الذي يمر به.

3-6-2 النظرية النفسية ( نظرية سبيلبرجر): ورد في هارون توفيق الرشيدي ( 1999، ص 45) تركز نظرية سبيلبرجر spillberger ( 1979 ) على أن القلق كمقدمة ضرورية لفهم نظريته في الضغوط ولقد ميز بين نوعين من القلق، قلق الحالة وقلق السمة كما اعتبر أن القلق شقين هما :

أ. الشق الأول : هو القلق العصباني أو القلق المزمن أو سمة القلق.

ب الشق الثاني: ويسمى حالة القلق أو القلق الموضوعي، ويربط سبيلبرجر في نظريته للضغوط بين قلق الحالة والضغط، لأن قلق الحالة يشير إلى الظروف الضاغطة، وعلى هذا الأساس يربط سبيلبرجر بين الضغط وقلق الحالة، ويعتبر أن الضغط الناتج عن ضاغط معين مسببا لحالة القلق، وما يثبته في علاقة قلق الحالة بالضغط يستبعده عن علاقة قلق السمة أو القلق العصابي الناتج عن الخبرة السابقة بالضغط ، حيث أن الفرد يكون من سمات شخصيته القلق أصلا. كما اهتم كذلك في الإطار المرجعي لنظريته بتحديد طبيعة الظروف البيئية المحيطة والتي تكون ضاغطة.

وحسب فاروق السيد عثمان (2001 ، ص110) : " يعتبر سبيلبرجر أن القلق عملية انفعالية تشير إلى تتابع الإستجابات المعرفية السلوكية التي تحدث كرد فعل لشكل ما من الضغوط."

ومن خلال هذا الطرح النظري تستنتج بن سكريفه مريم ( 2008 ) أنه " توجد علاقة وطيدة بين الضغط النفسي والقلق، حيث يعتبر الضغط ذلك الموقف الذي يعيشه الفرد ويتسبب في ظهور القلق . كما يعتبر الشعور بالضغط من العوامل المهيئة لطريقة التعامل معه وأن إدراك الموقف الضاغط له أهمية بالغة في ذلك حيث توجد فروق فردية في هذا الجانب و يتميز كل فرد بخصائص معينة تؤثر على ماهية الضغوط النفسية وإدراكها بالنسبة للفرد ، فالضغط لا يمثل ضغطا إلا اذا أدركه الفرد كذلك.

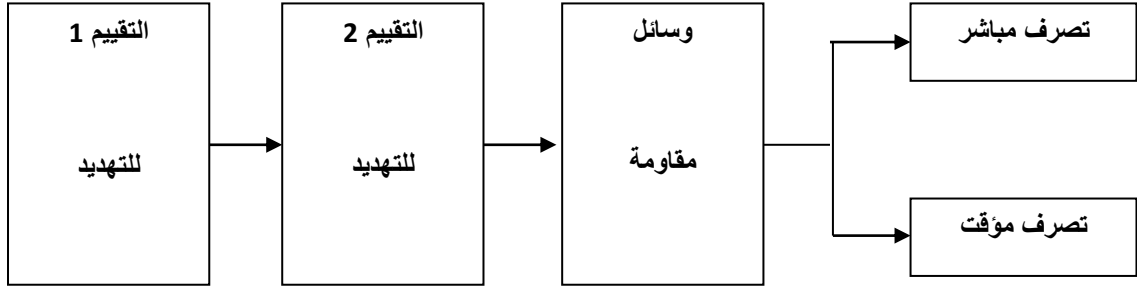
كما نلاحظ أن لسمات الشخصية دورا هاما في الضغوط النفسية وقد يختلف الأشخاص في تعاملهم مع هذه الضغوط بحكم الاختلاف في السمات الشخصية وكذا الفروق الفردية والخصائص المعرفية.

(بن سكريفة مريم، 2008، ص48)

#### 4-6-2 النظرية المعرفية :

يعتبر لازاروس lazarus (1966) نقلا عن (بن سكريفه مريم ، 2008) أول من قدم هذا التفسير وركز على التقييم الذهني للفرد للموقف الضاغط، كما ترى هاته النظرية أن الضغط النفسي هو نتيجة

للتفاعل الديناميكي بين الفرد والبيئة، حيث تركز على دور التفاعل الديناميكي لكل العوامل المتعلقة بالظاهرة باعتبارها مثيرا واستجابة والعمليات العقلية والمعرفية التي يستعملها الفرد للفهم والحكم على الظاهرة لتحديد المثير المهدد وتحديد أساليب المقاومة المستعملة بتنظيم الدوافع النفسية والعوامل المحيطة. ويوضح المخطط التالي نظرية لازاروس وكيفية تفسيرها للموقف الضاغط، وإدراك الفرد للضغط الذي يحمله هذا الموقف. (بن سكريفة مريم، 2008، ص 49)



الشكل رقم (02): يوضح نموذج لازاروس للضغط

(بن سكريفة مريم، 2008، ص 88)

حسب بن سكريفة مريم (2008)، يوضح الشكل رقم (2) تفسيراً نموذجياً يركز على فكرة أساسية تتمثل في التقويم المعرفي للوقائع، حيث أن تقييم الضغط النفسي يتم بعوامل شخصية داخلية ويكون التقييم لهذا الموقف منقسم إلى قسمين، الأول بمثابة تصور الموقف أما الثاني يتمثل في إدراك الفرد للضغط، ثم بعد ذلك يحدد الفرد وسائل المقاومة ثم يستجيب للمثير، وتتعلق الإستجابة بسمات الفرد وتصوره وإدراكه للموقف، حيث أن رد الفعل يمكن أن يكون مباشراً أو مؤقتاً وهذا حسب السمات الشخصية لكل فرد. كما يتم التقييم المعرفي للموقف الضاغط على عدة عوامل منها العوامل الشخصية والعوامل الخارجية والعوامل المتعلقة بالموقف النفسي، وتتم عملية التقييم الذهني في مرحلتين هما :

- المرحلة الأولى : وهي الخاصة بتحديد ومعرفة أن بعض الأحداث هي في حد ذاتها شيء بسبب الضغوط.
- المرحلة الثانية : وهي عبارة عن الخطوات التي يحددها الفرد للتغلب على المشكلات التي تظهر في الموقف ومواجهتها.

وبناء على التقييم في المرحلة الأولى والثانية، يختار الفرد إستراتيجية تكيف معرفية أو سلوكية للرد على متطلبات الموقف الذي قيم على أنه خطر لمستوى معين على الموارد الشخصية، وتكمن وظيفة

الميكانيزم التكيفي في تعديل الانفعالات وتغيير العلاقة (فرد - محيط) وبناء على هذا الرد والتعديل تتغير نظرة وإدراك وتفسير الفرد للمحيط كتغذية راجعة.

## 2-6-5 النظرية السلوكية :

حسب عبد الرحمان العيساوي (1994 ، ص74) يعتمد هذا التفسير على مبدأ أن ظاهرة الضغوط النفسية تفهم من خلال التعلم باعتباره أسلوباً لمعالجة المعلومات ويمثل هذا الاتجاه كل من ، " kin caddell and Zimering " الذين يرون أن محور عملية التعلم هو الربط بين المنبه الشرطي و استجابة الفرد وفق هذه الإستراتيجية يستقبل المنبرات التي تترجم من خلال العمليات الإدراكية إلى معلومات عن الخصائص الفيزيقية للوسط البيئي، ويستخدم الإنسان تعلمه و خبراته التي مر بها في تلك المرحلة. وتمرهاته العملية بأربعة مراحل حسب أصحاب نظرية التعلم الإجتماعي وهي :

الكفاءة: ماذا يستطيع أن يفعل الفرد؟ وتتضمن القدرات العقلية والمهارات الاجتماعية والجسمية والقدرات الخاصة.

الإستراتيجية المعرفية: كيف يرى الفرد الموقف؟

القيم الذاتية: ماذا يستحق الموقف؟

التقييم: كيف يتحقق ذلك؟

من خلال عرضنا لمختلف النظريات التي حاولت تفسير الضغوط النفسية، يتضح لنا جلياً أنه رغم اختلاف وجهات الآراء في التفسير، إلا أن معظمها يسير في منحى واحد ألا وهو أن الضغط حالة تهدد الإنسان وتؤرقه وتشعره بالانزعاج ، وتجعله في حالة عدم توازن وتكيف نفسي واجتماعي، كما أنه يعبر عنه من خلال مظاهر ومعاناة وآلام نفسية وجسدية تنشأ نتيجة للضغط النفسي. وفيما يلي سيتم تلخيص مختلف النظريات التي حاولت تفسير الضغوط النفسية وهذا في الجدول التالي :

جدول رقم (1) : يوضح تلخيص لأهم النظريات المفسرة للضغوط

النظريات	السنة	مضمونها
النظرية البيولوجية	1982-1907	يتمحور مضمون هذه النظرية حول التغيرات الفيزيولوجية التي تحدث الجسم نتيجة لمحاولة الفرد التكيف مع المواقف الضاغطة، وقد حدد سيلبي 3مراحل للدفاع ضد الضغط وهي الفزع، المقاومة، ومرحلة الاجتهاد.
نظرية التفسير الفكري		ركز " موراى " على فكرة عدم الفصل بين الحاجة ومفهوم الضغط وقد استمد تفسيره من نظرية التحليل النفسي ولكنه عوض الغرائز بالحاجات التي تعتبر من محددات السلوك، والضغط هي القوة التي يتعرض هذا السلوك لبلوغ أهدافه، وقد ميز بين نوعين من الضغط هما : ألفا وبيتا.
النظرية النفسية	1979	تركز هذه النظرية على موضوع القلق، وقد ريد سيبلبرجر بين قلق الحالة والضغط في نفس يره للضغوط، لأن قلق الحالة يشير إلى الظروف الضاغطة ويعتبر أن الضغط الناتج عن ضاغط معي ن مسببا لحالة قلق
النظرية المعرفية	1966	تفسر هذه النظرية الضغوط على أساس التفاعل الدينامي بين الفرد والبيئة، كما تفسره على أساس التقويم المعرفي للوقائع وقيم الضغط بعوامل شخصية داخلية تكون بمثابة تصور للموقف وإدراك الفرد للضغط، ثم يحدد الفرد وسائل المقاومة ثم الاستجابة للمثير
النظرية السلوكية		تعتمد هذه النظرية على مبدأ أن الضغوط النفسية تفهم من خلال التعلم، وأن محور عملية التعلم هو الربط بين المنبه الشرطي واستجاب الفرد.

7-2 قياس الضغوط النفسية:

توجد وسيلة قياس ملائمة لكل المجتمعات لقياس أحداث الحياة الضاغطة، ولذا تصمم وسائل خاصة بمختلف المجتمعات، منها ماهو للأطفال، للراشدين وللمراهقين .

( عبد العزيز المجيد محمد، 2005 ، ص 37 )

عموما تقاس الضغوط النفسية بعدة وسائل أو أدوات ومن تلك الأدوات، أدوات القياس النفسي المستخدمة لدى المتخصصين في موضوع القياس النفسي أو الإكلينيكي.

وتكون تلك الأداة مكتوبة أي عن طريق الإجابة على بعض الأسئلة، ثم تحسب الإجابات لتستخرج نسبة الإجهاد أو كمية الضغوط الواقعة على الفرد، أو قياس بواسطة أجهزة عملية تقيس التوازن الحركي- العقلي - أو قوة الانفعالات وشدتها. ومن الأدوات الشائعة الاستخدام المقاييس المكتوبة

أيضا. كما توجد عدة طرق تستخدم في دراسة الضغوط وقياسها منها الملاحظة والمقابلات والاستبيانات، وتعد الإختبارات أكثر الطرق استخداما في دراسات الضغوط بالإضافة إلى تلك الطرق الفيزيولوجية .

ونذكر فيما يلي بعض المقاييس:

1-7-2 مقياس هولمز وراهي ( Holmes et Rahe ) لقياس مصادر أحداث الحياة الضاغطة وهذه بعض فقراته التي تدل على وجود ضغوط معينة :

- وفاة المقربين ( الزوج أو الزوجة )
- الطلاق
- الانفصال عن الزوج أو الزوجة
- حبس أو عجز أو ماشابه ذلك
- موت أحد أفراد الأسرة المقربين
- فصل عن العمل
- تغير في صحة أحد أفراد الأسرة ( بعض الأمراض المزمنة)
- تغير مفاجئ في الوضع المادي
- وفاة صديق عزيز
- الإختلافات الزوجية في محيط الأسرة
- سفر أحد أفراد الأسرة بسبب الدراسة أو الزواج او العمل
- خلافات مع أهل الزوج أو الزوجة.

( ماجد بهاء الدين السيد عبيد، 2008 ، ص 39، 40 ).

2-7-2 قياس الضغط في المختبر (المقاييس الفيزيولوجية): حسب (شيلي تايلور 2008) من الطرق المعاصرة الشائعة في دراسة الضغط القيام بتعرض مجموعة من الأفراد في المختبر لأحداث تسبب الضغط لفترة قصيرة، ثم ملاحظة التأثير الذي يحدثه الضغط عن طريق قياس ردود أفعالهم الفيزيولوجية ونشاط الغدد الصماء واستجاباتهم السيكلوجية، كل هذا يرتبط بظهور مؤثرات على مستوى النشاط السمبثاوى كزيادة ضربات القلب، لزوجة الدم، ارتفاع ضغط الدم، شدة

الإفرازات الغدية العصبية، مما يقدم دليلاً على زيادة نشاط أجهزة الهيبتولاموس والغدة النخامية المنشطة لقشرة الأدرينالين ( HPA ) كزيادة إفراز الكورتيزول. (شيلي تايلور ، 2008، ص375)

### 3-7-2 المقاييس و الاختبارات النفسية:

حسب طه عبد العظيم حسين ( 2006 ، ص 47 ): " توجد عدة طرق تستخدم في دراسة الضغوط وقياسها منها الملاحظة المقابلة والاستبيانات وتعد الاختبارات أكثر الطرق استخداماً في دراسة الضغوط، فهناك منها ما تقيس الضواغط والمثيرات عن طريق قياس أحداث الحياة كقياس هولمز وراهي ( Holmes et Rahé ) ( 1967 ) ."

ويقول شيلي تايلور ( 2008، ص 378 ): " يعتبر هولمز وراهي من الرواد في ميدان بحوث الضغط، حيث قاما بتحديد الأحداث التي تدفع الأفراد لإجراء أهم تغييرات في حياتهم.

ويوجد العديد من الاختبارات والمقاييس التي تقيس الضغط نذكر منها:

### 1-3-7-2 اختبار لفينستين: Levenstein

أعد هذا الاختبار من طرف الباحث لفينستين وآخرين " Levenstein et al " سنة ( 1993 ) بهدف قياس مؤشر إدراك الضغط، يتكون هذا الاختبار من 30 عبارة تميز منها بنود مباشرة وبنود غير مباشرة

البنود المباشرة : تمثل 22 عبارة، وتمثل في العبارات رقم: 2-3-4-5-6-8-9-11-12-14-15-16-18-19-20-22-23-24-26-27-28-30. وتدل هذه العبارات على وجود مؤشرات الضغط المرتفع عندما يجيب عليها المفحوص بالقبول اتجاه الموقف وعلى مؤشر إدراك الضغط المنخفض عندما يجيب عليها المفحوص بالرفض.

البنود الغير مباشرة : تمثل 08 عبارات، وتمثل في العبارات رقم: 1-7-10-13-17-21-25-29 . وتدل هذه العبارات على وجود مؤشرات الضغط المرتفع عندما يجيب عليها المفحوص بالرفض اتجاه الموقف وعلى مؤشر إدراك الضغط المنخفض عندما يجيب عليها المفحوص بالقبول.

2-3-7-2 مقياس الضغوط النفسية:(داود1995 )

يتكون المقياس من ( 61 ) فقرة موزعه على ثمانية مجالات ، مجال المدرسة، المجال النفسي العلاقات مع الوالدين والإخوة، العلاقة مع الزملاء، العلاقة مع المدرسين، الأمور المالية والإقتصادية، العلاقات مع الجنس الآخر والإنفعالات والمشاعر والمخاوف، والتخطيط للمستقبل. وقد أدرج أمام كل فقرة من الفقرات مقياساً متدرجاً من ثلاث درجات حسب أسلوب ليكرت على النحو التالي: ( 1 = لا أعاني من هذه المشكلة. 2 = أعاني من هذه المشكلة بدرجة بسيطة. 3 = أعاني من هذه المشكلة بدرجة شديدة). وتتراوح الدرجة الكلية على المقياس بين ( 61-183 ) حيث يدل اقتراب درجة الفرد من الحد الأعلى ( 183 ) على أنه يعاني بدرجة عالية من الضغط النفسي و اقترابه من الحد الأدنى ( 61 ) انخفاض مستوى الضغط النفسي لديه.

3-3-7-2 مقياس الضغط النفسي :ل " بدرية وكمال أحمد"

ويتكون هذا المقياس من 66 بندا موزعة على خمسة أبعاد وهي:

- بعد أسري خاص بالحياة الشخصية للمرأة:سواء فيما تعلق بعلاقتها مع زوجها أو مع أبنائها، اسئلته: 2-3-8-9-11-12-14-15-20-23-24-25-32-34-41-42-46-50-51-53-54-55-57-63-62-58 .

- بعد مهني : يتمثل في علاقتها بزملائها، وعلاقتها بمرؤوسها، أي أنه يدل على تفاعل المرأة العاملة مع العناصر البشرية أثناء أدائها لمهامها المهنية، هذه العلاقات التي تساهم بشكل أو بآخر في حدوث الضغط النفسي لديها: وبنوده هي 1-7-10-16-21-22-30-31-39-40-54-52-59-60-61-64 .

- بعد صحي: متعلق بأعراض جسدية قد تعاني منها المرأة، نتيجة تعرضها للضغط النفسي، وبنود هي: 4-18-19-26-27-32-43-44-65-66.

- بعد عدم القدرة على التمتع بمباهج الحياة: فعدم التمتع بهذه الأخيرة، كالتنزه وممارسة الرياضة يزيد من معاناتها، وبنوده 6-13-17-37-38-48-49.

- بعد الأحداث الطارئة: يتضمن أحداث تعرضت إليها المرأة منذ طفولتها إلى غاية اللحظة الحالية، التي لها دور كبير في ضعف ميكانيزمات الأنا التي تزيد من إمكانية تعرض المرأة للضغط النفسي، وبنوده 5-28-29-35-47-56.

يطبق هذا المقياس بطريقة جماعية، بحيث يمكن إجراءه على مجموعة كبيرة من الأفراد في وقت واحد.



## الفصل الثالث : استراتيجيات المواجهة

1-3- تطور مفهوم استراتيجيات المواجهة "Coping"

2-3- تعريف استراتيجيات المواجهة

3-3- استراتيجيات المواجهة و المفاهيم المشابهة

4-3- أنواع استراتيجيات المواجهة

5-3- النظريات المفسرة لاستراتيجيات المواجهة

6-3- قياس استراتيجيات المواجهة

### 1-3 تطور مفهوم استراتيجيات المواجهة: الكوبين " coping "

ظهر مصطلح استراتيجيات المواجهة لأول مرة في أبحاث ريتشارد لازاروس ( Richard Lazarus ) سنة (1966) في كتابه " الضغوط النفسية والمواجهة " ( Psychological Stress and coping ) وقد عرفها بأنها: " مجموعة ردود الأفعال و الإستراتيجيات المبذولة من طرف الفرد لمواجهة المواقف الضاغطة."

( On line , concept , stress , coping , 2004 )

لقد استمد هذا المفهوم أصله من أبحاث وميادين مختلفة جدا في علم نفس الظواهر المعرفية الانفعالية وبالتحديد من بحوث لازاروس وفولكمان في علم النفس الضغوط ، وتاريخيا يتصل هذا المفهوم بمصطلحين اثنين :

1. إستراتيجية الدفاع: الذي تطور مع نهاية القرن 19 من طرف التحليل التقليدي وبالتكيف الذي تطور بدوره مع النصف الثاني من القرن 19 ، معتمدا في ذلك على البيولوجيا وعلم النفس الحيوان ( لاسيما خلال تطور نظرية داروين ) .

2. المواجهة وميكانيزمات الدفاع: ظهر مصطلح الدفاع مع نهاية القرن 19، محددة بعلم النفس الأنا، خلال تطور التحليل النفسي التقليدي وعلم النفس الدينامي.

تحدث كل من فرويد وبروير ( 1926 ) Freud et breuer في أبحاثهما الأولى عن بعض الأفكار المضطربة والمشاعر المؤلمة التي بإمكانها أن تتسرب إلى الشعور عندما يفشل الكبت في السيطرة عليها. كما وصف " فرويد " الميكانيزمات الدفاعية المختلفة التي يلجأ إليها الإنسان للمحافظة على كيانه واتزانه النفسي، وبعد تطور مفهوم الدفاع تطرق " فرويد " من ثم إلى مفهوم الكبت مشيرا إلى الدور الكبير الذي يلعبه هذا الميكانيزم في معظم الآليات الدفاعية الأخرى. وقد ظهر هذا الدور بالأخص في نصوص فرويد في كتابه المشهور " الكف والعرض والقلق." Ihinivition , symptome et angoisse .

وقد عرف فرويد مصطلح الدفاع بأنه تحدي أو محاربة الأنا للأفكار والمشاعر المؤلمة والصراعات النفسية الحادة، معتبرا الكبت واحدا من أهم هذه الميكانيزمات. ( Bruchon et al.2002,p69 ) وانطلاقا من سنوات 1960 – 1970 كشفت العديد من الأبحاث والدراسات الممتدة خلال هذه الفترة عن الرابطة الإنتقالية بين ميكانيزمات الدفاع واستراتيجيات التكيف، حيث بدأ الأخصائيون استخدام مصطلح المواجهة بدل الدفاع، فرأى بروير وكوبر ( Broeur et cooper ) بأن كل إنسان

يملك مجموعة من الميكانيزمات الدفاعية والغير وظيفية معتبرين ميكانيزم الإعلاء والفكاهة أكثر نضجا من الميكانيزمات الأخرى.

أما الفترة الممتدة بين 1960 – 1980 لوحظ فيها تداخل كبير بين مصطلح إستراتيجية المواجهة والدفاع، حيث سعت بعض المحاولات النظرية للفصل بينهما في أوجه الفرق التالية:

1. ميكانيزمات الدفاع: هي عمليات صارمة تعمل على مستوى اللاشعور غير قابلة لأن تتعدل وتتغير حسب ما يتطلبه الموقف، ضعيفة المقاومة ترتبط بصراعات بين نفسية أو بين شخصية وبأحداث الحياة القديمة وتعمل عموما على تشويه وتحريف الواقع بهدف الحد من التوتر والقلق الذي يسببه الموقف السائد وإبقاؤه عند مستوى معين متلائم وقدرة الفرد على التحمل.

2. استراتيجيات المواجهة: هي عمليات مرنة شعورية، تختلف وتتغير تماشيا مع ما يتطلبه الموقف، متجها نحو الواقع سواء داخليا أو خارجيا، وظيفتها تسمح للفرد بتسيير وتخفيض أو تحمل الضغوط الناتجة عن أحداث الحياة.

ولعل جوهر الفصل بينهما يكمن في أن استراتيجيات المواجهة تنفصل شيئا فشيئا عن ميكانيزمات الدفاع بالتحديد لكونها محاولات شعورية لمواجهة مشاكل حالية ( حديثة).

### 2-3 تعريف استراتيجيات المواجهة :

من الناحية اللغوية اختلفت تسميتها فهي في الأصل كلمة انجليزية " coping " تعني بالفرنسية faire face ويقصد بها التسوية أو التعامل أي استجابات تكيفية للتغيرات التي تحدث في البيئة المحيطة بالفرد. ( Mahmoud Boudarene , 2005 , p 8 )

تاريخيا مفهوم المواجهة " coping " يتصل بمفهومين هما:

- ميكانيزمات الدفاع " mécanismes de défense " الذي تطور مع نهاية القرن 19 من طرف نظرية التحليل النفسي.

- التكيف " adaptation " الذي تطور مع النصف الثاني من القرن 19 معتمدا في ذلك على علم البيولوجيا، علم الطبائع، وعلم نفس الحيوان (خاصة خلال تطور نظرية النشوء والارتقاء لداروين). ( Marilou Bruchon-Schweitzer , 2002 , p 69 )

يعد مورفي Morphy ( 1962 ) من أوائل العلماء الذين استخدموا مفهوم المواجهة في أبحاثه ، حيث أشار إلى الأساليب التي يستخدمها الفرد في تعامله مع المواقف المهددة بهدف السيطرة عليها .

( Lazarus ,R.S et folkman .S, 1986 p 14 )

أما مصطلح coping فقد جاء به العالم الأمريكي لازاروس وشركاؤه وطوره في سنوات 1978 ، 1984 ، 1990 على التوالي. (Norbert Sillamy,2003 , p68)

### 1.2.3 تعريف استراتيجيات المواجهة حسب بعض العلماء:

- تعريف نيومان Newman 1981 : هي الجهود المبذول من قبل الفرد لإزالة التوتر وخلق طرق جديدة لمواجهة المواقف الجديدة في كل مرحلة من مراحل الحياة.
- تعريف روتر Rutteer 1981 : هي المحاولات التي يبذلها الفرد لتغيير ظروف الضغوط المباشرة أو تغيير تقييمه لها فهي تتطلب وجود حل للمشكلة فعال وكذلك تنظيم انفعالي للضغط.
- تعريف فليشمان Fleshman 1984 : مجموع السلوكيات الظاهرة أو الخفية التي تحدث لتقليل من الضغوط النفسية أو الظروف الضاغطة. (أحمد عيد مطيع الشخابنة، 2010، ص35)
- تعريف و لازاروس وفلكمان Lazarus et Folkman (1984) : هي مجموع الجهود المعرفية والسلوكية التي يستعملها الفرد لتحمل أو خفض المتطلبات الداخلية أو الخارجية التي يقيّمها بأنها مهددة أو تفوق مصادره الشخصية (Lazarus,R.S et folkman.S,1984,p19).
- تعريف كوكس Cox(1985): المواجهة صورة من حل المشكلة وأن الضغط يكون نتيجة الفشل في حل المشكلة، وأن المواجهة تتضمن مجموعة من الإستراتيجيات المعرفية والسلوكية التي يستخدمها الفرد في التعامل مع أحداث الحياة الضاغطة التي يتعرض لها والخبرات الانفعالية الناتجة عنها. (عبد الله الضريبي، 2010، ص 676 )
- تعريف ماثني Mathenyet ( 1986 ) : يعرف المواجهة coping بأنها الجهود السلوكية والمعرفية التي يقوم بها الفرد لخفض مطالب الضغوط ، كما يحدد فعالية المواجهة على أساسين هما:

- سلوك المواجهة: هي الاستجابات التي تصدر عن الفرد للتوافق مع الأحداث الضاغطة.

- مصادر المواجهة: عبارة عن الخصائص الفردية والاجتماعية والبيئية المتاحة للفرد من أجل مواجهة الحدث المقيم على أنه ضاغط.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص82)

• تعريف ريان Ryan ( 1989 ) :هي استراتيجيات توافقية متعلمة ومكتسبة تمثل محتوى السلوك وتستخدم للسيطرة على أزمات الحياة وظروفها الضاغطة. (Ryan. N , 1989,p110)

• تعريف أندرسون وآخرون Henderson et al ( 1992 ) :المواجهة هي محاولة الفرد ضبط مطالب وصراعات البيئة الخارجية والداخلية التي ترهق مصادر تكيفه، أي أنها جهود الفرد لضبط البيئات الداخلية والخارجية والعلاقة التي ترتبط معها.

(Henderson.P.A.Kelbey,JJ et Engebretson,K.M ,1992 , p125)

• تعريف لطفي الشربيني: يعرفها في معجم مصطلحات الطب النفسي (behaviory coping) بأنها مجموع الآليات التي يستخدمها الفرد للتوافق مع المواقف المختلفة.(لطفي الشربيني، د س، ص 35)

### 3-3 استراتيجيات المواجهة والمفاهيم المشابهة.

لقد تعددت المصطلحات التي تشير بالصفة أو بالأخرى لمفهوم إستراتيجية مواجهة ( coping ) المواقف الضاغطة، فنجد مصطفى خليل الشرقاوي في (بن طاهر، 1992 ) يسميها باستراتيجيات سلوك التعامل، بينما يطلق عليها احمد تغزي ( 1991 ) استراتيجيات التكيف. ويسميها بشير بن طاهر ( 1992 ) استراتيجيات التصرف ويعتبرها مفهوما يصف تعامل الفرد مع ما يواجهه من مواقف معيقة، ويعرفها لطفي عبد الباسط إبراهيم في ( مقدم، 2010، ص 78 ) : " باستراتيجيات التحمل أو عمليات تحمل الضغوط". ويطلق عليها احمد محمد عبد الخالق ( 1998 ) إسم أساليب التعايش أو التصدي أو الكفاح ، ويسميها عبد الرحمان هيجان ( 1998) بأساليب إدارة الضغوط.

ويطلق عليها هشام إبراهيم عبد الله في (الضريبي، 2010 ، ص 679 ) تسمية أساليب المواجهة، ويسميها الضريبي ( 2010 ) بأساليب مواجهة الضغوط النفسية.

ويطلق عليها كل من طه وسلامة عبد العظيم حسن ( 2006 ) استراتيجيات إدارة الضغوط، ترى بيرشون ( 2002 ، ص 69 ) أن التكيف هو: " مفهوم شاسع وعمام إذ يستغرق كل مجالات علم

النفس وعلم البيولوجيا، وترى كذلك أن هناك فرق بين آليات الدفاع واستراتيجيات التكيف، إذ ترى أن الأولى تمتاز بالعناد والصلابة وغير واعية وغير متميزة، مرتبطة بصراعات داخلية وبأحداث ماضية، وتشوه الحقيقة أو تغييرها غالبا، بينما ترى أن استراتيجيات التكيف تمتاز بالوضوح والدقة والواقعية وتتماشى مع المواقف الضاغطة التي يتعرض لها الأفراد من قبل البيئة المحيطة، وقد تكون هذه الآليات ظاهرة أو باطنة.

من خلال عرض المصطلحات المتعددة التي تناولها العديد من الباحثين نستنتج أن هذه المصطلحات في مجملها تعبر عن مفاهيم تقترب من بعضها البعض، شأنها شأن الكثير من المصطلحات السيكلوجية في علم النفس لشرح مفهوم واحد هو استراتيجيات المواجهة.

ولقد تم استقرارنا على مصطلح استراتيجيات المواجهة من بين المصطلحات الأخرى، لأننا نرى أن مصطلح استراتيجيات المواجهة هو مصطلح عام وشاسع ويتضمن كل المصطلحات الأخرى التي ذكرناها ( التعامل، التصرف، التحمل، أساليب التكيف، استراتيجيات إدارة الضغوط، المواءمة، آليات الدفاع)، و أن المصطلحات الأخرى في مجموعها هي استراتيجيات للتعامل و مواجهة الأحداث الضاغطة.

#### 4-3 أنواع استراتيجيات المواجهة :

##### 3-4-1 تصنيف لازاروس وفولكمان :

حدد لازاروس وفولكمان ( 1984 ) استراتيجيات المواجهة للضغوط في نوعين وهما :

- استراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكلة coping centré sur le probleme
- استراتيجيات المواجهة التي تركز على الانفعال coping centré sur l'emotion

##### 3-4-1-1 استراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكلة :

عبارة عن الجهود التي يبذلها الفرد لتعديل العلاقة الفعلية بين الشخص والبيئة، ولهذا فإن الشخص الذي يستخدم أساليب المواجهة التي تركز على المشكلة نجده في المواقف الضاغطة يحاول تغيير أنماط سلوكه الشخصي أو يعدل الموقف ذاته، فهو يحاول تغيير سلوكه الشخصي من خلال البحث عن معلومات أكثر عن الموقف أو المشكلة لكي ينتقل إلى تغيير الموقف.

ويرى لازاروس أن المواجهة التي تركز على المشكلة تهدف إلى البحث عن معلومات أكثر حول الموقف أو المشكلة أو طلب النصيحة من الآخرين، وإدارة المشكلة والقيام بأفعال لخفض الضغط وذلك عن طريق تغيير الموقف مباشرة.

( طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين 2006 ، ص 91 ، 92 )

كما يمكن أن يطلق على الاستراتيجية التي تركز على المشكلة اسم " التوافق الفعال " لأنه يتوجه نحو تغيير الموقف الضاغط لتقليل أو إزالة الخطر المهدد للشخص، وهذا الموقف الايجابي يحسن من تفاعل الفرد مع بيئته، كما له تأثير إيجابي أيضا على صحة الشخص النفسية، والجسمانية.

( أحمد نايل الغرير ، أحمد عبد اللطيف أبو سعد 2009 م ، ص 125 ، 126 )

إن أسلوب حل المشكلات الذي يتحدث عنه لازاروس هو أسلوب تكيفي يستخدمه الفرد في مواجهة مشكلات الحياة اليومية يقوم على الوعي بالمشكلة، وتحديدتها، وتوليد الإبدال وموازنتها وإتخاذ القرار ووضع استراتيجية للتنفيذ وتقييم الحل والمتابعة.

( موسى جبريل، نزيه حمدي، 2009 ، ص 211 )

كما عرف روبنشتاين وآخرون ( 1966 ) حل المشكلة " بأنها حالة يسعى خلالها الفرد للوصول إلى هدف يصعب الوصول إليه بسبب عدم وضوح أسلوب الحل أو صعوبة تحديد وسائل و طرق تحقيق الهدف، أو بسبب عقبات تعترض هذا الحل وتحول دون وصول الفرد إلى ما يريد، والأداة التي يستخدمها الفرد في حل المشكلة هي عملية التفكير وما يبذله من جهد عقلي يحاول من خلاله إنجاز مهمات عقلية أو الخروج من مأزق يتعرض له"

ويرى روبنشتاين أن المشكلة تنشؤ عندما يدرك الفرد العناصر التالية :

- الوضع الراهن
- وجود هدف يرغب في تحقيقه
- وجود عقبات بين الوضع الراهن وتحقيق الهدف.

( فخري عبد الهادي ، 2010 ، ص 218 )

- كما حدد جون ديوي في كتابه " كيف نفكر " How think خمسة خطوات لحل المشكلات وهي:
- الإدراك بوجود المشكلة: إدراك الصعوبة والإحساس بالإحباط والفشل أو التعجب أو الشك .
  - تعيين المشكلة: التوضيح والتعريف ، ويتضمن بيان الهدف الذي تنشده في ضوء تعريفه وفق الحالة التي تمخضت عنها المشكلة.
  - توظيف الخبرات السابقة: مثل المعلومات وثيقة صلة بالمشكلة، أو حلول سابقة أو أفكار تفيد في إنشاء فرضيات، وقضايا تتعلق بحل مشكلة.
  - فحص الفرضيات و الحلول المحتملة على التوالي ، وإعادة صياغة المشكلة إذا اقتضى الأمر ذلك .
  - تقويم الحلول و اتخاذ قرار ، و يتضمن ذلك دمج الحلول الناجحة في ضوء الفهم الحالي وتطبيقه في مراحل أخرى من المشكلة ذاتها.
- و يشير قطامي وزملاؤه (2002) إلى أن التحكم في استراتيجية حل المشكلة يخضع إلى عدة عوامل نذكر منها:
- محدودية السعة الذهنية : يواجه الأفراد عند معالجة المشكلة صعوبات متعددة و متباينة بسبب ضيق السعة الذهنية التي تظهر في صورة :
    - الفشل في إستخدام المعلومات المتعلقة بالموقف والمشكل.
    - نسيان المحاولات المبكرة للوصول إلى الحل .
  - مستوى الخبرة و درجة المعرفة : إذ أن الأفراد الخبراء في حل مشكلة يكون استيعابهم للمشكلة التي تواجههم أيسر ، بسبب أن مهارتهم لا تسمح لهم بحل المشكلة بدرجة متدنية من التوتر و الضغط على عملياتهم الذهنية.
  - حل المشكلات بين الخبير و المبتدئ : من ملاحظة أداء المتدربين في جلسات حل المشكلة بأنواعها و آلياتها و استراتيجياتها أمكن رصد ملامح المبتدئين و الخبراء في تعاملهم مع المشكلة و الإحساس بها و معالجتها، و يظهر الجدول التالي موازنة بين إستراتيجية حل المشكلة بين الخبير و المبتدئ.



جدول رقم ( 2 ) : موازنة إستراتيجية حل المشكلة بين الخبير والمبتدئ.

المبتدئ	الخبير
1	يركز في نظرتة للمشكلة على ما يفهمه منها قادر على أن يلم بالمشكلة ، و يتقصى الجوانب التي لم يفهمها
2	يدرك بعدا واحدا من أبعاد المشكلة و ينسى الأبعاد الأخرى يدرك أبعاد المشكلة المختلفة الإيجابية والسلبية
3	يتعامل بمكونات المشكلة كما لو كانت واضحة مع أنها غامضة بالنسبة له يتعامل بمتغيرات المشكلة المتعددة و المختلفة و ينظر لها بطريقة كلية ووفق علاقات و تكون واضحة له
4	تدني قدرته على صياغة المشكلة بمفرداته الخاصة يصوغ المشكلة بصور مختلفة و بلغته الخاصة
5	يركز على الجوانب السخيفة و الثانوية و ينسى العناصر الرئيسية يركز على الجوانب الرئيسية و الثانوية و السخيفة
6	يتعامل مع عدد محدود من الأبدال و الحلول يتعامل مع عدد كبير من الأبدال و يميز أهمية كل بديل
7	تدني قدرته على ربط الواقع بالمستقبل في النظر للحل و تحكمه بالظروف المحيطة قادر على الربط بين المعطيات المتاحة و متحرر منها في الوقت نفسه ، و يستطيع الإنطلاق خارج حدود البيئة
7	يدعى الخبرة و المهارة دون أن يحدد مستوى حاجته المهارية في ذلك لديه الخبرة في معالجة المشكلة دائم البحث عن مهارات جديدة

(موسى جبريل، نزيه حمدي، 2009 . ص 70 . 71)

ومن بين الأساليب البناءة التي تتوجه نحو حل الموقف الضاغط ومواجهته نذكر:

- العمل من خلال الحدث : ويشير إلى استفادة الفرد من الحدث في حياته الحاضرة وتصحيح مساره بالنسبة لتوقعات المستقبل من خلال التفكير المتأني المنطقي فيما تتضمنه طبيعة الحدث مما يمكن من أن يساعد على التعامل معه ومع غيره من الأحداث
- المساندة الجماعية : وتتضمن محاولات الفرد للبحث عن يسانده في محنته ويمده بالتوجه للتعامل مع الحدث وإيجاد المواساة والمساعدة لمواجهة هذه الأحداث بصورة أكثر إيجابية.
- المبادرة : وتتمثل في قيام الفرد بأفعال لمواجهة المشكلة ، مع محاولة مستمرة من جانبه لزيادة الجهد أو تعديله والإبتعاد عن الأفعال التي قد تصرفه عن التهديد الذي يواجهه.

(أحمد نايل الغرير ، أحمد عبد اللطيف أبو أسعد ، 2009م ص128)

يرى لازاروس أن استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكلة تتمثل في :

- البحث عن المعلومات : الحصول على نصيحة من شخص ما للوصول إلى حلول للموقف.
- اتخاذ إجراءات لحل المشكلة : من خلال إعداد خطة بديلة وتعلم مهارات جديدة للتعامل مع الموقف والتغلب عليه.(عبد العزيز المجيد محمد ، 2005م ص46)

#### 3-4-1-2 الإستراتيجيات التي تركز على الإنفعال :

تشير إلى الجهود التي يبذلها الفرد لتنظيم الإنفعالات وخفض المشقة و الضيق الإنفعالي الذي سببه الموقف الضاغط للفرد عوضاً عن تغيير العلاقة بين الشخص والبيئة ، وتتضمن أساليب المواجهة التي تركز على الإنفعال الإبتعاد وتجنب التفكير في الضواغط والإنكار. ويرى لازاروس أن هذه الإستراتيجيات تتعلق بالاستجابات الإنفعالية ، وتهدف إلى تنظيم الإنفعالات السلبية التي تنشأ عن الحدث الضاغط الذي يواجهه الفرد.

ومن خلال نظريته أعد لازاروس وفولكمان استبيان المواجهة لقياس هذين النوعين الأساسيين من استراتيجيات المواجهة ( الاستراتيجيات التي تركز على المشكلة، الاستراتيجيات التي تركز على الانفعال)، ولقد توصل لازاروس وفولكمان من خلال التحليل العاملي لمفردات الإستبيان إلى ثمانية استراتيجيات فرعية يستخدمها الفرد في مواجهة الضغوط ومواجهة التحدي، والإبتعاد وضبط

الذات، والبحث عن المساعدة الإجتماعية وتقبل المسؤولية والهروب أو التجنب وحل المشكلة والتقييم الإيجابي للموقف.

( طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006 م ، ص 91، 92 )

ومن بين الأساليب التي تركز على الانفعال نذكر:

- التنظيم الوجداني : من خلال معايشة الإنفعالات وعدم الإنشغال بالإنفعالات المتصارعة والتحكم الإنفعالي.
- التقبل المدعن: ويتمثل هذا الأسلوب في الإنتظار لبعض الوقت لمحاولة التغلب على المشكلة مع توقع الأسوأ والإقرار بعدم إمكانية عمل شيء.
- التفريغ الإنفعالي : ويدخل في هذا الأسلوب التعبيرات الكلامية ، البكاء، التدخين.....إلخ.

( عبد العزيز المجيد محمد، 2005 ، ص 46 ، 47 )

أيهما الأفضل coping المتمركز حول المشكلة أو coping المتمركز حول الانفعال :

حسب نظر لازاروس وفولكمان فإنه لا توجد هناك استراتيجية coping فعالة بنفسها وفعالة دائما، أي دون الارتباط بخصائص شخصية وخصائص إدراكية معرفية للفرد وكذا خصوصية الوضعيات، وعموما فإن الاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال تكون فعالة على المدى القصير، أو إذا كان الحدث الضاغط غير قابل للسيطرة مما يسمح للفرد بالمحافظة على تقديره لذاته وحماية نفسه. في حين نجد أن الاستراتيجية المتمركزة حول المشكلة تكون أكثر تكيفا على المدى الطويل عند مواجهة حدث ما خاصة إذا كان هذا الأخير قابلا للسيطرة والتحكم.

( Marilou Bruchon- Schweitzer , 2001 , p 77 , 78 )

كما أن coping المتمركز حول المشكلة يحمي الفرد من ظهور الأمراض ، لأنه يتطلب ميكانيزميات فكرية ( معرفية ) تسمح بأخذ معرفة كاملة حول الحدث وقياس التغيرات التي يمكن أن يحدثها هذا الأخير. ( Mahmoud Boudrene , 2005 , p 36 )

ومن هنا نجد أن لكل استراتيجية من استراتيجيات coping سواء المتمركز حول المشكلة أو المتمركز حول الانفعال ما يميزها، يمكن توضيحها في الجدول التالي :

جدول رقم (3): ميزات وعيوب استراتيجيتي المواجهة المتمركزة حول المشكلة والمتمركزة حول الإنفعال.

عيوب	مميزات	
- استمرار العامل الضاغط	- قليل الكلفة - المحافظة على النشاطات المعتادة	Coping متمركز حول الانفعال
- تكلفة عالية - التركيز على المشكلة على حساب النشاطات المعتادة.	- التغيير في العامل الضاغط - تكيف السلوكيات مع الوضعية ( نمو وتطور )	Coping متمركز حول المشكلة

( Pierre Loo et autres , 2003 , p 136 )

هل هناك coping جيد و coping سيء؟ :

من الصعب أن نحكم على قيم استراتيجيات ال coping المستعملة ، فالاستراتيجيات الفعالة على المدى القصير يمكنها أن تكون مضرّة على المدى الطويل، ويرى لازاروس أن الحكم على coping بأنه جيد أو سيء يتعلق بتلاؤمه مع الضروريات المحيطية والنفسية الداخلية، ومن جهة أخرى من الصعب القول عن استراتيجيات coping بأنها جيدة أو سيئة، وبدل ذلك يمكننا تعريفها بأنها جهود ناجحة أو جهود غير ناجحة يقوم بها الفرد من أجل معالجة طلبات المحيط.

( Perluigi Graziani , Joel Swedse , 2005 , p 78 )

ونقول أن استراتيجية coping بأنها فعالة إذا سمحت للفرد بتسيير والتحكم في الوضعية الضاغطة أو في التخفيف من أثرها على راحته النفسية والجسدية، وهذا يستلزم أن يتمكن الفرد من حل المشكلة أو التحكم فيها وأيضا تعديل انفعالاته السلبية.

( Marilou Bruchon – Schweitzer , 2001 , p 77 )

الفرق بين استراتيجيات المتمركزة حول المشكلة والاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال:

يشير لازاروس وفولكمان إلى أن هناك اختلافا بين استراتيجيات المواجهة التي تركز حول الانفعال و تلك التي تركز حول المشكلة، نوضحه في الجدول الموالي :

جدول رقم (4) : الفرق بين إستراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكلة والإستراتيجيات التي تركز على الانفعال .

المواجهة التي تركز على الانفعال	المواجهة التي تركز على المشكلة
<p>- تساعد الفرد على خفض الضغط العالي، وبعض هذه الاستراتيجيات يتضمن عمليات معرفية مثل التجنب والتقليل من شأن المشكلة ولوم الآخرين، وبعضها يتضمن استراتيجيات سلوكية مثل التأمل وتعاطي العقاقير.</p> <p>- منها ما هو إيجابي مثل التنفيس والدعابة والمرح والمساندة الاجتماعية، ومنها ما هو سلبي مثل تعاطي المخدرات والعقاقير والتدخين وزيادة الأكل وغيرها.</p>	<p>- تتضمن جهودا لتعريف وتحديد المشكلة والبحث عن معلومات وخلق حلول بديلة للمشكلة وحساب التكاليف والفوائد ( المزايا والعيوب ) لهذه البدائل والإختيار من بين هذه البدائل البديل المناسب وتنفيذه وقد يكون بعض من استراتيجيات المواجهة التي تركز حول المشكلة موجها نحو الذات مثل تنمية واكتساب مهارات جديدة، وبعض آخر من استراتيجيات المواجهة التي تركز حول المشكلة يكون موجها نحو البيئة مثل البحث عن معلومات ومحاول الحصول على المساندة الاجتماعية من الآخرين المحيطين بالفرد في البيئة.</p>
<p>- تهدف إلى إدارة وتنظيم انفعالات الفرد من خلال استخدام عدة استراتيجيات فرعية مثل التجنب والتقليل من الشأن.</p>	<p>- تتضمن البحث عن معلومات أكثر وتحديد العقبات والصعوبات وتوليد حلول بديلة للمشكلة</p>
<p>- تكون أقل فاعلية في مواجهة الضغوط.</p>	<p>- تكون أكثر فاعلية في مواجهة الضغوط.</p>
<p>- تستهدف التعامل مع الإنفعالات السلبية التي سببتها الأحداث الضاغطة ، تستخدم عندما يدرك الفرد أنه لا يستطيع التحكم في الموقف وهذا النوع من المواجهة يتضمن خفض القلق المرتبط بالموقف دون التأكيد على المشكلة.</p>	<p>- تستهدف تغيير الموقف، تستخدم بشكل ملائم عندما يدرك الفرد السيطرة والتحكم في الموقف أو عندما تستطيع إدارة المشكلة في البيئة.</p>
<p>- يختار الفرد تجنب التفكير وذلك عن طريق</p>	<p>- تتضمن قيام الفرد بمجموعة من السلوكيات</p>

التي تستهدف محو الموقف الضاغط أو التعامل معه بفعالية من خلال إيجاد خطة لحل المشكلة.	الذهاب إلى السينما أو قضاء وقت ممتع مع الأصدقاء.
- استراتيجية المواجهة التي تركز على المشكلة غالباً ما تكون ملموسة وقابلة للملاحظة.	- تتضمن استخدام العمليات المعرفية وهي عمليات لا يمكن ملاحظتها.
- ترتبط بظهور مستوى منخفض من المشقة النفسية لدى الأطفال والمراهقين والراشدين	- ترتبط بانخفاض التوافق النفسي لدى الأفراد عبر المواقف الضاغطة.
- تتضمن محاولات الفرد لإنجاز الموقف من المهمة عن طريق فعل أشياء مثل أن يكون الفرد توكيدياً أو السعي نحو المساندة الإجتماعية	- تشير إلى تنظيم الإنفعالات لخفض المشقة النفسية والضييق الانفعالي للفرد وذلك من خلال عدة فنيات مثل أحاديث الذات والتدريب على الاسترخاء.

( طه عبد العظيم حسين ، سلامة عبد العظيم حسين، 2006 م ص 91- 93 )

### 3-4-2 تصنيف بيلينجس وموس ( Billnings et Moos . 1981 ) :

يصنف بيلينجس وموس استراتيجيات مواجهة الضغوط إلى :

3-4-2-1 استراتيجيات مواجهة إقدامية : تتضمن القيام بمحاولات معرفية لتغيير أساليب التفكير لدى الفرد عن المشكلة ومحاولات سلوكية ، وذلك بهدف حل المشكلة بشكل مباشر وتتضمن النزعة للإستجابة بشكل فعال نحو الأحداث الضاغطة والسعي للحصول على معلومات بشأن هذه الأحداث وحل الموقف أو المشكلة ، وذلك من خلال استخدام أساليب سلوكية ومعرفية متجددة، وتشمل الأساليب الإقدامية على التحليل المنطقي للموقف الضاغط ونتائجه وإعادة التقييم الإيجابي للموقف أو إعادة بناء الموقف معرفياً بطريقة إيجابية والبحث عن المعلومات والمساندة من الآخرين واستخدام أسلوب حل المشكلات.

3-4-2-2 استراتيجيات مواجهة إجمامية : تتضمن القيام بمحاولات معرفية وذلك بهدف التقليل من التهديدات التي يسببها الموقف، والقيام بمحاولات سلوكية لتجنب التحول مع المواقف الضاغطة وكما تتضمن النزعة نحو تشتيت و صرف ذهن الفرد عن الحدث الضاغط وتجنب الحصول على معلومات بشأن حدث الضاغط واستخدام أساليب سلوكية معرفية للهروب من الموقف الضاغط وتجنب التفكير الواقعي في الموقف أو المشكلة وتقبل المشكلة والاستسلام لها أو التفكير النفسي الإنفعالي لخفض التوترات والإنفعالات السلبية المصاحبة للموقف.

و يفضل الأفراد الاستراتيجيات الإقدامية ويستخدمونها في المواجهة والتحدي مع الموقف الضاغطة.

### 3-4-3 تصنيف كوتن ( cotton , 1990 ) :

صنف استراتيجيات مواجهة الضغوط لدى الأفراد إلى :

3-4-3-1- استراتيجيات فيزيولوجية تتركز حول المشكلة : غالبا ما تستخدم هذه الإستراتيجيات عندما يكون مصدر الضغط فيسيولوجيا، فعندما يكون مصدر الضغط مثلا هو الإصابة بمرض مزمن عندئذ تتضمن الإستراتيجية الفيسيولوجية التي تتركز حول المشكلة تعديل أسلوب الحياة لدى الفرد.

3-4-3-2- استراتيجيات معرفية تتركز حول المشكلة : وتستخدم في تعديل إدراك الفرد للمواقف الضاغطة وكذلك في عملية التقييم المعرفي للموقف ، ومن فنيات المواجهة التي تندرج تحت هذه الاستراتيجيات إيقاف التفكير الخاطئ وضرورة التفكير المنطقي واختبار الفرضيات وحل المشكلات

3-4-3-3- استراتيجيات سلوكية تتركز حول المشكلة : وهي الاستراتيجيات التي تؤدي إلى تعديل طبيعة الموقف الضاغط، وتتضمن عدة فنيات مثل توكيد الذات وإدارة الوقت واكتساب مهارات جديدة.

3-4-3-4- استراتيجيات فيسيولوجية تتركز حول الانفعال : وتستهدف التعامل مع التغيرات الفسيولوجية الناجمة عن الضغوط ، وتتضمن عدة فنيات لإدارة الضغوط وهي التدريب على الإسترخاء و تعديل أسلوب الحياة لدى الفرد مما يساعد ذلك على خفض الإستجابات الفسيولوجية الناتجة عن الضغوط.

3-4-3-5- استراتيجيات معرفية تتركز حول الانفعال : وهي تستهدف تغيير نقص الإستجابات الإنفعالية و المعرفية الناتجة عن الضغوط، ومن أمثلة هذه الاستراتيجيات اختيار الفرضيات المعرفية ومواجهة الأفكار السلبية والخاطئة واستبدالها بأفكار ومعارف أكثر إيجابية ومنطقية.

6-3-4-3- استراتيجيات سلوكية تتركز حول الانفعال : وتهدف إلى التعامل مع الإستجابة للضغط ، وتتضمن تعلم أنماط سلوكية جديدة واستخدام روح الدعابة والمرح في التخفيف من استجابة الضغط. ( طه عبد العظيم حسين ، سلام عبد العظيم حسين ، 2006 ، ص 96 ، 97 )

#### 4-4-3 تصنيف ( Gaziel , 1993 ) :

يرى ان هناك أربع استراتيجيات تكيفية لأحداث الضغط وهي :

1-4-4-3- الإستراتيجيات السلوكية الفعالة : وهي تشتمل مواجهة أو محاولة تغير مصدر الضغط

2-4-4-3- الإستراتيجيات الذهنية الإدراكية النشطة : والتي تشمل مراجعة المشكلة والحديث عن مصادر الضغط والبحث عن معلومات إضافية.

3-4-4-3- الإستراتيجيات السلوكية غير النشطة : وتشمل أنواع من السلوك الهروبي والتجنب لمصادر الضغط.

4-4-4-3- الإستراتيجية الإدراكية غير النشطة : وتشير إلى الإعتقاد بعدم القدرة على عمل أي شيء والتعبير عن الإمتعاض.

#### 5-4-3 تصنيف كوهين ( cohen , 1994 ) :

صنف استراتيجيات المواجهة التي يتخذها الأفراد في التعامل مع الضغوط إلى عدة أنواع :

1-5-4-3-التفكير العقلاني ( La pensée rationnelle ) : وتشير إلى أنماط التفكير العقلانية والمنطقية التي يقوم بها الفرد حيال الموقف الضاغط بحثا عن مصادره وثمرته.

2-5-4-3-التخيل ( Imagination ) : وهي إستراتيجية يحاول الفرد من خلالها تخيل المواقف الضاغطة التي واجهته، فضلا عن تخيل الأفكار والسلوكيات التي يمكن القيام بها في المستقبل عند مواجهة مثل هذه المواقف الضاغطة.

3-5-4-3-الإنكار ( L a déni ) : هي إستراتيجية لاشعورية يسعى من خلالها الفرد إلى إنكار وتجاهل المواقف الضاغطة وكأنها لم تحدث.



3-4-5-4- حل المشكلات : ( La résolution de problèmes ) : وهي إستراتيجية معرفية يحاول الفرد من خلالها استنباط أفكار وحلول جديدة ومبتكرة لمواجهة الضغوط.

3-4-5-5- الدعابة والمرح : ( Gaieté ) : وهي إستراتيجية تتضمن التعامل مع الخبرات الضاغطة بروح الدعابة والمرح.

3-4-5-6- الرجوع إلى الدين ( Retour a la religion ) : وتشير هذه الإستراتيجية الدينية إلى رجوع الأفراد في أوقات الضغوط إلى الإكثار من الصلوات والعبادات والمداومة عليها كمصدر للدعم الروحي والأخلاقي والإنفعالي وذلك لمواجهة المواقف الضاغطة.

( طه عبد العظيم حسين ، سلامة عبد العظيم حسين ، 2006 ، ص 99 ، 100 ) .

3-4-6- تصنيف استراتيجيات المواجهة في البيئة العربية: أما في البيئة العربية فقد صنف لطفي عبد الباسط ( 1994 ) استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية إلى:

3-4-6-1- الإستراتيجيات الإيجابية: تتمثل في قيام الفرد بأفعال لمواجهة المشكلة مع محاولة مستمرة لزيادة الجهد أو تعديله وعدم التسرع والتريث في محاولته لمواجهة الموقف الضاغط ، وقد يقتضي ذلك استرجاع الفرد لخبراته السابقة في المواقف الضاغطة.

3-4-6-2- الإستراتيجيات السلبية: تتمثل في نقص جهد الفرد في التعامل مع الموقف الضاغط والإفراط في ممارسة أنشطة أخرى كالنوم وعزل الذات والإنكار والإنسحاب المعرفي العقلي أو الإستغراق في أحلام اليقظة والتفكير في أشياء وموضوعات بعيدة عن المشكلة.

أما طه عبد العظيم حسين ( 2006 ) فقد صنفها إلى ثلاثة أنواع رئيسية:

- التخطيط والسعي لحل المشكلة مقابل الإنكار والهروب من المشكلة.

- المساندة الاجتماعية في مقابل المواجهة الدينية.

- أساليب مواجهة على المستوى المعرفي في مقابل أساليب انفعالية.

( طه عبد العظيم حسين ، سلامة عبد العظيم حسين ، 2006 ، ص 106-107 )

### 3-5- التناولات النظرية لمفهوم استراتيجية المواجهة :

لقي موضوع استراتيجيات المواجهة رواجاً كبيراً من طرف العديد من الباحثين، وقد تكاثرت حيث تعتبر النظرية هي المنبع الأساسي لهم ومن خلال الطرح الموالي ، سنقوم بعرض مختلف النظريات التي حاولت تفسير هذا الموضوع .

#### 3-5-1 النظرية التحليلية:

حسب ما ورد في ( ولد يحيى وآخرون ، 1999 ، ص 61 ) : " تعد آليات الدفاع من المنظور التحليلي أهم استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية، وأول من أدخل مفهوم آليات الدفاع أو الحيل الدفاعية هو فرويد ( 1933 ) Freud ويرى أن الناس يلجؤون إليها لحماية أنفسهم وتساعدهم على معالجة الصراعات والإحباطات، وهي أساليب عقلية لاشعورية تقوم بتشويه الخبرات وتزييف الأفكار وهي تساعد الناس على خفض القلق حينما يواجهون معلومات تثير التهديد. تشمل استراتيجيات المواجهة حسب الإتجاه التحليل على سلسلة من الاستراتيجيات التي تتطور انطلاقاً من ميكانيزمات أولية غير ناضجة إلى ميكانيزمات ناضجة، ومفهوم استراتيجيات المواجهة هو عبارة عن نمط أو سمة ومن هذا قدم مقياساً للمقاومة طبقاً للنمط أو السمة التي يتميز بها كل فرد ، للتمييز بين الأفراد في أسلوب المواجهة."

اقترح ويدلو شتر Widko Chotler ( 1937 ) تعريفاً حول آليات الدفاع كما يلي "الدفاع هو مجموع العمليات الهادفة للتقليل والإنقاص من حدة الصراع النفسي الداخلي وعدم تمكنه من الخروج إلى حيز الشعور".

لقد تكلم فرويد عن تسعة آليات دفاعية وهي كما يلي: النكوص، الكبت، التكوين العكسي، العزل، الإلغاء الرجعي، الإجتياف، الإرتداد على الضد، الإسقاط ، الإرتداد على الذات".

وسنحاول من خلال ما جاء به ( محمد حمدي الحجار ، 1989، ص 87 ) إعطاء شرح لهاته الآليات:

- الكبت : عملية عقلية لاشعورية يلجأ إليها الفرد للتخلص من الشعور بالقلق والضيق الذي يعانیه بسبب ورود عوامل متضاربة الأهداف في نفسه وباستخدام هذا الميكانيزم الآلي فإن الإنسان يحرر نفسه ولو مؤقتاً من الضغوط المتسلطة عليه وتشكل عبئاً لا يطيقه، فهرب من الموقف الضاغط بكبته ومحاولة تحييده على الأقل، ولكي يحصل على توازنه النفسي، ورغم الاختلافات من

فرد لآخر في إدراك الضغوط واستخدام هذا الميكانيزم ... غير أن كل الناس لا يلجؤون إلى الكبت عندما يتعرضون لموقف ضاغط، أو محاربة الهروب منه باللجوء إلى استخدام الآليات الدفاعية، فبعضهم لهم قدرة المواجهة وتحمل الموقف وإيجاد الحل المنسجم مع هذه الصراعات والضغوط الداخلية والخارجية، وهو أمر يتعلق بشخصية كل فرد وأسلوبه الشخصي المميز في مواجهة الإحباط أو الضغوط، ويعرف بأن الكبت الناجح هو الذي يؤدي إلى حل الصراع وتوازن المتطلبات والرغبات اللذين يحققان الصحة النفسية، أما الكبت الفاشل فهو الذي يؤدي إلى حالة الإختلال ثم المرض النفسي.

- التعويض : حيلة دفاعية لا شعورية يلجأ إليها الإنسان حينما يبتغي سلوكا يعوض وقد يكون هذا الشعور وهميا أو حقيقيا، سواء كان جسيما أو نفسيا أو ماديا ، والتعويض محاولة لا شعورية تهدف إلى الإرتقاء إلى المستوى الذي وضعه الإنسان لنفسه، أو الذي فرض عليه من علاقته بالآخرين ، وقد يهدف الإنسان إلى تغطية الشعور بالنقص أو تحقيق مكاسب ذاتية مثل لفت الانتباه والعطف والإحترام أو إثارة الآخرين، أو ربما لكي يعزز موقعه في المجتمع الذي يعيش فيه.

- التبرير : هو إعطاء أسباب مقبولة إجتماعيا للسلوك بغرض إخفاء الحقيقة عن الذات ويعد وسيلة دفاعية ترمي إلى محافظة الفرد على احترامه لنفسه وتجنبه للشعور بالإثم وتعطيه الشعور بأن ما قام به قد جاء بناء على تفكير منطقي معقول ، ويختلف التبرير عن الكذب بأن الأول ( التبرير) يكذب فيه الإنسان عن نفسه، في حين يكون الثاني ( الكذب ) بأن يكذب الإنسان على الناس، وهذه الوسيلة الدفاعية تقدم أسبابا مقبولة اجتماعيا لما يصدر عن الإنسان من سلوك وهو يخفي من وراءه حقيقة الذات مثال ذلك: إعتقاد الفقير بأن الفقر نعمه وأن الثروة والغنى يجلبان له المشاكل والهموم.

- التحويل : هي آلية دفاعية تستخدم للدلالة على نقل نمط من السلوك، من عمل إلى آخر بمعنى اكتساب خبرة معينة تؤدي إلى رفع مستوى الإنجاز للفرد في عمل مماثل أو إلى خفض مستواه إن كان العمل الجديد مغايرا للعمل الأصلي كل المغايرة، وفي التحليل النفسي يدل هذا الميكانيزم على موقف انفعالي معقد، ويعلق فينكل Finichle على ذلك بقوله : "يسيء الفرد فهم الحاضر برده على الماضي".

- التكوين العكسي : هو إخفاء الدافع الحقيقي عن النفس إما بالقمع أو بكبته، ويساعد هذا الميكانيزم الفرد كثيرا في تجنب القلق والإبتعاد عن مصادر الضغط فضلا عن الإبتعاد عن المواجهة الفعلية فإنه قد يظهر سلوكا لكنه يخفي السلوك الحقيقي، فإظهار سلوك المودة والمحبة المبالغ فيهما،

قد يكون تكويننا عكسيا لحالة العدوان الكامن الذي يمتلكه الفرد في داخله، وعادة يتشكل هذا المفهوم ضمن سمات الشخصية ومكوناتها.

- **النكوص والارتداد** : هو الارتداد أو التقهقر إلى مرحلة سابقة من مراحل العمر الممتلئة في النمو النفسي، ويتميز بعدد من الظواهر النفسية المتمثلة في النشاط النفسي، ويكون النكوص عادة إلى المراحل السابقة، وهو ما يحدث دائما لدى المرضى الذهانيين مرضى العقل. كما أن النكوص هو الشكل المفرط من التعلق، والإرتباط بالغير، حيث يرتد الفرد بسلوكه إلى الطفولة الأولى في الصورة العاطفية التي يبديها نحو الغير من حيث الرعاية والحماية."

حسب ما ورد في (بن سكريفه مريم، 2008، ص 80) : " إن النكوص كحيلة دفاعية تحقق للفرد ولو لفترة الهروب من الضغوط المحيطة به وذلك بالرجوع إلى مرحلة سابقة تتمثل فيها السعادة و الراحة النفسية، يلجأ إليها الإنسان للتخفيف عما يعانیه الآن من نكسات وانكسارات نفسية فيتذكر ماضيه المليء بالأمان والرخاء و الرفاهية التي عاشها، ويذهب بتفكيره بعيدا إليه، وكأنه حلم مرسريعا، وقد أثبتت الدراسات النفسية بأن النكوص استجابة شائعة للإحباط .

- **التقمص والتوحد** : عملية لاشعورية بعيدة المدى ، نتائجها ثابتة يكتسب بها الشخص خصائص شخص آخر تربطه به روابط انفعالية قوية، ويختلف التوحد عن المحاكاة أو التقليد حيث يكون الأول التوحد عملية لاشعورية في حين الثاني المحاكاة أو التقليد عملية شعورية واعية.

والإنسان في هذا الميكانيزم اندفاعي يسعى لأن يجعل نفسه على صورة غيره، وهذا يتطلب ضمنا غير واع لخصائص شخصية الآخر إلى نفسه وتشمل هذه الخصائص السلوك والأفكار والإنفعالات العاطفية، وأول مقاومة الفرد للتوحد تبدأ في الطفولة عندما يسعى إلى التوحد بشخصية أحد والديه. إن عملية التوحد تخدم أغراضا كثيرة وتعتبر وسيلة لتحقيق الرغبات التي لا يستطيع الفرد نفسه، فيقتنع بتحقيقها في حياة الغير ويرضاها لنفسه كأنه قام بها والكثير من مظاهر التوحد وتعلق الفرد بغيره، ما هي إلا حالات تدل على بعض نزعات العطف الإجتماعي والإحساس بمشاكل الآخرين التي ترد إلى توحد الفرد بغيره ومقدرته على أن يضع نفسه مكان الآخرين في ظروفهم، ويكثر استخدام هذا الميكانيزم لدى الشخصيات التي تتسم بالأنماط العقلية كالشخصية الفصامية أو البارانونيا ( هذيانات العظمة ) أو الشخصية المهووسة (الهوس ) وهي أنماط من الشخصيات ليست مرضية وإنما نمط سلوكها وتكوينها الشخصي بهذا النوع . إن هذا النمط من الشخصيات يرى نفسه في الآخر،

كما أنه يرى الآخر في نفسه وعندما تزايد الضغوط الحياتية ولم يجد لها منفذ للتصرف أو التحويل ، فإنها ستؤدي إلى اضطرابات في العقل لدى هذه الفئة من البشر.

- الخيال: هو جزء مهم من الحياة العقلية للإنسان، ويصدر الخيال من العمليات العقلية المعرفية المتمثلة في الإدراك، التفكير، التذكر، الانتباه والنسيان... الخ وهو ينتهي إلى مجال التفكير ففي الخيال يستطيع الفرد أن يتجنب الضغط الواقع عليه من البيئة الخارجية، ويؤدي إلى تخفيض بعض الدوافع من خلال تبديلها.

إن الخيال خفف عن الإنسان الكثير من الضغوط الواقعة عليه، فيرى " مصطفي زيود" أن الخيال يمكن أن يصاغ بالعديد من الحلول ( السيناريوهات ) وهي تظل تابعة داخل عقل الإنسان وبها يجد العديد من الحلول إذا ما استخدمت استخداماً أمثلاً في الوصول إلى نتائج تحقق الراحة النفسية ولكن تصبح حالة مرضية باستمرارها وتحويل الواقع إلى أحلام يقظة وأخابيل فلذلك لا بد وأن تخضع إلى ضوابط ومحددات لعملها لاسيما أنها مكون أساسي في حياة الإنسان طفلاً أو راشداً، سليماً كان أو مريضاً ، مستيقظاً كان أو حالماً أثناء نومه ، وتخدم هذه العملية عمليات عقلية أخرى في إعانة الفرد على تحمل صراعاته النفسية والإبقاء عليها بحيث لا تطغى على الوعي ولا تؤدي إلى انهيار التوازن النفسي الداخلي للفرد.

- التسامي والإعلاء : آلية دفاعية يلجأ إليها الإنسان عندما تضيق عليه الأمور ويزداد التوتر بأعلى درجات الشدة، وهذه الحيلة الدفاعية من أهم الحيل وأفضلها، والأكثر انتشاراً، ويبدل استخدامها على الصحة النفسية العالية، فبواسطتها يستطيع الإنسان أن يرتفع بالسلوك العدواني المكبوت إلى فعل آخر مقبول إجتماعياً وشخصياً، فمثلاً النتائج الفكرية والأدبية والشعرية والفنية... ماهي إلا مظاهر لأفعال تم التسامي بها وإعلائها من دوافع ورغبات داخلية مكبوتة في النفس إلى أعمال مقبولة وتجد الرضا من أفراد المجتمع، ويمثل الدين أعلى درجة من الإعلاء والتسامي بالنسبة للإنسان في ظروف التوتر والضغوط الشديدة والأزمات.

- التسليطة المسيطرة على الإنسان : لا يمكن مواجهتها الا بالتسامي من خلال التمسك بالدين وهو يتيح الطريق للتخلص من أحاسيس ومشاعر الإثم من خلال أداء الصلاة والتفكير عن الذنوب بدلا من الطقوس الحوازية عديمة المعنى. إن هذه الآلية الدفاعية تخفف من شدة الصراعات

والتوتر الداخلي لدى الإنسان من خلال تحويل تلك الأفكار والصراعات إلى مجالات مفيدة وسليمة ومقبولة إجتماعيا كما أنها تمكن الفرد من الإبقاء على هذه الصراعات مكبوتة وبعيدة عن الوعي.

نلاحظ أن استراتيجيات المواجهة حسب مدرسة التحليل النفسي عملية لاشعورية يستخدمها الفرد للتخلص من التهديدات التي يواجهها سواء داخلية أو خارجية وإبقاءها في ساحة اللاشعور.

### 2.5-3 النظرية المعرفية :

يقول فرحات ( 2002 ، ص 23 ) " حسب نظرية الضغط والمواجهة لازاروس ، لا يمكن فهم الضغط النفسي بدون الرجوع إلى المكون المعرفي الكامن وراء تفسير الفرد للموقف أو الحدث الذي يتعرض له . والعملية المعرفية هذه تمثل حجر الأساس لتحديد طبيعة استجابة الفرد للضغوط المختلفة داخلية كانت أم خارجية ، وعملية إدراك المواقف التقييمية هي الأساس في مسألة مواجهة الضغوط الحياتية والتغلب عليها ، وعليه فإن العملية المعرفية المسؤولة عن تقييم المواقف لتحديد استجابة الإنسان له هي التي تعرف بمفهوم استراتيجيات التكيف."

وحسب تعريف لازاروس وفولكمان في (عثمان يخلف ، 2001 ، ص 51 ) بأنه : " جهد أو محاولة معرفية وسلوكية دائمة التغير هدفها إدراك المطالب الخارجية والداخلية الضاغطة على الإنسان والتي ينظر إليها على أنها تفوق الإمكانيات الشخصية الخاصة ومن مفهوم لازاروس هذا للضغط النفسي انبثق نموذج المعرفي الذي يبين المتغيرات المعرفية التي يتم على أساسها تقييم الحدث الضاغط ومواجهته للتغلب عليه .إن عملية المواجهة هذه تمر بمراحل معرفية مختلفة:

1.2.5-3 مرحلة الحدث الضاغط : فكرة هذه المرحلة مبنية على أن الإنسان يواجه في حياته مواقف أو أحداث ضاغطة تستدعي الكثير من الجهد لمواجهتها والتغلب عليها ، وقد تنطوي عليها صعوبات صحية إذا تم استعمال استراتيجيات معرفية سلوكية غير فعالة.

2.2.5-3 مرحلة التقييم الأولى : في هذه المرحلة يقوم الفرد بمحاولة التعرف على الحدث ثم يقوم بمحاولة تحديد مستوى التهديد الذي يمثله هذا الهدف ، ويعتمد الفرد في هذه العملية التقديرية على الأسلوب وخبراته الشخصية.

3.2.5-3 مرحلة التقييم الثانوي : في هذه المرحلة يقول لازاروس وفولكمان (1984، ص 201) : " يتساءل الفرد من خلال التقييم الثانوي عما يمكن فعله للوقاية من التهديد ، ثم يقرر نوعية تعامله ،

وذلك عن طريق تقييم الإمكانيات الخاصة بعملية المقاومة، حيث يحدد الفرد نوع استراتيجيات المقاومة التي يمكن استعمالها إزاء العامل الضاغط، وفي هذا الشأن تؤكد فولكمان على أهمية التقييمات التي يقوم بها الفرد فيما يخص المتطلبات التي تفرضها وضعية ما من جهة، وعلى آثار تلك التقييمات على استعماله لاستراتيجيات معينة في التعامل مع تلك الوضعية من جهة أخرى.

وفي نفس المجال يرى كل من لازاروس وفولكمان أن التقييم الثانوي عملية معقدة يتم من خلالها انتقاء الأساليب الأكثر ملاءمة في عملية المقاومة والتي توقع منها أن تكون على مستوى من الفعالية.

ويشير كل من كوهن ولأزاروس Cohen et Lazarus ( 1979 ) إلى أن هذا التعقيد يظهر بشكل بارز وبصفة خاصة في السياقات المرتبطة بالمرض، إذ تهدف تقديرات عملية التحكم في هذه السياقات إلى :

- التخفيض من ضرر أو أذى الشروط المحيطة ، وزيادة أو تعزيز إمكانيات الشفاء.
- التغاضي عن التكيف مع الوقائع والأحداث السلبية للمرض.
- الحفاظ على صورة جسدية موجبة.
- الحفاظ على التوازن الانفعالي.
- الإستمرار في إقامة العلاقات مع الآخرين.

ويقول Lazarus et Folkman ( 1984 ، ص 232 ) : " بخصوص العلاقة بين شكلي التقدير المعرفي، التقييم الأولي والتقييم الثانوي أن هناك عامل متبادل بينهما في عملية المقاومة، وقد تحدث كل من لازاروس وفولكمان عن هذا التفاعل بينهما في العمل على تخفيض درجة الضغط وتعديل شدة ومضمون ردود الأفعال الإنفعالية، وهو تفاعل على مستوى عال من التعقيد".

من خلال هذا الطرح المبسط لتفسير استراتيجيات المواجهة من طرف كل من المدرسة التحليلية والمعرفية، يتضح لنا الإختلاف الجوهرى الواضح بينهما، حيث ترى المدرسة الأولى أن استراتيجيات المواجهة هي عبارة عن استراتيجيات لأشعورية، الهدف منها خفض من حدة التوتر والقلق الناتج عن تلك المواقف الضاغطة، أما استراتيجيات المواجهة حسب المدرسة المعرفية فهي استراتيجيات شعورية إرادية يعتمد عليها الإنسان مباشرة للدفاع على نفسه وحل المشكل الذي يواجهه بطريقة تجعله يغير الموقف الضاغط المعاش.

### 3-3.5 النظرية الاجتماعية :

حسب ( السيد محمد غنيم 1993 ) يعتبر كل موقف سلوكي بالنسبة للإنسان موقف إجتماعي في حقيقته، سواء كان فردا أو جماعة من الناس، وعندما يتواجد الإنسان مع شخص آخر فإن وجود الأخير يكون له تأثير على كيفية سلوكه، استجاباته، وتحديد الوظائف السيكولوجية إزاء المواقف الاجتماعية، فهي تؤثر فيما نتعلمه وكيف ندرك ونحكم على البيئة والأحداث . إن استراتيجيات تكيف الفرد والجماعة توضح أن الفرد يقوم بنوعين من التصرفات من خلال إحساسه بالنقص، وتتمثل في تقبل أو رفض الواقع وتحقق هذه التصرفات من خلال استراتيجيات متعلقة بدرجة الفرد وقدراته ونذكر من بين هذه الأساليب ما يلي :

- الهروب: وهو الإنسحاب والإبتعاد عن المقاومة بالغير
- التطابق : توافق الفرد مع القيم الاجتماعية
- التعويض : هو إدخال عوامل جديدة وفرضها في الجماعة وأن تحضي بالقبول.
- سد العجز : محاولة الوصول إلى مستوى الآخرين بتأكيد الذات.

فللطموح وإمكانيات الفرد دورا كبيرا في تحديد نوع الإستراتيجية، وهذا من خلال اكتسابه عن طريق التنشئة الاجتماعية لبعض المهارات التي تمكنه من مقاومة المواقف الضاغطة التي تواجهه. وبهذا فمفهوم استراتيجيات المواجهة حسب المنظور الاجتماعي هي عملية يستخدمها الفرد للتخلص من التهديدات الاجتماعية والضغط الخارجية وهذا بالمحافظة على القيم الاجتماعية العامة التي تعملها الفرد من بيئته.(عيطور ، 1997 ، ص126)

### 3-4.5 النموذج الحيواني :

حسب ما ورد في ( عودية ولد يعي حورية ، 2002 ) تأثر النموذج الحيواني الدرويني حول مبدأ الصراع من أجل البقاء، فاشتق تناوله لمفهوم المقاومة من نتائج بحوثه التي أقيمت على الحيوان ، إذ تظهر المقاومة حسب هذا النموذج مقيدة بقوة الإستجابات السلوكية الفطرية أو المكتسبة بعد تعرض الفرد إلى تهديدات حيوية، حيث يستعملها لمواجهة موقف الضغط المهدد لبقائه، ونجد في هذا النموذج مصطلح " المقاومة " يستخدم للدلالة على ميكانيزمات التكيف الذي يستعمله الفرد



ضد مختلف التهديدات التي تأتي من العالم الخارجي أو الدفاع ضد انفعالات داخلية ، وتمثل هذه الميكانيزمات التكيفية في نوعين هما :

- ميكانيزم التجنب أو الهروب .

- ميكانيزم المواجهة أو الهجوم ويستعمل في حالة الغضب.

هذا ما لمسّه دانترز ( 1989 ) Dantzer عندما خلص إلى أن محك المقاومة يعتبر ناجحاً عندما استطاعت فئران المخبر عن طريق التعلم أن تكتسب إستراتيجية الهروب وتجنب الصدمات وبالتالي أن تكتسب قدرة على التحكم في الموقف الضاغط المتمثل في التيار الكهربائي الذي يولد الصدمة كلما لمستّه وبالتالي التخفيف من نشاطها الفيزيولوجي المترتب عن الصدمات المتتالية.

ومن خلال هذه المعطيات يتضح جلياً تركيز النموذج الحيواني على استراتيجيات التجنب والهروب، وما يدعى سلوك التفادي دون غيرها وهو أمر يحول دون فهم وكشف باقي الاستراتيجيات المندرجة تحت هذا المفهوم.

### 3-5.5 النظرية التفاعلية :

تطور النموذج التفاعلي للضغوط واستراتيجيات المواجهة حسب قرافيا ( 1989 ) Graver et al باعتماد الباحثين على المبدأ التكاملي بين المقاربتين بين الشخصية والبيئية في بحوث استراتيجيات المواجهة، ويبدو من هذه النظرية، أن هناك طريقتين للتفكير في الفروق التي تؤثر في عملية المواجهة:

- الأولى : توافق النظرية بين الشخصية وهي احتمال وجود أساليب أو استعدادات ثابتة للمواجهة يحملها الأفراد معهم لمواجهة المواقف الضاغطة.

- الثانية : مفادها أن الطرق المفضلة لاستراتيجيات المواجهة تنبع من أبعاد الشخصية التقليدية حسب ما يتوافق والنظرية البيئية.

حسب واطسن ( 1989 ) Watson من الصعب الفصل بين مختلف عوامل المواقف الضاغطة حيث قد يتضمن سلوك المواجهة خصائص السمة تبعاً للثبات عبر الزمن وتكرار الموقف، هذا وأن استراتيجيات المواجهة تستطيع أن تعبر عن استعداد مع تدخل العوامل الموقفية التي تلعب دور كبير.

يستمد هذا النموذج اسمه من لفظ Transactionnel بمعنى تفاعلي، ويرجع ذلك إلى أن الفرد والمحيط متغيرين لعلاقة ديناميكية وثنائية الاتجاه، تركز مرة واحدة على التفاعل بين الفرد والبيئة والمتغيرات البيئية وخصائص الفرد وتقييمه للموقف ومجموعة الجهود التي يستعملها للتكيف.

حسب ما جاء به Lazarus et folkman ( 1984 ) في ضوء النظرية التفاعلية عرفت استراتيجيات المواجهة على أنها : " مجموعة الجهود المعرفية والسلوكية المعرفية المتغيرة باستمرار التي يستخدمها الأفراد لتسيير مجموعة من المتطلبات الداخلية والخارجية، التي يقيمها على أنها مهددة لموارده ومصادره الشخصية. " ( طبي سهام ، 2005 ، ص 101 ) .

يتبين من هذا التعريف التغيرات المستمرة لعملية المواجهة حسب المواقف الضاغطة، وليست استراتيجيات ثابتة وراسخة حسب كل مواقف الحياة، وهي تتمثل في كل ما يقوم به الفرد إراديا لمواجهة الموقف.

يقول هولاهون Holahan ( 1996 ) : لقد غير هذا النموذج جذريا في تناولات الباحثين النظرية حيث كانت الأنظار متجهة منذ فترة طويلة للمظاهر السلبية للضغوط مثل : العجز، الإضطرابات النفسية المرتبطة بها، وقدرات التكيف و المعتقدات الشخصية المتبناة عند مواجهة الموقف الضاغط. وتبين هذه النظرية أن قدرات الفرد على التكيف ومقاومة الضغط النفسي، تتطور وتحسن بالمواجهة الفعالة والمتكررة للمواقف الضاغطة، وأن النجاح في التصدي للمواقف المتأزمة يعتمد على خبرة الشخص في المقاومة، فالموقف المتأزم من شأنه أن يولد استراتيجيات مواجهة جيدة تؤدي بدورها إلى البحث عن وسائل اجتماعية وشخصية جديدة، هذه الحركة النشيطة تخلق موقف تفاعلي ديناميكي بين ثلاثة عوامل :

- الوسائل الاجتماعية
- الوسائل النفسية
- الوسائل المعرفية".

ومن خلال ما سبق ذكره، فقد تعددت النظريات التي تناولت موضوع استراتيجيات المواجهة بالدراسة فمنها من فسرتة على أنه استراتيجيات لاشعورية وأخرى ركزت على أنها شعورية، أما المدرسة الاجتماعية فركزت على التأثيرات الاجتماعية ودورها في تحديد الوظائف السيكلوجية، أما

النموذج الحيواني فركز على التجنب والهروب، ورغم هذا الاختلاف في وجهات النظر والآراء إلا أنهم اتفقوا على نقطة واحدة أن كل هذه الاستراتيجيات التي يستعملها الإنسان في مواقف الحياة الضاغطة، هدفها الأساسي هو خفض من حدة التوتر والقلق الذي يشعر به، وبالتالي يستعملها كحيلة تجعله يتكيف بتوافق، ويندمج مع هذه المواقف وسنحاول تلخيص النظريات السابقة وأهم مبادئها من خلال الجدول التالي :

الجدول رقم ( 5 ) : ملخص لأهم النظريات المفسرة لاستراتيجيات المواجهة.

مبادئها	النظرية
حسب مدرسة التحليل النفسي فإن استراتيجيات المواجهة هي عملية لاشعورية يستخدمها الفرد للتخلص من التهديدات التي يواجهها سواء داخلية أو خارجية وإبقائها في ساحة اللاشعور.	النظرية التحليلية
تفسر المدرسة المعرفية استراتيجيات المواجهة على أساس عملية إدراك المواقف التقييمية لمواجهة الضغوط الحياتية والتغلب عليها، سواء كانت خارجية أو داخلية	النظرية المعرفية
ترى المدرسة الإجتماعية أن كل موقف يتواجد به الإنسان هو موقف إجتماعي ويستعمل الفرد استراتيجيات المواجهة للتخلص من التهديدات والضغوط الخارجية والإجتماعية وهذا بالمحافظة على القيم الإجتماعية العامة التي تعلمها الفرد من بيئته.	النظرية الإجتماعية
يستخدم النموذج مصطلح المقاومة للدلالة على ميكانيزمات التكيف ، وتظهر هذه المقاومة في الإستجابات السلوكية الفطرية أو المكتسبة، بعد تعرض الفرد إلى تهديدات حيوية، حيث يستعملها لمواجهة موقف الضغط المهدد لبقائه.	النموذج الحيواني
تستمد هذه النظرية مبادئها من فكرة أن الفرد والمحيط هما متغيرين يقومان على التفاعل بين الفرد والبيئة والمتغيرات البيئية وخصائص الفرد وتقييمه للموقف، ومجموعة الجهود التي يستعملها للتكيف.	النظرية التفاعلية

### 6-3 قياس استراتيجيات المواجهة :

تتعدد طرق تقدير استراتيجيات المواجهة بتعدد تصنيفاتها، و من أبرز المقاييس التي استخدمت في قياسها نجد:

#### 1-6-3 قائمة المواقف الضاغطة Parker et Endler ( 1990 ) :

و تعرف ب CISS يتكون من 48 عبارة تتضمن ثلاثة أبعاد لمواجهة الضغوط:

- استراتيجيات مرتكزة على المشكلة.
- استراتيجيات مرتكزة على المشكلة.
- استراتيجيات مرتكزة على التجنب (الإحجام). (Marilou Bruchon-Schweitzer, 2002,p76)

#### 2-6-3 مقياس WCC من طرف لازاروس و فولكمان ( 1988 ) :

يتكون الاستبيان من 66 بند تقيس استراتيجيات المواجهة المعرفية و السلوكية التي يستخدمها الأفراد للتعامل مع المواقف الضاغطة ، يضم ثمانية أبعاد أساسية هي:

- التحدي :الجهود العدائية في مواجهة الموقف الضاغط .
- الإبتعاد :الإبتعاد عن الموقف للتقليل من أهميته .
- ضبط الذات :تنظيم الفرد لإنفعالاته و سلوكياته .
- طلب المساعدة الإجتماعية :سعي الفرد للحصول على المساندة سواء كانت مادية، معرفية، أو إجتماعية في أوقات الضغوط.
- تحمل المسؤولية :إدراك الفرد لدوره في حل المشكلة .
- الهروب :تجنب الموقف الضاغط
- حل المشكلة :جهود يقوم بها الفرد لتحليل المشكلة .
- إعادة التقييم الايجابي :إعطاء معنى إيجابي. ( طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين ، 2006،ص112 ) .

### 3-6-3 قائمة المواجهة المتعددة الأبعاد Carver et Scheirer 1989 :

تتكون من 53 عبارة موزعة على ثلاثة عشر بعدا منها:

- خمسة أبعاد تقيس جوانب من استراتيجيات مواجهة مرتكزة على المشكلة.
- خمسة أبعاد تقيس جوانب من استراتيجيات مواجهة مرتكزة على الانفعال.
- ثلاثة أبعاد تقيس استراتيجيات المواجهة السلبية.

وفيما يلي لمحة عن الأبعاد الثلاثة عشر:

- المواجهة الفعالة:يشير إلى قيام الفرد بخطوات فعالة في محاولة للتخفيف أو القضاء على الحدث الضاغط.
- التخطيط : التفكير في كيفية مواجهة الحدث الضاغط بإتباع أفضل الخطوات للتعامل مع المشكلة.
- قمع الأنشطة التنافسية:تجنب الفرد أن يصبح مشتتا عن طريق أحداث أخرى.
- طلب المساعدة الاجتماعية:الجهود التي يقوم بها الفرد طلبا للمساعدة والنصيحة والمعلومة من قبل الأشخاص المحيطين.
- إعادة التفسير الإيجابي:محاولة إيجاد الفرد معنى و تفسير جديد.
- التقبل:تقبل الفرد للموقف الضاغط نظرا لعدم وجود ما يمكنه القيام به نحوه أو تغييره.
- التحول إلى الدين:الإكثار من ممارسة العبادات.
- التركيز على الإنفعالات:يشير إلى المحاولات التي يقوم بها الفرد لخفض الإنفعالات السلبية الناتجة عن الموقف الضاغط.
- الإنكار:يتمثل في عدم الاعتراف بوجود المشكلة.
- التباعد السلوكي:التوقف عن بذل أي مجهود في المواقف الضاغطة.
- التباعد العقلي:اللجوء إلى أحلام اليقظة أو الإفراط في الأكل أو مشاهدة التلفزيون في لتجنب التفكير في الموقف الضاغط.
- تعاطي الكحول والمخدرات:تشير إلى اللجوء إلى المخدرات أو الكحول لخفض التوتر الناتج عن المواقف الضاغطة.

( طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين ، 2006 ، ص-122 – 115 )

## الفصل الرابع : السرطان و الاستئصال الحنجري.

1-4-1- تشريح و فيزيولوجية الحنجرة.

2-4-2- سرطان الحنجرة.

1-2-4-1- تعريف سرطان الحنجرة.

2-2-4-2- تموضع سرطان الحنجرة.

3-2-4-3- تصنيف سرطان الحنجرة.

4-2-4-4- العوامل المسببة لسرطان الحنجرة.

5-2-4-5- أعراض سرطان الحنجرة.

3-4-3- الاستئصال الحنجري.

1-3-4-1- تعريف عملية استئصال الحنجرة.

2-3-4-2- لمحة تاريخية عن عملية استئصال الحنجرة.

3-3-4-3- أسباب استئصال الحنجرة.

4-3-4-4- أنواع استئصال الحنجرة.

5-3-4-5- التحضير للجراحة.

6-3-4-6- الآثار المترتبة عن عملية استئصال الحنجرة.

7-3-4-7- العلاجات المكملة لعملية استئصال الحنجرة.

4-4-4-4- استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى مستأصلي الحنجرة.

1-4-4-1- الاستئصال الحنجري و الضغوط النفسية.

2-4-4-2- الاستئصال الحنجري و استراتيجيات المواجهة.

#### 1-4 تشريح و فزيولوجية الحنجرة:

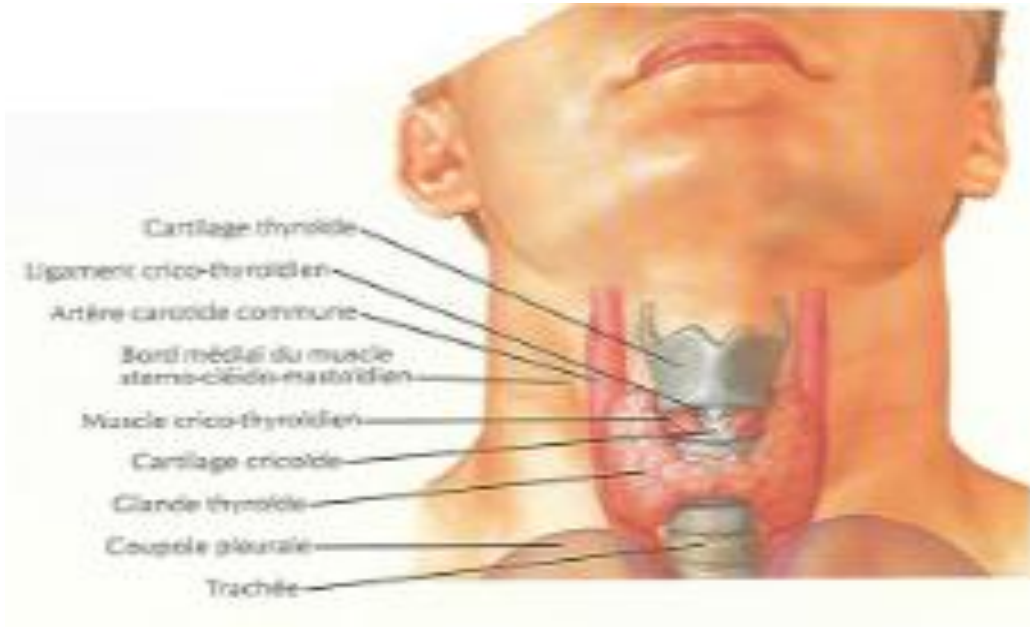
##### تعريفها:

هي عضو ناقل للهواء (aérifère) تابع للجهاز التنفسي، كما يشكل العضو الرئيسي لعملية التصويت، تتموضع في وسط الرقبة حيث تتكون من مجموعة من الغضاريف، والأربطة والعضلات (musculo aponebrotique cartilagineux-)، مبطنة من الداخل بغشاء مخاطي، إذ تشكل نقطة تقاطع بين المجاري التنفسية و الهضمية ، كما تحتوي على عناصر التصويت الأساسية وهي الحبال الصوتية ، فكلمة larynx التي هي كلمة فرنسية ذات أصل لاتيني، اشتقت من كلمة larugs .

##### موقعها:

تقع الحنجرة في المنطقة الحشوية الرقبية ، فهي تقع في وسط العنق من الداخل ، أمام البلعوم ووسط العظم اللامي وفوق الرغامي التي تلحق بها ، حيث تمتد من العظم اللامي إلى غاية الحلقة الأولى من الرغامي ، أي ابتداء من الفقرة الرقبية الرابعة (c4) إلى غاية الفقرة الرقبية (c6) .

(Claude Parent et all, 1999, P 271)



صورة رقم (03): يمثل موقع الحنجرة و شكلها في العنق

(Davide F,2006,P68)

شكلها :

الحنجرة لها شكل أنبوب أو قمع متجانس فهي على هيئة هرم ثلاثي قاعدته الخلفية علوية توافق البلعوم و العظم اللامي و قمته من الأسفل، توافق الفوهة العلوية للرعامي .

أبعادها :

إن قياسات الحنجرة وحجمها يختلف من فرد لآخر ، على حسب السن ، الجنس والمساحة الجسمية ، حيث يلاحظ أنها تكون صغيرة عند الطفل ثم تنمو تدريجيا ، أما عند الرجل فتكون أكبر مما هي عليه عند المرأة . يبلغ طولها 45 ملم ، أما قطرها فيكون 35 ملم من الأمام إلى الخلف ، عند المرأة يكون أضييق ، فيكون طولها حوالي 35 ملم وأما قطره فحوالي 25 ملم من الأمام إلى الخلف .( Bouchet et guilleret, 1983, PP 304-305).

الأعضاء المجاورة لها :

تقع الحنجرة في المنطقة الرقبية الداخلية وهي على اتصال بعدد من الأعضاء من الأعلى تتصل بقاعدة اللسان وتكون أسفل العظم اللامي، من الأسفل تتصل بالرغامي، من اليمين واليسار تتصل بفصوص الغدة الدرقية، بالأعصاب و بالأوعية الدموية المغذية للرقبة و بالشريان السباتي و الوريد الخلفي و كذا العصب التائه، أما من الخلف فتتصل بالبلعوم الحنجري و العمود الفقري الرقبى وتتصل بالعضلات تحت لامية من الأمام وهي : ( العضلة الدرقية اللامية ، العضلة الدرقية القصبية، العضلة القصبية اللامية) ، كما تتصل من الأمام بالغشاء الصفصافي ( fascias ) السطحي و المتوسط ، الذي يغذي العضلة من الداخل .(Saleh Hammoud, 2005, P112)

غضاريف الحنجرة Les cartilages du larynx :

تتكون الحنجرة من "16" قطعة غضروفية التي تدخل في تكوينها وهذه الغضاريف يمكن تقسيمها إلى (غضاريف ثابتة وأخرى غير ثابتة):

1 - الغضاريف الثابتة: عددها 12 غضروف، تنقسم بدورها إلى :

1-1- الغضاريف المتوسطة و الفردية "L . C . Medians et impairs" وهي :



## الفصل الرابع : السرطان و الاستئصال الحنجري

- الغضروف الدرقي: **Le cartilage thyroïde** : الذي يقع بين العظم اللامي الأعلى و الغضروف الخلفي من الأسفل ، هو الأكبر حجما من بين جميع الغضاريف الحنجرية ، يتكون من صفيحتين على شكل رباعي الأضلاع ملتحمة من الأمام ومفتوحة من الخلف، لديه وجهين و أربعة حواف وهي :

- الوجه الأمامي : الذي يكون محدب , ويظهر نتوءه في الأمام , يسمى بتفاحة آدم , و قمتين مائلتين جانبيتين .

- الوجه الخلفي: مقعر , ويشكل الزاوية الداخلية للجزء المحدب.

- الحافة العلوية: يوجد فيها كذلك نتوء متوسط مقعر (échancrure médiane)

- الحافة السفلية : يوجد بها نتوء صغير محدب ، أما الحافة الخلفية فتتمتد من الأعلى مشكلة القرون العلوية ومن الأسف تشكل القرون السفلية . (La corne inférieure)

- الغضروف الحلقي: **le cartilage cricoïde** : الذي يقع بين الغضروف الدرقي و الرغامي ، له شكل خاتم بفص (chaton), الجزء العريض منه متجه للداخل، أما الجزء الغير سميك منه موجود في الأمام، يكون مكتمل الحلقة ، والجزء الأمامي يشكل قوس الغضروف الحلقي (arc cricoïdien)، الذي نجد فيه واجهة خارجية تسمى بالدرنة المتوسطة (tubercule médian) للغضروف الحلقي و صفيحتين مفصليتين جانبيتين بحيث تتم فصل مع القرن السفلي للغضروف الدرقي، أما القسم الخلفي منه فيشكل فص الغضروف الحلقي، الذي يبلغ علوه 2.5 سم، له قمة متوسطة حيث يكون متمفصل مع الغضروفان الطرجهاليان .

- الغضروف المزماري : **La cartilage glottique** : الذي يقع في الجزء الخلفي للغضروف الدرقي وفي الزاوية الداخلية له ، والذي يشكل هيكل لسان المزمار، يظهر على شكل صفيحتان، الصفيحة العلوية له عريضة وتجاور الحواف العلوية للغضروف الدرقي، أما الحافة السفلية فهي مثبتة بالزاوية الداخلية للغضروف الدرقي عن طريق الرباط الدرقي المزماري ، الجهة الأمامية له محصورة بالرواق اللامي الدرقي المزماري، حيث يغطي بالمخاطية، أما الجهة الخلفية تطل على البلعوم و يوجد فيها فتحات صغيرة . ينحرف لسان المزمار فوق الثقب الحنجري أثناء المراحل الثانية للبلع .

## 2-1 الغضاريف الجانبية و الزوجية C . Latéraux et pairs :

- الغضروفان الطرجهاليان : **les cartiliges arytenoide** : عبارة عن غضروفان متناظران ، لهما شكل هرم مثلثي في القمة العلوية ، كل واحد من هذه القمم يحتوي على:
  - وجه داخلي ووجه خارجي، الذي يربط العضلة البين طرجهالية ، حيث نجد في جزئه السفلي حفية نصف كروية، أين تتصل مع الحبال الصوتية .
  - القاعدة التي تتربع على الحافة العلوية لفص الغضروف الحلقي ، تتمفصل عن طريق المفصل الحلقي الطرجهالي مع الغضروف الحلقي.
  - النتوء الداخلي لهذه القاعدة،يمتد ليشكل النتوء الصوتي الذي ترتبط به العضلة الدرقية الطرجهالية السفلية .
  - النتوء الخارجي لهذه القاعدة ، يمتد ليشكل النتوء العضلي ، تتصل فوقه العضلتان المسئولتان عن الحركات الدورانية للغضروف الطرجهالي وهما : العضلة الحلقيه الطرجهالية الجانبية والعضلة الحلقيه الطرجهالية الخارجية.
- الغضروفان القمعيان: **Les cartilages cornicules ou de santorini** : يقعان في قمة الغضروف الطرجهالي، لهما شكل عقدة صغيرة، حيث تتواجد في الجزء السميك من الطية الطرجهالية المزمارية و محاطة بالمخاطية.
- غضاريف مورغاني : **Les cartilages cuneiformes ou de Wrisberg ou de Morgagni** : التي تقع فوق الغضروفان القمعيان ، له شكل عقيدة صغيرة ، أحيانا تكون غير ثابتة ، يوجد في الجزء السميك من الطية الطرجهالية المزمارية ، مغطى بمخاطية الحنجرة (مخاطيةتنفسية).
- الغضاريف السمسامية الأمامية : **Les cartilages sésamoïdes antérieurs** : وتقع في الزاوية الداخلية للغضروف الدرقي، حيث توجد في المنطقة السميكة للرباط الدرقي الطرجهالي السفلي، له شكل عقيدة، وهو أصغر من الغضاريف القمعية و غضاريف مورغاني.

الفصل الرابع : **السرطان و الاستئصال الحنجري**

2- الغضاريف الغير ثابتة : **Inconstants** وهي بدورها تنقسم إلى قسمين ( غضاريف زوجية العدد و غضاريف فردية العدد ) :

1-2 غضاريف زوجية العدد وهي :

- الغضاريف السيسمية الخلفية: **les cartilages sésamoides postérieurs** : تقع في المنطقة الخلفية للحنجرة , خارج الحافة العلوية للغضروف الطرجهالي , لها شكل عقيدة صغيرة .

- الغضاريف الثلاثية **Les cartilages triticales** تقع خلف الغضروف الدرقي في مستوى الرباط الدرقي اللامي الجانبي .

2-2 غضاريف فردية العدد :

- الغضروف البين طرجهالي : يقع بين الغضاريف البين طرجهالية في الرباط الحلقي.

**مفاصل الحنجرة : Les articulation du larynx :**

والتي تكون زوجية العدد، حيث توجد في اليمين و الشمال. تتكون الغضاريف الحنجرية مع بعضها البعض عن طريق مفاصل حيث تسمح لها بالحركة أثناء أداء الحنجرة لوظائفها المختلفة ، وهذه المفاصل هي:

- المفاصل الحلقية الدرقية : **Les articulations crico – thyroïdiennes** : زوجية العدد و متماثلة في كلا الجهتين، هذه المفاصل توحد القرون السفلية للغضروف الدرقي بقوس الغضروف الحلقي ، هذه المفاصل تسمح بتأرجح وانزلاق الغضروف الدرقي ، بالنسبة للغضروف الحلقي، حول محور عمودي يقطع كلا المفصلين حيث تسمح هذه الحركات التآرجحية بتباعد الوترين الصوتيين عن بعضهما البعض .

- المفاصل الحلقية الطرجهالية : **Les articulations crico – aryténoïdienne** : تكون متجانبة و متماثلة في كلا الجهتين، حيث توحد هذه المفاصل قاعدة الغضاريف الطرجهالية بالحافة العلوية للغضروف الحلقي فتسمح بتباعد و تقارب الأوتار الصوتية ، كما تسمح بالحركة الدورانية للغضروف الطرجهالي حول محور عمودي، إذ تسمح بحركة النتوء الصوتي نحو الداخل و الخارج.

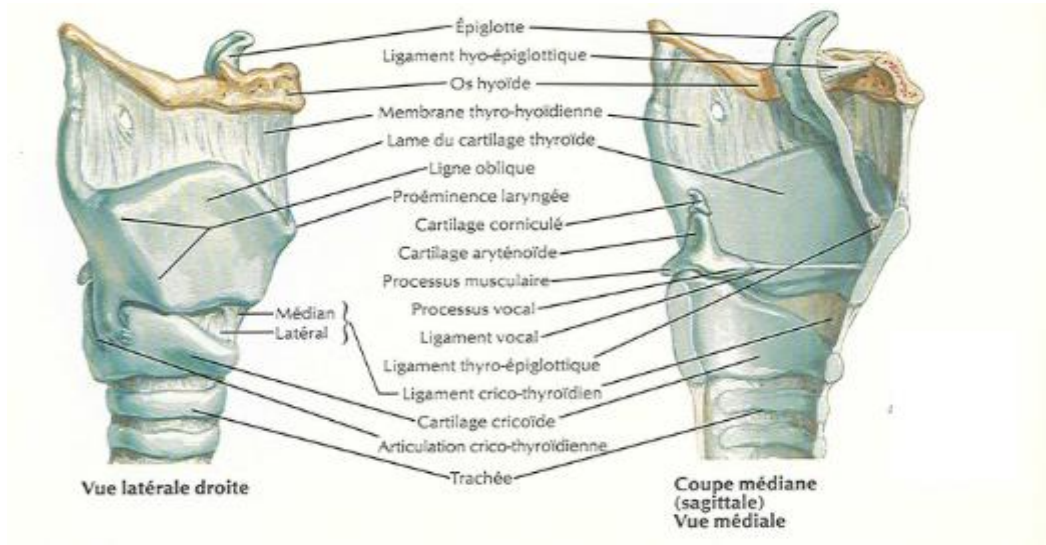
الفصل الرابع : السرطان و الاستئصال الحنجري

- *Les articulations ary-cornicules* : تكون بين حافة الغضروف الطرجهالي و الغضروف الذي يسمى : "cornicules"، حركة هذه المفاصل تكون محدودة وقليلة مقارنة بالمفاصل السابقة.

(Arbaoui, 1972, P 80)

- *Les ligaments* : أربطة الحنجرة :

يوجد بالحنجرة نوعين من الأربطة أربطة داخلية و أربطة خارجية .



صورة رقم (04) تمثل الحنجرة و أربطتها

(David .f , 2006,p 71)

1- الأربطة الداخلية أو الباطنية : *Les intrinsèque*

يتمثل دورها في الربط بين مختلف أجزاء الحنجرة وتوحيدها ، ذلك لإعطاء الشكل العام للحنجرة وتمثل في :

- الرباط الدرقي المزماري (*ligament thyroglottique*) : هو عبارة عن قطعة صغيرة، تربط طرف الجزء السفلي للسان المزمار بالزاوية الداخلية للغضروف الدرقي.

- الرباط الحلقي القمعي (*Cric - cornicule ou juga*) : والذي يكون على شكل حرف "y"، حيث يمتد على الحواف العلوية للغضروف الحلقي وللص الحلقى.

- الرباط الدرقي الطرجهالي العلوي (ligament thyroïdien arytenoïde superieur) :

زوجي العدد ، يمتد من الجهة الأمامية الجانبية للغضروف الطرجهالي إلى غاية الزاوية الداخلية للغضروف الدرقي ، يكون على شكل صفيحة ليفية مطاطية، تسمى:"الأربطة البطينية".

- الرباط الدرقي الطرجهالي السفلي (ligament thyroïdien arytenoïde inferieur) :

هو زوجي العدد، يمتد من النتوء الصوتي للغضروف الطرجهالي الى غاية الزاوية الداخلية للغضروف الدرقي، يكون على شكل صفيحة ليفية، يسمى بالرباط الصوتي ligament vocal

- الرباط الطرجهالي المزماري (aryténoïde-glottique): وهو زوجي العدد كذلك، يمتد من

الجهة الأمامية الجانبية للغضروف الطرجهالي إلى غاية الحافة الجانبية للغضروف المزماري.

## 2- الأربطة الخارجية: Extrinsèque :

يتمثل دورها في ربط الحنجرة بالأعضاء المجاورة لها كالبلعوم ، الرغامى، العظم اللامي، اللسان وهي تنقسم إلى قسمين : الأربطة الأساسية و الأربطة الملحقة أو التابعة.

### 1-2 الأربطة الأساسية : وهي :

- الرباط الدرقي اللامي: وهو الذي يربط لسان المزمار بالعظم اللامي.

- الرباط الحلقي الرغامى : ويربط الغضروف الحلقي بالحلقة الأولى من الرغامى .

- الرباط اللامي المزماري : يربط العظم اللامي بالغضروف المزماري .

### 2-2 الأربطة الملحقة أو التابعة: ligament accessoires

- الرباط اللساني المزماري : وهو الذي يربط بين لسان المزمار والحافة الخلفية للسان.

- الرباط البلعومي المزماري : يربط بين البلعوم ولسان المزمار.

### أغشية الحنجرة : Les membranes

هذه الأغشية، تعمل على ربط عناصر الحنجرة ببعضها البعض ، كما تربط الحنجرة مع العناصر المجاورة لها، هذه الأغشية هي :

- الغشاء الدرقي اللامي (Membrane thyroïdienne) : والذي يمتد بين الحافة العلوية للغضروف الدرقي ، من الأسفل والحافة الحلقية و العلوية للعظم اللامي وكذا الحافة الداخلية للقرون الكبيرة للعظم اللامي من الأعلى .

- الغشاء الحلقي الدرقي (Membrane cricothyroïdienne) : الذي يمتد من الحافة السفلية للغضروف الدرقي و الحافة العلوية للقوس الحلقي ، كما أنه يشكل من الأمام الرباط الحلقي الدرقي .

- الغشاء الحلقي الرغامي (Membrane cricotrachéale) : يوحد ويدمج الحافة السفلية للغضروف الحلقي و الحلقة الأولى للرغامي .

- الغشاء الليفي المطاطي للحنجرة (Membrane elastique fibreuse) : يكون مزدوج، بحيث يوجد تحت مخاطية الحنجرة، التي توضع فوقه، يشكل طبقة مشيمية، كما أنه يدخل في تشكيل الرباط الطرجهالي المزماري ، الدرقي الطرجهالي و الرباط الصوتي ( الرباط الدرقي الطرجهالي ). ( Le Huche et André Allali, 1991, P 62-63)

### عضلات الحنجرة :

تنقسم عضلات الحنجرة إلى نوعين ، عضلات داخلية و عضلات خارجية .

### 1- العضلات الداخلية : Les muscles intrinsèque

وهي تشكل هيكل الحنجرة، تكون على اتصال داخلي ، فهي غير مرتبطة بعضو آخر خارج الحنجرة، تنشؤ في الحنجرة وتنتهي فيها أي أنها لا تخرج من مستوى أجزاء الحنجرة وهذه العضلات هي :

## الفصل الرابع : السرطان و الاستئصال الحنجري

- العضلة الداخلية الطرجهالية (muscle artytenoide interne): هي عضلة غير مزدوجة، تحتوي على ألياف موجهة إلى اتجاهين: منحرف واتجاه عرضي، حيث يكون انحراف الألياف على شكل "x"، حيث تنشؤ الألياف المنحرفة (fibre oblique) من قمة الغضروفان الطرجهاليان ، أما الألياف العرضية (les fibres transferase) فتنشؤ من الحافة الجانبية للغضروفان الطرجهاليان ، فمكان انتهاؤها هو نفسه مكان نشوئها و هي عضلة مقربة ، تعمل على تقريب الغضروفان الطرجهاليان أي مضيقه لمزمار، يتم تعصيبها عن طريق التفرع الحنجري، المعاود للعصب الحائر .

- العضلة الحلقية الطرجهالية الخلفية:( muscle cricoarytenoide posterieur ) : والتي لها شكل مروحة، تقع على السطح الخلفي للغضروف الحلقي ، تنشؤ من الصفيحة الخلفية للغضروف الحلقي وتنتهي على السطح الخلفي للنتوء العضلي للغضروفان الطرجهاليان، فهي العضلة الوحيدة الموسعة للمزمار إذ تعمل على إبعاد الغضروفان الطرجهاليان، كما تعمل على ادارة الغضروف الطرجهالي حول المحور العمودي له . يكون تعصيب هذه العضلة عن طريق التفرع الحنجري للعصب المعاود.

- العضلة الحلقية الخلفية الطرجهالية الجانبية(cricothyroide laterale posterieur) :

لها شكل مروحة ، موقعها عميق مقارنة بالغضروف الدرقي ، تنشؤ من الحافة العلوية في الجزء الداخلي الجانبي للغضروف الحلقي وتنتهي عند السطح الخلفي للنتوء العضلي للغضروفان الطرجهاليان، حيث تعمل على تقريب النتوء الصوتي للغضروفان الطرجهاليان مضيقه للمزمار.

- العضلة الحلقية الدرقية (muscle cricothyroïdien) :تقع بين الغضروف الحلقي والغضروف الدرقي لها شكل مروحة ، تبدأ من قوس الغضروف الحلقي و تنتهي عند الحافة السفلية للغضروف الدرقي ، تعمل على تقليص مسافة الغضروف الحلقي و اختزال البعد بين الغضروف الدرقي و الغضروفان الطرجهاليان وتقليص طول الحبال الصوتية و تخفيض التواتر للحبال الصوتية ، فهي عضلة موترة يتم تعصيبها عن طريق التفرع الحنجري العلوي للعصب الحائر(x).

- العضلة الدرقية الطرجهالية:(aryténoide-thyroïdien): هي عبارة عن مجموعة من الألياف ، مشكلة تغيرات الحبال الصوتية ، تتصل في الجزء العلوي بالنتوء الداخلي للغضروف الدرقي، تتوجه إلى الأسفل وإلى الوراء، تتقاطع في الخلف بالعضلة الدرقية الطرجهالية السفلية حيث تنتهي على الوجه الداخلي الخارجي للنتوء العضلي الطرجهالي أين تتحد وترتبط مع العضلة

## الفصل الرابع : السرطان و الاستئصال الحنجري

الخلفية الطر جهالية الجانبية ، تدخل في تكوين الحبال الدهليزية إذ تعمل على تقليص مسافة الغضاريف الدرقية والطر جهالية وتقليص الحبال الصوتية و تخفيض توترها، أما التعصيب فيكون بالفرع الحنجري المعاود. (David H et Mc farland, 2006, P 100-105)

### 2- العضلات الخارجية : Les muscles extrinsèques :

هي العضلات التي تربط وتثبت الحنجرة بالأعضاء المجاورة لها ، يمكن لهذه العضلات أن تغير من موضع الحنجرة في الرقبة وهذه العضلات هي :

- العضلات الفوق اللامية : Les muscles digastriques : هي عضلة تحتوي على بطين خلفي و بطين أمامي ، تنشأ عند النتوء الأمامي وتنتهي عند الفك السفلي خلف الذقن ، حيث ينتهي البطين الأمامي عند الوتر المتوسط بالعظم اللامي، وينتهي البطين الخلفي عند الوتر المتوسط ( tendon inter - médiate ) ، تعمل على تحريك الفك السفلي إلى الأمام و الخلف ، لها دور في عملية البلع ، حيث يقوم بهذه الوظيفة البطين الأمامي، أما الوظيفة الأولى يقوم بها البطين الخلفي، وتعصيب هذه العضلة يتم عن طريق العصب التوأمي الثلاثي ، هذا بالنسبة للبطين الخلفي ، أما البطين الأمامي فيعصب عن طريق العصب المعدي الذي يتفرع من العصب الوجهي .

- العضلة الكتفية اللامية Le muscle Mylo-hyoïdien : هو عبارة عن عضلة رقيقة تشكل سطح الفم، تنشأ من الخط المنحرف الداخلي على السطح الداخلي للفك السفلي وتنتهي أليافها الأمامية عند جسم العظم اللامي ، أما الألياف الخلفية فعند الألياف الجانبية للعظم اللامي ، تعمل على جذب العظم اللامي إلى الخلف، وقليلاً إلى الأعلى أما التعصيب فيكون من العصب التوأمي الثلاثي.

- العضلة الأبرية اللامية : Le muscle stylo hyoïdien : هي عبارة عن عضلة طويلة و رقيقة، تكون بالتوازن مع البطين الخلفي ، لـ : "digastrique"، تنشأ فوق النتوء الأبري للعظم الصدغي وتنتهي فوق جسم العظم اللامي، تعمل على رفع وتقليص العظم اللامي و التعصيب يكون بالعصب الوجهي.

- العضلة الفكية اللامية: Le muscle Génio-hyoïdien : هي عبارة عن عضلة اسطوانية الشكل، تقع تحت العظم اللامي، تبدأ من باطن الذقن للفك السفلي وتنتهي عند السطح الخلفي لجسم العظم اللامي ، تعمل على رفع وتمديد العظم اللامي، تعصب بالتعصيب التحت لساني.



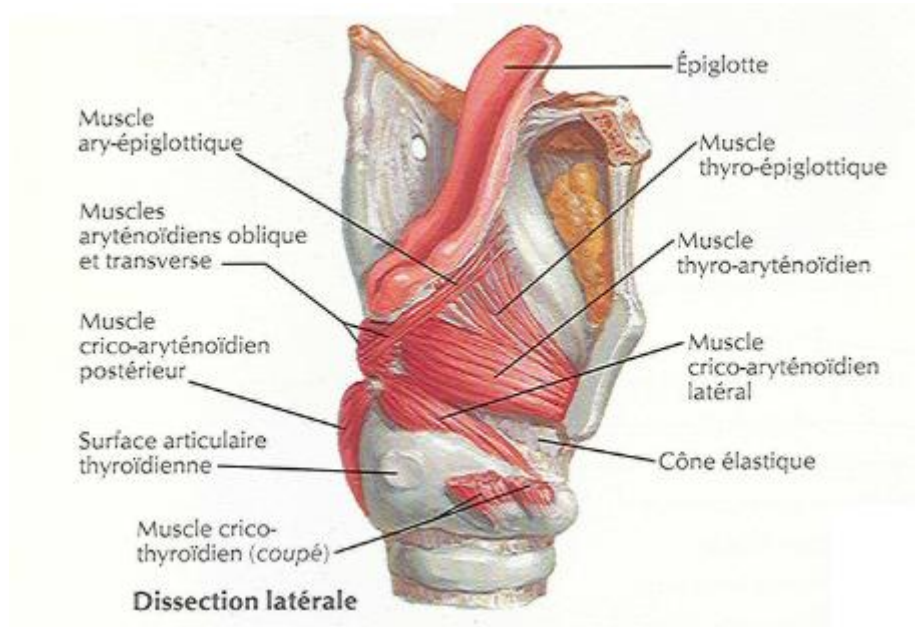
- العضلات تحت العظم اللامية وهي :

- العضلة الطرجهالية اللامية : (muscle ary énoide) : هي عضلة رقيقة ، تقع تحت العضلة الكتفية اللامية والقصبية اللامية ، تنشأ من الخط المنحرف للغضروف الدرقي وتنتهي عند الحافة السفلية للجسم والقرن الأكبر للعظم اللامي .تعمل على تقليص العضلة الدرقية و تقصير المسافة بينها وبين العظم اللامي، وتعصبيها يتم عن طريق العصب تحت اللساني .

- العضلة القصبية : (muscle bronchique) : هي عضلة طويلة و رقيقة في الوجه الأمامي للرقبة، تنشأ من السطح الأمامي للمقبض الصدري ومن الغضروف الضلعي وتنتهي عند الخط المنحرف للغضروف الدرقي، تعمل على حفظ الغضروف الدرقي ومنه تحفيظ الحنجرة، تعصب بالعصب تحت لساني.

- العضلة الرقبية اللامية : (muscle hyoide cervical) : هي عضلة رقيقة في الوجه الخلفي للرقبة ، تنشأ من السطح الخلفي للمقبض الصدري ، وتنتهي عند الحافة السفلية للعظم اللامي ، تعمل على حفظ العظم اللامي و الحنجرة حيث تعصب بالعصب تحت اللساني .

(David HMC Farland, 2006, P 105-109)



صورة رقم (05) تمثل العضلات الحنجرية.

(David.f,2006,p72)

## الأعصاب الحنجرية Les nerfs du larynx:

يتم تعصيب الحنجرة بنوعين من الأعصاب فكل واحد منها يعد فرع من العصب التائه (nerf vague)، كما أنها تكون موجودة على يمين ويسار الحنجرة، فهي مزدوجة، حيث يمكن حصرها كما يلي :

### 1- العصب الحنجري العلوي: Le nerf laryngé supérieure

وهو عصب مختلط حسي- حركي (moteur - sensitif) و الذي ينشأ عن العصب الرئوي المعدي (pneumogastrique) بالقرب من قاعدة الجمجمة ، أي أسفل الظفيرة العقيدية (ganglion plexiforme) والذي يتنزل مائلا من الاسفل و الأمام ، يمر بالجهة الداخلية للشريان اللساني الداخلي، ثم يواصل مساره حيث يمر عبر الجدار الجانبي للبلعوم. فيقطع الجهة الداخلية للشريان اللساني الخارجي وفي مستوى القرن الأكبر للعظم اللامي حيث ينتهي هناك، إذ ينقسم بدوره الى فرعين : عصب حنجري داخلي و آخر خارجي .

- العصب الحنجري الداخلي : N . L interne : وهو الفرع العلوي ، حيث يمثل عصب حسي (nerf sensitif) والذي يتنزل عموديا ويتوزع على كل مخاطية الحنجرة ، حيث يمر عبر الغشاء الدرقي اللامي والمنطقة الفوق مزمارية.

-العصب الحنجري الخارجي: N . L externe : وهو الفرع السفلي و هو عصب حركي (nerf moteur)، يكون منحرف المسار حيث نلاحظ فيه تعرجات كثيرة من الأسفل و الأمام ، يعمل على تعصيب العضلة الخلفية الدرقية.(Le Huche et André Allali, 1991, P72)

### 2- العصب الحنجري السفلي : Le nerf laryngé inférieur

هو العصب الراجع او المعاود وهو عصب "حسي حركي" لكنه مسؤول عن الحركة اكثر، ينشأ من العصب الرئوي المعدي (pneumogastrique)، حيث يوجد فيه نوعين كذلك:

- العصب الحنجري السفلي الأيسر: هو الأطول، يتصل بالعصب العاشر في الصدر على مستوى القوس الوتيتي la cross de l'aorte ، الذي يحيط به ثم يصعد باتجاه الحنجرة مع الحافة اليسرى للرغامى.

## الفصل الرابع : السرطان و الاستئصال الحنجري

- العصب الحنجري السفلي الأيمن: والذي ينشأ من العصب العاشر ويمر بالقوس الوتيتي ثم يصعد للحنجرة، حيث يمر بالفص الدرقي الأيمن وفي مستوى الحنجرة يمر بالفص الحلقي ، الذي يتفرع بدوره إلى نوعين :
- الفرع الخلفي : الذي يعصب كل عضلات الحنجرة ، باستثناء العضلة الخلفية الدرقية .
- الفرع الأمامي : الذي يعصب عضلات البلعوم .( Le Huche et André Allali, 1991, p72-73)

### مخاطية الحنجرة : La muqueuses :

يوجد نوعان من الغشاء المخاطي الذي يبطن الحنجرة هم :

#### 1- الغشاء المبطن طولي الشكل épithélium cylindrique :

يكون مكون من عدة طبقات وهو نفسه الموجود في المسالك التنفسية ، الخلايا المكونة له تكون اسطوانية الشكل ، تحتوي على اهداب متحركة تعمل على دفع الغبار المستنشق نحو البلعوم ، كما أنها تكون على اتصال بخلايا مفرزة للمخاط ، التي تعمل على ترطيب الهواء . الخلايا المكونة لهذا الغشاء تتموضع فوق طبقة رقيقة من النسيج الضام (conjonctif)، تسمى بالصفحة القاعدية (lame basal) وهي التي تفصله عن الطبقة المشيمية (chorion) ، كما توجد به غدد مختلطة ، تعمل على افراز المخاط ، كما تفرز المصل وبعض البروتينات .

#### 2- الغشاء الخرشفي Epithélium malpighie pavimenteux :

التي توجد فوق الحبال الصوتية والطيات الدهليزية و الجهة الداخلية للسان المزمار ، والمنطقة البين طرجهالية المكونة من عدة طبقات، ولا توجد به أهداب، كما أن الخلايا المكونة له تكون مسطحة و متصلة مع بعضها البعض ، بروابط قوية تسمى : "les damassâmes" ، كما أن هذا الغشاء يتمتع بمقاومة ميكانيكية مرتفعة، فهو الذي يساعد في حركة مختلف أجزاء الحنجرة.

(Remecel Lanson et Voisard, 2005, P 45-46)

التقسيم الطوبوغرافي للحنجرة :

ان موقع الحبال الصوتية هو الذي يسمح بتقسيم الحنجرة الى 3 طبقات من الداخل وهي:

1- الطبقة الفوق مزمارية: l' étage susglottique ou supra glottique

الذي يسمى دهليز الحنجرة (vestibule laryngé) حيث يفتح من الاعلى على الفوهة العلوية للحنجرة ، بيضوي الشكل "ovalaire" يسمى كذلك بمثاب الحنجرة (margelle du arynx) او التاج الحنجري (couronne laryngée)، له شكل قمع ، وجهه الداخلي يقابل الوجه الخارجي للسان المزمار وجدرانه الجانبية من الأسفل تحاور الطيات الدهليزية ، من الخلف نجد الفجوة البين طرجهالية ، اذا فهو يتكون من الأمام إلى الخلف من:

- الوجه الخلفي للسان المزمار.

- الرباط الطرجهالي المزماري .

- الفجوة البين طرجهالية .

أما حدود هذا القسم فهي :

- من الأمام : لسان المزمار.

- من الخلف : الفجوة البين طرجهالية .

- جانبيا : الطيات الطرجهالية المزمارية .

- من الأسفل : الجزء العلوي للحبال الصوتية والأشرطة البطينية .

(Salah hammoudi, 2005, P106)

## الفصل الرابع : السرطان و الاستئصال الحنجري

2- الطبقة المزمارية : L ' étage glottique : وهو الطابق المسؤول عن الوظيفة الصوتية، حيث يتكون من :

\_ الحبال الصوتية : (cordes vocales) : والتي تمتد من الزاوية الداخلية للغضروف الدرقي ، من الأمام إلى غاية الغضروف الطرجهالي من الخلف، تقع أسفل الأشرطة البطينية ، الحافة الحرة للوترين الصوتين ، اذ تحدد الشق المزماري .

\_ البطينات الحنجرية : (ventricules laryngés) : والتي تسمى كذلك : ببطينات مورغاني ، وهما عبارة عن بطنين جانبيين يقعان في التجويف الحنجري ، تتشكل من الجزء البارز من المخاطية من الأشرطة البطينية و الحبال الصوتية، أما الجدار السفلي لها فيتكون من الحبال الصوتية ، و الجدار الجانبي فيتكون من العضلة الدرقية الطرجهالية، أما الجدار العلوي لها فيتشكل من الطيات الدهليزية .

\_ الفتحة المزمارية أو الشق المزماري : (la fente glottique) : تقع في المنطقة المتوسطة للحنجرة في وضعية الانفتاح ، يشكل حيز مثلثي الشكل أو هرمي يتمركز في الداخل أي الملتقى الداخلي ، يحدد هذا الفضاء جانبا للحبال الصوتية حيث ينقسم هذا الشق الى قسمين :

- الجزء الأمامي : طويل يقع بين الحبال الصوتية ، وتسمى ب فتحة المزمار البين رباطية أو البين غشائية ، حيث يشكل الثلث الأماميين من فتحة المزمار .

- الجزء الخلفي : الذي يكون قصير حيث يقع بين الغضاريف الطرجهالية و يسمى ب فتحة المزمار البين طرجهالية ويشكل الثلث الخلفي ، كما أن هذا الجزء يجاور النتوء الصوتي ويكون مقابل الفص الغضروف الحلقي. خلال عملية التصويت تقترب الحبال الصوتية ، فتصبح الفتحة المزمارية عبارة عن شق بسيط. (Le Huche et Andrée Allali, 1991, P 75-76).

### 3- الطبقة التحت مزمارية (couche sous-glottique) :

هو الجزء السفلي من الحنجرة وله شكل قمع مقلوب من الجانبية يكون محدود بالمخاطية التي تبطن الرباط الحلقي الدرقي و الوجه الداخلي للغضروف الحلقي من الاعلى ، تحده الحبال الصوتية و الفتحة المزمارية ، أما من الأسفل فيحده الرغامي في هذا المستوى ، تمتد الحنجرة تدريجيا لتتوحد وتلتحم مع الرغامي. (Lise Creviez et all, 2003, P16)

- الأشرطة البطينية: **Les bandes ventriculaires** : أو الطيات البطينية ، هما عبارة عن طيطان يقعان في الجهة الداخلية للحنجرة ، فوق الحبال الصوتية حيث تكون مفصولة عنها ببطينات مورغاني ، مشكلة من الأربطة الدرقية ، محمية بالمخاطية التنفسية ، ليس لها أي وظيفة أو دور في عملية التصويت في الحالة العادية ، لكن في بعض الحالات المرضية فيمكن أن تحل محل الحبال الصوتية الحقيقية في حالة استئصال الحنجرة الكلي أو الجزئي ، وذلك بعد الخضوع لاعادة تربية صوتية . (Frédérique Brin et all, 1997, P26)

### فيزيولوجية الحنجرة :

إن البنية التشريحية للحنجرة وموقعها، تجعلها تتدخل في ثلاث وظائف بيولوجية حيوية : التنفس، البلع والتصويت .

#### 1- التنفس :

تلعب الحنجرة دورا مهما في عملية التنفس، حيث تعتبر مسلك يمر من خلاله الهواء المحمل بالأكسجين إلى الرئتين ويخرج من خلاله الهواء المحمل بثاني أكسيد الكربون، باتجاه التجويف الفموي، حيث تنخفض أثناء الشهيق نتيجة انجذاب القصبة الهوائية نحو الأسفل وتختفي الأشرطة البطينية جزئيا من الدهليز الحنجري، موسعة بذلك القناة التنفسية ، وهذا ما يسمى بمجرى الهواء، وعند الزفير ترتفع الحنجرة وترتفع معها الحبال الصوتية التي تقترب من الأشرطة البطينية، إذ أن ارتفاع الحنجرة يتم بفضل هذه الأخيرة . كما أنها تقوم بتلطيف الهواء المستنشق وتنقيته من الغبار مثلا، لاحتوائها على أهداب تنفسية، حيث تقوم بدفع الأجسام الغريبة المستنشقة نحو الخارج أو إصاقها بالمخاط التنفسي .

#### 2- البلع:

تتدخل الحنجرة خلال البلع كذلك، فهي تحتوي على لسان المزمار، الذي يقوم بالإغلاق الأوتوماتيكي أثناء عملية البلع ليمنع دخول اللقمة الغذائية وومروها نحو المجاري التنفسية كذلك ترتفع الحنجرة وتنغلق الحبال الصوتية، حيث تضمم الأشرطة البطينية و تنخفض قليلا وتغطي قاعدة اللسان حافة الحنجرة، تتسطح هذه الأخيرة في الجهة الأمامية الحلقية مع تقلص المنطقة الدرقية اللسانية المزمارية مما يؤدي إلى نقص القطر الأمامي للحنجرة .

### 3- التصويت:

حيث تعتبر الحنجرة العضو الأساسي و الوحيد في عملية التصويت، ذلك لأنها تحتوي على الأوتار الصوتية و الأشرطة البطينية، حيث ترتفع الحنجرة عند إصدار الأصوات ذات الشدة القوية وتنخفض عند إصدار الأصوات التي تكون شدتها ضعيفة. (Lise Crevez et al, 2003, PP 52-53)

### 2-4 سرطان الحنجرة

#### 1-2-4 التعريف الطبي للسرطان :

هو مرض متعدد الأسباب، ينتج عن النمو الغير الطبيعي لمجموعة خلوية معينة ، تخرج عن قانون التكاثر الطبيعي للخلايا ، إذ يتكون السرطان من التحول الذي يحدث على مستوى الخلايا وفق ثلاث مراحل:

- Initiation : هي المرحلة الإبتدائية ، حيث يحدث أول تحول.
- Promotion: هي المرحلة الوسطى ، وتمثل ثاني تحول.
- Progression: وهي المرحلة الثالثة ، وفيها يحدث ثالث تحول خلوي غير طبيعي ، إذ ينتج السرطان .

(Sophie Berjot et al , 2009, p86)

السرطان هو فرط النمو المرضي الناتج عن النمو و التكاثر الغير طبيعي لخلايا معينة أو نسيج محدد ، بحيث يكون خبيث (maligne) قابل للإنتشار، كما يمكن أن يكون حميد (bénigne) غير مرجح للإنتشار و التكاثر، فالأورام أو سرطان الحنجرة يمكن أن يعرف أنه نسيج غريب ينمو بشكل أسرع من الطبيعي في النسيج الطبيعي للحنجرة ، ويستمر في النمو بعد توقف المثبر الذي يثيره ، أما درجة الورم فلها علاقة بالمكان التشريحي للإصابة ووجود العقد اللمفاوية في العنق ، حيث يوجد نوعان من الأورام التي يمكن أن تصيب الحنجرة :

- السرطان الحميد : هو الذي لا يغزو ولا يدمر النسيج الطبيعي المجاور له ، أي لا يبقى في الحنجرة ولا ينتشر في مناطق أخرى.

## الفصل الرابع : السرطان و الاستئصال الحنجري

- السرطان الخبيث : وهو قادر على غزو الأنسجة المحيطة ويؤدي انبثاقه و انتشاره إلى الوفاة غالبا إذا لم يتم علاجه بشكل مناسب ، حيث تنتشر الأورام الخبيثة عند الرجال أكثر .

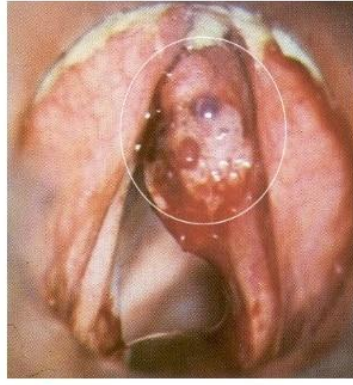
(Atos medical,2007)

### 2-2-4 تموضع السرطان في الحنجرة :

هناك مناطق في الحنجرة أكثر عرضة للإصابة بالسرطان حسب طبقات الحنجرة ، فالدهليز الحنجري هو الأكثر عرض له ، حيث يمس الورم الحافة الحنجرية وينتشر السرطان في هذه المنطقة بنسبة % 60 ، أما سرطان ما تحت المزماري فيحتل أقل نسبة في الإنتشار و التي تبلغ % 5 ، أما سرطان المنطقة المزمارية فتبلغ نسبته % 35 حيث يصيب السرطان بنسبة كبيرة الأغشية الحلقية الدرقية ، لسان المزمار ، الرباط الدرقي الحلقي ، الأشرطة البطينية و الحافة الحرة للأوتار الصوتية ، وتكون نسبة إصابة العقد اللمفاوية في هذه المناطق حوالي % 60 . أما السرطان الذي يصيب الغضروف الدرقي ، الحلقي ، الغشاء الأمامي و الحلقي فهم أقل ظهورا . و فيما يلي سنحاول عرض أبرز المناطق التي يتمركز فيها سرطان الحنجرة :



*Larynx normal*



*Larynx cancéreux*

صورة رقم (06) : توضح سرطان الحنجرة

- سرطان المنطقة الفوق مزمارية:

و الذي غالبا ما تظهر أعراضه بصفة متأخرة ، ولعل أهمها ظهور بحة شديدة و الشعور بالضييق أثناء البلع بالإضافة إلى آلام على مستوى الأذن ، أما عسر البلع فإنه نادرا ما يظهر و الذي يدل في



## الفصل الرابع : السرطان و الاستئصال الحنجري

حالة الظهور على إصابة الجدار البلعومي الحنجري مع إصابة الجيوب البلعومية الإيجابية ، كما أن اضطرابات الغدد يمكن أن تعتبر مؤشر على وجود الورم في هذه المنطقة بنسبة 30 % .

### - سرطان المنطقة المزمارية:

والذي يتمثل في سرطان الحبال الصوتية و الذي يظهر في المنطقة الداخلية لهما أي مكان التقائهما ، إذ يظهر في الحافة الحرة ، تظهر البحة الصوتية بصفة مبكرة و التي تعتبر كعلامة لبداية ظهور الورم ، بحيث أن هذا الظهور يسمح بالتشخيص المبكر للإحاطة بالورم .

### - سرطان المنطقة تحت مزمارية:

الذي يظهر في المنطقة السفلية من الحبال الصوتية و المنطقة الداخلية للعضروف الحلقي ، فخطورة هذا السرطان تستدعي إفراز لمفاوي من طرف السلسلة العقدية الخاصة بالعصب الراجع ، حيث ينتشر السرطان بها بنسبة 10 الى 40 بالمائة ، وهو صعب التشخيص لأنه لا تصاحبه أعراض واضحة أو أولية، حيث تكون متأخرة الظهور فتكون علي شكل عسر حاد في التنفس مع سعال شديد، إذ غالبا ما يستدعي إستئصال كلي للحنجرة .

### - سرطان الذي يمس منطقتين او اكثر:

ينتشر السرطان تقريبا في جميع أنحاء الحنجرة، كما أن الأورام والإضطرابات الغدية تظهر فيه بالنسبة 90 بالمائة من الحالات. (Heuillet Martin et all , 1995,P 23-24)

### - سرطان الحبال الصوتية والتحوللات المرضية:

يعتبر سرطان الحبال الصوتية من أكثر أنواع السرطان المنتشرة ، والذي يمكن أن يصيب وتر صوتي واحد أو الوترين معا ، كما يمكن أن يظهر في الحافة الحرة لهما أو في مكان إلتقائهما ، حيث ينتشر بصورة سريعة ليصيب المناطق الأخرى في الحنجرة إذ يملك نفس أعراض الأمراض الأخرى التي تصيب الأوتار الصوتية مثل البحة أو مشكل في الحركة، إذ غالبا ما ينتج عن تطور يحدث في مناطق تحويلية ، أي مناطق حدث فيها من قبل تحول مرضي علي مستوي المخاطية التي تكون مماثلة لمخاطية المجاري التنفسية العلوية، مما يجعلها مكان مناسب لحدوث التحولات السرطانية،

## الفصل الرابع : السرطان و الاستئصال الحنجري

كما ينتج سرطان الوترين نتيجة لأمراض أخرى ، حيث تحدث هذه التحولات وفق مراحل تتزايد معها ظهور البحة من بسيطة إلى متوسطة ثم حادة والتي ترافق مرحلة ظهور السرطان .

إن التشخيص المبكر لهذه التحولات يساعد كثيرا في العلاج المبكر ، كما يسمح للمراقبة المستمرة للمريض تفاديا لإستمرار هذه التحولات إلى أخرى سرطانية ، خاصة إذا توفرت عوامل مساعدة كالتبغ مثلا ، الذي يؤدي إلى التطور من تحولات بسيطة إلى تحولات حادة مما يجعل ضرورة الإعتماد على الطبقة ضروري لتشخيص نوعية التحول الحاصل إذا كان سرطاني أم لا . كما أن الثلث المتوسط من الحبال الصوتية فقير للإفرازات اللمفية و بالتالي هذه النقطة هي الأكثر عرضة للإصابة بالسرطان ، فأورام الحبال الصوتية غالبا ما ترافقها مشاكل على مستوى الغدد وذلك بعد تطور الورم لفترة كما أن إصابة الحافة الحرة للوترين يزيد من خطورة انتشار السرطان في المناطق الأخرى . حيث يمكن أن يتكون السرطان على مستوى البطينات ، و يتموضع بين الواجهة العلوية للوترين وسقف الأشرطة البطينية ، إذ يؤدي هذا التموضع إلى إصابة الغضروف الدرقي حتما ، تكون نسبة إصابة العقد اللمفاوية حوالي 60 بالمائة وذلك لأنها تتموضع فوق الشريان الحلقي والسباتي العلوي ، إذ تفرز اللمف في حالة وجود ورم .

(Stéphane de Corbière et Elizabeth Fresnel, 2001,P 69-72)

### 3-2-4 تصنيف سرطان الحنجرة:

يعتمد هذا التصنيف على حجم الورم وانتشاره وحال العقد اللمفاوية المجاورة له ، وذلك حسب نظام TNM (نظام طبي يصنف الورم السرطاني حسب حجمه و انتشاره) الذي يساعد في تقييم الحالة وفي تخطيط العلاج .

### 1-3-2-4 تصنيف سرطان المنطقة الفوق المزمارية:

T1=تموقع الورم في منطقة صغيرة من الطابق الفوق المزماري مع حركة سليمة للوترين

T2= إنتشار الورم في كل المنطقة الدهليزية أو المزمارية أوفي مناطق خارج الحنجرة مثل قاعدة اللسان .

## الفصل الرابع : السرطان و الاستئصال الحنجري

T3= إنتشار الورم إلى أحد الوترين الصوتيين أو / و المنطقة الخلف حلقيه أو إلى النسيج المحيط بلسان المزمار

T4= إنتشار الورم إلى الغضروف الدرقي أو إلى مناطق خارج الحنجرة في المناطق الرخوة من الرقبة و/أو الغدة الدرقية

### 2-3-2-4 تصنيف سرطان المنطقة المزمارية:

T<sub>1</sub>= إنتشار الورم في كلا الوترين الصوتيين ، حيث يمكن أن يصيب مكان التقائهما الأمامي أو الخلفي مع حركة عادية للوترين .

T<sub>1a</sub>= يصيب وتر واحد

T<sub>1</sub>= يصيب كلا الوترين

T<sub>2</sub>= إنتشار الورم في المنطقة فوق مزمارية أو تحت المزمارية مع نقص في حركية الوترين .

T<sub>3</sub>= بقاء الورم في الوترين مع فقدان حركة الوترين وعدم انتشاره في مناطق أخرى .

T<sub>4</sub>= إنتشار الورم في مناطق من الغضروف الدرقي و/ أو خارج البنية الحنجرية ( الرغامي ، الدرقية ، المنطقة الرخوة من الرقبة )

### 3-3-2-4 تصنيف المنطقة تحت المزمارية:

T<sub>1</sub>= ورم متمركز في المنطقة تحت المزمارية مع حركية عادية للوترين الصوتيين

T<sub>2</sub>= إنتشار الورم في وتر واحد أو في كلاهما مع حركية مضطربة قليلا للوترين الصوتيين .

T<sub>3</sub>= متمركز الورم في المنطقة تحت المزمارية وفي الوترين الصوتيين وعدم انتشاره في المناطق الأخرى

T<sub>4</sub>= إنتشار الورم في الغضروف الدرقي و/ أو في مناطق خارج الحنجرة

### 4-3-2-4 التصنيف حسب العقد اللمفاوية:

N0a = السرطان لم يصب العقد اللمفاوية

N2a و N1 = إنتشار الورم في واحدة من العقد اللمفاوية

N2b = إنتشار الورم إلى أكثر من واحدة من العقد اللمفاوية ، لكن في جهة واحدة من العنق

N2c = إصابة في كلا الجهتين وانتشار الورم في واحدة أو أكثر من العقد اللمفاوية

N3 = إنتشار الورم في العقد اللمفاوية التي يتجاوز قطرها 06 سم .

(France par et jean de charnu,1991,P 158)

#### 4-2-4 العوامل المسببة للسرطان:

سنحاول فيما يلي حصر أبرز العوامل المسببة لسرطان الحنجرة حسب بعض المراجع الطبية:

- تناول التبغ والتدخين:
- يعتبر التبغ العامل الرئيسي في ظهور سرطان الحنجرة سواء الأشخاص المدخنين أو المحيطين بهم ، حيث يظهر تأثير التبغ في تكوين السرطان وذلك من خلال بعض المواد الموجودة فيه والتي تساعد في ذلك خصوصا الهيدروكربونات متعددة الذرات (hydrocarbures polycyclique) ونيتروسامين وبترول ، حيث تترسب هذه المواد على جدار المخاطية ، مما يساعد في تكوين السرطان .
- الإدمان على الكحول:
- تعتبر الكحول من بين الأسباب التي تؤدي إلى ظهور السرطان لكن آلية عمله وكيفية ظهور السرطان نتيجة تناول الكحول تبقى غير واضحة و مجرد فرضيات فقط حيث يحدث هناك نوع من التهيجات على مستوى المخاطية .
- الإدمان على الكحول و التبغ معا :والذي يزيد من احتمال الإصابة بسرطان الحنجرة
- التهاب الحنجرة المزمن : Laryngite chronique الذي ينتج عنه تحولات مرضية تؤدي إلى حدوث السرطان ، كذا نجد منه التهاب الحنجرة النزلي المزمن و الإصابات التعفننية لطبقات ومخاطية الحنجرة .
- الورم الحليمي: والذي ينتج عنه تحولات خبيثة سرطانية في حالة تكرار الإصابة به .

## الفصل الرابع : السرطان و الاستئصال الحنجري

- سوء التغذية: حيث يحدث النقص في بعض الفيتامينات مثل فيتامين (أ) و الزنك أحيانا السرطان .
- المحيط : فالبيئة التي يوجد فيها الفرد ، مثل محيط العمل يمكن أن تلعب دور في ظهور السرطان ، فوجود مادة Nickel و Arsenic أو Chrome ، كذلك في ما يخص Amiante و Acide Sulfurique و التي كلها عبارة عن أحماض ومعادن تؤدي إلى حدوث التهاب مزمن لمخاطية الحنجرة الذي يتحول مع الوقت إلى سرطان .
- الإجهاد الصوتي: الذي يعتبر كذلك من الأسباب ، حيث يحدث هناك نوع من الإفراط و سوء استعمال الصوت وعدم الحفاظ على جهاز التصويت . (Luboinski wab,1981,P1).
- المنعكس المريء المعدي: فقد أثبتت الدراسات أن المنعكس المرئي يؤدي إلى ظهور سرطان الحنجرة ، إذ أن الإفرازات الحمضية المعدية والتي تصعد مع المريء يمكن أن تعتبر كعامل مهيج أو مثير لمخاطية الحنجرة الذي يعتبر أصل نشوء الكثير من الأورام الخبيثة في حالة التكرار المفرط لهذا المنعكس .
- بعض الإصابات الفيروسية: يمكن أن تؤدي بعض الإصابات الفيروسية إلى ظهور سرطان الحنجرة ، مثل فيروس HPV الذي يؤدي في البداية إلى ظهور أورام حميدة و التي يمكن أن تتحول إلى خبيثة .
- الدهون الحيوانية : فتناول نسبة كبيرة منها يمكن أن يؤدي إلى ظهور السرطان .
- أمراض الجهاز المناعي : فالأمراض التي تهاجم الجهاز المناعي ، تؤدي إلى ضعفه مثل السيدا و الزهري .
- العامل العرقي : حيث يصيب أصحاب البشرة السمراء أكثر من البيضاء
- العامل الوراثي : فسرطان الحنجرة كغيره من أنواع السرطان الأخرى ، يمكن أن يكون وراثي ، حيث اكتشف العلماء وجود عامل وراثي لإنتقال سرطان الحنجرة بين الأجيال .
- التقدم بالسن : إن نسبة الإصابة بالسرطان تزيد كلما تقدم الانسان بالسن ، بالنظر إلى تراجع قدرات الجهاز المناعي . (France par et jean de charnu,1999,PP158-162)
- إصابة المناطق المجاورة للحنجرة : يمكن أن تكون الأورام الخبيثة موجودة في مناطق مجاورة للحنجرة و قد تمتد إلى الحنجرة ومن بين هذه الأورام نجد :

## الفصل الرابع : السرطان و الاستئصال الحنجري

- سرطان التجويف الأنفي : والذي يمكن اعتباره نادر جدا وقليل الحدوث مقارنة بالأنواع الأخرى للسرطان ، لكنه صعب الاكتشاف مما يجعله يمتد في المناطق السفلى من بينها الحنجرة .
- أورام الغدة الدرقية : تؤدي إلى تضخم الغدة الدرقية ، فأورام الغدة الدرقية مهما كان نوعها تؤثر على الحنجرة نظرا لموقعها القريب جدا منها ، فالأورام الحميدة تغير من شكله مما يؤدي الى تضخمها حيث يمكن أن تضغط على الحنجرة فتؤدي الى بحة صوتية أو عسر في البلع ، كذلك يمكن أن تؤثر على الأعصاب المغذية لها ، أما الأورام الخبيثة فتنتشر لتصيبها بشكل مباشر .
- أورام الغدد تحت الفكية : وهي 4 غدد ، تقع تحت الفكين في المؤخرة، يمكن أن تصيب هته الأورام الحنجرة.
- أورام الغدة النكفية (Tuméfaction parotidienne) : وهي أكبر غدة لعابية تقع في المنطقة العليا من الرقبة ، ففي هذه الحالة العادية تكون غير ظاهرة لكن في حالة الإصابة بالأورام الخبيثة ، تتضخم وتبرز حيث تكون سريعة التطور ، حيث يرافقها شلل وجبي واضطرابات في الغدد الرقبية الأخرى ، كما يمكن أن تنتشر في الحنجرة .
- أورام البلعوم الحنجري : و الذي يعتبر من أكثر الأورام التي تنتشر لتصيب الحنجرة نظرا لتجاورها ، ففي حالة الأورام الحميدة يبقى في حدود البلعوم الحنجري كما يمكن أن تنتشر إلى خارجه ليصيب نصف الحنجرة أو كلها .
- سرطان شرع الحنك و اللسان : يمكن أن تنتشر بصورة سريعة جدا نظرا لقرنها من منطقة الحنجرة ، حيث تتصل ببعضها البعض ، كما أن الأورام التي تصيب التجويف الفموي و المريء و البلعوم الأنفي و الفموي و الجيوب الأيغاصية، اذ يمكن أن تنتشر كلها لتصيب الحنجرة .

(Mohssin Asmae , 2019, P83)

### 4-2-5 أعراض سرطان الحنجرة :

التي تختلف على حسب تموضع الورم و حجمه ، وعلى العموم تتمثل فيما يلي :

- البحة الصوتية La dysphonie: التي تعتبر العرض الأكثر ظهورا في حالة السرطان التي تظهر بنسبة 95 بالمائة عند الحالات حيث تعتبر علامة أولية لظهور السرطان خصوصا في حالة الأورام الكبيرة و التحت مزمارية ، فاستمرار البحة لمدة تزيد عن 21 يوم ينذر بوجود ورم يستدعي الخضوع لفحوصات خاصة .

## الفصل الرابع : السرطان و الاستئصال الحنجري

- عسر التنفس Dyspnée : يظهر بصفة متأخرة ، حيث يدل على احتلال الورم لكل الحنجرة إلا في حالة تموضعه في المنطقة تحت المزمارية فانه يظهر كعرض اولي .

-الشعور بالضييق أو وجود جسم غريب في الحنجرة

- سعال مستمر ومهيج الذي غالبا ما يكون مرفوق ببحة

- عسر البلع : وهذا في حالة السرطان الذي يظهر في الدهليز الحنجري أو في حالة الأورام الكبيرة ، كما يمكن أن يظهر عند الفرد مشاكل في البلع نتيجة لإصابة على مستوى حركية الحنجرة

- Odynophagie : و الذي يظهر على شكل ام حادة جدا أثناء البلع .

### 3-4 الاستئصال الحنجري:

### 1-3-4 تعريف الإستئصال الحنجري:

هناك عدة تعاريف أهمها :

هو تدخل جراحي يتمثل في استئصال الحنجرة إما كلياً أو جزئياً ، ففي حالة الأستئصال الجزئي فإن الجزء الباقي من الحنجرة يمكنه إصدار بعض الأصوات ، وبوجود إعادة التأهيل الأروطفوني تصبح هذه الأصوات مفهومة ، أما في حالة الإستئصال الكلي فإن المصاب يعجز عن إصدار هذه الأصوات بشكل واضح ومفهوم ، وهذا ما يؤدي إلى صعوبة في الكلام .

(Domart et Bourneuf, 1981, P567)

يتمثل استئصال الحنجرة في نزع عضوهام من الجسم ، والذي يعد مولد الصوت ، وهذا النزع يكون إما كلي فيخلف ذلك ثقباً في العنق يسمى الفزع الرغامي Trachéotomie ، أو جزئي وفي هذه الإحالة لا يوضع هذا الثقب ، كما يمكن في بعض الحالات وضعه لفترة معينة .

(Claire Dainville, 1993, P150)

هي عملية جراحية تهدف لإزالة الورم المتواجد على مستوى الحنجرة ، ويكون هذا الإستئصال كلي أو جزئي ، وهذا حسب انتشار الورم . (Frédérique Brin et Autres, 1997, P106)

## الفصل الرابع : السرطان و الاستئصال الحنجري

هو عملية جراحية تهدف إلى التخلص من الورم والحد من انتشاره ، حيث يكون هذا التدخل الجراحي حسب تموقع و حجم الورم ، فإذا كان في بداية تطوره تكون العملية عبارة عن استئصال جزئي ، أما إذا كان منتشرا فيكون هذا الإستئصال كليا للحنجرة ، حيث ينتج عن هذه العملية الكثير من الآثار السلبية مثل : صعوبة البلع و التنفس ، وكذا فقدان الصوت الذي قد يكون فقداننا كليا أو جزئيا وهذا حسب نوع التدخل . (Mohabeti and all,2010)



صورة رقم (07) : توضح الرقبة بعد عملية استئصال الحنجرة

### 2-3-4 لمحة تاريخية عن تطور عملية استئصال الحنجرة :

يرجع تاريخ ظهور عمليات إستئصال الحنجرة إلى القرن 19 ميلادي ، أين عرف الطب وكبكية العلوم الأخرى التطور و الازدهار و شهدت البحوث الطبية نجاحا باهرا ، حيث تمكن الأطباء من تشخيص العديد من الحالات و الأمراض ، والوصول إلى العلاج المناسب لها ، كما ظهرت تقنيات جراحية متعددة .

إن نجاح البحوث العلمية و تطور الوسائل و التقنيات في ذلك العصر ، كان بمثابة الحافز الذي دعم الأطباء لإجراء العديد من العمليات الجراحية التي لم تكن معروفة في ذلك الوقت ، و من بين هذه العمليات "الإستئصال الحنجري".

ففي ميدان الجراحة الحنجرية ظهر الإستئصال الحنجري الجزئي قبل الإستئصال الحنجري الكلي ، وذلك سنة 1801 ، أين قام الطبيب "Desault" بإجراء أول عملية استئصال جزئي للحنجرة ، شملت استئصال الغضروف الدرقي . في سنة 1833 تمكن الطبيب " Bowes " من إجراء أول عملية لإستئصال الحبال الصوتية والتي شملت بتر الحبلين الصوتيين معا. أما الإستئصال الكلي



## الفصل الرابع : السرطان و الاستئصال الحنجري

للحنجرة ، فكان أول مرة عام 1873 على يد الطبيب " Billroth " الذي أجرى سنة 1878 إستئصال نصفي للحنجرة ، مع الاحتفاظ بالنصف الآخر ، وسنة 1883 أجرى استئصال للسان المزمار مع استئصال نصفي للغضروف الدرقي ، وفي سنة 1896 بالضبط ، ظهر مفهوم استئصال الحنجرة الجزئي مع إعادة تشكيل للحنجرة (néolarynx) و الحفاظ على شكلها بإعادة بناءها و تكوينها، بحيث قام " Foderl " بالإحتفاظ بلسان المزمار و الطية الطرجهالية المزمارية ( Les replis ary-épiglottiques) والغضاريف الطرجهالية و الذي قام بالربط بينهم و إيصالهم بالحلقة الأولى للرغامي.

إن عملية الإستئصال الجزئي للحنجرة مع الإحتفاظ ببعض الأجزاء منها ، وإعادة تكوينها ، عرفت تطورا كبيرا في أوائل القرن العشرين خصوصا الجراحة الفوق مزمارية ، فقد قام " Huet " سنة 1938 باستئصال جزئي للحنجرة ، شمل قطع العظم اللامي و الغضروف الدرقي المزماري (Hyothyro-épiglottectomie). وفي سنة 1947 أجرى " Alonso " استئصال أفقي فوق مزماري كذلك .

أما " Sorn " و " Ogura " فقد قاما بإستئصال المنطقة الفوق مزمارية كليا سنة 1965 ، و قام ' Hoffmann Saguez " سنة 1954 بإجراء أول استئصال حنجري فوق حلقي ، حيث لم يحتفظ إلا بالغضروف الطرجاهلي وجناحي الغضروف الدرقي ، وقام بزرع معين مصنوع من الاكرليك " Prothèse acrylique " ، ولف حوله العناصر المتبقية والألياف الحنجرية ، إذ أن الهدف من هذه العملية هو إعادة تشكيل الحنجرة بالأعضاء المتبقية ، حيث قام بنزعه بعد 06 أشهر من الجراحة في سنة 1959 .

قام " Labayle et Bismuth " سنة 1971 بإجراء أول استئصال جزئي للحنجرة على نطاق واسع شمل معظم الحنجرة ، وذلك بإستئصال الحبال الصوتية ، الأشرطة البطينية ومنطقة من العظم اللامي ولسان المزمار..

أما استئصال الحنجرة الكلي فقد عرف تطورا بالغا سنة 1932 حيث قام " Guttman " بصناعة ناسور صوتي (Fistule phonatoire)، والذي هو عبارة عن أنبوب حيث قام بزراعته في مكان الحنجرة المستأصلة ، إذ يساعد في استعادة الصوت .

## الفصل الرابع : السرطان و الاستئصال الحنجري

أما زراعة أول حنجرة اصطناعية (ianplantation de larynx) ، فكانت سنة 1980 من طرف الطبيب الباحث Klystron .

وقد ساعد تنوع المضادات الحيوية التي ظهرت ، والطرق المختلفة في التخدير ، في نجاح هذه العمليات بالإضافة إلى تطور العلاج الإشعاعي و الكيميائي في بداية الثمانينات ، الذي لعب دورا كبيرا في نجاح هذه الجراحة سواء قبل أو بعد إجرائها وذلك بالقضاء على السرطان نهائيا .

(Lise Crevier-Buchman et al, 2002, P 25-28)

### 3-3-4 أسباب إستئصال الحنجرة:

إن الأمراض التي تصيب الحنجرة متعددة و مختلفة ، ولكن هنا سنتطرق إلى الأمراض و الأسباب التي تؤدي إلى استئصال الحنجرة سواء كان جزئيا أو كلياً ، منها ما يلي :

- التهاب الحنجرة المزمن

- التهاب الحنجرة النزلي المزمن

- إصابات مرضية تعفنية على مستوى طبقات الحنجرة

- التحولات النسيجية المرضية

- الصدمات الصوتية المزمنة

- سرطان الحنجرة الذي يعد السبب الرئيسي لإستئصال الحنجرة ، وغالبا ما يصيب الأشخاص المتقدمين في السن ، الذين تتراوح أعمارهم بين 45 و90 سنة. (Harris.T and al,2011)

### 4-3-4 أنواع الإستئصال الحنجري:

من المعروف أنه لم يتم التوصل إلى الدواء الذي يقضي تماما على السرطان و انتشاره ، وبالتالي فإن العلاج الوحيد الذي ينصح به الأطباء هو استئصال السرطان المتموضع في الحنجرة ، وهذا الأخير هو الذي يحدد نوع الإستئصال من كلي أو جزئي .

## الفصل الرابع : السرطان و الاستئصال الحنجري

1-4-3-4 استئصال الحنجرة الكلي : هو نزع كامل للحنجرة ، ينتج عنه غياب المجرى الهوائي البلعي ، فتصبح القصبة الهوائية متصلة بالعنق ومفتوحة إلى الخارج ، و التنفس لا يكون عن طريق الفم و الأنف بل يصبح عن طرق الثقب الرقبي مباشرة ، هذا ما يؤدي الى تغير جذري في التنفس و فيزيولوجيته ، البلعوم الإنفي لا يتصل من الأسفل إلا بالمرئ أين يلتصق بقاعدة اللسان ، وبالتالي يكون البلع صحيح أين لا يوجد خطأ في مجرى البلع . و ما يعرف بالوظيفة الصوتية عن طريق الحنجرة تصبح منعدمة فتصبح عن طريق المريء بعد الخضوع للعملية الجراحية حيث يقوم الجراح بإضافة بعض الزوائد التي تؤدي وظيفة لسان المزمار ، وتسهل اكتساب الصوت المريء.

(Frédérique Brin et al, 2004,P1 39)

2-4-3-4 استئصال الحنجرة الجزئي : يسمى استئصال جزئي لأنه يهدف إلى الإحتفاظ و لو جزئيا بالحنجرة و بالتالي الإحتفاظ بعملية التنفس و التصويت و البلع . تختلف الجراحات الجزئية للحنجرة حسب مكان الإصابة و الجزء المستأصل و الأعضاء المتبقية ، كما تتأثر الوظائف الفيزيولوجية حسب هذا الإستئصال . وهناك نوعين من الجراحات العمودية و الأفقية ، سنحاول من خلال الجدول الموالي عرضها بدقة:

جدول رقم (6):يمثل أنواع إستئصال الحنجرة الجزئي

الجراحة الجزئية العمودية للحنجرة			
النتائج بعد الجراحة	الإحتفاظ ب	الإستئصال	الجراحة
. نادرا ما توضع تقنية النزع الرغامي Trachéotomie . لا يوضع الأنبوب الأنفي Sonde Nasogastrique . لا توجد اضطرابات في عملية البلع . بحة متغيرة Variable	كل الحنجرة ماعدا وتر صوتي واحد	حبل صوتي واحد	استئصال الحبل الصوتي Cordéctomie
. نادرا ما توضع تقنية النزع الرغامي Trachéotomie	. قطعة من الحبل الصوتي المتبقي	. حبل صوتي واحد في بعض الأحيان	الاستئصال الجبهي الجانبى

<p>. لا توجد اضطرابات في عملية البلع . بحة في الصوت</p>	<p>. الغضروفان الطرجهاليان أو غضروف واحد . الشريطان البطينيان . لسان المزمار</p>	<p>يمتد الاستئصال جزئياً إلى الغضروف الطرجهالي . الجملة الأمامية مع جزء من الغضروف الدرقي . الثلث الأمامي من الحبل الصوتي المتبقي</p>	<p>Laryngectomie Fronto-Latérale</p>
<p>. قناة أنفية معدية . تقنية النزع الرغامي مؤقتة . اضطراب في عملية البلع . صوت تعويضي</p>	<p>-الغضروف الحلقي -لسان المزمار . غضروف أو غضروفان طرجهاليان - الثلث الخلفي - الاجنحة الدرقيه</p>	<p>المستوى المزماري (الحبال الصوتية +الاشرطة البطينية) -غضروف طرجهالي في بعض الأحيان -الثلثين الأماميين للغضروف الدرقي</p>	<p>الاستئصال الجزئي الجبهي الأمامي للحنجرة مع تثبيت قطعة بلاستيكية للسان المزمار Laryngectomie Frontale antérieur avec epiglattoplastie</p>
<p>. تقنية النزع الرغامي مؤقتة . قناة أنفية معدية . قطع العصب الحنجري العلول من جهة واحدة . اضطرابات في عملية البلع . صوت تعويضي</p>	<p>. نصف الحنجرة المقابل . الجهة الخلفية للبلعوم الحنجري . خلق وجه بلعومي في الجهة المستأصلة . خلق مزمار جديد</p>	<p>. نصف الحنجرة . شريط بطيني . حبل صوتي . غضروف طرجهالي . جناح درقي . الجيب أحادي الجانب</p>	<p>الأستئصال النصفي الحنجري البلعومي فوق المزماري Hémilaryngo- Pharyngectomie supra-glottique</p>

الجراحة الجزئية الأفقية للحنجرة			
<p>. تقنية نزع الرغامى موقته Trachéotomie . قناة أنفية معدية . تغيرات في الوظيفة اللسانية نتيجة بترقاعدة اللسان . قطع العصب الحنجري العلوي . فقدان منعكس البلع بالإضافة . بحة في الصوت</p>	<p>. الحبلين الصوتين . الغضروفان الطرجهاليان أو غضروف واحد أو غضروف كامل وجزء من الثاني . الثلثين السفليين للغضروف الدرقي</p>	<p>من الحنجرة وصولا الى vallecule و العظم اللامي و إلى قاعدة اللسان من الأعلى ومن الجانب ألى تقاطع الطيات الثلاث و القسم الأعلى للجيب وعلى الطية الطرجهالية للسان المزمار و إلى الغضروف الطرجهالي أما من الخلف فتمتد الى الغضروف الطرجهالي</p>	<p>استئصال الجزئي للحنجرة فوق المزماري الممتد إلى البلعوم و إلى قاعدة اللسان و الغضروف الطرجهالي Laryngectomie Supra-glottique Etendue au Pharynx ou a l'aryténoïde</p>
<p>تقنية نزع الرغامى موقته Trachéotomie . قناة أنفية معدية . اضطراب حاد في عملية البلع . صوت تعويضي</p>	<p>. الغضروف الحلقي . غضروف أو غضروفان طرجهالين لسان المزمار فوق اللامي . العظم اللامي</p>	<p>. الغضروف الدرقي . الحبلين الصوتيين . أحيانا غضروف طرجهالي . الشريطان البطينيين . لسان مزمار تحت لامي</p>	<p>التصحيح بالثبيت الحلقي اللامي و اللسان المزماري CHCP</p>
<p>. كلما زاد عدد الأجزاء المستأصلة كلما كانت اضطرابات الصوت أكثر حدة . تنزع تقنية نزع الرغامى قبل نهاية الأسبوع الاول من</p>	<p>- القوس الخلفي للغضروف الحلقي - لسان المزمار</p>	<p>. يوجه هذا النوع في حالة الإصابات المزمارية مع استئصال تحت المزمار الأمامي . القوس الأمامي</p>	<p>الاستئصال الجزئي فوق الحلقي الممتد للحنجرة Laryngectomie Partielle supro-</p>

الجراحة تبقى القناة الأنفية المعديّة مدة 18 يوم		للغضروف الحلقي الحافة العلوية للغضروف الحلقي جانبيا نادرا الجيب الحلقي	coracoïdienne entendue
---	--	--	---------------------------

(Bushman et all,2003 , P28-42)

#### 5-3-4 التحضير للجراحة:

#### 1-5-3-4 فترة ما قبل الجراحة:

التحضير النفسي للمريض : يقوم المختص النفسي بتحضير المريض قبل العملية الجراحية من خلال مساعدته على الإقلاع عن إدمان الكحول و التدخين و الأسباب المؤدية لهذا الورم ، وعلى التخلص من الإضطرابات النفسية الناجمة عن خطورة الإصابة من خلال تقديم الدعم و التهيئة النفسية له و مساعدته على تقبل الإصابة و ضرورة الخضوع للجراحة و تقبل العلاج ، كما يكون لعائلة المريض حصص مع المختص الأطفوني حيث يشرح لهم كل ما سوف ينتج عن هذه العملية ، و يبين لهم الطريقة الصحيحة للتعامل مع المصاب و دعمه نفسيا .

#### 2-5-3-4 فترة الجراحة :

بعد الإطلاع على نتائج كل التحاليل و الفحوصات ، يتم تحضير المريض لإجراء الجراحة ، وذلك من خلال :

- التمدد على الظهر في وضعية استلقاء على طاولة الجراحة
- وضع دعامة تحت الكتفين والرقبة لرفعهما و بروز الحنجرة ، ثم توضع أقطاب أحادية و ثنائية على الصدر و اليدين ، حيث يتم ربطهما بعلبة الجراحة الرأسية . (Boite de chirurgie Cervicale)
- يستخدم مواد مطهرة و معقمة من أعلى الرقبة إلى أعلى الصدر
- يستخدم قطع قماش معقمة جيدا لتغطية باقي الجسم

(Philippe Déjonchere, 1979, P23)

## الفصل الرابع : السرطان و الاستئصال الحنجري

- . كما أن تخدير المريض يكون عميق وكلي ولمدة طويلة على الأقل 07 ساعات لطول العملية وصعوبتها وهذا باستخدام أجهزة خاصة ومراعاة عدة جوانب من خلال أخذ احتياطات ضرورية تجنباً لحدوث أي مضاعفات من شأنها الإطالة في هذه العملية .

(Francois le Huche et andrée Allali, 1989, P86-92)

. تحضير التجهيزات والأدوات المستخدمة في الجراحة والتي تتمثل في ما يلي :

Ventillation - cardioscope - Sondage Urinaire- 2 voies Veineuses- Le billot une jeu d'aspirateur - des pincés en cœur - des ciseau droite - Bistouri - des Aiguilles contre-coudées pour injection - un pointe coagulant - Laser- des jeu d'instrument ou des écarteurs - des Palpateurs .

(Renéche et al , 1999, P56)

وترتبط الجراحة الإستئصالية أيضاً في آخر مراحلها بالجراحة العقدية: la chirurgie des aires ganglionnaires cervical التي تتم في كل أنواع سرطانات الحنجرة ماعدا السرطان المتموضع في الحبال الصوتية التي لا تحتاج الى ذلك .

(Yahi .N, 2005, P42)

### 3-5-3-4 فترة ما بعد الجراحة :

بعد الإنتهاء من العملية ، يخضع المريض لمجموعة من الفحوصات و العناية و المراقبة المستمرة لتجنب أي أعراض جانبية قد تنتج عن التخدير أو عن العملية الجراحية ، وتشمل فحوصات القلب و الأوعية الدموية ، إضافة إلى إجراء فحوصات على مستوى الرئة و الجهاز التنفسي لملاحظة أي تغيرات تزداد حدتها إذا كان المريض يعاني من التهابات قبل الجراحة ، والتي قد تظهر خاصة في الأيام الثلاثة الأولى من الجراحة ، تكون متزامنة مع حدوث التهابات تعفننية لدى 50 بالمائة من الحالات ، ومن بين أكثر المشاكل ظهوراً في هذه الجراحة هو خطر الإصابة بجلطة أو انسداد على مستوى الأوعية الدموية . إن الجراحة الإستئصالية للسرطان جد مؤلمة ، إذ يعاني المريض من آلام حادة لا تحتمل خاصة في الأيام الأولى ما يستدعي إعطاء المريض جرعات مسكنة للألام تشمل

## الفصل الرابع : السرطان و الاستئصال الحنجري

Paracétamol, Morphine وأحيانا يتم اخذ أدوية معدلة لنسبة السكر في الدم مع مراقبة التحاليل و إمكانية نزييف وارتفاع مفاجئ في الضغط الدموي وحدوث فقر الدم ،.أما تناول الأغذية ففي البداية يكون عن طريق مسبار معدي sonde gastrique ممرئي مع اتباع حمية صارمة .

كما ينصح الطبيب المريض بتناول مضادات حيوية وقائية (Antibioprophylaxie) لتطهير المناطق المجاورة للمنطقة المستأصلة من الإلتهابات و التعفنات التي تؤدي إلى آلام حادة في الرقبة و الصدر ثم عسر في التنفس ، حيث يجب مراقبة ظهور هذه الأعراض لعلاجها بصفة مبكرة ومنع انتشارها .

(Bourgain Herten et Gros Roussin,2002,P1-21)

تدوم فترة بقاء مستأصلي الحنجرة في المستشفى من 10 إلى 15 يوم ، وقد تكون هذه المدة اقل من ذلك إذا ما كان الإستئصال جزئيا مع نهي المريض عن محاولة الكلام في الثلاث أيام الأولى من الجراحة ، كما تتم العناية بأنبوب الخرع الرغامي وضمان نظافته و إدخال الطعام لمعدته يستخدم أنبوب Gavage كما يمنع بتاتا شرب الماء من 07 . 10 أيام ، ويقدم الطبيب في هذه الفترة مجموعة نصائح وتحذيرات لكيفية السعال و الطرق السليمة و الصحية ووضعية النوم ، وفي حالة السعال المفرط ونفث الدم من الفم فإنه يجب اتخاذ الإجراءات اللازمة .

(Claire Ménard, 1970, P31-33)

### 6-3-4 الاثار المترتبة عن العملية الجراحية

#### 1-6-3-4 التغيرات الفيزيولوجية و التشريحية لجهاز التصويت و التنفس بعد الاستئصال :

في الحالات العادية وقبل عملية الاستئصال ، يكون جهاز التصويت و التنفس مكون من :

الرئتين ، القصبة الهوائية ، الحنجرة (الحنبال الصوتية) والتجاويف فوق المزمارية (التجويف النفي ، المفوي والبلعوم) ، فمجرى الهواء يكون عبر الأعضاء السابقة و يخزن في الرئتين سواء في وضعية التصويت أو التنفس ، يمر الهواء عبر الحنجرة لينتج الصوت الخام الذي تعترضه التجاويف المزمارية، فينتج في صورته النهائية ، كما أن المرئ في هذه الحالة ما هو إلا أنبوب هضي و لا يتدخل في أي فيزيولوجية تصويتية ، أما بعد الجراحة الإستئصالية الكلية فإنه يكون غياب تام للحنجرة وللأوتار الصوتية وجميع البني المكونة لعضو التصويت الأساسي ، حيث يتم نزع الحنجرة



## الفصل الرابع : السرطان و الاستئصال الحنجري

من التجويف الحلقي الذي يصبح متسع ، كما أن الرقبة تتسطح ، ويلجأ الجراح إلى الخزع الرغامي وتثبيت البلعوم بمستوى قاعدة اللسان ، كما يكون البلعوم محشو في الجزء العلوي للمريء.

(le Huche et Andrée Allali,2008, P56)

بعد عملية الاستئصال الكلي للحنجرة فان جهاز التصويت و التنفس يتغيران ، حيث تدخل فيه أعضاء جديدة لا تتدخل في الحالة العادية كما تختفي أعضاء أخرى ، وعلى العموم يتكون من : (الفم- مؤخرة الفم - التجويف الفموي و ظهر اللسان - التجاويف الأنفية- خزع الرغامي - تجويف المرئ) ، في الحالة العادية ، الأعضاء المتدخلة في عملية التصويت هي نفسها المتدخلة في التنفس ، أما بعد الاستئصال فيصبح جهاز التصويت مستقل عن جهاز التنفس ، فبعض الأعضاء تتدخل في ظاهرة التصويت ولا تتدخل في التنفس . (Mohssin Asmae , 2019)

### 4-3-6-2 الاثارالعامة المترتبة عن عملية استئصال الحنجرة :

هناك عدة اثار مترتبة عن عملية البتر الحنجري ، منها :

- اتساع حجم التجويف البلعومي : وذلك بسبب غياب الحنجرة و اتصال قاعدة البلعوم بالمرئ .
- فقدان تام للصوت : بسبب القطع الكلي للحنجرة
- فقدان نسبي في حاسة الشم : بسبب التغيرات التي حدثت في المسالك الهوائية ، حيث يستحيل مرور الهواء من هناك للقيام بعملية جذب الروائح الى العصب الشهي .
- خزع الرغامي يكون نهائي في حالة استئصال الحنجرة الكلي
- عزل الجهاز التنفسي عن جهاز التصويت
- تبغيري مسار الهواء ، حيث يصبح من الخارج مباشرة الى الرئتين
- حالات الدوار الشديد بسبب دخول كميات كبيرة من الهواء الى الرئتين و بالتالي وصول كمية أكبر من الأكسجين الى الدماغ .
- معاناة الحالة من مشاكل في البلع و التنفس
- صوت مهموس وغير مفهوم ولا يسمع ذو شدة ضعيفة، الذي يكون ناتج عن حركات طبيعية للشفاه باستعمال الهواء الموجود في تجويف الفم و البلعوم.

بعد عملية استئصال الحنجرة وقبل بداية عملية التأهيل تكون المعايير الأساسية للصوت أكثر تضررا وإصابة ، فميز ما يلي :

- الطابع : يوجد به ضجيج
- الارتفاع: منخفض لدرجة أنه لا يسمع.
- الشدة: ضعيفة لدرجة لا تسمع
- الليونة الصوتية: مصابة بسبب رداءة الصوت
- غياب الجودة والوظيفة الصوتية: بسبب غياب الأوتار الصوتية.

لذلك يتصف صوت مستأصلي الحنجرة، بالهمس مع ارتباط ازدواجية الكلام والنفس.

(Stéphane de Corbière et Elizabeth Fresnel, 2001, P9)

#### 7-3-4 العلاجات المكملة للإستئصال الحنجري :

4-3-7-1-العلاج الكيميائي: **Chimiothérapie** : عبارة عن مواد كيميائية مضادة للسرطان تستخدم في علاج كل أنواع السرطان قبل أو بعد العلاج الجراحي كما يستخدم قبل العلاج الإشعاعي ، يقوم هذا النوع من العلاج بعرقلة عملية انقسام الخلايا السرطانية والقضاء عليها ، وتختلف خطة العلاج الكيميائي على حسب طبيعة الورم السرطاني و الحالة الصحية للمريض وسنه ومرحلته ، وهو لا يستطيع التفرقة بين الخلايا الطبيعية و الخلايا السرطانية ، فيقوم بتدمير الإثنان مما يؤدي إلى ظهور أعراض جانبية ، أما طريقة إعطائه فتختلف حسب نوعية المواد الكيميائية المستخدمة وحسب كل حالة ، ويكون على شكل حقن في الوريد ، الذراع ملحق بكيس يحتوي على هذا الدواء يمر إلى الدم ليهاجم الخلايا السرطانية ، كما قد يكون عن طريق حقن عضلية أو في الجلد أو حقن في سائل النخاع الشوكي .

يعاد هذا العلاج كل 3 أسابيع لكن بجرعات مختلفة للتحكم في السرطان وتسكين الآلام ، وقد يتم أخذه في عدة دقائق ، وقد يستغرق ساعات وهذا تبعا لنظام العلاج الذي يحدده الطبيب ، يصاحب هذا النوع من العلاج أعراض جانبية غير مرغوب فيها تشمل تدمير الخلايا السليمة في الجسم ، سقوط الشعر، فقر الدم ، التعب الدائم ، الغثيان ، فقدان الشهية والوزن ، آلام حادة

## الفصل الرابع : السرطان و الاستئصال الجراحي

، تعفونات و تقرحات فموية ، هشاشة العظام ، تغيرات في الجلد و الأظافر ، العقم ، نزيف مفاجئ ، صعوبات في التنفس و البلع .(Michel Rivers, 2009, P1-12).

**4-3-7-2-العلاج الإشعاعي: Radiothérapie** : يتم فيه استخدام الإشعاع الأيوني حيث يتم العلاج الإشعاعي باستخدام Coblat أو باستخدام التسارع الخطي Accélérateur Liniaire ، كما تستخدم به أشعة (X) ، يستعمل في الفحص و في العلاج لأنه في هذه الحالة يكون استخدام أجهزة مختلفة ترسل خرم إشعاعي غير مؤلم ، يكون قبل العملية الجراحية أو بعدها أو كتقنية مسكنة للألام ، وقد يكون علاج بديل للجراحة خاصة في الأورام الصغيرة ، وله دور وقائي ، ويكون حسب نوع الورم و موضعه ، نسبة انتشاره وحجمه و سن المريض وحالته الصحية و نوع العلاج المستخدم معه ، لهذا فان لكل مريض خطة علاجية خاصة .

بعد مقابلة الطبيب المختص و إجراء الفحوصات اللازمة و الإجراءات الضرورية وتوضع علامات بالحبر على المكان المخصص للعلاج ، وتثبيت القناع المصنوع يبدأ العلاج الذي لا يكون مؤلماً ويستغرق حوالي 15 دقيقة بمعدل حصة أو حصتين أسبوعياً في غرفة معزولة بمفرده ، حيث يواجه العلاج باتجاه معين ويبقى المريض ساكناً طوال فترة التعرض للأشعة حتى يصل أكبر قدر ممكن من الأشعة بدون إلحاق الضرر بالأعضاء المحيطة ، ومن بين الأعراض الناجمة عنه نذكر: اضطرابات حاسة التذوق ، فقدان الشم ، تغيرات في إفراز اللعاب ، جفاف الفم و الحلق ، ألآم الفم و البلعوم ، احمرار وجفاف في المناطق المعرضة للإشعاع ، الإرهاق الدائم ، فقر الدم ، صعوبة في التنفس و البلع ، تقرحات في الفم ، تساقط الشعر ، وتزداد حدة هذه الأعراض بزيادة الجرعات إلا أنها مؤقتة تزول بعد ثلاث إلى ستة أشهر ، إضافة إلى أعراض أخرى ك فقدان لليونة العضلية للرقبة ، تشقق الجلد وجفافه ، تقوس عضلات الرقبة ، جفاف الفم ، سرعة تسوس الأسنان وهشاشتها ، كثرة الإلتهابات التعفننية في الفم، كزاز فكي ، اضطرابات هرمونية خاصة للغدة الدرقية و خلاصة القول ، إن العلاج بالأشعة مثل الجراحة لا يستغني عنه إلا أن تأثيره على الورم يحتاج لوقت يمتد لأسابيع بعد العلاج حتى تظهر النتيجة .(Michel Rivers, 2009, P12-20).

#### 4-7-7- استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى مستأصلي الحنجرة

##### 4-7-1 استئصال الحنجرة و الضغوط النفسية :

يرى "Meijer & al 2013" حسب ما جاء في (جهاد براهيمية، 2018) أن الضغط النفسي هو أمر شائع بين الذين يعانون من مرض السرطان وذلك نتيجة التشخيص بمرض يهدد الحياة، لاسيما العلاجات الطبية والتغيرات التي تحدث في نمط الحياة والأثار المباشرة للورم، ويشير "Gao , 2010" إلى إختلاف انتشاره حسب نوع السرطان و مرحلة المرض ، ويتراوح معدله بين 43.4% لدى المصابين بسرطان الرئة إلى 29.6% في السرطانات التي تصيب النساء. وحسب "Ettinger, 2009" يتعرض مرضى السرطان للإصابة بالألم النفسي وخاصة الاكتئاب على طول مراحل المرض وقت التشخيص، أثناء العلاج والرعاية التلطيفية وحتى بعد العلاج. (جهاد براهيمية، 2018، ص68).

كما وثقت العديد من الدراسات انتشار الاكتئاب لدى مرضى السرطان على نطاق واسع، وفي دراسات مختلفة من مستوى منخفض 1% إلى أعلى مستوى 50%. على غرار دراسة "Nikbahsh & al, 2014" حول القلق والاكتئاب لدى مرضى السرطان، وجدت أن (29.3%) من المرضى يعانون من القلق المعتدل و (16.7%) منهم لديهم قلق خفيف، بينما لوحظت أعراض الاكتئاب في (26.7%) وكانت معدلات انتشار القلق والاكتئاب عالية لدى مرضى سرطان الثدي والمعدة ،ولدى المرضى الذين تلقوا العلاج الكيميائي كعلاج وحيد، وهذا الارتفاع يمكن أن يكون ذو صلة بالتغيرات التي يسببها المرض نفسه أو تأثير العلاجات المختلفة على المريض ،فمظهر التعب والشعور بالضيق وفقدان الوزن والنتائج الجراحية هي الأسباب الشائعة للقلق والاكتئاب لدى المرضى. كما بينت دراسة "Jadoon, 2010" أن 66% من مرضى السرطان يعانون من الاكتئاب والقلق ووجد أنهم كانوا أكثر عرضة للمعاناة من الكرب مقارنة بالأصحاء.

إن عملية إستئصال الحنجرة قد تبعد المصاب عن خطر الموت و عن تفشي الورم و انتشاره في مناطق أخرى من الجسم ، إلا أن التغيرات الفيزيولوجية و العواقب الوخيمة المترتبة عليها المذكورة سالفا ، تجعل المصاب يعاني الكثير من المشاكل و الضغوطات النفسية ، حيث كشفت دراسة كل من "Mirian jimenez cubillo" (2009) و "Laudrel Magali" (2011) التي هدفت إلى تقييم الجانب النفسي و جودة الحياة بعد عملية إستئصال الحنجرة ،على أن نسبة 65% من حالات الدراسة تعاني من الأعراض التالية :

## الفصل الرابع : السرطان و الاستئصال الجراحي

- الإنطراء و العزلة : حيث يتفادى المصاب الإتصال بالآخرين و يتجنب التحدث معهم ، فيفضل الوحدة و البقاء بمفرده. فيمتنع عن الخروج من المنزل و قد وصل الأمر عند بعض الحالات إلى التوقف عن العمل تفاديا لنظرة الآخرين.

- القلق : من أهم المشاكل النفسية و أكثرها انتشارا لدى مستأصلي الحنجرة و خاصة لدى مستأصلي الحنجرة الكلي فالقلق هو حالة من التوتر الشامل الذي ينشؤ من خلال صراعات الدوافع و محاولات الفرد المتكررة للتكيف مع الوضع ، معنى ذلك أن القلق ما هو إلى مظهر للعمليات الإنفعالية المتداخلة التي تحدث خلال الإحباط و الصراع ، فنجد المصاب دائما قلق حول مستقبله.

- الإحساس بالنقص : يفقد المصاب بعد عملية الإستئصال صوته الذي يعتبر وسيلة مهمة جدا في عملية التواصل ، حيث يظهر من خلالها سيطرته على الوسط العائلي ، الوسط المهني ، فغياب الحنجرة و التغيرات التي تطرؤ على الجهاز التنفسي و التصويتي بالإضافة إلى التعب الدائم الناجم عن الثقب الرغامي كلها جوانب تجعله يشعر بالنقص و تقلل تقدير الذات لديه.

(M.j cubillo 2009)

- الإحساس بالذنب و الندم و تأنيب الضمير : هذا في الحالات التي يكون فيها المصاب مسؤولا عن إصابته ، و عن ظهور السرطان مثل حالات تعاطي الكحول و الإدمان على التدخين.

- الإكتئاب : و الذي يجمع كل هذه المشاكل النفسية ، فوجودها يعني حتما الدخول في حلقة مفرغة الذي يظهر من خلال إنصرافه و إنفراده عن المجتمع أو رفضه لممارسة حياته بصورة طبيعية و الشعور بالعجز و الإحباط عند رغبته في القيام بأي نشاط. (Laudrel Magali, 2011).

و في دراسة أخرى ل (Batioglu -Taraltim) أجريت بين سنة 2010-2013 على عينة قوامها 108 حالة من مستأصلي الحنجرة بهدف تقييم جودة الحياة و تقدير الذات و الحياة الجنسية، لوحظ أن نسبة 65% من الحالات تتراوح أعمارهم بين ( 47-80) يعانون فقدان المتعة في الحياة و تدهور العلاقات الجنسية لديهم. كما أكدت الدراسة أن حوالي 75% من الحالات أظهروا اضطرابات متفاوتة فيما يخص تقدير الذات. (Batioglu - Karoaltin 2017)

كما يشير "Semple et al" 2004 أن التشوه الفيزيولوجي الناجم عن العملية الجراحية على مستوى الحنجرة يخل بالتفاعلات الإجتماعية لدى المريض مما ينعكس سلبا على جانبه النفسي والعاطفي كما يظهر إنخفاضا واضحا في تقدير الذات و الحياة الجنسية بالتالي تدهور نوعية الحياة لديهم. (Mirian Jimenez Cubillo 2009)

لعل هذا يتفق مع دراسة لفريق بحث "Lia Filipa figueriedo jaksana Nagaratuam" عن جامعة لوزان السويسرية (2018) الذي يرى أن إستئصال الحنجرة له تأثير كبير على نوعية حياة الناجين من السرطان ، فيقلل من سلامتهم النفسية و الإجتماعية ، و يغير من حياتهم الجنسية بالإضافة إلى ذلك فإن السلوكيات الداخلية مثل الإكتئاب و القلق و الصورة الذاتية المضطربة هي الأكبر تضررا. (Lia.Filipa et al, 2018 .P30)

و في المقابل تشير بعض الدراسات الأخرى عكس ذلك ، على غرار دراسة (Nuria blanco et al) 2015 على عينة مكونة من 100 حالة تعرضت لإستئصال كلي و جزئي للحنجرة ، بهدف الوقوف على تشخيص اضطرابات القلق ، الاكتئاب ، الإنسحاب و قلق ما بعد الصدمة. حيث أجريت الدراسة بعد سنة من الخضوع للجراحة و خلصت إلى أن نسبة القلق عند الحالات لا تتعدى 6.9% الاكتئاب في حدود 5.9% ، قلق ما بعد الصدمة ظهرت بنسبة 28.4% و قد أكد الباحثون من خلال هذه الدراسة أن المشاكل النفسية السابقة الذكر ليست اضطرابات حقيقية بل مجرد مظاهر عادية و طبيعية بالنظر إلى طبيعة المرض. (Blanco, P et al 2015)

و في نفس السياق يشير "Helge Danker and al 2005" عن جامعة لايبز من خلال دراستهم أن الإضطرابات النفسية ظهرت بنسبة 17.3% لدى حالات الإستئصال الحنجري الجزئي ، و حوالي 22% لدى مستأصلي الحنجرة الكلي عن إجمالي 306 حالة.

فمن خلال الطرح السابق يتضح لنا أن كل الدراسات تتفق على انعكاسات و مخلفات عملية استئصال الحنجرة على الجانب النفسي ، العاطفي و الإجتماعي للشخص ذلك بالرغم تفاوت نتائجها. ما جعلنا نسلط الضوء في هذه الدراسة على فئة المرضى المستأصلين للحنجرة في البيئة الجزائرية و محاولة الكشف عن مستوى الضغوط النفسية لديهم في ضوء بعض المتغيرات .

#### 4-7-2- إستئصال الحنجرة وإستراتيجيات المواجهة الضغوط النفسية:

لا شك أن استراتيجيات التكيف و المواجهة ترتبط بشكل أساسي بطبيعة المرض و نمط شخصية المريض و نوعية عيشه و محيطه (Lasarus and Falkman 1984). من هذا المنطلق يتضح لنا جليا أن مرضى سرطان أنف ، أذن، حنجرة عامة و مستأصلي الحنجرة خاصة في حاجة إلى إستراتيجيات مواجهة ترتبط أساسا بالخسائر و التشوهات الفيزيولوجية التي يخلفها التدخل الجراحي ، الخلل الوظيفي في عمليات البلع و التنفس و التصويت ، يضاف إلى ذلك وقت التعافي وجميع التمثيلات الإجتماعية التي تتعلق بالتشوه و الخلل الوظيفي (Amiot marie 2012).

فهناك العديد من استراتيجيات المواجهة و ليست جميعها مثالية و فعالة بالنظر إلى الصعوبات التي يجب مواجهتها . فحسب "Lasarus and Folkman 1984" في تعريفهما لمفهوم المواجهة (التأقلم) و الذي أطلقوا عليه إسم مجموعة العمليات التي يتدخل فيها الفرد بينه و بين الحدث الذي ينظر إليه على أنه تهديد للسيطرة أو يقلل من تأثير ذلك على سلامته، كما أن مفهوم المواجهة حسبهما له وظيفتان رئيسيتان، من ناحية و في مسألة التحكم في المشكلة أو تعديلها و التي تسبب الإجهاد في البيئة يلها التكيف الذي يتمحور حول الموقف أو المشكلة. و من ناحية أخرى مسألة تنظيم الإستجابة العاطفية للمشكلة يلها التكيف الذي يركز على العاطفة.

و حسب " Cremones et al " 2000 بخصوص استراتيجيات المواجهة ، يرى أن العناصر التي يجب على المرضى من مستأصلي الحنجرة مواجهتها هي بشكل أساسي التشوه الفيزيولوجي ، الخلل الوظيفي ، مدة التعافي و كل ما يترتب عن العملية الجراحية. لهذه الأسباب ينبغي اتخاذ تدابير تسمح بتنفيذ استراتيجيات مواجهة في أقرب وقت ممكن من أجل المساعدة في إعادة تأهيل المرضى بشكل جيد ، و يضيف هؤلاء أن المتابعة النفسية و الدعم الإجتماعي ضروري و لا مفر منه ، من أجل مساعدتهم على التأقلم و التكيف مع الأوقات الصعبة . في هذا الصدد ركز كل من " He et Liu " سنة 2005 في بحثهما على استراتيجيات المواجهة التي يعتمدها مرضى سرطان الحنجرة و قارنوا الإستراتيجيات التي تركز على العاطفة و على المشكلة ، و النتيجة حسبهما أن الأشخاص الذين يستخدمون المواجهة المتمركزة حول المشكلة لديهم نوعية حياة أفضل و أقل ضغطا . كما تبني الباحثين في دراستهما مفاهيم التأقلم الإيجابي و السلبي حيث يشير التأقلم الإيجابي إلى التفاؤل أو المواجهة و التشجيع ، بينما يشير التأقلم السلبي إلى المراوغة و العاطفة و الخيالية، و قد أظهر

## الفصل الرابع : السرطان و الاستئصال الحنجري


تحقيقهم أن الأسلوب الأكثر استخداما هو أن يكون الفرد عاطفيا ، في حين أسوء إستراتيجية تتبع حسبها على أن تكون عاطفيا، و خلصوا إلى أن التكيف الإيجابي كان أفضل إستراتيجية لاعتمادها .

(Miriam jimenez Cubillo .2009)

في المقابل خلصت دراسة "M.schuster U.Hoppe,P. kumer,V. eyshldt, F. rosnowski" سنة 2003 على 25 شخص مستأصل للحنجرة بنوعية (الكلي و الجزئي) إلى أنه لا توجد إستراتيجية معينة ينتهجها المرضى ، فقد كان اعتمادهم عشوائيا ، غير واعي و غير منظم .في حين أكد كل من "Tanya Z. Eadie Brianne , C.Bowker" من خلال دراسة حديثة سنة 2012 أن متوسط استعمال إستراتيجية المواجهة المتمركزة حول الإنفعال أكبر بكثير عن تلك المتمركزة حول الموقف والمشكلة ، كما أشاروا إلى أن نسبة 56% ممن اعتمدوا على المواجهة المتمركزة حول الإنفعال أظهروا نوعية حياة أفضل . كما انخفضت أعراض القلق و الاكتئاب لديهم . (Eadie.t and al 2012)

في الختام، نرى أن إحدى الصعوبات هي إيجاد الوسائل و الأساليب المناسبة التي تسمح بمواجهة الموقف المؤلم جسديا و نفسيا. و حسب الدراسات السابقة التي توفرت لنا و مع هذه العناصر المذكورة أعلاه، يمكننا أن نؤكد أنه لا بد من تطوير استراتيجيات مواجهة تتناسب و الإستئصال الحنجري ذلك بمراعاة نوع الإستئصال ، سن المريض ، مستواه الثقافي و المعيشي ، وسطه الإجتماعي ، فكلها عوامل لا بد أن تؤخذ بعين الإعتبار. كما أن السند الإجتماعي متغير جوهري في مثل هذه الحالات تفاديا لشعور المريض بالتخلي و أن يحافظ على أدنى قدر من علاقته الإجتماعية.





الجانب  
التطبيقي

## الفصل الخامس :

### الاجراءات المنهجية للدراسة

1-5 منهج الدراسة .

2-5 عينة الدراسة.

3-5 حدود الدراسة.

4-5 أدوات الدراسة.

5-5 الأساليب الاحصائية المستعملة في الدراسة.

### 1-5 منهج الدراسة:

اعتمدنا في هذه الدراسة على " المنهج الوصفي " ، حيث ارتأينا أنه الأنسب لوصف مستوى الضغوط النفسية لدى مستأصلي الحنجرة في ضوء متغيرات الدراسة (نوع الاستئصال ، مدة العلاج ، الشريحة العمرية) من جهة، و محاولة الكشف عن استراتيجيات المواجهة التي يتبناها أفراد العينة، وكذا الوقوف على إمكانية وجود فروق في استخدام هذه الاستراتيجيات حسب متغيرات الدراسة السابقة الذكر من جهة أخرى.

### 2-5 عينة الدراسة:

اشتملت عينة الدراسة على 30 فردا مستأصلا للحنجرة ، وقد كان اختيارهم بطريقة قصدية نظرا لقلّة و ندرة هذا النوع من الحالات ، و الذي يرجعه المختصين و الممارسين العياديين إلى إنقطاع المرضى عن المتابعة العلاجية بعد عملية استئصال الحنجرة ، الأمر الذي يصعب الوصول إليهم أو إحصائهم بشكل رسمي، و للإشارة قمنا بالتنقل إلى أربع ولايات من الوطن (الجزائر) من أجل انتقاء أفراد العينة و هي (الجزائر العاصمة /7 حالات- باتنة /8 حالات - برج بوعريج /5 حالات و سطيف /10 حالات). و فيما يلي وصف للعينة حسب متغيرات الدراسة كما توضحه الجداول الموالية:

جدول رقم (7): يمثل توزيع عينة الدراسة حسب متغير نوع الاستئصال الحنجري.

نوع الاستئصال الحنجري	استئصال الحنجرة الجزئي	استئصال الحنجرة الكلي	المجموع
العدد	18	12	30
النسبة المئوية	56.67 %	43.33 %	100 %

يتضح من الجدول أعلاه أن عدد المرضى الذين تعرضوا لاستئصال كلي للحنجرة والذي بلغ 12 فردا أي بنسبة 43.33% أقل نسبيا ممن تعرضوا لإستئصال جزئي للحنجرة والذي بلغ عددهم 18 فردا بنسبة 56.67%.

جدول رقم (8): يمثل توزيع عينة من الدراسة حسب متغير الشريحة العمرية.

الشريحة العمرية	من 40 إلى 60 سنة	أكبر من 60 سنة	المجموع
العدد	16	14	30
النسبة المئوية	53.33 %	46.67 %	100 %

يتضح من الجدول أعلاه أن عدد مستأصلي الحنجرة الذين تتراوح أعمارهم بين 40 إلى 60 سنة (الكهول) و الذي بلغ 16 فردا أي بنسبة 53.33% يقارب عدد مستأصلي الحنجرة الذين تتعدى أعمارهم 60 سنة (المسنين) و الذي بلغ 14 فردا أي بنسبة 46.67%.

جدول رقم (9): يمثل توزيع عينة الدراسة حسب متغير مدة العلاج.

مدة العلاج	سنتين أو أقل	أكثر من سنتين	المجموع
العدد	18	12	30
النسبة المئوية	56.67 %	43.33 %	100 %

يتضح من الجدول أعلاه أن عدد الأفراد الذين مرت عليهم فترة سنتين أو أقل من استئصالهم للحنجرة و الذي بلغ 18 فردا أي بنسبة 56.67% أكبر نسبيا ممن مرت عليهم أكثر من سنتين عن استئصالهم للحنجرة و الذي بلغ 12 فردا أي بنسبة 43.33%.

### 3-5 الإطار الزمني و المكاني للدراسة :

تمت هذه الدراسة خلال الفترة الممتدة بين مارس 2019 و شهر نوفمبر من نفس السنة (2019)، و طبقت في عدد من مكاتب الأخصائيين النفسانيين و الأطفونيين بمصلحة أذن- أنف-حنجرة (O.R.L) و ذلك على مستوى 4 ولايات من الوطن ( الجزائر) و هي : سطيف - باتنة - برج بوعريج و الجزائر العاصمة، و كنا نغتنم فرصة حضور المرضى للمراقبة الطبية الدورية بالمصالح السابقة الذكر من أجل ملأ استمارتي مقياسي الدراسة من جهة و جمع المعلومات التي قد تثرى مناقشة نتائج الدراسة من جهة أخرى.

#### 4-5 أدوات الدراسة :

اعتمدنا في هذه الدراسة على مقياسي الضغط النفسي " أوهام نعمان ثابت" و مقياس استراتيجيات المواجهة لكل من " Lazarus et Falkman " فيما يلي تقديم الخلفية النظرية للأداتين :

#### 1-4-5: مقياس الضغوط النفسية : (أنظر الملحق رقم 01)

- أعد هذا المقياس من طرف " أوهام نعمان ثابت " في أطروحتها للدكتوراه عام 2008، و يضم 32 بندا موزعة على أربعة أبعاد كالآتي :

✓ البعد النفسي : ويقصد به مجموع الأعراض النفسية التي يعاني منها مرضى السرطان كالقلق ، الاكتئاب، الإحباط ... إلخ، و يضم 17 بندا وهي ( البند رقم 4-6-7-8-9-10-11-13-15-17-19-21-23-27-28-31-32).

✓ البعد الجسدي : يضم الأعراض الجسمية الناجمة عن المرض و يضم 6 بنود وهي : (البند رقم : 1-2-3-22-25-29)

✓ البعد المرتبط بالعلاج : و يضم مجموع الأعراض التي يعاني منها مرضى السرطان أثناء و بعد العلاج سواء كان جراحي، كيميائي ، إشعاعي ، و يشمل 3 بنود وهي : ( البند رقم : 14-18-24)

✓ البعد الاجتماعي و الاقتصادي : و يقصد به ظهور اضطرابات في العلاقات الاجتماعية إضافة للصعوبات المالية التي يعاني منها المرضى من جراء المتابعة العلاجية ، و يضم 6 بنود وهي ( البند رقم 5-12-16-20-26-30) .

و يتم الإجابة عن كل بند وفقا لطريقة " ليكارت " (Likert) في التصحيح من (1 إلى 5) ، أما عن طريقة التنقيط الخاصة بالمقياس فقد كانت وفقا للترتيب الآتي :

- تشكل ضغطا كبيرا جدا : تنقيطها 5
- تشكل ضغطا كبيرا: تنقيطها 4
- تشكل ضغطا متوسطا: تنقيطها 3
- تشكل ضغطا قليلا: تنقيطها 2

○ تشكل ضغطا: تنقيطها 1

أما على المستوى المحلي (الجزائر) ، فقد استعمل المقياس من طرف مزلوق وفاء سنة 2013-2014 في رسالة ماجستير عنونها " استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي لدى مرضى السرطان " وقامت باستبدال البنود الآتية :

\_البند رقم 03 : كانت صياغته " أعاني من النسيان و ضعف الذاكرة " استبدلت بـ " أشعر بأن ذاكرتي أصبحت ضعيفة بعد إصابتي بالمرض "

\_البند رقم 05 : كانت صياغته " أشعر بالوحدة و الإنعزال " استبدلت بـ " أشعر بالوحدة و الإنعزال عن الآخرين بعد إصابتي بالمرض "

\_البند رقم 09 : كانت صياغته " أعاني من الملل و الفراغ " استبدلت بـ " أشعر بأني لست قادرا على القيام بما أريد "

و من أجل التأكد من خصائصه السيكومترية قامت بتطبيقه على عينة قوامها 30 فردا، و خلصت إلى أن المقياس صادق بمعامل 0.94 ، و ثابت بمعامل 0.90

أما على مستوى دراستنا هذه، فقد ارتأينا أن نعدل بعض البنود لتتلاءم مع طبيعة العينة و موضوع الدراسة ( الاستئصال الجعري) كآآي :

\_البند رقم 17 : كانت صياغته : " تضايقي فكرة عدم انجاب الأطفال " و أصبحت " أشعر أنني عبء على أسرتي "

\_البند رقم 25 : كانت صياغته : " أعاني من آلام جسمية " و أصبحت " أعاني من آلام في الحلق ".

الفصل الخامس : الاجراءات المنهجية للدراسة

وقمنا بتطبيق المقياس على نفس عينة الدراسة (30 فردا) من أجل الوقوف على خصائصه  
السيكومترية وكانت النتائج كالتالي :

(أ) صدق المقياس :

تم حساب معامل صدق المقياس بطريقة المقارنة الطرفية التي تقوم على مقارنة درجات  
أفراد الثلث الأعلى بدرجات أفراد الثلث الأدنى على المقياس، من خلال حساب الدلالة  
الإحصائية للفرق بين متوسطي المجموعتين ، هذا بعد تطبيق المقياس على نفس عينة  
الدراسة، نظرا لقلة وعدم توفر حالات الاستئصال الحنجري، وقد كانت النتائج كالآتي:

جدول رقم (10): يمثل نتائج اختبار " ت" للمجموعتين (الدنيا و العليا ) على مقياس  
الضغوط النفسية

المجموعات	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة - ت -	درجة الحرية	مستوى الدلالة
الثلث الأدنى (ضغوط منخفضة)	8	97,38	16,088	5,828	14	- 0,000 دالة إحصائية
الثلث الأعلى (ضغوط مرتفعة)	8	132,13	5,055	-		

يتضح من الجدول أعلاه وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد  
المجموعة ذات الضغوط المنخفضة و متوسط درجات المجموعة ذات الضغوط المرتفعة  
(P value ≤0,05) مما يمكننا القول أن المقياس صادق.

(ب) ثبات المقياس :

اعتمدنا في حساب ثبات الأداة على معادلة  $\alpha$  كرونباخ (الاتساق الداخلي) بعد تطبيقها على  
نفس عينة الدراسة كما أشرنا سابقا.

جدول رقم (11) : قيم معامل  $\alpha$  كرونباخ لأبعاد مقياس الضغوط النفسية على حدى وللمقياس ككل.

أبعاد المقياس	قيمة $\alpha$ كرونباخ
البعد النفسي	0,62
البعد الجسمي	0,79
البعد المرتبط بالعلاج	0,80
البعد الاجتماعي والاقتصادي	0,76
المقياس ككل	0,79

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن قيمة  $\alpha$  كرونباخ للبعد النفسي قدرت بـ 0,62 و البعد الجسمي بـ 0,79 و للبعد المرتبط بالعلاج بـ 0,80 و للبعد الاجتماعي والاقتصادي بـ 0,76 و للمقياس ككل بـ 0,79 وهو ما يشير إلى أن معامل ثبات المقياس في صورته النهائية مرتفع.

#### 2-4-5: مقياس استراتيجيات المواجهة : (أنظر الملحق رقم 02)

وضع لازاروس وفولكمان سنة 1980 مقياس استراتيجيات المواجهة الذي تم تطويره عدة مرات من قبل مصممييه ، يحتوي على 67 بندا تعمل على تقرير سلوكيات و أفكار الأفراد المستخدمة أمام الضغوط التي يواجهونها في الحياة اليومية.

و لقد تم تعديل هذا المقياس من طرف " فيتاليانو " " Vitaliano " سنة 1985 حيث قام بتقليص عدد البنود ليصبح 27 بندا.

ثم تم تكييف هذا المقياس إلى اللغة الفرنسية من قبل " كوسون و آخرون " " Cousson et al " سنة 1996، حيث عرضوا النسخة التي تحتوي 27 بندا على 468 فردا راشدا ، وقد أتاح لهم هذا بإبراز ثلاثة استراتيجيات هي :



- استراتيجية المواجهة المتمركزة حول المشكلة وتشمل 10 بنودا هي ( البند رقم 1، 4، 7، 10، 13، 16، 19، 22، 25، 27).
- استراتيجية المواجهة المتمركزة حول الانفعال وتشمل 9 بنودا هي (البند رقم 2، 5، 8، 11، 14، 17، 20، 23، 26).
- استراتيجية المواجهة المتمركزة حول الدعم الاجتماعي وتشمل 8 بنودا هي (البند رقم 3، 6، 9، 12، 15، 18، 21، 24)

طريقة الإجابة و التنقيط في هذا المقياس تكون حسب سلم من أربع درجات كالآتي :

لا ← 1.

بالأحرى لا ← 2.

نعم ← 3.

بالأحرى نعم ← 4.

و يتم التحصل على نتائج المقياس من خلال مجموع نتائج البنود المتعلقة بكل بعد. أما على المستوى المحلي (الجزائر) ، فقد ترجم و كيف المقياس من طرف " اسمهان عزوز" في دراسة لها حول استراتيجيات المواجهة و مركز ضبط الصحة لدى مرضى القصور الكلوي، كما استخدم نفس المقياس أيضا من طرف مرازقة وليدة سنة 2009 في أطروحة ماجيستر بعنوان استراتيجيات المواجهة و مركز ضبط الألم لدى مرضى السرطان. أين قامت بحساب الخصائص السيكومترية للأداة، حيث اعتمدت في حسابها لصدق المقياس على طريقة الاتساق الداخلي وذلك بحساب معامل الارتباط بيرسون بين كل بعد وبنوده ، و كان المقياس صادقا حسب نتائجها ، في حين اعتمدت على معادلة " كرونباخ" في حسابها لثبات المقياس و خلصت إلى أن المقياس ثابت بدرجة  $\alpha=0,65$ .

الفصل الخامس : الاجراءات المنهجية للدراسة

و على مستوى دراستنا هذه، ارتأينا أن نعتمد على نفس النسخة المكيفة بعد إعادة حساب الخصائص السيكومترية لها حيث كانت النتائج كالآتي:

(أ) صدق المقياس : اعتمدنا في التأكد من صدق المقياس على طريقة المقارنة الطرفية

جدول رقم (12) : يمثل نتائج اختبار " ت " للمجموعتين (الدنيا و العليا) على مقياس استراتيجيات المواجهة.

مستوى الدلالة	درجة الحرية	قيمة " ت "	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العينة	المجموعات	الاستراتيجيات (الأبعاد)
0,000 دال احصائيا	14	- 13,789	2,435	21,25	8	الثلث الأدنى	المواجهة المتمركزة حول المشكلة
			1,923	36,38	8	الثلث الأعلى	
0,003 دال احصائيا	14	- 3,532	4,171	23,38	8	الثلث الأدنى	المواجهة المتمركزة حول الانفعال
			0,518	28,63	8	الثلث الأعلى	
0,000 دال احصائيا	14	- 5,416	4,612	21,88	8	الثلث الأدنى	المواجهة المتمركزة حول الدعم الاجتماعي
			0,463	30,75	8	الثلث الأعلى	

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه وجود فروق ذات دلالة احصائيا بين متوسط المجموعتين في جميع أبعاد المقياس ، حيث أن قيمة " ت " في استراتيجية المواجهة المتمركزة حول المشكلة بلغت 13,78 - وهي دالة احصائيا ( $P \text{ value} \leq 0,05$ )، وقيمة " ت " في استراتيجية المواجهة المتمركزة حول الانفعال بلغت 3,53 - وهي دالة احصائيا ( $P \text{ value} \leq 0,05$ ) ، وقيمة " ت " في

استراتيجية المواجهة المتمركزة حول الدعم الاجتماعي بلغت 5,14 - وهي أيضا دالة احصائيا (P value  $\leq 0,05$ ) هذا ما يشير إلى أن المقياس في صورته النهائية صادق.

(ب) ثبات المقياس :

قمنا بالتأكد من ثبات المقياس بعد حساب قيمة  $\alpha$  كرونباخ لكل بعد على حدى وللمقياس ككل ، هذا بعد تطبيقه على نفس عينة الدراسة.

جدول رقم (13): يمثل قيم  $\alpha$  كرونباخ لمقياس استراتيجيات المواجهة و أبعاده.

الاستراتيجيات	قيمة $\alpha$ كرونباخ
استراتيجية المواجهة المتمركزة حول المشكلة	0,69
استراتيجية المواجهة المتمركزة حول الانفعال	0,64
استراتيجية المواجهة المتمركزة حول الدعم الاجتماعي	0,69
المقياس ككل	0,68

نلاحظ من الجدول أعلاه أن قيمة  $\alpha$  كرونباخ لإستراتيجية المواجهة المتمركزة حول المشكلة بلغ 0,69 ، ولإستراتيجية المواجهة المتمركزة حول الانفعال قدر بـ 0,64 ، ولإستراتيجية المواجهة المتمركزة حول الدعم الاجتماعي قدر بـ 0,69 ، وللمقياس ككل بلغ 0,68 هذا ما يشير إلى أن المقياس ثابت.

5-5 المعالجات والأساليب الإحصائية للدراسة :

- برنامج (SPSS) : وقد تم اختياره باعتباره برنامج يساعد على معالجة بيانات الدراسة بأسلوب دقيق، مع اختصار الكثير من الوقت والجهد.
- إحصاء وصفي (متوسط حسابي ، إنحراف معياري) : بهدف وصف مستوى الضغوط النفسية لدى حالات الإستئصال الحنجري والكشف عن استراتيجيات المواجهة المتبعة.

- إحصاء لابارامتري :
- اختبار لمان ويتني : من أجل تحديد الفروق في مستوى الضغوط النفسية لدى عينة الدراسة حسب متغير الشريحة العمرية، نوع الاستئصال و مدة العلاج.
- Test de Kruskal wallis : الوقوف على الفرق في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى عينة الدراسة حسب متغير الشريحة العمرية، نوع الاستئصال و مدة العلاج.
- و تم الإعتماد على اختبار "ت" و معادلة  $\alpha$  كرونباخ للتأكد من الخصائص السيكومترية لأدوات للدراسة.

## الفصل السادس :

### عرض ومناقشة نتائج الدراسة.

1-6 عرض نتائج الدراسة .

2-6 مناقشة نتائج الدراسة.

3-6 إستنتاج عام.

1-6- عرض نتائج الدراسة :

1-1-6 عرض نتائج الفرضية الرئيسية الأولى : و التي كان نصها " يعاني مستأصلي الحنجرة من مستوى مرتفع من الضغوط النفسية.

جدول رقم (14) : يمثل الإحصاء الوصفي لمستوى الضغوط النفسية المحصل عليها في مقياس " أوهام نعمان ثابت " 2008

المقياس ككل	البعد الاجتماعي و الإقتصادي	البعد المرتبط بالعلاج	البعد الجسدي	البعد النفسي	الأبعاد الإحصاء الوصفي
117.80	21.70	12.73	24.47	58.80	متوسط حسابي
15.755	3.544	2.504	3.203	9.064	انحراف معياري
67	12	3	14	38	قيمة دنيا
141	27	15	29	74	قيمة قصوى

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن متوسط مستوى الضغوط النفسية لدى مستأصلي الحنجرة بلغ 117.80 ، بانحراف معياري قدر بـ 15.75، حيث أن أدنى قيمة لمستوى هذه الضغوط تساوي 67، في حين أعلى قيمة تقدر بـ 141. كما نجد أن الضغوط النفسية ترتفع في البعد النفسي بمتوسط حسابي يساوي 58.80 يليه البعد الجسدي بمتوسط حسابي يقدر بـ 24.47 يليه البعد الاقتصادي والاجتماعي بمتوسط حسابي 21.70 ثم البعد المرتبط بالعلاج الذي قدر المتوسط الحسابي فيه بـ 12.73.

و لسهولة التعليق على هذه البيانات ، قمنا بحساب المتوسط النظري لمقياس الضغوط النفسية ككل، و المتوسط النظري لكل بعد من ابعاده بالصيغة الآتية:

$$\text{المتوسط النظري} = \frac{\text{مجموع درجات العبارة}}{\text{عدد احتمالات الاجابة}} \times \text{عدد العبارات}$$

و بعد حساب المتوسط النظري للمقياس ككل، و الذي بلغ (96) تم اعتبار أن الدرجة التي تزيد عن هذه القيمة تعبر عن مستوى ضغوط مرتفع، و الدرجة التي تقل عن هذه القيمة تعبر

الفصل السادس : عرض ومناقشة نتائج الدراسة

عن مستوى ضغوط نفسية منخفض. بالرجوع إلى النتائج المحصل عليها، يتبين لنا أن مستوى الضغوط النفسية لدى أفراد العينة مرتفع ( $96 > 117.80$ ). أما عن حساب المتوسط النظري لكل بعد على حدى ، فقد كانت النتائج كالتالي : المتوسط النظري للبعد النفسي بلغ (51) وهي قيمة أصغر من متوسط الضغوط لأفراد العينة في البعد النفسي والتي بلغت 58,8 ، و بالنسبة للبعد الجسدي بلغ المتوسط النظري فيه 18 وهي قيمة أصغر من متوسط الضغوط لأفراد العينة في البعد الجسدي والتي بلغت 24,47 ، المتوسط النظري للبعد المرتبط بالعلاج قدر بـ (9) وهي قيمة أصغر من متوسط مستوى الضغوط لأفراد العينة في هذا البعد والتي بلغت 12,73، وبخصوص البعد الاقتصادي والاجتماعي والذي قدر متوسطه النظري 18 ، لوحظ أيضا أنه أصغر من متوسط مستوى الضغوط لأفراد العينة حسب هذا البعد والذي كان 21,70 ، وهذا ما يشير إلى أن الفرضية الرئيسية الأولى قد تحققت.

1-1-1-6- عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى : والتي كان نصها " يختلف مستوى الضغوط النفسية لدى مستأصلي الحنجرة باختلاف الشريحة العمرية.

جدول رقم (15): يمثل نتائج اختبار "U" لمان ويتني للفرضية الجزئية الأولى.

الأبعاد	المجموعات	حجم العينة	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة -u-	مستوى الدلالة
البعد النفسي	من 40 إلى 60 سنة	16	15,19	243,00	107,000	0,835 غير دال
	أكبر من 60 سنة	14	15,86	222,000		
البعد الجسدي	من 40 إلى 60 سنة	16	12,16	194,50	58,500	0,025 دال
	أكبر من 60 سنة	14	19,32	270,50		
البعد المرتبط بالعلاج	من 40 إلى 60 سنة	16	19,56	313,50	46,500	0,005 دال
	أكبر من 60 سنة	14	10,82	151,50		
البعد	من 40 إلى 60 سنة	16	15,13	242,00	106,000	0,801

غير دال		223,00	15,93	14	أكبر من 60 سنة	الاجتماعي و الاقتصادي
0,803	106,000	242,00	15,13	16	من 40 إلى 60 سنة	المقياس ككل
غير دال		223,00	15,93	14	أكبر من 60 سنة	

يتضح من الجدول أعلاه أنه لا يوجد اختلاف في مستوى الضغوط النفسية لدى عينة الدراسة يعزى لمتغير الشريحة العمرية، ذلك لعدم دلالة قيمة "U" لمان ويتني على المقياس ككل ( $P.value 0,80 \geq 0,05$ ) بالرغم من وجود اختلافات على مستوى البعد الجسدي والذي كانت قيمة "U" فيه دالة ( $P.value 0,02 \leq 0,05$ ) حيث أن أفراد العينة الأكبر من 60 سنة يعيشون ضغطاً أكبر مقارنة بالأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 40 و 60 سنة في هذا البعد ، و على مستوى البعد المرتبط بالعلاج والذي بلغت فيه قيمة "U" 46,50 وهي دالة احصائياً ، أي أن الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 40 و 60 سنة يعانون ضغطاً كبيراً مقارنة بمن هم أكبر من 60 سنة في هذا البعد.

6-1-1-2- عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية : والتي كان نصها " يختلف مستوى الضغوط النفسية لدى مستأصلي الحنجرة باختلاف نوع الإستئصال الحنجري "

جدول رقم (16) : يمثل نتائج إختبار "U" لمان ويتني للفرضية الجزئية الثانية.

الأبعاد	المجموعات	حجم العينة	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة -u-	مستوى الدلالة
البعد النفسي	استئصال كلي	12	16,46	197,50	96,500	0,625 غير دال
	استئصال جزئي	18	14,86	267,50		
البعد الجسدي	استئصال كلي	12	21,50	258,00	36,000	0,002 دال
	استئصال جزئي	18	11,50	207,00		
البعد المرتبط	استئصال كلي	12	9,54	114,50	36,500	0,002



بالعلاج	استئصال جزئي	18	19,47	350,50	دال
البعد الاجتماعي والاقتصادي و	استئصال كلي	12	15,33	184,00	0,932
	استئصال جزئي	18	15,61	281,00	غير دال
المقياس ككل	استئصال كلي	12	16,71	200,50	0,539
	استئصال جزئي	18	14,89	264,50	غير دال

نلاحظ من الجدول أعلاه أن مستوى الضغوط النفسية لدى أفراد العينة لا يختلف باختلاف نوع الاستئصال الجراحي، ذلك لعدم دلالة قيمة "U" بالنسبة للدرجة الكلية للمقياس ( $P.value \geq 0,05$ ) ، بالرغم من وجود اختلاف في مستوى الضغوط النفسية على مستوى البعد الجسدي، حيث أظهرت النتائج أن الأشخاص الذين تعرضوا إلى استئصال كلي للحنجرة يعانون من مستوى الضغوط أكبر ممن تعرضوا لاستئصال حنجري جزئي، وعلى مستوى البعد المرتبط بالعلاج، حيث أن الأشخاص الذين تعرضوا إلى استئصال جزئي للحنجرة يظهرون مستوى ضغوط نفسية أكبر ممن تعرضوا إلى استئصال كلي للحنجرة حسب هذا البعد.

3-1-1-6- عرض نتائج الفرضية الجزئية الثالثة : والتي كان نصها " يختلف مستوى الضغوط النفسية لدى مستأصلي الحنجرة باختلاف مدة العلاج".

جدول رقم (17): يمثل نتائج اختبار "U" لمان ويتني للفرضية الجزئية الثالثة.

الأبعاد	المجموعات	حجم العينة	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة -U-	مستوى الدلالة
البعد النفسي	سنتين أو أقل	18	17.47	314.50	72.500	0,034
	أكثر من سنتين	12	12.54	150.50		
البعد الجسدي	سنتين أو أقل	18	16.08	289.50	97.500	0,042

دال		175.60	14.63	12	أكثر من سنتين	
احصائيا						
0,001	31.000	356.00	19.78	18	سنتين أو أقل	البعد المرتبط بالعلاج
دال		109.50	9.08	12	أكثر من سنتين	
احصائيا						
0,032	75.500	311.50	17.31	18	سنتين أو أقل	البعد الاجتماعي و الاقتصادي
دال		153.50	12.79	12	أكثر من سنتين	
احصائيا						
0,005	68.000	319.00	17.72	18	سنتين أو أقل	المجموع ككل
دال		146.00	12.17	12	أكثر من سنتين	
احصائيا						

يتضح من الجدول أعلاه أنه يختلف مستوى الضغوط النفسية لدى عينة الدراسة باختلاف مدة العلاج، وذلك لدلالة قيمة "U" مان ويتني على المقياس ككل ( $P.value \leq 0.05$ )، حيث أن الأشخاص الذين تعرضوا لعملية إستئصال الحنجرة منذ ( سنتين و أقل) أظهروا مستوى ضغوط نفسية مرتفع بالنظر إلى متوسط الرتب لديهم 17.72 مقارنة بمستوى الضغوط لدى الأشخاص الذين مرت عليهم أكثر من سنتين من عملية استئصال الحنجرة بمتوسط رتب 12.17، كما أن هذه الفروق و الإختلافات كانت دالة إحصائيا في جميع أبعاد المقياس، فنجد متوسط الرتب الضغوط في البعد النفسي لدى المجموعة التي تعرضت لاستئصال الحنجرة منذ سنتين أو أقل و الذي قدر بـ 17.47 أكبر من متوسط رتب الضغوط لدى المجموعة الثانية و الذي قدر بـ 12.54 بمستوى دلالة 0.03 ( $P.value \leq 0.05$ ) و بلغ متوسط رتب الضغوط في البعد الجسدي لدى مجموعة (سنتين أو أقل) 16.08 مقارنة بمتوسط رتب مجموعة (أكثر من سنتين) 14.63 بمستوى دلالة 0.04 ( $P.value \leq 0.05$ )، و قدر متوسط رتب الضغوط في البعد المرتبط بالعلاج لدى مجموعة (سنتين أو أقل) بـ 19.78 مقارنة بمتوسط رتب الضغوط لدى مجموعة (أكثر من سنتين) و الذي بلغ 9.08 بمستوى دلالة 0.001 ( $P.value \leq 0.05$ )، وبخصوص البعد الاقتصادي والاجتماعي فالفروق فيه أيضا كانت دالة، حيث قدر متوسط رتب الضغوط لدى مجموعة (سنتين و أقل) بـ 17.72 و

الفصل السادس : عرض ومناقشة نتائج الدراسة

متوسط رتب الضغوط لدى مجموعة (2 سنوات و أكثر) ب 12.17 بمستوى دلالة 0.03 ( $P.value \leq 0.05$ ). وبالتالي نلاحظ أن الفرضية الجزئية الثالثة قد تحققت.

2-1-6- عرض نتائج الفرضية الرئيسية الثانية : والتي كان نصها "يلجأ مستأصلي الحنجرة إلى استراتيجيات متنوعة لمواجهة الضغوط النفسية."

جدول رقم (18) : يمثل الاحصاء الوصفي لمقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط

النفسية.

الأبعاد الإحصاء الوصفي	المواجهة المتمركزة حول المشكلة	المواجهة المتمركزة حول الإنفعال	المواجهة المتمركزة حول الدعم الاجتماعي	المجموع الكلي
متوسط حسابي	29.30	26.60	26.57	82.47
انحراف معياري	6.150	2.931	4.158	8.182
قيمة دنيا	16	15	11	47
قيمة قصوى	39	29	31	95

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن أفراد العينة يستعملون استراتيجيات مواجهة متنوعة و في مقدمتها إستراتيجية المواجهة المتمركزة حول المشكلة بمتوسط حسابي يساوي 29.30 ، و انحراف معياري قدر ب 6.16 ، حيث أدنى قيمة 16 و أقصى قيمة 39، تلمها إستراتيجية المواجهة المتمركزة حول الانفعال بمتوسط حسابي يساوي 26.60 ، و انحراف معياري 2.93، و قدرت أدنى قيمة ب 15 في حين أقصى قيمة ب 29 ، ثم إستراتيجية المواجهة المتمركزة حول الدعم الاجتماعي بمتوسط حسابي 26.57 و انحراف معياري 4.15 كما قدرت أدنى قيمة في هذه الإستراتيجية ب 11 و أقصى قيمة ب 31، هذا ما يشير إلى أن مستأصلي

الفصل السادس : عرض ومناقشة نتائج الدراسة

الحنجرة يستعملون استراتيجيات متنوعة لمواجهة الضغوط النفسية بدرجات متقاربة بالتالي فالفرضية الرئيسية الثانية تحققت.

1-2-1-6- عرض نتائج الفرضية الجزئية الاولى : و التي كان نصها "تختلف استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى مستأصلي الحنجرة باختلاف الشريحة العمرية".

جدول رقم (19): يمثل نتائج اختبار "Khi deux" لكروسكال واليس للفرضية الجزئية الأولى.

الاستراتيجيات	المجموعات	حجم العينة	متوسط الرتب	قيمة khi deux	درجة الحرية	مستوى الدلالة
المواجهة المتمركزة حول المشكلة	من 40 إلى 60 سنة	16	22.06	19.159	1	0.000 دال إحصائيا
	أكبر من 60 سنة	14	8.00			
المواجهة المتمركزة حول الإنفعال	من 40 إلى 60 سنة	16	12.78	7.249	1	0.018 دال إحصائيا
	أكبر من 60 سنة	14	16.32			
المواجهة المتمركزة حول الدعم الاجتماعي	من 40 إلى 60 سنة	16	11.25	8.160	1	0.004 دال إحصائيا
	أكبر من 60 سنة	14	20.36			

يتضح من الجدول أعلاه وجود اختلاف دال إحصائيا في استعمال إستراتيجية المواجهة المتمركزة حول المشكلة بين مستأصلي الحنجرة الذين تتراوح أعمارهم بين 40 و 60 سنة(الكهول) و الذين أعمارهم أكبر من 60 سنة(المسنين) لصالح المجموعة الأولى، حيث قدرت قيمة khi deux بـ 19.15 عند درجة حرية 1 وهي قيمة دالة إحصائيا ( $P.value \leq 0.05$ )

الفصل السادس : عرض ومناقشة نتائج الدراسة

حيث كان متوسط رتب المجموعة الأولى و الذي بلغ 22.06 أكبر من متوسط رتب المجموعة الثانية و الذي قدر بـ 8.00 ، كما اتضح أيضا وجود اختلاف بين المجموعتين في استعمال إستراتيجية المواجهة المتمركزة حول الإنفعال لصالح المجموعة الثانية (مستأصلي الحنجرة الأكبر من 60 سنة )، حيث بلغ متوسط رتب هذه المجموعة 16.32 مقارنة بمتوسط رتب المجموعة الثانية و الذي بلغ 12.78 و قدرت قيمة khi deux بـ 7.24 و هي دالة احصائيا (P.value ≤ 0.05). و بخصوص استراتيجية المواجهة المتمركزة حول الدعم الاجتماعي أيضا لوحظ فيها اختلاف بين المجموعتين لصالح المجموعة الثانية ( الأكبر من 60 سنة) حيث بلغت قيمة khi deux 8.16 و هي دالة إحصائيا. و منه يمكن القول أن الفرضية الجزئية الأولى للفرضية الرئيسية الثانية قد تحققت

2-2-1-6- عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية : و التي كان نصها " تختلف استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى مستأصلي الحنجرة باختلاف نوع الاستئصال الجراحي.

جدول رقم (20): يمثل نتائج اختبار "Khi deux" لكروسكال واليس للفرضية الجزئية

الثانية.

مستوى الدلالة	درجة الحرية	قيمة khi deux	متوسط الرتب	حجم العينة	المجموعات	الاستراتيجيات
0.000 دال إحصائيا	1	12,868	8.46	12	استئصال الحنجرة الكلي	المواجهة المتمركزة حول المشكلة
			20.19	18	استئصال الحنجرة الجزئي	
0.044 دال إحصائيا	1	4,125	18.17	12	استئصال الحنجرة الكلي	المواجهة المتمركزة حول الإنفعال
			15.06	18	استئصال الحنجرة الجزئي	
0.029 دال إحصائيا	1	4,760	19.75	12	استئصال الحنجرة الكلي	المواجهة المتمركزة حول الدعم الاجتماعي
			12.67	18	استئصال الحنجرة الجزئي	

الفصل السادس : عرض ومناقشة نتائج الدراسة

يتضح من الجدول أعلاه وجود اختلاف دال احصائيا بين مجموعة الإستئصال الحنجري الكلي و مجموعة الإستئصال الحنجري الجزئي في استعمال استراتيجية المواجهة المتمركزة حول المشكلة لصالح المجموعة الثانية (الإستئصال الحنجري الجزئي) و التي بلغ متوسطها الرتبي 20,19 مقارنة بمتوسط رتب المجموعة الأولى و الذي قدر بـ 8,46، و كانت قيمة khi deux و التي بلغت 12,86، عند درجة حرية 1 دالة إحصائيا ( $P.value \leq 0.05$ ) . كما نلاحظ وجود اختلاف دال احصائيا في استعمال استراتيجية المواجهة المتمركزة حول الانفعال بين المجموعتين لصالح المجموعة الأولى (الإستئصال الحنجري الكلي) و الذي قدر متوسطها الرتبي بـ 18,17 مقارنة بمتوسط المجموعة الثانية و الذي قدر بـ 15,06 حيث قدرت قيمة Khi deux بـ 4,12 و هي قيمة دالة احصائيا ( $P.value \leq 0.05$ ). و بخصوص استراتيجية المواجهة المتمركزة حول الدعم الاجتماعي لوحظ فيها أيضا اختلافا بين المجموعتين لصالح المجموعة الأولى (مجموعة الاستئصال الحنجري الكلي) حيث كانت قيمة khi deux و التي بلغت 4,76 دالة احصائيا ( $P.value \leq 0.05$ ) و منه يمكننا القول أن الفرضية الجزئية الثانية قد تحققت.

3-2-1-6- عرض نتائج الفرضية الجزئية الثالثة: و التي كان نصها " تختلف

استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى مستأصلي الحنجرة باختلاف مدة العلاج.

جدول رقم (21): يمثل نتائج اختبار "Khi deux" لكروسكال واليس للفرضية الجزئية

الثالثة.

الاستراتيجيات	المجموعات	حجم العينة	متوسط الرتب	قيمة khi deux	درجة الحرية	مستوى الدلالة
المواجهة المتمركزة حول المشكلة	سنتين وأقل	18	18,61	1,652	1	0,077 غير دال إحصائيا
	أكثر من سنتين	12	16,83			
المواجهة المتمركزة حول الإنفعال	سنتين وأقل	18	15,42	0,004	1	0,947 غير دال إحصائيا
	أكثر من سنتين	12	15,63			

0.831 غير دال إحصائيا	1	0,046	15,22	18	سنتين و أقل	المواجهة المتمركزة
			15,92	12	أكثر من سنتين	الدعم الاجتماعي

يتضح من خلال الجدول أعلاه عدم وجود إختلاف دال إحصائيا بين المجموعتين (الأشخاص الذين تعرضوا إلى عملية استئصال الحنجرة منذ سنتين أو أقل و مجموعة الأشخاص الذين تعرضوا إلى عملية استئصال الحنجرة منذ أكثر من 2 سنوات ) في استعمال استراتيجية المواجهة المتمركزة حول المشكلة ذلك لعدم دلالة قيمة "Khi deux" و التي قدرت بـ 1,65 ( $P.value \geq 0.05$ ). كما يتضح لنا كذلك عدم وجود إختلاف دال احصائيا بين المجموعتين في استعمال استراتيجية المواجهة المتمركزة حول الانفعال نظرا لعدم دلالة قيمة "Khi deux" و التي قدرت بـ 0,004 ( $P.value \geq 0.05$ ). و تبين أيضا أنه لا يوجد إختلاف دال احصائيا بين المجموعتين في استعمال استراتيجية المواجهة المتمركزة حول الدعم الإجماعي لعدم دلالة قيمة "Khi deux" ( $P.value \geq 0.05$ ) و عليه نقول أنه لا تختلف استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى مستأصلي الحنجرة باختلاف مدة العلاج أي أن الفرضية الجزئية الثالثة لم تتحقق.

## 2-6 مناقشة نتائج فرضيات الدراسة :

### 1-2-6 مناقشة نتائج الفرضية الرئيسية الأولى :

تنص الفرضية الرئيسية الأولى للدراسة على أن مستأصلي الحنجرة يعانون من مستوى مرتفع من الضغوط النفسية.

تبين لنا من خلال المعالجة الإحصائية وبالنظر إلى نتائج الجدول رقم (14) أن عينة الدراسة من مستأصلي الحنجرة ظهر لديهم مستوى مرتفع من الضغوط النفسية.

و يؤكد هذه النتيجة دراسة "Perry et al 2015" و التي تناولت موضوع جودة الحياة لدى مستأصلي الحنجرة، على عينة مكونة من 83 شخصا، حيث أسفرت نتائجها على درجات مرتفعة من القلق و الاكتئاب و التي ترجع حسب القائمين على الدراسة إلى التشوه الفيزيولوجي و الخلل الوظيفي بعد العملية الجراحية. كما يرى "Semple et al 2004" أن التشوه الفيزيولوجي و ما يصاحبه، يخل بالتفاعلات الاجتماعية لدى المريض مما ينعكس سلبا على ثباته النفسي العاطفي، انخفاضه ووضوحه في تقدير الذات و اضطراب الحياة الجنسية. ونرى أيضا نتائج دراستنا هذه اتفقت مع نتائج دراسات كل من "Batoglu 2013" ، "Bickford et al 2013" "Smith et al 2015" و "Filipa et al 2018" و "Dooks et al 2012" حيث أجمعت هذه الدراسات على أن استئصال الحنجرة بجميع أنواعه يعتبر ضرورة حتمية لها مخلفات سلبية على حياة ورفاهية المريض، علاقاته الاجتماعية، بنائه النفسي و حياته الجنسية . و في المقابل نلاحظ أن نتائج دراستنا اختلفت عن بعض الدراسات الأخرى على غرار دراسة " Nuria blanco et al 2015" و التي أجريت على عينة قوامها "100 حالة" ممن تعرضوا لإستئصال كلي و جزئي للحنجرة، بهدف الوقوف على إمكانية تشخيص اضطرابات القلق، الإكتئاب و قلق ما بعد الصدمة و خلصت إلى أن نسبة القلق عند الحالات لا تتعدى 6.9 %، الإكتئاب في حدود 5.9% و قد أكد الباحثون أن الإضطرابات السابقة الذكر ليست اضطرابات حقيقية بل مجرد مظاهر عادية و طبيعية بالنظر إلى طبيعة المرض.



## الفصل السادس : عرض ومناقشة نتائج الدراسة

و نفسر في دراستنا هذه أن إرتفاع مستوى الضغوط النفسية لدى مستأصلي الحنجرة يعزى إلى مجموعة من المصادر والخبرات الضاغطة التي مروا بها ونحصرها فيما يلي :

- تشخيص الورم السرطاني في الحنجرة : إن قرار تشخيص الورم السرطاني لدى المريض يعتبر مصدرا مباشرا للضغط النفسي. فقد أشار " Kasparian 2013 " إلى أن المرضى الذين شُخص إصابتهم بالسرطان يواجهون ضغطا شديدا و الذي قد يؤدي إلى الضيق أو الكرب النفسي، فالضغط الناجم عن التشخيص يؤثر بشكل مباشر على الصحة النفسية للمرضى.

- قرار التدخل الجراحي: حيث نرى أنها مرحلة جد حرجة أين يجد المريض نفسه أمام ضرورة استئصال عضو هام من الجسم (الحنجرة)، بالتالي يجد نفسه أمام جملة من الاستفهامات حول مدى تأثير الجراحة على مظهره؟ مستقبله؟ علاقته؟ و ما نسبة النجاح والشفاء من المرض؟ فحسب دراسة "لورانس ليشان " التي أجريت على 250 مريض مصاب بالسرطان قبل الخضوع للجراحة، اتضح أن نسبة 85% من الحالات يعانون من اليأس وفقدان الأمل في الحياة والإحساس بالفشل.

- استئصال الورم السرطاني من الحنجرة و ما بعدها : إن عملية استئصال الورم قد تبعد المصاب عن خطر الموت و عن تفشي الورم، إلا أن التشوه الفيزيولوجي و الخلل الوظيفي، وتغير نمط الحياة كلها عوامل تجعل المصاب يعاني الكثير من المشاكل و الضغوطات النفسية، العاطفية و الإجتماعية، حيث أشار " Laudrel. M 2011 " في دراسته التي هدفت إلى تقييم الجانب النفسي لدى مستأصلي الحنجرة إلى أن نسبة 65% من الحالات لوحظ عليها مظاهر الاضطرابات النفسية كالقلق، الإنطواء ، العزلة و الإكتئاب.

- و تجدر الإشارة أيضا أن حوالي 56% من حالات الدراسة و التي مر عليها (3 أشهر إلى 18 أشهر تقريبا) عن إستئصالهم للحنجرة لازالوا يخضعون للعلاج الإشعاعي أو الكيماوي كعلاج مكمل للتدخل الجراحي ، من أجل القضاء على بعض الخلايا السرطانية المتبقية و إبطاء ومحاربة نمو خلايا خبيثة أخرى. بالتالي فإن تداعيات هذا النوع من العلاجات كالإعياء وضعف القدرات الجسمية، الغثيان ،سقوط الشعر و الالام الحادة كلها مصادر لإرتفاع مستوى الضغوط النفسية مما يؤثر و لفترة قد تمتد طويلا بعد انتهاء المعالجة على نوعية حياة المريض (cameron et al 2001) . و في هذا السياق تشير دراسة (perreira et al 2012) نقلا عن جهاد براهيمية(2018) أن مرضى السرطان الذين تلقوا العلاج الكيماوي أكثر عرضة للإصابة

بالإكتئاب و القلق من غيرهم. كما أكدت الباحثة Rachal lagos عن جامعة فرجينيا سنة 2011 من خلال دراستها على عينة مكونة من 115 حالة خاضعة للعلاج الكيميائي بعد عملية استئصال السرطان ، أن هذا النوع من العلاج يؤثر على الحالة العصبية و المعرفية للمريض ، وقد أطلقت على هذه الحالة مصطلح (syndrome de brouillard) ، كما أوضحت أن هذا الأخير له نتائج و خيمة على الحالة النفسية للمريض تتجلى في ظهور أعراض الإكتئاب ، النسيان ، القلق ، سرعة الإنفعال و تدهور الحالة العقلية.

فكل هذه العوامل تشكل مصادر ضغط و تزيد من مستوى الضغوط النفسية كما هو الحال مع عينة دراستنا، والتي اتفقت نتائجها مع توقعاتنا المستمدة من الممارسة الإكلينيكية.

6-2-1-1- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى : تنص الفرضية الجزئية الأولى للدراسة على أن مستوى الضغوط النفسية لدى مستأصلي الحنجرة يختلف باختلاف الشريحة العمرية.

إن النتائج المحصل عليها من خلال إختبار " U " مان ويتني حسب الجدول رقم (15) تشير إلى أن مستأصلي الحنجرة يعانون من مستويات مرتفعة من الضغوط النفسية بالرغم من تباين أعمارهم، خاصة تلك المتعلقة بالبعد النفسي كالشعور بالقلق ، الاكتئاب، فقدان الثقة بالنفس و فقدان المتعة في الحياة ، و تلك المتعلقة بالبعد الإجتماعي و الإقتصادي كالعزلة و العزوف عن التواصل بسبب انعدام الصوت أو اضطرابه، كما أن الفحوصات الطبية المستمرة و الحصوص العلاجية التي تتطلب مبالغ مالية كلها خبرات يعيشها مستأصلي الحنجرة بغض النظر عن سنهم. وهذه النتيجة تتفق مع بعض الدراسات على غرار دراسة " Singh et al 2015" التي توصلت إلى عدم تأثير مستوى كل من الاكتئاب، القلق و الضغط بين مرضى السرطان الذين تعرضوا إلى تدخلات جراحية بالسن . و دراسة " جهاد براهيمية 2018" التي حاولت الوقوف على الفروق في مستويات الألم النفسي لدى مرضى السرطان بين فئتين عمريتين (≥49 سنة و أكبر من 50 سنة ) و خلصت إلى عدم وجود فروق دالة بين الفئتين. في حين اختلفت نتائج دراستنا مع ما توصلت إليه دراسة " Hang et Tiau 2014" التي أجريت في الصين على 1217 مريض بالسرطان خضعوا لعمليات جراحية مختلفة، و أكدت من خلالها أن المرضى الأكبر من 60 سنة يعانون من مستويات عالية من القلق و الاكتئاب مقارنة

بالمريض الأقل من 60 سنة ، ودراسة "Schlen.S et al 2003" التي بينت أن المريض الأصغر سنا لديهم انخفاضا في معدلات القلق والألم النفسي، بينما يرتفع لدى المريض الأكبر سنا.

و يمكن أن نعزي عدم تحقق فرضيتنا إلى صغر حجم عينة دراستنا، ما جعل الوقوف على وجود اختلافات دالة احصائيا أمرا صعبا. أو إلى تقارب الفئات العمرية المتناولة في الدراسة ( من 40 سنة إلى 60 سنة و أكثر من 60 سنة) حيث أن 85% من حالات الدراسة تراوحت أعمارهم بين 45 سنة و 65 سنة، أو أن العمر الزمني لا يلعب كبيرا في تحديد مستوى الضغوط النفسية لدى مستأصلي الحنجرة بقدر ما تلعب عوامل أخرى كالمستوى المعيشي مثلا أو المحيط الأسري وفرص الدعم الاجتماعي .... إلخ.

6-2-1-2- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية : تنص الفرضية الجزئية الثانية للدراسة على أن مستوى الضغوط النفسية يختلف باختلاف نوع الإستئصال الحنجري. تبين لنا من خلال المعالجة الإحصائية و بالنظر إلى نتائج الجدول رقم (16) أن مستوى الضغوط النفسية لدى مستأصلي الحنجرة لا يختلف باختلاف نوع الإستئصال الحنجري ذلك لعدم دلالة قيمة "U" لمان ويتني للدرجة الكلية للمقياس ( $P \geq 0.05$ ) بالرغم من تسجيل اختلاف دال احصائيا في البعد الجسدي و البعد المرتبط بالعلاج، و الذي نعزیه بالإستناد إلى ما جاء في الإطار النظري للدراسة إلى إختلاف الإجراءات الجراحية حيث يتعرض المريض إلى استئصال كل الحنجرة في حالة الاستئصال الحنجري الكلي، في حين يتم نزع أجزاء فقط من الحنجرة كإزالة الأحبال الصوتية أو إستئصال الحبال الصوتية و جزء من الغدة الدرقية في حالة الاستئصال الحنجري الجزئي (Sophie et al 2010). كما أن المظاهر الفيزيولوجية و الأعراض الناجمة عن الإستئصال الحنجري الكلي تختلف مقارنة بالإستئصال الجزئي للحنجرة (le huche 1993) هذا ما جعل مصادر الضغوط النفسية في هذين البعدين تختلف باختلاف نوع الاستئصال الحنجري.

إن النتائج المحصل عليها تشير إلى أن الإستئصال الحنجري بنوعيه (الكلي و الجزئي) و بالنظر إلى التشوه الفيزيولوجي و الخلل الوظيفي و فقدان أو تغير الصوت كلها مخلفات تجعل المصاب يعاني الكثير من المشاكل النفسية العاطفية كالقلق و الإكتئاب و انخفاض في تقدير الذات و المشاكل الاجتماعية كالعزلة و الإنطواء. و نلاحظ أن نتائج فرضيتنا هذه تتفق مع ما

توصلت إليه دراسة كل من "Perry et al 2015" ، " Semple et al 2004 " ، " Batoglu " ، " 2013" و "Lia Filpa et al 2018" و التي اتفقت على أن الإستئصال الحنجري بجميع أنواعه يعتبر ضرورة حتمية لها مخلفات سلبية على حياة و رفاهية المريض، علاقاته الإجتماعية، بنائه النفسي، فكلها مصادر للضغوط النفسية. و في المقابل نجد أن نتائج هذه الدراسة اختلفت عن نتائج دراسة " Danker and all 2005" و التي وجدت أن الإضطرابات و المشاكل النفسية لدى حالات الإستئصال الحنجري الجزئي ظهرت بنسبة 17,3% مقابل الاضطرابات النفسية لدى حالات الاستئصال الكلي التي ظهرت بالنسبة 22,8%.

إن نتائج هذه الفرضية لم تتفق مع توقعاتنا بالنظر إلى حجم الاختلاف بين الإستئصال الكلي و الجزئي للحنجرة و الذي أشرنا له سابقا. و يمكن أن نفسر الأمر في ضوء عدم تجانس عينة دراستنا أو وجود بعض المتغيرات الدخيلة كالتكفل النفسي و الأرتفوني أو طبيعة السند الإجتماعي التي لم نراعها أثناء محاولتنا الوقوف على مستوى الضغوط النفسية لدى المجموعتين.

3-1-2-6- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة : تنص هذه الفرضية على أن مستوى الضغوط النفسية لدى مستأصلي الحنجرة يختلف باختلاف مدة العلاج.

تبين لنا بعد المعالجة الإحصائية و بالنظر للجدول رقم (17) أن الأشخاص الذين تعرضوا إلى عملية استئصال الحنجرة منذ سنتين أو أقل يعانون من مستوى ضغوط نفسية أكبر من الأشخاص الذين مرت عليهم أكثر من سنتين من خضوعهم لعملية إستئصال الحنجرة، كما التمسنا الاختلاف في مستوى الضغوط النفسية بين المجموعتين في جميع أبعاد المقياس. نجد هذه النتيجة تتفق ودراسة "Burgess et al 2005" و التي اكتشفت أن الاكتئاب و القلق و الألم النفسي ينخفض تدريجيا بمرور الوقت لدى مرضى السرطان، حيث تم تسجيل نسبة 33% من الآلام النفسية عند تشخيص السرطان و 15% بعد مرور سنة من العلاج. وقد توافقت نتائج فرضيتنا أيضا مع ما توصل إليه "Schrier et williams 2004" في إحدى دراساتهم و التي وجدت ان انتشار الإكتئاب بين مرضى السرطان وصل إلى ما يقارب 50% في السنة الأولى بعد التشخيص، سرعان ما انخفض إلى 15% في السنة الخامسة بعد الخضوع للعلاج. و في المقابل نلاحظ أن نتائجنا اختلفت عن دراسة "Ropoport et al 1993"

والتي هدفت إلى توفير معلومات حول المشاكل النفسية الرئيسية لمرضى سرطان الرأس والرقبة وتغيرها في فترات زمنية مختلفة ( من 5 أشهر - سنة و 5 أشهر، من سنة و 5 أشهر - 5 سنوات، أكثر من 5 سنوات) واستخلصت أن العديد من المشاكل الطبية انخفضت مع مرور الوقت، ولكن المشاكل النفسية زادت تدهورا بشكل ملحوظ. وفي نفس السياق خلصت دراسة "جهاد براهيمية 2018" إلى عدم وجود فروق دالة احصائيا في مستوى الاكتئاب، القلق والضغط لدى مرضى السرطان تعزى إلى متغير مدة الإصابة.

نرى في دراستنا هذه أن إختلاف مستوى الضغوط النفسية بين المجموعتين يرجع إلى عدة عوامل في مقدمتها تقبل الوضعية و التكيف مع نمط الحياة الجديد، حيث يشير "شيلي تايلور 2008" أن التكيف و القدرة على التعايش مع الأمراض المزمنة و الوضعية الصادمة يقلل من مستويات الضغط النفسي و الاكتئاب، فنجد أن الأشخاص الذين خضعوا لعملية استئصال الحنجرة منذ أكثر من سنتين اعتادوا على نمط الحياة الذي فرضه سرطان الحنجرة و التدخل الجراحي كاتباع نظام غذائي معين، التشوه الفيزيولوجي على مستوى الرقبة و اضطراب صورة الجسم، الخصائص الفيزيائية الجديدة للصوت، باعتبارها مصادر مباشرة للضغوط النفسية، كما يرجع الإختلاف الملاحظ في دراستنا أيضا إلى عامل التكفل الطبي ، النفسي و الأرتفوني، فقد التمسنا من خلال احتكاكنا بعينة الدراسة أن الأشخاص الذين خضعوا للعملية الجراحية منذ أكثر من سنتين استفادوا من عدد كبير من حصص التكفل النفسي و التأهيل الأرتفوني للصوت مقارنة بالمجموعة الأخرى، الأمر الذي ساهم في تباين وإختلاف مستوى الضغوط النفسية لديهم. كما تجدر الإشارة أيضا أن حوالي 80 % من أفراد العينة الذين مر عليهم أكثر من سنتين من خضوعهم للجراحة أنها مرحلة العلاج المكمل (الإشعاعي و الكيميائي) ، ما جعلهم يتجاوزون الكثير من مصادر الضغوط الناجمة عن هذا النوع من العلاج و التي أشرنا لها سابقا ، الأمر الذي ساهم في خفض مستوى الضغوط لديهم.

2-2-6- مناقشة نتائج الفرضية الرئيسية الثانية : تنص هذه الفرضية على أن مستأصلي الحنجرة يلجؤون إلى استراتيجيات متنوعة لمواجهة الضغوط النفسية.

تبين لنا من خلال نتائج الجدول رقم (18) أن أفراد العينة يستعملون ثلاث استراتيجيات مختلفة لمواجهة الضغوط النفسية الناجمة عن عملية إستئصال الحنجرة، و قد كان استعمالهم حسب النتائج وفق الترتيب الآتي:

- استراتيجية المواجهة المتمركزة حول المشكلة : حيث يلجأ مستأصلي الحنجرة من خلال هذه الإستراتيجية إلى البحث و التقصي عن كل المعلومات التي تخص عملية استئصال الحنجرة، الأعراض و المظاهر المترتبة عليها ، كإضطراب وسيلة التواصل (الصوت) ، التشوه الفيزيولوجي على مستوى الرقبة و الخضوع لحمية غذائية تقتصر على السوائل، حيث يحاولون الإستفادة من تجارب الحالات المشابهة لهم التي تخلصت من أكبر قدر من الضغوط النفسية الناجمة عن العملية الجراحية، كما نراهم يمثلون لنصائح و توجيهات المختصين النفسيين التي تهدف إلى تجاوز مظاهر القلق، الاكتئاب و تقدير الذات لديهم، كما يحرصون على احترام مواعيد حصص التأهيل الأروطفوني بغية تحسين وظيفة الصوت بكل الطرق والسبل المتاحة بالرغم من ما تتطلبه من جهد و مال من أجل الوصول إلى تلبية حاجياتهم ومتطلباتهم الحياتية، في هذا السياق تشير "Heand lia 2005" في دراستها أن مستأصلي الحنجرة الذين يستخدمون المواجهة المتمركزة حول المشكلة لديهم نوعية حياة أفضل.

- استراتيجية المواجهة المتمركزة حول الانفعال : يلجأ مستأصلي الحنجرة لهذه الوضعية في فترات التعب و الإرهاق و الملل من نمط الحياة الذي فرضته عملية استئصال الحنجرة، فتجدهم يتمنون العودة إلى الوراء تارة، و التقليل من حجم الأحداث الضاغطة من خلال استحضار الوازع الديني و الرضا بما كتبه الله لهم تارة أخرى، كما يلجؤون لهذه الاستراتيجية بشكل كبير أثناء محاولة تجنب و تجاهل بعض مصادر الضغوط التي تتعدى إمكاناتهم و يرونها صعبة المنال كرجوع الصوت إلى طبيعته أو التخلص نهائيا من التشوه الذي أحدثه التدخل الجراحي على مستوى الرقبة، وفي هذا الصدد يؤكد "Lazarus et falkman" أن الفرد يلجأ إلى المواجهة الانفعالية و التجنب في المواقف التي يصعب التحكم فيها.

- استراتيجية المواجهة المتمركزة حول الدعم الاجتماعي : جاء في الإطار النظري للدراسة أن المساندة الاجتماعية تدخل في غالب الأحيان في استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكلة

والمتمركزة حول الإنفعال، بالتالي فمستأصلي الحنجرة و بالنظر إلى العجز و الخلل الوظيفي الذي يعانون منه، فهم في حاجة لمن يعينهم و يرافقهم في التصدي لمصادر الضغوط، وفي وضع خطط مواجهة و الحرص على احترامها، كما أن مظاهر الاضطرابات النفسية كالقلق ، الاكتئاب، فقدان المتعة في الحياة و اضطراب الحياة الجنسية تحتاج نوع من الدعم والتعاطف الوجداني من الآخرين خاصة المحيط العائلي، من أجل تجاوزها أو التقليل من شدتها، فقد كشفت الكثير من الدراسات على غرار دراسة "Cohen 1997" أن الفرد لن يرى الحدث ضارا أو ضاغطا إذ اعتقد أن شبكته الاجتماعية سوف تساعد.

و حسب تقديرنا نرى أن مستأصلي الحنجرة يلجؤون إلى استراتيجيات مختلفة لمواجهة الضغوط النفسية، و أن الميل إلى تبني إستراتيجية معينة دون أخرى قد يرجع إلى عدة عوامل نذكر منها ( السن، نوع الاستئصال الحنجري، المستوى المعيشي، التركيبة الأسرية، نمط الشخصية... إلخ).

6-2-2-1- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الاولى :تنص الفرضية الجزئية الاولى للفرضية الرئيسية الثانية للدراسة على أن إستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى مستأصلي الحنجرة تختلف باختلاف الشريحة العمرية.

بعد المعالجة الإحصائية و بالنظر إلى نتائج الجدول رقم (19) يتبين لنا أن استراتيجيات المواجهة المستعملة عند عينة الدراسة تختلف باختلاف الشريحة العمرية، فنجد أن مستأصلي الحنجرة الذين تتراوح أعمارهم بين (40 سنة – 60 سنة) (الكهول) يميلون إلى تبني المواجهة المتمركزة حول المشكلة و يسعون إلى البحث عن المعلومات التي تخص وضعيتهم (الإستئصال الحنجري)، و يبحثون عن الحلول التعويضية الممكنة من خلال الإستعلام و الإحتكاك بالمختصين من الأطباء و النفسانيين و الأروطونيين، كما يحاولون وضع خطط من أجل التصدي للمواقف الضاغطة الناجمة عن عملية استئصال الحنجرة، وفي المقابل نجد أن أفراد العينة و الذين أعمارهم تتعدى 60 سنة (المسنين) يميلون إلى استعمال المواجهة المتمركزة حول الانفعال و الدعم الاجتماعي مقارنة بفئة الكهول، حيث لوحظ عليهم محاولة التهرب و التجنب و تمني غياب المواقف الضاغطة تارة، و محاولة التقبل و البحث عن إيجابيات الوضعية الضاغطة ( الإستئصال الحنجري) بمنطلق الرضا بالقضاء و القدر تارة

أخرى، كما أن كل جهودهم كانت تركز على طلب المساندة من المحيط الأسري، فكانوا يعتقدون فكرة أن عملية استئصال الحنجرة ليست حدثا ضاغطا في ظل وجود شبكتهم الاجتماعية والتي ستقدم لهم المساعدة للمواجهة.

إن نتائج فرضيتنا هذه تتفق مع دراسة "Josephe and all 1992" والتي هدفت إلى الكشف عن نوع الاستراتيجية المتبعة من قبل (41 فردا) تعرضوا لإستئصال الحنجرة لمواجهة المواقف الضاغطة، حيث أسفرت النتائج على أن 73% من الحالات يتبنون استراتيجيات مواجهة تركز على المشكلة و البعد الاجتماعي، و 27% من الحالات الأخرى تعتمد استراتيجيات مواجهة تركز على الإنفعال و التجنب، كما أشار "محمد رجب 1995" نقلا عن مرازقة وليدة(2009) في دراسته إلى وجود تأثير لمتغير السن في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى مرضى السرطان الذين خضعوا لعمليات جراحية، إضافة إلى دراسة "داركس و آخرون 2005" التي بينت أن الشباب و الكهول يستعملون استراتيجيات مواجهة نشطة مقارنة بالمسنين الذين يلجؤون إلى استعمال المواجهة الدينية و التجنب. إلا أن نتائجنا اختلفت عن ما توصلت إليه دراسة "Tyscholdt and all 2012" و التي ترى أنه لا توجد استراتيجية مواجهة معينة يستعملها مستأصلي الحنجرة، و أن اعتمادهم عشوائي و غير منظم، و تختلف أيضا عن دراسة "Lina and samta2000" و التي وجدت أن استراتيجيات المواجهة لا ترتبط بمتغير السن لدى مرضى السرطان.

و حسب تقديرنا، نرى أن ميل أفراد العينة من الكهول إلى توظيف استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكلة يرجع إلى تمتعهم بالقدرة العقلية و الجسدية التي تتيح لهم مواجهة و التصدي للخبرات الضاغطة الناجمة عن عملية استئصال الحنجرة، و التي تمكنهم أيضا من وضع خطط منظمة و اتباعها، كما أن ظروفهم و متطلباتهم الحياتية (المهنية ، الأسرية) تقتضي ذلك، في حين تبني المسنين لإستراتيجيات تتمحور على الإنفعال و الدعم الإجتماعي يرجع إلى تراجع قدراتهم المعرفية و الجسمية مع التقدم في السن، ما جعلهم يستسلمون للمواقف الضاغطة و يحاولون التفكير في أحداث تقلل من مستوى الضغوط النفسية لديهم، و الإرتكاز على المحيط الأسري في التكيف مع نمط الحياة الذي فرضه الإستئصال الحنجري.



2-2-2-6- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية : تنص الفرضية الجزئية الثانية للفرضية الرئيسية الثانية للدراسة على أن إستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى مستأصلي الحنجرة تختلف باختلاف نوع الإستئصال الحنجري.

تبين لنا من خلال نتائج الجدول رقم (20) أن إستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى مستأصلي الحنجرة تختلف باختلاف نوع الإستئصال الحنجري، فنجد أن الأشخاص الذين تعرضوا لإستئصال الحنجرة الجزئي يميلون أكثر إلى تبني الإستراتيجية المتمركزة حول المشكلة مقارنة بمن خضعوا لإستئصال كلي للحنجرة و الذين يستعملون المواجهة المتمركزة حول الانفعال و الدعم الاجتماعي بشكل كبير. و نرجع حسب دراستنا هذه ميل الأفراد الذين تعرضوا لإستئصال جزئي للحنجرة إلى تبني المواجهة المتمركزة حول المشكلة إلى إجراءات عملية الإستئصال الجزئي للحنجرة و التي يتم فيها نزع جزء فقط من الحنجرة دون المساس بالأجزاء الأخرى، الأمر الذي يرى فيه المريض نوع من الأمل في تدارك الخسارة الناجمة عن العملية الجراحية، كما أن تبعات الإستئصال الحنجري الجزئي كالأعراض الفيزيولوجية و الخصائص الفيزيائية للصوت و الذي يعتبر وسيلة مهمة للتواصل حسب ما جاء في الإطار النظري للدراسة أقل ضررا من تلك الناجمة عن استئصال الحنجرة الكلي، بالتالي يسعى إلى محاولة الإستفادة من تلك البقايا و يرى أن أمامه الكثير من الفرص للمحافظة على رفاهية و بنائه النفسي ، فيسعى إلى مواجهة المواقف الضاغطة موقف بموقف، و وضع خطط منظمة للوصول إلى الحلول التي تعوض الخسائر الناجمة عن عملية استئصال الحنجرة الجزئي، و في المقابل نجد أن الأشخاص الذين تعرضوا إلى عملية استئصال كلي للحنجرة و الذي يتم فيه إزالة كل أجزاء الحنجرة نظرا لخطورة و تفشي الورم السرطاني، و بالنظر إلى تبعياته كانهدام الصوت نهائيا و استحالة القدرة على الكلام، و طبيعة النظام الغذائي الذي يجب مراعاته، و زرع الحنجرة الإصطناعية الذي يتطلب مبالغ مالية معتبرة، فكلها خبرات تجعلهم يفقدون القدرة على مواجهتها من خلال وضع خطط و تنفيذها ثم فحص و تقويم حلولها، و يميلون إلى التفكير الخيالي الذي يجنبهم و ينسبهم المشكلة الضاغطة كأن يتخيل نفسه في وضعية أحسن على ما هو عليها، و الإحساس الدائم بالضعف و العجز و ضرورة توفر السند الأسري من أجل صد الحاجيات اليومية و متطلبات الحياة.

3-2-2-6- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة : تنص هذه الفرضية على أن إستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى مستأصلي الحنجرة تختلف باختلاف مدة العلاج.

من خلال نتائج الجدول (21) اتضح لنا أن استراتيجيات المواجهة لدى الأشخاص الذين تعرضوا لعملية استئصال الحنجرة منذ (سنتين أو أقل) لا تختلف عن تلك المستعملة لدى الذين خضعوا لإستئصال الحنجرة منذ (أكثر من سنتين)، حيث لم نسجل فروق جوهرية دالة بين المجموعتين، و الفروق إن وجدت فهي فردية، وقد تعود النتيجة المحصل عليها في هذه الفرضية إلى الفارق الزمني في الخضوع لعملية إستئصال الحنجرة، ربما يكون غير كاف من أجل تطوير أو تفضيل إستراتيجية مواجهة معينة دون أخرى، أو إلى عدم تجانس المجموعتين من حيث بعض الخصائص التي قد تجعل الفرد يميل إلى إستراتيجية مواجهة معينة كالجنس ، المستوى الثقافي ، المستوى المعيشي ... إلخ، الأمر الذي جعل الوقوف على دور مدة العلاج أمرا صعبا، أو ربما قد لا يكون لمتغير مدة العلاج دورا مهما في تكثيف جهود مستأصلي الحنجرة صوب إستراتيجية مواجهة معينة، بقدر ما تلعبه عوامل أخرى كنمط شخصية الفرد مثلا باعتبار أن استخدام استراتيجيات المواجهة يكون بناءا على اعتقادات الفرد المتعلقة بنجاح وفعالية إستراتيجية معينة بغض النظر عن مدة العلاج. وتجدر الإشارة أننا لم نجد من الدراسات ما يؤيد أو يعارض نتيجة هذه الفرضية.

### 3.6 استنتاج عام :

نستنتج من خلال دراستنا هذه و التي هدفت إلى الكشف عن مستوى الضغوط النفسية واستراتيجيات المواجهة المتبعة لدى عينة من مستأصلي الحنجرة في ضوء متغيرات ( ' الشريحة العمرية "، نوع الاستئصال الحنجري، مدة العلاج) ما يلي :

✓ يعاني مستأصلي الحنجرة من مستويات مرتفعة من الضغوط النفسية بالنظر إلى الخبرات و المواقف التي مروا بها، و أثار عملية الاستئصال الحنجري التي تمس الجانب الجسدي، النفسي والاجتماعي.

✓ لا يختلف مستوى الضغوط النفسية لدى مستأصلي الحنجرة باختلاف الشريحة العمرية ونوع الإستئصال الحنجري

✓ يختلف مستوى الضغوط النفسية لدى مستأصلي الحنجرة باختلاف مدة العلاج حيث أن هذه الضغوط تنخفض كلما مضت مدة زمنية عن عملية الاستئصال ذلك لتقبل المريض وتكيفه مع نمط حياته الجديدة وتخلصه من بعض مصادر الضغوط الناجمة عن العلاجات المكتملة.

✓ يلجأ مستأصلي الحنجرة إلى استراتيجيات متنوعة من أجل مواجهة الضغوط النفسية في مقدمتها المواجهة المتمركزة حول المشكلة ثم تليها استراتيجيات الانفعال و السند الاجتماعي.

✓ تختلف استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى مستأصلي الحنجرة باختلاف الشريحة العمرية حيث تبين من خلال هذه الدراسة أن مستأصلي الحنجرة الذي يتراوح أعمارهم بين 40 و 60 سنة(الكهول) يعتمدون على إستراتيجية المواجهة نحو المشكلة بشكل كبير مقارنة بمن هو أكبر من 60 سنة(المسنين) و الذين يميلون إلى استعمال إستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال و السند الاجتماعي.

✓ تختلف استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى مستأصلي الحنجرة باختلاف نوع الاستئصال الحنجري، حيث تبين لنا أن المرضى الذين خضعوا لاستئصال جزئي للحنجرة يستعملون المواجهة المرتكزة حول المشكلة مقارنة بمن تعرضوا لاستئصال كلي للحنجرة الذين يميلون إلى المواجهة المتمركزة حول الانفصال و الدعم الاجتماعي.

✓ لا تختلف استراتيجيات مواجهة الضغوطات النفسية لدى مستأصلي الحنجرة باختلاف مدة العلاج.

خاتمة

في ختام دراستنا هذه التي هدفت إلى وصف مستوى الضغوط النفسية لدى حالات الاستئصال الحنجري، و الكشف عن استراتيجيات المواجهة المتبعة عندهم تبعا لبعض المتغيرات ( الشريحة العمرية، نوع الاستئصال الحنجري، مدة العلاج)، نرى و بالنظر إلى ما خلصت إليه، أن المرضى من مستأصي الحنجرة يعانون من مستويات مرتفعة للضغوط النفسية متعددة الأبعاد، منها ما يتعلق بالبعد النفسي كمظاهر القلق، الاكتئاب، فقدان المتعة في الحياة، و البعد الجسدي المرتبط بالعلاج كاضطراب صورة الجسم نظرا للتشوه الفيزيولوجي الذي تخلفه العملية الجراحية، و ضعف تقدير الذات، و البعد الاقتصادي و الاجتماعي و الذي يتجلى في المتطلبات المالية التي تثقل كاهل المريض، و اضطراب الحياة الاجتماعية في ظل غياب وظيفة التصويت الطبيعية التي تعد وسيلة مهمة في عملية التواصل الاجتماعي لتحقيق متطلبات الحياة اليومية للإنسان.

الأمر الذي يستدعى تضامن جميع الأطراف ذات الصلة بهذه الشريحة من المرضى في مقدمتها المحيط الأسري لهم ( زوج ، زوجة ، أبناء، أقارب)، و في نفس الوقت تكثيف جهود المختصين النفسيين و الأروطونيين تجاه هذه الفئة بغرض مساندها و التقليل من حجم الآثار النفسية الناجمة خاصة خلال الأشهر الأولى بعد الخضوع للجراحة، من خلال اقتراح برامج علاجية و إرشادية تأخذ بعين الاعتبار جميع الخسائر المترتبة عن عملية استئصال الحنجرة، مع العمل على توعية المرضى بضرورة اللجوء إلى استراتيجيات مواجهة فعالة تتلاءم خاصة مع نوع الاستئصال الحنجري و العمر الزمني لهم، لضمان التكيف مع نمط الحياة الجديد، و القدرة على تحقيق متطلبات الحياة بالتالي المحافظة على أكبر قدر من الرفاهية.

على ضوء النتائج المتوصل إليها في هذه الدراسة و الملاحظة الميدانية انبثت مجموعة من التوصيات و الاقتراحات نسردها فيما يلي :

○ بناء برامج نفسية علاجية لمرافقة حالات الاستئصال الحنجري، و التخفيف من الضغوط و المشاكل النفسية التي يعيشونها.

○ التفات الجمعيات النشطة ذات الطابع الخيري إلى هذه الفئة، بهدف تقديم مساعدات مادية لتغطية المصاريف التي تتطلبها عملية زرع الحنجرة الاصطناعية كتعويض للوظيفة الصوت المفقودة.

○ دراسة الموضوع بحجم عينة أكبر ربما قد يضيف معطيات جديدة للموضوع.

○ توسيع مجال البحث في موضوع الضغوط النفسية و استراتيجيات مواجهتها لدى مستأصلي الحنجرة، من خلال تناول متغيرات أخرى لم تتناولها الدراسة الحالية كالمستوى المعيشي، نمط الشخصية، المحيط الأسري، مناخ الرعاية الصحية.

○ الخوض في دراسات معمقة تهتم بمسألة استراتيجيات المواجهة الفعالة في خفض مستوى الضغوط النفسية لدى مستأصلي الحنجرة بالنظر إلى دورها الفعال في عملية التكيف.

قائمة المصادر

والمراجع

1. أحمد توفيق (2006). تخلص من الأفكار السلبية و الضغوط النفسية (الطبعة الاولى). عمان، الاردن: دار علم الثقافة.
2. أحمد نايل الغرير، أحمد عبد اللطيف أبو سعد (2009). التعامل مع الضغوط النفسية (الطبعة الاولى). عمان، الاردن : دار الشروق..
3. إسمهان، عزوز. (2008-2009). مصدر الضبط الصحي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة باتنة 1، الجزائر.
4. أمل سليمان تركي العنزي (2004-2005). أساليب مواجهة الضغوط عند الصحيحات و المصابات بالاضطرابات النفس جسمية " السيكوسوماتية". رسالة ماجستير غير منشورة: جامعة الملك سعود. المملكة العربية السعودية.
5. بديعة واكلي (2013). استراتيجيات مواجهة الاكتئاب . رسال دكتوراه منشورة : جامعة سطيف 2 . الجزائر.
6. بن أبي بكر محمد بن عبد القادر الرازي (1995). مختار الصحاح. بيروت ، لبنان : مكتبة لبنان.
7. بن سكريفة ، مريم . (2008). استراتيجيات التكيف مع مواقف الحياة الضاغطة و علاقتها بالذكاء الإنفعالي للمعلم. رسالة ماجستير. جامعة ورقلة، الجزائر.
8. تيفزي محمد (1993). الضغط النفسي المهني، أبعاده و علاقته بمستوى القلق و الإكتئاب و انخفاض الرضا المهني. مجلة علم النفس و قضايا المجتمع المعاصر. الرباط
9. الثابت ، أوهام نعمان. (2008). الضغوط النفسية و علاقتها بالتوافق النفسي و الاجتماعي و الزواجي لدى المصابات بسرطان الثدي المبكر في الأردن . رسالة ماجستير غير منشورة . الأكاديمية العربية المفتوحة في الدنمارك ، الدنمارك.
10. جاب الله شعبان. (1992) . العلاقة بين أحداث الحياة و مظاهر الإكتئاب. رسالة دكتوراه : جامعة القاهرة. مصر
11. جمعة سيد يوسف. (2007). إدارة الضغوط، دار الكتب المصرية (الطبعة الاولى)، جامعة القاهرة، جمهورية مصر العربية.
12. جهاد ، براهيمية (2018) . الرعاية الصحية و علاقتها بالألم النفسي لدى مرضى السرطان . رسالة دكتوراه منشورة . جامعة ورقلة ، الجزائر.



13. حسين أحمد حشمت، مصطفى حسين باهي. (2006). التوافق النفسي و التوازن الوظيفي(الطبعة الاولى) . مصر: الدار العالمية للنشر والتوزيع.
14. حسين حريم. (1997). السلوك التنظيمي. عمان ، الاردن : دارزهران للنشر والتوزيع
15. الخولي وليم .(1976). الموسوعة المختصرة في علم النفس و الطب العقلي (الطبعة الاولى).مصر: دار المعارف
16. الدسوقي كمال ( في محمود محفوظ و آخرون) (2001) : الموسوعة العربية الميسرة، المجلد الأول، دار الجيل، القاهرة.
17. ديانا هيلز، روبرت هيلز.(1999). العناية بالعقل و النفس . (ترجمة عبد العلي الجسماني).بيروت ، لبنان : الدار العربية للعلوم.
18. رزاق، جميلة. (2020). 1500 حالة سرطان البلعوم جديدة تسجل كل سنة، جريدة الجزائر، <http://eldjazaironline.dz>.
19. سلوى عثمان الصديقي .(1999) . مدخل في الصحة العامة و الرعاية الصحية.الاسكندرية ، مصر: المكتب الجامعي الحديث.
20. سهام طبي. (2004-2005) . أنماط التفكير و علاقاتها باستراتيجيات مواجهة اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى عينة من المصابين بالحروق. رسالة ماجستير غير منشورة.جامعة الحاج لخضر باتنة، الجزائر.
21. الشخابنة، أحمد عبد المطيع. (2010). التكيف مع الضغوط النفسية. (الطبعة الأولى).الأردن: دار حامد
22. الشربيني لطفي. (دون سنة). الإكتئاب النفسي مرض العصر. المركز العربي للنشر و التوزيع.
23. شقير زينب محمود .(2002). مقياس مواقف الحياة الضاغطة.(الطبعة الثانية) . القاهرة ، مصر: مكتبة النهضة العربية.
24. شيلي، تايلور.(2008). علم النفس الصحي. ترجمة وسام درويش و فوزي شاكر. الطبعة الأولى. عمان. الأردن: دار الحامد للنشر والتوزيع.
25. صابر السيد محمد .(2001). دراسة لبعض الضغوط النفسية في ضوء الإتجاه الديني و علاقتها بالتحصيل الدراسي لدى طلبة المرحلة الثانوية. رسالة دكتوراه غير منشورة . معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين الشمس.

26. الضريبي، عبد الله. (2010). أساليب مواجهة الضغوط النفسية المهنية و علاقتها ببعض المتغيرات. المجلد 26. العدد 04. مجلة جامعة دمشق.
27. عبد الرحمان أمال. (1995). ضغوط الحياة العصرية و الجروح النفسية، مجلة التربية بقطر،. 228-226
28. عبد العزيز الديب أميرة. (2003). مبادئ العلاج النفسي. جامعة الأزهر: دور النشر.
29. عبد العزيز، المجيد محمد. (2005). سيكولوجية مواجهة الضغوط في المجال الرياضي. بدون طبعة. القاهرة ، مصر: مركز الكتاب.
30. عبد العظيم طه حسن. (2006). استراتيجيات إدارة الضغوط التربوية و النفسية. الاردن : دار الفكر العربي.
31. عبد القادر طه فرج، شاكركنديل، حسين عبد القادر (1993): موسوعة علم النفس و التحليل النفسي. الطبعة الاولى . الكويت : دار سعاد الصباح.
32. عبد اللطيف نوال. (2001). الضغوط النفسية و علاقتها بالتحصيل الدراسي. رسالة ماجستير. معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين الشمس.
33. عثمان ، فاروق السيد . (2001). القلق و إدارة الضغوط النفسية . (الطبعة الأولى). القاهرة، مصر: دار الفكر العربي
34. علي عسكر. (2000). ضغوط الحياة و أساليب مواجهتها. الطبعة الثانية . الكويت : دار الكتاب الحديث.
35. عودية ولد يحيى، حورية. (2005). دور المساندة الاجتماعية كعنصر من عناصر الإتصال في التقليل من الضغط النفسي لدى المصابين بمرض الربو. الملتقى الدولي حول سيكولوجية الاتصال و العلاقات الإنسانية. جامعة ورقلة، الجزائر.
36. غانم محمد حسن. (1996) . الديناميات النفسية للاحتياجات / الضغوط و مركز التحكم لدى مدمني المخدرات، دراسة حضارية مقارنة. رسالة دكتوراه آداب. عين الشمس.
37. غانم، محمد حسن (2009). مقدمة في علم الصحة النفسية. الطبعة الأولى. الإسكندرية، مصر: المكتبة المصرية.
38. غريب ، عبد الفتاح. (1999). علم الصحة النفسية. الطبعة الأولى. القاهرة ، مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.

39. فرحات، عباس. (2002). مركز التحكم و علاقته بالتوافق الزوجي. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة الجزائر 2 ، الجزائر.
40. الفرماوي حمدي، رضا أبو أبو سريع. (1994). الضغوط النفسية تغلب عليها و أبدأ الحياة. القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.
41. الفيومي أحمد بن محمد بن علي المقرئ. (2001). المصباح المنير. بيروت، لبنان: مكتبة لبنان
42. محمد الصغير شرفي، سليمان جار الله. (2009). اضطرابات منظور الزمن في الصدمة النفسية. مجلة الآداب و العلوم الإجتماعية. العدد 10 . جامعة فرحات عباس، سطيف.
43. محمد علي، كامل. (2004). الضغوط النفسية و مواجهتها. القاهرة ، مصر : مكتبة ابن سينا
44. محمد نصر الدين، يحيى. (2000). الضغط و القلق و الحالات العصبية . عين مليلة ، الجزائر: دار الهدى.
45. هناء ، أحمد شويخ. (2007). أساليب تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن الأورام السرطانية. الطبعة الأولى .مصر: ايتراك للنشر و التوزيع.
46. وفاء ، مزلق. (2014). استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي لدى مرضى السرطان . أطروحة ماجستير منشورة . جامعة سطيف 2 ، الجزائر.
47. وليد السيد أحمد خليفة، مراد علي عيسى سعد. (2008). الضغوط النفسية و التخلف العقلي : (المفاهيم، النظريات، البرامج). الطبعة الأولى .الاسكندرية ، مصر : دار الوفاء لندنيا .
48. وليدة ، مرازقة. (2009). مركز ضبط الألم و علاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان. رسالة ماجستير منشورة. جامعة الحاج لخضر باتنة، الجزائر.
49. يخلف، عثمان. (2001). علم النفس الصحة . الطبعة الأولى . قطر: دار الثقافة .
50. يمينة ، هدييل . (2009) . محددات استراتيجيات المواجهة لدى مرضى الربو( تصور المرض و تقدير الذات). رسالة دكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر.

51. Alvarez-Buylla Blanco, M., & Herranz González-Botas, J. (2011). Evolucion de la calidad de vida en pacientes intervenidos de carcinomas de orofaringe ,laringe o hipofaringe ( Quality of life evolution in patients after surgical treatment of laryngeal, hypopharyngeal or oropharyngeal carcinoma). *Acta Otorrinolaringologica espanola*, 62(2), 103-112. <https://doi.org/10.1016/j.otorri.2010.09.009>
52. Association suisse des infirmières et infirmiers. (ASI). (2013). L'ASI salue la création d'une loi sur les professions de la santé. Repéré à [https://www.sbk.ch/fr/boutique-en-ligne/publications-De=lasi.html?tx\\_datapool\\_pi1%5Bsort%5D=titel&tx\\_datapool\\_pi1%5BsortOrder%5D=0&cHash=1f3ebdd74200a5aad9b1a81f6861176](https://www.sbk.ch/fr/boutique-en-ligne/publications-De=lasi.html?tx_datapool_pi1%5Bsort%5D=titel&tx_datapool_pi1%5BsortOrder%5D=0&cHash=1f3ebdd74200a5aad9b1a81f6861176)
53. Atos Medical. (2017). Qui sommes-nous. Repéré à <https://fr.atosmedical.ch/about-2/qui-sommes-nous/>.
54. Batioglu-Karaaltın, A., Binbay, Z., Yigit, Ö., & Dönmez, Z. (2017). Evaluation of life quality, self-confidence and sexual functions in patients with total and partial laryngectomy. *Auris, nasus ,larynx*, 44(2), 188-194. <https://doi.org/10.1016/j.anl.2016.03.007>.
55. 194. <https://doi.org/10.1016/j.anl.2016.03.007>.
56. Bickford, J., Coveney, J., Baker, J., & Hersh, D. (2013). Living with the altered self : a qualitative study of life after total laryngectomy. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 15 (3) ,324-333. <https://doi.org/10.3109/17549507.2013.785591>.
57. 333. <https://doi.org/10.3109/17549507.2013.785591>.
58. Blanco-Pinére ,N. ,Antequera-jurado,R.,Rodriguez –Franco ,L. ,Ibanez - Guerra ,E .,Herrero -Salado ,T.F. ,and Sanchez-Gomez ,S. (2015). Emotional and

- psychopathological disorders in laryngectomized oncological patients. Acta otorrinolarngologica espanola,66(4),210217.<http://doi.org/10.1016/j.otrri.2014.09.006>.
59. Boudarne , M. (2005). Le stress entre bien être et souffrance Alger :Ed Berti.
60. Bruchon Schweitzer, M & Quintar B. (2002). personnalité et maladies, Stress, coping et ajustement. Paris : ed Dunod .
61. Bruchon, marilou(sans date). Personnalité, Anxiété et maladies, Stress ajustement. Paris : Ed Dunod.
62. Brunner, L. S., Suddarth, D. S.Smeltzer, S.C., & Bare, B. (2011). Soins infirmiers : médecine et chirurgie (5e éd., version française, Vol. 1-6). Traduction française par S. Longpré & B. Pilote (Eds), Bruxelles, Belgique : De Boeck Université.
63. Concept, stress, coping, (2004).<http://www.psychomotricite.com/ffp/Evo-pdf/dallana39.pdf>
64. Conseil international des infirmières. (CHI). (2012). Code déontologique du CII pour la profession infirmière.( Brochure). Genève, Suisse
65. Cremonese, G., Bryden, G., Bottcher, C. (2000). A multidisciplinary team approach to preservation of quality of life for patients following oral cancer surgery. ORL- Head and neck nursing : official journal of the society of otorhinolaryngology and Head-Neck Nurses , 18(2),6-11.
66. Daniel Gloaguen. (sans date) . Stress contrôle (maîtrisez le stress équilibrez vos émotion), Aplen.
67. David Servan-Schreiber .(2003) . Guérir le stress, l'anxiété et la dépression (sans médicament ni psychanalyse). Paris , France : Robert Laffont.

68. Dooks, P., McQuestion, M., Goldstein, D., & Molassiotis, A. (2012). Experiences of patient with laryngectomies as they reintegrate into their community. *Support Care Cancer : official journal of the Multinational Association of supportive Care in Cancer*, 20 (3), 489-498. <https://doi.org/10.1007/s00520-011-1101-4>
69. Dougherty, L. & Lister, S, E. (2004). *The Royal Marsden Hospital manual of clinical procedures*. The Royal Marsden Hospital NHS Foundation Trust. Wiley - Blackwell.
70. E.Grebot, B.paty, N.Girard Dephanix. (2006). *styles défensifs et stratégie d'ajustement ou coping en situation stressante, cahier 1, Laboratoire stress et société*.
71. Eadie, T.L., and Bowker, B.C. (2012). Coping and quality of life after total laryngectomy. *Otolaryngology –head and neck surgery : official journal of American Academy of Otolaryngology – Head and Neck Surgery*, 146 (6), 959-965. <https://doi.org/10.1177/0194599812437315>.
72. Epstein, Am. (2001). Six factors that influence your level of happiness. <http://www.happiness101.net/sixfactors.htm>.
73. Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal, QC, Canada : Chenelière Education.
74. Fortin, M-F. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal, QC, Canada : Chenelière Education.
75. François Le Huche et Allali. (1993). *Rehabilitation vocal après laryngectomie total*. Paris, France : masson.

76. François Le Huche et Andrée Allali. (1980). La voix sans larynx «Manuel de rééducation vocale des laryngectomisés». troisième édition. Paris : éditeur Librairie Malouine.
77. Freeman, S. (2011). Care of adult patients with a temporary tracheostomy. Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain):1987),2 6(2) , 49-58.<https://doi.org/10.7748/ns2011.09.26.2.49.c8706>.
78. Friedman, Y. (1996). Indications, timing, techniques, and complications of tracheostomy in the critically ill patient. Current Opinion in Critical Care, 47-53.
79. G.Mamelle. (sans date). Réinsertion et surveillance médicale du laryngectomisée. Paris : Elsevier.
80. Gasse, J.M., Guay, L. (1997). Des modèles conceptuels en soins infirmiers. Cap-Rouge, Québec : Presses inter universitaires.
81. Genden, E.M., Ferlito, A., Silver, C.E., Jacobson, A.S., Werner, J.A., Suarez, C., Leemans, C.R., Bradley, P.J. , and Rinaldo, A. (2007). Evolution of the management of laryngeal cancer. Oral Oncology, 43(5), 431-439.<https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2006.08.007>
82. Graca Periera , M., Figueiredo , A.P., and Fincham , F.D.(2012). Anxiety , depression, traumatic stress and quality of life in colorectal cancer after different treatments : A study with Portuguese patients and their partners : the official journal of European Oncology Nursing Society , 16(3),227-232.<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2011.06.006>
83. Granger. B., Debray. Q., Azais. F.(1999). psychologie de l'adulte.Paris : masson.
84. Graziani et Servendsen. (2005). Le stress Emotion et stratégie d'adaptation. Paris : Armad colin.

85. Hartel Dana .(2003). La trachéotomie en urgence. tom 1. France : édition Malmaison.
86. He.G., and Liu, S. (2005). Quality of life and coping styles in chinese nasopharyngeal cancer patients after hospitalization. *Cancer nursing*, 28(3), 179-186.<https://doi.org/10.1097/00002820-20050500-00003>.
87. Hentgen Bourgain et Cros Ravussin(2002). Anesthésie en orthorhinologie. chapitre9. Paris.  
<http://my.webmd.com/content/dmk/dmk-article-40082>
88. Institut National pour l'épidémiologie et l'enregistrement du cancer (NICER). (2017). Les statistiques national sur l'incidence du cancer. Repéré à <http://www.nicer.org/fr/statistiques-atlas/incidence-du-cancer/>
89. Jane ogden, Olivier Desrichard. (2008) . Psychologie de la santé 1er édition. Boeck université. Bruxelles.
90. Kérouac, S., Pépin, J., Ducharme F. (2017). La pensée infirmière. (4ème Ed.). Montréal: Beauchemin.
91. Laccourreye , O., Bassot V., Chène J., Crevier-Buchman L., Deligne J.B., Donnadiou S.. Durdux C., Housset M., Laccourreye L., Maurice D. (1996). Surveillance des cancers épidermoïdes ORL.Paris : Doin éditeurs.
92. Laoufi ,S. et al.(2007). Exploration du larynx, Service ORL et CCR. Beni Messous, Alger.
93. Laudrel Magali. (2011). Le laryngectomisés partiel état des lieux de sa qualité de vie après chirurgie. mémoire présente en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste. univ victor Seglen. Bordeaux 2, France.



94. Lauver, D.R., Connolly-Nelson, K., & Vang, P. (2007). Stressors and coping among female cancer survivors after treatment. *Cancer Nursing*, 30 (2), 101-111.
95. Lazarus, R.S., Folkman, S. (1986). *Psychological stress and the coping process*. Mc Graw-Hill: New York.
96. Lazarus, R.S., Folkman, S. (1986). Appraisal coping, Health status and psychological symptoms. *Journal of personality and social psychology*, 3-571-579.
97. Lia - Filipa Jaksona -Nagaratnan (2018). impact d'une trachéostomie sur la qualité de vie des patients laryngectomisés. *Revue de littérature étoffée. haute école de santé lausanne: Suisse*.
98. Liona Liséve. (2006). *Prise en charge du patient trachéotomisés après laryngectomie total: édition encora*.
99. Lise Cervier-Buchman, Sytrie Brhaye, Cristophe Tessier. (2008). *La voix après chirurgie partielle du larynx*. Paris : édition Solol.
100. Liu, H.E. (2008). changes of satisfaction with appearance and working statuses for head and neck tumour patients. *Journal of clinical nursing*, 17 (14), 1930-1938. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02291.x>
101. Livine William. (1980). *La psychologie de la pression*.
102. Louis Crocq et al. (2007). *Traumatismes psychiques (prise en charge psychologique des victimes)*. Paris, France : Elsevier-Masson.
103. Mahmoud Boudarene. (2005). *Le stress (entre bien-être et souffrance)*. Alger : Berti.
104. Marand German et al (2006). *Chirurgie des tumeurs du Larynx (exercice de réparation)*. Paris : éditoin scientifique et médecine.
105. Marilou Bruchon- Schweitzer. (2001). *Concept, Stress, Coping (le coping et les stratégies d'ajustement face au stress)*, recherche en soins infirmiers, N67, Université Victor Segalen Bordeaux, France.

106. Michel Rivers . (2009). Radio thérapeute et cancers du larynx (diagnostique+principe de traitement). France.
107. Mohssin, Asmae (2019). Laryngectomie totale experience du service d'oto-rhino laryngologie du CHU II de Fes pour l'obtention du doctorat en médecine, Fés, Maroc.
108. Moulin , P.(2005). Imaginaire social et cancer. Revue francophone de psychoncologie. N° 4,261.267 . <https://doi:10.1007/s10332-005-0094-y>
109. Nakarada-Kordic, L., Patterson, N., Wrapson, J., & Reay, S. D. (2018). A Systematic Review of patient and Caregiver Experiences with a Tracheostomy. The Patient, 11 (2) , 175 -191 . <https://doi.org/10.1007/s40271-017-0277-1>
110. Norbert Sillamy. (2003) . Dictionnaire de psychologie, Larousse-VUEF. Paris, France.
111. Office fédéral de la santé publique (OFSP). (2017). Le cancer en Suisse. Repéré à <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/service/zahlen-fakten/zahlen-fakten-nichtuebertragbare-krankheiten/krebserkrankungen-schweiz.html>
112. Office fédéral de la statistique Suisse(OFS).(2016). Le cancer en Suisse, rapport 2015 Repéré à <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/communiqués-presse.assetdetail.40068.html>
113. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2010). Repéré à <http://www.who.int/fr/home>
114. Pelaes de Carvalho, T., Spitaletti Araujo ,N.S., Curcio, D., & Rebelo Gonçalves, M. I. (2009). Tracheostomized patients care: efficacy of a brief theoretical education program for nursing personnel. Supportive care in cancer: official journal of the

Multinational Association of supportive Care in Cancer ,17(6), 749-751.<https://doi.org/10.1007/s00520-008-0560-8>

115. Pepin, S., Kerouac, J., Ducharme, F. (2010). La pratique inspirée de la conception de McGill, in *La pensée infirmière*, Montréal : Chenelière éducation, 103-104.

116. Pereira, M.G., Figueiredo, A. P., Fincham, F.D. (2012). Anxiety, depression, traumatic stress and quality of life in colorectal cancer after different treatments: A study with Portuguese patients and their partners. *European Journal of Oncology Nursing*,16 (3) , 227-232.

117. Perry, A., Casey, E., & Cotton, S. (2015). Quality of life after total laryngectomy: functioning, psychological well-being and self-efficacy. *International journal of language & communication disorders*, 50(4), 467-475.<https://doi.org/10.1111/1460-6984.12148>

118. Pierluigi Graziani, Joel Swendsen. (2005). *Le stress émotion et stratégies d'adaptation*. Paris , France : Armand Colin.

119. Rispal, E. (2001). *Cancers laryngés et pharyngo-laryngés: évaluation de la qualité de vie des laryngectomisés*. *Recherche en soins infirmiers*, 66.

120. Roussy Villejuif.(2009). *ORL et chirurgie cervico-faciale*. France,

121. Ryan, N.M. (1989). Stress- Coping strategies identified from school age childrens perspective . *Research in nursing and health*, 12 (2), 111-122. <https://doi.org/10.1002/nur.4770120208>

122. Schafer, Walt (1992) : *stress management for wellness*. Harcourt Brace Jovanovich college publisher.

123. Schlen,S.,Hollenhorst,H.,Schymura, B., Herschbach, P.,Aydemir ,U.,Firsching, M.,Duhmke,E.(2003).Psychosocial stress in cancer patients during and after radiotherapy.Strahlentherapie und onkologie, 179(3).175-80.doi 10.1007//s00066-003-1018-z.
124. Schraub S., Mercier M. (1993). Mesure de la qualité de vie en cancérologie. Evaluation de la qualité de vie. , Chapitre 3, 59-64.Paris : editions Masson
125. Schuster, M. , Hoppe, U., kummer , P., Eysholdt, U., and Rosanowski , F. (2003).Krankheitsbewältigungsstrategien laryngektomierter patienten ( Coping strategie in laryngéctomy patients). HNO, 51 (4), 337-343.<https://doi.org/10.1007/s00106-003-0810-5>
126. Semple , C.j., Sullivan , K., Dunwoody, L., Kernohan ,W.G.(2004). Psychosocial interventions for patients with head and neck cancer :past, present, and future. cancer nursing , 27(6) , 434-441.<https://doi.org/10.1097/00002820-200411000-00002>.
127. Singh,R.P. ,Singh,H. ,Singh,C.J. ,and Kaur,K.T. (2015).Screeing of psychological distress in cancer patients during chemotherapy : A cross – sectional study.Indian journal of palliative care , 21(3),305-310. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.164887>.
128. Smith, K. A., Bosch, J. D., Pelletier, G., Mackenzie, M., & Hoy, M. Y. (2016). The development of a tracheostomy-specific quality of life questionnaire: A pilot study. The Annals of otology rhinology, and Laryngology, 125(8), 667-671.<https://doi.org/10.1177/000348941664461>
129. Sophie Berjot, Noëlle Girault-Livdan. (2009). validation d'une version française de l'échelle d'évaluation cognitive primaire de «Brewer et Skinner »,

Canadian Psychological Association, Université de Reims Champagne-Ardenne, France.

130. Sophie Perie .(2010). Tumeurs ORL chirurgie onco-gériatrie.Paris : édition Marie curie.

131. Stéphane de Corbière et Elizabeth Fresnel .(2001). La voix : La corde vocal et son pathologie. Paris : édition ORL.

132. Steward B.W., Wild C.P. eds. (2014). World Cancer Report 2014. International Agency for Research on Cancer, Lyon.

133. Yahi, N. (2005). Diagnostique des adénopathies cervicales chroniques. Secteur sanitaire de Koubba, Alger.

134. Yazibene. Y. (2006). Système pharyngo-laryngée, Service ORL . Kouba, Alger.

الملاحق

الملحق رقم 01

مقياس الضغط النفسي

التعليمية :

أضع بين يديك قائمة تحتوي على مجموعة من الفقرات التي تعتبر من الأسباب المؤدية إلى شعورك بالانزعاج والضيق في الفترة الأخيرة الماضية، يرجى قراءة كل فقرة بصورة جيدة ثم ضع إشارة (X) في إحدى الخانات المناسبة لحالتك والتي تشعر بها في مقابل كل فقرة.

علما إن المعلومات التي ستدلي بها ستكون سرية ولن تستخدم إلا لأغراض الدراسة والبحث العلمي فقط، لذا يرجى الإجابة على جميع الفقرات وبكل صدق وصرامة.

الجنس :.....

السن :.....

المستوى التعليمي :.....

مدة العلاج :.....

نوع العلاج :.....

المستوى الاقتصادي :.....

عدد البنود	العبارات	تشكل ضغطا كبيرا جدا	تشكل ضغطا كبيرا	تشكل ضغطا متوسطا	تشكل ضغطا قليلا	لا تشكل ضغطا
1.	أشكو من التعب وقلة النشاط.					
2.	أعاني من الأرق واضطراب في النوم.					
3.	أشعر أن ذاكرتي أصبحت ضعيفة بعد إصابتي بالمرض.					
4.	أشكو من القلق والتوتر.					
5.	أشعر بالوحدة والانعزال عن الآخرين بعد إصابتي بالمرض.					
6.	فقدت الثقة بنفسي.					
7.	أنفعل بسرعة لأتفه الأسباب.					
8.	أشعر بالحزن والاكتئاب.					
9.	أشعر بأنني لست قادرا على القيام بما أريد.					
10.	أخاف المستقبل أكثر من الحاضر.					
11.	أشعر بفقدان الأمان والاستقرار النفسي.					
12.	أتضايق من اعتمادي على الآخرين.					
13.	فقدت الأمل بالبقاء على قيد الحياة.					
14.	أخاف من عودة المرض.					
15.	أنزعج من تواصلتي مع الآخرين.					
16.	أخاف أن أفقد دعم أهلي.					
17.	أشعر أنني عبء على أسرتي					
18.	أنزعج من تأثير الجراحة على مظهري.					
19.	أجد نفسي حائر لا أعرف كيف أتصرف في الكثير من المواقف.					



					أعاني من صعوبات مالية بسبب العلاج.	20.
					أعاني من فقدان المتعة في الحياة.	21.
					أعاني من مشاكل جنسية.	22.
					أشعر أن الله يعاقبني على أخطائي.	23.
					ترهقني الفحوصات الطبية المستمرة.	24.
					أعاني من آلام في الحلق .	25.
					أرى نفسي أقل فاعلية من الآخرين.	26.
					فقدت شهيتي للطعام.	27.
					تعتريني نوبات من التهيج والعصبية.	28.
					أحس بضيق في التنفس.	29.
					أشعر أن الناس يراقبونني.	30.
					تنتابني مخاوف غريبة لا أعرف لها سبباً.	31.
					أنا غير راض عن نفسي.	32.

الملحق رقم 02

مقياس استراتيجيات المواجهة

التعليمة :

من فضلك صف لنا وضعية ضاغطة (مشكلة) عايشتها خلا الأشهر الأخيرة

الماضية:.....  
.....  
.....

حدد شدة الإزعاج والتوتر التي سببتها المشكلة:

منخفض ( ) متوسط ( ) مرتفع ( )

من بين هذه الاستراتيجيات بين أي إستراتيجية مواجهة لجأت إليها لمواجهة

المشكلة:

ضع علامة (\*) في الخانة المناسبة لوصف ردود فعلك لمواجهة الموقف.

بالأخرى لا	لا	بالأخرى نعم	نعم	الاستراتيجيات المستعملة في مواجهة المشكلة	البنود
				وضعت خطة عمل واتبعتها.	1.
				تمنيت لو أن الوضعية اختفت أو انتهت.	2.
				حدثت شخصا عما أحسست به.	3.
				كافحت للحصول على ما أريد.	4.
				تمنيت لو استطعت تغيير ما حدث.	5.
				التمس مساعدة اختصاصي، وقمت بما نصحني به.	6.
				تغيرت بشكل إيجابي (إلى الأحسن).	7.
				تضايقت عندما عجزت عن تجنب المشكلة.	8.
				طلبت نصائح من شخص جدير بالاحترام واتبعتها.	9.
				عالجت الأمور واحدة بواحدة	10.
				تمنيت لو أن معجزة تحدث.	11.
				تكلمت مع شخص لأستعلم أكثر عن الموضوع.	12.
				ركزت على جانب إيجابي قد يظهر فيما بعد.	13.
				شعرت بالذنب.	14.
				احتفظت بمشاعري لنفسي.	15.
				خرجت أقوى من هذه الوضعية.	16.
				فكرت في أمور خيالية أو وهمية حتى أشعر بتحسن.	17.
				تكلمت مع أحد يستطيع التصرف بواقعية فيما يتعلق بالمشكلة.	18.
				غيرت أمورا لتكون النهاية حسنة.	19.
				حاولت نسيان كل شيء.	20.
				حاولت أن لا أعزل.	21.
				حاولت عدم التصرف بطريقة متسرعة أو أن أتبع الفكرة الأولى.	22.

				تمنيت لو أستطيع تغيير موقفي.	23.
				لقد تقبلت تعاطف أحدهم وتفهمه.	24.
				وجدت حلاً أو اثنين للمشكلة.	25.
				وبخت وانتقدت نفسي.	26.
				عرفت ما ينبغي القيام به، لذا ضاعفت جهودي لتحقيق ذلك.	27.

الملحق رقم 03

الخصائص السيكومترية لمقياس الضغوط النفسية

صدق المقارنة الطرفية

Test T

Statistiques de groupe

	المجموعات	N	Moyenn e	Ecart type	Moyenne erreur standard
مجموعات _الصدق	ضغط منخفض	8	97,38	16,088	5,688
	ضغط مرتفع	8	132,13	5,055	1,787

Test des échantillons indépendants

Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes					
F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilaté ral)	Diffé rence moye nne	Diffé rence erreur standa	Intervalle de confiance de la différence à 95 %

							rd	Inférie ur	Supéri eur
مجموع Hypothèse			-			-		-	-
de varianc ات_ا	3,592	,079	5,8	14	,000	34,75	5,962	47,53	21,96
لصدق égales			28			0		8	2
Hypothèse			-			-		-	-
de varianc de varianc			5,8	8,3	,000	34,75	5,962	48,39	21,10
inéga les			28	69		0		4	6

### Fiabilité

Echelle : ALL VARIABLES

### Récapitulatif de traitement des observations

	N	%
Observation Valide	30	100,0
s Exclue	0	,0
Total	30	100,0

**Statistiques de fiabilité**

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,797	5

**Statistiques de total des éléments**

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
البعد_النفسي	176,70	523,734	,933	,627
البعد_الجسمي	211,13	859,499	,656	,792
البعد_العلاج	222,87	889,775	,649	,804
البعد_اجتماعي_اقتصادي	213,90	817,059	,806	,767
المجموع_الكلي	117,80	248,234	1,000	,736

## الملحق رقم 04

## الخصائص السيكومترية لمقياس الإستراتيجيات المواجهة

## صدق المقارنة الطرفية

Test T

## Statistiques de groupe

	مجموعات_الصدق	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الإستراتيجية المتمركة حول المشكلة	1 2	8 8	21,25 36,38	2,435 1,923	,861 ,680
الإستراتيجية المتمركة حول الانفعال	1 2	8 8	23,38 28,63	4,173 ,518	1,475 ,183
الإستراتيجية المتمركة حول الدعم الاجتماعي	1 2	8 8	21,88 30,75	4,612 ,463	1,630 ,164



Test des échantillons indépendants

	Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
	F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
								Inférieur	Supérieur
الإستراتيجية المتكاملة Hypothèse de variances égales	,009	,924	-13,789	14	,000	15,125	1,097	-17,478	12,772
كثرة حول المشكل Hypothèse de variances inégales			-13,789	13,285	,000	15,125	1,097	-17,489	12,761
الإستراتيجية المتكاملة Hypothèse de variances égales	12,353	,003	-3,532	14	,003	-5,250	1,487	-8,438	-2,062

كزة Hypothèse									
حول de variances			-	7,2					
الانفعا inégales			3,5	15	,009	-5,250	1,487	-8,744	-1,756
ل			32						
الإسترا Hypothèse			-					-	
تيجية de variances	3,414	,086	5,4	14	,000	-8,875	1,639	12,39	-5,360
المتمر égales			16					0	
كزة Hypothèse									
حول de variances									
الدء_ inégales			-	7,1				-	
م			5,4	41	,001	-8,875	1,639	12,73	-5,016
الاج_			16					4	
تماعي									

**Fiabilité****Récapitulatif de traitement des observations**

	N	%
Observations Valides	30	100,0
Exclues	0	,0
Total	30	100,0

**Statistiques de fiabilité**

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,682	4

## Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
استراتيجية_المتمركزة_حول_الامشكلة	135,63	172,792	,352	,694
استراتيجية_المتمركزة_حول_الانفعال	138,33	215,057	,513	,648
استراتيجية_حول_الدعم_الاجتماعي	138,37	211,551	,322	,695
المجموع_الكلي	82,47	66,947	1,000	,070

الملحق رقم 05

المعالجة الإحصائية للفرضية الرئيسية الأولى

Fréquences

Remarques

Sortie obtenue	24-DEC-2020 10:48:34
Commentaires	
Entrée	Données
	C:\Users\Nacer Psy\Desktop\abdo\الخصائص السيكومترية\مقياس الضغط النفسي.sav
	Jeu de données actif
	Jeu_de_données2
	Filtre
	<sans>
	Pondération
	<sans>
	Fichier scindé
	<sans>
	N de lignes dans le fichier de travail
	32

Gestion des valeurs manquantes	Définition de la valeur manquante	Les valeurs manquantes définies par l'utilisateur sont traitées comme étant manquantes.
	Observations utilisées	Les statistiques sont basées sur toutes les observations comportant des données valides.
Syntaxe		<p>FREQUENCIES</p> <p>VARIABLES= البعد_النفسي          البعد_الجسدي          البعد_اجتماعي_اقتصادي          المجموع_الكلي</p> <p>/FORMAT=NOTABLE</p> <p>/STATISTICS=STDDEV</p> <p>MINIMUM MAXIMUM MEAN</p> <p>/ORDER=ANALYSIS.</p>
Ressources	Temps de processeur	00:00:00,02
	Temps écoulé	00:00:00,02

**Statistiques**

	المجموع_الكلية	البعد_اجتماعي_اقتصادي	البعد_العلاج	البعد_الجسدي	البعد_النفسي
	كلي	ي_اقتصادي	لاج	سمي	فسي

N	Valide	30	30	30	30	30
	Manquant	2	2	2	2	2
	Moyenne	58,90	24,47	12,73	21,70	117,80
	Ecart type	9,064	3,203	2,504	3,544	15,755
	Minimum	38	14	3	12	67
	Maximum	74	29	15	27	141

الملحق رقم 06

المعالجة الإحصائية للفرضية الجزئية الأولى

Tests non paramétriques

Test de Mann-Whitney

Rangs

	السن	N	Rang moyen :	Somme des rangs
البعد_النفسي	من 40 الى 60	16	15,19	243,00
	اكثرمن 60	14	15,86	222,00
	Total	30		
البعد_الجسمي	من 40 الى 60	16	12,16	194,50
	اكثرمن 60	14	19,32	270,50
	Total	30		
البعد_العلاج	من 40 الى 60	16	19,59	313,50
	اكثرمن 60	14	10,82	151,50



Total	30		
من 40 الى البعد اجتماعي-اقتصادي	16	15,13	242,00
60			
اكثر من 60	14	15,93	223,00
Total	30		
من 40 الى المجموع الكلي	16	15,13	242,00
60			
اكثر من 60	14	15,93	223,00
Total	30		

### Tests statistiques

	البعد_الذ فسي	البعد_الج سسي	البعد_الع لاج	البعد_اجتماع ي_اقتصادي	المجموع_ال كلي
U de Mann-Whitney	107,000	58,500	46,500	106,000	106,000
W de Wilcoxon	243,000	194,500	151,500	242,000	242,000
Z	-,208	-,2,241	-,2,781	-,252	-,250
Sig. asymptotique (bilatérale)	,835	,025	,005	,801	,803

الملاحق :

Sig. exacte [2*(sig. unilatérale)]	,854	,025	,005	,822	,822
------------------------------------	------	------	------	------	------

الملحق رقم 07

المعالجة الإحصائية للفرضية الجزئية الثانية

Tests non paramétriques

Test de Mann-Whitney

Rangs

	نوع_الاستا صال	N	Rang moyen :	Somme des rangs
البعد_النفسي	استاصال كلي	12	16,46	197,50
	استاصال جزئي	18	14,86	267,50
	Total	30		
البعد_الجسمي	استاصال كلي	12	21,50	258,00
	استاصال جزئي	18	11,50	207,00

Total	30		
البعد_العلاج استصال كلي	12	9,54	114,50
استصال جزئي	18	19,47	350,50
Total	30		
البعد_اجتماعي_ا اقتصادي كلي	12	15,33	184,00
استصال جزئي	18	15,61	281,00
Total	30		
المجموع_الكلي استصال كلي	12	16,71	200,50
استصال جزئي	18	14,69	264,50
Total	30		

Tests statistiques

	البعد_الذ فسي	البعد_الج سمي	البعد_الع لاج	البعد_اجتماع ي_اقتصادي	المجموع_ال كلي
U de Mann-Whitney	96,500	36,000	36,500	106,000	93,500
W de Wilcoxon	267,500	207,000	114,500	184,000	264,500
Z	-,488	-,3071	-,3091	-,085	-,615
Sig. asymptotique (bilatérale)	,625	,002	,002	,932	,539
Sig. exacte [2*(sig. unilatérale)]	,632	,002	,002	,950	,545

الملحق رقم 08

مخرجات المعالجة الإحصائية للفرضية الجزئية الثالثة

Tests non paramétriques

Test de Mann-Whitney

Rangs

	مدة_العلاج	N	Rang moyen :	Somme des rangs
البعد_النفسي	سنتين وقل	18	17,47	314,50
	اكثر من ثلاث سنوات	12	12,54	150,50
	Total	30		
البعد_الجسي	سنتين وقل	18	16,08	289,50
	اكثر من ثلاث سنوات	12	14,63	175,50
	Total	30		
البعد_العلاج	سنتين وقل	18	19,78	356,00
	اكثر من ثلاث سنوات	12	9,08	109,00
	Total	30		

البعـد_اجتماعي_اقتصادي	سنتين واصل	18	17,31	311,50
	اكثر من ثلاث سنوات	12	12,79	153,50
	Total	30		
المجموع_الكلي	سنتين واصل	18	17,72	319,00
	اكثر من ثلاث سنوات	12	12,17	146,00
	Total	30		

### Tests statistiques

	البعـد_الذسي	البعـد_الجمسي	البعـد_العلاج	البعـد_اجتماعي_اقتصادي	المجموع_الكلي
U de Mann-Whitney	72,500	97,500	31,000	75,500	68,000
W de Wilcoxon	150,500	175,500	109,000	153,500	146,000
Z	-1,507	-,448	-3,329	-1,388	-1,695
Sig. asymptotique (bilatérale)	,132	,654	,001	,165	,090
Sig. exacte [2*(sig. unilatérale)]	,134	,662	,001	,172	,095

الإحصاء الوصفي للفرضية الرئيسية الثانية

Statistiques

		استراتيجية_المتمة ركزة_حول_الم شكلة	استراتيجية_المت مركزة_حول_ الانفعال	استراتيجية_حو ل_الدعم_الاج تماعي	المجموع_ال كلي
N	Valide	30	30	30	30
	Manquant	0	0	0	0
	Moyenne	29,30	26,60	26,57	82,47
	Ecart type	6,160	2,931	4,158	8,182
	Minimum	16	15	11	47
	Maximum	39	29	31	95





مخرجات المعالجة الإحصائية للفرضية الجزئية الرابعة

Tests non paramétriques

Test de Kruskal-Wallis

Rangs

	السن	N	Rang moyen :
استراتيجية_المتمرکزة_حول _المشكلة	من 40 الى 60	16	22,06
	اكثر من 60	14	8,00
	Total	30	
استراتيجية_المتمرکزة_حو ل_الانفعال	من 40 الى 60	16	14,78
	اكثر من 60	14	16,32
	Total	30	

اجتماعي	من 40 الى 60	16	11,25
	اكثر من 60	14	20,36
	Total	30	

### Tests statistiques

	استراتيجية_المتما ركزة_حول_الم شكلة	استراتيجية_المت مركزة_حول_ الانفعال	استراتيجية_حو ل_الدعم_الاج تماعي
Khi-deux	19,159	,249	8,160
ddl	1	1	1
Sig. asymptotique	,000	,618	,004

مخرجات المعالجة الإحصائية للفرضية الجزئية الخامسة

Tests non paramétriques

Test de Kruskal-Wallis

Rangs

	نوع_الاستا صال	N	Rang moyen :
استرجية_المتمركزة_حول _المشكلة	استاصال كلي	12	8,46
	استاصال جزئي	18	20,19
	Total	30	
استراتيجية_المتمركزة_حو ل_الانفعال	استاصال كلي	12	16,17
	استاصال جزئي	18	15,06
	Total		

Total	30	
استراتيجية_حول_الدعم_الاجتماعي	12	19,75
استتصال كلي		
استتصال جزئي	18	12,67
Total	30	

### Tests statistiques

	استراتيجية_المتمة ركزة_حول_الم شكلة	استراتيجية_المتة مركزة_حول_ الانفعال	استراتيجية_حو ل_الدعم_الاج تماعي
Khi-deux	12,868	,125	4,760
ddl	1	1	1
Sig. asymptotique	,000	,724	,029

مخرجات المعالجة الإحصائية للفرضية الجزئية السادسة

Tests non paramétriques

Test de Kruskal-Wallis

Rangs

	مدة_العلا ج	N	Rang moyen :
استرجية_المتمركزة_حول _المشكلة	سنتين واقل	18	18,61
	أكثر من سنتين	12	10,83
	Total	30	
استراتيجية_المتمركزة_حو ل_الانفعال	سنتين واقل	18	15,42
	أكثر من سنتين	12	15,63
	Total	30	

الاجتماعي	سنتين واقل	18	15,22
	اكتر من سنتين	12	15,92
	Total	30	

Tests statistiques

	استراتيجية_المتما ركزة_حول_الم شكلة	استراتيجية_المتد مركزة_حول_ الانفعال	استراتيجية_حو ل_الدعم_الاج تماعي
Khi-deux	5,652	,004	,046
ddl	1	1	1
Sig. asymptotique	,077	,947	,831