



جامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس



العلاقة بين الأنماط السلوكية وأساليب التعامل مع الضغط النفسي ونوعية الحياة لدى المرضى المزمنين

أطروحة مقدمة لنيل درجة دكتوراه علوم في تخصص علم النفس العيادي

إشراف الأستاذ الدكتور:

أ. د نبيل بحري

إعداد الطالب:

يزيد شوبعل

لجنة المناقشة:

- البروفيسور سعيد رياش: أستاذ التعليم العالي بجامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله رئيساً
- البروفيسور نبيل بحري: أستاذ التعليم العالي بجامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله مشرفاً
- الدكتور سمير بوالطمين: أستاذ محاضر "أ" بجامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله مناقشاً
- الدكتور نبيل ولد محي الدين: أستاذ محاضر "أ" بجامعة يحي فارس بالمدينة..... مناقشاً
- الدكتور مصطفى عبدون: أستاذ محاضر "أ" بجامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله.....مناقشا
- الدكتور محمد بن قطاف: أستاذ محاضر "أ" بجامعة يحي فارس بالمدينة..... مناقشا

السنة الدراسية:

2017-2016



قال تعالى:

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿قَالُوا سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ

الْحَكِيمُ﴾

صدق الله العظيم

سورة البقرة آية:

إهداء

إلى والدي العزيز الذي أضاء لي درب حياتي

إلى والدتي رمز المحبة والعطاء

إلى أخي الحبيب علي القلبى، وأخواتي العزيزات

إلى من له الحق علي من قريب أو صديق، وإلى كل من شاركني وتحمل معي

مشاق هذا البحث

إلى كل من علمني من أستاذي الكرام.

إليهم جميعاً أهدي هذا الجهد، مقروناً بالدعاء إلى الله العلي القدير أن

يجزيهم عني خير الجزاء ويعينني على رد الجميل لأهليه.

الباحث

يزيد شويل

شكر وتقدير

الحمد لله رب العالمين، أحمده واستعين به، وأشكره على جزييل عطائه، وأصلي وأسلم على خاتم رسله وأنبيائه، محمد صلى الله عليه وسلم.

يسعدني أن أتقدم بوافر الشكر والعرفان وعميق تقديري وإمتناني إلى أستاذي المشرف الدكتور نبيل بحري، الذي أولى هذا البحث رعايته وعنايته، وكان له من التوجيهات والإرشادات ما يعمق مضمون هذه الرسالة، ويرفع قدرها بروح علمية.

كما أتقدم بشكري وتقديري إلى أستاذي الأجل الأستاذ الدكتور سعيد رياش، و الدكتور سمير بوطمين، والدكتور مصطفى عبدون، والدكتور نبيل ولد محي الدين، والدكتور محمد بن قطاف، على تفضلهم قبول مناقشتي لإتمام هذا البحث، وقد كان لملاحظاتهم الذكية، ونقدتهم البناء ونظراتهم العميقة وموضوعيتهم العلمية ما رفع من القيمة العلمية لهذه الرسالة، فجزاهم الله كل خير.

كما أتقدم بالشكر الخاص إلى كل من الدكتور لخضر شتوي، ريس قسم العلوم الإجتماعية، والدكتور فريد بكيس، والأستاذ علي فارس، والأستاذة كريمة بحرة، على كل الدعم والمساعدة المقدمة من طرفهم، فلهم كل المحبة والتقدير.

وكل الإمتنان والعرفان إلى كل من أبدى رأيا، وأسدى نصحا، وإلى كل من قدم لي عوناً يتصل بإنجاز هذا البحث وإخراجه بشكله النهائي.

هدف البحث الحالي إلى معرفة العلاقة بين الأنماط السلوكية وأساليب التعامل مع الضغط النفسي ونوعية الحياة لدى المرضى المزمنين على عينة بلغت (377) مكونة من (118) من مرضى القلب، و(121) من مرضى ضغط الدم، و(138) من مرضى السكري، والذين تم إختيارهم بطريقة قصدية، والذين تم تطبيق عليهم كل من المقاييس التالية:

. مقياس الأنماط السلوكية لـ "الفرح والعثوم" (1999).

. مقياس أساليب التعامل مع الضغط النفسي لـ "pulhan et al" (1994)، ترجمة "شهرزاد بوشدوب" (2009).

. مقياس منظمة الصحة العالمية لنوعية الحياة Wohqol-100 ، ترجمة "أحمد حسانين أحمد محمد" (2011).

وبعد التطبيق وتفرغ البيانات وتحليلها ومناقشتها تم التوصل إلى النتائج التالية:

01. توجد علاقة وفروق بين الأنماط السلوكية (أ) (ب) و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) الاستخدام لأساليب التعامل مع الضغط النفسي لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري)، في حين لم تتوصل النتائج إلى وجود علاقة وفروق بين الأنماط السلوكية (أ) (ب)، و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) أسلوب حل المشكل لدى كل من مرضى القلب، ومرضى السكري.

02. توجد علاقة وفروق بين الأنماط السلوكية (أ) (ب) و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري)، كما تبين بأنه لا توجد علاقة بين الأنماط السلوكية (أ) (ب)، ونوعية الإستقلال والإعتماد على الذات لدى المرضى المزمنين، ومرضى ضغط الدم، والسكري، وكذلك في مجال العلاقات الإجتماعية لدى المرضى المزمنين، ومرضى القلب، والسكري، وتم التوصل إلى أنه لا توجد علاقة بين الأنماط السلوكية (أ) (ب) ومجال المعتقدات الدينية لدى مرضى المزمنين، ومرضى ضغط الدم، والسكري.

03. توجد علاقة وفروق بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) الاستخدام لأساليب التعامل مع الضغط النفسي، و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري)، وتبين بأنه لا توجد علاقة وفروق بين الأساليب ونوعية المجال الجسمي لدى مرضى القلب، ونوعية المجال النفسي ونوعية الحياة والصحة العامة لدى المرضى المزمنين، كما تبين بأنه لا توجد علاقة وفروق بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل مع الضغط النفسي، و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) نوعية مجال الإستقلال والإعتماد على الذات، ونوعية المعتقدات الدينية لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري).

04. توجد فروق في الأنماط السلوكية (أ) (ب) تعزى لمتغير الجنس لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم) في حين تم التوصل إلى أنه لا توجد فروق في الأنماط السلوكية (أ) (ب) تعزى لمتغير الجنس لدى مرضى السكري.

. توجد فروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي لعزى لمتغير الجنس لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري)، في تبين بأنه لا توجد فروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي المركزة على المشكل لدى مرضى السكري تعزى لمتغير الجنس، كما لا توجد فروق في أسلوب البحث عن الدعم الإجتماعي تعزى لمتغير

الجنس لدى مرضى ضغط الدم، كما أنه لا توجد فروق في أسلوب إعادة التقييم المعرفي تعزى لمتغير الجنس لدى مرضى القلب، والسكري.

. لا توجد فروق في نوعية الحياة (المعتقدات الدينية، نوعية الحياة والصحة العامة) تعزى للجنس لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري)، كما لا توجد فروق في نوعية المجال الجسمي تعزى لمتغير الجنس لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم)، في حين توجد فروق لدى مرضى السكري، وهذا ما توافق مع نوعية المجال النفسي، كما تبين بأنه لا توجد فروق في نوعية مجال الاستقلال، ومجال العلاقات الاجتماعية لدى المرضى المزمنين (القلب، السكري)، في حين توجد فروق لدى مرضى ضغط الدم، وتبين بأنه توجد فروق في نوعية المجال البيئي تعزى لمتغير الجنس لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري).

05. لا توجد فروق في النمط السلوكي (أ) تعزى لمتغير العمر لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري)، وكذلك لا توجد فروق في النمط السلوكي (ب) تعزى لمتغير الفئة العمرية لدى مرضى القلب وضغط الدم، في حين تم التوصل إلى أنه توجد فروق في النمط السلوكي (ب) تعزى لمتغير الفئة العمرية لدى مرضى السكري والمرضى المزمنين.

. لا توجد فروق في أساليب التعامل المركزة على المشكل تعزى لمتغير الفئة العمرية لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري)، وكذلك لا توجد فروق في أسلوب حل المشكل لدى مرضى المزمنين (القلب، السكري)، في حين توجد فروق لدى مرضى ضغط الدم، وتم التوصل إلى وجود فروق في كل من (البحث عن الدعم الاجتماعي، الأساليب المركزة على الإنفعال، إعادة التقييم المعرفي) تعزى لمتغير الفئة العمرية لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري)، وتم التوصل كذلك إلى أنه توجد فروق في كل من أسلوب التجنب، ولوم الذات راجعة لمتغير الفئة العمرية لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم)، في حين لم تظهر فروق لدى مرضى السكري في بعد التجنب، ولوم الذات تعزى لمتغير الفئة العمرية.

. توجد فروق في نوعية المجال النفسي تعزى لمتغير الفئة العمرية لدى مرضى القلب، وضغط الدم في حين لا توجد فروق لدى المرضى المزمنين، ومرضى السكري، وتبين بأنه توجد فروق في نوعية المجال النفسي ونوعية العلاقات الاجتماعية تعزى لمتغير الفئة العمرية لدى مرضى القلب، في حين لا توجد فروق لدى المرضى المزمنين (ضغط الدم، السكري)، كما أظهرت النتائج بأنه توجد فروق في نوعية البيئة تعزى لمتغير الفئة العمرية لدى المرضى المزمنين، ومرضى ضغط الدم، في حين لم تظهر فروق لدى مرضى القلب، والسكري، وتم التوصل كذلك إلى أنه توجد فروق في نوعية المعتقدات الدينية تعزى لمتغير الفئة العمرية لدى المرضى المزمنين، ومرضى السكري، لكن لم تظهر فروق لدى مرضى القلب، وضغط الدم، وتم التأكد بأنه توجد فروق في نوعية الحياة والصحة العامة تعزى لمتغير الفئة العمرية لدى مرضى ضغط الدم، في حين لم تظهر فروق لدى المرضى المزمنين (القلب، السكري).

06. لا توجد فروق في النمط السلوكي (أ) تعزى لمتغير المستوى الإقتصادي لدى المرضى المزمنين، ومرضى القلب، في حين توجد فروق لدى مرضى ضغط الدم، ومرضى السكري، كما تبين بأنه توجد فروق في النمط السلوكي

(ب) تعزى لمتغير المستوى الإقتصادي لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم) في حين لم تظهر فروق لدى مرضى السكري.

. توجد فروق في أسلوب حل المشكل والأساليب المركزة على الإنفعال، والتجنب، ولوم الذات تعزى لمتغير المستوى الإقتصادي لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري)، وتبين بأنه توجد فروق في الأساليب المركزة على المشكل لدى مرضى القلب، وضغط الدم، في حين لم تظهر فروق لدى المرضى المزمنين، مرضى السكري، وتبين من خلال النتائج المتوصل إليها إلى أنه توجد فروق في أسلوب الدعم الإجتماعي لدى المرضى المزمنين (ضغط الدم، السكري)، ولم تظهر فروق لدى مرضى القلب، وتوصلت النتائج إلى أنه توجد فروق في أسلوب إعادة التقييم المعرفي لدى المرضى المزمنين، ومرضى القلب، ولم تظهر فروق لدى مرضى ضغط الدم، والسكري.

. لا توجد فروق في نوعية (الإستقلال والإعتماد على الذات، والعلاقات الإجتماعية) تعزى لمتغير المستوى الإقتصادي لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري)، وتبين بأنه توجد فروق في نوعية المجال النفسي لدى المرضى المزمنين، ومرضى السكري، في حين لم تظهر فروق لدى مرضى القلب، وضغط الدم، وتم التوصل بأنه توجد فروق في نوعية المجال النفسي لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم)، لم تظهر فروق لدى مرضى السكري، وهذا ما توافق تماما مع نوعية المجال البيئي، وتبين بأنه توجد فروق فيما يخص المعتقدات الدينية لدى مرضى السكري، ولم يصل البحث إلى أنه توجد فروق لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم)، وتم التوصل إلى أنه توجد فروق في نوعية الحياة والصحة العامة لدى مرضى ضغط الدم، ولم تظهر في فروق لدى المرضى المزمنين (القلب، السكري).

07. لا توجد فروق في النمط السلوكي (أ) تعزى لمتغير المستوى الدراسي لدى المرضى المزمنين ومرضى القلب، والسكري، في حين تبين بأنه توجد فروق في النمط السلوكي (أ) تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى مرضى ضغط الدم، وتم التوصل إلى أنه توجد فروق في النمط السلوكي (ب) تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى مرضى القلب، ومرضى ضغط الدم، ولا توجد فروق لدى المرضى المزمنين، ومرضى السكري.

. توجد فروق في أسلوب حل المشكل، والأساليب المركزة على الإنفعال تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري)، كما أنه توجد فروق في كل من أسلوب التجنب، ولوم الذات تعزى للمستوى التعليمي لدى كل من مرضى القلب، وضغط الدم، والسكري، ولا توجد فروق لدى المرضى المزمنين، وبخصوص الأساليب المركزة على المشكل، فتم التوصل إلى أنه توجد فروق راجعة للمستوى التعليمي لدى المرضى المزمنين، ومرضى ضغط الدم، ولا توجد فروق لدى مرضى القلب، والسكري، وتبين بأنه توجد فروق في أسلوب البحث عن الدعم الإجتماعي تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى مرضى القلب، وضغط الدم، ولا توجد لدى المرضى المزمنين، ومرضى السكري، وتبين بأنه توجد فروق في أسلوب إعادة التقييم المعرفي راجعة لمتغير المستوى التعليمي لدى مرضى (القلب، ضغط الدم، السكري)، ولا توجد لدى المرضى المزمنين.

. لا توجد فروق في نوعية المجال النفسي تعزى لمتغير المستوى الدراسي لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم)، وتوجد فروق لدى مرضى السكري، وأظهرت النتائج بأنه لا توجد فروق في نوعية المجال النفسي لدى مرضى

القلب، والسكري، في حين ظهرت فروق لدى المرضى المزمنين، ومرضى ضغط الدم، وتبين بأنه توجد فروق في نوعية مجال الإستقلال لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم)، ولم توجد فروق لدى مرضى السكري، وتم التوصل إلى أنه لا توجد فروق في مجال العلاقات الإجتماعية لدى المرضى المزمنين (القلب، السكري)، وتم التوصل إلى وجود فروق لدى مرضى ضغط الدم، وبخصوص نوعية المجال البيئي فلم تظهر فروق لدى المرضى المزمنين (ضغط الدم، السكري)، في حين ظهرت فروق لدى مرضى القلب، كما تبين بأنه لا توجد فروق في مجال المعتقدات الدينية لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم)، وتبين بأنه توجد فروق لدى مرضى السكري، وتبين كذلك بأنه لا توجد فروق في نوعية الحياة والصحة العامة تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى المرضى المزمنين (القلب، السكري)، في حين ظهرت فروق لدى مرضى ضغط الدم.

08. يوجد تفاعل إيجابي بين الأنماط السلوكية (أ) (ب) وأساليب التعامل مع الضغط النفسي وتوعية الحياة لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري)، حيث تبين أن أفضل النماذج هو النموذج التفاعلي الذي تكون فيه الصحة العامة المسار الرئيسي (المتغير السببي)، ويكون فيه أسلوب حل المشكلات متغيراً وسيطاً، والنمط السلوكي متغيراً معدلاً، كما أظهرت عملية تحليل العوامل أن هناك خصائص مميزة لكل من مرض القلب، وضغط الدم، والسكري، وهي كالآتي:

. مرض القلب يتأثر بستة (06) عوامل، وهي كل من لوم الذات وحل المشكل، وإعادة التقييم المعرفي، وكذلك نوعية الحياة في كل من المجال النفسي، والجسمي، والمعتقدات الدينية.

. مرض ضغط الدم فقد شمل التأثير (05) خمسة عوامل هي أسلوب التجنب، والبحث عن الدعم الإجتماعي، ومستوى السن، ونوعية الحياة (المجال النفسي، نوعية العلاقات الإجتماعية).

. مرض السكري فقد أظهر أن هناك (07) سبعة عوامل تمثلت في كل من أسلوب التجنب، وحل المشكل، والأنماط السلوكية (أ) (ب)، وكل من مجالات نوعية الحياة (البيئة، العلاقات الإجتماعية، النفسية، الإستقلال و الإعتماد على الذات).

الإهداء

الشكر

ملخص البحث

قائمة الأشكال

قائمة الجداول

أ. مقدمة.....

الجانب النظري

الفصل الأول: الإطار العام للبحث .

1. إشكالية البحث.....03
2. فرضيات البحث.....14
3. أهداف البحث.....15
4. أهمية البحث.....16
5. تحديد مفاهيم البحث.....16

الفصل الثاني: الأنماط السلوكية

- تمهيد.....20
1. نبذة تاريخية عن ظهور الأنماط السلوكية.....20
 2. النمط السلوكي (أ) type (A).....22
 3. النمط السلوكي ب type (B).....27
 4. النمط السلوكي ج type (c).....30
 5. النمط السلوكي د type (D).....32
 6. النظريات المفسرة للخصائص المرتبطة بالأنماط السلوكية.....34
 7. قياس الأنماط السلوكية.....36
-37 خلاصة الفصل

الفصل الثالث: أساليب التعامل مع الضغوط النفسية.

- تمهيد.....39
1. تعريف الضغط النفسي.....39
 2. مصادر الضغط النفسي.....40
 3. أنواع الضغوط النفسية.....41

43.....	4. النظريات المفسرة للضغوط.....
47.....	5. تعريف أساليب التعامل مع الضغط النفسي.....
48.....	6. النظريات المفسرة لأساليب التعامل مع الضغط النفسي.....
51.....	7. المنحى المعرفي في تفسير أساليب التعامل مع الضغوط النفسية.....
55.....	8. تصنيف أساليب التعامل مع الضغط النفسي.....
56.....	9. مقاييس أساليب التعامل مع الضغط النفسي الضغوط.....
59.....	. خلاصة الفصل.....

الفصل الرابع: علم النفس الإيجابي ونوعية الحياة

61.....	. تمهيد.....
62.....	أولاً-علم النفس الإيجابي.....
62.....	1. نشأة علم النفس الإيجابي.....
64.....	2. مفهوم علم النفس الإيجابي.....
65.....	3. الغاية من علم النفس الإيجابي.....
66.....	ثانياً- نوعية الحياة.....
66.....	1. مفهوم نوعية الحياة.....
67.....	2. تحديد مفهوم نوعية الحياة وتفسيره.....
74.....	. خلاصة الفصل.....

الفصل الخامس: الأمراض المزمنة

77.....	. تمهيد.....
77.....	أولاً- الأمراض المزمنة.....
77.....	1. تعريف الأمراض المزمنة.....
78.....	2. المرض المزمن كظاهرة إجتماعية.....
78.....	3. الإستجابة الإنفعالية للمرض المزمن.....
79.....	ثانياً- الأمراض القلبية.....
79.....	1. وظيفة صمامات القلب وأنواعها.....
79.....	2. الدورة القلبية.....
80.....	3. الإضطرابات القلبية.....

4.	العوامل المسببة للإضطرابات الوعائية القلبية.....	80
5.	الظواهر الأساسية للإضطرابات القلبية الوعائية.....	81
6.	العلاجات الدوائية	81
ثالثا-	ضغط الدم.....	85
1.	أ تعريف ضغط الدم.....	85
2.	الضغط الدموي.....	85
3.	أنواع الضغط الدموي.....	85
4.	تصنيف إرتفاع ضغط الدم.....	88
5.	العوامل والأسباب المؤدية للإصابة بإرتفاع ضغط الدم.....	88
6.	تشخيص ضغط الدم.....	90
7.	مضاعفات مرض إرتفاع ضغط الدم.....	91
رابعا-	داء السكري	93
1.	تعريف مرض السكري.....	93
2.	أعراض مرض السكر.....	93
3.	أنواع داء السكر.....	94
4.	كيفية حدوث مرض السكري.....	94
5.	نسبة السكر في الدم.....	95
6.	مضاعفات مرض السكر.....	95
7.	أسباب حدوث مرض السكري.....	97
8.	تصنيفات داء السكري.....	98
.	خلاصة الفصل.....	99

الجانب الميداني

الفصل السادس: الإجراءات المنهجية للبحث الميداني

.	تمهيد.....	102
.	أولاً: الدراسة الإستطلاعية.....	102
.	ثانياً: البحث الأساسي.....	103
1.	المنهج المتبع في البحث.....	103

103.....	2. حدود البحث.....
104.....	3. مجتمع البحث.....
104.....	4. عينة البحث.....
106.....	5. الأدوات المستخدمة في البحث.....
106.....	15. مقياس النمط السلوكي أ ب
108.....	25. مقياس أساليب التعامل مع الضغوط النفسية.....
115.....	35. مقياس نوعية الحياة.....
126.....	6. التقنيات الإحصائية المستعملة في البحث.....
126.....	. خلاصة الفصل.....

الفصل السابع: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

128.....	. تمهيد.....
128.....	1. عرض و مناقشة النتائج
128.....	1.1. عرض ومناقشة الفرضية الأولى.....
147.....	2.1. عرض ومناقشة الفرضية الثانية.....
164.....	3.1. عرض ومناقشة الفرضية الثالثة.....
194.....	4.1. عرض ومناقشة الفرضية الرابعة.....
211.....	5.1. عرض ومناقشة الفرضية الخامسة.....
242.....	6.1. عرض ومناقشة الفرضية السادسة.....
274.....	7.1. عرض ومناقشة الفرضية السابعة.....
307.....	8.1. عرض ومناقشة الفرضية الثامنة.....
316.....	2. الاستنتاج العام للبحث
232.....	3. إقتراحات البحث.....
333.....	4. خاتمة البحث.....
337.....	قائمة المراجع.....
351.....	الملحق رقم(01).....
353.....	الملحق رقم(02).....
355.....	الملحق رقم(03).....
362.....	الملحق رقم(04).....

الصفحة	فهرس الأشكال
24	شكل رقم (1): يبين العوامل المساهمة في تطور النمط السلوكي (أ)
24	الشكل رقم (02): يبين الحلقة المفرغة للنمط السلوكي (أ)
30	الشكل رقم (03): يبين تطور النمط (ج) حسب (1987) Temoshok
46	الشكل رقم (04): يوضح التصور العام لنظرية لازاروس في تفسير الضغط:
51	الشكل رقم (05): يمثل عملية المواجهة من خلال النموذج المتعدد الأبعاد لجرانزفورت.
73	شكل رقم (06): يبين البناء النظري المنظم لمفهوم نوعية الحياة ومسبباتها.
74	شكل رقم (07): يوضح نموذج أبو سريع وآخرون (2006) لتصنيف محددات نوعية الحياة.
87	المخطط رقم (08): يمثل أنواع الضغط الدموي.
131	الشكل رقم (09): يوضح العلاقة والفروق بين الأنماط السلوكية (أ) و (ب)، وأساليب التعامل مع الضغط النفسي لدى المرضى المزمنين:
134	الشكل رقم (10): يوضح العلاقة والفروق بين الأنماط السلوكية (أ) و (ب)، وأساليب التعامل مع الضغط النفسي لدى القلب.
137	الشكل رقم (11): يوضح العلاقة والفروق بين الأنماط السلوكية (أ) و (ب)، وأساليب التعامل مع الضغط النفسي لدى مرضى ضغط الدم.
140	الشكل رقم (12): يوضح العلاقة والفروق بين الأنماط السلوكية (أ) و (ب)، وأساليب التعامل مع الضغط النفسي لدى مرضى السكري.
141	نموذج تفسيري رقم (13) لتبيان العلاقات والارتباطات بين الأنماط والسلوكي (منخفض، متوسط، مرتفع) (الاستخدام، لأساليب التعامل مع الضغط النفسي).
149	الشكل التفسيري رقم (14): يبين العلاقة بين الأنماط السلوكية (أ) (ب) ونوعية الحياة لدى المرضى المزمنين.
152	الشكل التفسيري رقم (15): يبين العلاقة والفروق بين الأنماط السلوكية (أ) (ب) ونوعية الحياة لدى مرضى القلب.
155	الشكل التفسيري رقم (16): يبين العلاقة والفروق بين الأنماط السلوكية (أ) (ب) ونوعية الحياة لدى مرضى ضغط الدم.
158	الشكل التفسيري رقم (17): يبين العلاقة والفروق بين الأنماط السلوكية (أ) (ب) ونوعية الحياة لدى مرضى السكري.
159	النموذج التفسيري رقم (18): يبين العلاقة والفروق بين النمط السلوكي (أ) ومجالات نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري).
160	النموذج التفسيري رقم (19): يبين العلاقة والفروق بين النمط السلوكي (ب) ومجالات نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري).
169	الشكل رقم (20): يبين الفروق والعلاقة بين أساليب التعامل مع الضغط النفسي ونوعية الحياة لدى المرضى المزمنين.
174	الشكل رقم (21): يبين الفروق والعلاقة بين أساليب التعامل مع الضغط النفسي ونوعية الحياة لدى مرضى القلب.
182	الشكل رقم (22): يبين الفروق والعلاقة بين أساليب التعامل مع الضغط النفسي ونوعية الحياة لدى مرضى ضغط الدم.

189	الشكل رقم (23) يبين الفروق والعلاقة بين أساليب التعامل مع الضغط النفسي ونوعية الحياة لدى مرضى السكري.
190	النموذج التفسيري رقم (24): يبين العلاقة بين أساليب التعامل مع الضغط النفسي ومجالات نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري).
196	النموذج رقم (25) يبين مدى الاعتقاد في كل من النمط السلوكي (أ) (ب) تعزى لتغير الجنس لدى المرضى المزمنين (القلب، السكري، ضغط الدم)
202	النموذج رقم (26) يبين الفروق بين الذكور والإناث في أساليب التعامل مع الضغط النفسي لدى المرضى المزمنين
208	الشكل رقم (27): يبين الفروق بين الذكور والإناث في مجالات نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري).
215	النموذج رقم (28) يبين الفروق في كل من النمط السلوكي (أ) (ب) تعزى لتغير الفئة العمرية لدى المرضى المزمنين (القلب، السكري، ضغط الدم)
228	النموذج رقم (29): يفسر الفروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي، ترجع لتغير الفئة العمرية لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري).
240	الشكل رقم (30): يبين الفروق في مجالات نوعية الحياة ترجع لتغير الفئة العمرية لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري).
247	النموذج رقم (31): يبين الفروق في الأنماط السلوكية ترجع لتغير المستوى الإقتصادي لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري).
260	الشكل رقم (32): يفسر الفروق في أساليب التعامل ترجع للمستوى الاقتصادي لدى المرضى المزمنين (قلب، ضغط دم، سكري).
272	الشكل التفسيري رقم (33): يبين الفروق في نوعية الحياة تعزى لتغير المستوى الإقتصادي لدى المرضى المزمنين(القلب، ضغط الدم، السكري).
277	الشكل رقم (34): يفسر الفروق في الأنماط السلوكية (أ) (ب) تبعا للمستوى التعليمي لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري).
292	الشكل رقم (35) بين الفروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي، تعزى للمستوى الدراسي لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري).
305	الشكل رقم (36): يوضح الفروق في نوعية الحياة تبعا لتغير المستوى التعليمي، لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري).
305	شكل رقم (37): يبين كيفية تفاعل كل من نوعية الحياة والصحة العامة وأسلوب حل المشكل والأنماط السلوكية (أ) (ب).
315	شكل رقم (38): يبرز العوامل الأكثر تأثيرا وتنبؤا بمرض القلب، وضغط الدم، والسكري.

الصفحة	فهرس الجداول
69	الجدول رقم (01) : يوضح مكونات نوعية الحياة.
70	الجدول رقم(02): يوضح تفاصيل المكونات الفرعية لهذه المجالات
88	جدول رقم (03): يوضح تصنيف ارتفاع ضغط الدم حسب منظمة الصحة العالمية (2003).
91	الجدول رقم(04): يبين مختلف الفحوصات التي يعتمد عليها لتشخيص ارتفاع ضغط الدم.
103	الجدول رقم (05) : يوضح أماكن إجراء الدراسة الميدانية
104	الجدول رقم (06) : يبين خصائص العينة من حيث نوع المرض و الجنس.
105	جدول رقم (07): يبين خصائص عينة البحث حسب الفئة العمرية:
105	جدول رقم (08): يبين خصائص عينة الدراسة حسب المستوى الإقتصادي:
105	جدول رقم (09) يوضح خصائص العينة حسب المستوى الدراسي .
107	جدول رقم (10): يبين صدق الإتساق الداخلي لفقرات مقياس النمط (أ / ب).
108	جدول رقم(11): يظهر الصدق التمييزي لمقياس النمط (أ/ب).
108	جدول رقم (12): يوضح معامل الثبات لمقياس الأنماط السلوكية (أ) (ب).
110	جدول رقم (13): يمثل كيفية تنقيط بنود مقياس أساليب التعامل مع الضغط النفسي
110	جدول رقم (14): يوضح طريقة تدوين نتائج المقياس
112	جدول رقم (15) : يوضح الإتساق الداخلي لمقياس أساليب التعامل مع الضغط النفسي .
112	جدول رقم (16) : يبين صدق الاتساق الداخلي لأساليب حل المشكل.
113	جدول رقم (17) : يوضح صدق الاتساق الداخلي لأساليب البحث عن الدعم الاجتماعي
113	جدول رقم (18) :الصدق الاتساق الداخلي لبعء أسلوب التجنب
114	جدول رقم (19) : يبين الصدق الداخلي لبعء أسلوب إعادة التقييم الإيجابي.
114	جدول رقم (20) : يبين الصدق الداخلي لبعء أسلوب لوم الذات.
114	الجدول رقم (21): يظهر الصدق التمييزي لمقياس أساليب التعامل مع الضغط النفسي .
115	جدول رقم (22) : يبين ثبات أبعاد مقياس أساليب التعامل الضغوط النفسية .
117	الجدول رقم (23) : يوضح صدق الاتساق الداخلي لمقياس نوعية الحياة.
118	جدول رقم(24): يبين الصدق التمييزي لمقياس نوعية الحياة.
118	جدول رقم (25) : يبين ثبات المقياس لنوعية الحياة بمختلف أبعاده.
119	الجدول رقم (26) : يوضح صدق الإتساق الداخلي لمقياس نوعية الحياة في الدراسة الحالية
120	الجدول رقم(27): يظهر صدق الاتساق الداخلي للمجال الجسمي في مقياس نوعية الحياة.
121	جدول رقم(28): يبين صدق الإتساق الداخلي للمجال النفسي في مقياس نوعية الحياة.
122	جدول رقم(29): يبين صدق الإتساق الداخلي لمجال مستوى الاستقلال في مقياس نوعية الحياة.
122	الجدول رقم (30) يبين صدق الإتساق الداخلي للمجال الاجتماعي في مقياس نوعية الحياة

123	الجدول رقم (31): يوضح صدق الإتساق الداخلي لمجال البيئة في مقياس نوعية الحياة.
124	الجدول رقم (32): يوضح صدق الاتساق الداخلي لمجال المعتقدات الدينية في مقياس نوعية الحياة.
124	الجدول رقم (33): يظهر صدق الاتساق الداخلي لنوعية الحياة، والصحة العامة في مقياس نوعية الحياة
124	جدول رقم (34): يبين صدق الإتساق الداخلي لمجالات مقياس نوعية الحياة.
125	الجدول رقم (35): يظهر ثبات مقياس نوعية الحياة والمجالات المكونة له.
125	رقم (36): يبين كيفية تقسيم الدرجات الخام إلى درجات معيارية.
125	رقم (37): يبين فئة المنخفضين والمتوسطين والمرتفعين في إستخدام أساليب التعامل مع الضغط النفسي.
129	الجدول رقم (38): يوضح الارتباط والفروق بين الأنماط السلوكية (أ ، ب) و (منخفضي ومتوسطي، ومرتفعي) أساليب التعامل مع الضغط النفسي لدى المرضى المزمنين.
132	الجدول رقم (39): يوضح العلاقة والفروق بين الأنماط السلوكية (أ ، ب) و (منخفضي ومتوسطي، ومرتفعي) أساليب التعامل مع الضغط النفسي لدى مرضى القلب.
135	الجدول رقم (40): يفسر العلاقة والفروق بين الأنماط السلوكية (أ ، ب) و (منخفضي ومتوسطي، ومرتفعي) أساليب التعامل مع الضغط النفسي لدى مرضى ضغط الدم.
138	الجدول رقم (41): يبين العلاقة والفروق بين الأنماط السلوكية (أ ، ب) و (منخفضي ومتوسطي، ومرتفعي) الإستخدام لأساليب التعامل مع الضغط النفسي لدى مرضى السكري.
147	الجدول رقم (42): يوضح معامل الارتباط والفروق بين الأنماط السلوكية (أ ب) و (المنخفضين، والمتوسطين، والمرتفعين) في نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين.
150	الجدول رقم (43) يوضح معامل الارتباط والفروق بين الأنماط السلوكية (أ ب) و (المنخفضين، والمتوسطين، والمرتفعين) في نوعية الحياة لدى مرضى القلب.
153	الجدول رقم (44): يوضح معامل الارتباط والفروق بين الأنماط السلوكية (أ ب) و (المنخفضين، والمتوسطين، والمرتفعين) في نوعية الحياة لدى مرضى ضغط الدم.
156	الجدول رقم (45): يوضح معامل الارتباط والفروق بين الأنماط السلوكية (أ ب) و (المنخفضين، والمتوسطين، والمرتفعين) في نوعية الحياة لدى مرضى السكري.
165	الجدول رقم (46): يوضح معامل الارتباط والفروق بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) في أساليب التعامل مع الضغط النفسي المركزة على المشكل و (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) في نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين.
167	الجدول رقم (47): يوضح معامل الارتباط والفروق بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) في أساليب التعامل مع الضغط النفسي المركزة على الإنفعال و (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) في نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين.
170	الجدول رقم (48): يوضح معامل الارتباط والفروق بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) في أساليب التعامل مع الضغط النفسي المركزة على المشكل و (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) في نوعية الحياة لدى مرضى القلب.

172	الجدول رقم (49): يوضح معامل الارتباط والفروق بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) في أساليب التعامل مع الضغط النفسي المركزة على الإنفعال و (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) في نوعية الحياة لدى مرضى القلب.
176	الجدول رقم (50): يوضح معامل الارتباط والفروق بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) في أساليب التعامل مع الضغط النفسي المركزة على المشكل و (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) في نوعية الحياة لدى مرضى ضغط الدم.
179	الجدول رقم (51): يوضح معامل الارتباط والفروق بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) في أساليب التعامل مع الضغط النفسي المركزة على الإنفعال و (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) في نوعية الحياة لدى مرضى ضغط الدم.
184	الجدول رقم (52): يوضح معامل الارتباط والفروق بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) في أساليب التعامل مع الضغط النفسي المركزة على المشكل و (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) في نوعية الحياة لدى مرضى السكري.
186	الجدول رقم (53): يوضح معامل الارتباط والفروق بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) في أساليب التعامل مع الضغط النفسي المركزة على الإنفعال و (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) في نوعية الحياة لدى مرضى السكري.
194	الجدول رقم (54): يبين الفروق في النمط السلوكي (أ) تعزى لمتغير الجنس لدى المرضى المزمنين.
194	الجدول رقم (55): يوضح الفروق في النمط السلوكي (ب) تعزى لمتغير الجنس لدى المرضى المزمنين.
194	الجدول رقم (56): يبين الفروق في النمط السلوكي (أ) تعزى لمتغير الجنس لدى مرضى القلب.
195	الجدول رقم (57): يبين الفروق في النمط السلوكي (ب) يعزى للجنس لدى مرضى القلب.
195	الجدول رقم (58): يبين الفروق في النمط السلوكي (أ) تعزى لمتغير الجنس لدى مرضى ضغط الدم.
195	الجدول رقم (59): يوضح الفروق في النمط السلوكي (ب) تعزى لمتغير الجنس لدى مرضى ضغط الدم.
195	الجدول رقم (60): يبين الفروق في النمط السلوكي (أ) تعزى لمتغير الجنس لدى مرضى السكري.
196	الجدول رقم (61): يبين الفروق في النمط السلوكي (ب) ترجع لمتغير الجنس لدى مرضى السكري.
198	الجدول رقم (62): يبين الفروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي تبعاً لمتغير الجنس لدى المرضى المزمنين.
199	الجدول رقم (63): يفسر الفروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي تعزى لمتغير الجنس لدى مرضى القلب.
200	الجدول رقم (64): يبين الفروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي تعزى لمتغير الجنس لدى مرضى ضغط الدم
201	الجدول رقم (65): يفسر الفروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي تبعاً للجنس لدى مرضى

	السكري.
205	الجدول رقم (66): يبين الفروق في نوعية الحياة راجعة لمتغير الجنس لدى المرضى المزمنين.
206	الجدول رقم (67): يفسر الفروق في نوعية الحياة تعزى لمتغير الجنس لدى مرضى القلب.
207	الجدول رقم (68): يوضح الفروق في نوعية الحياة تعزى للجنس لدى مرضى ضغط الدم.
207	الجدول رقم (69): يبين الفروق في نوعية الحياة ترجع للجنس لدى مرضى السكري.
211	الجدول رقم (70): يمثل تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في الأنماط السلوكية تبعاً لمتغير الفئة العمرية لدى المرضى المزمنين.
212	الجدول رقم (71): يبين الفروق في النمط السلوكي (ب) ترجع للفئات العمرية لدى المرضى المزمنين.
212	الجدول رقم (72): يمثل تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في الأنماط السلوكية تبعاً لمتغير الفئة العمرية لدى مرضى القلب.
213	الجدول رقم (73): يمثل تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في الأنماط السلوكية تبعاً لمتغير الفئة العمرية لدى مرضى ضغط الدم.
213	الجدول رقم (74): يبين الفروق في النمط السلوكي (أ) ترجع للفئات العمرية لدى مرضى ضغط الدم.
214	الجدول رقم (75): يمثل تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في الأنماط السلوكية تبعاً لمتغير الفئة العمرية لدى مرضى السكري.
214	الجدول رقم (76): يبين الفروق في النمط السلوكي (ب) ترجع للفئات العمرية لدى مرضى السكري.
217	الجدول رقم (77): يمثل تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي تبعاً لمتغير الفئة العمرية لدى المرضى المزمنين.
218	الجدول رقم (78): يبين الفروق في استخدام أساليب التعامل مع الضغط النفسي حسب الفئات العمرية لدى مرضى المزمنين.
220	الجدول رقم (79): يمثل تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي تبعاً لمتغير الفئة العمرية لدى مرضى القلب.
221	الجدول رقم (80): يبين الفروق في استخدام أساليب التعامل مع الضغط النفسي ترجع للفئات العمرية لدى مرضى القلب.
223	الجدول رقم (81): يفسر تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي تبعاً لمتغير العمر لدى مرضى ضغط الدم.
224	الجدول رقم (82): يبين الفروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي ترجع للفئات العمرية لدى مرضى ضغط الدم.

226	الجدول رقم (83): يمثل تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي تبعاً لمتغير العمر لدى مرضى السكري.
227	الجدول رقم (84): يبين الفروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي ترجع للفئات السنية لدى مرضى السكري.
231	الجدول رقم (85): يمثل تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في مجالات نوعية الحياة تبعاً لمتغير الفئة العمرية لدى المرضى المزمنين.
232	الجدول رقم (86): يبين الفروق في مجالات نوعية الحياة ترجع للفئات العمرية لدى المرضى المزمنين.
233	الجدول رقم (87): يفسر تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في مجالات نوعية الحياة تبعاً لمتغير العمر لدى مرضى القلب.
234	الجدول رقم (88): يبين الفروق في مجالات نوعية الحياة ترجع للفئة العمرية لدى مرضى القلب.
235	الجدول رقم (89): يمثل تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في مجالات نوعية الحياة تبعاً لمتغير الفئة العمرية لدى المرضى ضغط الدم.
236	الجدول رقم (90): يفسر الفروق في مجالات نوعية الحياة تعزى للفئات العمرية لدى مرضى ضغط الدم.
238	الجدول رقم (91): يوضح تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في مجالات نوعية الحياة تبعاً لمتغير العمر لدى المرضى السكري.
239	الجدول رقم (92): يبين الفروق في نوعية الحياة ترجع للفئات العمرية لدى مرضى السكري.
242	الجدول رقم (93): يمثل تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في الأنماط السلوكية تبعاً لمتغير المستوى الإقتصادي لدى المرضى المزمنين.
243	الجدول رقم (94): يبين الفروق في النمط السلوكي (ب) ترجع للفئات الإقتصادية لدى المرضى المزمنين.
243	الجدول رقم (95): يفسر تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في الأنماط السلوكية تبعاً لمتغير المستوى الإقتصادي لدى مرضى القلب.
244	الجدول رقم (96): يبين الفروق في النمط السلوكي (ب) ترجع للفئات الإقتصادية لدى مرضى القلب.
244	الجدول رقم (97): يمثل تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في الأنماط السلوكية تبعاً لمتغير المستوى الإقتصادي لدى مرضى ضغط الدم.
245	الجدول رقم (98): يبين الفروق في النمط السلوكي (أ)، والنمط السلوكي (ب) ترجع للفئات الإقتصادية لدى مرضى ضغط الدم.
246	الجدول رقم (99): يمثل تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في الأنماط السلوكية تبعاً لمتغير المستوى الإقتصادي لدى مرضى السكري.
246	الجدول رقم (100): يبين الفروق في النمط السلوكي (أ) ترجع للفئات الإقتصادية لدى مرضى

	السكري.
248	الجدول رقم (101): يمثل تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي تبعاً لمتغير المستوى الإقتصادي لدى المرضى المزمنين.
249	الجدول رقم (102): يفسر الفروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي ترجع للفئات الإقتصادية لدى المرضى المزمنين.
251	الجدول رقم (103): يمثل تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي تبعاً لمتغير المستوى الإقتصادي لدى مرضى القلب.
252	الجدول رقم (104): يبين الفروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي ترجع للفئات الإقتصادية لدى مرضى القلب.
254	الجدول رقم (105): يبين الفروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي ترجع للفئات الإقتصادية لدى مرضى ضغط الدم.
255	الجدول رقم (106): يبين الفروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي ترجع للفئات الإقتصادية لدى مرضى ضغط الدم.
257	الجدول رقم (107): يبين تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي تبعاً لمتغير المستوى الإقتصادي لدى مرضى السكري.
258	الجدول رقم (108): يبين الفروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي ترجع للفئات الإقتصادية لدى مرضى السكري.
263	الجدول رقم (109): يمثل تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في مجالات نوعية الحياة تبعاً لمتغير المستوى الإقتصادي لدى المرضى المزمنين.
264	الجدول رقم (110): يبين الفروق في مجالات نوعية الحياة ترجع للمستوى الإقتصادي لدى المرضى المزمنين.
265	الجدول رقم (111): يمثل تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في نوعية الحياة تبعاً لمتغير المستوى الإقتصادي لدى مرضى القلب.
266	الجدول رقم (112): يفسر الفروق في متوسطات مجالات نوعية الحياة ترجع للمستوى الإقتصادي لدى المرضى المزمنين.
267	الجدول رقم (113): يفسر تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في الأنماط السلوكية تبعاً لمتغير المستوى الإقتصادي لدى المرضى ضغط الدم.
268	الجدول رقم (114): يبين الفروق في متوسطات مجالات نوعية الحياة ترجع للمستوى الإقتصادي لدى مرضى ضغط الدم.
270	الجدول رقم (115): يمثل تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في نوعية الحياة تبعاً لمتغير المستوى الإقتصادي لدى المرضى السكري.
271	الجدول رقم (116): يبين الفروق في متوسطات مجالات نوعية الحياة ترجع للمستوى الإقتصادي لدى

	مرضى السكري.
274	الجدول رقم (117): يمثل تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في الأنماط السلوكية تبعاً لمتغير المستوى الدراسي لدى المرضى المزمنين.
274	الجدول رقم (118): يمثل تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في الأنماط السلوكية تبعاً لمتغير المستوى الدراسي لدى مرضى القلب.
275	الجدول رقم (119): يفسر الفروق النمط السلوكي (ب) ترجع لفئات المستوى الدراسي لدى مرضى القلب.
275	الجدول رقم (120): يمثل تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في الأنماط السلوكية تبعاً لمتغير المستوى الدراسي لدى مرضى ضغط الدم.
276	الجدول رقم (121): يبين الفروق الأنماط السلوكية (أ)، و (ب) ترجع لفئات المستوى الدراسي لدى مرضى ضغط الدم.
277	الجدول رقم (122): يمثل تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في الأنماط السلوكية تبعاً لمتغير المستوى الدراسي لدى مرضى السكري.
279	الجدول رقم (123): يمثل تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في الأنماط السلوكية تبعاً للمستوى الدراسي لدى مرضى المزمنين.
280	الجدول رقم (124): يبين الفروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي ترجع للمستوى الدراسي لدى المرضى المزمنين.
282	الجدول رقم (125): يفسر تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي تبعاً للمستوى الدراسي لدى مرضى القلب.
283	الجدول رقم (126): يوضح الفروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي تعزى للمستوى الدراسي لدى مرضى القلب.
285	الجدول رقم (127): يمثل تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي تبعاً للمستوى الدراسي لدى مرضى ضغط الدم.
287	الجدول رقم (128): يبين الفروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي تعزى للمستوى الدراسي لدى مرضى ضغط الدم.
289	الجدول رقم (129): يمثل تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي تعزى لمتغير المستوى الدراسي لدى مرضى السكري.
290	الجدول رقم (130): يبين الفروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي ترجع للمستوى الدراسي لدى مرضى السكري.
296	الجدول رقم (131): يمثل تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في مجالات نوعية الحياة تبعاً لمتغير المستوى الإقتصادي لدى المرضى المزمنين.

297	الجدول رقم(132): يبين الفروق في مجالات نوعية الحياة تعزى للمستوى الدراسي لدى المرضى المزمنين.
298	الجدول رقم (133): يوضح تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في مجالات نوعية الحياة تبعاً لمتغير المستوى الدراسي لدى مرضى القلب.
299	الجدول رقم(134): يبين الفروق في مجالات نوعية الحياة تعزى للمستوى الدراسي لدى المرضى القلب.
300	الجدول رقم (135): يمثل تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في مجالات نوعية الحياة تبعاً لمتغير المستوى الدراسي لدى المرضى ضغط الدم.
301	الجدول رقم(136): يبين الفروق في مجالات نوعية الحياة ترجع للمستوى الدراسي لدى مرضى ضغط الدم.
303	الجدول رقم (137): يمثل تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في نوعية الحياة تبعاً لمتغير المستوى الدراسي لدى مرضى السكري.
304	الجدول رقم(138): يبين الفروق في مجالات نوعية الحياة ترجع للمستوى الدراسي لدى مرضى السكري.
307	جدول رقم (139): بين نتائج تحليل المسار للنموذج التفسيري المقترح.
309	جدول رقم (140): يوضح أكثر العوامل تأثيراً وتنبؤ بمرض القلب.
311	جدول رقم (141): يوضح أكثر العوامل تأثيراً وتنبؤ بمرض ضغط الدم.
313	جدول رقم (142): يوضح أكثر العوامل تأثيراً وتنبؤ بمرض السكري.



مقدمة:

تشكل الأمراض المزمنة تحدياً هائلاً للمجتمعات والدول في الألفية الثالثة، من حيث نوعيتها، وانتشارها، التي أصبحت وبائية، نتيجة التطور التكنولوجي العلمي، وتغير نمط الحياة، والتطور الطبي ساهم في إرتفاع مستوى العمر تقريباً في كل المجتمعات، وهذا ما أدى إلى إرتفاع أعداد الطبقة المسنة، فأصبحت الأمراض المزمنة، كالأمراض القلبية، وضغط الدم، والسكري، من المسببات الرئيسية للوفيات في العديد من المجتمعات، التي من بينها الجزائر، وهذا نتيجة التدخين، والتلوث، والنمط الغذائي الغير صحي، وكذلك عدم بدل الجهد نتيجة وسائل الراحة التي أدت إلى تضاعف عدد المرضى المزمنين، إلا أن هذه الأمراض أصبحت لا تصيب المسنين فقط، وإنما كذلك فئات عمرية متقدمة، كالمرحلة الأولى من العمر، والمرحلة الوسطى، وهذا ما دفع العديد من الباحثين، إلى اعتبار أن هناك العديد من العوامل النفسية، والممارسات السلوكية، وإعتقادات الشخصية التي يتبناها الفرد أنها تحقق له العديد من المكتسبات الشخصية، والمادية، والمكانة الاجتماعية، وأمام تلك الطموحات، والبيئة التي يعيش فيها الفرد تنشأ العديد من الصراعات، التي تكون السبب المؤدي للإصابة بالأمراض، نتيجة إتخاذه أساليب سلوكية تصبح نمطية، وهذا ما قام به كل من **"Friedman & Rosenman"** بوضع نموذج يعبر عن بعض السلوكيات التي هي السبب الرئيسي للإصابة بأمراض القلب التاجية، والتي أصبحت تعرف بسلوكيات النمط (أ)، والتي تواصلت الأبحاث حولها، والتي أكدت في العديد منها على أنها من المسببات الرئيسية للإصابة بأمراض القلب، وانتقلت الأبحاث لمعرفة دور سلوكيات النمط (أ) في الإصابة بأمراض مزمنة أخرى خاصة ضغط الدم، السكري، القصور الكلوي، الأمراض الجلدية، السرطان..... إلخ، محاولة التأكيد على أن سلوكيات النمط (أ) لها دور في الإصابة بالأمراض المزمنة، إستخلص الباحثين نمط سلوكي آخر مناقض لسلوكيات النمط (أ)، وهو أكثر صحية، والذي يعرف بالنمط السلوكي (ب)، إلا أن الأبحاث العديدة، والمتكررة، لا تنفي عنه صفة المرضية، لأن البعض يعتقد بأنه عبارة عن تمويه يستخدمه بعض الأفراد، عندما لا تكون المتطلبات المعرفية، والبيئية تساعده على التعامل مع المواقف المختلفة يلجأ إلى سلوكيات النمط (ب)، التي تعبر عن الإستسلام للواقع، والرضا به، إلا أن هذه السلوكيات تؤثر على المستوى النفسي، نتيجة الفشل المستمر في مجابهة ومواجهة البيئة بمختلف مكوناتها، مما يساهم في الإصابة بالأمراض المزمنة.

ولا شك أن المجتمع أو البيئة التي نعيش فيها تتميز بالضغوط النفسية عديد فرضتها التغيرات الحياتي، والتكنولوجية المتسارعة، التي أصبحت الفرد تفوق إمكانات الفرد في مواقف متعددة، والتي أصبحت تسبب العديد من الأمراض المزمنة، ولا شك أن التصادم بين ما يعتقد الفرد من سلوكيات سواء كانت من سلوكيات النمط (أ)، أو من سلوكيات النمط (ب)، والضغوط النفسية هي حقيقة واقعة لا يستطيع أي فرد تفاديها، إلا أن الفرق يكمن في كيفية التعامل معها ومجابهتها، حيث أن صحتنا الجسمية، تتحدد من خلال الطرق التي نستخدمها في التعامل مع تلك الضغوط النفسية.

أمام تلك المتغيرات المجتمعية، والسلوكيات والاعتقادات الشخصية التي يتبناها الفرد، ويعتقد بها ويمارسها، ويتمسك بها، حتى وإن كانت القدرات الجسمية في حالة غير متوازنة، فإن ما يقوم به الفرد يصب في تحقيق نوع

من الحياة الجيدة، وتذوق تلك الرفاهية، من خلال تلبية مختلف الحاجيات على مستويات متعددة لكي يصل إلى تقييم معين بمدى رضاه وشعوره بنوعية حياة، سواء كانت مرتفعة، أو منخفضة، وهذا المصطلح الحديث في الحقل النفسي، والذي أهتم به في العديد من المجتمعات، وطورته ودرسته وربطته مع العديد من الأبحاث والدراسات، بهدف تقييم الفرد تقييماً موضوعياً في مجالات متعددة، ثم حول هذا التقييم إلى تقييم ذاتي يقوم به الفرد ذاته حول نوعية الحياة التي يعيشها ضمن متغيرات عديدة، من خلال مدى الإشباع الذي وصل له على عدة مستويات (نفسية، مهنية، إجتماعية، بيئية)، وغيرها من المستويات التي يقف عندها الفرد في تقييم على ما هي حياته، وما هي تلك الحياة، وكيف تؤثر الضغوط النفسية في كيفية التعامل معها، كما أن الأنماط السلوكية التي يمارسها الفرد في حياته اليومية هي كذلك تستطيع تحديد مدة شعورنا بنوعية الحياة، ومدى تأثيرها على تلك النوعية المرتفعة التي يريد كل فرد أن يصل إليها.

وأما هذه البنية المعرفية التي يحملها الفرد أثناء تفاعله مع أحداث الحياة، فالمواقف والظروف ليست هي المحدد النهائي لإستجاباتنا، وإنما إدراكنا لهذه المواقف يساهم إلى حد كبير في طريقة إستجابتنا الإنفعالية والسلوكية، وإذا كان الأفراد متفاوتين ومختلفين في رؤيتهم للأمور فإن تحديد النسيج المعرفي لصاحب هذا السلوك أو ذلك يساعدنا على فهم سلوكه بشكل أكبر وعلى التنبؤ به، وعلى ضبطه أو تعديله، وقد أخذت بعض الدراسات تتناول نمطا من الأفراد يتسمون بإستجابات سلوكية وإنفعالية متطرفة تمتد جذورها إلى رغبتهم الشديدة في الضبط والسيطرة والشعور بقيمة الذات، وإذا كان النسيج المعرفي والإستجابات الإنفعالية والسلوكية شكلين متلاحمين يؤثر كل منهما في الآخر فإن تلمس أحد الخيوط المعرفية لدى هذا النمط، قد يساعدنا في فهم أوسع لسلوكه.

ومن خلال ما ذكر فإن البحث حالي يسعى إلى دراسة العلاقة بين الأنماط السلوكية وأساليب التعامل مع الضغط النفسي ونوعية الحياة لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري)، وقد شمل البحث على العديد من الفصول التي تحاول أن تشمل جميع المتغيرات، وعلى هذا الأساس تم تقسيم البحث إلى جانب نظري، وجانب تطبيقي.

شمل الجانب النظري على خمسة (05) فصول، حيث تم تناول في الفصل الأول الإطار العام للبحث، والذي تضمن كل من إشكالية البحث وفرضيات البحث، والأهداف، وأهمية البحث، وكذلك مفاهيم البحث. في الفصل الثاني الذي خصص للأنماط السلوكية، والذي تم التطرق فيه إلى نبذة تاريخية عن الأنماط السلوكية، وكذلك تعريف الأنماط السلوكية، ثم إنتقلنا إلى النمط السلوكي (أ) من خلال توضيح الخصائص المميزة له، والنماذج المفسرة، كما تم التطرق إلى كل من النمط السلوكي (ب)، والنمط السلوكي (ج)، والنمط السلوكي (د).

وخصص الفصل الثالث إلى الضغوط النفسية، وأساليب التعامل مع تلك الضغوط، وقسم الفصل إلى جزئين، حيث تم تناول في الشق لأول الضغط النفسي، من خلال تعريفه، وذكر مصادره، وكذلك تم التطرق إلى أنواعه، والنظريات المفسرة للضغوط النفسية، أما في الجزء الثاني فتم التطرق فيه إلى أساليب التعامل مع الضغوط

النفسية، من خلال النظريات المفسرة، وكذلك التصنيفات المختلفة لأساليب التعامل مع الضغط النفسي، وكذلك المقاييس المستخدمة في قياس أساليب التعامل مع الضغط النفسي.

وتم التطرق في الفصل الرابع إلى متغير نوعية الحياة، والذي تم تقسيمه إلى جزئين، حيث تم التطرق في الجزء الأول إلى علم النفس الإيجابي باعتباره أن نوعية الحياة هي جزء من نوعية الحياة، وتم تناول كل من نشأة علم النفس الإيجابي، ومفهومه، وغاياته، وفي الجزء الثاني تم تناول نوعية الحياة من خلال مفهومها، وتعريفها، وتقسيماتها، والنماذج النظرية المفسرة، وكذلك مكوناتها والمقاييس المستخدمة في قياس نوعية الحياة.

وتناول الفصل الخامس الأمراض المزمنة من خلال التطرق إلى الأمراض المزمنة، ومرض القلب، ومرض ضغط الدم، ومرض السكري.

وقسم الجانب التطبيقي إلى فصلين

في الفصل السادس تم التطرق إلى الإجراءات تطبيق البحث، من خلال التطرق إلى المنهج المستخدم في الدراسة، ودراسة الإستطلاعية، ومجتمع البحث، وعينة البحث من خلال التطرق إلى خصائص العينة، وكذلك أدوات القياس المستخدمة في البحث، والأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث.

أما الفصل السابع، والأخير فقد تم التطرق فيه إلى عرض وتحليل ومناقشة النتائج المتوصل إليها في البحث، وكذلك حوصلة النتائج من خلال الإستنتاج العام للبحث، مع تناول الإقتراحات التي يراها الباحث مهمة، وفي الأخير خاتمة البحث التي تلخص ما جاد به البحث من نتائج ساهمت في توصيف الظاهرة.

الجانب النظري

الإطار النظري للبحث

الفصل الأول

الإطار العام للبحث

1. إشكالية البحث:

تشكل الأمراض المزمنة أحد أكبر التحديات التي تواجه الأفراد والمؤسسات الصحية بشكل خاص والدول بشكل عام، فبدءاً من استنزافها للإيرادات الإقتصادية وصولاً إلى تأثيرها على المريض الذي يعاني من انعكاساتها السلبية من الجوانب الأربعة: صحية، نفسية، إجتماعية ومادية، وهذه الأمراض المزمنة لا تختار مجتمعا دون آخر، أو بيئة دون أخرى، بل هي صفة صارت تلازم كل المجتمعات المتقدمة منها والمتخلفة، ولا يعدو أن يكون الاختلاف بينها سوى في نسبها المتفاوتة. وأمام تفاقم ظاهرة الأمراض المزمنة إهتمت المنظمة العالمية للصحة بهذا الموضوع وتابعته من خلال إصدار تقارير سنوية حول وضع الصحة في العالم، وعملت على رسم سياسات صحية ينبغي اعتمادها لمواجهة تلك التحديات.

تعتبر أمراض القلب السبب الأول للوفيات في العالم، حيث قدر عدد الوفيات بسببها (17.3) مليون شخص سنة (2008) أي بنسبة (30%) من الوفيات المسجلة في العالم، وفي حدود (2030) سيموت حوالي (23.6) مليون شخص بسبب أمراض القلب حسب توقعات منظمة الصحة العالمية، وفي سنة (2008) أيضا سجل وفاة (1.125) مليون بسبب مرض السكري في العالم، كما أدى إرتفاع الضغط الدموي إلى وفاة حوالي (7.5) مليون شخص أي ما نسبته (12.8%) من مجموع الوفيات لسنة (2008) حسب تقرير منظمة الصحة العالمية (2013). ولا يختلف مجتمعنا عن ما يوجد في المجتمعات الأخرى من أمراض مزمنة، وفي هذا الصدد يؤكد البروفيسور "محمد بوعافية" (2014) وهو رئيس الجمعية الجزائرية لطب القلب بالجزائر أن أمراض القلب أول سبب للوفيات في مجتمعنا خاصة وعبر مختلف دول العالم عامة، حيث يسجل في الجزائر سنويا ما بين (80 إلى 100) ألف حالة من بين (18) مليون مصاب تحصيلهم مختلف دول العالم. كما أضاف أن وفيات مرضى القلب تشكل أكثر من (52%) من مجموع الوفيات في عالم، وأن (30%) من الجزائريين مصابون بارتفاع الضغط الشرياني، إلى جانب (12%) الذين يعانون من داء السكري، وكلهم معرضون للإصابة بأمراض القلب. (جريدة الخير، 2014)، كما صرح رئيس الفيدرالية الوطنية لمرضى السكري بأنه يوجد حوالي (04) ملايين مصاب بهذا الداء في الجزائر، وهذا طبعا حسب المنظمة العالمية للصحة، كما بلغ عدد المصابين بهذا الداء عالميا (382) مليون مصابا.

(جريدة الشروق، 2014، ص24).

وفي إطار الرؤية الفاحصة لموضوع الصحة يتبادر إلى الأذهان التساؤل حول إصابة بعض الأشخاص دون غيرهم بالأمراض، وهذا يعني وجود فروق ومتغيرات نفسية اجتماعية تدعم قدرة الفرد على المواجهة الفعالة للضغوط النفسية والاستمرار في الحياة. وفي هذا الاتجاه يرى "Gordano" (1997) أن شخصية الفرد وخصائصها تعتبر عاملا وسيطا يخفف أو يزيد من وطأة الموقف الضاغط على الفرد، ومن هذه السمات أو الخصائص نذكر الصلابة النفسية، الفعالية الذاتية، مفهوم الذات، القلق والأنماط السلوكية.

(علي عسكر، 2000).

فارتباط النمط السلوكي ببعض سلوكيات الفرد جعل العديد من الباحثين يدرسون العلاقة الموجودة بينهما وكيف يؤثر ذلك في حياته، حيث إرتبط مفهوم النمط السلوكي بفكرة البحث عن الملمح السلوكي للمصابين بالأمراض المزمنة، وهو مفهوم يدل بشكل عام على الطريقة أو الأسلوب الخاص والمميز للفرد في الإستجابة للمواقف الحياتية المختلفة وفي التعامل مع نفسه ومع الآخرين، لذلك فإن النمط السلوكي ليس بعدا أو سمة شخصية في حد ذاته بل هو أسلوب سلوكي إنفعالي وهو أسلوب ينمو من خلال التفاعل بين متطلبات البيئة والخصال الشخصية، وتعود الريادة في مجال الأنماط السلوكية إلى إثنين من الأطباء وهما:

"Friedman & Rosenman" (1958)، حيث توصلا إلى نمط السلوك المولد لأمراض الشرايين القلب، وأطلقا عليه النمط السلوكي (أ). (Davison & Neale, 1994, p206)، والذي يوصف به أي شخص ينهمك بعدوانية في كفاح مرير ومستمر لإنجاز المزيد والمزيد في أقل وقت ممكن، ولو كان ذلك على حساب أشياء أخرى وأشخاص آخرين، وفي مقابله نجد النمط السلوكي (ب)، وهو نمط من السلوك المتحرر من العدوان والكراهية، ويتميز بغياب أو نقص الحاجة للتنافسية لإظهار القدرات أو مناقشة إنجازات الفرد وأعماله. كما أن الأشخاص من هذا النوع يعتبرون مثاليون في سلوكياتهم، فهم يتميزون بالنجاح والتوافق والصحة الجيدة والتكيف الاجتماعي وروح التسامح، وحالة الضغط عندهم تكون متوسطة ومعتدلة. (Friedman et al, 1985)، وهكذا فسمات أفراد النمط السلوكي (ب) تجعلهم أقرب إلى إتباع أسلوب حياة صحي، وهو من الأنماط الصحية التي تقل فيها الاضطرابات النفسية والجسدية تنخفض فيه احتمالية الإصابة بالأمراض المزمنة مقارنة بأفراد النمط السلوكي (أ) بشكل خاص، وهذا حسب نتائج دراسات كل من **"veehoven, R" (2010)**، و **"Torricia et al" (2009)**. (هدى جعفر طاهر، 2014)، ودراسة **"starkauskine, v" (2008)**، و **"Siesser" (1997)**. (زيد محمد البتال، 2013)

وقد تم الاستناد في تناول النمط السلوكي (أ) إلى خلفية علمية مرتبطة بالنشأة التاريخية لدراسة أمراض القلب، وفي هذا الصدد أجريت العديد من الدراسات بحثا عن العلاقة القائمة بينه أو بين مرض القلب وكانت الدراسة التي قام بها كل من **"Wurm, Straus, Jinkins , Brand" (1975)** أول دراسة طولية حول هذا النمط حيث أظهرت نتائجها احتمالا مرتفعا بمرتين لدى ذوي النمط (أ) للإصابة بأمراض تاجية مقارنة بباقي أفراد العينة. وقد تم تفسير ذلك بالإستجابة القلبية الوعائية المفرطة لدى هؤلاء الأفراد إزاء المواقف المجهدة. (Rosenman et al, 1994, pp200-214)، وهو نفس ما توصل إليه و **"line, k" (2011)**، و **van roy (2010)**، (MC brideb gllen, 2014). (جميل عبد القادر الأديمي، 2013)، و **"أحمد الصمادي ومأمون غوانمة" (2012)**، وهذا مــــا توافق كذلك في دراسة، **"مصطفى" (2000)**، كما أجرى **Jenkins & David (1974)** دراسة حول إمكانية التنبؤ الإكلينيكي بمرض القلب التاجي باختبار النمط السلوكي على عينة من مرضى القلب التاجيين وأصحاء حيث لم تظهر فروق بين المجموعتين، إلا أنهما وجدا أنه من الخطورة الاقتراح بأن مرض القلب التاجي يرتبط دائماً بهذا النمط السلوكي

(أ) (أمال باظة، 2003)، وهذا ما تم تأكيده من خلال دراسات لاحقة أخرى كدراسة و**Tannant** (أ) (أمال باظة، 2003)، ودراسة "**Bernardo et al**" (1987). (عادل شكري، 2006).

وعلى هذا الأساس حظي نمط السلوك (أ) باهتمام كبير مما تمحضت عنه بحوث كثيرة غير أن فحص التراث العلمي يوضح أن هذه الأبحاث في معظمها قد انصبّت على دراسة العلاقة بين هذا النمط السلوكي (أ) وأمراض القلب، فقد تم التأكد أن النمط السلوكي (أ) عامل سلوكي مستقل مسبب لأمراض الشريان التاجي، ومع زيادة الاهتمام بهذا النمط تحول اهتمام الباحثين إلى ربطه بأمراض مزمنة أخرى، باعتبار أن الدراسات التي أجريت أغفلت ما يمكن أن يكون لهذا النمط من علاقة بأمراض جسمية أخرى، وخاصة إذا علمنا أن كما هو معروف طبياً أن الضغط الدموي من المسببات الرئيسية للإصابة بمرض القلب. ومن الدراسات التي إهتمت بدراسة العلاقة بين النمط السلوكي (أ) وارتفاع ضغط الدم نجد دراسة "**Luszczynska et al**" (2012)، ودراسة، ودراسة (2002) "**Lawler et al**"، و "**Bagesn**" (1995)، التي أكدت أن النمط السلوكي (أ) يعتبر منبئ بمرض ضغط الدم. (نادرة رشيد عموري، 2007)، وكذلك الأمر بالنسبة لدراسة "جاسم الأسدي" (2010) والتي أضافت عدم وجود فروق بين الذكور والإناث. وفي مقابل هذا نجد أن دراسة "محمد أمين محبوب" (2006) أكدت عدم وجود علاقة بين النمط السلوكي (أ) وضغط الدم، ولم تسفر عن إظهار فروق تعزى إلى الجنس والمستوى الاقتصادي. وهناك دراسات أخرى اهتمت بإجراء مقارنات بين مرضى القلب و الضغط الدموي وعلاقة ذلك بالنمط السلوكي (أ) وهذا ما قام به "**andrew, j saykin**" (2011)، والذي توصل إلى أن النمط السلوكي (أ) يرتبط بمرض القلب ولا يرتبط بمرض الضغط الدم، وهذا ما تأكد في دراسة كل من "**Markus, z et al**" (2010)، و "**Meadaito**" (2004) في (هدى جعفر طاهر، 2014).

ومن الدراسات التي إهتمت بدراسة العلاقة بين النمط السلوكي (أ) ومرض السكري نجد دراسة كل من "**Aldan et al**" (2013)، والتي أكدت على وجود علاقة بين النمط السلوكي (ب) ومرض السكري، في حين لم تظهر الدراسة علاقة بين النمط (أ) ومرض السكري، كما لم تتوصل الدراسة إلى وجود فروق تعزى للجنس والمرحلة العمرية، في حين أكدت دراسة كل من "**Bruk, nancy et al**" (2010) أن النمط السلوكي (أ) يرتبط بمرض السكري أكثر من ارتباطه بالنمط السلوكي (ب)، كما توصلت الدراسة إلى أن الذكور أكثر إعتقاداً في النمط السلوكي (أ) من الإناث، في حين أن الإناث إتجهن إلى النمط السلوكي (ب) أكثر منه لدى الذكور، وفي الجزائر بحثت "فاطمة الزهراء زروق" (2009) النمط السلوكي للمصابين بالسكري من خلال طريقة الحياة أو نوعية الحياة، وكشفت دراسة "**Orlandini et al**" (1997) عن وجود علاقة بين بعض الخصائص الشخصية كالانقباض الشديد، وعدم القدرة على تحمل الإحباط. أما فيما يخص البيئة العربية فنجد دراسة "روز ماري شاهين" (1992) والتي ركزت فيها على تجميع بعض الخصائص الشخصية لمرضى السكري إنطلاقاً من البحوث القليلة المتوفرة، كسرعة الاستسلام والقابلية للإحباط واليأس، والشعور بالكآبة، والتعبية، والتاريخ الطويل من التعب والإرهاق الجسدي والنفسي، وهذا ما يدفعنا إلى التساؤل عن دقة هذه التصنيفات خاصة أن ما توصلت إليه الدراسة العربية لا يتطابق تماماً مع ما هو موجود في النمط السلوكي

(أ) وكذلك النمط السلوكي (ب). كما أن تركيز جل البحوث والدراسات على النمط السلوكي (أ) وإهمال النمط السلوكي (ب) يدفعنا إلى التساؤل عن جدوى وضع نمط سلوكي صحي بعيدا عن النمط السلوكي المرضي، والتأكيد والنفي أحيانا أنه ليس مسببا للمرض بالرغم من أن بعض الدراسات تنفي عنه صفة الصحة. ونعتقد أنه في بعض الأحيان يتصف بالمرضية نتيجة متغيرات نفسية تدفع الفرد إلى استخدامه، كأنه نوع من السلوكيات الظاهرية التي تخفي في جانبها الداخلي تناقض يدفع إلى الإصابة بمرض مزمن، كما أن عدم تجاهل النمط السلوكي (ب) وخصه بالبحث يمكن أن يقدم فهما واضحا للأنماط السلوكية في علاقتها بالمرض المزمن أو نفيها. ونظرا للاختلاف الحاصل في النظرة إلى الأنماط في علاقتها بالمرض جاء البحث الحالي كمحاولة لإعطاء تصور ونظرة جديدة في فهم هذه الأنماط في بيئة دينية واجتماعية وثقافية مغايرة، خاصة أن هذه الأنماط هي ذات منشأ غربي وهي خاصة بخصائص الشخصية الغربية سواء النفسية أو الاجتماعية وحتى الدينية. فهي تختلف كل الاختلاف عن الفضاء الحضاري الذي ننتمي إليه (سواء دينيا اجتماعيا، ثقافيا، وحتى نفسيا)، حيث دلت الدراسات على فروق في نتائج البحوث حتى في المجتمعات التي تتقارب فيما بينها سواء ثقافيا وإجتماعيا ودينيا، ونشير في هذا الصدد إلى دراسة "عمارة وآخرين" (1986)، التي أكدت وجود فروق بين الكويتيين وغير الكويتيين في سلوك النمط (أ) " فخرية يوسف الجارودي" (2001)، وهذا ما توافق مع دراسة كل من "أحمد السيد عبد السميع" (2011)، و "Lee angela" (2003)، و "Frank,D" (2000)، وكذلك "Mcardle, " (1997)، و "traci" ، في حين لم تجد دراسة كل من "Harold,G" (2006) و "Duck-Heekang et al" (2001) العبر ثقافية أية فروق (أحمد السيد عبد السميع، 2011). وهذه النتائج المتوصل إليها تعطينا فهما واضحا عن مدى الاختلاف الثقافي الموجود بين مختلف الشعوب، وبالتالي فهذه الأنماط لها بيئتها الخاصة، و قد تختلف من بيئة إلى أخرى في كيفية الإعتقاد بها، زيادة على هذا نشير إلى المضاعفات التي قد تنتجها بعض الأمراض كما هو الشأن بالنسبة للعلاقة بين مرض السكري وإرتفاع الضغط الدموي وأمراض القلب.

ولا شك أن الإصابة بالأمراض المزمنة له إرتباط بمتغيرات نفسية عديدة، ولعل أبرزها الضغط النفسي الذي يعتبره العديد من الباحثين والعلماء من الأسباب الرئيسة التي تسبب الإصابة بمختلف الأمراض المزمنة، ووفقا للأدبيات التي تناولت الضغط فإن هناك خصائص شخصية منها ما هو وقائي يساهم في مقاومة الأفراد للمجهادات الضارة، كالصلابة النفسية والتفاؤل، والإيجابية، والنمط السلوكي، (ب)، وما يسبب المرض ويسهم في هشاشة الأفراد إزاء المواقف الضاغطة كالعداية، والقلق والنمط السلوكي (أ)، ويميل الطب الحديث إلى الإعتقاد بأن جميع العلل الجسمية هي إلى حد ما نفسية ترجع إلى الضغوط النفسية، وغير ذلك من عوامل الإثارة الانفعالية التي تحدث تغيرا في كيميائية الدم، ووظائف الأعضاء الجسمية وجهاز مناعة الجسم، وينظر الآن إلى الأمراض المزمنة كما لو أنها " أمراض أسلوب الحياة التي تنتج عن التضافر بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية".

فالضغط النفسي من المشكلات العصرية الهامة التي أثارت اهتمام أطباء الصحة العامة منذ بدايات القرن العشرين(20)، فقد كانت تأثيراته تنحصر في تفسير التغيرات الفيزيولوجية التي تطرأ على الفرد والضرر الصحي الذي يلحق به، لكن بعض الباحثين في الحقل النفسي يرون أن الضغط النفسي ليس سيئاً بالمطلق ولا يؤدي إلى نتائج سلبية دائماً، إذ ترى "Maddi et al" (1999) أن بعض الضغط النفسي أو درجة قليلة منه ضروري لحياة الفرد واستمرار نشاطه وحماسه لقضايا حياتية، وربما تشعره بالإثارة الممتعة والسعادة، وتحرر قدراته الإبداعية، وبالمقابل فإن عدم وجود الضغط النفسي نهائياً يؤدي إلى حياة مملة تخلو من التحدي ومن دوافع العيش، من هنا يشير البعض إلى أن الضغط النفسي بدرجة معقولة ضروري لإيجاد التوازن اللازم لحياة الإنسان. (Stress Home,2002).

وإذا سلمنا بهذا المنطق فإن مستوى الضغط النفسي الذي يتعرض له الفرد هو بمثابة مؤشر على الصحة والمرضى، وهذا ما إهتمت به بعض الدراسات في ربطها بين الضغط النفسي وأمراض القلب ومن بينها: "kiecol&glasser" (2002)، "Frank" (2001)، و"schmidt" (2000)، و"BJorntop" (1999) "sheps" (1999)، و"kirastenson" (1996)، التي ربطت بين الضغط النفسي وتصلب الشرايين. (ليلي الشريف، 2003) وعليه يمكننا القول أن النمط السلوكي التي يتخذه الفرد كأسلوب حياة يومي هو الذي يحدد مقدار أو حجم الضغوط النفسية التي يتعرض لها، وفي نفس السياق ربطت بعض الدراسات بين الضغط النفسي والإصابة بمرض السكري نذكر منها "zhang et al" (2005)، "Rood white" (2005)، وكذلك دراسة كل من "chou & chi" (2005)، و"lloyd &broud" (2002)، ودراسة "talleyet et al" (2001)، وفي دراستين منفصلتين لـ" (2001) (1998) "williams"، إعتبر فيهما أن النمط السلوكي (أ) له إرتباط وثيق بالضغط النفسي وهو مسبب لمرض القلب وضغط الدم. (خالد محمد عسل، 2008)، وهذا ما تم تأكيده في دراسة لـ"wu" (2002)، هذا وأكدت دراسة "Eysenck et al" أن أهم السمات الشخصية التي تأثر على الضغوط النفسية والصحة هي النمط السلوكي (أ)، وفي نفس الاتجاه أكد كلا من "Rice" (1992). (جاسم محمد خوجة (2000)، كما نجد دراسة "dottir ,D" (2004)، "علي" (1994) التي أكدت على وجود علاقة بين النمط السلوكي (أ)، والضغط النفسي.

(عويذ سلطان المشعان، 2011).

في حين يذهب "doplar" (1995)، إلى اعتبار أن الأفراد ذوي النمط السلوكي (ب) يتعاملون مع الضغوط بطريقة فعالة ومتوازنة بدلا من الغضب والعداوية، فهم أقل عرضة للإصابة بهذه الأمراض. وهذا ما أدى ببعض الباحثين إلى محاولة تفسير العلاقة بين الأنماط السلوكية وكيفية التعامل مع الضغط النفسي لدى المرضى المصابين بأمراض القلب والضغط الدموي والسكري، إذ نجد دراسة "cardoom,j" (2014) التي تربط بين النمط السلوكي (أ) وأساليب التعامل مع الضغط النفسي لدى مرضى القلب وأساليب التعامل مع مرضى الضغط الدموي، وقد ارتبط النمط (أ) بأساليب التعامل مركزة على الإنفعال، في حين إرتبط النمط (ب) مع أساليب التعامل المركزة على المشكل (الدعم الاجتماعي)، كما لم تظهر الدراسة أي فروق بين الجنسين في النمط (أ)،

في حين ظهر الفرق في النمط (ب) لصالح الإناث، في حين ظهرت فروق بين الجنسين في أساليب التعامل، حيث إتجه الإناث إلى الدعم الاجتماعي، الذكور إلى التقييم الإيجابي، كما لم تظهر فروقا تعزى لكل من المستوى الاقتصادي والتعليمي. وهذا ما توافق مع دراسة "twinn,T"(2011) في جزئها المتعلق في العلاقة بين الأنماط السلوكية (أ) (ب) وأساليب التعامل مع الضغط النفسي، وبأنه توجد فروق في النمط (أ) لصالح الذكور، وفي النمط (ب) لصالح الإناث، وأنه لا توجد فروق بين الجنسين في أساليب التعامل، وكذلك حسب الفئة العمرية، والمستوى التعليمي لكل من الأنماط والأساليب، وفي دراسة لـ "Ondigi,A"(2009) تم التوصل إلى وجود علاقة بين النمط السلوكي (أ) وأساليب التعامل المركزة على الإنفعال، وإعادة التقييم المعرفي، أما ذوي النمط (ب) فإرتبطوا بالدعم الاجتماعي لدى مرضى القلب، ولم تظهر فروق بين الجنسين في كل من الأنماط، وتوجد فروق في الأساليب بين الجنسين، حيث إتجه الذكور إلى إستخدام أسلوب حل المشكل، وإعادة التقييم المعرفي، أما الإناث فأتجهوا إلى إستخدام البحث عن الدعم الاجتماعي، ولوم الذات، وتبين أن ذوي المستوى الاقتصادي الجيد يعتقدون في سلوكيات النمط (أ)، في حين أن ذوي المستوى الاقتصادي الضعيف يعتقدون في سلوكيات النمط (ب)، وأنه لا توجد فروق تعزى للمستوى الاقتصادي إلا في بعد حل المشكل لصالح ذوي المستوى الاقتصادي الجيد، وهذا ما توافق مع دراسة "Burk& Green"(1991)، وفي دراسة أخرى لـ "Penson,Df et al"(2005)، التي أكدت على وجود علاقة بين الأنماط السلوكية (أ) (ب)، وأساليب التعامل ما عدا أسلوب حل المشكل ولوم الذات لدى مرضى ضغط الدم، كما تبين بأنه لا توجد فروق بين الجنسين في الأنماط السلوكية، وأنه توجد فروق في الأساليب، حيث إتجه الذكور إلى أسلوب حل المشكل، والتقييم الإيجابي للأحداث، في حين أن الإناث كن أكثر إستخداما لأسلوب الدعم الاجتماعي، ولوم الذات، والتجنب، كما أنه توجد فروق في النمط (أ) (ب) حسب الفئة العمرية، حيث أن الشباب والكهول أكثر إعتقادا في النمط (أ)، منه لدى المسنين الذين كانوا أكثر إعتقادا في النمط (ب)، كما أن الكهول أكثر ممارسة للأساليب الإنفعالية، في حين المسنين أكثر إستخداما لأسلوب الدعم الاجتماعي، وإعادة التقييم المعرفي، كما أكدت دراسة "Arbuckle,J.L"(2007)، أن مرضى القلب ومرضى الضغط الدموي من ذوي النمط السلوكي (أ) يستخدمون أساليب التعامل مع الضغط النفسي المركزة على الانفعال، أما بخصوص المرضى ذوي النمط السلوكي (ب) فقد استخدموا أساليب حل المشكل، وأنه لا توجد فروق في النمط السلوكي (أ) بين الجنسين، في حين يوجد فروق في أساليب التعامل مع الضغوط النفسية، حيث أن الذكور أكثر إستخداما لأسلوب حل المشكل، والتقييم الإيجابي، أما الإناث أكثر إستخداما لأسلوب الدعم عن الاجتماعي، الأساليب الإنفعالية نحو المشكل، كما أكدت الفرق في النمط (أ) حيث يرتبط بالمستوى التعليمي العالي، وأنه لا توجد فروق في أساليب التعامل حسب المستوى الدراسي، فيما لم تشر الدراسة إلى وجود فروق تعزى للمستوى الاقتصادي. (عبد الحميد بن السيف، 2014)

وفي اتجاه معاكس أكدت دراسة "Fukunish"(1995) أن الحصول على درجة مرتفعة في النمط السلوكي (أ) يجعل الفرد يواجه بطريقة أفضل الضغط النفسي. كما بينت دراسة "Carver et al"(1989)

أن أفراد النمط (أ) يميلون إلى مراقبة وضبط بيئتهم، لذلك فهم يستعملون أساليب التعامل نحو المشكل وإدارته، فالأشخاص من النمط (أ) يميلون أكثر من الآخرين للتخطيط للكيفية التعامل مع الموقف، مع إستعمال أساليب فعالة للتعامل مع المشكل المطروح. (Terry,1994.p897)، ومن الدراسات التي إهتمت ببحث العلاقة بين النمط السلوكي وأساليب التعامل مع الضغط النفسي لدى مرضى السكري نجد "إبراهيم حامد المغربي" (2006) التي أكد عدم وجود فرق بين مرض السكري والأصحاء في النمط السلوكي (أ، ب) كما أن الأصحاء كانوا أكثر استخداما لأساليب التعامل مع الضغط النفسي تعتمد على حل المشكل منه لدى مرضى السكري، كما توجد فروق في النمط السلوكي (أ) لصالح الذكور، والنمط السلوكي (ب) لصالح الإناث، وأن الذكور أكثر استخداما لأسلوب حل المشكل وإعادة التقييم المعرفي، في حين أن الإناث أكثر استخداما لأسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي، والتجنب، ولا توجد فروق في أساليب التعامل والنمط تعزى للمستوى الإقتصادي، والتعليمي، وفي نفس السياق يذهب "جمعة السيد يوسف" (2000) إلى التأكيد على أن هناك العديد من الدراسات التي تكشف عن الصعوبات الاجتماعية التي يعاني منها أصحاب النمط السلوكي (أ) أكثر من ذوي النمط السلوكي (ب) في كيفية التعامل مع الضغوط النفسية، وأنه لا توجد فروق بين الجنسين في النمط السلوكي، وتوجد فروق في الأساليب حيث ظهر الفرق في أسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي ولوم الذات لصالح الإناث، وأسلوب إعادة التقييم وحل المشكل لصالح الذكور، وأنه لا توجد فروق في المستوى التعليمي في كل من النمط والأساليب، في دراسة لـ "وهذا ما ذهب إليه Davison, G" (1992) أن النمط السلوكي (ب) يستخدم الأساليب التكيفية التي تحميه كدعم الاجتماعي، والتجنب. وفي دراسة أخرى لـ "Fontant et al" (1987) تم التوصل إلى أنه توجد علاقة في أساليب التعامل مع الضغط النفسي، والأنماط السلوكية (أ) (ب)، حيث أن ذوي النمط السلوكي (ب) يرتبطون مع أسلوب الدعم الاجتماعي، في حين أن ذوي النمط (أ) يرتبطون الأساليب الإنفعالية، وأنه توجد فروق في الأساليب، وفي النمط، حيث يستخدم الذكور أسلوب حل المشكل والتقييم الإيجابي، في حين أن الإناث أكثر بحثا عن الدعم الاجتماعي، وعمن النمط السلوكي فقد إتجه الذكور نحو النمط السلوكي (أ)، والإناث نحو النمط (ب)، وأنه كلما تقدم الفرد في العمر كلما زاد التوجه نحو النمط السلوكي (ب)، وأن هناك فروق في النمط السلوكي (أ) حسب المستوى التعليمي، حيث أنه كلما إرتفع المستوى التعليمي كلما كان هناك توجه نحو النمط السلوكي (أ)، وكلما قل المستوى التعليمي كان هناك توجه نحو النمط السلوكي (ب)، وأن المستوى الإقتصادي ليس له دور في النمط السلوكي، وعن الأساليب فإنه لا توجد فروق راجعة للمستوى التعليمي والإقتصادي، وأنه توجد فروق حسب الفئة العمرية، حيث أتجه الشباب والكهول إلى استخدام الأساليب الإنفعالية (التجنب، لوم الذات)، في حين إتجه المسنين إلى إعادة التقييم، والدعم الاجتماعي، وعن الفروق العمرية في أساليب التعامل مع الضغط النفسي فقد توصلت دراسة لـ "Derks,W" (2005) إلى أن الشباب أكثر استخداما للأساليب المركزة على المشكل أكثر من المسنين، وأن المستوى التعليمي، والإقتصادي ليس له دور في تحديد الأساليب، وفي دراسة أخرى لـ "Jodie" (2004) أن الإناث أكثر استخداما لأساليب التعامل المركزة على الإنفعال،

وأن المستوى التعليمي يلعب دور في استخدام أساليب التعامل مع الضغط النفسي، حيث أن ذوي المستوى الجامعي أكثر استخداماً لأسلوب حل المشكل، وأن ذوي المستوى التعليمي المنخفض كانوا أكثر استخداماً للمواجهة المركزة على الإنفعال، وأن ذوي الفئة العمرية المتقدمة (المسنين) أكثر استخداماً لأسلوب التقييم الإيجابي، والدعم الاجتماعي، عكس ذوي الحلقة الأولى، والوسطى الذين إتجهوا إلى أساليب الإنفعالية. (وليد مرازقة، 2009)، أما دراسة "محمد رجب" (1998) فإهتمت بالفروق بين الجنسين، حيث تبين أن الذكور أكثر استخداماً لأسلوب إعادة التقييم الإيجابي، في حين أن الإناث إتجهن إلى لوم الذات والتجنب، وتم التوصل إلى أن هناك فروق راجعة للفئة العمرية في استخدام أساليب التعامل مع الضغوط، حيث أن الفئة الوسطى من العمر أكثر استخداماً لأسلوب حل المشكل والدعم الاجتماعي، وعلى عكس ذلك توصلت دراسة "هيري عادل" (1996) إلى أنه لا توجد فروق بين الجنسين في أساليب التعامل مع الضغط النفسي، وأنه توجد فروق في المستوى الإقتصادي، حيث أن ذوي المستوى الإقتصادي المرتفع يواجهون الضغوط بطريقة أفضل، حيث يستخدمون أسلوب حل المشكل، عكس ذوي المستوى الإقتصادي المتوسط والضعيف الذين كانوا أكثر استخداماً لأسلوب التجنب ولوم الذات، وأنه لا توجد فروق في المستوى التعليمي، وكذلك في الفئة العمرية

وبناء على ما سبق فإن صحة الفرد تتأثر بمحددات بيولوجية وأخرى انفعالية واجتماعية يلعب الضغط النفسي دوراً أساسياً في تشكيلها ولعل الفرق في درجة تأثير الوضع الصحي للأفراد تحدده عوامل أخرى تتعلق بالشخصية ونوعية الحياة، بمعنى أن التوجه السلوكي للفرد من خلال ممارساته اليومية، وفي كيفية استجابته للضغط ومعالجته للانفعال ونظراته إلى نوعية حياته يمكن أن تكون عوامل الخطورة على صحته، لهذا اكتسب مفهوم نوعية الحياة أهمية كبيرة في الدراسات في مجال الصحة العامة. (عثمان يخلف، 2001)، وأصبح يحتل نفس الأهمية التي تحتلها العوامل الوراثية وسمات الشخصية في تحديد الإصابة بالمرض المزمن، بالرغم من عدم ثباته وتغيره بتغير أحداث الحياة من جهة ومدى استجابة الأفراد لهذا التغيير من جهة أخرى. وهو مفهوم متعدد الأبعاد يتضمن وجهة نظر المريض المتعلقة بتقييمه العام لنوعية حياته، بما فيها الجوانب الجسدية، والنفسية، والاجتماعية، والروحية. (Mytko & Knight, 1999)، وفي نفس السياق يضيف "Who" (1999) أن نوعية الحياة بشكل عام تشمل إدراك الفرد لمكانته في الوجود في سياق ثقافته ونظامه القيمي المرتبط بأهدافه وتوقعاته ومعايير ومخاوفه، وكذا إرتباطه بالعناصر الأساسية في البيئة التي يعيش فيها.

وعليه إهتمت العديد من الدراسات في محولاتها لاستقصاء نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين، فقد أكد "discit singh" (2010) على الارتباط الإيجابي بين الصحة الجسمية ونوعية الحياة وفي نفس السياق وبخصوص مرضى القلب تأكد دراسة "Ahsubraty et al" (2004) أن نوعية الحياة مرتفعة لديهم وأن ثمة فروقا لصالح الذكور في نوعية (المجال النفسي، الإستقلال، البيئة). وفيما يخص مرضى ضغط الدم توصل "يوسف الحبش" (2003) إلى التأكيد على إرتباط الإصابة بمرض ضغط الدم بنوعية الحياة، فيما لا توجد فروق تعزى لمتغيري الجنس والمستوى التعليمي. أما ما تعلق بمرض السكري فقد حاولت العديد من الدراسات تبين مستوى نوعية الحياة لدى المرضى نذكر منها دراسة كل من "periera et al" (2008)، و"grigg"

angele" (2004)، و**Perwin-Amv&Renee**" (2000)، أكدت على أن نوعية الحياة لدى مرضى السكري تتميز بالارتفاع وأنه لا يوجد فروق تعزى لمتغيري الجنس والمستوى التعليمي، والإقتصادي، وتؤكد **"الطبياني"** (2007) أن مرضى السكري لديهم نوعية حياة جيدة خاصة في جانب العلاقات الشخصية، في حين تذهب دراسة **"غادة"** (2010) عكس ذلك وتقول بارتباط مرض السكري بنوعية الحياة المنخفضة. (وفاء عبد العزيز ومحمد يوسف، 2012)، وهذا ما توافق مع دراسة **"edelman et al"** (2002) إضافة إلى تأكيدها على أنه توجد فروق بين الجنسين، حيث أن الذكور أكثر شعورا بنوعية الحياة في مجال النفسي، والإستقلال، في حين أن الإناث يشعرون بنوعية الحياة (الجسمية، والعلاقات الإجتماعية، والبيئة)، كما تبين ارتباط نوعية الحياة بالمستوى الاقتصادي فكلما ارتفع هذا الأخير ارتفعت نوعية الحياة والعكس صحيح، وأنه لا توجد فروق حسب المستوى العمري.

إن المفاهيم الفرعية التي تثيرها نوعية الحياة تعتبر تقييما وجوديا عميقا من طرف المريض لمكانته وخبرته المعاشة مرتبطة بمفاهيم الخير والشر، والصحة والمرض، والابتلاء والعافية، ومصير الإنسان وموته. لقد اهتمت دراسات عديدة بنوعية الحياة عند المصابين بالأمراض المزمنة على دراسة **"Mccarty.R. el"** (2000) التي أكدت وجود علاقة عكسية بين الضغط النفسي وإرتفاع مستوى نوعية الحياة، وهو ما أكدته **"Krietler et al"** (2007) على مرضى السكري، ويضيف **"Siank&Monjezi"** (2005) أن مرض السكري يؤثر على جودة حياة الفرد تأثيرا عميقا، حيث يعاني المرضى من مضاعفات الأمر الذي يؤدي لرعاية ذاتية أضعف بالإضافة للعوامل النفس اجتماعية. أما دراسة **"Costanzo et al"** (2012) على مرضى القلب فقد أكدت أن هؤلاء لهم مرونة كبيرة في التعامل مع الضغط النفسي، وهذا ما يرفع لديهم من نوعية الحياة، ويؤكد في هذا الصدد **"O'connor"** (1998) على أن شعور الفرد بالهناء أو الرفاهية، يتأثر بخبرات وأحداث الحياة وأن من بين المتغيرات التي يمكن اعتبارها مؤثرات في مدى شعور الفرد بالرفاهية عاملي الصحة والإحساس بالكفاءة، ومن الدراسات التي إهتمت بالبحث عن العلاقة بين أساليب التعامل مع الضغوط النفسية ونوعية الحياة نجد دراسة **"محمد خليل"** (2010) إلى أنه توجد علاقة بين أساليب التعامل مع الضغط النفسي ونوعية الحياة، وأن نوعية الحياة ترتفع عند استخدام أساليب التعامل المركزة على المشكل، وعن الفروق تبين بأن الإناث أكثر استخداما لأساليب التعامل المركزة على الإنفعال في حين أن الذكور أكثر استخداما لأسلوب حل المشكل وإعادة التقييم المعرفي، في حين لا توجد فروق بين الجنسين في نوعية الحياة، وأن الفروق تظهر في المستوى الاقتصادي، حيث أن ذوي المستوى الاقتصادي الجيد أكثر استخداما لأسلوب حل المشكل وإعادة التقييم المعرفي، وأن ذوي المستوى المتوسط والضعيف يستخدمون أساليب مركزة على الإنفعال لوم الذات والتجنب، وأن ذوي المستوى الاقتصادي الجيد يشعرون بنوعية حياة مرتفعة في مجال النفسي، ومجال البيئة، وأنه لا توجد فروق في الأساليب ونوعية الحياة تبعا للمستوى التعليمي، وتوافقت هذه النتيجة مع دراسة **"Grassi, M"** (2005) في جزئها المتعلق بأنه توجد علاقة بين الأساليب ونوعية الحياة، في حين تبين بأنه توجد فروق في نوعية الحياة، حيث أن الذكور أكثر شعورا بنوعية الحياة الجسدية، والجسمي، والإستقلال، والبيئي منه لدى

الإناث، وأنه لا توجد فروق في المستوى الاقتصادي في نوعية الحياة. (محمد خليل، 2010) وفي دراسة أخرى لـ "بشرى إسماعيل" (2008) توصلت إلى أنه توجد علاقة بين المتغيرين، وأنه لا توجد فروق بين الجنسين، وكذلك في المستوى التعليمي، والاقتصادي، وهذا ما توافق مع دراسة "صفاء عجاجة" (2007)، ودراسة "حسن وآخرون" (2006) في جزئها المتعلق بأنه توجد علاقة بين أساليب التعامل مع الضغط النفسي ونوعية الحياة، كذلك توجد فروق بين الجنسين في الأساليب، حيث أن الإناث أكثر استخداماً للأساليب الإنفعالية، والذكور يستخدمون الأساليب المتجهة نحو حل المشكل، في حين لا توجد فروق بين الجنسين في نوعية الحياة، وكذلك لا توجد فروق في الأساليب ونوعية الحياة تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي، وعلى عكس ذلك في دراسة "عبد الحميد سعيد" (2007)، لم تصل إلى وجود علاقة بين أساليب التعامل مع الضغط النفسي، ونوعية الحياة، وأنه توجد فروق في أساليب التعامل، حيث أن الذكور يستخدمون أسلوب حل المشكل وإعادة التقييم المعرفي، أما الإناث فكن أكثر استخداماً لأساليب الإنفعالية لوم الذات، والتجنب، وكذلك البحث عن الدعم الاجتماعي، وتوجد فروق بين الجنسين في نوعية الحياة، حيث يشعر الذكور بنوعية حياة مرتفعة في مجال الجسمين والنفسي، والإستقلال، في حين أن الإناث أكثر شعوراً بنوعية الحياة في مجال العلاقات الاجتماعية والبيئة، وأنه لا توجد فروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي تعزى لمتغير الفئة العمرية، وأن المسنين يشعرون بنوعية حياة في المجال النفسي، والبيئي، أكثر من الكهول، والشباب، وأنه لا توجد فروق في الأساليب ونوعية الحياة تعزى للمستوى التعليمي، وكذلك في المستوى الاقتصادي بالنسبة للأساليب، وأنه توجد فروق في نوعية الحياة تعزى للمستوى الاقتصادي لصالح الفئة الجيدة اقتصادياً من حيث شعورها بمجال نفسي، بيئي مرتفع بالمقارنة مع ذوي المستوى الاقتصادي الضعيف، والمتوسط، توصلت دراسة "Thiagurajan,D.K" (1998) إلى أنه لا توجد علاقة بين الأساليب ونوعية الحياة، ولا توجد فروق بين الجنسين. (بشرى إسماعيل، 2008)

ومن الدراسات التي ربطت بين الأنماط السلوكية ونوعية الحياة نجد دراسة كل من "Green Woold" (2012) والتي أكدت أنه توجد علاقة بين النمط (أ) و نوعية الحياة لدى مرضى القلب، وأن النمط السلوكي (أ) يرتبط بالذكور أكثر من الإناث، وأنه لا توجد فروق بين الجنسين في نوعية الحياة إلا في نوعية الإستقلال لصالح الذكور، وأنه لا توجد في النمط (أ)، و نوعية الحياة في المستوى التعليمي، وفي دراسة أخرى لـ "Magilay" (2012) التي أكدت على وجود علاقة بين النمط (أ) ونوعية الحياة لدى مرضى ضغط الدم، وأنه لا توجد فروق بين الجنسين في النمط، وأنه توجد فروق بين الجنسين في نوعية الحياة لصالح الذكور في نوعية العلاقات الاجتماعية والإستقلالية، ولصالح الإناث في النفسي، والبيئي لصالح الإناث، والتي أضافت بأنه لا توجد فروق في النمط السلوكي تعزى للمستوى الاقتصادي، وأنه توجد فروق في نوعية الحياة، حيث أن ذوي المستوى الاقتصادي الجيد أكثر شعوراً بنوعية الحياة في المجال (الجسمي، النفسي، البيئي)، كما لم تظهر فروق في المستوى التعليمي. (ريزان علي إبراهيم، 2014)، و في دراسة لـ "Bat.C" (2007)، تم التوصل إلى أنه توجد علاقة بين الأنماط السلوكية (أ) (ب) ونوعية الحياة لدى مرضى القلب، إلا في العلاقة بين الأنماط السلوكية (أ) (ب) ونوعية الإستقلال والمعتقدات الدينية، وأنه توجد فروق في النمط السلوكي (أ)

لصالح الذكور، ولا توجد فروق في النمط (ب)، وأن الذكور أكثر شعورا بنوعية الحياة في مجال الجسمي، والإستقلال، ولصالح الإناث في نوعية العلاقات الإجتماعية والبيئة، وأنه لا توجد فروق في الفئة العمري، وتوصل "James nelson" (2002) التي أكدت على أنه توجد علاقة بين الأنماط السلوكية (أ) (ب) ومجالات نوعية الحياة معدا مجال المعتقدات الدينية، والإستقلال لدى مرضى ضغط الدم أظهرت كذلك فروقا بين الجنسين، حيث أن الذكور أكثر إعتقادا بالنمط السلوكي (أ) أكثر منه لدى الإناث، ولم تظهر فروق في النمط (ب)، وأن الإناث لديهن إحساس منخفض بنوعية الحياة (الجسمي، النفسي، البيئة) عكس الذكور الذين أظهروا إرتفاع في مجال (الإستقلال، العلاقات الإجتماعية)، وأن ذوي المستوى التعليمي المرتفع أكثر إستخداما سلوكيات النمط (أ)، منه لدى ذوي النمط السلوكي (ب) ذوي المستوى التعليمي المنخفض، وأنه لا توجد فروق في نوعية الحياة تعود للمستوى الدراسي. (شروق ثاير رجب، 2014)

وفي دراسة أخرى أكد "Karen,D" (2007) إرتباط النمط (أ)، والنمط (ب) بنوعية الحياة وهذا على عينة من مرضى القلب، كما أنه توجد فروق بين الجنسين، حيث أن الذكور أكثر إعتقادا في النمط السلوكي (أ)، وأن الإناث أكثر إعتقادا في النمط السلوكي (ب)، وأن الإناث أكثر شعورا بنوعية حياة مرتفعة في المجال البيئي، في حين أن الذكور أكثر شعورا بنوعية مجال الإستقلال، وهو ما توافق مع دراسة كل من "Senday" (2003)، إلا في جزئها المتعلق بأنه لا توجد فروق بين الجنسين، وفي المستوى التعليمي في الأنماط السلوكية، ونوعية الحياة، ودراسة "Kendy,S" (2002)، بأنه توجد علاقة بين الأنماط السلوكية (أ) (ب) ونوعية الحياة، وأنه لا توجد فروق بين الأنماط السلوكية، ونوعية الحياة بين الجنسين، المستوى الإقتصادي. (عمار محمد الربيعي، 2010)، وفي المقابل يؤكد "Hunberg,K" (2002) لا توجد علاقة بين النمط السلوكي (أ/ب) ونوعية الحياة لدى مرضى ضغط الدم، ووجود فروق بين الجنسين في كل من النمط (أ) لصالح الذكور وكذلك في النمط (ب) لصالح الإناث، وفي نوعية الحياة لصالح الذكور في مجال الإستقلال، والنفسي، ونوعية المجال الجسمي، والبيئة لصالح الإناث، وأن ذوي المستوى الإقتصادي الجيد أكثر إعتقادا في سلوكيات النمط (أ)، وأن ذوي المستوى الضعيف أكثر إعتقادا في سلوكيات النمط (ب)، وأنه لا توجد فروق في نوعية الحياة تعزى للمستوى الإقتصادي، كما تبين أن المسنين أكثر إعتقادا في سلوكيات النمط (ب)، في حين لم تظهر فروق في سلوكيات النمط (أ) تعزى للفئة العمرية. (سناء محمد حيدرة، 2004)

خلاصة لما سبق نقول إن البحث في مجال الأنماط السلوكية لا يقوم على فكرة حصر الأفراد في نماذج معينة وأصناف بمحدد التنميط بقدر ما يقوم على توضيح العلاقة بين السلوك اليومي كمؤشر على نوعية الحياة وبين ارتفاع احتمال التعرض للإصابة بالمرض المزمن، ومقدار ما تلعبه أساليب التعامل مع الضغط النفسي في التخفيف من حدته. وعليه فالبحث الحالي يهدف إلى دراسة طبيعة العلاقة بين الأنماط السلوكية وأساليب التعامل مع الضغط النفسي ونوعية الحياة، وتفاعلهما فيما بينهما على اعتبار أن كل منهما يؤثر في الآخر. فالفرد يعيش في بيئة اجتماعية تأثر فيه، وتجعله يؤمن باعتقادات وممارسات سلوكية يتبناها كممارسة يومية. وهو يندرج ضمن سلسلة مفتوحة من البحوث والدراسات التي تهدف إلى الكشف عن العلاقة بين

الأنماط السلوكية والأمراض المزمنة، وبعض المتغيرات الأخرى والتي يفترض تداخلها معه وبخاصة أساليب التعامل مع الضغط النفسي ونوعية الحياة، مع أخذ تفاعل بعض المتغيرات الوسيطة (الجنس، والسن، والمستوى التعليمي والاقتصادي) بعين الاعتبار. كما ان الدراسة الحالية تحاول أن تتجاوز ذلك من خلال التوصل إلى أنماط سلوكية تخص هذه الأمراض المزمنة تكون ملائمة لواقع وسلوكيات الفرد الجزائري، وعليه فإن الدراسة الحالية تحاول أن تجيب على الأسئلة التالية:

1. هل توجد علاقة ارتباطية بين الأنماط السلوكية (أ/ب) و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل مع الضغط النفسي المركزة على المشكل (حل المشكل، الدعم الاجتماعي)، والمركزة على الإنفعال (التجنب، إعادة التقييم المعرفي، لوم الذات) لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري)؟
2. هل توجد علاقة بين الأنماط السلوكية (أ/ب) و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) نوعية الحياة بمختلف أبعادها (النفسية، الجسمية، العلاقات الاجتماعية، مستوى الإستقلال، البيئة، المعتقدات) لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري)؟
3. هل توجد علاقة بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل المركزة على المشكل وعلى الإنفعال، و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري)؟
4. هل توجد فروق في كل من الأنماط السلوكية، وأساليب التعامل مع الضغط النفسي ونوعية الحياة تعزى لمتغير الجنس لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري)؟
5. هل توجد فروق في كل من الأنماط السلوكية، وأساليب التعامل مع الضغط النفسي ونوعية الحياة تعزى لمتغير الفئة العمرية لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري)؟
6. هل توجد فروق في كل من الأنماط السلوكية، وأساليب التعامل مع الضغط النفسي ونوعية الحياة تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري)؟
7. هل توجد فروق في كل من الأنماط السلوكية، وأساليب التعامل مع الضغط النفسي ونوعية الحياة تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري)؟
8. هل يوجد تفاعل إيجابي بين كل من الأنماط السلوكية وأساليب التعامل مع الضغط النفسي، ونوعية الحياة لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري)؟

2. فرضيات البحث: بناء على الدراسات السابقة وأسئلة الدراسة تم صياغة فرضيات البحث على النحو التالي:

1. توجد علاقة ارتباطية بين الأنماط السلوكية (أ/ب) و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل مع الضغط النفسي المركزة على المشكل (حل المشكل، الدعم الاجتماعي)، والمركزة على الإنفعال (التجنب، إعادة التقييم المعرفي، لوم الذات) لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري).

2. توجد علاقة بين الأنماط السلوكية (أ/ب) و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) نوعية الحياة بمختلف أبعادها (النفسية، الجسمية، العلاقات الإجتماعية، مستوى الإستقلال، البيئة، المعتقدات) لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري).
3. توجد علاقة بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل المركزة على المشكل وعلى الإنفعال، و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري).
4. توجد فروق في كل من الأنماط السلوكية، وأساليب التعامل مع الضغط النفسي ونوعية الحياة تعزى لمتغير الجنس لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري).
5. توجد فروق في كل من الأنماط السلوكية، وأساليب التعامل مع الضغط النفسي ونوعية الحياة تعزى لمتغير الفئة العمرية لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري).
6. توجد فروق في كل من الأنماط السلوكية، وأساليب التعامل مع الضغط النفسي ونوعية الحياة تعزى لمتغير المستوى الإقتصادي لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري).
7. توجد فروق في كل من الأنماط السلوكية، وأساليب التعامل مع الضغط النفسي ونوعية الحياة تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري).
8. يوجد تفاعل إيجابي بين كل من الأنماط السلوكية وأساليب التعامل مع الضغط النفسي، ونوعية الحياة لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري).

3 أهداف البحث: يهدف البحث الحالي إلى تحقيق جملة من الأهداف التي يمكن أن نلخصها في:

1. معرفة العلاقة بين المرض كل من الأنماط السلوكية وأساليب التعامل مع الضغط النفسي ونوعية الحياة لدى المرضى المزمنين (القلب والسكري، وضغط الدم).
2. التأكد من طبيعة العلاقة بين مرضى القلب، السكري، وضغط الدم ذوي الأنماط السلوكية مع كل من أساليب التعامل مع الضغط النفسي، ونوعية الحياة.
3. معرفة الفروق بين مرضى القلب والسكري، وضغط الدم في الأنماط السلوكية (أ ب)، وكذلك في أساليب التعامل مع الضغط النفسي، ونوعية الحياة، كما تستهدف الدراسة الحالية في معرفة الفروق بين أساليب التعامل والضغط النفسي، ونوعية الحياة (مرتفعة، منخفضة).
4. معرفة الفروق الموجودة في كل من الجنس والعمر والمستوى الدراسي، والمستوى الإقتصادي في الأنماط السلوكية، وأساليب التعامل مع الضغط النفسي ونوعية الحياة لدى المرضى المزمنين (مرضى القلب، السكري، ضغط الدم).
5. تهدف الدراسة الحالية إلى معرفة التفاعل بين الأنماط سلوكية لكل من المرضى المزمنين بصفة عامة، و مرضى القلب، السكري، وضغط الدم بصفة خاصة، من خلال إستجاباتهم على المقاييس المستخدمة في البحث أخدين بعين الإعتبار الفروق الجنسية، والعمرية، وكذلك الفروق في المستوى الإقتصادي، والدراسي.

4. أهمية البحث: تظهر أهمية البحث في النقاط التالية:

01. المساهمة في توفير قاعدة معرفية يمكن الانطلاق منها للبحث في مجال تحسين التعامل مع الضغط النفسي ومقاومة تأثيراته، وكذلك في الأنماط السلوكية، ونوعية الحياة.
02. تكتسب أهمية هذه الدراسة من الموضوع الذي تناوله وهو النمط السلوكي، حيث تسعى هذه الدراسة إلى معرفة مدى انتشار هذه الأنماط لدى شريحة هامة من شرائح المجتمع، وهي من المصابين بالأمراض المزمنة، وهذه الدراسة من الدراسات المبكرة التي تناولت الموضوع سواء على المستوى العربي أو المستوى المحلي عند شريحة واسعة من المصابين بالأمراض المزمنة، حيث يتوقع أن تسهم هذه الدراسة في زيادة الاهتمام بالأنماط السلوكية.
03. يتوقع ان تتم الاستفادة من المعلومات التي سوف تقدمها هذه الدراسة في التوعية الإرشادية لأفراد الذين لهم علاقة بمرض المزمن، وخاصة الأسر مما يجعلهم أكثر قدرة على التعامل مع هؤلاء المرضى.
04. تساهم هذه الدراسة في التأكيد على أن هذه الأنماط السلوكية تنطبق على مجتمعنا، خصوصا وأن جل الدراسات التي أجريت كانت في مجتمعات غربية، ذات خصوصيا تختلف كل الاختلاف عن مجتمعنا، كما أن تلك الخصائص جلها لفرد غربي يعيش في عالم استحوذت عليه العولمة.
05. أهمية هذا النوع من الدراسات العلمية تزداد في البيئة العربية، والتي تختلف عن البيئات الأخرى، مما يجعل من المفيد معرفة نوعية الحياة، وكيفية التعامل مع الضغوط النفسية لدى أفراد الأنماط السلوكية (أ) (ب)، خاصة أنهم يعانون من أمراض مزمنة، وكذلك تحويل زاوية النظر الطبية الكلاسيكية، المركزة على المرض إلى الاهتمام بالجوانب المعرفية، والوجدانية، والشخصية.

5. مفاهيم البحث:

إن تحديد مفاهيم الدراسة التي تناولها البحث تأتي من خلال كونها تشكل مدخلا للبحث، وهي تهيئ القارئ والباحث لفهم البحث وإزالة الغموض، وفي بداية البحث خصص حقل مستقل لتعريف مفاهيم العلمية التي يتناولها البحث وتحديد لها ليكون القارئ (المتخصص وغير المتخصص) على دراية بينة، ولكي يفهم النتائج النهائية التي توصل إليها الباحث وتبرز أهمية تحديد مفاهيم المستعملة في الدراسة في توفير جهد الباحث مبدلا لشرحه معنى المصطلح كلما ذكره، ومن خلال تحديدنا لهذه المفاهيم، وأهم هذه المفاهيم والمصطلحات العلمية التي تناولها البحث هي:

15. النمط السلوكي للشخصية: هو مجموعة من الصفات النوعية والخصائص النفسية والسلوكية، تخص الفرد وتحدد استجابته لمثير معين لتكون نموذجا وأسلوب حياة معين، وقد صنفنا إلى (02) صنفين، وهي النمط (أ) (A)، (ب) (B).

25. النمط السلوكي (أ): يعرفه كل من "Song,T & Nakamura" (2007) بأنه : " نمط من السلوك يتسم صاحبه بسلوك المنافسة، صعوبة المراس، الاستغراق في العمل، ومستوى مرتفع من دافعية الإنجاز، ومستوى طموح، العدائية، السرعة ونفاد الصبر، الغضب، ضغط الوقت، التوكيدية، إضافة إلى أساليب الحديثة الحادة، الانفجارية والسريعة". (أمينة إبراهيم شلبي، 2009، ص 121-122)

ويعرف الباحث النمط السلوكي (أ) بأنه مجموعة من الخصائص السلوكية التي يشعر معها الفرد بالحاجة إلى الإنجاز والتفوق، والانشغال المفرط بالعمل، والطموحات الزائدة، والتنافس الشديد وضيق الوقت، مما يؤدي إلى توتره، وبفقدته القدرة على الصبر والإسترخاء، ويجعله مؤهلاً للإصابة بالأمراض المزمنة.

ويعرف إجرائياً أصحاب النمط السلوكي (أ) بأنهم يتمتعون بدرجة عالية من خصائص التي يقيسها المقياس المستخدم في البحث بحيث يحصل هذا الفرد على درجة في المقياس المستخدم في الدراسة يدل على أنه يعتقد في سلوكيات النمط (أ)

35 النمط السلوكي (ب): يعرف النمط السلوكي (ب) بأنه: " تلك الشخصية التي تميل إلى أن تكون هادئة ومستكنية وغير مستعجلة ولا تحب أن تنافس مع الآخرين، فالشخص من النمط (ب) يؤدي عمله بثقة ودون استعجال، ويجب أن يؤدي الأشياء واحدة تلو الأخرى وببطء، وبالتدرج، حتى وإن لم يتم العمل على أساسه." (أحمد ماهر، 2003، ص196)

ويعرفه الباحث بأنه فرد يتميز بعدم التنافس، وهادئ، ولا يركز إهتماماته داخل العمل فقط، ويمارس أنشطة حياته بصورة عادية دون الحاجة إلى التنافس.

ويعرف إجرائياً بأنهم الأفراد الذين يحصلون على درجة منخفضة على المقياس المستخدم في الدراسة، بحيث يتحصل على درجة أقل من الدرجة التي يحصل عليها الفرد المعتقد في النمط السلوكي (أ).

45 الضغط النفسي: يعرفه "Lazarus" (1993) بأنه مجموعة من المثيرات التي يتعرض لها الفرد مضافاً إليها الاستجابة المترتبة عليها علاوة على تقدير الفرد لمستوى الخطر وأساليب التعامل مع الضغط والدفاعات التي يستخدمها الفرد أثناء تعرضه لهذه المواقف. (أميمة مذكور، 2005، ص 17-16)

55 أساليب التعامل مع الضغط النفسي: يعرف كل من "Lazarus & Folkman" (1984) أساليب التعامل مع الضغوط بأنها: "ذلك التغيير المستمر في المجهودات المعرفية، والسلوكية من أجل إدارة المطالب الداخلية، والخارجية التي يعتبرها الفرد أنها ترهق أو تفوق إمكانياته".

(محمد مقداد ومحمد حسن المطوع، 2004، ص 262)

ويعرفها الباحث بأنها تلك الأساليب التي يواجه بها الفرد الأحداث التي تسبب له ضغوط التي تتوقف مقوماتها الإيجابية و السلبية نحو المشكل أو نحو الانفعال طبقاً لقدرات الفرد واعتقاداته ومهاراته في كيفية مواجهة تلك الضغوط.

وأما التعريف الإجرائي الذي يقدمه الباحث لأساليب التعامل في الدراسة الحالية فهو الدرجة التي يحصل عليها الطلبة من خلال إجاباتهم على عبارات مقياس أساليب التعامل مع الضغوط النفسية المستخدم في هذه الدراسة.

6.5. نوعية الحياة: يرى "spitz" أن مفهوم نوعية الحياة يختلف باختلاف الباحثين لذلك ارتأينا في دراستنا اعتماد الخلفية النظرية التي يقوم عليها تعريف منظمة الصحة العالمية لنوعية الحياة، حيث يعرفها بأنها إدراك الفرد لمكانته في الوجود في سياق ثقافته ونظامه القيمي المرتبط بأهدافه وتوقعاته ومعاييره ومخاوفه. (Who,1999)

ويعرف الباحث نوعية الحياة بأنها : إحساس الإيجابي بحسن الحال لما يرصد بالمؤشرات السلوكية التي تدل على إرتفاع مستويات رضا المرء عن ذاته، وعن حياته بشكل عام وسعيه المتواصل لتحقيق أهداف شخصية ذات قيمة ومعنى له.

ويعرف إجرائيا بمجموع الدرجات التي يحصل عليها المبحوث في المقياس المستخدم في البحث الحالي، وهو مقياس نوعية، حيث تدل الدرجة المرتفعة على نوعية حياة أفضل، وتدل الدرجة المنخفضة على نوعية حياة أقل.

الفصل الثاني

الأنماط السلوكية

. تمهيد:

تعتبر الشخصية من أهم الموضوعات التي تعالجها من جوانبها المختلفة فروع علم النفس فهي المحور التي تدور حوله البحوث المختلفة في هذه الميادين بهدف الكشف عن فاعلية الفرد وشروط تحقيق هذه الفاعلية والفهم العميق للسلوك الإنساني، وذلك للوصول إلى القوانين التي تخضع لها الظواهر النفسية المختلفة، ويعتبر مفهوم الشخصية من أكثر مفاهيم علم النفس تعقيدا نظرا لأن مفهوم الشخصية يشمل كافة الصفات والخصائص الشخصية الجسمية والعقلية والوجدانية المتفاعلة مع بعضها البعض داخل الفرد هذا ما دفع بالكثير من الباحثين والعلماء في هذا المجال إلى التفكير والتساؤل عن علاقة الشخصية في نشوء بعض الأمراض المزمنة، وجاء بع الدراسة التي تناولت الأنماط السلوكية المختلفة، والتي تعرف بـ أ.ب.ج.د، وسببها في حدوث بعض الأمراض، وخاصة مرض القلب، وسنحاول في هذا الفصل تناول محورين أساسيين وهما النمط السلوك من خلال معرفة تاريخ تطور هذه الأنماط السلوكية، والنظريات النفسية المختلفة التي تناولت هذا الموضوع، بالإضافة إلى مختلف الخصائص التي تميز كل نمط من الأنماط وكيفية قياس هذه الأنماط، وكذلك علاقة هذه الأنماط ببعض المتغيرات.

1. نبذة تاريخية عن ظهور الأنماط السلوكية: يعتبر النمط أو النموذج السلوكي من أكثر المتغيرات التي جذبت الباحثين وهم يحاولون فهم العلاقة تبين نمط الشخصية والاستجابة السلوكية المرتبطة به من أجل زيادة القدرة على التنبؤ بالإصابة بالأمراض القلبية إلا أن القارئ لتاريخ علم النفس وكيف تطورت بعض المفاهيم وبعض النظريات، التي حاولت إعطاء صبغة علمية، فنجد أن هذه الأنماط لها تاريخ قديم يرجع إلى ما قبل التاريخ، والتي ظهرت مع "Hippocrate" (370-460) قبل الميلاد، والذي قام بتقسيم الناس إلى أربعة أنماط مزاجية تبعا لكيمياء الدم والتي هي:

. **النمط الدموي (دموي مزاج):** والذي يتسم أصحاب هذا النمط بسماوات، التفاؤل، المرح، الاستشارة السريعة والاستجابات المباشرة، ووصف أصحاب هذا النمط بعدم الجدية في ممارسة أمور حياتهم، وسرعة تقلب أمزجتهم وعواطفهم لذلك وصفوا بأنهم هوائيين.

. **النمط النحيل:** ويمثل الجسم الطويل النحيل، طويل الأطراف، دقيق السمات، وهو مهيب للإصابة بالعظام.

. **النمط الرياضي:** وهو شبيه بالنمط السابق سوى أنه قوي العضلات الممتلئ الجسم، ويشبه الرياضيين في تكوين بنيتهم، وهو مهيب للإصابة بالصرع الأساسي. (منصور وأبو عباد، 1996)

. **النمط غير المنتظم:** يشمل هذا الأخير الشواذ من العمالقة والمصابين بالإفراط في السمعة بسبب اختلال في الغدة النخامية وغيرها من الشذوذ المورفولوجي، ولديه استعداد للإصابة بالصرع.

(1990, Dellay & pichot)

إلا أن الملاحظ في هذه الأنماط إلى أنها اعتمدت على الخصائص الجسمية فقط، وهذا ما يدفعنا إلى الاعتقاد بأن "Keels chumer" قوي كون متأثرا بنظرة "Iambrozo" ميول سمات الجسمية للشخص المحرم، حيث يلاحظ الغياب التام إلى كل سمة سلوكية أو عقلية، كما أن تطور علم النفس في العصر الحديث، أنكر هذه

النظرية التي تحدد المرض النفسي، حسب الخصائص الجسمية، إلا أن تنميط الأفراد أساس فئات تواصل مع "carl young" (1875-1961)، وهو ذلك الطبيب النفسي الذي ضف الأفراد حسب اهتماماتهم البارزة وأسلوب تعاملهم مع الآخرين إلى نمطين هما:

1. **النمط المنبسط:** ويمثل نمط الشخصية المنبسطة تنظيماً لها نحو العالم الخارجي، فالشخص المنبسط تتجه .
 2. **النمط الصفراوي (صفراوي المزاج):** وخصائص هذا النمط في سرعة الغضب، العناد، العدوانية في التعامل حدة الطباع والإصرار في مواجهة المواقف.
 3. **النمط السوداوي (سوداوي المزاج):** خصائص هذا النمط تتمثل في التشاؤم، سرعة الانفعالات، بطء التفكير وصعوبة التعامل مع الآخرين.
 4. **النمط (بلغمي المزاج):** ويتميز أصحاب هذا النمط بالبدانة المفرطة، بطء الانفعالات، اللامبالاة، انعدام الاهتمام والخمول الذي قد يصل إلى البلادة (الفتور، التكاسل). (منصور وأبو عباد، 1996، ص 15)
- وعليه فإن فكرة النمط أو تنميط الناس إلى فئات لم تكن حديثة، بل كانت قديمة جداً إلا أنه يصاب في تلك الفترة الزمنية بأنه لم يكن ما يعرف حالياً بعلم النفس، حيث لم يكن هناك مختص في علم النفس، أو عالم نفس، بل كانت هناك فلسفة، وفي بعض الأحيان لا تكون مبنية على أسس علمية يمكن الاستناد عليها، إلا أنه يحسب لـ "Hippocrate"، والتي أعيد استكشافها من طرف باحثين وعلماء نفس آخرين، بعد أن أصبح علم النفس علماً قائماً بذاته، إلا أن هذه الأنماط أعيد صياغتها بطريقة أخرى، والتي نجد من بين أهم هذه الأنماط والتي ظهرت في نظرية "Kreels chrments" (1888-1964)، حيث وضع هذا الأخير ثلاث أنماط للتكوين الجسمي هي:

1. **النمط البدني:** يتمثل في الشخص الممتلئ الجسم، قصير الساقين، سميك العنق، وعريض الجبهة، وهو مهياً للإصابة بالذهان الدوري حركاته نحو العلاقات الموضوعية وينصرف اهتمامه إلى الحوادث الخارجية، وهو أكثر اتصالاً بحياة الواقع ويستطيع أن يعبر عن نفسه بسهولة في علاقته مع الآخرين، فيميل الشخص المنبسط على معايشة الناس ويألفهم بسهولة ولا يهتم بالنقد إضافة إلى التفاؤل، والقدرة على التعبير بسهولة عما يدور في رؤوسهم، ويضيف الانبساطي يكون إما تفكيري، وجاني، حسي أو إلهامي. (منصور وأبو عباد، 1996)
2. **النمط المنطوي:** ويمثل هذا النمط تنظيماً نحو العالم الداخلي الذاتي، فالشخص المنطوي يتخذ موقف الدفاع ضد الالتزامات والمطالب الخارجية، في حين يركز اهتماماته على حاجاته ومطالبه الذاتية، ويعتبرها محور نشاطه في الحياة، ويميل الانطوائي إلى التفكير والتأمل والتخيل مع صعوبة التعبير عن ذاته مع الآخرين، أي أن الشخص المنطوي يتسم بالخل، شدة الحساسية، العزلة، الشك في الناس من حوله والقلق على المستقبل وعلى صحته مع عدم القدرة على التعبير بسهولة عن عواطفه. (منصور وأبو عباد، 1996)

ويعتقد الباحث أن محاولة "carl young" كانت كسابقتها، مع اختلاف في أنها قدمت تنميط معرفي عقلي، وليس جسيما، كما أنه يلامس نوعا من الدقة من حيث أنه يوجد من الأفراد منهم منطوون ومنهم منبسطون، كما تواصلت عملية تصنيف الأفراد إلى أنماط، وتزامن هذا ما أخذ علم النفس مكانته في العلوم وظهرت الحاجة إليه، خاصة بعد نهاية الحرب العالمية الثانية، وما خلفته من مآسي إنسانية ألقت بظلالها على الجانب النفسي، كما أنه في تلك الفترة ظهرت العديد من النظريات واختلفت في كثير من الجوانب مع نظرية التحليل النفسي التي كانت مهيمنة على الحقل النفسي في تلك الفترة، وتماشيا مع ذلك التطور في علم النفس، كذلك تواصلت البحوث حول الأنماط السلوكية، ففي نهاية الخمسينات من القرن العشرين ظهر نمطان حديثان في العلوم الطبية والنفسية، وهما النمط (أ) و (ب) **type A & B behavior**، واللذان حددا من طرف كل من "Friedman & Rosenman" ثم لحق بهما في أوائل الثمانينات من نفس القرن نمط حديث آخر هو النمط السلوكي (ج) **Type c behavior**، أو ما يسمى بالشخصية المستهدفة للإصابة بمرض السرطان، وذلك من قبل كل من "Green & Morris"، والذي طورته "temoshok & al" (1981).

(بدر الأنصاري، 1997)

2. النمط السلوكي (أ):

1.2 تعريف النمط السلوكي (أ):

ظهر الاختلاف في عملية التسمية، فنجد مثلا نمط الشخصية في بعض الدراسات، والنمط السلوكي في بعض الدراسات الأخرى كما تحدثنا من قبل أن هذه الأنماط ظهرت في البداية على يد العالمين أو الطبيين "Friedman & Rosenman" والتي ما لبث أن ظهرت علاقة بين نمط السلوك (أ) والشخصية، من حيث أنه سمة من سمات الشخصية أو أسلوبا سلوكيا كما ترى "الناصر" (1996)، وقد ظهر استخدام نمط الشخصية **type a personality** ويعرف اختصارا (TAP)، ويفضل عدد من الباحثين استخدام النمط السلوكي (أ) **type A behavior**، ويعرف اختصارا بـ TAB، والنمط السلوكي (أ) مركب من الفصل والانفصال يظهر في الشخص العدواني، المنهمك في الكفاح من أجل إنجاز المزيد في أقل وقت ممكن، حتى ولو كان ذلك على حساب أشياء أخرى أو أشخاص آخرين لذلك فإن النمط السلوك (أ) ليس بعدا أو سمة شخصية، ولكنه أسلوب سلوكي وانفصالي مبالغ فيه يستجيب بها الأفراد الذين يمتلكون خصائص شخصية مرحة، ويعكس أسلوبا سلوكيا أكثر منه استجابة للمشقة، وهو ينمو ويرتقي من خلال التفاعل بين متطلبات البيئة وخصال الشخصية.

(عبد الله معتز سيد، 2000)

حيث أن النمط السلوكي (أ) يشير إلى مجموعة من الخصائص السلوكية القابلة للملاحظة والقياس والتي تظهر لدى بعض الأفراد تحت ظروف معينة وفي مواقف محددة، وقابل للتغيير والتعديل.

ويعتقد الباحث أن التسمية الصحيحة هي التي تعبر عن النمط السلوكي باعتبار أنه يهدف إلى الكشف عن مجموعة من السلوكيات الظاهرة والتي يقوم الفرد نفسه بالقيام بها نتيجة متغيرات بيئية ومعرفية.

ومن هذا المنطلق فإنه يمكن تعريف النمط السلوكي (أ) والذي يعرفه (1990) "Rosenman" بأنه انفعال سلوكي مركب يتضمن استعدادات سلوكية كالمعدل التسارع للأنشطة واستجابات انفعالية كالاستشارة العدائية واحتمالات الغضب المتزايدة وإجادة العمل وكثرة نجاح الأداء المهني في الأعمال وإنجازها في أقل وقت. (Lathans, F, 2004, p383)

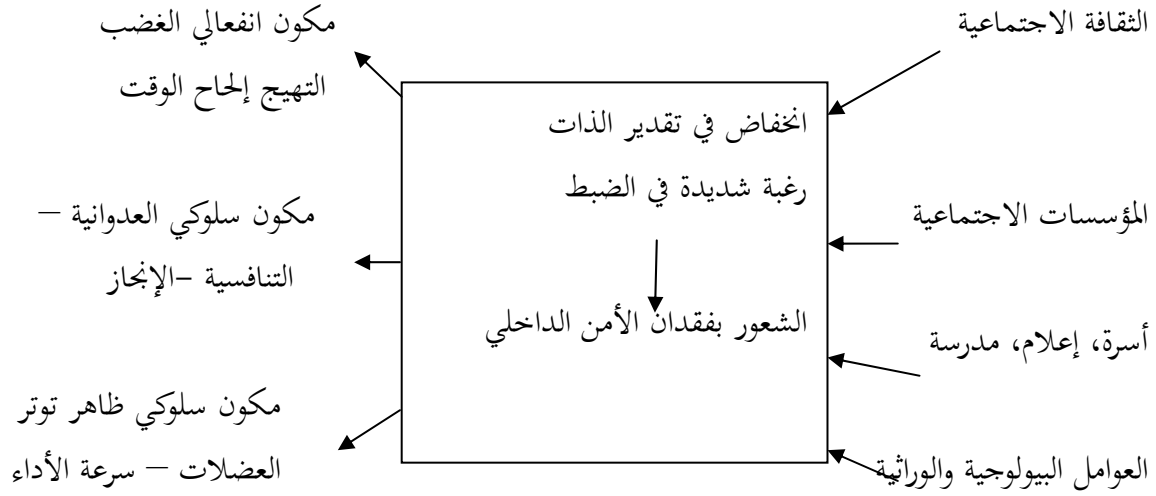
كما يعرفه "Matthews" (1982) بأنه مجموعة من الخصائص التي تظهر ميل للاستجابة للمثير المحدد بزملة من السلوكيات والخواص النفسية، والتي تظهر في السلوك التعبيري والمنافسة والسرعة والاندفاع والنشاط العالي. (أمال باظة، 2003، ص 03)

كما يعرفه "Friedman" بأنه نموذج خاص من فعل انفصال يظهر لدى الأفراد المنهمكين في كفاح شبه مزم من أجل تحقيق عدد غير محدد من الأهداف في أسرع وقت ممكن، رغم العراقيل ورغم إرادة أفراد آخرين في محيطهم، وبناء ذلك فإن هذا النمط يبرز لدى الأشخاص ذوي الحساسية للتحدي القادم من البيئة الفيزيائية أو الاجتماعية وله عناصر أساسية مثل العدائية والقابلية للاستشارة والإحساس بضغط الوقت وعدم التحلي بالصبر والنشاط المتعجل والتنافس العام. (جمعة سيد يوسف، 2000، ص 24)

ومن خلال التعاريف السابقة المقدمة فإن الباحث أن النمط السلوكي (أ) يتميز بخصائص مختلفة عن غيره، وهي خصائص عدائية، وفيها الكثير من الجدية يمارسها الفرد في حياتها البيئة، وفي علاقاته مع الآخرين، كما أن التعاريف المقدمة تؤكد أن النمط السلوكي (أ) لا يعتبر بعد أو سمة شخصية في حد ذاته ولكنه أسلوب انفعالي مبالغ فيه، وهو يتطور من خلال التفاعل بين المتطلبات البيئية والحصل الشخصية، كما يعتبر التعريف الذي قدمه "Friedman & Rosenman" بعد اكتشافها النمط السلوكي (أ)، مازال هو الذي يشن كل الإطار الذي تنطلق منه معظم البحوث والدراسات حيث يعتبر خط قاعدي لها والمؤسس لمختلف ما تصل إليه، رغم التطورات التي ساهمت في زيادة التعمق في مجال الأنماط السلوكية، والتي عارضت وأيدت ما قدمه لنا الباحثين، إلا أنهما يعتبران المرجع الأساسي أو القاعدة الأساسية لأي عملية بحث تخص هذا الجانب وعليه فإن التعريف هو: "النمط السلوكي (أ) يشير لأي شخص ينهمك بعدوانية في كفاح مرير ومستمر لإنجاز المزيد والمزيد في أقل وقت ممكن ولو كان ذلك على حساب أشياء أخرى أو أشخاص آخرين، والسلوك الجوهري للفرد المتسم بالنمط السلوكي (أ) إحساسه الطاعني بضغط الوقت".

كما تجدر الإشارة إلى أن الباحثين سابقين الذكر قدما تعريفا سنة "1959" يقرون فيه بأن النمط السلوكي (أ) يصبر عن رغبة مكثفة في التنافس والتقدم والاستغراق في العمل والسرعة بالإضافة إلى تعدد الأعمال، كما أن هذا المفهوم تطور بسرعة وظهرت متغيرات إضافية أضيفت إلى هذا المفهوم حيث أنه في البداية ركز فقط على الفرد ذاته إلا أنه أضاف بعض وأكد على الظروف البيئية التي تصادف الفرد، أو حسب اعتقاداته وقد في هذا الأساس (1996) "Schafer"، نموذج يبين تطور مفهوم النمط السلوكي ما وصل إليه، حتى أصبح يدرك كما هو عليه الآن، والشكل التالي يبين ذلك:

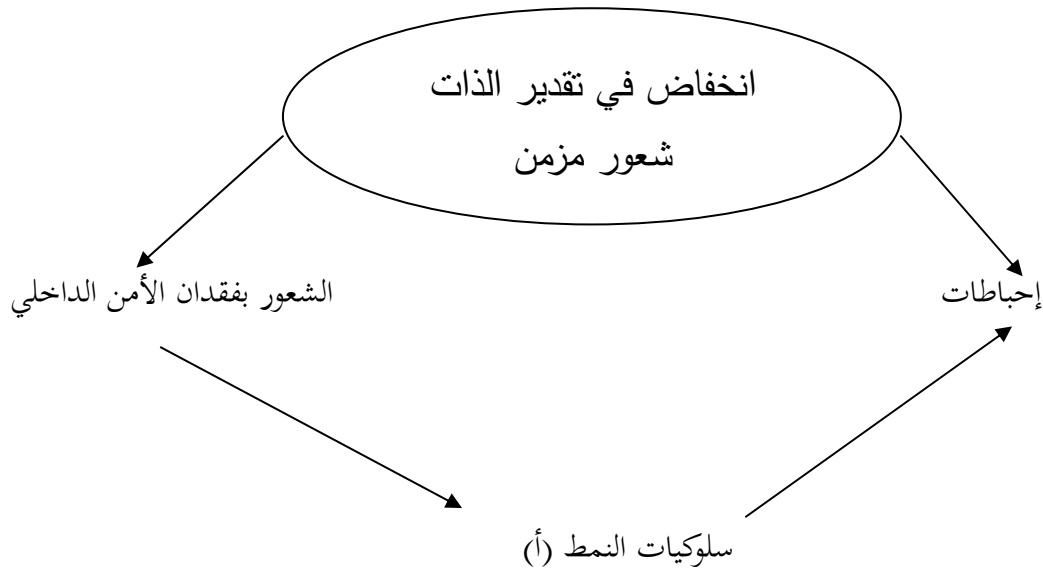
شكل رقم (01): يبين العوامل المساهمة في تطور النمط السلوكي (أ)



(أمنية إبراهيم شلي، 2009)

يظهر خلال الشكل رقم (1) أنه توجد عدة عوامل تتدخل في تحديد مفهوم النمط، تبدأ من ما يأتي به الفرد من جانب وراثي، ثم ما تؤثر به البيئة من عوامل ثقافية اجتماعية، عبر المؤسسات الاجتماعية التي تسهم في توليد بعض الأحاسيس مثل انخفاض تقدير الذات والرغبة في الضبط الذي يؤدي بدوره إلى القول كذلك إلى أن ذوو النمط السلوكي (أ) سيعود من خلال سلوكياتهم بحد ذاتها ستعرضهم إلى الكثير من الإحباط، وبالتالي يزداد شعورهم بانخفاض تقدير الذات، ويزيد شعورهم الزمن بضرورة امتلاك البيئة، وثم تزداد حالة التوتر لديهم وفقدان الأمن الداخلي ليتوجهوا من جديد لنمط سلوكياتهم، وهكذا ضمن دائرة مفرغة كما مبين في الشكل التالي:

الشكل رقم (02) يبين الحلقة المفرغة للنمط السلوكي (أ)



ويرى الباحث من خلال الشكل رقم (2) أن أفراد النمط السلوكي (أ) يدورون في حلقة مفرغة بسبب الإحباطات التي تولد تقدير الذات الناتج عن الإحساس بضرورة السيطرة على البيئة التي تولد الشعور بفقدان الأمن الداخلي بما أنه يستحيل التحكم في البيئة فتظهر سلوكيات النمط (أ) التي تنتج عنها إحباطات تدفع بالفرد إلى الدخول في الحلقة المفرغة.

ومن خلال التعاريف المقدمة يتبين بأنه العديد من السلوكيات أو الخصائص التي يتصف بها الفرد، وهذا من خلال ملاحظات كل من "Rosenman & Friedman" (1996)، أن مرضى الشريان التاجي **heart coronary Disease** يسلكون بأسلوب متشابه في كثير من الأحيان، بالإضافة إلى حدوث نفس التغيرات الفيزيولوجية، كارتفاع ضغط الدم وارتفاع نسبة الكوليسترول، أما من الناحية السلوكية، فقد كانوا شديدي التنافس، عدائيين، سريع الانفعال، والغضب متسرعين، مرتفعي الصوت مع الحديث الانفجاري بالإضافة إلى إلحاح الوقت الذي يحسون أنه يسرقهم ولديهم دافع إنجاز عال، وعليه سوف تطرق إلى أهم خصائص الميزة للنمط السلوكي (أ).

2.2 الخصائص المميزة للنمط السلوكي (أ): إن مثل هذه الخصائص المميزة للنمط السلوكي (أ) سواء كانت سلوكية وفيزيولوجية ترشحهم للإصابة بمرض الشريان التاجي والذي يكون بسبب وصول كمية الأكسجين غير كافية للقلب، وعليه فقد أكد "Rosenman" (1988) أن سلوك النمط (أ) يستمد من التفاعل بين الصفات الشخصية للفرد واستعداداته الوراثي، ومحيطه البيئي، وإدراكه لمسات الضغوط على أنها تحد من قدراته، وهذه العمليات المتفاعلة فيما بينها هي التي تؤدي إلى انبثاق نمط حياة غالبا ما يكون مرتبطا بالاستشارة النفسية والفيزيولوجية . (الناصر حمية عبد الرحمن، 1996)

ومن خلال ما ذكر فإن سلوك النمط "أ" هو التفاعل بين عدة عوامل نفسية وفيزيولوجية تجعل من الفرد يتميز بسلوك نمط معين وخاص يميزهم عن الأفراد لذا حدد كل من "Rosenman" & "Friedman" (1974) خمس خصائص أساسية لسلوك النمط (أ).

1. المركب الفيزيولوجي Physical components: والذي يشتمل على الصوت المرتفع، السرعة في الكلام، النشاط النفسي الحركي، توتر عضلات الوجه.

2. التوجهات والانفعالات Attitudes and Emotions: وتحتوي على العدائية (الحقد)، عدم الصبر، الغضب، العدوانية.

3. المظهر الدفاعي Motivational Aspects: ونجد فيه كل من دافعية الإنجاز، التحدي، التوجه نحو النجاح الطموح.

4. السلوك المؤكد والمفتوح Evident and open Behavior: ويشمل فيه، الحذر، العجلة الاستعجال، النشاط المفرط، المشاركة في العمل.

5. المظهر المعرفي **Cognitive Aspects**: ويشتمل على الحاجة الملحة للتحكم في المحيط والعزو السببي. (palmero et al , 2001)

ولم يقف الحد عن هذا التصنيف بل كانت هناك تصنيفات أخرى أو إضافات أخرى، كالتي تطرق إليها "Wright" (1988)، والذي يصرف باسم التجارب الحرجة **critical experiences**، في تصور سلوك النمط (أ) وهي:

. الحاجة الملحة للإنجاز.

. النجاح المبكر والتعزيز من أجل الجهود.

. التعرض للنشاطات الزمنية: وذلك بتحديد فعالية الإنجاز من خلال الزمن، وهذه التجارب الحرجة تكون مناسبة عندما يكون تقدير الذات منخفضا. (Nyberg, 2002)

وعليه ومن خلال ما ذكر فإن الخصائص المميزة للسلوك يمكن أن يوصف أفرادهم بميالون بشدة للتنافس والإنجاز ويتأثرون جدا بالانفعالات ، كما أنهم محبوبون للكمال، وتبدو هذه التبدلات جلية عندما تستمر الشدة النفسية، كما أنهم يركزون أكثر على ربح حتى ولو كانت تجربتهم الذاتية قليلة، ويرون أن الربح يقوم بشكل كبير وأساسي على قوة إرادتهم وبقدر أقل على خبرتهم في المجال وهم يملكون إحساسا كبيرا بأهمية الزمن واستغلاله، وهم غير قادرين على تحمل التأخرات ويجدون صعوبة الإقرار بأنهم مغلوبون أو متعبون، بل إنهم يصمدون على كبح تعبهم ومتابعة ما عليهم، ومع توالي البحوث والدراسات حاول العديد من الباحثين، والمهتمين بالأنماط السلوكية تقديم نموذج يوضح أهم الخصائص والمميزات التي تحاول تحديد ولو بشكل دقيق مختلف السلوكيات التي تميز النمط السلوكي "أ".

وتجدر الإشارة إلى اختلاف هذه النماذج والأنماط في تفسير وتحديد سلوك النمط (أ)، وفق نماذج متعددة تختلف كذلك باختلاف التوجه النظري لكل نموذج فمن الخافية الطبية إلى الخلفية المعرفية إلى الخلفية الاجتماعية وسنعرضها حسب التسلسل الزمني في ظهور هذه النماذج.

1. نموذج **Glass (1977)**: والذي يركز على مفهوم المواجهة للمواقف النفسية والاجتماعية التي بصعب على الفرد التحكم فيها، مما يولد لدى الأفراد سلوك لنمط (أ)، إذ يحاول هؤلاء الأفراد الإبقاء على قدرتهم في التحكم في جهودهم مما يولد استشارة عالية للجهاز العصبي، ولقد أثبت "Glass" (1980) أن تركيز مادة الكاتكولامين ترتفع لدى الأفراد من السلوك النمط (أ)، وهذا عند تعريضهم لمواقف يشعرون بأنها منافسة، كما أثبت "Dembrodtart et al" (1978)، أن ذوي النمط (أ) يرتفع لديهم النشاط القلبي والضغط الدموي أثناء مواقف ضاغطة بعكس ذوي النمط (ب). (Goodall, 1994)

ويعتبر نموذج "Contrad et al" (1990) ، الذي يركز على التصورات المعرفية بين الأفراد والعالم الذي يحيط به ويشمل سياقين اثنين وهما:

➤ السياق الأول: ويتمثل في الأهداف التي يطمح الفرد لتحقيقها وتقديره لإمكانياته من أجل تحقيقها، فنرى النمط (أ) لا يطمح فقط للتحكم في محيطه بل يتعداه لإحداث التغيير فيه وذلك بتحديد أهدافه.

➤ السياق الثاني: ويخص الجانب النفسي الجسدي لذوي النمط (أ) فالاستجابات الفيزيولوجية لأحداث المحيط وفق ما يدركها ذو النمط (أ) تدفع لظهور انفعالات نفسية محددة كالعدائية والغضب والصوت المرتفع، القلق.

(Goodall, 1994)

وعليه يرى الباحث من خلال النماذج الثلاث السابقة الذكر تبين لدينا أن الأفراد من ذوي سلوك النمط (أ) تظهر عليهم علامات الاضطراب الفيزيولوجي بعرضية صريحة وواضحة مع استجابات سلوكية مميزة لهذا النمط، ورغم اختلاف التوجهات إلا أن احتمالية إصابة هؤلاء بالأمراض القلبية يبقى هو المتنبأ الوحيد لمآل هذه الشخصية.

إذا كان هناك أناس يوصفون بذوي سلوك النمط (أ) فلا بد أن هناك أناس ذوي سلوك (ب)، الذين تبين أن يسترخون بسرعة أكثر وهم أقل طموحا، وأكثر صبرا، ويطمئنون أنفسهم، وغير مستعجلين، ويركزون على الكيف أكثر من الكم، ويدخنون أقل، ولديهم مستوى أقل من الكولسترول، وإصابتهم بنوبات قلبية أقل من أفراد سلوك النمط (أ).

ومن هنا يمكن طرح بعض التعريفات التي حاولت تقديم سلوك النمط (ب) بشكل واضح، إلا أنه لم يلقي ذلك الاهتمام الذي حظي به النمط السلوكي (أ) وهنا يذكر "Caplan" (1992)، أنه إذا كان النمط (أ) قد حظي باهتمام الكثير من الباحثين، فإن النمط (ب) لم يحظى بنفس الاهتمام إذ يتعلق الأمر بفئة تعرف من خلال غياب سمات أو خصائص النمط (أ)، وبالخصوص غياب مشاعر إلحاح الوقت، العدائية، وفي المقابل قدره عار تحقيق اللذة، الاسترخاء دون الشعور بالذنب فهو نمط يحمي الفرد ويتركه يتمتع بصحة جيدة، كما يساعده على النجاح وعلى التكيف الاجتماعي (Paulhan, 1998)

3. النمط السلوكي (ب)

13. تعريف النمط السلوكي (ب)

يعرفه "أحمد ماهر" (2003) فيعرف النمط السلوكي (ب) على أنه " ذلك النمط الذي يميل إلى أن يكون هادئا وغير مستعجل، ولا يجب أن ينافس الآخرين، فالشخص من النمط (ب) يؤدي عمله بثقة ودون استعجال، ويجب أن يؤدي الأشياء الواحدة تلو الأخرى وببطء وبالتدرج"، ويذهب "أحمد عبد الخالق" (2002) في تعريفه باعتبارهم بأنهم أكثر تحري من العدوان، ولديهم قدرة على الاسترخاء والمشاركة في الأنشطة الترويجية دون الحاجة إلى إثبات التفوق، وعدم الإحساس بضغط الوقت، وغير منافسين.

ويرى الباحث من خلال هذه التعريفات أن أصحاب ذوي النمط (ب) يختلفون تماما من أصحاب النمط (أ) من حيث الخصائص والصفات ، فيتمكن أن يقال عنهم أنهم حياديين، كما نستطيع أن نقول عنهم بأنهم يتمتعون بصحة جيدة، فإذا كان أصحاب النمط السلوكي (أ) عرضة للإصابة بأمراض القلب، فإن أصحاب النمط (ب)، ليس لهم شخصية مستهدفة للإصابة القلبية، وهذا ما جعل الخصائص التي يتميز بها النمط

السلوكي (ب) تختلف كل الاختلاف ذوي النمط السلوكي (أ)، حيث يعرفهم في هذا الصدد " آدم العتيبي" (2003) بأنهم يتميزون بـ:

- . الصبر .
- . الواقعية في أعمالهم أكثر من نمط السلوك (أ).
- . الثقة والهدوء والعمل باعتدال في إيقاع منظم.
- . عدم الحساسية تجاه إنجاز الأعمال تحت أي ظرف.
- . إعطاء أهمية لمشاعر وأحاسيس من يتعاملون معه أكثر من الأعمال المنجزة.
- . الاستمتاع بوقت فراغهم والاسترخاء.
- . لا يعانون من ضغط الوقت.

كما يضيف "Hoareau" (2001) أصحاب النمط (ب) بأنهم يتميزون بـ:

لديهم نظرة متزنة عن ذواتهم وبيئتهم.

- . يديرون انفعالاتهم دون إخطارها أو مقاومتها أو تركها يسيطر عليهم وتسيرهم.
- . تعبيرهم واستجاباتهم تهدف إلى أحسن الاستراتيجيات الممكنة، مع أقل استهلاك للطاقة.
- . يتحملون الإحباطات بحيث يواجهون إمكانية عدم تحقيق أهدافهم بالتقبل التام.

23. الخصائص المميزة للنمط السلوكي (ب) type (B) :

يرتبط ظهور هذا النمط بالنمط (أ) ، حيث أطلق روزمان وفريدمان على الأشخاص الذين لا يملكون خصائص النمط (أ) اسم النمط (ب) ، يتميزون عموماً بأنهم أكثر صبراً ، و أقل تنافسية و أقل عدوانية .

و يشير "Kaplan" (1992) إلى أنه إذا كان النمط (أ) قد استدعى اهتمام البحوث و الدراسات فان النمط (ب) لم يحظى القدر من الاهتمام ، يمثل هذا الأخير فئة تتميز بغياب سمات النمط (أ) خاصة الشعور بضغط الوقت و العدائية ، فلدى هؤلاء قدرة جيدة على الاستمتاع و الاسترخاء دون الشعور بالذنب.

و يصفهم "آدم العتيبي" (2003) بأنهم يتميزون بـ :

- الصبر .
- الواقعية.
- الثقة و الهدوء و العمل باعتدال في إيقاع منظم.
- عدم الحساسية اتجاه إنجاز الأعمال تحت أي ظرف .
- اعطاء أهمية لمشاعر و أحاسيس من يتعاملون معه أكثر من الأعمال المنجزة.
- الاستمتاع بوقت فراغهم.
- غير مشغول البال لما يحاولون إنجازه أو تحقيقه.
- لا يستشارون أو يتهيجون.
- يتطلعون إلى النجاح لكن بدرجة أقل من ذوي النمط (أ).

(آدم العتيبي ، 2003 . ص 115 – 116)

كما يورد "hall" (2000) الخصائص التالية :

. أقل تنافسية ، فهم لا يعتبرون المنافسة هدفا و لا يقارنون أنفسهم بالآخرين .
 . أقل عدائية ، حيث قد تغيب لديهم العدوانية اللفظية و السلوكية و يكون سلوكهم تجنبيا اتجاه المواقف المجهدة أو
 على الأقل تكون الاستجابة العدوانية لديهم تناسب الموقف المجهد بشكل منطقي .
 . أقل شعورا باللاح الوقت ، فلا يشعرون بأنهم في سباق مع الزمن ، فهم أكثر هدوءا و استرخاء .
 . أكثر صبرا فلا توترهم القضايا التي تأخذ وقتا أكثر من المعتاد أو المطلوب ، ولا يزعجهم عدم انجاز بعض الأمور
 في وقتها المحدد .

. أقل دافعية للإنجاز فمقارنة بالنمط (أ) لا يشكل هذا الدافع هاجسا لديهم ، بل يحققون ما يناسب قدراتهم من
 انجازات . (ليلي شريف ، 2003 ، ص98)

و تمثل سمات هذا النمط عوامل واقية تضمن صحة جيدة و تكيفا و نجاحا اجتماعيين يذكر caplan أن لهذه
 الوقاية أربع سيرورات هي :

- وحدانية - تقدير الذات - استقلالية .
- تسامح .
- اجتماعية .
- حكمة حياتية .

يستخدم هذا النمط معدلا طبيعيا من الإجهاد لإنتاج الطاقة التي تلزمه لحل مشكلاته دون أن يكون ذلك
 على حساب الآخرين أو على حساب ذاته .

و يصنف " Hoareau " (2001) استجابات النمط إزاء المواقف المجهدة إلى ثلاث فئات وسيطية هي:
 . IAS : يعكس نوعا موقفيا من الاستجابات بمعنى أن نوع الاستجابات يتبع طبيعة الموقف فتارة تكون من
 النمط (أ)، وتارة أخرى من النمط (ج) .

. IAE : يعكس إستجابات من النمط (أ) في تطور نحو استجابات من النمط (ج)، حيث يقلص النشاط
 الأدرينالي *Activité adrénérurgique* فاسحا المجال لنشاط محور الهيپوتالامي النخامي الكظري
hypotalamo – hipophiso – sur دون تحقيق فوائد حقيقية ، و يمكن تشبيه ذلك بانسلاطي
 قاده واقع حياته إلى نوع من الفلسفة .

. IAa : و يعكس هذا الأخير مسارا معاكسا للسابق أي عبارة عن استجابات من النمط (ج) ، حيث يسيطر
 نشاط الجهاز الادرينالي فيصير المنطوي إستجابيا *réactif* .

كما يشير إلى أن هذه الفئات تعكس انتقالا بين طرفي نقيض أكثر منه اتجاها وسطيا للنمط (ب) .

4 النمط السلوكي (ج):

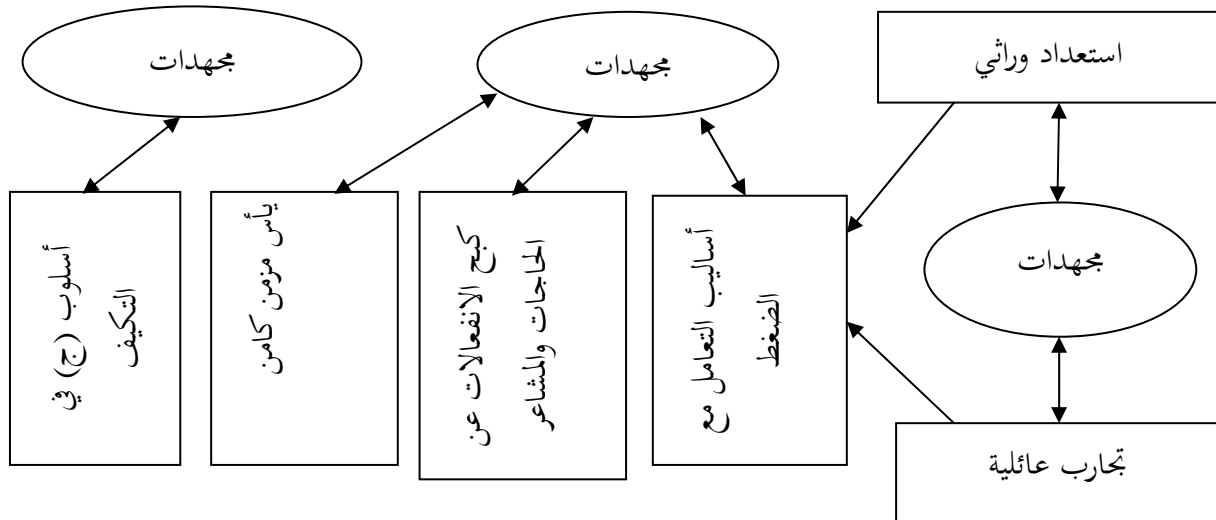
ظهر هذا النمط السلوكي في ثمانينات القرن العشرين على يد "Green & Morris" (1980)، ويسمى بصاحب الشخصية المستهدفة للإصابة بمرض السرطان ، حيث برهننا أن هذا النمط مرتبط ارتباطا جوهريا بتطور مرض السرطان وسرعة انتشاره. (بدر محمد الأنصاري، 1997)

كما يعرف نمط السلوك (ج) على أنه "نمط للتوافق مع الوضعيات الصراعية الضاغطة، يتميز بكبح الانفعالات وبالشعور بالعجز المرتبط بفقدان الأمل والأس. (Brochon, Schweitzer, 2003)

من جهتها طورت الباحثة "Temoshok" (1987)، البحث في مجال نمط السلوك ج بعد الأعمال الأولى لكل من جرير وموريس واقترحت تعريفا ينص على أنه نمط سلوكي معرفي للتوافق مع وضعيات اجتماعية ضاغطة مليئة بالصراع ومهددة بالفقدان، يتميز صاحبه بالتأرجح بين التكيف العالي المبالغ فيه، كما يتميز بالعجز المرتبط باليأس والاكتئاب. (فاطمة الزهراء زروق، 2009، ص)

كما أوردنا سابقا بخصوص النمط السلوكي (أ) والنماذج المختلفة به، وهذا ما حاولت القيام به " Temoshok" (1987) والذي يمكن أن نعرضه على شكل التالي:

الشكل رقم (03): يبين تطور النمط (ج) حسب (Temoshok 1987)



(Schweitzer & Quintard, 2001, p60)

يبين هذا النموذج كيف أن الفرد الذي يظهر لمحيطة متعاوناً وهادئاً يتخلى عن إرضاء حاجاته الخاصة ولا يصبر عن انفعالاته السلبية كاليأس وتبقى حبيسة ومكبوتة فيبقى التوتر الانفعالي كامناً، حيث يصاب الفرد بالإجهاد في محاولاته مواجهة هذه الطاقة الكامنة.

كما أن هذا النموذج أعطى تصور واضح للخصائص التركيبية للنمط السلوكي (ج)، حيث قامت " Temoshok et al" (1990) في تطوير تلك الخصائص وهي على الشكل التالي:

. العجز عن التعبير عن الغضب وتفرغ التوتر.

. الميل إلى الموافقة والانصياع.

. غير مؤكد لذاته ومضح بها، ميل للتساهل وتجنب الصراع.

. صور قادر على الانتظار وتقبل ضعف الوقت هادئ.

. لا يفصح عما يستبد به من انفعالات.

. تقدير منخفض للذات (يرى نفسه تافها، قاصر المهمة، معدوم الكفاءة، فوضوي).

. يتمسك بالروتين، يعيش في وحدة نفسية.

. يعاني الاكتئاب والتشاؤم ويشعر باليأس. (بدر الأنصاري، 1997، ص 94-95)

كما يضيف "Houreau" (2001) أن استجابات هذا النمط التي يسميها **Intériorité) IE**

(émotion) تعتمد على تنشيط جهاز الكورتيزول ويميز ضمنها نطين ثانويين هما:

- **IE1**: الذي يعكس الأفراد الذين تعلموا عن طريق التربية بالمفهوم الواسع، التي تلقوها التنازل عن طموحاتهم، والتقدير السلي للذات، والاعتقاد بأنهم غير قادرين على تحقيق النجاح.

- **IE2**: ويحس هذا الأخير الأشخاص غير الانفعاليين **Anti-émotifs** الذين يمنعون إظهار انفعالاتهم دون أن يعني ذلك عدم وجودها.

وقد أشارت "**Ruiz**" (2004) إلى أن هناك دراسات أخرى قد أظهرت ارتباطا هذا النمط بـ:

. البحث عن خبرات جنسية متعددة.

. تعاطي مواد كالكحول، الأدوية، المخدرات، السجائر....

. عادات خطيرة في السياقة كالسرعة والمخاطرة.

. ممارسة رياضات خطيرة، ووقوع حوادث خلال هذه الممارسات.

. تفضيلات معرفية وإدراكية وجمالية تتمحور حول التعقيد، تحمل الغموض، الأصالة والإبداع، ثراء الخيال والأحلام.

منذ ظهور النمط السلوكي (أ)، وبحوث تزداد وتتكاثر لمعرفة آلية العلاقة بين السلوك والأمراض الجسمية،

وهذا محاولة إيجاد نمط يستطيع التنبؤ بمختلف الأمراض الجسمية، وعليه ظهر النمط السلوكي "ج"، والذي ارتبط

بمرض السرطان، كما أن هذه الدراسات المتتالية، أدت كذلك إلى ظهور النمط السلوكي (د) **Type D**

behavior pattern على يد "**Denollet et al**" من خلال الدراسة التي قام بها مع زملائه عن دور

السلوك كعامل منبئ بالإصابة بالاضطرابات القلبية، ففي إحدى الدراسات، والتي دامت مدة خمس (05)

سنوات، على عينة مكونة من (300) فرد مصاب بالمرض القلبي التاجي، تبين أن أسباب الوفاة عدد أفراد هذه

العينة تشير إلى تدخل ثلاثة (03) عوامل ذات دلالية قوية تتمثل في:

. ضعف عضلة القلب.

. عامل تقدم السن.

. عامل نمط الشخصية (د).

5. النمط السلوكي (د):

يمكن تعريف هذا النمط من خلال التعريف الذي قدمه "Karlsson et a" (2007)، والذي يعتبره كعامل خطورة مؤدية للاضطرابات القلبية لماله من خصائص نفسية يوصف الشخصية (د) كعامل من عوامل الخطورة المؤدية للاضطرابات القلبية لماله من خصائص نفسية اجتماعية تؤثر على النشاط القلبي الوعائي، إذ يتميز أصحاب النمط (د) لمستوى منخفض في الشعور بالانسجام، وبنوعية حياة ضعيفة مع ارتفاع نسبة تواجد الأعراض الاكتئابية والإحساس بالقلق والتوتر.

الخصائص التركيبية للنمط السلوكي (د): يظهر أصحاب النمط السلوكي (د) مجموعة من أعراض الإحساس بالطرب والهلم النفسيين **psychological Distress**، كالعزلة الاجتماعية والاكتئاب "Schiffer" (2005)، والقلق "Denollet & Brustseart" (1998)، والتشاؤم "Denollet" (1998)، والشعور بالتعب والإرهاك (Pederson & Middel, 2001)

ويقوم النمط السلوكي (د) على سمتين بارزتين أساسيتين هما:

1. الانفصالية السلبية **Negative Affectarrily**: وتعني الميل إلى الشعور الشديد بالكرب والانزعاج باستمرار وفي المواقف المختلفة.

2. الكف الاجتماعي **Scailinhibition**: ويقصد به الميل الامتناع عن الدخول في التفاعلات الاجتماعية، بسبب إدراك العالم الخارجي لعنصر تهديد، وتوقع ردود أفعال غير مريحة من طرف الآخرين كالرفض والنبذ، لذلك فإن الأفراد الذين يتميزون بالكف الاجتماعي يحاولون تجنب ردود الأفعال من خلال تبني إستراتيجية الانسحاب الاجتماعي.

ورغم ما أضافه النمط السلوكي (د) في طريقة فهم تلك العلاقة بين الأمراض الجسمية، وخاصة الأمراض القلبية، وكذلك في زيادة الوعي والفهم للأنماط السلوكية الأخرى، إلا أنه لم يسلم من الانتقادات والتي جاء بها كل من "Les perance and Frasure –smith" (1996)، حول الطبيعة التركيبية للنمط السلوكي (د) واللدان يعتقدان أن النمط (د) ما هو في الحقيقة إلا محاولة أخرى لقياس الانفعالية السلبية أو العصبية المرتبطة بعوامل الخطورة في نشأة الأمراض القلبية الوعائية، غير أن "Denollet et al" يردون على هذا الانتقاد بالتأكيد على أهمية النمط (د) وميزته تتمثل في كونه يجمع بين الانفعالية السلبية وبين الكف الاجتماعي، وهو الأمر الذي يرفع من وجود عامل الخطورة على الصحة القلبية.

ولم تكتفي دراسات "Denollet et al" (2006) على الكشف على نمط آخر بل تعداه إلى محاولة إرساء نمط سلوكي يمكنه التنبؤ بمرض الشريان التاجي، وبالضبط بالسكتة القلبية، وهنا يشير إلى أهمية نمط الشخصية تتمثل في قدرته على التنبؤ بمسار مرض القلب الشرياني التاجي، ورفع من احتمال الوفاة إذ يرتفع

معدل التهديد بالموت لدى أفراد النمط (د) بمعدل أربع مرات أكثر من غيرهم ممن لا يحملون هذا النمط من الشخصية ضمن فئة المصابين بالمرض الشريان التاجي .

غير أن التساؤل الذي يبقى مطروحا يتعلق بالميكانيزمات التي يؤثر بها النمط (د) على الإصابة بالأمراض القلبية الوعائية، وهل هو تأثير مباشر أم غير مباشر، و للإجابة على هذا السؤال وضعت فرضيتان إحداهما تشير إلى وجود تأثير مباشر عن طريق تدخل العوامل النفس الفيزيولوجية **psychophysiological Factors**، وما ينتج عنها من ردود فعل قوية على مستوى النشاط القلبي الوعائي، بينما تشير الفرضية الأخرى إلى التأثير غير المباشر عن طريق تدخل الميكانيزمات النفسية الاجتماعية، وقد أظهرت نتائج دراسة "habra et al" (2003) على عينة من الأشخاص الأصحاء ميلا إلى ترجيح كفة الفرضية الأولى المتعلقة بالتأثير المباشر لمكونات النمط (د) الانفعالية السلبية والكف الاجتماعي على النشاط القلبي الوعائي من خلال التغيرات الفيزيولوجية، التي تحدث بوجود المشاعر السلبية مع عدم القدرة على التعبير عنها في المواقف الاجتماعية، ومن أهم تلك التغيرات تباطؤ معدل نبض القلب مع ارتفاع ضغط الدم، وفي المقابل فإن دراسات أخرى كدراسة (2008) "Williams et al" فقد حاولت البحث في آلية تأثير النمط السلوكي (د) على الصحة من خلال ميكانيزمات غير مباشرة (العوامل النفسية الاجتماعية) مقترحة السلوك المرتبطة بالصحة **health-related behavior**، والسند الاجتماعي **Social support** كنموذجين عن تلك العوامل، وعلى افتراض أن أصحاب النمط (د) يلتزمون بشكل أقل من غيرهم السلوكيات الصحية فيكتثرون بشكل مبالغ فيه من التدخين ولا يهتمون بممارسة الرياضة والغذاء الصحي، كما يظهرون ميلا كبيرا نحو العزلة الاجتماعية وميلا أقل نحو إقامة علاقات اجتماعية بالمقارنة مع غيرهم الشيء الذي يجعلهم يحصلون على مستويات أقل من السند الاجتماعي.

وإذا كان محاولات الضبط والتدقيق في السلوكيات التي يتصف بها ذوو النمط السلوكي (د)، ومحاولة إيجاد نموذج يمكن أن يعطينا تفسيراً واضحاً، يمكن أن نطور من خلاله، التصورات والأبحاث التي تحاول أن تؤكد تلك العلاقة التنبؤية بين النمط السلوكي (د) والأمراض القلبية الوعائية، وتصميم هذه النتائج إلى التوصل إليها في سياقات ثقافية مختلفة، رغم الخلاف الجوهري الموجود في هذه السياقات الثقافية، بإرثها الماضي والحاضر، إلا أن الوصول إلى أداة قياس جيدة، تسهل من عملية التلاقي والتقارب حول نمط سلوكي (د) يمكن أن يكون عابر للثقافات، وعليه سوف نتناول طرق قياس نمط الشخصية (د)، والذي قام به **Denollet**، والذي يعتبر من الرواد الباحثين في مجال النمط السلوكي (د)، والذي قام بوضع سليم، أسماه اختصاراً (DS.24) مكون من (24) سؤالاً من مجموعتين:

. (12) سؤالاً للمجموعة الخاصة بالبعد الأول الانفعالية السلبية.

. (12) سؤالاً خاص بالمجموعة الثانية الخاصة بالبعد الثاني (الكف الاجتماعي) ، مع الإشارة إلى أن هذا السلم يتمتع بخصائص سيكومترية عالية، إذ يقدر معامل الثبات الداخلي بالنسبة لبعده الانفصالية السلبية، $\alpha=0,89$ ، بينما يقدر بالنسبة لبعده الكف الاجتماعي $\alpha=0,85$ (Donellet, 2000).

وفي سنة (2005) قام Donellet باقتراح نسخة أخرى لسلم (DS.24) ليتقلص عدد البنود إلى (14) بنداً، ويصبح السلم (DS.14) موزعة بنوده (14) بالتساوي على البعدين الانفصالية السلبية والكف الاجتماعي، وبشبات داخلي مقدر ($\alpha=0,85$) للانفصالية السلبية و($\alpha=0,82$) للكف الاجتماعي، أما فيما يتعلق بطريقة تصحيح السلم، فإن حصول الفرد فيه على درجات عالية في كل من البعدين السابقين بما يعادل (10) درجات فما فوق، يسمح بتصنيفه ضمن فئة أصحاب نمط الشخصية (د).

(فاطمة الزهراء زروق، 2009)

يرى الباحث أن من خلال ما ذكر عن المحاولات والجهود التي قام بها الباحثين لإبراز دور النمط (د) في التأثير على الصحة، بالتركيز على التجديد بنيتة التي تقوم أساساً على الانفصالية السلبية والكف الاجتماعي، إلا أن التحفظ يبقى قائماً على أهمية ذلك الدور نظراً لمحدودية نتائج الدراسات التي أقيمت حول هذا النمط، والتي كانت العينات التي أقيمت عليها محدودة أيضاً ومتمركزة في بعض المناطق من أوروبا كبريطانيا وبلجيكا وبولندا وهولندا، ومن جهة أخرى فإن عقد مقارنة بسيطة بين النمط (د) وبين النمطين الآخرين (أ) و(ج) يمكن أن يتوضح لنا بأنه يوجد تشابه بين النمط (د) وبين النمط (أ)، من حيث تواجد الانفعالات السلبية كالغضب والقلق، وبين النمط (د) والنمط (ج)، من حيث تواجد عنصر عدم القدرة على التعبير على الانفعالات السلبية في المواقف الاجتماعية والمعبّر عنه في النمط (د) بالكف الاجتماعي، وبالألكستيميا في النمط (ج) ، كذلك فإن نفس المقارنة لو تم إجرائها بين النمط (د) وبين قائمة "Eysenk"، لوجد أن هناك تشابهاً بين كل من سمة العصائية Neuroticism في قائمة أيزنك والانفعالية السلبية في بنية النمط (د)، وبين كل من سمة الانطواء introversion في قائمة أيزنك والكف الاجتماعي في النمط (د)، بالإضافة إلى ما سبق، يمكننا أيضاً الإشارة إلى عدم وضوح الميكانيزمات والآلية التي يؤثر بها نمط السلوك (د) هل الصحة القلبية أو هل الصحة بشكل عام، وقد يعود ذلك إلى حداثة البحث وقلة الدراسات حول هذا النمط، والتي يمكن لها أن تأخذ حظاً أوفر مستقبلاً ، خاصة مع تطور البحث في مجال البيولوجية السلوك Biobehavioral Research في السنوات الأخيرة.

6. النظريات المفسرة للخصائص المرتبطة بالأنماط السلوكية:

1. نظرية التحليل النفسي :

تملك نظرية التحليل النفسي تمييزاً خاصاً، فهي ترى أن النجاح و الانغماس في العمل و تحقيق أفضل أداء و أكبر إنجاز في أقل وقت ممكن، فيه عشق للحياة و البحث بشكل دؤوب على الإثارة والتوتر فالعمل و الإنجاز يمنحان قوة و طاقة لمزيد من الحياة و مزيد من النجاح، و لكن ينطوي الأمر على تدمير و عدوانية حيث يتعرض

الجسد للإجهاد مما يجعله هدفا للأمراض الشرايين التاجية، وخطر التعرض للسرطان، كما أن من يمارس من تنافسية عنيفة و عدائية نحو الآخرين أثناء رحلة العمل و الإنجاز، و إن كانت تمثل عبئا جديدا على الفرد إلا أنها تمثل إثارة من نوع خاص يشكل تدهورا في العلاقة مع الآخر، مما يعد انحدارا نحو ممارسته لغرائز الموت، ولا يختلف الأمر كثيرا في أن يكن الفرد ممارسا للكبت و الانطوائية، كما في حالة نمط السلوك (ج) أو أسهل الإستشارة ، وشديد الإندفاعية في نمط سلوك (أ) وربما تكون نمط السلوك (ب) بخصائصه المتوازنة معبرا أيضا عن التوازن بين غرائز الحياة والموت.

2 النظرية السلوكية:

توضح تلك النظرية أن ما يصدر من مواجهات سلوكية إنفعالية من قبل الأشخاص من ذوي النمط السلوكي (أ.ب.ج) نحو مشكلات ومهام الحياة، إنما هو سلوك تم تعلمه و التدريب عليه منذ الطفولة، والخصائص التي يتسم بها كلا النمطين (أ.ج) تنجم عن سوء تكيف فسيولوجي و نورولوجي داخل تركيبة الجسم و ينجم عنها قصور وظائف البدن و عجزه عن احتمال المزيد والإصابة إما بأمراض الشريان التاجي أو خطر التعرض للإصابة بالسرطان ، كل ذلك يرجع إلى استجابة متعلمة مسبقا ثم تدعيمها بالتعزيز الملائم لفترات طويلة ، واتضح ذلك في العديد من الدراسات .

3 نظريات التيار الإنساني :

المجال الإدراكي و مستوى الوعي و الخبرة الشعورية هي أساس نظريات الاتجاه الإنساني ، فيضل الفرد فترة طويلة من حياته برموز ذات إدراك خاطئ للخبرات و بعيدة عن الواقع ، حيث يؤدي هذا في نهاية الأمر إلى الإضرار بالفرد ، و ربما يندفع الفرد في مواجهته لانجازات الواقع و تحت وطأة الحاجة للتقدير الإيجابي مع الآخرين إلى التفاعل معهم برموز إدراكية تجعله دائم الصراع لتحقيق الذات الإنسانية التي يتطلع إليها مجتهدا في تطويع الواقع الوجودي وفق لطموحاته و بالتالي يتوجه بعدائية لمن يقف في طريق تحقيق هذه الطموحات ، تنافسيا ، شاعرا بضغط الوقت وذلك كما في حالة نمط السلوك (أ) أو شديد اليأس و شاعرا بالعجز أما كثرة طموحاته و متطلباته التي يحملها لنفسه و ما يمارسه من كبت لكل المشاعر و الانفعالات التي تظهره متهاويا ضعيفا أمام الآخرين ، و ذلك كما في حالة نمط السلوك (ج) .

4 نظرية التعلم الاجتماعي:

تعد هذه النظرية واحدة من النظريات التي يمكن أن يحلل سلوك النمط (أ) على ضوءها ، و بالنظر إلى العناصر المهمة في نظرية التعلم الاجتماعي المعرفي نجد أنها تتلخص فيما يلي :

- السلوك (حركي - لفظي).
- البيئة (الظروف الضاغطة، الظروف الفيزيائية).
- الظروف الاجتماعية (الناس، الجيران ، الأصدقاء وغيرهم ...).
- العامل المصرفي (العلاقات المباشرة الصريح ومدى التأثير في الآخرين).
- التنبه للعوامل البيئية.

- وعلى ضوء هذه العناصر نجد أن ذوي النمط (أ) ينتقون الاستجابة الإيجابية على المدى القصير ، و يستبعدون الإجابات السلبية على المدى البعيد ، ومن ثم يتعلمون الاستجابات الإيجابية (المشبعة) و التي تشكل سلوكهم فيما بعد ، إذن فسلوك ذوي النمط (أ) نتاج تفاعل العوامل البيئية والاجتماعية و الفيزيائية و العوامل المعرفية و النفسية، و بالتالي فإن أصحاب هذه النظرية يرون أن سلوك النمط (أ) يتحدد كما يلي :
- تعرف مدى تفاعل البيئة و السلوك و الجانب المعرفي و العوامل النفسية الاجتماعية في ظهور النمط (أ).
 - تحديد بعض العمليات التي تتضمن اكتساب سلوك النمط (أ).

فحص العوامل السابقة و اللاحقة لسلوك النمط (أ) ، و كذلك العوامل المشجعة على تكراره و استمراره. (حسام عزب و شادية عبد الخالق 2003)

و يرى الباحث أنه طبقا لهذه النظرية فإن أصحاب النمط (أ) يبدؤون في اكتساب العديد من الأنماط السلوكية الإيجابية ، و التي تمثل بالنسبة لهم مرحلة إشباع و توافق مع أنفسهم و طموحاتهم ، و المنبهات البيئية التي تجعلهم على حافة التوتر و الانعصاب ، مما يجعلهم يكررون هذه الأنماط السلوكية عن طريق الاستجابات المدعومة التي ترتفع بتقديرهم لذاتهم و تجعلهم يرغبون دائما في أن ينجزوا أدائهم و يحسنونه ، حتى يستطيعوا أن يحسنوا صورتهم أمام ذاتهم ، و هذا يعد بمثابة أسلوب تكيفي مقبول بالنسبة لهم .

7. قياس الأنماط السلوكية:

لقياس الأنماط السلوكية استخدم الباحثين العديد من الأدوات ، فنجد أن **Friedman & Rosman** قد استعملا طريقة المقابلة المحددة (SI) **structure interview** ، لكي يتوصلا إلى تصنيف الأفراد إلى النمط السلوكي (أ) شديد ، ونمط شخصية (أ) معتدل ، و النمط السلوكي (ب) ، كما يمكن استخدام قائمة إنديانا لهذا الغرض ، و طريق الحياة من وضع نيولاين ورات ، و من الباحثين من استخدم اختبار **Eysenk** للشخصية (EPI) . (بدر محمد الأنصاري ، 2002 . ص 669)

و مع توالي الدراسات و التعميق في البحث حول هذه الأنماط بدأت تظهر الحاجة إلى استخدام المقاييس التي نجد من بينها مقاييس "**Bortner scale**" (1969)، حيث يتكون هذا المقياس في صورته الأولية من 14 بندا ثنائي القطب ، و قام بورتيز باختصاره إلى سبعة (07) بنود ، يحتوي كل بند على أوصاف ثنائية ينطبق أحد طرفيها على النمط (أ) و الآخر على النمط (ب) بين الطرفين ، متصل متدرج من (1 - 8) يهدف المقياس إلى تصنيف الأفراد ذوي النمط (أ) ، و ذوي النمط (ب) و يقيس الأبعاد التالية (ضغط الوقت ، الدافع الشديد ، المنافسة و القوة التعبيرية) ، و لقد تم استخدامه في العديد من الدراسات و ترجم للغات عديدة . (نشوى كرم الدوير ، 2007 . ص 75)

كما نجد مقياس (**Jenkins Activity scale 1964**) ، و الذي تم مراجعته عن طرف كل من "**Jenkins Rosenman**" (1971) وهو يتكون من (52) بندا تقيس (المنافسة، الدافع المرتفع، السرعة و ضغط الوقت، الارتباط بالوظيفة)، و قد تم ترجمته للعربية، من طرف أحمد محمد عبد الخالق.

(فخرية يونس الجارودي 2001، ص 55)

ومن المحاولات الجادة في بناء مقياس يهتم بالبيئة العربية نجد مقياس اختبار النماذج السلوكية للأنماط (أ، ب، ج). (لأمال أباطة 2003)، والذي يتكون من (18) بنداً ، تعبر عن ثلاث أوصاف، تخص النمط (أ) أو (ب) واختبار ثالث وهو (ج) ، في حالة عدم انطباق (أ) أو (ب) و النمط (ج) نمط وسط بين النمطين (أ) و (ب) . كما نجد كذلك Framingham type A Scale ، و هو يقوم على تقارير ذاتية بواسطة الشخص الخاضع للتجربة ، و يتضمن عشرة بنود لتقييم الرغبة و الدافع التنافسي لدى الفرد و شعوره بأهمية عنصر الوقت و مفهومه لضغوط العمل ، و عند اختيار الجوانب الأساسية للنمط (أ) . تم انتقاء البنود من بين قائمة تضم (300) بند بواسطة لجنة من الخبراء ، وقد وضعت هذه القائمة في الأساس لتقييم السمات النفسية المميزة للأشخاص المشاركين في الدراسة من مرض القلب التي قام بها هذا الأخير .

(بشير معمريّة ، 2012 . ص102)

. خلاصة الفصل:

من خلال ما تم عرضه يتضح لنا إهتمام العديد من الدراسات والباحثين، والتناولات النظرية للشخصية في معناها العام سواء تعلق الأمر بالجانب الفيزيولوجي أو الوراثي، أو البيئي للفرد، إذ يطبع كل جانب من هذه الجوانب تأثيراته في تكوين سلوكيات نمطية، أو شخصية، ورغم هذا الاختلاف في التناول النظري، إلا أننا نجد أن هناك ما يدعم به كل فريق طرحه النظري والنمط السلوكي ما هو إلا جزء من تفاعل البيئة الداخلية، والخارجية للفرد، والذي يظهر في سلوكيات النمط (أ)، والنمط (ب)، الأمر الذي تؤكد العديد من الدراسات النفسية على أن هذا النوع من السلوكيات تجعل صاحبه مرشحاً للإصابة بأمراض قلبية، وحتى أمراض عضوية أخرى، عكس ذوي النمط السلوكي (ب)، التي تؤكد كذلك التناولات النظرية على أنه فرد يتمتع بصحة جسمية، إلا أن هذا الطرح يناقضه البعض، كما أن الدراسات لم تعطيه حقه في الدراسة، والبحث.

وتشير الأبحاث والدراسات إلى وجود عوامل نفسية عديدة لها أثرها البالغ سواء على النمط (أ)، والنمط (ب)، الأمر الذي يقودنا إلى الإشارة إلى الضغط النفسي، وأساليب التعامل مع الضغط النفسي، الذي يعتبر من العوامل التي تؤثر في الأنماط السلوكية

الفصل الثالث

الضغط النفسي وأساليب التعامل معه

. تمهيد:

تعددت تسميات والتعاريف حالة الخطر والتهديد الذي يتعرض له الإنسان في مواقف الحياة المختلفة، والتي تعوقه على إشباع حاجاته البيولوجية والنفسية ففي التراث السيكولوجي والدراسات الأجنبية يكاد يكون هناك شبه إجماع بين الباحثين على إطلاق مصطلح **stress** على تلك الحالة، لكن الإشكال لا يتوقف عند الضغط النفسي، لأنه يعتبر جزء من الحياة اليومية التي يعيشها الفرد، لأن أحداث الحياة المتلاحقة، وتغير الوضعيات والانتقالات الحياتية، والعلاقات الاجتماعية بمختلف مستوياتها... وغيرها، هي مسببات للضغط النفسي، بل يكمن الإشكال في كيفية التعامل مع الضغوط النفسية من خلال الأساليب التي يستعملها الفرد، فهي التي تلعب دور الوسيط بين الضغوط النفسية والصحة النفسية، فهي التي تحدد مدى قدرة أو عدم قدرة الفرد في التغلب على تلك الضغوط، وعليه سوف نتطرق في هذا الفصل إلى الضغط النفسي باعتباره هو الذي يستثير الفرد لاستعمال تلك الأساليب لمواجهة، حيث يقوم الباحث بتعريف مفهوم الضغط النفسي، والمصادر المسببة للضغط النفسي، كما نتطرق إلى أنواع الضغوط النفسية، ولأهم النظريات المفسرة للضغط النفسي، أما فيما يخص أساليب التعامل مع الضغوط النفسية، فسننتقل إلى تعريف أساليب المواجهة، وكذلك النظريات المفسرة لها، كما نستعرض بشيء من التفصيل المنحى المعرفي في تفسير تلك الأساليب، وكذلك بعض التصنيفات والمقاييس التي اهتمت بقياس تلك الأساليب، وفي الأخير نتطرق لبعض العوامل المؤثرة في أساليب مواجهة الضغوط النفسية.

1. تعريف الضغط النفسي:

تعددت تعريفات الباحثين لمصطلح الضغط النفسي تبعا للتوجهات النظرية التي يتبناها كل منهم، ويجدر بنا الإشارة هنا إلى أن علماء النفس عرضوا ثلاثة طرق في وصفهم للضغوط، فأشار **Passer , M** و **H & Smith** إلى أن الضغوط يمكن وصفها على أنها:

■ أولا: مثير **stimulus**:

ويظهر الضغط كمنبه خارجي في مواقف كالتالي: (لدي كم كبير من الضغوط، لدي ثلاث امتحانات الأسبوع القادم لقد فقدت مذكرتي، عرتي تحطمت)، وهي في مجملها أمور تتعلق بالبيئة الخارجية أي منبهات خارجية ليس للفرد دخل فيها.

■ ثانيا: استجابة **Reponse** :

يوصف الضغط كاستجابة وتصنف الاستجابة إلى ثلاث مكونات: (معرفية، ونفسية وسلوكية)، وتكون استجابات الفرد كالتالي: (لدي مشكلة كبيرة، أشعر أن هناك ضغوط كثيرة تحوطني)، ويعتبر وجود المشاعر السلبية محدد لاستجابات الضغوط، أي أن الضغط ناتج عن تقدير الفرد للموقف على أنه ضاغط.

■ ثالثاً: التفاعل بين الفرد-الموقف Person-Situation :

وينشأ الضغط نتيجة لتفاعل الفرد مع البيئة، وهذا الرأي يجمع بين الرأيين السابقين من حيث النظر إلى الضغط كمنبه واستجابة، فهو يجمع بين كليهما بل ويضيف التفاعل بينهما ليشكل كل منهما النمو الضاغط. (

Passer, M,& Smith, R, 2004, p.465)

وعلى هذا الأساس، فقد تعددت تعريفات الضغوط حيث نجد من بينها : تعريف "صبي الكفوري" (2000) الضغط بأنه: "عملية تقييم الأحداث التي يواجهها الفرد كمواقف مهددة والاستجابة لها تغيرات فيسيولوجية وانفعالية ومعرفية وسلوكية تكشف عن عدم قدرة الفرد على الموائمة بين ما لديه من إمكانيات وبين ما تتطلبه البيئة المحيطة من أفعال."

كما أن هنالك من يعرف الضغط في الجانب المعنوي، حيث يرى "جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفاي" (1993)، بأن المطالب المفرطة أو الضاغطة التي يتعرض لها الفرد والشعور بالضغط قد يتفاوت بتفاوت الأشخاص، ويتوقف على مطالبهم التربوية والمهنية والأسرية وغيرها، ومثال ذلك المطالب الوالدية لتحقيق الإنجاز. (جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفاي، 1993، ص935)

ويعرفه " لطف الشرييني" (2002) بأن الضغط في الطب النفسي مفهوم معنوي ويعني "التأثير غير المرغوب فيه للموقف والخبرات السلبية من الناحية النفسية، أما ضغوط الأفكار فهو تتابعها وتشويشها وكثرتها بصورة تسبب التشويش الذهني والضغوط الاجتماعية تؤثر على سلوك الفرد وصحته النفسية".

(لطف الشرييني، 2002، ص142)

ونستنتج من خلال هذه التعاريف أن ضغوط الحياة المختلفة، هي نتاج لمواقف يمر بها الفرد وأنها ضرورات تزداد مع التغير في نمط الحياة، وأن الضغوطات هي استجابة الفرد للمطالب البيئية والتي يهدف منها هي استجابة الفرد للمطالب البيئية والتي يهدف منها إلى التوافق، كما أن هذه الاستجابات قد تكون جسمية أو نفسية أو سلوكية أو معرفية.

2. مصادر الضغط النفسي:

إن البيئة التي يعيش فيها الإنسان تزخر بأسباب ومصادر الضغوط بشتى أنواعها، فقد تناول الباحثون هذه الأسباب من خلال الجوانب التي يرغبون إلقاء الضوء عليها سواء كانت هذه الجوانب مصيرية أو مراحل عمرية.

ويرى الباحث أنه من الصعب حصر مصادر الضغوط النفسية ومسبباته تحت تصنيف معين نتيجة لكثرتها وتعددتها واختلافها من فرد لآخر، ومن مرحلة عمرية لأخرى، وأيضاً اختلاف في مصادر الضغوط من بيئة لأخرى لأن البيئة الاجتماعية والثقافية تلعب دوراً هاماً فيها.

ويذكر "Hockenbury & Hockenbory" (1997) أن الضغوط تنشأ من عدة مصادر

هي:

1. أحداث الحياة، فإن أي حدث يحتاج إلى تكيف أو تأقلم ينتج عنه الضغط.
2. المشاجرات اليومية.
3. صراع الإقدام الإقدام، الإحجام الإحجام، الإقدام الإحجام، وأن صراع الإقدام الإحجام هو الذي يسبب أكثر أنواع الضغط. (ماهر يوسف المجدلوي، 2005، ص 15.14)
- في حين وضع "Holmes" (1967) قائمة بالأحداث الضاغطة تبدأ من أشدها تأثيراً، وهي فقد عزيز والطلاق ثم الانفصال ثم وفاة شخص عزيز على الأسرة، والزواج، وتنتهي بالأحداث الأقل تأثيراً مثل تغيير المدرسة، وتغير مستوى المعيشة، والتغير في الأنشطة الاجتماعية وتغير مكان النوم.
- (ماهر يوسف المجدلوي، 2005، ص 17)

كما قسم "Mc-grath" (1970) مصادر الضغوط إلى ما يلي:

1. ضغوط تأتي من المطلب (الفعل)
2. ضغوط تأتي من الدور.
3. ضغوط تأتي من نوعية السلوك.
4. ضغوط تأتي من البيئة الطبيعية نفسها.
5. ضغوط تأتي من البيئة الاجتماعية.
6. ضغوط متوطنة في أنظمة الفرد الداخلية وتأتي معه في أي وقت.

(عبد المعطي حسن مصطفى، 2006، ص 40)

ويتضح للباحث مما سبق أن مصادر الضغوط تأتي أولاً من الأحداث والمواقف التي يتعرض لها الفرد في حياته اليومية، التي يتأثر بها، ولكن بدرجات متفاوتة، وهذا يرجع إلى إدراكه وتفسيره وتقييمه للمواقف التي تواجهه، وبناء على ذلك فإنه من غير الواقعي تجاهل أحداث الحياة والظروف الاجتماعية والسياسية التي تشكل الإطار الذي يتواجد فيه الفرد، ضف إلى ذلك السمات والخصائص الشخصية للفرد تتدخل وتؤثر في نوعية الاستجابة لهذه الأحداث.

3. أنواع الضغوط النفسية: هناك تعدد في أنواع الضغوط النفسية، فهناك الضغوط المؤقتة والضغوط المزمنة وهناك الضغوط الإيجابية والسلبية وهناك السارة والمؤلمة، ولا يمكننا حصر الضغوط في هذه الأنواع فقط لأن الضغوط ترتبط بمواقفها وقدرة الإنسان على تقبلها والتعامل معها والتعايش معها، ومدى قدرته على التوافق معها، وفيما يلي أهم أنواع الضغوط النفسية:

1.3 الضغوط المؤقتة والضغوط المزمنة: الضغوط المؤقتة هي تلك التي تحيط بالفرد لفترة وجيزة ثم تزول ولا يدوم أثرها لفترة طويلة مثل: (تلك الناتجة عن الامتحانات أو مواجهة موقف صعب مفاجئ)، وهذه الضغوط تكون سوية في معظمها إلا إذا كان الموقف الضاغط أشد صعوبة من مقدرة الفرد على التحمل مثلما يحدث في

المواقف الشديدة الضاغطة أما الضغوط المزمنة، فهي تلك الضغوط التي تحيط بالفرد لفترة طويلة نسبياً مثل: (تعرض الفرد لآلام مزمنة أو وجود الفرد في أجواء اجتماعية واقتصادية غير ملائمة بشكل مستمر)، وفي الغالب تكون هذه الضغوط سالبة من حيث تأثيرها على الفرد لأن حشد الفرد لطاقاته لمواجهة تلك الضغوط قد يدفع ثمنها على شكل أمراض نفسية أو فسيولوجية مما يؤدي إلى اختلال في الصحة النفسية والإنهاك أو الاحتراق النفسي. (حسين طه عبد العظيم و سلامة عبد العظيم، 2006، ص 32)

2.3 الضغوط الإيجابية والسلبية: الضغوط الإيجابية هي الضغوط التي تحدث توتراً يؤدي إلى الشعور بالسعادة والرضا أي الاتزان النفسي مثل: (تسلم مكافئة في العمل نظير النجاح في مهمة ما)، أما الضغوط السلبية فهي التي تؤدي إلى التوتر، وبالتالي إلى الشعور بالتعاسة والإحباط وعدم السرور، أي عدم الاتزان النفسي.

ويميز كل من "Lazarus&Cohen" (1977) بين نوعين من الضغوط الخارجية (البيئية) External Environment Stress والضغوط الداخلية (الشخصية) Internal Personal Stress وتمتد الضغوط البيئية من الأحداث البسيطة التي تحدث كل يوم إلى الأحداث الحادة القوية وتشير الضغوط الداخلية إلى الأحداث التي تكون نتيجة التوجه الإدراكي نحو العالم الخارجي.

وأشار "More" (1972) إلى بعض أنواع الضغوط المتمثلة في الضغوط الناشئة عن المشكلات البسيطة التي يواجهها الفرد في حياته اليومية، وكذلك الضغوط النهائية المرتبطة بمراحل نمو الفرد، بالإضافة للضغوط المرتبطة بالأزمات أو الصدمات الحياتية مثل المرض الشديد أو موت فرد عزيز في الأسرة.

وهذا ما يؤكد "selye" الذي يميز بين نوعين من الضغوط، حيث يطلق على الضغط النافع أو الحسن Eustress والضغط السلبي أو الضغط المزعج Distress، ويرى أن الضغط الحسن يسبب القليل من البلاء مقارنة بالضغط السلبي أو المزعج و الفارق الرئيس بينهما يكمن في العمليات المعرفية الوسيطة في استجابة الضغط، ويؤكد هذا الأخير على أن التحرر الكامل من الضغط لا يتم إلا الموت، وهكذا فإن الضغط ليس ضاراً أو شيئاً على الدوام. (توفيق هارون الرشدي، 1999، ص 34.35)

ومن كل ما ذكر سابقاً يرى الباحث أن هناك تعدد في أنواع الضغوط النفسية، والتي يمكن تصنيفها إلى ضغوط سلبية مؤثرة على أداء الفرد وشخصياً واجتماعياً ودراسياً. كما توجد الضغوط الإيجابية التي يؤدي إلى التأقلم والتكيف وإشباع رغباته، وهناك الضغوط المؤقتة التي تظهر في موقف معين وتنزل بزوال الموقف، كما أنه هناك ضغوط دائمة، وهي التي تحيط بالفرد لفترة طويلة توجد ضغوط نهائية تصاحب الفرد في مراحل نموه وانتقالاته الحياتية.

4. النظريات المفسرة للضغوط:

فيما يلي عرض موجز لأهم النظريات التي تناولت موضوع الضغوط النفسية:

1.4 نظرية Murray : تعتبر نظرية "موراي" في الدافعية نظرية تفاعلية لأنها تنظر إلى السلوك على أنه نتاجا

لحاجات داخلية تتفاعل مع ضغوط خارجية. حيث يعتبر موراي مفهوم الحاجة (Need) ومفهوم الضغط (Stress) مفهومين مركزيين، متكافئان في تفسير السلوك الإنساني ويعد الفصل بينهما تحريفاً خطراً، كما يلتقي كل من الضغط والحاجة في وحدة سلوكية كلية تفاعلية تتضمن الموقف الحافز (الضغط) والحاجة. (توفيق هارون الرشيدى، 1999، ص 57)

ويعتبر "Murray" أن مفهوم الحاجة ومفهوم الضغط مفهومين أساسيين على اعتبار أن مفهوم الحاجة يمثل المحددات الجوهرية للسلوك، فهو يعرف الحاجة على أنها: "مركب تخيل مناسب، أو مفهوم فرضي" يمثل قوة في منطقة المخ قوة تنظيم الإدراك والتفهم والتعقل، والنزوع والفعل، بحيث تحول الموقف القائم غير المشبع في اتجاه معين، وتستثار الحاجة أحياناً استشارة مباشرة من جراء عمليات داخلية من نوع معين، ولكن الأكثر شيوعاً أن تستثار في حالة الاستعداد بوقوع واحد من تلك الضغوط القليلة التي يغلب أن تكون ذات تأثير قوي بيئية، فتعبر عن نفسها من خلال دفع الإنسان إلى البحث عن أنواع معينة من الضغوط أو أن يتجنب الاصطدام بها، ولكن في حالة الاصطدام تؤدي إلى نمط معين من السلوك الظاهر يكفل للموقف نهاية تهدئ الكائن الحي، وقد حددها في حوالي عشرين حاجة من خلال دراساته التي أجراها على عينة من المفحوصين.

ويصنف الحاجات إلى حاجات نفسية المنشأ، وهي كالحاجة إلى الهواء والماء والطعام وحاجات ظاهرة تأتي أو تستثار من البيئة وهي تمثل ضغوطاً خارجية.

ويوضح أيضاً أن سلوك الفرد يرتبط بالنوع الأول، فالفرد بخبرته يصل على ربط موضوعات معينة بحاجة بعينها، ويطلق على هذا مفهوم تكامل الحاجة، أما عندما يحدث التفاعل بين الموقف الحافز والضغط والحاجة الناشئة فهذا يعبر عنه بمفهوم ألفا. (فاروق السيد عثمان، 2001، ص 100)

ويشير كذلك إلى أن الضغط Stress يمثل المحددات المؤثرة أو الجوهرية للسلوك في البيئة، وإننا سوف نعرف قدراً أكبر مما نعرفه عما يحتمل أن يفعله الفرد إذا كانت لدينا صورة لا عن دوافعه ونزعاته فحسب بل أيضاً صورة عن الطريقة التي يرى ويفسر بها الفرد البيئة، كما أن الضغط في أبسط معانيه عبارة عن صفة أو خاصية لموضوع بيئي، أو لشخص تيسر أو تعيق جهود الفرد للوصول إلى هدف معين وترتبط الضغوط بالأشخاص أو الموضوعات التي لها دلالات مباشرة تتعلق بمحاولات الفرد لإشباع متطلبات حاجاته.

ويميز Murray بين نوعين من الضغوط هي:

أ. ضغوط بيتا Beta Stress: ويشير إلى دلالة الموضوعات البيئية، والأشخاص كما يدركها الفرد.

ب. **ضغوط ألفا Alpha Stress**: ويشير إلى خصائص الموضوعات والأشخاص، ودلالاتها كما هي، والمهم هو النوع الأول، حيث أن الأمر الأهم ليس في الموضوعات في ذاتها ولكن الأهم هو دلالة الموضوعات كما يدركها الفرد. (توفيق الرشيد، 1999، ص 59)

2.4.4. نظرية Selye, H: يعتبر من أشهر الأطباء الذين فسروا الضغط تفسيراً فيزيولوجياً وأوضح مدى تأثير الضغط النفسي على الإنسان كعملية مرتبطة بالمرض وتكيفه مع الضغط.

كما قدم مفهوم زملة أعراض التكيف العام **Général Adaptation Syndrome** أثناء وضع نظريته التي أطلق عليها "نظرية الضغط للأمراض"، والتي تتلخص في الدفاعات الهرمونية التي يقوم بها الجسم عند تعرضه للضغط، وذلك من خلال الجهاز العصبي اللاإرادي، والتي يحدث لها نوع من سوء التعويض الفسيولوجي للنظام الهرموني الرابط بين الغدة النخامية في المخ والغدة الكظرية فوق الكلية وذلك عند التعرض المستمر لموقف ضاغط، فهو ميكانيزم دفاعي لدى جسم الفرد لمواجهة المثيرات التي تهدد الاتزان، وقد وصفها بأنها استجابة الجسم للضغوط وقد ركز في دراسته للضغط على الاستجابة الفسيولوجية للضغط دون الاهتمام بالمثير أو الحدث الضاغط. (حسين طه عبد العظيم وسلامة عبد العظيم ، 2006 ، ص 52)

وقد حدد "Selye" ثلاث مراحل لزملة التكيف العام هي:

1.2.4. مرحلة الإنذار أو التنبيه Alarme phase: وتمثل هذه المرحلة رد الفعل الأول للموقف الضاغط، وذلك عندما يدرك المرء نوع وحجم التهديد الذي يواجهه وهنا تحدث في الجسم تغيرات سرعة ضربات القلب، وزيادة السكر والدهون في الدم وشدة العضلات، واتساع حدقة العين وذلك للتأهب لمواجهة الموقف الضاغط وتعرف هذه التغيرات بالاستشارة العامة.

2.2.4. مرحلة المقاومة Resistance phase: وتحدث عندما يكون التعرض للضغط متوازماً مع التكيف فتختفي التغيرات التي ظهرت على الجسم في المرحلة الأولى، وتظهر تغيرات واستجابات أخرى تدل على التكيف.

وفي هذه المرحلة يستطيع الجسم التكيف مع الموقف الضاغط وتظهر تغيرات فسيولوجية تدل على التكيف، أو تساعد الفرد على الهرب، فهو إما يستجيب بالفرد بالمقاومة، أو بالهروب وعندما لا يتمكن الفرد من مقاومة الضغوط، فإنه يصل إلى مرحلة الإنهاك. ويحاول الجسم إدارة الموقف الضاغط وإعادة تخزين الطاقة المفقودة والوصول إلى حالة الاتزان النفسي من خلال تكتيكات معينة تعرف بعمليات تحمل ومعالجة الضغوط **Coping Processes**، فإذا كانت هذه العمليات غير ملائمة تصبح المقاومة غير فعالة، ويصل إلى مرحلة الإنهاك النفسي **Exhaustion** وبمرور الوقت تضعف المقاومة ويصل الفرد إلى ما يسميه "سيلبي" بأمراض التكيف، ويبدو أن الأجهزة العضوية، والنفسية للفرد عند تعرضها للضغوط تعمل كالساعة الرنانة التي لا يتوقف رنينها إلا بعد أن تفرغ وتستنفد طاقتها.

3.2.4. مرحلة الإجهاد أو الاستنزاف Exhaustion phase: وهي مرحلة تعقب المقاومة ويكون الجسم فيها قد تكيف، غير أن الطاقة الضرورية تكون قد استنفدت وإذا كانت الاستجابات الدفاعية شديدة ومستمرة لفترة طويلة فقد ينتج عنها أمراض التكيف. (خالد محمود عبد الوهاب، 2006، ص 82-83)

3.4. نظرية سبيلبرجر: تعتبر نظرية "سبيلبرجر" في القلق مقدمة ضرورية لفهم الضغوط عنده، فقد أقام نظريته في القلق على أساس التمييز بين القلق كسمة **Trait Anxiety** والقلق كحالة **State Anxiety** ويقول أن القلق شقين: (سمة القلق أو القلق العصبي أو المزمن)، وهو إستعداد طبيعي أو اتجاه سلوكي يجعل القلق يعتمد بصورة أساسية على الخبرة الماضية، وقلق الحالة وهو قلق موضوعي أو موقفى يعتمد على الظروف الضاغطة، وعلى هذا الأساس يربط هذا الأخير بين الضغط وقلق الحالة ويعتبر الضغط مسببا للحالة القلق، ويستبعد ذلك عن القلق كسمة، حيث يكون من سمات شخصية الفرد أصلا.

وفي الإطار المرجعي للنظرية إهتم "سبيلبرجر" بتحديد طبيعة الظروف البيئية المحيطة والتي تكون ضاغطة، ويميز بين ميكانيزمات الدفاع التي تساعد على تجنب تلك النواحي الضاغطة (كبت، وإنكار، وإسقاط) التي تستدعي سلوك التجنب ويميز "سبيلبرجر" بين مفهوم الضغط ومفهوم القلق فالقلق عملية إنفعالية تشير إلى تتابع الاستجابات المعرفية السلوكية التي تحدث كرد فعل لشكل ما من الضغوط.

كما يميز بين مفهوم الضغط ومفهوم التحديد من حيث أن الضغط يشير إلى الاختلافات في الظروف والأحوال البيئية التي تتسم بدرجة ما من الخطر الموضوعي، أما كلمة تحديد فتشير إلى التقدير والتفسير الذاتي لموقف خاص على أنه خطير أو مخيف، وكان لنظرية "سبيلبرجر" قيمة خاصة في فهم طبيعة القلق.

(فاروق السيد عثمان، 2001، ص 99-100)

4.4 نظرية التقدير المعرفي ل Lazarus:

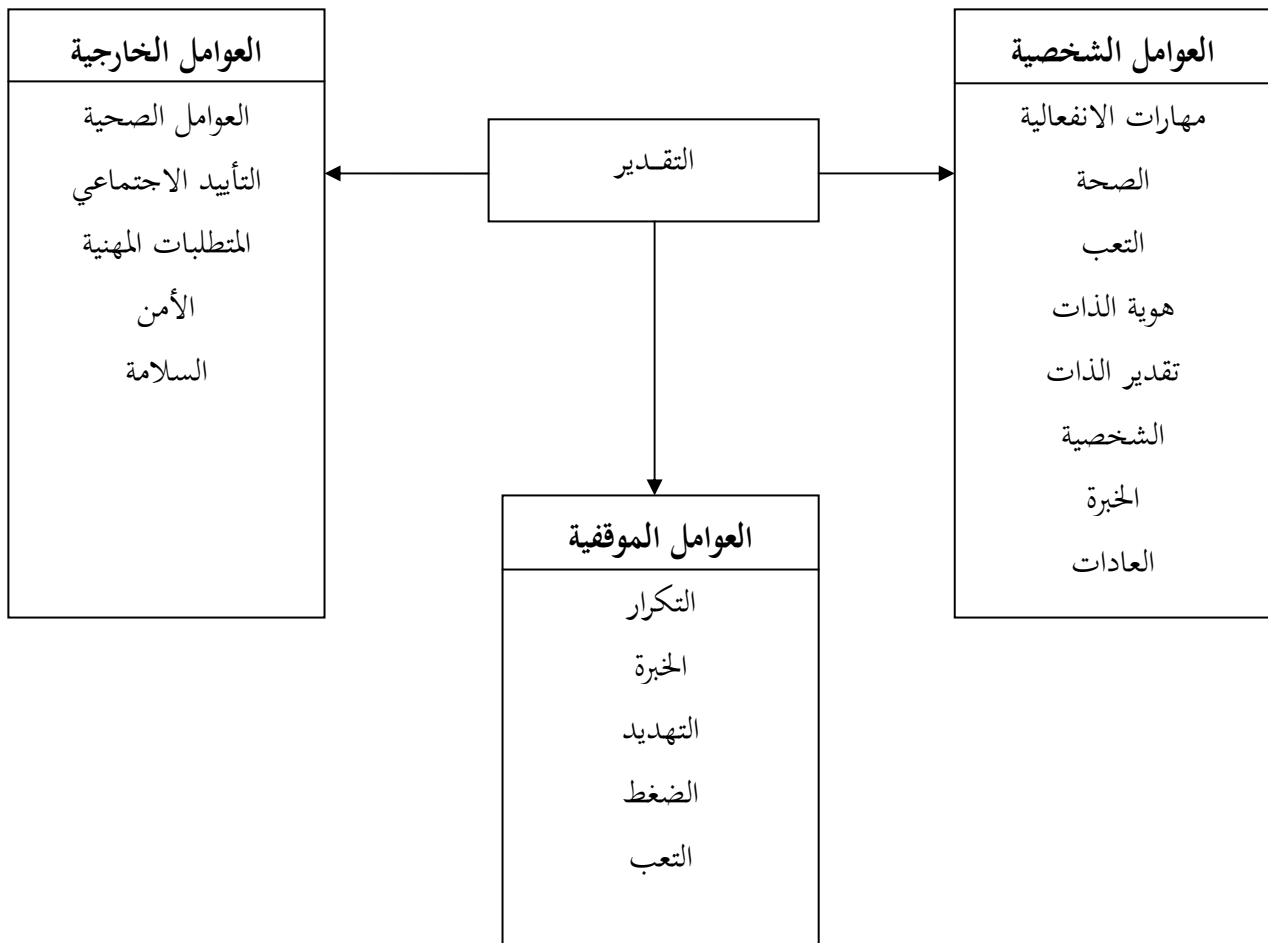
يعتبر "Lazarus" (1956) أول من قدم هذا التفسير، وركز على تقييم الفرد تقييما ذهنيا، والذي يفسر بواسطته الضغط النفسي، فالتقييم الذهني عبارة عن الكيفية التي يدرك بها الفرد الموقف الذي يتعرض له، فيبدأ في تقويمه أو تقديره أي يصدر حكما على هذا الموقف، وعلى أساس الحكم الذي يصل إليه الفرد يشعر بالضغط النفسي على أن إصدار الحكم يتأثر بالخبرات السابقة التي تعرض لها الفرد في حياته، فالحكم الذي يصدره الفرد على الموقف أو المثير من حيث أنه ضاغطة أم لا.

ويعتمد هذا التقييم المعرفي على عوامل منها:

■ العوامل الشخصية.

- العوامل الخارجية.
- العوامل المتعلقة بالموقف النفسي.
- وتتم عملية التقييم الذهني في مرحلتين هما:
- **المرحلة الأولى:** وهي ذلك الإدراك الذي يستخلص منه الإنسان أن بعض الأحداث هي في حد ذاتها شيء بسبب له الضغوط.
- **المرحلة الثانية:** وهي عبارة عن الخطوات التي يتبعها الفرد في مواجهة المشكلات التي تظهر في الموقف والتغلب عليها.

الشكل رقم (04) : يوضح التصور العام لنظرية لازاروس في تفسير الضغط:



(فاروق السيد عثمان، 2001، ص101)

و نلاحظ من خلال الشكل الموضح أعلاه أن تقييم الضغط النفسي يتم بعوامل داخلية وعوامل موقفية موضوعية خارجية، وهذه العوامل تلعب دورا هاما في تقدير الضغط النفسي باعتبارها المحددة له، فالأحداث التي تعتبر عاملا ضاغطا عند شخص ما قد لا تكون كذلك عند شخص آخر، نتيجة تدخل هذه العوامل في عملية تقييم الحدث في حد ذاته، فما يدركه الفرد بأنه ضغطا فهو كذلك، والعكس صحيح، يعني هذا أن طبيعة لأفكار

التي يدرك بها الفرد المشكلة أو الموقف الذي يواجهه تقوده إلى التعرف على الضغط النفسي.

5.4. نظرية أعراض المواجهة أو الهروب:

صاحب هذه النظرية هو "Walter Canon" (1920) ويعتبر العالم الفيسيولوجي من أوائل الذين استخدموا عبارة الضغط وعرفه برد الفعل في حالة الطوارئ وكشف في دراسته مصادر الضغط الانفعالية كالآلم والخوف والغضب تسبب تغيرا في الوظائف الفيسيولوجية للكائن الحي ويرجع لإفرازات عدد من الهرمونات أبرزها هرمون الأدرنالين والذي بدوره يهيئ الجسم لمواجهة المواقف الطارئة، حيث يرى أن تلك الاستجابة تجعل الكائن الحي إما أن يواجه الموقف ويتصدى له، أو يتجنبه ويهرب.

(علي عسكر، 2003، ص 26)

ومن خلال النظريات المقدمة والتي اهتمت بالضغط النفسي نلاحظ أن كل نظرية قدمت تفسيراً مختلفاً عن الأخرى وهذا نتيجة تناول كل عالم الضغط النفسي من خلال زاوية معينة إلا أنها تتقاطع في مستويات عدة، ومن بين هذه التقاطعات أن الضغط إذا استمر دون أن يستطيع الفرد مقاومته ينعكس عليه سلباً ويؤثر على صحته النفسية والجسدية.

5. تعريف أساليب التعامل مع الضغط النفسي:

لقد شاع مفهوم المواجهة في التراث السيكولوجي والطب النفسي خاصة في الدراسات حول الضغط واكتسب معاني متعددة، لما له من دور في تفسير وفهم التوازن النفسي والصحة عموماً، وهي تعبر عن مجموعة من الجهود والعمليات النفسية التي توظف في تسيير الضغوط والتقليل من آثارها السلبية. أما من الناحية اللغوية فقد اختلفت تسميتها، بالرغم من أنها تتفق جميعها في إنجاز نفس المهام، فترجمت من اللغة الإنجليزية « To Cope With » إلى الفرنسية بعدة مفاهيم أهمها:

- Processus d'ajustement
- Processus de faire face
- Processus de maitrise

▪ Stratégies de coping، والتي اعتمدت في الأدبيات الفرنسية منذ سنة (1999).

بينما استخدمت في اللغة العربية عدة مصطلحات مثل "المواجهة" "يوسف السيد" (1993)، و"عبد المعطي" (1994)، كما استعمل "عبد الباسط إبراهيم وعبد الله هشام" (1994) مفهوم التحمل، في حين استعمل البعض كـ "رجب علي" و"خليل الشوقاوي" مفهوم التعامل، وفضل "علي شعبان محمد" (1990)، مفهوم التكيف. (سهام طيبي، 2005)

ورغم تعدد هذه التسميات إلا أنها تدل على معنى واحد، ونظرا لتعدد الاتجاهات النظرية للباحثين، تعددت التعاريف النظرية المتعلقة بهذا المفهوم، وفيما يلي أهمها:

تعريف "Litman" (2006) بأنها: "الطرق والأساليب المعرفية والسلوكية المتنوعة التي يستخدمها الأفراد لإدارة الضغوطات التي يواجهونها في حياتهم اليومية للتخفيف من آثارها عليهم."

(سعاد منصور غيث وآخرون، 2009، ص254)

كما يعرف "Moos" (1988) أساليب المواجهة بأنها: "مجموعة من أنماط السلوك التكيفية المتعلمة والتي تتطلب عادة بدل الجهد، وتحدد الحاجة، وتستهدف حل المشكلة، كما يمكن السيطرة عليها، وكفها، أو قمعها، وبالتالي تستخدم بمرونة كافية كلما تطلب الموقف الضاغط."

(أمل الأحمد ورجاء محمود مريم، 2008، ص23)

ويعرف كل من "Folkman & Lazarus" (1984) المواجهة بأنها: "ذلك التغيير المستمر في الجهود المعرفية، والسلوكية من أجل إدارة المطالب الداخلية والخارجية التي يعتبرها الفرد أنها ترهق أو تفوق إمكانياته. (محمد مقداد و محمد حسن المطوع، 2004، ص261)

ويعرف معجم علم النفس في الطب النفسي أساليب التعامل بأنها: "سلسلة من الأفعال وعمليات التفكير تستخدم لمواجهة موقف ضاغط أو غير سار أو في تعديل استجابات الفرد في مثل هذه المواقف، واللفظ عادة يتضمن الأسلوب المباشر والشعوري لمعالجة المشكلات، في مقابل استخدام الحيل الدفاعية، واللفظ يطلق على الإستراتيجيات التي تصمم لمعالجة مصدر القلق عكس الحيل الدفاعية التي تتوجه لمعالجة القلق مباشرة وليس مصدره". (جابر عبد الحميد جابر و علاء الدين كفاقي، 1993، ص763)

ونستنتج مما ذكر سابقا، أن هناك اختلاف في التعاريف المقدمة حول أساليب المواجهة، إلا أنها تتفق في كونها طريقة أو محاولة من الفرد للتكيف مع الموقف الضاغط، وأن هذه المحاولة إما أن تكون فاعلة تخفف من حدة الضغط النفسي، وإما أن تكون غير فاعلة فتساهم في تفاقم الضغط النفسي.

6. النظريات المفسرة لأساليب التعامل مع الضغط النفسي:

هناك عدة نظريات نفسية قامت بتقديم إسهاماتها في تفسير أساليب التعامل مع الضغوط النفسية التي يستخدمها في مواجهة الضغوط النفسية، وكل نظرية قدمت إستراتيجيات مختلفة ترى أن الفرد يستخدمها في حياته اليومية أو عند تعرضه للضغوط النفسية، ونذكر من أهمها:

1.6 نموذج دفاعات الأنا: حسب وجهة النظر الفرويدية عندما تكون الأنا ضعيفة وكمية الطاقة المستمرة لديها منخفضة فسرعان ما يقع الفرد فريسة الصراعات والضغوطات والتهديدات وأن الضغط النفسي ينتج من فشل الأنا في القيام بوظائفها وعدم تحقيقها التوازن بين مطالب الهو ومتطلبات الواقع الخارجي.

(ماجدة عبيد، 2008، ص133)

ويؤكد " فيلان" (1992) Vaillant على وجود سياقات معرفية مخصصة للتخفيف من حدة القلق الناتج عن الوضعية الضاغطة والمتضمنة:

- **النفسى:** وهو ميكانيزم دفاعي يجعل الفرد يذكر بعض عوامل الوضعية المدركة، بهدف تحملها.
- **العزل:** وهو أن ينحصر سياق التفكير في فكرة واحدة مانعا الفرد من فهم حقيقة الوضع.
- **العقلنة:** أين يبحث الفرد فيه عن شروحات أو تفسيرات متناسقة لما يحدث.

ويحدد "Vaillant" (1992) المعيار الأساسي لنجاح إستراتيجيات المواجهة على أنه نوعية السياق من حيث المرونة، ودرجة تناسبه مع الواقع، بالإضافة إلى مآله الجسمي والنفسي.

(Brochon-Schweitzer, Dantzer ,et al. 2003,p.104)

2.6. النموذج الحيواني: يستند هذا النموذج على نتائج ودراسات مخبرية أقيمت على الحيوانات، إذ يعتبر هذا النموذج للمواجهة استجابات فطرية وسلوكية تهدف للتكيف ولمواجهة مختلف التهديدات الداخلية والخارجية، بغرض التخفيف من حدة الاضطرابات النفس فيزيولوجية الناجمة عن المواقف الضاغطة.

وترتكز المواجهة أساسا في هذا النموذج على مجموعة من الميكانيزمات صنفها " Scheweitezn,

MB. & Dantzer, R. " (1998) إلى مجموعتين هما:

أ. ميكانيزمات التجنب أو الهروب: تستعمل في حالة الخوف أو الفرع.

ب. ميكانيزم المواجهة أو الهجوم: تستعمل هذه المواجهة في حالة الغضب.

ويرى Dantzer أن معيار نجاح إستراتيجية المواجهة، يتمثل في خفض أو التحكم في النشاط الفيزيولوجي الذي يترتب على هذه الوضعية.

(Bruchon – Schweitzer & Dantzer ,el al. 2003)

في هذا الصدد يرى كل من Lazarus & Folkman (1984) أن البحوث التي تستند على النموذج الحيواني، تركز أساسا على ما يسمى بالسلوك التجنبي أو سلوك الهروب أو الفرار، وهو الشيء الذي لا يمكن الكشف به عن باقي السلوكات أو الإستراتيجيات.

3.6. نموذج سمات الشخصية: وهو نموذج مستمد من نموذج دفاعات الأنا، والذي يعتبر (إستراتيجيات المواجهة) سمة من سمات الشخصية حيث يرى أصحاب هذا النموذج أن بعض الخصائص ثابتة في الشخصية، تجعل الفرد لديه استعداد لمواجهة الضغط بطريقة معينة مثال سمة (كبت – الحساسية) حسب دراسة "

"Byrine" (1961)، أو الصلابة النفسية حسب أعمال "Kobasa"، حيث أنها عملية تفسيرية توضح سبب اختلاف الأفراد في استجاباتهم للألم والمشقة، إلا أن العديد من الدراسات أكدت على أن سمات الشخصية تعد

مؤشرا ضعيفا لإستراتيجيات المواجهة، وهذا حسب "Lazarus & Folkman et al" (1973)، وهذا للأسباب التالية:

- الطبيعة المتعددة الأبعاد للسيروورة الحالية للمواجهة، فالشخص المعرض لضغوط متعددة في نفس الوقت لا يمكن قياسه بسمة واحدة للشخصية.
- الطبيعة المتعددة لسياقات المواجهة.

حسب "Lazarus & Folkman" (1988) تتأثر المواجهة تأثرا بليغا بمحيط الموقف، إذ يمكن لنفس الشخص في حالات معينة أن يستخدم إستراتيجيات معرفية للمواجهة، تهدف إلى التقليل من الضغط وفي حالات أخرى إستراتيجيات سلوكية ترمي إلى حل المشكل

(Bruchon– Schweitzer & Dantzer ,el al .2003)

4.6. النموذج المتعدد الأبعاد (Granzvoort 1998):

يشير هذا النموذج إلى أن عملية المواجهة ذات طبيعة معقدة، وهو يقوم على عدة دعائم أساسية:

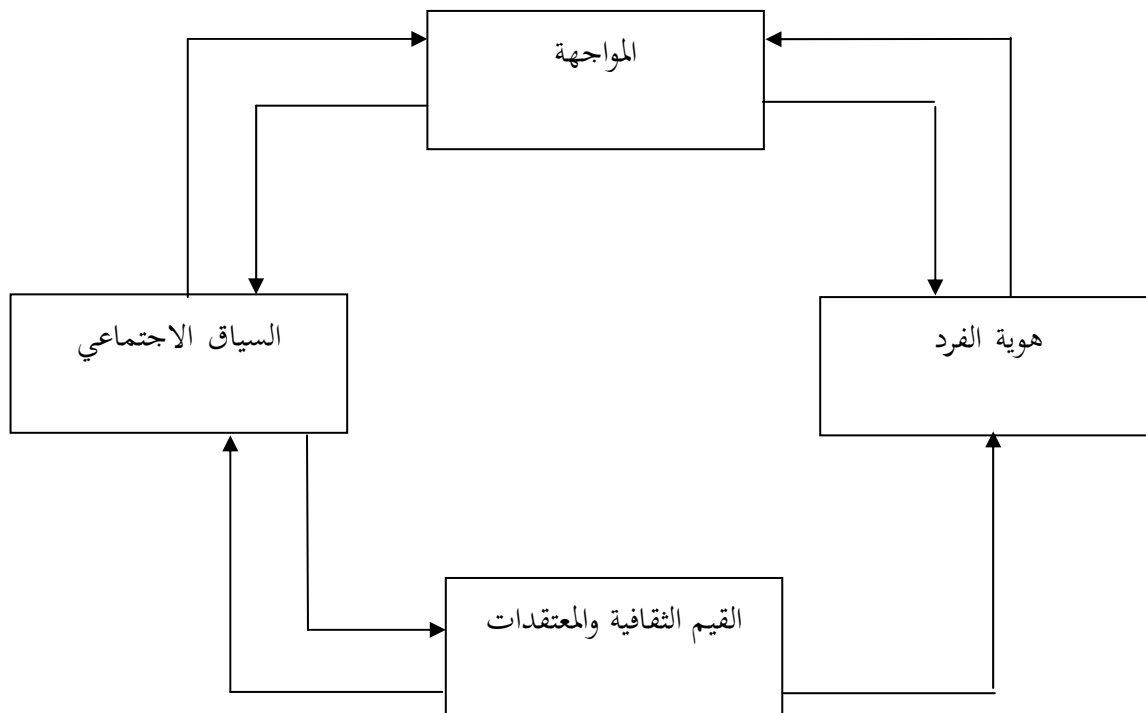
- **هوية الفرد** : إحساس الفرد بالاستمرارية، والتفرد في تفاعله مع السياق الاجتماعي، وتشمل: (الخصائص الشخصية والشعور بالكفاية الشخصية، واتجاهات النوع)، وتعد هوية الفرد متغير مستقل يؤثر في عملية المواجهة، كما يعاد تشكيلها على نحو متواصل في تفاعل مستمر مع المواجهة والسياق الاجتماعي.

- **المواجهة**: تتأثر المواجهة بالسياق الاجتماعي، الذي يقع فيه تفاعل كل من الهوية والمواجهة، ويتم تحديد إستراتيجيات المواجهة من خلال القيم الثقافية والمعتقدات.

- **السياق الاجتماعي**: متغير لا يتسم بالثبات، وهو متغير على نحو متواصل، ويتأثر بكل من المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية.

- **القيم الثقافية والمعتقدات**: لها دور في تشكيل فهم الفرد للضغوط وتحديد إستراتيجيات المواجهة. كما اهتم النموذج بالعلاقات الاجتماعية، فإختيار الفرد لأساليب المواجهة معينة، يمكن أن يجعله مغتربا من السياق الاجتماعي الذي يعيش فيه، أي أن عملية المواجهة تتأثر بالوسط الاجتماعي.

الشكل رقم (05): يمثل عملية المواجهة من خلال النموذج المتعدد الأبعاد لجرانزفورت.



(إيمان محمود القماح، 2002، ص 151.152)

7. المنحى المعرفي في تفسير مواجهة الضغوط النفسية:

يعتبر الاتجاه المعرفي هو المسيطر والسائد حالياً في البحث العلمي في مجال الضغط النفسي، والذي يتزعمه "Lazarus, Arnold"، الذي طور النظرية المعرفية في كيفية تفسير بعض مظاهر الضغط والكشف عن بعض إستراتيجيات المواجهة *Coping stratégie* التي يوظفها الناس لدى تعرضهم لمواقف ضاغطة، وتتمثل فكرة لازاروس الأساسية في أن استعمال الفرد لأساليب مواجهة غير فعالة **Dysfunctional Coping** هو الذي يترتب عنه معاناته من الضغط النفسي.

وحسب لازاروس أن العمليات المعرفية تمثل الحجر الأساسي لتحديد طبيعة استجابة هذا الفرد للضغوط المختلفة داخلية كانت أم خارجية، وعملية إدراك الموقف وتقييمه هي الأساس في مسألة مواجهة الضغوط الحياتية والتغلب عليها، وعليه فإن العملية المعرفية المسؤولة عن تقييم الموقف وتحديد طبيعة استجابة الإنسان له هي التي تعرف بمفهوم المواجهة *the concept of coping*.

وتقوم فكرة التقييم المعرفي على أن الفرد مدفوع على الدوام إلى تقييم وتقدير علاقته بالحيط، لمعرفة إلى أي حد يمكن أن تؤثر هذه العلاقة على راحته وسعادته الشخصية.

وتتعدى كلمة التقييم المعرفي مفهوم معالجة المعلومات "Lazarus & Folkman" (1984)، ذلك لأن التقييم هو عملية معرفية متواصلة بواسطتها يقيم الفرد الوضعية الضاغطة (التقييم الأولي)، ومصادره للمواجهة

(التقييم الثانوي) ،وهو كل تعديل وتغيير في العلاقة بين الفرد والبيئة، هذه الأخيرة التي يمكن أن تمنحه فرصة لإعادة تقييم الموقف والمصادر المتوفرة لديه للمعالجة.

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

1.7. التقييم المعرفي للمواجهة:

ويتم من خلال:

1.1.7. التقييم الأولي: هو العملية التي يبحث فيها الفرد عن طبيعة ومعنى الموقف الذي يمر به وما حجم التأثير الذي يمكن أن يخلفه هذا الموقف بالرجوع إلى قيمه، وأهدافه ومعتقداته حول نفسه والعالم من حوله، وللأهمية التي يوليها الفرد للموقف الذي يعيش فيه، وتتلخص الجوانب التي يراعيها الفرد في تقييمه تبعاً للاتجاهات التالية:

- 1- أنه تهديد: أي من المحتمل أن الموقف ينذر بوقوع الأذى أو الضرر.
 - 2- أنه خاسر: أي لقد حصل العطب والتخريب والخسارة فعلاً.
 - 3- أنه تحد: أي رغم أنه مهدد، فقد يكون ذا فائدة، أو يعتبر فرصة للفرد كي يستفيد من الموقف ويطور نفسه من خلال هذا التحدي.
- حيث يرى الفرد عند مواجهته للحدث، أن هذا الحدث قد يسبب له أذى صحياً أو نفسياً، أو ربما يخسر عمله، أو شريكه، وما شاء ذلك، والضرر يتضمن الأذى أو الخسارة لقيمة الذات، أو للمكانة الاجتماعية، وبدلاً من محاولة السيطرة على الموقف الضاغط، يستسلم ويصبح مضموراً بمشاعر العجز. ويرى " Contrada " (2001) أنه عندما يقيم الفرد الموقف الضاغط على أنه تحد له، فعند ذلك سوف يبحث عن "الفوائد التي حصل عليها من هذا الموقف، حتى لو كان الموقف الضاغط شديداً، فإنه سيبحث عن طريقة للسيطرة عليه، ويستمتع بالحافز عن طريق توقع نتائج إيجابية لمواقفه.

2.1.7. التقييم الثانوي: هو عبارة عن رصد للموارد التي يمتلكها الفرد من أجل المواجهة، وهنا يقيم الفرد كفاءته ودعمه الاجتماعي، وأدواته أو مصادره الأخرى، كي يعيد تكيفه مع الظروف، وهذا ما يعرف بإعادة تثبيت التوازن بين الفرد والبيئة، ويضيف " Strunk&Chang " (1999) ، أن الفرد في التقييم الثانوي يبحث عن زاده من مصادر الشخصية، سواء في إستراتيجيات مواجهته، أم شدة احتماله أم ترابط إحساسه، أو في مصادر دعمه الاجتماعي.

وتتجلى قدرته في إمكانية ضبط الموقف، وإعادة تكيفه مع الظروف، وإبقاء نفسه متوازناً على المستوى الجسدي والنفسي. (ليلي شريف، 2003)

2.7. تصنيف أساليب المواجهة لـ Lazarus:

يعتبر التصنيف الذي اعتمده كل من "Lazarus & Folkman" هو السائد حالياً في مجال مواجهة الضغوط النفسية والمعدل من طرف "Paulhan et al" (1994)، الذي يميز بين الإستراتيجية التي تركز على المشكل والإستراتيجية التي تركز على الانفعال.

1.2.7. أساليب المواجهة المتمركزة حول المشكل:

■ **التركيز على المشكلة:** و هي الجهود التي يبذلها الفرد وهو يحاول التعامل الفعال مع عوامل الضغط النفسي أو مع الموقف الضاغط مباشرة.

ويضيف "Lazarus & Folkman" (1993) على أنها محاولة للسيطرة بشكل مباشر على الموقف الضاغط، عن طريق استعمال الفرد مصادره الذاتية في حل المشكلة، ومواجهتها مباشرة واتخاذ الإجراءات التي تخفف من تأثير الأحداث الضاغطة. (سامر رضوان، 2001)

ويعتمد هذا النوع على بعض الإستراتيجيات نذكر منها:

■ **أسلوب حل المشكلة:** يذهب كل من "Lazarus & Folkman" (1988) إلى اعتبار إستراتيجية حل المشكل تهدف إلى تغيير الوضعية التي يصاحبها البحث عن حلول، فالفرد يضاعف الجهود الضرورية حتى يضع مخططات عمل وتصرف لإيجاد الحل الأفضل.

ويمكن القول أن حل المشكل هو عملية يحاول بها الشخص أن يخرج من المأزق أو موقف ضاغط، وهو نوع من السلوك المحكوم بقواعد يستحضر فيها الأشخاص معرفتهم السابقة.

أما "Nezu" (1987) فهو يعتبر أن أسلوب حل المشكلات بأنه العملية المعرفية السلوكية التي يحدد الفرد بواسطتها استراتيجيات وجدانية لمواجهة المشكلات التي تقابله في الحياة.

(حسين علي فايد، 2000، ص272)

■ البحث عن السند الاجتماعي:

إن المساندة الاجتماعية هي الإمكانيات الفعلية أو المدركة للمصادر المتاحة في البيئة الاجتماعية للفرد التي يمكن استخدامها للمساعدة في أوقات الضيق، ويتزود الفرد بالدعم الاجتماعي من خلال شبكة علاقاته الاجتماعية التي تضم كل الأشخاص الذين لهم اتصال اجتماعي بشكل أو بآخر مع الفرد، وتضم في الغالب الأسرة والأصدقاء وزملاء العمل. (حسن فايد علي، 2000)

يرى "Hale" (1996) أن الدعم الاجتماعي هو شكل من أشكال المواجهة، وهو الجهد الذي يقوم به الأفراد للحصول على المساندة الاجتماعية للتخفيف من الوضع الضاغط ومن آثاره، فالبحث عن دعم اجتماعي يلعب دوراً في التخفيف من الضغط النفسي عن طريق التواصل الاجتماعي الجيد والعلاقات الاجتماعية المرنة والحميمة.

ويضيف "Cohen" (1997) أن الفرد لن يرى الحدث ضارا أو ضاغطا إذا اعتقد أن شبكته الاجتماعية سوف تساعد لمواجهة هذا الحدث، ويتم الدعم والمساندة الاجتماعية عموما بثلاث طرق، دعم اجتماعي مادي ويتمثل في المساعدات المادية والقروض، وذلك عندما تكون المشكلة الضاغطة تتعلق بالمال، وهناك الدعم المعلوماتي ويتضمن إعطاء النصائح والآراء حول كيفية التعامل مع الحدث، ويتم أحيانا عن طريق إعطاء الآخرين نتائج خبراتهم في المواقف المشابهة لموقف الفرد، ونجد أيضا الدعم العاطفي الذي يحصل عليه الفرد تجاه مشكلته مع أفراد أسرته أو أصدقائه أو زملاء العمل حيث يسهم هذا التعاطف ومشاركة الألم في التخفيف من الضغط. (ليلى شريف، 2003، ص 70-71)

2.2.7. أساليب التعامل المتمركزة حول الانفعال:

تهدف هذه الأساليب إلى ضبط المشاعر والانفعالات التي تستثيرها الوضعية الضاغطة مع الاحتفاظ بحالة الاتزان الوجداني، أي التعامل مع الانفعالات الناتجة عن مصادر الضغوط، وتقبل الفرد لمشاعره، وعادة ما يكون هذا النوع من التعامل مفيد في المواقف التي تتجاوز قدرة الفرد على ضبطها والتحكم فيها، ومن ثمة لا يمكن تغييرها من خلال إستراتيجيات مناسبة لحل المشكلة. (هارون توفيق الرشيد، 1999)

وتشمل هذه الإستراتيجية مجموعة من الأساليب، كالتجنب، إعادة التقييم الإيجابي، وإستراتيجية اتهام الذات فصلها كما يلي:

■ **أسلوب التجنب:** حسب "Lazarus & Folkman" (1988) فإن هذه الإستراتيجية تشير للمجهودات السلوكية للتهرب من المشاكل أو تجنبها، وتتضمن هذه الأساليب إستراتيجيات تجنب الوضعية الضاغطة، فالفرد يتخيل نفسه في عالم أفضل أو مكان آخر، ويتمنى إمكانية تغيير ما يحدث. ويرجو أن تنتهي الوضعية الضاغطة سريعا، فالتجنب والتهرب تسمح بالخروج من التفاعل الضاغط دون تغييره.

(توفيق هارون الرشيد، 1999)

■ **أسلوب إعادة التقييم الإيجابي:** حسب "Dantcher" (1989) فإن إستراتيجية إعادة التقييم الإيجابي، تشير إلى المجهودات المعرفية لتغيير المعنى الذاتي للتجربة من خلال إعادة تقييم الوضعية والاهتمام بالجوانب الإيجابية للحدث ووضع معنى إيجابي.

■ **أسلوب اتهام الذات:** حسب "Lazarus & Folkman" (1988) فإنها تتضمن إستراتيجية الوعي بالمسؤولية الشخصية في المشكل، ومحاولات الاستدراك. كما أنها تعبر عن اعتراف الفرد بدوره في المشكلة وما يصاحبها من محاولات من طرفه لجعل الأشياء صحيحة. (ليلى شريف، 2003، ص 68-69)

8. تصنيف أساليب التعامل:

منذ بداية الستينات اهتم الباحثون بدراسة استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية التي من خلالها ينظم الفرد العالم من حوله بغية التكيف مع آثار هذه الضغوطات فيسعى لإستعمال استراتيجيات معينة لضبط انفعالاته وخفض توتره الوجداني، وتعديل العلاقة بينه وبين المحيط وقد قدمت عدة تصنيفات في هذا المجال نذكر من بينها:

1.8. تصنيف Moos R. & Bellings (1981):

يصنفها كالتالي:

❖ أساليب المواجهة الإقدامية للمشكلات Approach Coping Responses:

وتتضمن المواجهة الإقدامية الإستراتيجيات التالية:

- التحليل المنطقي: وهي محاولات معرفية للفهم والتهيؤ الذهني لموقف ضاغط ومترباته أي التعامل مع المشكلات معرفياً.
- إعادة التقييم الإيجابي: وهي محاولات معرفية للبناء وإعادة بناء المشكلات بطريقة إيجابية مع استمرارية تقبل الواقع في الموقف الضاغط.
- البحث عن المساعدة والمعلومات: وهي محاولات سلوكية للبحث عن المساعدة والمعلومات والإرشاد أو الدعم أو المساعدة.
- استخدام أسلوب حل المشكلة: وهي محاولات سلوكية للقيام بعمل ما للتعامل المباشر مع المشكلة حلها.

❖ أساليب المواجهة الإحجامية: Aviodance Coping Resposer :

وتتضمن هذه الأساليب ما يلي:

- الإحجام المعرفي: وهي محاولات مصرفية، لتجنب التفكير الواقعي في المشكلة.
- التقبل أو الاستسلام: وهي محاولات معرفية للتعامل مع المشكلة بتقبلها والاستسلام لها.
- البحث عن الإثابة البديلة: وهي محاولة سلوكية، للاشتراك والاندماج في أنشطة بديلة، وخلق مصادر جديدة للإشباع.
- التنفيس الانفصالي: وهي محاولة سلوكية لخفض التوتر بالتعبير عنها بمشاعر سلبية.

(رجب علي شعبان، 2004)

2.8. تصنيف Carver et al (1989):

صنفه هذا الأخير إلى، اثني عشر (12) أسلوباً للمواجهة، حيث صنفها "مصطفى خليل الشرفاوي" (1993) في ثلاث فئات هي كالتالي:

- ❖ أساليب المواجهة: و التي تتمثل كما يلي:
 - التعامل النشط **Active Coping**: يقصد به اتخاذ إجراءات حاسمة للتخلص من المشكلة ويعتمد على التعامل النشط والمبادرة الفعالة لحل المشكلة.
 - التخطيط **Planing**: وهو وضع خطة للخروج بحل للمشكلة.
 - قمع الأنشطة المشاركة **Suppression of Competing Activités**: وتعني إستبعاد التفكير في المشاكل الأخرى والتركيز على المشكلة الحالية، بمعنى عزل المشكلة عن باقي المشكلات للتركيز عليها وحلها.
 - التمهّل **Restraine Coping**: انتظار اللحظة المناسبة لاتخاذ الإجراء المناسب لحل المشكلة.
 - ❖ أساليب التماس العون: و يمكن إدراجها في ما يلي:
 - اللجوء إلى الدين **Returning Religion**: وهو التماس العون الإلهي باللجوء إلى الله سبحانه وتعالى.
 - الدعم الاجتماعي الأدائي **Instrumental Seeking Social Support**: ويعني التماس الدعم الاجتماعي من خلال طلب المشاركة العملية من الآخرين.
 - ❖ أساليب السلبية: و التي نلخصها في :
 - الإنكار **Denial**: وهو التقدير برفض الاعتقاد بوجود الموقف الضاغط أو محاولة التصرف كما لو كان الموقف الضاغط شيئاً طبيعياً.
 - التحرر الذهني **Disengagement**: وهو صرف النفس عن التفكير في المشكلة بالانشغال بأعمال أخرى.
 - القبول **Acceptance**: وهو تقبل الموقف الضاغط والاستسلام للمشكلة.
- ونلاحظ أنه رغم اختلاف هذه التصنيفات إلا أنها تدور حول هدف ووظيفة واحدة فقط، مع اختلاف التسميات، فكلها تسعى إلى مواجهة الضغوط النفسية أو التخفيف من حدة آثاره والانفعالات المصاحبة لها، كما يظهر أن لمختلف إستراتيجيات المواجهة دور هام عند تعرض الفرد للمواقف أو الوضعيات الضاغطة، فهي تتعامل مع المشكل بحد ذاته، أو تتخذ إستراتيجيات أخرى تتعامل فيها مع الضيق الانفعالي الناتج عن المواقف، كما أنها قد تأخذ شكل مجهودات سلوكية، أو معرفية، أو انفعالية.

9. مقاييس أساليب التعامل مع الضغوط:

1.9. مقياس التعامل للمراهقين **Adolescent Coping**:

أعدّه "Frydenber & Lewis" (1993) وقد ترجمته إلى العربية "نجاة زكي موسى و مديحة عثمان" (1998)، ويتكون من (79) عبارة تعتمد على طريقة ليكرت الخماسية، ويقسّم ثمانية عشر أسلوباً للمواجهة هي:

- الدعم الاجتماعي - التركيز على حل المشكلة - القلق - اللجوء للأصدقاء - التفكير الروائي - العمل الاجتماعي - عدم المواجهة - البحث عن الدعم الروحي - تجاهل المشكلة - الانغلاق عن النفس - البحث عن الاسترخاء - تحديد النشاط البدني - العمل بجد وإنجاز - البحث عن الانتماء - خفض التوتر - تأنيب النفس - التركيز على الإيجابيات - البحث عن مساعدة المختصين.

(نجاهة زكي موسى ومديحة عثمان عبد الفضيل، 1998، ص 472-473)

2.9. مقياس إستراتيجيات مواجهة الضغوط Coping Responses Inventory:

أعدده "Moos,R" (1988)، وترجمه إلى العربية وقتنه على البيئة المصرية، "رجب شعبان شافعي" و "رجب علي شعبان" (1990) وأعاد تقنيته "رجب علي شعبان" (2000).

يتكون المقياس من (48) عبارة موزعة على ثمانية مقاييس فرعية، تقيس نوعين من أساليب المواجهة هي:

- أساليب المواجهة الإيجابية: وتشتمل على أربعة مقاييس فرعية هي: التحليل المنطقي، وإعادة التقييم الإيجابي، والبحث عن المساعدة والمعلومات، واستخدام أسلوب حل المشكلة.
 - أساليب المواجهة الإيجابية: وتشتمل على أربعة مقاييس فرعية هي: الإحجام المعرفي، والتقبل والاستسلام، والبحث عن الإثابة البديلة، والتنفيس الانفعالي.
- ويصحح المقياس بإعطاء درجات أربعة (0، 1، 2، 3) وتتراوح الدرجة على المقياس الفرعي من صفر إلى 18 درجة، ويتمتع المقياس بصدق وثبات مرتفعين. (رجب علي شعبان، 2004)

3.9. مقياس المواجهة Coping Inventory:

أعد المقياس "Carver et al" (1989) ويتكون من 52 عبارة موزعة على ثلاثة عشر بعدد فرعياً هي :

- | | |
|------------------------------------|--|
| 1- التعامل النشط | 2- التخطيط |
| 3- كبت (استبعاد الأنشطة المتشاركة) | 4- السعي إلى الدعم الاجتماعي |
| 5- التمهّل | 6- السعي إلى الدعم الاجتماعي لأغراض عاطفية |
| 7- التركيز على العواطف وإظهارها | 8- الميل إلى التحرر السلوكي |
| 9- الميل إلى التحرر الذهني | 10- إعادة التفسير الإيجابي |
| 11- الإنكار | 12- التقبل |
| | 13- الرجوع إلى الدين |

وقام "مصطفى خليل الشرقاوي" (1993)، بتعديله وإعادة تقنيته للاستخدام العربي واختصره اعتماداً على التحليل العاملي، حيث انتقى أكثر العبارات تشبعا على كل عامل، ويتكون في صورته النهائية من (11) عبارة بعد حذف أحد الأساليب منها، وهو (إعادة التفسير الإيجابي) تقيس 12 أسلوباً صنفها في ثلاثة إستراتيجيات هي إستراتيجية المواجهة، وإستراتيجية التماس العون، وإستراتيجية السلبية، وقد أطلق عليها مقياس إستراتيجيات التعامل مع المواقف الضاغطة. (مصطفى خليل الشرقاوي، 1993، ص 110.53)

4.9. قائمة مصادر المواجهة Coping Resources:

قام بإعداد هذه القائمة "Marting&Hammer" وتتكون هذه القائمة من (60) مفردة تستهدف التعرف على مصادر المواجهة المتاحة للفرد، والتي يستخدمها في إدارة الضغوط ويجب المفحوص على هذه المفردات على مقياس مندرج من أربعة نقاط وهي (مطلقاً، أحياناً، غالباً، دائماً)، وتقيس هذه القائمة خمسة أساليب أساسية يستخدمها الفرد في التعامل للمواقف والأحداث الضاغطة، وتتضمن خمسة مصادر للمواجهة هي:

- **مصادر المواجهة المعرفية:** وتقيس إلى أي مدى يبقى الإحساس والشعور الإيجابي بتقدير واستحقاق الذات لدى الأفراد والنظرة الإيجابية نحو الآخرين.
- **مصادر المواجهة الاجتماعية:** وتقيس الدرجة التي من خلالها يكون الفرد قادراً على بناء علاقات اجتماعية ناجحة تسانده وتدعمه اجتماعياً في أوقات الضغوط.
- **مصادر المواجهة الانفعالية:** وتقيس إلى أي مدى يكون الفرد قادراً على التعبير عن مشاعره وأفكاره وهي مبنية على فكرة أن الاستجابة والتعبير عن الانفعالات تساعد في التخفيف من الآثار والنتائج الانفعالية السلبية الناجمة عن الضغوط على المدى الطويل.
- **مصادر المواجهة الفلسفية/الروحية:** وهي تقيس إلى أي مدى تكون أفعال الفرد وقيمة مشقته من الإطار الثقافي والأسري والديني أو نابعة من الفلسفة والقيم الشخصية للفرد، حيث ذلك يساعد الفرد على تحديد معنى الأحداث، وتحديد الإستراتيجيات التي تستخدم في مواجهة تلك الأحداث بفاعلية.
- **مصادر المواجهة جسمية:** وتقيس ما لدى الفرد من قدرات وإمكانات جسمية، وما لديه من إمكانات مادية تساعد على التوافق مع الموقف، وتعمل على خفض الاستجابة السلبية الناتجة عن الضغوط. (عبد المعطي حسن مصطفى، 2006، ص 118)

5.9. مقياس Endler & Parker (1990) :

- يعد مقياسه من أهم المقاييس وأكثرها استعمالاً، كان هدف واضعي هذا المقياس التمييز بين النوعين الرئيسيين للتعامل كما حددها "Lazarus & Folkman" (1984)، حيث صمموا مقياساً يحتوي على (70) بنداً طبق على (559) طالباً وسمحت نتائج التحليل العاملي بتحديد ثلاثة أنواع من التعامل:
- التعامل المتمركز على الانفعال.

- التعامل على حل المشكل.
- التجنب.

إختار "Endler & Parker" (1990) ثمانية وأربعين (48) بندا ينقسمون بدورهم إلى ثلاثة عوامل، حيث يحتوي كل عامل على ستة بندا، كما تميزت هذه القائمة بثباتها مهما اختلف السن والجنس، كما يلاحظ أن واضعي هذا المقياس يعتبران التجنب كجانب معرفي، وليس كإستراتيجية من إستراتيجيات التعامل الانفصالي. (Karmer, U. 2005. p.p 50.51)

خلاصة الفصل :

مما تقدم يتضح أن إستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية كان ولا يزال لها ذلك الاهتمام من طرف مختلف التيارات النظرية، لما لها من قدرة على مواجهة الضغوط النفسية وتحقيق الصحة النفسية والجسمية، نظرا لما تمثله الضغوط النفسية من خطر على الفرد، لذا فهي تقوم بدور الوسيط، شرط أن يوفق الفرد في اختيار الإستراتيجية الفعالة لذلك الحدث الضاغط، وهذا ما يعطي لها الطابع المتغير و المرن، وتعتبر الضغوط النفسية من أبرز وأعقد المتحولات التي تؤثر على الفرد، وتؤثر على المستوى المعيشي للفرد ليس النفسي، وإنما يشمل العديد من المتغيرات التي تحيط بالإنسان، والتي من بينها نوعية الحياة، والتي سوف نتطرق لها في الفصل الموالي.

الفصل الرابع

علم النفس الإيجابي ونوعية الحياة

. تمهيد:

لقد كرس علم النفس جزءاً كبيراً من دراساته لفحص مختلف جوانب الكدر والتعاسة في حياة البشر ولكنه بخل بإسهاماته وتحليلاته ومنطلقاته النظرية في تناول ذلك الجانب المضيء في حياتهم كالشعور بالسعادة والبهجة والتسامح، والتفاؤل والأمل، والرضا عن الحياة فضلاً عن الجوانب الإنسانية الأكثر رقياً وتحضراً كإحساس بمعنى الحياة، ونوعية الحياة، وجودتها، هذا بالإضافة إلى الجوانب الإيجابية في علاقة الإنسان بأخيه الإنسان، والبيئة والواقع الخارجي من حوله، ذلك الواقع الذي اعتادت الذات أن تعيشه من خلال إحداث حالة من التكيف والتلاؤم والفاعلية، والتوافق وحل الصراعات، وانسجام الذات، والدعم الاجتماعي وغير ذلك من الجوانب الأخرى التي تجعل الذات أكثر إيجابية وفاعلية.

ومن هنا بات البحث في مفاهيم علم النفس خصوصاً الإيجابية منها مطلباً إنسانياً ملحاً بعدما أعياه البحث في تلك المفاهيم السلبية، والأمراض النفسية التي أرقت الإنسانية طويلاً وعظمت من عذاباتها وويلاتها، تلك المفاهيم التي ستُضفي عليها العمق والتباهي بتلك المشاعر الإنسانية الإيجابية، التي ظلت مستبعدة على البحث أو الكشف رغم كونها بقيت رغبة من قبل الفرد في البحث عن تلك الخصائص الإيجابية، وهذا من أجل مواجهة تلك التحديات التي يصرفها العصر، وتحقيق مستويات عالية من الجودة الإنتاجية كماً وكيفاً تقتضي جودة الأداء الإنسانية، بحيث يتم تحويل كل ما لدى الفرد من معلومات واتجاهات وقيم ومعتقدات إلى سلوكيات تحقق فعالية وشعوره بالرضا والتوافق في الحياة في إطار ما يطلق عليه (نوعية الحياة).

(بخيث خديجة أحمد السيد، 2012)

وفي هذا السياق أصبح ينظر لإدراك الفرد لنوعية حياته من المنظور النفسي كقضية تتداخل مع أبعاد نوعية الحياة من المنظورات الأخرى، باعتبار نوعية الحياة من العوامل الأساسية المساعدة على الكشف لما لدى الفرد من طاقات وإمكانات، من ثم أصبح موضوع نوعية الحياة مفهوماً محورياً في البحوث والدراسات واستخدام لمعان متعددة في سياقات مختلفة في العلوم الطبيعية والإنسانية والاجتماعية.

ويرى "الأشول" أنه نادراً ما يحظى مفهوم ما بالتبني الواسع على مستوى الاستخدام العلمي العام، في حياتنا اليومية وبهذه السرعة مثلما حدث لمفهوم نوعية الحياة. ويُشير كذلك "Fernandez, B" إلى أن مصطلح نوعية الحياة يُعتبر مصطلحاً أساسياً في علوم عدة منها، علم البيئة والصحة والطب النفسي، والاقتصاد، والسياسة والجغرافيا وعلم النفس وعلم الاجتماع والإدارة وغيرها. (سمية جميل وآخرون، 2012)

وفي هذا الإطار دخل مفهوم نوعية الحياة إلى مجال الطب عندما أصبحت نتائج العلاج الطبي التقليدي المتعلقة بالوفيات وعدد الأمراض فقط. فعلى سبيل المثال ظهر في علاج السرطان إلى أن آثار العلاج نفسها يُمكن أن تتسبب في ضرر بليغ للمريض ومقابل مثل هذا العلاج الممتد والمشكوك فيه، فإن الفرد يُمكن أن يختار أن يعيش فترة قصيرة من الزمن مع نوعية حياة جيدة بدلاً من أن يعيش فترة زمنية أطول مع نوعية حياة سيئة، ومن ثم أصبح مفهوم نوعية الحياة في المجال الطبي يُقاس من خلال مؤشرات وبائية مثل معدل الوفيات والأمراض والأعمار المتوقعة. (محمد بن حسن أبو راسين، 2012)

ويرى "العارف بالله الغندور" (1999) أنَّ علم النفس له السبق في فهم وتحديد المتغيرات المؤثرة في جودة حياة الإنسان ويرجع ذلك في المقام الأول إلى أنَّ جودة الحياة عبارة عن الإدراك الذاتي لنوعية الحياة، حيث أنَّ تقييم الفرد للمؤثرات الموضوعية في حياته كالدخل والعمل والتعليم يُمثل في إحدى مستوياته انعكاس مباشر لإدراك هذا الفرد لنوعية حياته في وجود هذه المتغيرات بالنسبة له، وذلك في وقت محدد، وفي ظل ظروف معينة ويظهر ذلك بوضوح في تعاملات الفرد مع كافة المتغيرات الأخرى التي تدخل في نطاق تفاعلاته بما في ذلك أسلوبه في التعامل مع الضغوط النفسية.

من خلال ما ذكر فإنَّ الباحثين وعلماء النفس أغفلوا لفترة طويلة الجوانب الإيجابية في الشخصية، وكان كل الاهتمام بالجوانب السلبية، إلى أنَّ ظهر مؤخراً في مجال علم النفس الإيجابي الاهتمام بدراسة نوعية الحياة، وما يرتبط بها من أبعاد ومتغيرات وبرامج تدريبية. (صلاح الدين عراقي ورمضان مصطفى علي، 2005)، وهو المجال الذي جاء استجابة لتأكيد العلماء على أهمية تبني نظرة إيجابية عند النظر إلى الحياة كبديل للتركيز المفرط الذي أولاه علماء النفس للجوانب السلبية منها ليُقدم اتجاهاً علمياً جديداً يركز على الإمكانيات البشرية وجوانب القوى والفضائل الإنسانية التي لها دورٌ فعالٌ في تنمية الخصال الإيجابية في الإنسان.

(بشير معمريّة، 2011)

وعليه من خلال ما تم ذكره فإنَّ البحث الحالي يُحاول تسليط الضوء على علم النفس الإيجابي باعتباره حركة أو اتجاه نفسي أسهم في تحويل الأنظار واهتمامات الباحثين وعلماء النفس من الاتجاه الذي يهتم بدراسة الاضطرابات السلبية إلى الاهتمام بالجوانب الإيجابية التي تُشكل نفسية الإنسان، والتي من بينها نوعية الحياة، والتي تمثل الغاية أو الهدف الأسمى لكل الفرد، فهي عبارة عن محصلة نهائية، يصل فيها الفرد إلى الشعور والإحساس بأنه يعيش في نوعية حياة جيّدة.

أولاً- علم النفس الإيجابي:

1. نشأة علم النفس الإيجابي: لم تحظ موضوعات علم النفسي الإيجابي بالاهتمام الكافي خاصة من جانب علماء النفس، فقد ظل الاهتمام بالجوانب السلبية للشخصية هو السائد خلال عقود إلى أن لاحظ هؤلاء العلماء عند دراستهم لهذه الاضطرابات النفسية ومن بينها الضغوط النفسية، تُؤدي بالضرورة إلى العزلة والاكتئاب، بل إنَّ بعض تلك الأحداث يُمكن أن تُؤدي إلى نتائج إيجابية، فيحاول بعض ممن يُعانون منها إلى استخدام أساليب مواجهة منها التوكيد الإيجابي للذات وطرح المكبوتات واللجوء لسند مدعم والتكيف مع الضغوط النفسية والتعايش معها.

وظهر من تاريخ علم النفس أنه مجال يعتني بشكل رئيس بدراسة الاضطرابات النفسية أكثر من اهتمامه بالصحة العقلية، فقد درست البرامج البحثية مدى إضطراب الأفراد بدلاً من صحتهم، وفي هذا الصدد يُشير "أحمد عبد الخالق" (2008) إلى أنَّه في دراسة أجراها باحثون حول البحوث النفسية المختلفة في قاعدة المعلومات النفسية التي تُوثق ملخصات البحوث النفسية في الدوريات العلمية في فترة ما بين (1967 – 2000) توصلوا

إلى أن هناك 5545 بحثاً نُشر حول الغضب، و 41416 بحثاً عن القلق، و 54040 بحثاً عن الاكتئاب بينما هناك 414 بحثاً عن الابتهاج، و 1710 بحثاً عن السعادة، و 2582 بحثاً عن الرضا عن الحياة.

كما ظهرت الحاجة لتصحيح هذا الموقف المنحاز في الكتابات النفسية منذ بدايات القرن الماضي في أعمال عالم النفس والفيلسوف الأمريكي "وليم جيمس" ففي كتابه الذي صدر بعنوان "العقل الصحي" عام (1906) الذي قال فيه: "أن السعادة هي الشغل الشاغل والأساسي للإنسان وأن هؤلاء الذين يسعون إليها يجب أن يعدوا أصحاب عقلياً"، واهتمام "Allport" بالخصائص البشرية الإيجابية عام (1958)، وقيام "Mallow" بدراسته للأفراد الأصحاء مقارنة بالمرضى عام (1968). (عزة حجازي ورشدي منصور، 2009، ص31)

ولكن علم النفس الإيجابي لم يظهر كعلم إلا عندما نشر "Seligman & Cixikszentimihaty" عدداً خاصاً من مجلة علم النفس الأمريكي لعلم النفس الإيجابي، وقد زعما أن علم النفس الإيجابي يُغطي المجالات التي تجعل للحياة قيمة ومعنى كالأمل، ونقاط قوة الشخصية والفضائل الإنسانية والظروف التي تؤدي إلى مستويات عالية من التفاؤل والمشاركة المجتمعية، وبعد ذلك بدأ ما يُعرف بحركة علم النفس الإيجابي، حيث حرّر الكثيرون مقالات وأبحاث عن مجالات علم النفس الإيجابي وانبثقت مقررات في علم النفس الإيجابي في الجامعات والمدارس الثانوية.

وقد أسس مركز علم النفس الإيجابي بجامعة بنسلفانيا سنة (2003) ليُجسد ثورة للمشاريع التعليمية والبحثية التي يدعي للمساهمة فيها الأفراد والمؤسسات من مختلف دول العالم، ومن العلماء الأوائل لحركة علم النفس الإيجابي، ولهم أعمال رائدة في مجال علم النفس الإيجابي تشمل " Seligman, Potersion , Couw , Charlze , Bondura"

ويشير "جبر محمد جبر" (2005) إلى أن الاهتمام بالجوانب الإيجابية الإنسانية لم يبدأ إلا في النصف الثاني من القرن العشرين لأن الانفعالات الإيجابية أصبحت تتكرر بنسب أكبر من السلبية حتى أن (60%) من الناس يصفون أنفسهم بالسعادة، وأن (90%) من هؤلاء يُمكنهم إشباع حاجاتهم في مقابل (10%) فقط يُصيهم الإحباط، وهذه النسب تمثل كل الأعمار والطبقات والأجناس ذكوراً وإناثاً، مما يعني أن الانفعالات الإيجابية تتكرر أكثر من السلبية في أي وقت، وأن الإنسان يملك الرغبة في النشاط الإيجابي أكثر من النشاط السلبي.

ويُضيف "Seligman" (2006) أن الدراسات في علم النفس قد بالغت كثيراً بالتركيز على الجوانب السلبية في الشخصية الإنسانية وعلى الأمراض والاضطرابات النفسية وتشخيصها وعلاجها، وبأنّ الاختصار على هذه الجوانب رغم أهميتها، وخاصة بعد أن تكون تأصلت أو ترسخت يجعل من محاولة التحدي لها وعلاجها أمراً عسيراً للغاية، هذا بالإضافة إلى أن التشديد على المظاهر الإيجابية للشخصية قد يُسفر عن الكثير من نقاط القوة التي

يُمكن توظيفها مباشرة في تحطّي الصعوبات ومواجهة نقاط الضعف أو غيرها من المظاهر والأغراض السلبية أو المرضية التي قد يُعاني منها الفرد.

والحقيقة أنّ تركيز البحوث والدراسات في علم النفس على المظاهر السلبية والمرضيّة له ما يُبرره، فمنذ إتباع العلماء للمنهج الذي انطلق منه **Freud** في دراساته في مجال علم النفس وتركيزه على الشخصية وصراعاتها وإرجاعها لجوانب سلبية فيها، إلى ما شهده القرن العشرين من حروب ومآسي ومعاناة إنسانية فرضت على الباحثين وعلماء النفس التكفل والاهتمام بآثارها، ونواتجها، وإلى الصعوبة التي قد يُواجهها العلماء في تحديد وضبط المفاهيم المتعلقة بالجوانب والمظاهر الإيجابية في الشخصية، إذ عادة ما تطرح هذه المفاهيم الجديدة، بعد أعمال وجهود متراكمة لعديد الباحثين، وهو بالفعل ما حدث مع **Seligmen** بحد ذاته عندما طرح هو وزملاءه مفهوم علم النفس الإيجابي.

ومن خلال ما ذكر نستنتج أنّ قضية علم النفس الإيجابي نمت بدرجة كبيرة بسبب الاعتراف بعدم وجود توازن في بحوث علم النفس، حيث تركز غالبية البحوث في مجالات علم النفس المختلفة على المرضى والجوانب السلبية للحياة الإنسانية أكثر بكثير من الجوانب الإيجابية رغم أهمية هذه الجوانب في حياة الإنسان.

2. مفهوم علم النفس الإيجابي: يُعرف علم النفس الإيجابي بأنّه الدراسة الموضوعية للخصال الإيجابية في الإنسان والمؤسسات النفسية والاجتماعية التي تعمل على ترقية هذه الخصال وتنميتها لإعداد شخصيات إيجابية. ويعرفه "**Crystal & park**" (2003) بأنه: "دراسة كافة مكامن القوة لدى البشر، ودراسة كل ما من شأنه وقاية البشر من الوقوع في الاضطرابات النفسية والسلوكية إضافة إلى دراسة كل العوامل الفردية، الاجتماعية، المجتمعية، التي تجعل الحياة الإنسانية جديرة بأن تعاش".

ويعرفه "**Mouris&Holly**" (2005) بأنه ذلك: "العلم الذي يهتم بالموضوعات الإيجابية في علم النفس، وفيه يتم التركيز على نقاط القوة لدى الإنسان أكثر من نقاط الضعف وينادي فيه على مساعدة الناس في استمرارية السعادة والإنجاز والتفأؤل". (منال السبيعي، 2007، ص11)

يلاحظ من خلال التعريفات المقدمة أنّ علم النفس الإيجابي يركز في البحث على نقاط القوة ليس عند الفرد فحسب، ولكن كذلك في مختلف العوامل المساعدة على تنمية جوانب القوة لديه بما في ذلك التي توفرها مؤسسات معينة أو المجتمع ككل، كما أنّ جل التعريفات المقدمة حول علم النفس الإيجابي، مستمدة من النظرية التي قدمها **Seligmen** على اعتبار أنه ركز في تعريفه لعلم النفس الإيجابي على مستويين هما:

. **على مستوى الفردي:** يركز فيه علم النفس الإيجابي على دراسة وتحليل السمات الإيجابية للفرد: كالقدرة على الحب، والعمل، والمهارات الاجتماعية، والإحساس والتذوق الجمالي، والمثابرة، والتسامح، ولأصالة..... الخ من الإيجابيات.

. **على المستوى الجماعي:** يدور علم النفس الإيجابي فيه حول المؤسسات المدنية التي تُحرك الأفراد تجاه المواطنة الصالحة، والمسؤولية، ولاعتدال، والاهتمام بالآخر.

وعليه فعلم النفس الإيجابي هو تلك الدراسات العلمية ذات الطبيعة النظرية والتطبيقية للخبرات الإيجابية وللخصال أو السمات الشخصية الفردية الإيجابية، وكذلك للمؤسسات النفسية والاجتماعية التي تعمل على تسيير وتنمية هذه الخبرات والخصال والارتقاء بها لخلق إنسان ذي شخصية إيجابية وفعالية ومؤثرة. بالإضافة إلى هذا يرى بعض الباحثين أن علم النفس الإيجابي ليس تخصصاً جديداً، بل هو اتجاه وحركة جديدة لدراسة السلوك كون ملاحظته العامة لم تتبلور بعد بشكل يسمح لمقارنته ببقية فروع علم النفس، كما أن رواد هذا المجال لم يدعوا بشكل مطلق بأن علم النفس الإيجابي يُمثل فرعاً مستقلاً قائماً بذاته ضمن فروع علم النفس الأخرى. وإنما نبهوا من خلال طروحاتهم إلى أنه يمكن أن يخدم علم النفس الإنسان بشكل أكثر فعالية بتوجيه جهود البحث نحو جوانب التي لم تحظ بالاهتمام الكافي كما بينت الدراسات أعلاه.

3- غاية علم النفس الإيجابي: تتمثل غاية علم النفس الإيجابي في معرفة مكان القوة الإنسانية وتطويرها وتنميتها لأبعد الحدود، وصولاً إلى تحويل الظواهر الاجتماعية - النفسية المرضية المدمرة إلى بنية دفاعية قوية قادرة على مواجهة الحالات الانحرافية الفردية منها والجماعية بصورة تلقائية هادئة لصالح المجتمع وفي إطار العلاقات الإيجابية البناءة.

ومن هذا المنطلق يذهب "peterson" (2009) إلى اعتبار أن علم النفس الإيجابي هو التصحيح المعتمد للتركيز على المشاكل النفسية كما أنه لا يذكر الصعوبات التي قد تواجه الناس، ولكنه لا يعتبرها الاهتمام الوحيد لعلم النفس، والتي قد تؤدي بدورها إلى وجهة نظر غير كاملة لحالة الإنسان، وأن علم النفس الإيجابي يهتم بأربعة مواضيع رئيسية هي:

1. الخبرات الإيجابية مثل السعادة.

2. الصفات النفسية الأكثر ديمومة مثل المواهب والاهتمامات وقوة الشخصية.

3. العلاقات الإيجابية بين الأصدقاء والزلاء وأفراد العائلة.

4. المؤسسات الإيجابية مثل الأسر والمدارس وبرامج تنمية الشباب.

كما يهتم علم النفس الإيجابي بالإنسان كفرد، وكذلك بدراسة الخبرة الذاتية الإيجابية، ودراسات السمات الفردية الإيجابية ودراسة المؤسسات المدنية التي تخدم الاثنين، وهذا من خلال محاولة تفعيل دور المؤسسات المدنية التي تعمل على تحسين الواقع وتنمية المسؤولية لدى الأفراد.

وعلم النفس الإيجابي يهدف إلى تنمية جوانب شخصية الإنسان والوصول بها إلى شيء من الكمال والمثالية بل وتحقيق غاية من أسمى غايات البشر، يسعى إليها الجميع ولا يصل إليها إلا القلة منهم، ألا وهي السعادة أو الصحة النفسية الجيدة، وذلك من خلال حالات نفسية إيجابية قد تلازمها مثل حب الحياة والتفاؤل وغيرها من المشاعر الإيجابية التي تجعل الفرد يرتقي.

كما يهدف علم النفس الإيجابي إلى إيجاد ذلك التطابق والاتساق بين قدرات الفرد وإمكانياته والمهمة التي يؤديها، فيستطيع بذلك أن يصل إلى الإحساس بالثقة في قدرته على الانجاز أو تحقيق أو إنهاء المهام التي يواجهها بنجاح وفعالية وبمستوى من الاقتدار والتمكن، كما يحاول علم النفس الإيجابي الإجابة عن الكيفية التي يتوصل بها الفرد إلى الإحساس الإيجابي بنوعية الحياة مما يجعله يتجاوز اهتماماته الضيقة إلى أهداف ذات قيمة تدفعه إلى الانضمام والإسهام في نشاطات وخبرات أوسع وأسمى وأكثر دواما مع الذات، وهو إحساس الفرد بأنه يحيا حياة جيدة، والتي تعرف بعلم النفس الإيجابي بنوعية الحياة **Quality of life**.

ثانيا- نوعية الحياة:

1. مفهوم نوعية الحياة: يعد عقد التسعينات من القرن العشرين هو عقد نوعية الحياة، بينما يمثل عقدي السبعينات والثمانيات هما عقدي الكفاية والفعالية، كما أنه لم يظهر بمحض الصدفة وإنما كان ظهوره عبر الزمن، فقد أشار "Lamberidal" إلى تزايد الاهتمام بمفهوم نوعية الحياة في المجالات الاقتصادية والاجتماعية على مستوى البحث النظري الميداني وخاصة في علم الاجتماع والاقتصاد الحضري نتيجة تأثير نوعية الحياة على التنافسية ومعدلات الرفاهية.

وقد ازداد اهتمام الباحثين بمفهوم نوعية الحياة منذ بداية النصف الثاني للقرن العشرين، ففي دراسة استكشافية لكل من "Bishop & Chapu & Miller" (2005) اعتمدوا فيها على الإطلاع على الأبحاث المنشورة في موضوع نوعية الحياة خلال 25 سنة سابقة توصلوا إلى أنَّهُم إنَّجاز:

-(20) بحثاً في الفترة الممتدة من 1980 – 1990.

-(158) بحثاً في الفترة الممتدة من 1990 – 1995.

-(360) بحثاً في الفترة الممتدة من 1995 – 2000.

-(627) بحثاً خلال خمس سنوات بعد ذلك أي في الفترة من 2000 – 2005.

(محمد حامد إبراهيم الهنداوي، 2011)

وبناء على هذا التطور يتضح أنَّ نوعية الحياة أصبحت ضرورةً ومطلباً أساسياً في عالم اليوم، ومن هذا المنطلق اكتسبت دراسة نوعية الحياة من الجانب النفسي أهمية كبيرة في إطار مناخ سياسي واقتصادي وثقافي

تموج به التيارات الرافضة للنظام السياسي الاقتصادي السائد، وهذا نتيجة إدراك بأن الحياة لا تُقاس بالأرقام والإحصائيات وإنما هي استجابات ومشاعر، كما أن ارتفاع الدخل وتحسن ما يُقدم للإنسان من خدمات ورفاهية لا يؤدي بالضرورة إلى إشباع حاجاته النفسية وإرضاء طموحاته الشخصية، وكذلك تأكيد قيمته الإنسانية.

2. تحديد مفهوم نوعية الحياة وتفسيره: يُعد تعريف جودة الحياة من المفاهيم الصعبة لما تحمله من جوانب متعددة ومتفاعلة مع بعضها البعض، فجودة الحياة ترتبط ببيئة الفرد، حسب ما أكدته "Rogerson" (1999) فالعوامل البيئية تُعتبر من المحددات الأساسية لإدراك الفرد جودة الحياة، ويُضيف بأن نوعية الحياة تحتل دوراً محورياً في مجالات الخدمات المتعددة التي تقدم لأبناء المجتمع العنصر الأساسي ويتضح في العلاقة الانفعالية القوية بين الفرد وبيئته، وهذه العلاقة التي تتوسطها مشاعر وأحاسيس الفرد ومدركاته.

تعرف نوعية الحياة من الناحية اللغوية حسب "ابن منظور" فالجود الفعل الثلاثي "جود" والجيد نقيض الرديء وجاد بالشيء جودة، وجوده، أي صار جيداً، وبهذا يرتبط مفهوم الجودة بالتميز "excellence" والاتساق "Consistency" والحصول على محطات "Criteria" ومستويات "Standars"، وباختصار يُقصد بالجودة المطابقة لمتطلبات أو مواصفات معينة. (كاظم علي مهدي وآخرون، 2006)

ويُضيف "أحمد عبد الخالق" (2008) بأن مصطلح "نوعية Quality" يُشير إلى خصال أو خواص معينة أو كيفية في موضوع ما (هو الحياة في هذه الحالة). والحياة life فئة واسعة تشمل كل الكائنات الحية، وقد فضلنا ترجمة المصطلح بنوعية الحياة وهو مصطلح عام يُمكن أن يُشير إلى قطبي النوعية، واحدة جيدة وأخرى سيئة، في حين أن ترجمته بجودة الحياة يحمل معنى تقيّمها évaluable يفترض أنها جيدة مع أنها يُمكن أن تكون سيئة.

وعليه فإن مفهوم "نوعية الحياة" مفهوم يحمل معاني متعددة تستخدم في سياقات مختلفة، فعلماء البيئة يهتمون بنوعية البيئة التي تحمي الحياة وتحافظ عليها، ومن وجهات النظر الاجتماعية والاقتصادية والسياسية ينصب الاهتمام على هناء المجتمع ورفاهيته وتستخدم معدلات الجريمة، والانتحار والعنف، والتفكك الأسري ومعدل الدخل القومي بوصفها مقاييس الرفاهية في أي مجتمع، ومن الناحية الطبية تُقاس من خلال مؤشرات وبائية من مثل معدل الوفيات والأمراض والأعمار المتوقعة.

كما ترى "المالكي حنان عبد الرحيم" (2011) بأنَّ هذا المفهوم انتقل من كونه مرتبطاً بالرفاهية والتكامل للظروف المعيشية في حياة الإنسان، إلى كونه مفهوماً يُعبر عن التكامل الحادث في حياة الإنسان المادي منها والمعنوي والذي يؤدي به إلى الهناء، والرضا عن الحياة.

ومن التعاريف التي ركزت على المدخل الموضوعي لنوعية الحياة، نجد تعريف "حسن مصطفى عبد المعطي" (2005) الذي يشير إلى أنَّه مفهوم يُستخدم للتعبير عن رقي مستوى الخدمات المادية والاجتماعية، والتي تُقدم لأفراد المجتمع، أو أنَّ نوعية الحياة تُعبر عن نزوع نحو نمط الحياة التي تتميز بالترف، هذا النمط الذي لا يستطيع تحقيقه سوى مجتمع الوفرة.

فنوعية الحياة هي حياة الترف التي تتحقق بتوفير مستوى راقٍ من الخدمات المادية والاجتماعية من قبل المجتمع، وعليه للاستدلال عن نوعية حياة يكفي اعتماد الملاحظة، ومقارنة المجتمعات في مستوى الخدمات المقدمة، إلا أن التساؤل الذي يطرح نفسه في مثل هذه الحالة هو لما بقيت معدلات الانتحار ونسب انتشار الاكتئاب والأمراض النفسية عالية، فالولايات المتحدة مثلاً التي تعتبر من الدول التي تتميز برخاء اقتصادي كبير هي من أكثر الدول الذي تشهد حدوث جرائم، وزيادة معدلات حدوث الاضطرابات النفسية، ونفس الشيء بالنسبة لليابان التي تشهد معدلات انتحار عالية إن لم تكن الأولى على مستوى العالمي.

ومن هذا المنطلق الأول أي الموضوعي، جاء بعض الباحثين بالجانب الذاتي في نظرهم إلى نوعية الحياة، حيث يرى "Ryffetal" (2006) أنَّ نوعية الحياة هي الإحساس الإيجابي يحسن الحال كما يرصد بالمؤشرات السلوكية التي تدل على ارتفاع مستويات رضا الفرد عن ذاته وعن حياته بشكل عام وسعيه المتواصل لتحقيق أهداف شخصية مقدرة وذات قيمة ومعنى بالنسبة له، واستقلالته في تحديد وجهه مسار حياته وإقامة علاقات اجتماعية إيجابية مع الآخرين كما ترتبط نوعية الحياة بكل من الإحساس العام بالسعادة والسكينة والطمأنينة النفسية. ومعنى آخر يبين أصحاب المدخل الذاتي أنَّ البعد الانفعالي الخاص بمشاعر الأفراد ومعاناتهم في الحياة تُعتبر جوهر التقويم الذاتي لنوعية الحياة، فالمؤشرات الذاتية التي تصف السعادة ترتبط بنوعية الحياة ارتباطاً أكثر من المؤشرات الموضوعية. (عبد العال وآخرون، 2013)

وفي هذا السياق ومع تطور الدراسات في مجال نوعية الحياة توصل عدد من الباحثين إلى أهمية المداخل الذاتية والموضوعية معا في تعريف وقياس نوعية الحياة، كما تبين أنَّ إدراك نوعية الحياة هي علاقة تبادلية ملائمة بين متطلبات البيئة والخصائص الشخصية، وهذا كما يرى "Rubin" (2000) في تعريفه لنوعية الحياة بأنها هي: "الدمج والتعامل بين عدة اتجاهات لدى الفرد من ناحية الصحة الجسمية والنفسية والحياة الاجتماعية، متضمنة كلا من المكونات الإدراكية التي تشمل الرضا والمكونات العاطفية التي تشمل السعادة".

(عفراء إبراهيم خليل العيدي، 2013)

يذهب في نفس المنحنى "Reine et al" (2003) في تعريفه لنوعية الحياة بأنها: "إحساس الأفراد بالسعادة والرضا في ضوء ظروف الحياة الحالية، وأنها تتأثر بأحداث الحياة والعلاجات وتغير حدة الوجدان والمشاعر وأن الارتباط بين تقييم نوعية الحياة الموضوعية والذاتية يتأثران باستبصار الفرد".

وعلى الرغم من عدم الاتفاق على تعريف واحد لمفهوم نوعية الحياة إلا أنه عادة ما يُشار في أدبيات علم النفس إلى تعريف منظمة الصحة العالمية بوصفه أقرب التعريفات إلى توضيح المضامين العامة لهذا المفهوم، في أنها: "إدراك الفرد لوضعه في الحياة في سياق الثقافة وأنساق القيم التي يعيش فيها ومدى تطابق ذلك أو عدم تطابق ذلك مع أهدافه وتوقعاته وقيمه واهتماماته المتعلقة بصحته البدنية وحالته النفسية ومستوى استقلالته وعلاقاته الاجتماعية واعتقاداته الشخصية وعلاقاته بالبيئة بصفة عامة".

نستنتج من خلال كل التعاريف التي ذكرت والتي اتخذ كل منها منحى مغايراً الآخر، إذ منها من ذهب إلى اعتبار نوعية الحياة ذات بعد موضوعي، وهناك من اعتبرها ذات بعد ذاتي متعلق بالفرد ذاته، وهناك من أراد أن يكامل بين ما هو ذاتي، وما هو موضوعي إلا أن هذا الاتفاق بين ما هو ذاتي وموضوعي، إلا أن جعل الدراسات تُشير إلى أن نوعية الحياة مرادفة للدرجة أو المستوى، وأن نوعية الحياة بوجه عام تُشير إلى الحياة النفسية على الرغم من تضمين الظروف البيئية في بعض التعريفات.

1. البعد الذاتي: ويُقصد به مدى الرضا الشخصي بالحياة، وشعور الفرد بنوعية الحياة، وكذلك شعوره بالسعادة.

2. البعد الموضوعي: ويشمل الصحة البدنية، والعلاقات الاجتماعية، والأنشطة المجتمعية، والعمل، وكيف ينظر الفرد إلى الحياة، وكذلك كيف يستغل وقت الفراغ، ومستوى المعيشة، والعلاقات الأسرية، وكيف الصحة النفسية، ويُمكن تلخيص ما ذكر سابقاً في الجدول التالي:

الجدول رقم (01) : يوضح مكونات نوعية الحياة.

على المستوى الشخصي	على المستوى المجتمعي	
كيف يشعر الشخص اتجاه نفسه وحياته	كيف يشعر الشخص اتجاه مجتمعه، وقدراته على المشاركة والتأثير في قرارات المجتمع	شخصي/نوعي الاحساس
الحالات الوظيفية مثل التعليم، طبيعة العمل	الحالة الاقتصادية والاجتماعية والبيئة والكفاءة الحكومية	موضوعي

(العارف بالله الغندور، 1999، ص27)

وفي المقابل يفيد "Lawton" إلى أن مفهوم نوعية الحياة متعدد الأبعاد يتضمن أبعاد عدة منها ما يتضح مع وصف "Graig A Jackson" (2010)، والمسمى تحت مسمى الثلاثة Rue 3 B's وهي على النحو التالي:

أ- الكينونة: Being

ب- الانتماء: Belonging

ج- السيرة: Becoming

ويوضح الجدول التالي ذلك بشيء من التفصيل:

الجدول رقم (02): يوضح تفاصيل المكونات الفرعية لهذه المجالات.

المجال	الأبعاد الفرعية	الأمثلة
Being الكينونة (الوجود)	الوجود البدني Physical Being	أ- القدرة البدنية على التحرك وممارسة الأنشطة الحركية. ب- أساليب التغذية.
	الوجود النفسي Psychological Being	أ- التحرر من القلق والضغوط. ب- الحالة المزاجية العامة للفرد (ارتياح / عدم ارتياح).
	الوجود الروحي Spiritual Being	أ- وجود أمل في المستقبل (الاستبشار). ب- أفكار الفرد الذاتية عن الصواب والخطأ.
Belonging الانتماء	الانتماء المكاني Physiocal Belonging	أ- المنزل الذي يعيش فيه الفرد. ب- نطاق الجيرة التي تحتوي الفرد.
	الانتماء الاجتماعي Social Belonging	أ- القرب من الأسرة التي يعيش فيها الفرد. ب- وجود أشخاص مقربين أو أصدقاء (شبكة علاقات اجتماعية قوية).
	الانتماء الاجتماعي Belonging Community	أ- توافر فرص الحصول على الخدمات المهنية المتخصصة (طبية اجتماعية... الخ). ب- الأمن المالي.
Becoming السيرة	السيرة العملية Practical Becoming	أ- القيام بالأشياء. ب- العمل في وظيفة أو الذهاب إلى مؤسسة تعليمية.
	السيرة الترفيهية Leisure Becoming	أ- الأنشطة الترفيهية الخارجية والتنزه، الرياضة. ب- الأنشطة الترفيهية داخل المنزل (وسائل الإعلام والترفيه).
	السيرة التطويرية الارتقائية Croth Becoming	أ- تحسين الكفاءة البدنية والنفسية. ب- القدرة على التوافق مع تغيرات وتحديات الحياة.

(محمد سعيد أبو حلاوة، 2010، ص 07)

وعليه فإنَّ هذه الأبعاد توفر إمكانية تقييم نوعية حياة الشخصية لكل إنسان، وأنَّ دورة الحياة والخبرات المتباينة التي نتعرض لها في كل مرحلة من مراحل حياتنا تلعب دوراً بالغ الأهمية في واقع الأمر في ثبات أو تغير نظرتنا لنوعية الحياة، وأنه لا وجود لهذه الأبعاد في تنظيم هرمي محدد أو ثابت، بل ينظم كل فرد هذه الأبعاد في بناء هرمي خاص وفق أولوياته ورؤاه الذاتية لأهمية كل قيمة بالنسبة لنوعية حياته الشخصية.

ومع ذلك يُمكن القول بأنَّ ترتيب هذه الأبعاد حسب أولوياتها، يعتمد على الخبرات الذاتية بكل فرد وعلى الثقافة التي يعيش في إطارها، كما أنَّ تحقيق جودة الحياة بشكل مطلق أمر غير وارد، فنوعية الحياة أمر نسبي، ويكفي أن نحقق جزءاً بسيطاً من الإشباع في بعض جوانب الحياة المختلفة، وهذا بشكل متوازن، بهدف الوصول إلى مستوى معقول للإحساس بنوعية حياة جيدة، ونستدل على ذلك من خلال ما ذكره "Diner & Diner" من أنَّ جودة الحياة هي تقويم الشخص لرد فعله للحياة يتجسد في الرضا عن الحياة (التقويمات المعرفية)، أو الوجدان (رد الفعل الانفعالي المستمر) عن ظروف الحياة ومدى توافر فرص إشباع وتحقيق الاحتياجات. (محمود هويدة حنفي، وآخر 2010)

وتأسيساً على ما سبق، يُمكن القول كذلك أنَّ هناك عدم توافق فيما يخص قياس نوعية الحياة، نظراً لعدم وجود معايير واضحة ومحددة لقياسها، كما أنَّ الأبحاث التي تتعلق بجودة الحياة أظهرت الفرق ما بين تقييم نوعية الحياة التي يقوم به مقدموا الخدمات الصحية وبين المرضى، كما أنَّه عند مناقشة مفهوم نوعية الحياة من المهم أن نُميز هذا المفهوم عن مفاهيم ذات علاقة ولكن تختلف من حيث المضمون مثل الرضا عن الحياة، والأمل التي تعتبر من المؤشرات عن نوعية الحياة الجيدة، وكذلك من الأساسي تقييم علاقة الثقافة بنوعية الحياة، لأنَّ إدراك نوعية الحياة ذو ارتباط وثيق مع الثقافة، التي تختلف من مجتمع لآخر.

ومن الأساليب المستعملة للحصول على معلومات دقيقة عن حياة الشخص أو مدى كفاءة وفعالية النظام الذي يعيشه، مثل توزيع الدخل توفر الوصول إلى الخدمات الصحية وغيرها، هذا ويمكن مقارنة نوعية الحياة، من خلال التساؤل عن مدى قدرة الإنسان على الاستقلالية والتحكم الذين يُعتبران من مؤشرات نوعية حياة جيدة.

إنَّ تقييم وقياس نوعية الحياة هو أمر معقد وذلك بسبب حقيقة أنه لا يُوجد تعريف عالمي متفق عليه، وهو ما يجعل "Wiklund et al" (2000) يقسم أنواع قياس نوعية الحياة إلى ثلاثة هي:

1. القياس العالمي: وصمم من أجل قياس نوعية الحياة بصورة متكاملة وشاملة، وهذا قد يكون سؤالاً وحيداً يتم سؤاله لشخص لحساب مقياس نوعية الحياة بصورة عامة، مثل مقياس Flanjan لنوعية الحياة الذي يسأل الناس عن رضاهم عن (15) مجال من مجالات الحياة.

2. القياس العام: له أمور مشتركة مع القياس العالمي، وصمم من أجل مهام وظيفة، في الرعايا الصحية يتم تحديده ليكون بصورة شاملة، مثل احتمالية تأثير المرض أو أعراض هذا المرض على حياة المرضى، وكذلك حقيقة أنه يسمح بعمل مقارنة مجموعات مختلفة من المرضى أما عيوب هذا القياس، فإنَّه لا يُعطي عناوين ذات صلة بمرض معين.

3. المقياس الخاص بالمرض: تم تطوير هذا المقياس لمراقبة ردة الفعل للعلاج في حالات خاصة، وهذه الخطوات محصورة لمشاكل تميز مجموعة خاصة من المرضى، حيث يكون لهؤلاء حساسية للتغير وكذلك قلة الشعور لديهم حيث يركز على مشكلة معينة لمجموعة من المرضى مثل الألم، التعب الوظائف الجسدية، هذه الإجراءات والقياسات مفيدة في ملاحظة مشاكل خاصة يُمكن أن تحل بواسطة التدخل العلاجي.

وفي نفس السياق يرى "Frisch et al" (2005) إلى أنَّ هذا المفهوم يتم تقييمه من (03) جوانب

هي:

1. من خلال التقدير الذاتي للرضا عن الحياة بوجه عام (السعادة أو الاستمتاع).

2. التقدير الذاتي للرضا في مجالات أو جوانب معينة (العمل، والصحة، والعلاقات مع الآخرين).

3. البيانات الديمقراطية بالنسبة لنوعية الحياة (المؤشرات الاجتماعية، والموارد أو العوائق)

ويذهب "Mosen" (1995) إلى أنَّ أي محاولة قياسية لنوعية الحياة تتضمن (04) أبعاد أو مؤشرات

نستطيع من خلال تقدير درجات إحساس الفرد بنوعية الحياة، وهي:

1. **المؤشرات النفسية:** وتتبدى في شعور الفرد بالقلق أو الاكتئاب، والتوافق مع المرض، والشعور بالسعادة.

2. **المؤشرات الاجتماعية:** وتتضح من خلال العلاقات الشخصية ونوعيتها، فضلاً عن ممارسة الفرد للأنشطة الاجتماعية والترفيهية.

3. **المؤشرات المهنية:** تتمثل بدرجة رضا الفرد عن مهنته وحبها لها والقدرة على تنفيذ مهام وظيفته. وقدرته على التوافق مع واجبات عمله.

4. **المؤشرات الجسمية والبدنية:** وتتمثل في رضا الفرد عن حالته الصحية والتعايش مع الآلام والنوم والشهية، والقدرة الجنسية. (ابو سريع وآخرون، 2006)

وعليه ومن خلال ما تم عرضه عن المؤشرات التي ينبغي أن تأخذ بها أي محاولة قياسية، يمكننا القول أنَّ الحياة التي يعيش فيها الفرد أو يحياها، والتي تتضمن الخبرات التي يتعرض لها في كل مرحلة من مراحل حياته دوراً شديداً الأهمية في واقع الأمر في ثبات أو تغير رؤيته لنوعية الحياة من خلال المؤشرات التي تم اختبارها في الواقع، والتي هي في الأساس، موضوعية، وذاتية، وبالتالي فإنَّ أي محاولة قياسية لنوعية الحياة، يجب أن تأخذ في

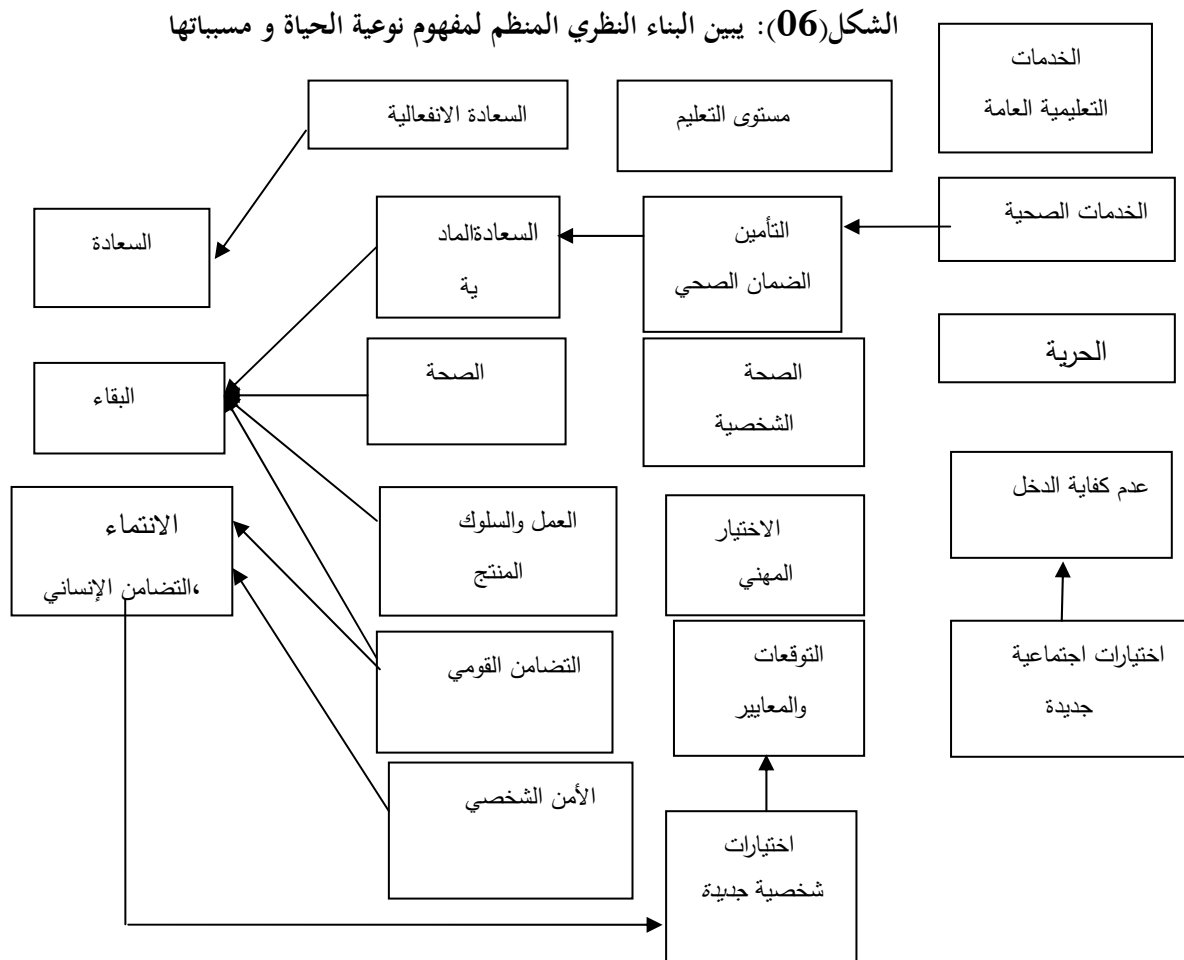
الاعتبار تلك المؤشرات التي يتداخل فيها الموضوعي، والذاتي، كما ينبغي لقياس نوعية الحياة، وتقييمها إن كانت إيجابية أو سلبية أن يأخذ في الاعتبار عاملين يُعتبران أساسيين هما:

1. القيام بأنشطة إيجابية.

2. القدرة على التوافق، والمواجهة.

وتأسيساً على سبق من غياب نظرية علمية قائمة بذاتها تفسر هذا المفهوم، وإختلاف في أسلوب الذي ينبغي أن تأخذ به كل عملية قياس لهذا المفهوم فقد ظهرت عدة نماذج تفسيرية.

نذكر منها نموذج "Hagerty et al" (2001) والذي نوضحه في الشكل التالي:



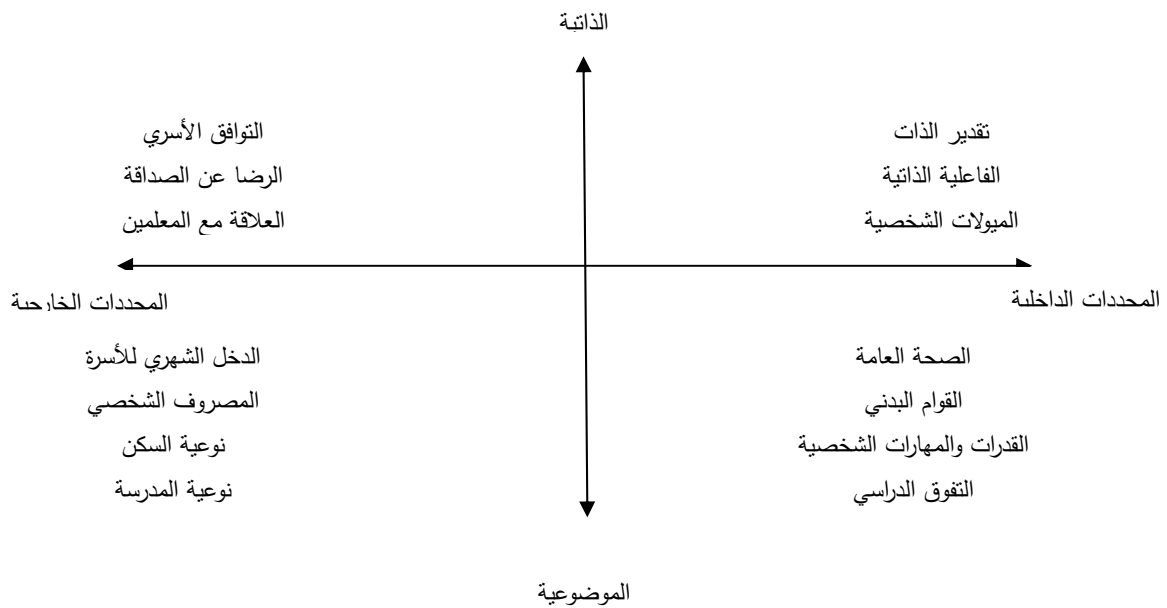
يتضح من خلال الشكل رقم (01) بأنَّ هناك مدخلات تشكل طبيعة البيئة التي يعيش فيها الفرد، ومدخلات عامة نلخصها في (الخدمات التعليمية العامة، الخدمات الصحية، الحرية... الخ) التي يشترك فيها أفراد المجتمع بينما نجد في نفس الشكل المذكور، ومدخلات خاصة على علاقات بالإختيارات الشخصية، أي بناء على

ما يختاره الشخص بملء إرادته مثل: (المستوى التعليمي، الصحة الشخصية، الاختيار المهني.... الخ) وتؤدي عملية إدماج المدخلات العامة والشخصية إلى مخرجات تُعبر عن مدى نوعية حياة الفرد، وتظهر سعادته النفسية، والمادية، والصحية وسلوكه المنتج، وأمنه الشخصي، وعليه يُمكن أن نقول بخصوص هذا النموذج أنه حاول الدمج بين ما هو موضوعي، وذاتي في نوعية الحياة.

كما نجد من بين أهم نماذج كذلك نموذج "Evans" (1994) وهو كذلك يتضمن مكونات داخلية وخارجية المصدر وتشمل مجموعة الخصائص الشخصية، وأبعاد انفعالية ومكونات معرفية، كما يقترح "أبو سريع وأنور وآخرون" (2006) نموذجاً لتفسير نوعية الحياة يعتمد على تصنيف المتغيرات المؤثرة في تشكيلها:

1. يشمل البعد الأفقي قطبي توزيع محددات نوعية الحياة حسب كونها داخل شخصية الفرد أو خارجه، وتسمى "بعد المحددات الشخصية الداخلية في مقابل المحددات الخارجية".
2. يشمل البعد العمودي تلك المحددات وفق أسس قياسها وتقدير مدى تحققها، والتي تتوزع ما بين أسس ذاتية يقدرها الفرد من منظوره الشخصي، كما يدركها ويشعر بها إلى أسس موضوعية لتشمل الاختبارات والمقاييس ومقارنة الشخص بغيره أو بمتوسط جماعته المعيارية، ويُسمى بعد الذاتية مقابل الموضوعية، ويتضمن الشكل التالي بعض الأمثلة لمحددات نوعية الحياة.

الشكل رقم (07): يوضح نموذج أبو سريع وآخرون (2006) لتصنيف محددات نوعية الحياة.



يتضح من خلال هذا الشكل التوضيحي شموليته لأهم المداخل المعتمدة لتعريف وقياس نوعية الحياة، وكذلك المحددات الأساسية المفسرة لهذا المفهوم، ويظهر من خلال ذلك التكامل بين المحددات الخاصة بالفرد وتلك المتعلقة ببيئته، والتي يمكن على ضوءها تحديد أهم التدخلات الممكنة لتحقيق جودة الحياة.

خلاصة الفصل: من خلال ما تم ذكره سابقاً فإن علم النفس الإيجابي يطرح فكرة أن الحياة الجيدة هي حياة مليئة بسمات القوة الأخلاقية والفضائل، وأن الفرد يرغب في أن تكون حياته ذات جودة عالية، ولكن

التحدي يكمن في تحديد ما معنى النوعية والصفات التي ينبغي أن يسعى لها الفرد فهذه المفاهيم تختلف حسب الفرد والمحيط الثقافي والاجتماعي الذي يعيش فيه، ويتأثر به، فالثقافة توفر السياق الذي يعرف ويحدد نوعية الحياة الجيدة، وهي التي تحدد ما هي الخبرات التي تدخل في نطاق ما هو مرغوب فيه وإيجابي، وهي تعين الفضائل والصفات الإنسانية التي يُشجع الفرد على التحلي بها وهي التي توفر لأفراد المجتمع المؤسسات التي يُمارسون فيها أدوارهم الحياتية، كما أنها تُوفر للفرد المواضيع السياقية التي تُمارس فيها هذه الفضائل والصفات، ولكن هذه الصفات يُمكن أيضاً تحديدها سواء بشكل عالمي إنساني عام، أو بشكل خاص على المجتمعات والثقافات المختلفة، كما أنَّ هذه السمات الإيجابية يُمكن أن يكتسبها الفرد ويُنميها، وهنا يأتي دور علم النفس في تعريف هذه الصفات بقدر من الدقة والموضوعية والعلمية والتناسب الثقافي، ونذكرها أن تراثنا وثقافتنا الإسلامية تحملان الكثير من المخزون الذي يُوفر قاعدة أساس للتعامل مع قضايا علم النفس الإيجابي، ومن بينها نوعية الحياة باعتبار أنها إحدى أهداف علم النفس الإيجابي.

الفصل الخامس

الأمراض المزمنة

. تمهيد:

يسبب المرض المزمن إنقطاعا مفاجئا في التوازن الدينامي للإنسان، والذي يعرف بالصحة، حيث تؤدي العوامل غير الصحية، والعمليات الغير تكيفية، والتي تسكن وتأخذ مكانها بداخلنا، إلى تدمير عمليات حفظ الحياة، مما يؤدي إلى تسريع عملية الوفاة، كما يؤدي إلى إزدياد المعاناة، كما يجب الإشارة إلى أن الأطباء والمختصين يميزون بين نوعين من الأمراض، فهناك الأمراض الحادة التي تظهر فجأة ويشفى منها الإنسان سريعا، أما الأمراض المزمنة فيستمر لمدة زمنية طويلة، كما أن نسبة الشفاء منه ضئيلة، وهذه الأمراض تختلف فيما بينها من حيث المنشأ والسبب، والأعراض، والعلاج، ومن بينها نحد الأمراض القلبية، وضغط الدم، والسكري، والتي سوف نتناولها في هذا الفصل، من خلال التطرق إلى تعريف المرض الممن، وكذلك إلى مرض القلب، من خلال تعريف عمل القلب، وتكوينه، وأسباب حدوث الأمراض القلبية، وأنواعها، والعلاج المقدم، وهذا ما سوف نحاول تبينه وإظهاره كذلك في كل من اضطرابات الضغط الدموي، وكذلك داء السكري.

أولا: الأمراض المزمنة

لقد أدى ظهور الأمراض المستعصية على الشفاء مثل متلازمة نقص المناعة المكتسبة، وكذا الأمراض المزمنة بشكل وبائي إلى لفت الأنظار إلى العوامل السلوكية النفسية الاجتماعية التي تلعب دورا محددًا في هذه الأمراض، كما أدت عولمة أنماط المعيشة إلى تغير كبير في العادات الغذائية والصحية، إضافة إلى عوامل الكرب المرتبط بثقافة الصراع والتنافس مما زاد في انتشار تلك الأمراض بشكل لم يسبق له مثيل في تاريخ البشرية.

1. تعريف المرض المزمن:

يعرف المرض المزمن من الناحية الطبية على أنه يتميز بتطور بطيء دون اتجاه نحو الشفاء، كما هو الحال بالنسبة للمرض الحاد، بداية محددة فتطوره غير محسوس عبر الأشهر والسنوات فالأزمان مرتبطة بالمقاومة للجراثيم للعلاج أو اضطراب مناعي يتطلب علاجا دائما هدفه الاضطراب المرضي.

أما تعريفه من الناحية السوسولوجية، يعتبر الإزمان المرضي الذي يبقى ولا يشفى فالمرضى المزمن يبقى مريضا طوال الحياة، إذ أنه يتراوح بين المؤقتة الصحة، المرض، الشفاء، منها بمجرد اللجوء إلى العلاج و هو يتميز بخصائص الشك في سير الأحداث ومواجهة المرض إذ يمكن القول بأن الإزمان هو حدوث المرض وبقائه طوال الحياة فالمرض يعني اختلال في الجوانب الجسمية و النفسية أو الاجتماعية، والإزمان يعني نوع من أنواع الأمراض الذي قد يكون حادا ثم يتحول إلى مرض مزمن فيلازم الفرد طول حياته ويعيش به، ويصبح جزء من حياته حيث يستطيع إغفاله أو تجاوزه، فيؤثر على أدواره الاجتماعية العادية التي كان يقوم بها لذا يدخل المريض هنا في شكل آخر من الهوية، حيث أن من أهم المرض المزمن هو التأثير في هوية الفرد.

و يعرف كذلك بأنه حالة مرضية تتصف بالامتداد الزمني الطويل أو الأوجاع المصاحبة للإصابة وغير قابلة للشفاء التام وهي ناتجة عن اختلال بيولوجي، و يتطلب تدريب المصابين به تدريجيا لإعادة تأمينهم وتوفير العناية والرعاية الطبية الطويلة. (يوسف يعقوب الكندري، 2003)

وتعرف منظمة الصحة العالمية الأمراض المزمنة بأنها تلك الأمراض ذات الفترة الطويلة ويصاحبها تحسن بطيء جدا بشكل عام، وتشكل الأمراض المزمنة نسبة (60%) من حالات الوفاة على مستوى العالم سنويا، وتعتبر الأمراض المزمنة من الأسباب الرئيسية للوفاة على مستوى العالم وهي تسبب للبلدان النامية عبئا يضاف إلى عبء الأمراض المعدية، التي لا تزال تؤثر بشدة على البلدان الأكثر فقرا في العالم.

(حسن مصطفى عبد المعطي، 2007، ص2)

ويلاحظ من خلال ما تم ذكره في التعريفات، أن المرض المزمن يتصف بطول مدة المرض وأعراضه، أي أنه يستمر لفترة طويلة وغالبا تنتهي بنهاية الحياة، كما أن المرض المزمن ينتج عنه ضعف وظيفي والشفاء فيه مستبعد، ويتطلب رعاية صحية ومتابعة طبية مستمرة، ويؤثر في نواحي عديدة في الحياة، ويصاحبه في جميع الحالات اضطرابات نفسية، وجسمية، واجتماعية.

2. المرض كظاهرة اجتماعية : مما لاشك فيه يمثل المرض والموت مظهرين من مظاهر القلق عند الإنسان وخوفه وعجزه وكإجراءات دفاعية يتخذ الناس في مختلف المجتمعات العديد من الإجراءات والممارسات للتخفيف من حدة أو القضاء عليه، وأيضا للتخفيف من حدة التوتر والقلق، وتسود في المجتمعات بحسب تقدمها أو تخلفها بحث لها رؤى مختلفة لحالات المرض و الموت، ومن هنا يأخذ المريض مفاهيم ذات دلالات اجتماعية ترتبط بثقافة المجتمع ومعتقداته، فهو يمس البشرية جمعاء لأن حياة الناس تعتمد على حالتهم الجسمية و العقلية و الاجتماعية الجيدة، وهناك تعقيدات عديدة حول تعريف المرض .

(خليل إسماعيل إبراهيم عباس ، 2009)

3 الإستجابة الانفعالية للمرض المزمن:

هناك العديد من الأمراض المزمنة التي تترك آثارا بالغة في مختلف نواحي حياة المريض، وكما هو الحال في الأمراض الحادة، هناك مرحلة أولية مؤقتة تضطرب فيها كل أنشطة الحياة، إلا أن المرض المزمن قد يتطلب إحداث تغيرات دائمة في الأنشطة الجسمية والمهنية والاجتماعية، أضف إلى ذلك يتوجب على من يعانون من مرض مزمن أن يتوحدوا من الناحية النفسية مع الدور المرضي إذا ما أرادوا التكيف مع اضطراباتهم، وبعد تشخيصهم بمرض مزمن كثيرا ما يواجه المرضى أزمة تتخللها حالة من عدم التوازن الجسيمي، والنفسي، والاجتماعي، حيث يكتشفون أن أساليبهم الإعتيادية في التكيف مع المشكلات ليست فعالة، وعندما لا يستجيب المشكلات المصاحبة للأمراض المزمنة لجهود التعامل، عندما لا تكون النتيجة مبالغة في الأعراض ودلالاتها، وفي محاولات التعامل غير الواضحة أو المحددة، وفي الإبتهاجات العصبية، وسوء العواقب الصحية، وقد يسيطر القلق والخوف والإكتئاب بشكل مؤقت.

وفي النهاية تمر مرحلة الأزمة ويبدأ المريض شيئا فشيئا يدرك كيف سيغير المرض المزمن حياته، وفي هذا الوقت قد تظهر صعوبات بعيدة المدى تتطلب جهدا تأمليا مستمرا وهي صعوبات يمكن أن تقع ضمن فئات عامة من التأهيل الجسيمي، والتأهيل المهني، والتأهيل الاجتماعي والمسائل النفسية. (شيلي تايلور، 2008)

ثانيا: مرض القلب:

1. وظيفة صمامات القلب و أنواعها :

تعمل صمامات القلب على دفع الدم في اتجاه واحد ، حيث يمنع الصمامان الأذنيان – البطينان الميترالي ، ومثلث الشرف) رجوع الدم إلى البطينين إلى الأذنين أثناء مرحلة الانقباض مما يمنع الصمامات الهلاليان (الأورطي – و الرئوي) عدم الدم من الشريان الأورطي و الرئوي إلى البطينين أثناء مرحلة الانبساط تغلق كل هذه الصمامات و تفتح بطريقة منفصلة **Passively** ، أي أنها تغلق عندما يدفع مع الضغط الرجوعي الدم إلى الوراء ، و تفتح عندما يدفع مدروج الضغط التقدمي باتجاه الأمام.

(Guyton . A.C. & hall.J.E.2006.p109)

وتعتمد كفاءة ضخ القلب على عمل هذه الصمامات و العضلات الصغيرة المتحركة فيها، و قد قسم الأطباء صمامات القلب إلى أربعة أقسام هي:

- 1) **الصمام الميترالي التاجي Mitral valve**: الذي يقع بين البطين الأيسر و الأذين الأيسر ، و هو مكون من شرفتين و يسمح بمرور الدم من الأذين إلى البطين.
- 2) **الصمام الأورطي Aortic valve**: يقع بين البطين الأيسر والشريان الأورطي ، وهو مكون من شرفتين و يسمح بمرور الدم من البطين إلى الشريان الأورطي.
- 3) **الصمام ثلاثي الشرفات tricuspid valve**: يقع بين البطين الأيمن والأذين الأيمن ، و يسمح بمرور الدم من الأذين إلى البطين .
- 4) **الصمام الرئوي pulmonary valve**: يقع بين البطين الأيمن و الشريان الرئوي، و هو ثلاثي الشرفات، و يسمح بمرور الدم من البطين إلى الشريان الرئوي، و هو ثلاثي الشرفات، و يسمح بمرور الدم من البطين إلى الشريان الرئوي. (أبو المجد أيمن ، 1999 ، ص 13 – 15)

2. **الدورة القلبية Cardiac Cycle**: الدورة القلبية هي الممتدة بين الضربة القلبية الواحدة ، و بداية الضربة القلبية التالية ، و تبدأ كل دورة بالتوليد التلقائي لجهد فعل في العقد الجيبية ثم يسري جهد الفعل بسرعة خلال الأذنين ومن خلال حزمة (الأذينية . البطينية) إلى البطينين ولهذا يعمل الأذنيان كمضختين أوليتين للبطينين ، ويعمل البطينان بعد ذلك كمنتج أساسي للقوة الواجبة لضخ الدم خلال جهاز الدوران.

تتكون الدورة القلبية الواحدة من فترة ارتخاء تسمى الانبساط يمتلئ أثناءها القلب بالدم، تليها فترة تقلص تسمى الانقباض يخرج خلالها الدم المحمل بالأكسجين من القلب ويتوزع على سائر أنحاء الجسم.

(Guyton . A.C. & hall.J.E.2006.p 106)

وتتم الدورة القلبية ضمن فترتين كالتالي:

أ. **الانقباض (Systole)**: يرتفع الضغط في البطينين مباشرة بعد الانقباض البطيني مما يؤدي إلى انطلاق الصمامين الهلاليين الأورطي و الرئوي، و يتم قذف (70%) من الحجم المقذوف الكلي خلال الثلث الأول من

فترة القذف (فترة القذف السريع) ، بينما يتم القذف خلال الثلثين التاليين (فترة القذف البطيء) ، وفي هذه المرحلة يتم ملء الأذنين و تعمل الصمامات المغلقة بمثابة قاع لها.(بشار محمد ، 2005 ، ص19)
 ب . الانبساط (Diastole): يبدأ انبساط البطينين مباشرة بعد انتهاء الانقباض فيؤدي ذلك إلى انخفاض الضغط داخلهما بسرعة، و تدفع الضغوط المرتفعة للشرايين الكبيرة الممتدة الدم مباشرة نحو البطينين، مما يسد الصمامين الأورطي و الرئوي بصورة مفاجئة، و ينتفخ الصمامين الميتزالي و ثلاثي الشرفات، فيندفع الدم الموجود في الأذنين إلى البطينين وتنخفض خلال هذه الفترة الضغوط داخل البطينين بسرعة لتعود ثانيا إلى مستوياتها الانبساطية الأصلية، ومن ثم تفتح الصمامات لتبدأ دورة جديدة من الضخ البطيني.

(Guyton . A.C. & hall.J.E.2006.p 108)

3 الاضطرابات القلبية :

هي مجموعة من الاضطرابات التي تؤثر على نظام الدورة الدموية (القلب ، الأوعية) و التي غالبا ما ترتبط بالتصلب العصيدي ، وتطورت تدريجيا تحت تأثير عوامل جينية و بيئية .(Anaes,2004.p22)
 وقد تشمل الاضطرابات التاجية، وقصور القلب، والسكتة الدماغية، وأمراض القلب الوعائية، وهي داء معقد ومتعدد الأسباب وله أهمية بالغة في الصحة العامة لأنه يعتبر مثل السرطان، كما أنه واحد من الأسباب الرئيسية للوفاة في الدول الصناعية، وانتشاره لا يزال ينمو في البلدان النامية، والأمراض القلبية الوعائية مجموعة من الاضطرابات التي تصيب القلب والأوعية الدموية. (منظمة الصحة العالمية ، 2009)
 ونلخص في الأخير إلى أن الاضطرابات القلبية الوعائية من الأمراض المزمنة الوعائية التي تسبب العجز و الوفاة، و الإصابة بها في الدول الغربية في صعود مستمر منذ بداية القرن العشرين ، كما مر سابقا، وهذه الصورة لا تختلف كثيرا في مجتمعاتنا بالرغم من عدم وجود إحصاءات دقيقة تعبر عن الحالة الوعائية الموجودة لهذا المرض، وهو ينتج نتيجة إصابة الأوردة الدموية بخلل يفقدها القيام بوظيفتها على أكمل وجه، و تشمل أمراض القلب التاجية ، و الأمراض الدماغية الوعائية ، و الأمراض الشريانية المحيطية، و أمراض القلب الروماتيزمية، وأمراض القلب الخلقية، و الخثار الوريدي العميق أو الانضمام الرئوي.

4 العوامل المسببة للاضطرابات الوعائية القلبية :

لقد باتت العوامل المسببة للأمراض القلبية الوعائية مبينة ومعروفة بشكل جيد، وأهم الأسباب المؤدية إلى حدوث أمراض القلب والسكتة الدماغية هي إتباع غذائي غير صحي، وعدم ممارسة النشاط البدني، وتعاطي التبغ، وتسمى تلك الأسباب عوامل الاختطار التي يمكن التأثير فيها، وقد تتجلى آثار النظام الغذائي غير الصحي والخمول البدني لدى الأفراد في ارتفاع ضغط الدم ونسبة الجلوكوز والدهون في الدم، وزيادة الوزن بشكل مفرط، والإصابة بالسمنة، وتلك العوامل تسمى (عوامل إختطار وسيطية).

كما أنه هناك عدد من المحددات الكامنة للأمراض المزمنة والتي يمكن تسميتها (أم الأسباب) وتلك العوامل هي انعكاس لأهم القوى المؤثرة في التغيير الاجتماعي والاقتصادي و الثقافي، وكذلك العولمة و التوسع

العمري و تشيخ السكان، كما أن هناك محددات أخرى للأمراض القلبية الوعائية، منها الفقر والكرب.

(منظمة الصحة العالمية ، 2009)

5. الظواهر الأساسية للاضطرابات القلبية الوعائية :

تقع أعراض الاضطراب القلبي ضمن مجال ضيق نسبي، و لذلك يعتمد التشخيص التفريقي عادة على التحليل المتمهل للعوامل المفاخرة للأعراض، والفوارق الدقيقة في الأعراض الموصوفة من قبل المريض، بالإضافة إلى الموجودات السريرية، والاستقصاءات المناسبة، وقد حصر الأطباء أهم هذه الأعراض فيما يلي:

15. الألم الصدري (Chest pain): و هو عرض شائع للاضطراب القلبي يتوضح بشكل نوعي في مركز الصدر ، و قد ينتشر نحو العنق و الفك و الأطراف العلوية و حتى السفلية أحيانا ، و يكون هذا الألم أصما Dull و قابضا constricting أو خانقا Choking و يحدث أثناء الجهد و يزول بسرعة في أقل من خمسة دقائق بالراحة و قد يحرض عاطفيا ، و يترافق هذا الألم عادة مع اضطرابات ذاتية Autonomic ، مثل العرق، والغثيان والإقياء، و يجب التفريق بينه و بين الألم الناتج عن القلق أو مرض في الرئتين أو الجهاز الهضمي أو العضلي الهيكلي. (ديفيدسون ، 2005 ، ص35-42)

25. انقطاع النفس (الزلة التنفسية): قد تتراوح شدة الزلة القلبية المنشأ من إحساس غير مريح بالتنفس إلى إحساس مخيف بمشقة التقاط الأنفاس ، و تظهر ثلاثة أشكال ، وذمة الرئة الحادة Actute pulmonary oedema ، يصف المريض إحساسه بالإجهاد لأخذ النفس، وقصور القلب المزمن الحاد Chronic heart failure ، توصف بصعوبة في التقاط الأنفاس أثناء الصعود، ومعدل للحناق Angina equivalent ، تظهر إذا كان ضيق النفس المسيطر الوحيد للإقفار القلبي. (ديفيدسون ، 2005)

35. الصدمة القلبية المنشأ (القصور الدوراني الحاد): الصدمة مصطلح غير محدد بدقة يستخدم لوصف المتلازمة السريرية التي تتطور عند وجود اضطراب حرج في التروية النسجية، ناجم عن شكل ما من أشكال القصور الدوراني القلبي، وتكون على شكل إحتشاء العضلة القلبية (myocardial infarction)، أو الانصمام الرئوي الكتلي الحاد (Acute massive pulmonary embolism)، أو الكيس التاموري (pericardial tamponade)، ينجم من تجمع السائل أو الدم ضمن الكيس التاموري ليضغط على القلب أو الداء القلبي الدسامي (Valvular heart disease) ينجم عن القلس الأجهري المفاجئ، أو القلس التاجي الحاد أو عن اضطراب حاد في وظيفة الدسمات الصبغية. (ديفيدسون ، 2005)

6. العلاجات الدوائية:

يمكن علاج ارتفاع ضغط الدم الشرياني بأنواع مختلفة من الأدوية، وهي معالجة مرضية (أي أنها تخفض ضغط الدم لكنها لا تعالج السبب)، يحاول الأطباء من خلال تخفيض نواج القلب أو المقاومة الوعائية المحيطة (أو الاثنين معا) ، و يوجد في الوقت الحاضر ثمانية (08) إلى (10) أصناف مختلفة من الأدوية المضادة لارتفاع

ضغط الدم منها (06) يمكن اعتبارها مناسبة للمعالجة الدوائية البدنية أو معالجة دوائية مفردة (المدرات، حاصرات بيتا (B) مثبطات الإنزيم المحول للأنجيوتنسين (ACE)، حاصرات قنوات الكالسيوم، حاصرات مستقبلات الأنجيوتنسين، وحاصرات ألفا).

تتدخل عدد من الاعتبارات في اختيار الدواء البدئي للمريض محدد، وهي تتضمن مقدار أهمية الدليل عن التأثيرات المفيدة على النتائج السريرية وسلامة الدواء و تحمله، وكلفته و تأثيراته الجانبية، والاختلاف بين المجموعات البشرية في الاستجابة و الحالات الطبية المرافقة، ومسألة نمط الحياة. (حلو أيمن يونس، 2004)

وتجدر الإشارة إلى أن الأدوية التي تستعمل عادة في علاج ارتفاع ضغط الدم ، نجد منها سبعة (07) أصناف تستخدم منها خمسة (05) فقط لفعاليتها الكبيرة في علاج ارتفاع ضغط الدم ، وحسب توصيات التقرير السادس للإتحاد الوطني للخبراء الأمريكيين لعلاج ارتفاع ضغط الدم المرتفع، والمنظمة العالمية للصحة (OMS) فإن أي دواء مضاد للارتفاع ضغط الدم يجب أن تتوفر فيه الشروط التالية :

- ✓ أن يكاد يخلو من موانع الاستعمال (Contre indication)، كالحمل، الأمراض ... إلخ
- ✓ أن يكون له أثر صحيحي لعوامل الخطر القلبية الوعائية المحتملة أو على الأقل أثر حيادي (ليست له آثار ثانوية)، و أن لا تكون له آثار مؤذية. (lemair,A,2008:pp93-94)

أ. المجموعة الأولى: المدرات البولية (Diuretiques)

لقد كان ظهورها الأول في الخمسينات وتعمل على تخليص الجسم من سوائله، وذلك بحث الكلى على طرح أكبر كمية من الصوديوم، وذلك عبر البول، وما تزال هذه الأخيرة أكثر أدوية ارتفاع الضغط استعمالا و انتشارا في العالم، فهي فعالة في كل مستويات ضغط الدم المرتفع، والمتوسط والخفيف، وفي كل مجموعات الدراسات الإحصائية، وتستطيع المدرات البولية بمفردها السيطرة على ضغط الدم عند (50 % إلى 60 %) من المرضى، كما يمكن استخدامها بكفاءة مع الأدوية الأخرى الخافضة لضغط الدم.

تخفض المدرات البولية ضغط الدم عن طريق إنقاص حجم البلازما، أي مصل الدم وذلك بكبح عودة امتصاص الصوديوم من الأنابيب الكلوية، وبذلك تتخلص من الماء والصوديوم في البول، ولكن يجب التنويه إلى أن هذا النوع من الأدوية شأنه شأن أي دواء آخر قد يؤدي لدى بعض المرضى إلى ظهور بعض التأثيرات الجانبية، فمثلا ترفع مركبات الثيازيد مستوى السكري وحمض البول والكالسيوم في الدم، كما تخفض مستوى المغنيزيوم في الدم، لهذا ينبغي أخذها بحذر مثلا عند مرضى السكري، النقرس، أو فرط الكالسيوم في الدم.

و أكثر المدرات البولية استخداما لخفض ضغط الدم المرتفع هي كالتالي :

- ✓ Chlorthiazide (Diuril) – hydrochlorthiazide (esidrex)
 - ✓ Frusemide (lasix) – chlorthalidone (hygroton)
 - ✓ Spironolactone (Aldactone) – Bumitamide (Burinex)
 - ✓ Amiloride hydrochlorthiazide (Modurelic – Amiloride .Midamon)
- (شمسي باشا حسان ، 2002 ، ص)

ب - المجموعة الثانية : حاصرات بيتا (Béta bloquants): وهي أدوية حاصرة لمستقبلات بيتا الأدرينالية.

تعد هذه الأدوية فعالة في السيطرة على ضغط الدم ، لأنها تبطئ القلب ، و ينقص من النتاج القلبي (و هي كمية الدم التي يضخها القلب في الدقيقة) ، كما أن هذه الأدوية تنقص إفراز الرنين ، و هي المادة التي تعمل على رفع ضغط الدم) ، و تعتبر هذه الأدوية فعالة بشكل خاص عند ذوي الرنين المرتفع (أي عند الشباب البيض عادة) ، و تعتبر هذه الأدوية مفيدة أيضا للمصابين بأمراض أخرى بالذبحة الصدرية و الذين لديهم أعراض جسدية ناجمة عن القلق ، الشقيقة ... إلخ

ورغم أن فاعلية الأنواع المختلفة من حاصرات بيتا في السيطرة على ضغط الدم تقريبا متساوية، إلا أنها تختلف فيما بينها من عدة طرق:

✓ فيما إذا كانت تؤثر على القلب وحده، أو على القلب والقصبات في الرئتين (فالأنواع التي تؤثر على القصبات أكثر إحداثا لنوبة الربو).

✓ فيما إذا كانت تذوب بالدهن أولا، فالأنواع الذوابة بالدهن تدخل الدماغ وبالتالي قد تسبب الأرق عند البعض.

. في تأثيرها على النبض: قد يؤدي استعمال هذا النوع من الأدوية إلى بطء شديد في القلب أو فشل فيه أو حصار في نقل السيالة الكهربائية في القلب، لهذا يجب تجنب استعمالها عند المرضى الذين لديهم تاريخ البطء في ضربات القلب ، والمصابين باضطراب في نقل السيالة الكهربائية في القلب، المصابين بمهبط القلب (فشل القلب) والمصابون بالربو الشعبي أو القصبي.

ج . المجموعة الثالثة (حاصرات الكلسيوم): وهي تخفض ضغط الدم بتوسيعها للشرايين المحيطة، وتستطيع السيطرة على ضغط الدم، و يفضل استعمالها عند المسنين، ومن تأثيراتها الجانبية الأكثر حدوثا هي : الصداع، حدوث انتفاخ (وذمة) في القدمين، و بطء القلب، والإمساك وخصوصا عند استعمال verapanil .

بما أن لهذه المجموعة خاصية مضادة لتشنج الأوعية فإنها قد تفيد عند المرضى المصابين بمرض رينو Raynaud أو تشنج المريء أو تشنج القولون (التهاب القولون التشنجي)، ويتحمل المرضى عادة استعمال حاصرات الكلسيوم بشكل جيد وهناك حاليا مركبات طويلة التأثير، ولا تسبب هذه الأدوية أي تغير في مستوى ذهون الدم، وليس لحاصرات الكلسيوم أي تأثير جانبي على الجهاز العصبي المركزي، كما أنها لا تؤثر على الوظيفة الجنسية.

أشهر هذه الأدوية هي :

- Nifedipine (adalat Retard)
- Amilodipine. Diltiosem (cardizen , tildien , Dilzem)

- Nicardipine (caudem) – verpamil - isradipine .

د . المجموع الرابعة مثبطات آيس (inhibiteurs ACE): هذه الأدوية عبارة عن مثبطات الانزيم المحول للانجيوتنسين وهي تستعمل بشكل متزايد كمعالجة أولية في ارتفاع ضغط الدم الخفيف إلى المتوسط . (حلو أيمن يونس، 2004)

تعد هذه المجموعة من الأدوية أكثر فعالية عند الشباب وعند البيض، وعند ذوي الرنين المرتفع، وهي فعالة بصورة أقل عند السود و عند المسنين، وإذا ما استعملت بمفردها في علاج ضغط الدم فإنها تستطيع السيطرة على ضغط الدم عند 40 % إلى 50 % من المرضى، ولكن إضافة أحد المدرات البولية أو أحد حاصرات الكلسيوم إجراء فعال في السيطرة على ضغط الدم.

تعتبر هذه الأدوية مناسبة لمرضى السكر المصابين بارتفاع ضغط الدم لأنها تنقص من المضاعفات الكلوية و تنقص من طرح البروتين في البول، كما تناسب هذه الأدوية أيضا حالات ارتفاع الدم الناجمة عن آفة وعائية كلوية، و لكن قد يحدث فشل كلوي حاد في استعمالها عند المرضى المصابين بضيق الشريان الكلوي المزودج، و من تأثيراتها الجانبية: هبوط الضغط بشدة، ارتفاع بوتاسيوم الدم الكلوي الحاد، السعال، والوذمة الوعائية، ويعد السعال من أكثر الأعراض الجانبية شيوعا لهذه الأدوية، ويحدث عادة في الليل، كما قد يحدث عند (25%) من الذين يستعملون هذه الأدوية، ومن أشهر هذه الأدوية

هـ . المجموعة الخامسة الأدوية الحاصرة لمستقبلات الانجيوتنسين 2 :

وهي صنف حديث من الأدوية المستعملة في تخفيف ضغط الدم :

تتخصر مستقبلات **ATI** للانجيوتنسين في الأوعية المحيطية وهذا يؤدي إلى إنقاص المقاومة المحيطية الوعائية الجهازية و ضغط الدم أيضا تنقص إنتاج الألدسترون (لأن تحريضه يتم بالانجيوتنسين 2 بشكل أساسي) و بالتالي تحريض إفراغ الصوديوم في البول، وبالتالي فهذه الآليات المزودجة تشرح فعالية هذه الأدوية لضغط الدم المرتفع و فوائدها الأخرى من أمثلتها **losartan (cosaar)**، وهذا النوع من الأدوية لها خواص مشابهة لمثبطات آيس (ACE)، ويعطى عادة للمرضى الذين يشكون من أعراض جانبية من مثبطات آيس (ACE)، ويسعى الطبيب المعالج دوما إلى الوصول للمستوى المناسب من ضغط الدم لدى الفرد ، وذلك بوصفه لبعض هذه العقاقير، ولكن هذه حالة عدم تحسن مستوى ضغط الدم فهناك أنواع العلاجات الدوائية يمكن الإستعانة أيضا، وهي كالتالي:

. مضادات مستقبلات ألفا الأدرينالية: تتخصر مستقبلات ألفا الأدرينالية بعد المشبك العصبي وبالتالي تمدد وعائي المحدث بهرمون الكاتيكولامين، وتؤدي بذلك إلى ارتخاء العضلات الملساء الوعائية مما يؤدي لتخفيف المقاومة الوعائية المحيطية الجهازية، وعادة لا يكون ذلك مترفقا بتغيرها في نتاج القلب و سرعته.

. الأدوية ذات التأثير المركزي (مقويات ألفا المركزية): تحت مستقبلات ألفا الأدرينالية في الجهاز العصبي المركزي مما يؤدي إلى إنقاص التدفق الودي المحيطي الصادر وبالتالي تنشيط الفعالية الودية في الجهاز القلبي الوعائي مما يؤدي إلى تخفيض الضغط الدموي الجهازية، ويترافق ذلك بإنقاص معتدل لسرعة القلب ونتائجه.

- موسوعات الأوعية المباشرة (الموسوعات الشريانية):

وهي تؤثر بشكل ساحق على المقاومة الوعائية الجهازية، مسببة بذلك هبوطا كبيرا في ضغط الدم، وذلك كونها ترخي العضلات الملساء الوعائية وتحدث توسعا وعائيا محيطيا شريانيا، بشكل رئيسي.

- المشبطات الودية المحيطية:

توجد أدوية أخرى مثبطة للودي وهي فعالة في معالجة إرتفاع ضغط الدم لكنها لا تستعمل للمعالجة الروتينيه لإرتفاع ضغط الدم بسبب تأثيراتها الجانبية المزعجة ولا تستعمل الآن إلا بشكل استثنائي.

(حلو أيمن يونس، 2004)

ثالثا: ضغط الدم

1. تعريف ارتفاع ضغط الدم : قبل أن نعرف ارتفاع ضغط الدم لابد من التطرق إلى الضغط الدموي عامة حتى يتسنى لنا معرفة ارتفاعه و انخفاضه ، في حالة سوائه واضطرابه.

2 الضغط الدموي : يعرف بأنه الضغط الذي يدفع به الدم في الشرايين ، و يعبر عنه عادة برقمين فيقال مثلا أن ضغط الدم الطبيعي لا يتجاوز (140 / 90) فالرقم الأعلى (140) يسمى بالضغط الانقباضي و نعني بذلك أنه ضغط الدم أثناء انقباض القلب و دفعه في الشرايين ، أما الرقم الأدنى (90) فيقال له الضغط الانبساطي ، و نعني به ضغط الدم في الشرايين أثناء انبساط القلب فيما بين الضريتين (حسان شيمسي باشا ، 2002)، والضغط الذي يلقيه الدم على جدران الأوعية الدموية يقصد به ضغط الدم بداخل الشرايين أو ما يسمى بضغط الدم الشرياني ، و هذا الضغط تحدده بعض عوامل تشتمل فعل الضخ الذي يأتيه القلب، و مقاومة فيض الدم الذي ينشأ من مروره خلال الشرايين الضيقة و الشعيرات، ومقدار المرونة المماثلة في جدران الشرايين الأساسية و كمية الدم المتضمن في داخل الأوعية الدموية و درجة لزوجة الدم أو كثافته في تحديد ضغط الدم . (شيلي تيلور ، 2008 ، ص605)

و كلمة ضغط الدم تدل على الضغط الذي يمارسه الدم على جدران الشرايين، وعندما يقول الطبيب بأن ضغطك 12 / 8 فذلك يعني بأنه قاس ضغطك على مستويين في ذروته عندما يتقلص القلب و يضخ الدم عبر الشرايين، وفي أدنى نشاطه عندما يكون القلب مسترخيا بين النبضات. (عكاشة عبد المنان ، 2000 ، ص59) من التعاريف السابقة نلاحظ أن ضغط الدم الطبيعي، كما قدمه "حسان شيمسي باشا" لا يتجاوز 90/140 ، فالرقم الأعلى 140 يشير إلى ضغط الدم الانقباضي، أما الرقم ر 90 ، فيدل على الضغط الانبساطي، وهذا الاختلاف في التعبير يعود إلى اختلاف الاتجاهين **Anglo-Saxon** الذي يقيس بالمقياس الأول 90/140، و **Francophone** الذي يقيس بالمقياس الثاني 8/12 وهو الأكثر شيوعا في الجزائر.

3 أنواع ضغط الدم : هناك نوعان من الإصابة بالضغط الدموي وهما كالآتي :

1.3 ضغط الدم المنخفض Low blood pressure: هو حالة تجري فيها دورة الدم خلال الجسم تحت ضغط أقل من الضغط المعتاد أو السوي وما يسمى بضغط الدم المنخفض و هو اصطلاح نسبي ينبغي أن يكون تحديده مرهونا بالشخص المعين الذي يحدث له المرض، فهو الضغط الذي يعد سويا في شخص شاذ في

شخص آخر ، إذا لم يصاحب ضغط الدم بأعراض إضافية مثل الإغماءات أو نوبات الدوار من حين لآخر مما يسهل على الطبيب علاجه. (عبد الرحمان العيسوي، 2000 ص203)

وللقول أن هناك انخفاض ضغط الدم يجب أن يكون رقم الحد الأقصى (ضغط الدم الانقباضي) أصغر من 10 حسب التعبير الفرنسي و عليه نجد نوعين من انخفاض ضغط الدم، وهما انخفاض الدم الحاد وانخفاض ضغط الدم الدائم.

أ. انخفاض ضغط الدم الحاد: ويأتي نتيجة صدمات عنيفة تتميز بانخفاض مفاجئ يكون على العموم ولحسن الحظ مؤقتا، و يأتي على شكل إغماء و انهيار يمكن أن يحدث تلقائيا أو تبعا لسبب مطلق، حيث يكون النبض غائبا (توقف القلب من جراء الإغماء).

ب. انخفاض ضغط الدم الدائم: و يكون إما مصاحب للإصابة بالأمراض أو أساسي.

● انخفاض ضغط الدم المصاحب للإصابة بالأمراض: يصنف انخفاض ضغط الدم ضمن الجدول العام لتصنيف الأمراض ، و ليس لديه أي معنى خاص ، ويمكن أن يتكرر أثناء الإصابة بأمراض معدية (الحمى ، التيفوئيد، أنفلونزا، إسهال، مرض الملاريا، وفي الطور النهائي لمرض السل، السرطان، وفي جميع الحالات المزمنة مثل القصور الكلوي المزمن، وأثناء الإصابة بمرض الأنيميا) وفي جميع هذه الحالات المرض السببي يكون سهل التحديد وانخفاض ضغط الدم ليس إلا عنصرا من العناصر المرضية ، بمجرد الشفاء يختفي انخفاض ضغط الدم .

● انخفاض ضغط الدم الأساسي : ويكون بدوره على مظهرين ، دائم منعزل أو الارتوستاتيكي.

✓ انخفاض ضغط الدم الدائم المنعزل: يلاحظ لدى الشباب، وهو يظهر على شكل إرهاق يكون على العموم خفيفا، وضغوط قليلة التواجد، مع قلة تواجد التأثيرات السلبية، وبرودة الأطراف، عادة ما يكون الفحص من طرف الطبيب عاديا، لا تطرأ عليه أي تغييرات على مميزات النبض، وضعية الشرايين والقلب، و ليس هناك شذوذ بتخطيط القلب، وغالبا فإن هذا النوع من انخفاض ضغط الدم يزول تدريجيا مع العمر.

✓ انخفاض ضغط الدم orthostatique: هو نوع من أنواع ضغط الدم المنخفض الأقل شيوعا، أين يكون انخفاض الضغط ناتجا عن انتقال المريض من الوضعية الممددة إلى الوضعية القائمة، و تلاشى حين الاستراحة الممددة، إذ أثناء تمدد المريض يكون كل شيء عاديا و بمجرد وقوفه ينطلق النبض وخاصة انخفاض هام في الضغط، مؤثرا أكثر على الحد الأقصى الذي ينزل من 4 إلى 5 تقسيمات، ولكن لا يعد هذا المرض خطيرا (عصام حمدي الصفدي ، 2003).

3.2 ضغط الدم المرتفع HTA : هو اضطراب في الجهاز الدوري يتم بوقوع ضغط دموي على جدران الشرايين ، تتخلص المخاطر التي تنشأ من ضغط الدم العالي فيما يحتمل أن سببه من تلف للأوعية الدموية ، ومن إجهاد للقلب ، و يغلب ألا يكون لهذه الحالة سببا ظاهرا ، و في حوالي العشر من المئة من الحالات يمكن إرجاع سببها إلى علة من مرض الكلية أو ورم في الغدة الكظرية أو ضيق نشأ في الأورطي وهو الشريان

الأساسي في الجسم، ويعرف على أنه ارتفاع فوق المتوسط السوي لدرجة 15 مم في الانقباضي <150> و 8 مم في الانبساطي <80> من عمر خاص استثنائي اعتبر انه غير سوي.

(عبد الرحمان العيسوي، 2000 ص 25)

ويقسم ارتفاع ضغط الدم من الناحية العيادية حسب الأسباب إلى ضعفين :

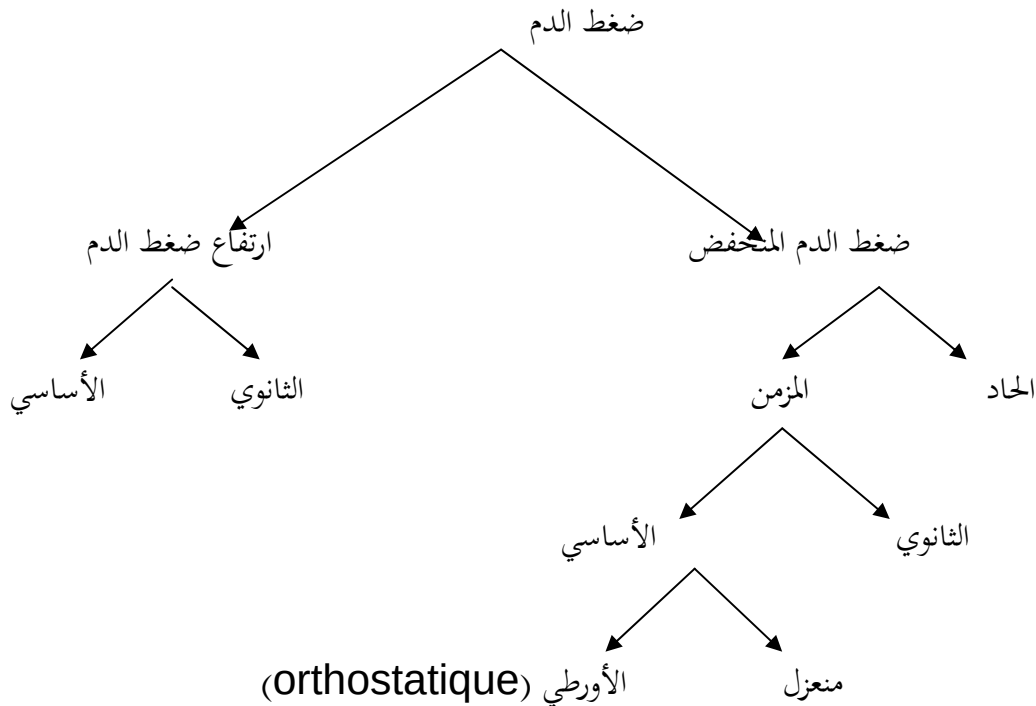
أ. ارتفاع ضغط الدم الأساسي (المجهول السبب): ويمثل (95 %) من حالات ارتفاع ضغط الدم، ويقدر الباحثون أن (10 – 20 %) من الناس في العالم مصابون بارتفاع ضغط الدم المجهول السبب، ويبدأ ظهور هذا النوع عادة ما بين (25/55) من العمر وينحدر حدوثه ما قبل العشرين ، وإذا ما شوهده فيما قبل العشرين فسببه عادة مرض الكليتين أو تضيق في الشرايين الموصلة إلى الكليتين في الشريان الأصغر Coartation of coarta ويتأرجح ضغط الدم بشدة لدى التعرض للضغوط النفسية أو الانفعالات أو الجهد البدني. (حسان شميمسي باشا ، 2002 ، ص 25)

ب. ارتفاع ضغط الدم الثانوي: وهو ارتفاع ضغط الدم المعروف السبب ، حيث يمكن اكتشاف سبب ارتفاع ضغط الدم عند (5 إلى 10 %) من الحالات فقط ، ونطلق على هذا النوع من ارتفاع الضغط اسم ارتفاع ضغط الدم الثانوي Secondary hypertension لأنه يكون ناتجا عن سبب عضوي معين ، وأهم أسباب هذا النوع من ارتفاع ضغط الدم هي الأمراض الكلوية والغددية.

(حسان شميمسي باشا ، 2002 ، ص 21)

المخطط رقم (08): يمثل أنواع الضغط الدموي.

و يمكننا توضيح أنواع ضغط الدم بالمخطط التالي :



4 - تصنيف ارتفاع ضغط الدم HTA :

يمكن تصنيفه على أساس قيم الضغط الانبساطي و الانقباضي المأخوذة في الظروف الملائمة للقياس في العيادة ، و الجدول الموالي يوضح التصنيف الذي أوردته منظمة الصحة العالمية (OMS) ، و الجمعية الأوروبية لارتفاع الضغط سنة (1999) ، و الذي صادقت عليه التوجيهات الحديثة للجمعية الأوروبية لارتفاع ضغط الدم Société européenne d'hypertension سنة (2003)

جدول رقم (03) يوضح تصنيف ارتفاع ضغط الدم حسب منظمة الصحة العالمية (2003)

الضغط الانقباضي	الضغط الانبساطي	الصنف
120	80	- الضغط المثالي
129 - 120	84 - 80	- الضغط العادي
139 - 130	89 - 80	- الضغط العادي المرتفع
159 - 140	99 - 90	- ارتفاع الضغط الدموي درجة أولى
179 - 160	109 - 100	- ارتفاع الضغط الدموي درجة ثانية
180 <	110 <	- ارتفاع الضغط الدموي درجة ثالثة
140 <	90 >	- ارتفاع ضغط الدم الانقباضي المعزول

(xavier.j.y.et al , 2009 , p4)

من خلال الجدول نلاحظ تصنيف منظمة الصحة العالمية (OMS) لارتفاع ضغط الدم HTA إلى ستة أصناف حسب درجات الخطورة ما عدى الصنف الأخير، و هو إرتفاع الضغط الدموي الانقباضي المعزول الذي يكون الارتفاع في الضغط الدموي فقط على المستوى الانقباضي في حين يبقى الضغط الانبساطي على حالته الطبيعية.

5. العوامل و الأسباب المؤدية للإصابة بارتفاع ضغط الدم :

إن النظرة الأحادية في تفسير الأمراض و الاضطرابات سواء العضوية أو النفسية أو العقلية قد تلاشت في الآونة الأخيرة أين أصبح لابد من تضافر الجهود من مختلف الاختصاصات لمحاولة فك طلاسم المرض، و تحت هذا التوجه البيوطبي النفسي الاجتماعي Biopsychosocial، يمكن إرجاع أسباب ارتفاع الضغط الدموي إلى مجموعة من العوامل التي يفترض أنها تتفاعل فيما بينها لتنتج هذا المرض وهي :

1.5 عوامل الخطر: رغم أنه لا يمكن حصر سبب مباشر لارتفاع ضغط الدم الأساسي، إلا أنه يمكن إدراج بعض العوامل التي يعتقد أنها تزيد من احتمال الإصابة ومنها:

أ. **السن والجنس:** تزيد نسبة الإصابة مع التقدم في العمر، كما أن الرجال معرضون للإصابة أكثر من النساء في مرحلة النشاط، و تتساوى احتمالات الإصابة بين الجنسين بعد سن اليأس.

ب. **التدخين:** صار من المؤكد أن التدخين يساعد على الإصابة بتصلب الشرايين وحدوث الجلطات الدموية و إلى إفراز مادة التي تضيق الشرايين التاجية ، و هذا قد يؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم، من ناحية

أخرى يزيد النيكوتين من إفراز هرمون الأدرينالين والنور أدرينالين من الغدة جار الكلوية مما يؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم ، بالإضافة إلى تأثيره عن طريق HDL – cholestérol و Idl - cholestérol بسبب أول أكسيد الكربون.

ج . الوراثة : تزيد السوابق العائلية بالنسبة للأمراض القلبية الوعائية من نسبة الإصابة حيث بينت الدراسات أن وجود إصابة لدى أحد الوالدين على الأقل تضاعف بثلاثة مرات نسبة الإصابة لدى الأبناء، يبقى هذا الاحتمال نفسه مهما كان العمر ، لكنه يزيد عند إصابة الأب قبل سن (55) و قبل (65) سنة بالنسبة للأم ، و قد بينة دراسة Framingham أن موت الوالد العائد إلى الأمراض () بالدرجة الأولى يرفع خطر الإصابة بنفس فئة المرض إلى (30 %) ، بالنسبة للابن خصوصا عندما يتم ذلك قبل سن (60 سنة). (Xavier et Antoine Lemaire , 2009)

- العرق : خطر الإصابة بالضغط الدموي المرتفع لدى أشخاص من أصل إفريقي - طاربي (الزنوج) وجنوب آسيوي أكثر من غيرهم و الشكل الموالي يوضح ذلك. (Johns , D, S ,1995,p 6)
- السمنة : الأشخاص ذو الوزن الزائد أكثر عرضة لارتفاع ضغط الدم فهناك علاقة مباشرة بين مؤشر كتلة الجسم (Indice de masse corporal) والضغط الانقباضي والانبساطي، فمن المحتمل أن يأكل السمان كمية أكبر من الملح في مقابل كمية أقل من البوتاسيوم أي يزيد الخطر بسبب العوامل الغذائية، كما قد يتعلق الأمر بما يدعى بمقاومة الأنسولين التي ترتبط بدورها بالتبادلات الخلوية للصوديوم وبتوازن الملح و الماء في الكلية، فقد بينت التحاليل أن معظم الأشخاص ذو الوزن الزائد لديهم مقاومة للأنسولين .

(Mac Grager & Beevers ,G,1999)

- الإفراط في تناول الملح: يحتوي ملح الطعام على الصوديوم الذي تؤدي زيادته إلى رفع معدل ضغط الدم ، و ذلك من خلال زيادة حجم السوائل في الدم ، اختلال نسب رنين الصوديوم و فشل رنين في خفض زيادة الصوديوم داخل الخلايا ، إنتاج خلايا بطانية الشرايين التي تقلل من القطر الداخلي للشرايين ، ارتفاع الكالسيوم داخل الخلايا مما يؤدي إلى تقلص العضلات الملساء وبالتالي ارتفاع ضغط الدم.

(D,Gareth.B.et al,2007)

25. أسباب ارتفاع ضغط الدم الثانوي: الأسباب التي تؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم الثانوي قد تتعلق بأحد الأجهزة التالية :

- الكلية: مثل التهاب الكلية المزمن أو الحاد، اختلال الكلية الخلالي المزمن néphropathies interstitielles chronique، ومرض الكلى المتعدد الكيسات poly kystose rénale، وضمور الكلـى من جانب واحد، استسقاء الكلية hydronéphrose، ورم إفراز الرنين، وضيق الشريان الكلوي.

- الغدد الصماء: ورم نخاع الغدة الكظرية: **phéochromocytome**، متلازمة كوشينغ، تضخم قشرة الكظر **syndrome de Conn**.

متلازمة المبيض المتعدد الكيسات ، متلازمة الأيض (داء السكري ، و السمنة)

- الأدوية: بعض الأدوية مثل الكورتيكوايدات
- أسباب أخرى: مثل ضيق أو تقلص الشريان الأبهر، تسمم الحمل، توقف التنفس أثناء النوم، اضطرابات الجهاز العصبي المركزي، ارتفاع الضغط داخل القحف.

6. تشخيص ضغط الدم المرتفع : يشخص ارتفاع ضغط الدم بعد أن تكون قراءات ضغط الدم مرتفعة عن المعدل بالنسبة للشخص على الأقل ثلاث إلى أربع قراءات في مناسبات مختلفة، وحسب القاعدة الثلاثية: (ثلاث قياسات في الصباح، وثلاث قياسات في المساء، وهذا خلال ثلاثة أيام)، وبسبب التفاوت الكبير لقراءات الضغط الدموي عند العديد من الأشخاص، خاصة في بيئة العيادة لذلك يجب وضع تشخيص ارتفاع ضغط الدم (فرط التوتر الشرياني) بعد ملاحظة ارتفاع متوسط قراءتين أو أكثر بعد زيارتين أو أكثر للعيادة، إلا إذا كان الارتفاع شديداً أو مرتبطاً باستطببات مجبرة منها، (داء السكري ، مرض الكلى ... إلخ)، كما يجب الأخذ بعين الاعتبار ارتفاع ضغط الدم العابر الحادث بسبب احتياج أو الخوف الذي يشكل فرط توتر شرياني ولكنه يشير إلى وجود استعداد لتطوره. (رانيا محمود أبو عبيد 2006، ص25)

ويشير الباحثون في بلجيكا حول حجم المشكلة التشخيصية لارتفاع ضغط الدم، حيث تؤكد الدراسة إلى أن التشخيص الجيد يقلل من الحاجة للعلاج بـ (25%)، ويقلل أيضاً الحاجة إلى التنازل أكثر من علاج بنسبة (10%). (حمزة جبالي 2012، ص76)

فالتأني في تشخيص ارتفاع ضغط الدم أمر مهم إضافة إلى اعتماد قياس الضغط الدموي فهناك فحوصات للبحث عن سبب يمكن علاجه وكذلك لتقييم تأثيرات ارتفاع ضغط الدم على الأعضاء التي عادة ما تتلف بسببه، ومن الفحوصات التي يوصى بإجرائها للبحث عن سبب ارتفاع ضغط الدم وتأثيراته، وهي كالتالي :

- فحص البول : للزلال والدم في البول الذي يدل على مرض كلوي مسبب لارتفاع ضغط الدم أو تأثر الكلى بارتفاع ضغط الدم .

- فحص الدم (CBC): للتأكد من عدم وجود فقر دم أو ارتفاع لإنتاج الكريات الحمراء؟

- فحص كيمياء الدم: فحص اليوريا و الكرياتينين للتأكد من عدم وجود مرض كلوي وفحص نسبة البوتاسيوم و فحص الكوليسترول و الدهون لأنها تزيد من حدة مضاعفات ارتفاع ضغط الدم إذا ارتفعت ، كما يتم فحص معدل السكر في الدم لمعرفة إذا كان مصاب بالسكري، ومعدل حمض اليوريك الذي يكون مرتفعاً في السكري **Acide Urik**.

- أشعة الصدر (RX): لمعرفة إذا كان هناك ضخامة أيسر القلب الأضلاع الثلاث إلى العاشر، نتيجة تضيق برزخ الشريان الأهر.
- رسم القلب (ECG): لمعرفة التغيرات التي تشير إلى ضخامة أيسر القلب (قلة تدفق الدم لتغذية القلب نفسه). (رانيا محمود عبد العزيز عمرو، 2006، ص 26 - 27)

الجدول رقم(04): يبين مختلف الفحوصات التي يعتمد عليها لتشخيص ارتفاع ضغط الدم

في كل الحالات	فحص +/- bandelette uriner sédiment vrétinme palas Matique	فحص الكالسيوم > 3.5 ميلي مول / ل
	نسبة البروتينات ذات الوزن الخفيف في البول Micro albuminurie	فحص الكالسيوم > 3.5 ميلي مول / ل
	Rappor +Albume(mg) Créatine (Homme) 25M Mol L (Femme) 3.5	فحص الكالسيوم > 3.5 ميلي مول / ل
	فحص الكالسيوم > 3.5 ميلي مول / ل	فحص الكالسيوم > 3.5 ميلي مول / ل
	كولسترول > 6.5 ميلي مول/ل	كولسترول > 6.5 ميلي مول/ل
	IDL – Cholestérol 4m Mol/L LDL – Cholestérol L (homme) (Femme) Briylcérides 1.7m mol L	الأخطار القلبية hypertension Sme
	نسبة السكر في الدم الحساسية للجلوكوز سادات < 5.6 السكري < 7m mol L-1 حمض البول	الأخطار القلبية hypertension Sme
فحص معمق	فحص الكالسيوم و HTS	فحص الكالسيوم و HTS
	تخطيط كهربائي للقلب ECH	تخطيط كهربائي للقلب ECH
	Echographie Cardiaque Doplaire cardtidienne	فحص الموجات فوق الصوتية للقلب فحص الموجات فوق الصوتية للأوعية الدموية
	Echographie rénal Magrie Cérébrale	فحص الموجات فوق الصوتية للكلي صورة الدماغ

(Constantine . p .et al . 2008 . p319)

7 - مضاعفات مرض ارتفاع ضغط الدم: إذا لم يتم معالجة ارتفاع ضغط الدم للمريض، وأيضا عدم التزامه و امتثاله للعلاج وإتباع تعليمات الطبيب وتناول دوائه قد يؤدي هذا إلى مضاعفات خطيرة ، قد تؤدي إلى

الوفاة، ومن أكثر الأعضاء التي تتأثر أكثر من غيرها في الجسم هي الدماغ ، الكلى ، القلب ، وذلك نتيجة التدفق العالي للدم إلى تلك الأعضاء، و فيمايلي نخصي مجموعة من المضاعفات على مستوى هذه الأعضاء :

● القلب : نقص تروية القلب Cardiattie ischémique

- الذبحة الصدرية Angine de poitrine

- تضخم القلب infactus du myocarde

- فشل القلب

- تضخم البطين الأيسر، كذا تصلب الشرايين مع خطر تمدد و تمزق الأوعية الدموية.

● الكلى : Les reins

- تضيق الشريان الكلوي – تصلب الكلوي

- العجز الكلوي l'insuffisance rénale

● الدماغ : سكتة دماغية نزفية AVC hémorragique

✓ خرف وعائي نتيجة تأثير AVC متكررة

✓ نوبة إقفارية عابرة – اختلال دماغي نتيجة فرط ضغط الدم.

✓ أعراض ضعف الوعي Crise connulintrouble

✓ سكتة دماغية AVC de conscience تؤدي إلى حدوث أضرار حادة و أحيانا الوفاة ، ويمكن

توضيحها على الشكل التالي :

تنجم عن اضطراب تدفق الدم إلى الدماغ، وهي حالة فرط ضغط الدم الذي يسبب غالبا تلفا في الأوعية الدموية الدماغية وتصبح المنطقة المصابة بالتلف مكانا لتخثر الدم أو تشكل إنسداد في الدورة الدموية، ما يعيق تدفق الدم.

كما أن ضغط الدم يؤدي إلى حدوث نزيف دماغي يحدث الجلطة الدماغية فتصبح مساحات كبيرة من الأنسجة العصبية معرضة للتلف أو الموت والجلطات الدماغية نتاج ضغط الدم المرتفع HTA مسؤولة عن حوالي 10 % من مجموع الوفيات أما الذين يبقون أحياء يعانون من قصور أو عطل جسمي أو عصبي ومشكلات معرفية و انفعالية مبهمة .

✓ العيون : ارتفاع ضغط الدم يلحق ضررا في الشبكية و يقيم في مراحل:

✓ ترهف ، تصلب ، تمزق الشرايين. signe de croissance

✓ ظهور علامات التصلب.

✓ نزيف.

✓ قد يصل الضرر إلى العمى. (رانيا محمود أبو عبيد ، 2006)

رابعاً: مرض السكري:

مرض السكر مرض قديم فقد عرفه المصريون القدماء منذ عام (150 ق م)، حيث وجد على بعض الجدران والمخطوطات القديمة وصف لمتلازمة "البول والعطش"، كما أكدت الكتابات الصينية في القرن الثالث قبل الميلاد متلازمة تتضمن النهم والعطش والبول مع ذكر المذاق الحلو لبول المرضى المصابين بهذه المتلازمة ، أما عند اليونانيين ، فقد ذكر داء السكري منذ (70 ق م) حيث أطلقوا عليه اسم " Diabètes Wellitus"، وكلمة (Wellitus) باللغة اللاتينية تعني حلو المذاق أو العسل وكلمة (Diabètes) تعني خروج السائل والمقصود البول، وبذلك يكون المعنى الكامل البول السكري. (حسن شميمسي باشا، 2001)

يعد مرض السكر مرض مزمن يرتفع فيه مستوى الجلوكوز بالدم عن المستوى الطبيعي بسبب عدم قدرة البنكرياس على إفراز هرمون الأنسولين أو لخلل ما لا يستطيع الجسم الاستفادة منه، كما يعتبر من الأمراض السيكوسوماتية كثيرة الانتشار والتي يزداد انتشارها مع تعقد الحضارة المعاصرة، لذلك سميت بأمراض العصر ، ويطلق عليه أحيانا داء البول السكر. (جاسم عبد الله المرزوقي، 2008 ص136)

1. تعريف مرض السكري :

عرفه "محمد عبد الرحمان" (2002) بأنه: واحد من الأمراض السيكوسوماتية التي تعبر عن التفاعل والتأثير والتأثر المتبادل بين نفس الإنسان وجسده، حيث تلعب الانفعالات كالغضب أو القلق... الخ، دورا كبيرا في التأثير على الجسم والعامل النفسي الواحد كالضغوط يسبب مرضا لدى الفرد، وقد يسبب مرضا آخر لدى شخص آخر. (جاسم عبد الله المرزوقي، 2008 ص28)

2. أعراض مرض السكر:

تختلف الأعراض باختلاف نوعه والأعراض الشائعة للمرض تشمل :

- 1) زيادة الشعور بالجوع والعطش.
- 2) كثرة البول.
- 3) الجفاف والتعب والإجهاد.
- 4) رجفة الأطراف.
- 5) إصابة الشرايين والأوردة الصغيرة.
- 6) ظهور دمايل وفقاقيع مليئة بالقح في مختلف أعضاء الجسم.
- 7) ارتفاع نسبة السكر في الدم.
- 8) الإغماء الناتج عن الارتفاع الكبير للسكر.
- 9) ارتفاع سكر الدم مع العطش.
- 10) فقدان الوزن السريع.
- 11) الصداع المصحوب بالدوار والغثيان. (محمد عبد الرحمان العيسوي، 2002 ص270)

3. أنواع داء السكري :

أثبتت الدراسات العلمية أن هذا المرض يتجلى في أنواع متعددة ، لكن يعتبر النمط المرتبط بالأنسولين الأكثر تواجدا و خطورة و يخص فئات الأطفال والمراهقين، حيث لوحظ أنه يمثل (99%) من الحالات المريضة بداء السكري، بينما تمثل نسبة (01 %) فقط داء السكري غير المرتبط بالأنسولين، وعلى هذا الأساس يوجد نوعان رئيسيان هما:

أ. **مرض السكري المرتبط بالأنسولين:** ويظهر هذا النوع في كل الفئات العمرية، لكنه يمثل النمط الوحيد الذي يصيب الطفل المراهق، وهو غالبا ما يصيب الأشخاص ذوي الوزن المعتدل ويتميز بغياب كامل للأنسولين مما يتطلب العلاج به.

ب. **مرض السكري غير المرتبط بالأنسولين:** يصيب كل الفئات العمرية، لكن يخص الفئة التي يتراوح عمرها من (40) سنة فما فوق، كما يلعب عامل البدانة دورا مهما في الإصابة بهذا النوع من المرض ويتميز بغياب غير كامل للأنسولين بسبب إنتاج البنكرياس غير المتوازي مع الكمية التي يحتاجها الجسم، كما أن هناك حالات مرضية أخرى كأمراض البنكرياس وأمراض الاضطرابات الهرمونية والحالات الناجمة عن استعمال العقاقير، والمواد الكيميائية و شذوذ المستقبلات والعوامل الوراثية. (زلوف منيرة، 2011، ص 80)

ج. **مرض السكري الثانوي:** ويظهر في حالة الحمل أو ما يسمى بسكري الحمل، غالبا ما تصاب به المرأة الحامل التي تعاني من وجود تاريخ مرضي لمرض السكري في العائلة، واللاقي يعانين من قصور الجسم عن احتمال الجلوكوز (أي عندما يأكل الإنسان مواد سكرية فإن البنكرياس يكون غير قادر على التخلص منها بسهولة)، وزيادة الوزن، واللاقي يلدن أطفالا أوزانهم أكثر من 4 كلغ ويصيب سكري الحمل (34.1 %) من النسوة الحوامل ويمثل (90 %) من حالات السكري المشاهدة أثناء الحمل .

ويتم إجراء الفحوصات للأمهات الحوامل عادة بين الأسبوع الرابع والعشرين والسادس والعشرين من الحمل وغالبا ما يؤدي سكري الحمل الذي لا يعالج إلى مشاكل في الأجنة، وإلى زيادة الإصابة بالسكري خلال خمس سنوات من اكتشاف سكري الحمل. (جاسم عبد الله المرزوقي، 2008 ص 28)

4. كيفية حدوث مرض السكري :

المسؤول عن هذا المرض هو البنكرياس *pancréas*، الذي يقع تحت المعدة وخلفها ويمكن اعتباره من الغدد الصم و القنوية في آن واحد ، فهو يقذف إفرازاته عن طريق قناة وعن طريق مباشر وأهم مفرزاته هرمون الأنسولين *insuline* الذي تفرزه جزر لانجوهانر في البنكرياس، والذي يساعد في تحويل السكر (الجلوكوز) الفائض عن حاجة الأنسجة إلى نشاء حيواني وتحويل البروتين إلى كاربوماتيات مما يضاعف من مقاومة الإنسان، ومرض السكر يتضمن حدوث خطأ في تمثيل الكربوهيدرات بسبب نقص أو غياب الأنسولين الذي تفرزه جزر لانجوهانر في البنكرياس، ونتيجة لذلك فإن الجسم لا يستطيع استخدام السكر بشكل طبيعي.

و السكر كما هو معروف مصدر طاقة رئيسي للجسم، ولأن الجلوكوز لا يستطيع دخول خلايا الجسم يحدث ارتفاع ملحوظ في نسبة تركيز السكر في الدم، ولذلك تحاول الكلى التخلص من السكر الزائد فيصبح تركيز السكر في البول مرتفع، وتظهر أول علامات مرض السكري وهي كثرة البول والعطش الشديد.

و يؤدي نقص الأنسولين إلى الشعور بالخمول والارتعاش وسرعة التعب ، وقد يجعل الإنسان معرضا إلى الإصابة بالإغماء ، أما فقدانه فيتسبب في عجز الجسم عن حرق السكر وعن الاختزان الزائد منه في الكبد فيتجمع في الدم أو تقذف به الكليتان، و تعرف هذه الحالة بمرض السكري الذي يعالج عادة بإعطاء المريض كميات من الأنسولين المحضر. (نور الهدى محمد الجاموس، 2004)

5. نسبة السكر في الدم :

1) النسبة الطبيعية: يحتوي دم يحتوي دم الإنسان على كمية من سكر الجلوكوز (العنب)، وكميته الطبيعية في الدم عند الاستيقاظ صباحا من النوم، وقبل تناول شيء من الغذاء تتراوح ما بين (0.7 إلى 1.26) غ/ل.

2) النسبة غير الطبيعية: يمكننا القول أن الشخص المصاب بمرض السكري انطلاقا من النسب التالية:

. نسبة السكري قبل الإفطار $1.26 < \text{غ} / \text{ل}$ يتم إجراء الفحص مرتين .

. نسبة السكر بعد ساعتين من تجربة 2 غ / ل (11 ماميمول / ل).

6 . مضاعفات مرض السكري :

1. إصابة الأعصاب: يصيب مرض السكري أي نوع من الأعصاب (الطرفية و الذاتية)، وتعتبر إصابة الأعصاب من المضاعفات الشائعة والخطيرة لمرضى السكري التي تظهر مبكرا، ويشكو من أعراضها كثير من المرضى، وتختلف شدتها و أعراضها من مرض إلى آخر، ويرجع ذلك إلى نقص الدم في الشرايين الدقيقة التي تغذي الأعصاب مما يؤدي إلى تصلب الشرايين عند مريض السكري. (محمد بن سعد الحميد ، 2008 ، ص 87)

2. عدم انتظام الدورة الدموية و القلب : يشكو مريض السكري من زيادة دقات القلب أثناء الراحة، ويعزي هذا إلى تأثير مرض السكري على الأعصاب الإرادية المتحكم في حركة وانقباض القلب، وقد قدر العلماء معدل الوفيات بسبب مشاكل القلب الناتجة عن اختلال الأعصاب بسبب مرض السكري بين 15 % إلى 53 % ، كما أن زيادة نسبة دهون الكوليسترول في الدم، من الأسباب التي تجعل مريض السكري أكثر عرضة لتصلب الشرايين عن غيره. (جاسم عبد الله المرزوقي، 2008 ص 29)

3. اختلال شبكية العين: ما يقارب (50 %) من مرضى السكري قد تتأثر أعينهم في وقت من الأوقات وتضعف أبصارهم ، ويؤدي مرض السكري إلى حدوث ما يعادل 12000 إلى 48000 حالة جديدة من فقدان البصر سنويا ويعتبر مرض السكري السبب الرئيسي الأول لحالات فقدان البصر الجديدة لدى الأشخاص البالغين شيوعا في عين المريض المصاب بالسكري هو اختلال الشبكية Retinopathie، وهي عبارة عن اختلال في الأوعية الدموية في الشبكية ، وكذلك مرضى السكري أكثر عرضة للإصابة بالعدسة أو ما يعرف بالكتاركت Cataract وارتفاع ضغط الدم داخل العين Glucose.

4 اختلال الكلى (الفشل الكلوي): يعتبر من المضاعفات الخطيرة لمرض السكري، حيث تشمل أعراض الفشل الكلوي، التورم في القدم والركبة والإجهاد (التعب)، وشحوب لون الجلد.

(محمد بن سعد الحميد، ص 90)

5 ظهور مشاكل في الجهاز الهضمي: قد يتسبب مرض السكري من إحداث خلل في الأعصاب الإرادية، ويؤدي إلى حدوث عدد من المشاكل عند مريض السكر، مثل: الإسهال، الإمساك، انتفاخ البطن، سلس البول... إلخ.

6. الضعف الجنسي: تأثر الأعصاب الجنسية الإرادية ينتج عنه فقدان القدرة على انتصاب القضيب (العضو الذكري)، وإتمام الاتصال الجنسي بنجاح، ولكنه لا يؤثر على الخصوبة وإنجاب الأطفال، وقد تصل نسبة الإصابة بهذا الشكل بين الرجال المصابين بالسكري إلى نسبة (50%)، وهناك عاملان مهمان في حدوث الضعف الجنسي عند مريض السكري وهما:

أ. العامل العضوي: إصابة شرايين العضو الذكري بالتصلب والضييق، فيقل الدم المندفع للعضو وبالتالي يضعف الانتصاب.

ب. العامل النفسي: القلق، التوتر، والخوف المصاحب لمرض السكري وهذا المشكل ليس حكرًا على الرجال وإنما تشكو النساء كذلك من البرود الجنسي مع فقدان الرغبة الجنسية أو الشعور بألم شديد أثناء عملية الجماع. (جاسم محمد عبد الله المرزوقي، 2008 ص 31)

7. القدم السكري: يطلق تعبير القدم السكري على المضاعفات والتغيرات التي تحدث في قدم المريض السكري من التهابات وتقرحات، ويحدث هذا بسبب تلف الأعصاب التي تفقد القدم الإحساس وتضعفه مما يعرضه لكثرة الاصطدام بالأشياء وعدم شعور المريض بألم أو حرارة أو برودة في القدمين، وبالتالي لا يشعر المريض بأي جرح أو حرق، كما أن تلف الأعصاب الطرفية يؤدي إلى فقدان الإحساس بمفاصل القدمين والأصابع مما يتسبب بتشوّه الأصابع وعدم تكافؤ توزيع وزن الجسم على القدمين، مما يؤدي إلى ظهور تشققات ثم تقرح في مناطق الضغط الزائد والمستمر، وحسب الإحصائيات العالمية فإنه يتم بتر قدم سكري كل 30 ثانية، ولذلك اهتمت دول العالم بهذا الموضوع وحددت يوما عالميا للتعريف بطرق الوقاية من البتر.

(حسن بن علي الزهراني، 2006، ص 16)

8. إصابات جلدية: أنسجة جسم مريض السكري وخاصة الجلد أكثر عرضة للإصابة بالالتهابات الميكروبية خصوصا في حالة عدم التحكم في مستوى السكر في الدم بصورة جيدة، وتتمثل الأعراض الجلدية في:

✓ الحكة (الهرش)

✓ ظهور دمامل التي تصبح وسيطا جيدا لنمو البكتيريا والفطريات والميكروبات الأخرى، وتأخذ فترة طويلة لكي يتم الشفاء منها.

✓ ملاحظة جفاف الجلد وبصفة خاصة على اليدين و القدمين عند مريض السكري.

9. إصابة الأسنان : قد يشكو المريض من كثرة الالتهاب الحاد في اللثة وحدوث قيح حول الأسنان، ويحدث ذلك تغيرات بالأنسجة المحيطة بالأسنان فيؤدي إلى تخلخلها وسقوطها.

10. التهاب مجرى البول: النساء أكثر عرضة لخطورة الإصابة بالتهاب في المجاري البولية.

11. غيبوبة السكر الكيتونية: تحدث غيبوبة السكر الكيتونية غالباً لدى النوع الأول من مرضى السكري نتيجة للنقص الكامل أو شبه كامل للأنسولين في الجسم وينتج عن ذلك ارتفاع مستوى سكر الجلوكوز في الدم وعدم استفادة الخلايا بسبب غياب هرمون الأنسولين ويضطر الجسم في هذه الحالة إلى تكسير الدهون المخزنة بالجسم بواسطة الكبد لتوليد الطاقة الكيتونية في الكبد، وهذا ما يؤدي إلى عدم التوازن في درجة الحموضة بالجسم، مسببة زيادة في أحماض الكيتوني وهي الأسيتون Acitone وحمض أسيتواسيتيك **Acidiacefaocetic** ، و حمض بيتا هيدروكسي بيوتريك B- hydrosybuticacid، وهذا ما يسبب حموضة الدم، وتساهم الكلى في إفراز تلك العناصر السامة في البول، أما الرئتين فتخرجهما عن طريق الزفير معطية رائحة Acitone المميزة مع النفس، وحموضة الدم تسبب ضعف ضربات القلب واتساع الأوعية الدموية الطرفية، وكذلك نقص كمية الدم بسبب فقد السوائل عن طريق البول والتعرق بتعرض الجسم إلى هبوط حاد في ضغط الدم، ومما يحدث صدمة و بالتالي الدخول في غيبوبة.

(عبد الله الأمير ، 2004)

7. أسباب حدوث مرض السكري:

هناك عدة أسباب تكمن وراء الإصابة بداء السكري منها ما يعود إلى عوامل وراثية، ومنها ما يعود إلى خلل في الجسم، و سنقوم بعرض هذه الأسباب كالتالي:

1) الوراثة: لا يمكن اعتبار مرض السكري مرضاً وراثياً بحتاً بمعنى أن الآباء المصابين بداء السكري قد لا يكون أبناؤهم مصابون به لكن نسبة إصابتهم بالسكري تكون أكثر من غيرهم، هذه الحقيقة تم إثباتها من قبل الإحصاءات العلمية التي أجريت على مرضى السكري ، والمقصود بالوراثة، الوراثة العائلية.

(عبد الله الأمير ، 2004 ، ص 25)

2) البدانة: أثبت علمياً على وجود علاقة وطيدة بين البدانة و داء السكري ، حيث لوحظ أن هذا الداء يصيب البدنيين أكثر من النحاف ، فهناك احتمال أن زيادة تناول السعرات الحرارية لفترات طويلة من الزمن يضعف قدرة الخلايا الخاصة بإفراز الأنسولين في البنكرياس، و التي تسمى خلايا بيتا (B)، مما يؤدي إلى ظهور داء السكري. (جاسم عبد الله المرزوقي، 2008 ص 31)

3) السن: يصيب السكري كافة الأعمار، ولكن فرصة حدوثه تزداد مع التقدم في العمر، وخصوصاً عندما يتجاوز الإنسان عمر (45 سنة)، كما تساوي نسبة الإصابة عند الجنسين حتى سن البلوغ، وتزداد هذه النسبة عند النساء لتصل إلى أكثر من مرتين بالنسبة للرجال بين سن (35 . 65 سنة).

4) إصابة البنكرياس : إن أي خلل في عمل البنكرياس سواء من خلال تعاطي الأدوية والجراحة يؤدي إلى عدم تنظيم نسبة السكر في الدم، وبالتالي يترتب عليه اضطرابات في العملية الغذائية، ولا سيما المواد

الكربوهيدراتية، فترتفع نسبة كمية السكر في الدم، و يظهر أيضا في البول، إذا نقص إفراز الأنسولين لسبب من الأسباب يرفع نسبة السكر في الدم التي ينتج عنها عدم قدرة باقي الأنسجة في الجسم على استساغتها، و هكذا تكون بصدد الإصابة الفعلية بداء السكري. (جاسم عبد الله المرزوقي، 2008 ص41)

5) التغذية: و يمكن إنجازها فيمايلي :

. فرط التغذية و البدانة: البدانة تقلل من فعالية الأنسولين مما يضعف عمل الجلوكوز لذا خلايا بيتا (B) ذي قابلية وراثية بالسكري تصاب بالفشل وهذا يؤدي للإصابة بمرض السكري .
 . سوء التغذية و الحرمان من البروتينات: الحرمان الطويل من الغذاء يؤدي إلى إتلاف خلايا بيتا (B) التي تفرز الأنسولين وظهر ما يسمى سكر جاميكا أي في المناطق الإستوائية.
 . النشاط الجسدي والحمول: لقد بينت بعض الدراسات أن الرياضة والنشاط البدني يزيد من فعالية الأنسولين ، كما بينت دراسات أخرى بالمقابل كثرة ظهور السكري بصورة متميزة عند اللذين يكثرون الجلوس والراحة الجسدية، ومن البديهي أن عامل السمنة يتداخل مع عامل الحمول الجسدي .

(جاسم عبد الله المرزوقي، 2008 ص13)

6) استعمال بعض الأدوية : هناك بعض الأدوية مثل الكروتيزون ومشتقاته، تستعمل لعلاج الكثير من الأمراض مثل إلتهاب الكبد والربو القصبي، و بعض أمراض المناعة الذاتية ، يؤدي حتما استعمالها بكثرة إلى ظهور السكري . (ماغي غرينود ، 2004 ، ص 43)

7) العامل النفسي: مرض السكري يمكن أن يكون نتيجة لاضطراب انفعالي والتأزم النفسي في حالات القلق الشديد و أحيانا الإصابة بمرض السكري تجعل مستوى القلق يرتفع وينمو فيصبح مرض السكري عرضة لأعراض الضيق والعصبية الزائدة.

8. تصنيفات داء السكري: هناك أكثر من تصنيف لمرض السكري و أفضلهم التصنيف العالمي، حيث أفضل الطرق لتحديد أنواع السكري وهي:

1) النمط الأول: هذا النمط يحدث لدى (10 %) من إجمالي المرضى المصابين بهذا المرض، وهو عادة يظهر في سن مبكرة، حيث يظهر عند الأطفال والفتيات، والمراهقين و ما دون عمر (40 سنة) بصورة فجائية نتيجة نقص إفراز الأنسولين بالجسم، والذي يفرزه البنكرياس أو حتى عدم وجود الأنسولين لذلك من الضروري حقن الأنسولين في هذا النوع من السكري، أما الجرعة و توقيتها فيقررهما الطبيب المعالج، فبدون الأنسولين تزداد عملية الكيتون أي زيادة الحموضة في الدم، و يظهر هذا الداء بشكل مفاجئ و قوي و العلاج ضروريا إضافة إلى التناسق بين وجبات الطعام وحقن الأنسولين و ممارسة الحركة.

(أحمد حجازي ، 2009 ، ص 21)

2) النمط الثاني: هو سكري غير معتمد على الأنسولين و المعروف بالنوع رقم 02، والذي نراه يصيب كبار السن أكبر من 30 عاما وغالبا لا يعتمد على الأنسولين Non – insuline dépendent diabète mullitus، والسبب في هذا النوع هو نقص إفراز الأنسولين إستجابة للجلوكوز وفي فعاليته

مقاومة الأنسولين بسبب خلل في مستقبلات الأنسولين أو نقص عددها أو بسبب خلل في تمثيل السكر داخل الخلايا يحتاج المريض بعض العقاقير التي تعطي بالفم للسيطرة على ارتفاع مستوى السكر في الدم ، لهذا سمي هذا النوع الذي لا يعتمد على الأنسولين ، و يصنف هذا النوع بغياب الأعراض الحادة لداء السكري أولا في حالات الارتفاع الشديد في نسبة السكر بالدم.(خالد جاد ، 2006 ، ص48)

و بالتالي نستنتج أن داء السكري يصنف إلى نوعين ما يعرف **type 1** ، و **type 2** ، ويختلف كل نوع عن الآخر في سن المرض أو في الأدوية التي يجب إتباعها، وقد يشترك في بعض الأسباب والحمية الغذائية و البرنامج العلاجي فالسكري من النوع الأول المعتمد على الأنسولين يظهر عادة في سن مبكرة، كما ترى " **Dubois la forgue** (2007) أن السكري المعتمد على الأنسولين يظهر عادة في سن الطفولة كاضطراب في المناعة الذاتية (Autoimmune) يحدث على مستوى الصبغي السادس المرافق للجزء المسؤول عن تحديد الزمر النسيجية فينتج عن ذلك وجود أجسام مضادة في هذه الزمر موجهة ضد خلايا جزر لانجرز هانس المسؤولة عن إنتاج الأنسولين .

ويتطور السكري من النوع الأول عبر ثلاثة مراحل، مرحلة الكمون (phase de latence) ، التي تشير إلى فترة الاستعداد الوراثي ثم مرحلة ما قبل الإكلينيكية (phase préclinique) التي يتزامن حدوثها مع تدمير أو زوال ما يقارب (80%) من خلايا بيتا ومع ارتفاع نسبة السكر.

(فاطمة الزهراء زروق ، 2009 ، ص106)

أما السكري من النوع الثاني فهو يعالج عن طريق الأقراص أو الحبوب و يصيب كبار السن أي غير الأطفال والمراهقين وغالبا لا يعتمد على الأنسولين ، و السبب في هذا النوع هو نقص إفراز الأنسولين استجابة للجلوكوز أو فعاليته لذا فالحبوب تدعم فعاليته في إنتاج الأنسولين بسبب النقص الموجود في البنكرياس.

. خلاصة الفصل:

من خلال ما تم ذكره نلاحظ أن هذه الأمراض تؤثر بشكل مباشر على الفرد من الناحية الجسمية والنفسية، كما أن العامل النفسي له دور في الإصابة بالأمراض المزمنة التي تشكل خطر كبير على حياة الإنسان، كما أن لها مضاعفات خطيرة قد تجلب أمراض أخرى، وإن كل من الأنماط السلوكية، وأساليب التعامل كذلك نوعية الحياة لها دور كبير في الإصابة بالأمراض المزمنة، كما لها دور في تفاقمه، أو تحسنه، ولمعرفة العلاقة بين الأمراض المزمنة، والعوامل النفسية، يجب القيام بقياس هذه المتغيرات على عينة من المرضى المزمنين، وهذا ما سوف نقوم بتقديمه في الفصل الموالي.

الجانب التطبيقي

الإطار التطبيقي للبحث

الفصل السادس

الإجراءات المنهجية للبحث الميداني

. تمهيد:

ترتكز دقة النتائج التي يتوصل لها الباحث على صحة الإجراءات التي يتبعها والأدوات والأساليب التي يستخدمها أثناء إجراء الدراسة، فبعد أن تم التطرق في الجانب النظري إلى تحديد إشكالية الدراسة، وصياغة الفرضيات، وتحديد التعاريف الإجرائية، وكل ما يتعلق بموضوع الدراسة بجميع متغيراته (الأنماط السلوكية، أساليب التعامل مع الضغط النفسي، نوعية الحياة) يتناول الباحث في هذا الفصل إجراءات المقاربة الميدانية للدراسة من أجل التحقق من صحة الفرضيات ميدانياً، وقد تطرقنا فيه إلى منهج الدراسة، زمان ومكان إجراء الدراسة، وعينة البحث، وكذا أدوات جمع البيانات: (مقياس الأنماط السلوكية (أ/ب)، ومقياس أساليب التعامل مع الضغط النفسي، وكذلك مقياس نوعية الحياة)، وأخيراً تقنيات التحليل الإحصائي للبيانات المجمعة.

أولاً: الدراسة الاستطلاعية:

تُعتبر الدراسة الاستطلاعية من أهم خطوات البحث، فهي التي تُظهر مختلف الصعوبات التي تُصادف الباحث، كما أنه يُمكن تعديل ما يُمكن تعديله من تعديل وإضافة، وبصفة عامة يُمكن القول أنَّ الدراسة الاستطلاعية، هي دراسة مصغرة للبحث الأساسي، وسنرى بالتفصيل خطوات إجراء الدراسة الاستطلاعية. إذ لكل عمل نقوم به في بحثنا الحالي يسبق البحث الأساسي، يهدف إلى تحقيق مجموعة من الأساسيات التي تسهل علينا، البحث فيما بعد، وتجعلنا نثق في النتائج المتوصل إليها، وكذلك في الأدوات التي نستخدمها، وفيما يلي مجموعة من النقاط نظهرها كما يلي:

- جمع المعلومات والمعطيات الضرورية للبحث الأساسي بدءاً بالإطلاع على مختلف المقاييس المستخدمة في الدراسات السابقة، واختيار المقاييس التي تناسب بحثنا.
- اختبار الصلاحية السيكمترية لأدوات البحث.
- التقرب من إجراء البحث الميداني، وأخذ فكرة عنه وعن الصعوبات التي يُمكن أن تطرأ من خلال الدراسة الاستطلاعية.
- التعرف على مجتمع البحث وخصائصه المختلفة.

وقد استغرقت الدراسة الاستطلاعية حوالي (02) شهرين، حيث امتدت من شهر جانفي إلى غاية نهاية شهر فيفري (2015)، والتي تمت بولاية الجزائر، وقد تمثلت عينة الدراسة الاستطلاعية بـ (94) فرداً، والذين تراوح سنهم ما بين (25) سنة، و(69) سنة.

وقد شملت الدراسة الإستطلاعية مجموعة من المقاييس، وهي:

- مقياس الأنماط السلوكية (أ/ب) لـ "الفرح والعنوم" (1999).
- مقياس أساليب التعامل مع الضغط النفسي لـ "PULHAN et al" (1994) ترجمة "شهرزاد بوشدوب" (2009).
- مقياس نوعية الحياة لمنظمة الصحة العالمية، ترجمة "أحمد حسانين أحمد محمد" (2011).

وبناء على ذلك تم القيام في الدراسة الاستطلاعية بحساب الخصائص السيكومترية لكل المقاييس المستخدمة في الدراسة الحالية، والتي سوف نراها في محور أدوات المستخدمة في البحث.

ثانياً: البحث الأساسي:

1. منهج البحث:

يُعد البحث الحالي من الدراسات الوصفية، لذا استخدم الباحث المنهج الوصفي (الإرتباطي) لأنه يُوفر فهماً عن الأنماط السلوكية في علاقتها بأساليب التعامل مع الضغط النفسي ونوعية الحياة، وبالتالي تم تبني هذا المنهج لأنه يقوم بدراسة متغيرات البحث كما هي لدى أفراد العينة دون أن يكون للباحث دور في ضبط المتغيرات موضوع القياس.

2. حدود البحث: لكل بحث حدود معينة يضعها الباحث، وهي الخطة التطبيقية التي يجب عليه إتباعها لكي يصل لإكمال بحثه والأهداف التي وضعها في بداية بحثه، وهذا كذلك يُسهل عليه عملية التطبيق وإجراء الدراسة الميدانية، وقد اقتصرت حدود البحث في المجالات التالية:

1.2. المجال المكاني: نظراً لصعوبات التي واجهها الباحث في اختيار مكان إجراء البحث الميداني، فضلاً عن التعقيدات التي تفرضها الهيئات الرسمية وكذلك للطبيعة الخاصة بالعينة في حد ذاتها، قام الباحث بإجراء بحثه في أماكن متعددة من مستشفيات وعيادات خاصة، و جمعيات المرضى، وكذلك في الجامعات، وفي أماكن متفرقة، كما تم كذلك الاستعانة بوسطاء من المختصين النفسيين، للمساعدة في إجراء وتطبيق هذا البحث في مختلف المناطق، والجدول التالي يبين توزيع المفحوصين حسب مكان إجراء البحث:

الجدول رقم (05) : يوضح أماكن إجراء الدراسة الميدانية

المجموع		نوع المرض						مكان التطبيق
		السكري		ضغط الدم		القلب		
النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	
%18.03	68	%4.50	17	%6.10	23	%7.43	28	المستشفيات
%18.04	68	%5.84	22	%5.04	19	%7.16	27	العيادات الطبية
%17.23	65	%6.89	26	%5.57	21	%4.77	18	جمعيات مرضى
%17.78	67	%7.43	28	%5.84	22	%4.51	17	الجامعات
%28.92	109	%11.94	45	%9.55	36	7.43%	28	أماكن أخرى

نلاحظ من خلال الجدول رقم (05) وجود اختلاف وتعدد في أماكن إجراء البحث الميداني، وهذا لصعوبة إجراء البحث في مكان واحد نظراً لكبر حجم العينة، وكذلك طول الاختبار الذي يستغرق وقت طويل للإجابة عليه، ولهذا كان لزاماً علينا أن ننوع من مصادر الحصول على الإجابات اختصاراً للوقت، وكذلك تفادياً لإجراء البحث في المستشفيات نظراً لوجود المريض في المستشفى يُؤثر على مزاجه العام، وعلى نفسيته، كما أنَّ جل المقيمين في المستشفى من الحالات الحرجة، وبالتالي يصعب التعامل معهم في تلك الفترة، وهذا ما دفعنا إلى استبعاد إجراء الدراسة الميدانية في المستشفيات، وعدم التركيز عليها بصفة خاصة.

2.2. المجال الزمني: استمر البحث الميداني من جانفي 2016 إلى غاية مارس 2016، وهذا نظراً لطبيعة الدراسة، وكذلك لجمع القدر الكافي من الاستثمارات الموزعة.

3.2. المجال البشري: تم إجراء البحث على مرضى القلب والضغط الدموي والسكري، وتحدد الإشارة فقط أن البحث الحالي قد استثنى المرضى المصابين بمرض القلب الخلقي، وكذلك مرضى السكري الولادي، بمعنى الذين ولدوا بالمرض.

3. مجتمع البحث: قام الباحث بوضع الحدود المكانية والزمانية للمجتمع الأصلي، الذي شمل كافة مرضى القلب، وضغط الدم، ومرض السكري، حيث يمثلون المجتمع الإحصائي لهذه الدراسة.

4 عينة البحث:

تكونت عينة الدراسة الأساسية من (500) مفحوصاً ومفحوصة أبدأوا رغبتهم في مشاركتهم في الدراسة من خلال الإجابة عن الأدوات المستخدمة لتجميع البيانات. وبعد تصحيح المقاييس تم إلغاء (60) استمارة نظراً لعدم استيفائها الشروط، ولم يتم إسترجاع (73) إستمارة تم توزيعها على المبحوثين، حيث بلغت العينة النهائية (377) من المرضى المزمنين، موزعين على (118) من مرضى القلب، و(121) من مرضى ضغط الدم، و(138) من مرضى السكري، وعليه يُمكننا القول أننا اعتمدنا أسلوب المعاينة غير العشوائية بالطريقة العرضية في اختيار أفراد العينة، وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

الجدول رقم (06): يبين خصائص العينة من حيث نوع المرض و الجنس.

الرقم	نوع المرض	الجنس				المجموع	
		ذكر	النسبة	أنثى	النسبة		
01	مرضى القلب	68	18.04%	50	13.26%	118	31.30%
02	مرضى ضغط الدم	68	18.04%	53	14.06%	121	32.10%
03	مرضى السكري	57	15.11%	81	21.49%	138	36.60%
	المجموع	193	51.19%	184	48.81%	377	100%

نلاحظ من الجدول رقم (06) بأنه بلغ عدد الذكور من العينة الإجمالية (192) بنسبة بلغت (50.92%)، في حين بلغ عدد الإناث (185) بنسبة (49.08%)، وبلغ عدد المصابين بمرض القلب (118) بنسبة (31.30%)، حيث قدر عدد الذكور منهم ب(68) ذكراً، بنسبة (18.04%)، وعدد الإناث (50) بنسبة (13.27%)، فيما بلغت عينة مرضى الضغط الدموي ب(121)، بنسبة بلغت (32.10%)، من العينة الإجمالية، وقدر عدد الذكور ب(67) ذكراً من المصابين، بنسبة قدرت ب(17.77%) والإناث ب(54) أنثى بنسبة بلغت (14.33%)، وفيما يخص عينة المرضى المصابين بالسكري، فقد بلغت (138) مفحوصاً، بنسبة (36.60%)، كان عدد الذكور منهم (57)، بنسبة بلغت (15.11%)، فيما بلغ عدد الإناث (81) بنسبة بلغت (21.49%)، من العينة الإجمالية، كما اهتم البحث الحالي بمتغيرات أخرى، منها المستوى الدراسي والاقتصادي والعمر، والجدول التالية تبين ذلك بشيء من التفصيل:

جدول رقم (07): يبين خصائص عينة البحث حسب الفئة العمرية:

المجموع	الفئات العمرية						المستوى العمري
	من 60 فما فوق		من 5941		من 4025 سنة		
العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	
118	7.69%	29	13.53%	51	10.08%	38	مرضى القلب
121	10.61%	40	11.93%	45	9.55%	36	مرضى ضغط الدم
138	10.08%	38	13%	49	13.53%	51	مرضى السكري
377	28.38%	107	38.46%	145	33.16%	125	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول رقم (07) أنَّ عينة الإجمالية لفئة الشباب بلغت (125) من العينة الإجمالية، وهذا بنسبة (%33.16)، في حين قدرت فئة الكهول من المرضى بـ (145)، بنسبة بلغت (%38.46)، أما فيما يخص فئة الشيوخ، فقد بلغت (107)، وهذا بنسبة مقدرة بـ (%28.38).

جدول رقم (08): يبين خصائص عينة الدراسة حسب المستوى الاقتصادي.

المجموع		المستوى الإقتصادي						المستوى الإقتصادي
		مرضى السكري		مرضى ضغط الدم		مرضى القلب		
النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	
35.28%	133	12.47%	47	13%	49	9.81%	37	جيد
37.40%	141	14.06%	53	10.08%	38	13.26%	50	متوسط
27.32%	103	10.08%	38	9.02%	34	8.22%	31	ضعيف
100%	377	138		121		118		المجموع

نلاحظ من خلال الجدول رقم (08) أنَّ عدد المرضى الذين مستواهم الاقتصادي جيد بلغ (133)، وهذا بنسبة (%35.28) من العينة الكلية، أما فيما يخص المرضى الذين مستواهم الاقتصادي متوسط، فقد بلغ عددهم (141)، وهذا بنسبة تمثيل (%37.40)، من العينة الكلية، وقدر عدد المرضى الذين هم ضمن فئة المستوى الاقتصادي ضعيف بـ (103)، وهذا بنسبة تمثيل قدرت بـ (%27.32)، من العينة الكلية.

جدول رقم (09) يوضح خصائص العينة حسب المستوى الدراسي .

الرقم	نوع المرض	المستوى الدراسي						
		المستوى الثانوي		ما دون شهادة التعليم المتوسط		المستوى الجامعي		
		العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	
01	مرضى القلب	37	%9.81	45	%11.94	36	%9.55	118
02	مرضى ضغط الدم	33	%8.76	39	%10.34	49	%13.00	121
03	مرضى السكري	46	%12.20	53	%14.05	39	%10.34	138
	المجموع	116	%30.76	137	%36.34	124	%32.89	377

نلاحظ من الجدول رقم (09) أنَّ عدد المرضى الذين لهم مستوى الدراسي دون شهادة التعليم المتوسط و(116) بنسبة (%30.76)، فيما بلغ عدد المرضى من العينة الذين لديهم مستوى التعليم الثانوي

ب(137) بنسبة (36.34%)، كما قدر عدد المرضى الذين لهم مستوى دراسي جامعي ب(124)، بنسبة (32.879%).

5. أدوات البحث:

لكي يتمكن الباحث من إكمال بحثه لابد من الاستعانة ببعض الأدوات التي تسهل من عملية جمع البيانات والمعلومات، ولقياس الأنماط السلوكية وأساليب التعامل مع الضغط النفسي ونوعية الحياة تم الاستعانة بالأدوات التالية:

1.5. مقياس النمط السلوكي أ ب:

قام كل من "الفرح والعتوم" (1999) ببناء مقياس الأنماط السلوكية، حيث يتكون هذا المقياس من (28) فقرة تقيس السمات والسلوكيات الأساسية لنمط السلوكي (أ)، وقد تم الاعتماد على ثلاثة بدائل للإجابة على فقرات المقياس، وهي دائماً، أحياناً، وأبداً، وعند تصحيح فقرات المقياس تُعطى الاستجابة التالية:

- دائماً (02) درجتان.

- أحياناً (01) درجة وحيدة.

- أبداً (0) صفر درجة.

وعليه تتراوح الدرجة الكلية على المقياس بين (0-56)، وبهذا تصنف الاستجابات على مقياس النمط السلوكي (أ) على شكل أربع فئات على النحو التالي:

1. فئة نمط السلوك (أ) مرتفع: التي تتراوح الدرجات بين 43-56 درجة على المقياس.

2. فئة نمط السلوك (أ) متوسط: التي تتراوح الدرجات بين 28-42 درجة على المقياس.

3. فئة نمط السلوك (أ) المنخفض: التي تتراوح الدرجات بين 14-27 درجة على المقياس.

4. فئة نمط السلوك (ب): التي تتراوح الدرجات بين 0-13 درجة على المقياس.

تجدر الإشارة إلى أنَّ الباحث لن يستخدم مستويات النمط (أ) بل سيعتمد على التقسيم الكلي الذي يفصل بين النمط (أ)، والنمط (ب) بمعنى أنه نضع فئة النمط (أ)، والذي تقع درجاته ما بين (56.14)، والنمط (ب)، والذي تقع درجاته ما بين (13.0)، ونلاحظ بأنه لم نقم بتغيير أو إدخال تعديلات على المقياس فقط تفادينا تصنيفات النمط (أ) فقط، وهذا لاعتبارات البحث الحالي، من خلال أننا نريد التأكد من مدى ارتباط النمطين (أ) و(ب)، وليس قياس شدة النمط (أ).

وقد قام كل من "الفرح والعتوم" (1999) بتطبيق الأداة في صورتها الأصلية على عينة عشوائية من طلبة الجامعة مكونة من (67) طالبا (37) أنثى، (30) ذكور، ولأغراض الصدق البنائي، فقد اعتمد الباحثان معيارين لقبول الفقرات وهما:

-الدلالة الإحصائية للارتباط عند مستوى ($\infty = 0.05$).

- أن لا يقل معامل الارتباط عن (0.20).

وعليه قام الباحثان بالتحقق من الصدق التمييزي للأداة بتطبيقها على عيّنتين يفترض فيهما التباين، إحداهما من طلبة جامعة اليرموك، والأخرى من مرضى القلب في الأردن، وقد كانت الفروق في المتوسطات ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($0.01 = \infty$)، كما قام الباحثان بحساب ثبات الإتساق الداخلي بتطبيق معادلة ألفا كرونباخ (0.87)، وقد بلغت قيمة معامل الارتباط للمقياس في صورته النهائية (0.89) بطريقة تطبيق الاختبار بين فترتي التطبيق والبالغة (15) يوماً. (الفرح والعنوم، 1999)

وللكشف عن مدى صلاحية هذه الأداة في البيئة الجزائرية قام الباحث بإعادة حساب الخصائص السيكومترية للمقياس المستخدم في البحث، وعلى عينة بلغت (94) فرداً من الجنسين، وهذا لحساب صدق وثبات المقياس.

أولاً: حساب صدق المقياس:

1. صدق الإتساق الداخلي: والذي يعرف استخدامه معرفة الإتساق الداخلي، ومدى ارتباط الفقرة بالمقياس ككل، والجدول التالي يبين ذلك:

جدول رقم (10): يبين صدق الإتساق الداخلي لفقرات مقياس النمط (أ / ب).

رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
01	0.37	0.01	15	0.53	0.01
02	0.29	0.01	16	0.56	0.01
03	0.20	0.05	17	0.41	0.01
04	0.47	0.01	18	0.61	0.01
05	0.32	0.01	19	0.63	0.01
06	0.33	0.01	20	0.31	0.01
07	0.29	0.01	21	0.22	0.05
08	0.47	0.01	22	0.41	0.01
09	0.31	0.01	23	0.21	0.05
10	0.40	0.01	24	0.47	0.01
11	0.31	0.01	25	0.27	0.01
12	0.59	0.01	26	0.35	0.01
13	0.55	0.01	27	0.63	0.01
14	0.46	0.01	28	0.44	0.01

نلاحظ من خلال الجدول رقم (10) أنَّ معاملات الارتباط باستخدام معامل بيرسون تراوحت ما بين (0.20)، و(0.63)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وهذا ما يُعبر عن أن المقياس له مؤشر قوي لقياس ما بني من أجل قياسه، وهذا ما يُعطينا مصداقية، وصدق أكبر في النتائج المتوصل إليها.

2. الصدق التمييزي: قام الباحث بحساب الصدق التمييزي على نفس العينة والمقدرة بـ (125) فرداً، والجدول التالي يبين النتائج المتوصل إليها:

جدول رقم(11): يظهر الصدق التمييزي لمقياس النمط (أ/ب).

الرقم	المقياس	قيمة ت	درجة الحرية	مستوى الدلالة
01	الأنماط السلوكية (أ/ب)	10.25	124	0.01

نلاحظ من خلال الجدول رقم (11) أنَّ الصدق التمييزي دال عند (0.01)، وهذا لأن قيمة (ت) المحسوبة تساوي (10.25)، عند درجة حرية (124).

ثانياً: حساب ثبات المقياس:

قام الباحث بحساب الثبات عن طريق التطبيق وإعادة التطبيق على نفس العينة والمقدرة بـ(94) فرداً، وبفاصل زمني قدره (18) يوماً، والجدول التالي يبين ذلك:

جدول رقم (12): يوضح معامل الثبات لمقياس الأنماط السلوكية أ.ب.

الرقم	المقياس	معامل الثبات	مستوى الدلالة
01	النمط السلوكي (أ / ب)	0.94	0.01

25. مقياس أساليب التعامل مع الضغوط النفسية:

يُعتبر مقياس " Ways of coping chvecke - (1984) Lazarus & Folkman "

list" الأكثر استعمالاً في الدراسات العلمية، ويحتوي على (67) بنداً، وقد اتبع الباحثان لدراسة الصدق والثبات إجراء تمثل في استقصاء(100) مئة شخص (52 امرأة و48 رجلاً) تتراوح أعمارهم بين (40 و 65) سنة مرة كل شهر خلال سنة، وكان يطلب منهم وصف وضعية محددة أثرت فيهم ويقومون بتحديد من بين مجموعة من الإستراتيجيات المعروضة عليهم تلك التي كانوا يستخدمونها أكثر لمواجهة الضغوط النفسية، وقد أنتج التحليل العاملي للإجابات ثمانية مقاييس جزئية يحتوي كل واحد منها على عدة بنود، وهي كما يلي:

■ حل المشكلة بما في ذلك البحث عن المعلومات "وضعت مخططاً علمياً وتمسكت به".

■ الروح القتالية أو قبول التحدي: "صبرت وقاومت الأصل".

■ الابتعاد عن التقليل من أهمية التعديد "حاولت النسيان".

■ إعادة التقييم الإيجابي "خرجت من هذه التجربة أقوى مما كنت عليه".

■ اتهام الذات "فهمت أنني من اخترع المشكلة".

■ الهروب – تجنب "حاولت أن أنسى كل شيء".

■ البحث عن الدعم الاجتماعي "تقلبت تعاطف وتفهم شخص".

■ ضبط الذات "حاولت ألا أستجيب بسرعة أو عدم إتباع أولى نزواتي".

ويعتبر المقياسان الفرعيان الأول والثاني عن التعامل المتمركز حول المشكلة، بينما تعبر باقي المقاييس الفرعية الستة عن التعامل المتمركز حول الانفعال.

قام "Vitaliano et al" (1985) بتقليص المقياس إلى (42) بندا وسمي "Mue coping check list"، وقد بينت طريقة التدوير بالفاربعكس المتغيرات الخمس التالية: حل المشكلة - اتهام الذات - إعادة التقييم الإيجابي - البحث عن الدعم الاجتماعي - التجنب.

(سمير بوطمين، 2011، ص 177-178)

بعدها قامت "Paulhan et al" (1994) بتكييف نسخة Vitaliano et al المتكونة من (42) بندا وكانت النتيجة استبقاء (29) بندا وقد تضمنت خطوات التكيف ما يلي:

تم ترجمة السلم من طرف مخبر اللغات بجامعة "Bordeaux"، ثم تطبيقه على مجموعة تضم (501) راشد بين طلاب وعاملين من الجنسين (172 رجلا، 329 امرأة) تتراوح أعمارهم ما بين (20 و 35) سنة بإتباع نفس التعليم، وقد كشفت نتائج التحليل العملي ما يلي

- بنود الاختبار تأخذ بعين الاعتبار محور عام للمواجهة الذي يضم استراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكل وأخرى حول الانفعال.

■ وجود أبعاد خاصة بالمواجهة تتمثل في خمسة مستويات مكونة للصورة النهائية للسلم، و هي حل المشكل.

■ التجنب.

■ البحث عن السند الاجتماعي.

■ إعادة التقييم الإيجابي.

■ تأنيب الذات. (سهام طيبي، 2005، ص ص 207-209)

ينقسم المقياس إلى محوران أساسيان وهما:

المحور الأول: أساليب التعامل المركزة على المشكل وتضم:

1- أسلوب حل المشكل: تتكون من (08) بنود وهي: 1 - 4 - 6 - 13 - 16 - 18 - 24 - 27.

2- أساليب البحث عن الدعم الاجتماعي: تضم (05) بنود وهي: 5 - 10 - 15 - 21 - 23.

المحور الثاني: أساليب التعامل المركزة على الانفعال:

1- أسلوب التجنب: تضم (07) بنود هي: 7 - 8 - 11 - 17 - 19 - 22 - 25.

2- أسلوب إعادة التقييم الإيجابي، وتضم (05) بنود وهي: 2 - 5 - 9 - 12 - 28.

3- أسلوب تأنيب الذات: وتضم (04) بنود هي: 4 - 20 - 26 - 29.

يُطبق المقياس بصفة فردية أو جماعية وتقدم التعليمات التالية:

- 1- صف موقفا مؤثرا عشته خلاله الأشعر الأخيرة.
- 2- حدد شدة الانزعاج والتوتر الذي يسببه لك هذا الموقف (منخفض، متوسط، مرتفع) وذلك بوضع العلامة (X) أما المستوى المناسب.
- 3- أشر بالعلامة (X) إلى الإستراتيجيات الموالية إن كنت قد استعملتها، أم لم تستعملها في مواجهة هذا الموقف.

ويتم تصحيح المقياس وفق مسلم متدرج من (1-4) إذ تمنح النقاط وفق الجدول التالي:

جدول رقم (13): يمثل كيفية تنقيط بنود مقياس أساليب التعامل مع الضغط النفسي

الإجابة	العلامة
لا	نقطة واحدة (1)
تقريبا لا	نقطتين (2)
تقريبا نعم	ثلاث نقاط (3)
نعم	أربع نقاط (4)

وهو تنقيط معتمد في جميع البنود ما عدا البند (15) الذي يكون تنقيطه بعكس البنود الأخرى أي (4) إلى (1).

ويتم تدوين النتائج مقياس أساليب التعامل حسب الجدول التالي:

جدول رقم (14): يوضح طريقة تدوين نتائج المقياس

أساليب التعامل المتمركزة حول الانفعال			أساليب التعامل المتمركزة حول المشكل	
لوم الذات	إعادة التقييم الإيجابي	التجنب	البحث عن السند الاجتماعي	حل المشكل
المجموع =			المجموع =	

أظهر المقياس في صورته المكيفة على المجتمع الفرنسي حسب (Paulhan et al 1994) بواسطة التحليل العاملي للمكونات الأساسية النتائج التالية:

. عامل عام يضم ضمنه أساليب خاصة بالتعامل المركزة على المشكل والتعامل المركزة على الانفعال بنسبة تشيع 12 %.

. من جهة أخرى أظهر التحليل العاملي بواسطة طريقة فاريماكس وجود خمسة أبعاد نوعية أساليب التعامل تصل نسبة التشيع إلى 35 % من التباين العام، ويتعلق الأمر بالأبعاد التالية:

- حل المشكل 9.4 %.
- التجنب 7.5 %.
- البحث عن السند الاجتماعي 6.5 %.
- إعادة التقييم الإيجابي 5.9 %.

■ لوم الذات 5.7%. (شهرزاد بوشدوب، 2009)

أما في الجزائر، فقد قامت الباحثة "زهية خطر" (2001) في إطار إعدادها لرسالة الماجستير بترجمة المقياس وعرض صورة أولية على خمسة محكمين من أستاذة علم النفس وعلوم التربية بجامعة الجزائر 02، بغرض تحديد مدى تكافؤ معنى البند في اللغتين، وقد وافق الأستاذة على أن الترجمة صحيحة وسليمة، أما فيما يخص الاتساق الداخلي فقد قدرت قيمة معامل الارتباط بيرسون بين الدرجة الكلية للمقياس والدرجة في المقياس الفرعي لأساليب التعامل المركزة على المشكل بـ (0.80)، والارتباط بين الدرجة الكلية للمقياس والدرجة في المقياس الفرعي لأساليب التعامل المركزة على الانفعال بـ (0.82) مما يدل على صدق المقياس.

وقد تم حساب الثبات على عينة قوامها (47) طالب وذلك بطريقة إعادة الاختبار بحيث قدرت قيمة معامل بيرسون بين درجات التطبيق الأول والثاني بـ (0.90) مما يعكس ثبات قوي للمقياس.

(زهية خطر، 2001، ص 142)

أما بالنسبة للباحثة "شهرزاد بوشدوب" (2009) في إطار إعدادها لأطروحة الدكتوراه، استعانت في البداية بترجمة "زهية خطر" (2001)، لكنها أعادت ترجمة المقياس شملت العديد من البنود رأتها أكثر ملائمة، وقد اعتمدت على صدق المحكمين، حيث تم عرض المقياس على عدد من أستاذة علم النفس وعلوم التربية، وفي ضوء نتائج التحكيم تم تعديل صياغة بندين (18-19)، أما فيما يتعلق بالثبات فقد حسب عن طريق التطبيق وإعادة التطبيق بفاصل زمني قدره أسبوعين على نفس العينة والمقدرة بـ (60) طالباً وحسب معامل ارتباط بيرسون بين نتائج التطبيقين وبلغ الثبات (0.80)، وهو معامل ثبات مقبول.

(شهرزاد بوشدوب، 2009)

كما تجدر الإشارة إلى أنَّ الباحث سوف يستخدم النسخة المعدة من الباحثة السابقة الذكر، وللكشف من جديد عن مدى صلاحية هذا المقياس قام الباحث بإعادة حساب خصائصه القياسية من صدق وثبات قبل تطبيقه على العينة الأساسية:

أولاً: صدق المقياس:

تم حساب صدق المقياس عن طريق الصدق الاتساق الداخلي للمقياس بطريقتين هما: الصدق الداخلي لكل بعد من أبعاد المقياس، كما تم كذلك حساب صدق الاتساق الداخلي للمقياس ككل، والجدول التالي يبين صدق الإتساق الداخلي للمقياس:

جدول رقم (15) : يوضح الإتساق الداخلي لمقياس أساليب التعامل مع الضغط النفسي .

رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
01	0.48	0.01	16	0.35	0.01
02	0.43	0.01	17	0.53	0.01
03	0.38	0.01	18	0.50	0.01
04	0.44	0.01	19	0.33	0.01
05	0.37	0.01	20	0.57	0.01
06	0.50	0.01	21	0.30	0.01
07	0.32	0.01	22	0.45	0.01
08	0.34	0.01	23	0.36	0.01
09	0.31	0.01	24	0.47	0.01
10	0.51	0.01	25	0.30	0.01
11	0.26	0.01	26	0.47	0.01
12	0.66	0.01	27	0.54	0.01
13	0.47	0.01	28	0.36	0.01
14	0.38	0.01	29	0.61	0.01
15	0.34	0.01	//	//	//

نلاحظ من خلال الجدول رقم (15) أنَّ معاملات صدق الاتساق الداخلي لمقياس أساليب التعامل مع الضغط النفسي باستعمال بيرسون تراوحت ما بين (0.30)، و(0.66)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، ما يعطينا تصور عن قدرة المقياس في قياس أساليب التعامل، ولم يكتفي الباحث بحساب صدق الاتساق الداخلي للمقياس ككل، بل قام بحساب صدق الاتساق الداخلي لكل بعد من الأبعاد المكونة للمقياس، والمكون من خمسة أبعاد، الجداول التالية تبين صدق الاتساق الداخلي للأبعاد، وهذا باستخدام معامل الارتباط بيرسون.

جدول رقم (16) : يبين صدق الاتساق الداخلي لأساليب حل المشكل.

بعد أسلوب حل المشكل			
الرقم	الفقرة	الارتباط	مستوى الدلالة
01	وضعت مخطط عمل واتبعت.	0.42	0.01
04	قاومت للحصول على ما كنت أريده.	0.53	0.01
06	أخذت الأشياء واحدة تلو الأخرى.	0.59	0.01
13	خرجت من المشكلة بأكثر قوة.	0.41	0.01
16	تفاوضت للحصول على شيء إيجابي من المشكل.	0.43	0.01
18	حاولت أن أتصرف بطريقة متسعة أو أتبع الفكرة الأولى.	0.35	0.01
24	وجدت حلاً أو اثنين للمشكل.	0.32	0.01
27	عرفت ما يجب فعله، فضاغت جهدي وقمت بكل ما في وسعي لكي أصل.	0.54	0.01

نلاحظ من الجدول بأن معاملات الارتباط باستخدام بيرسون فيما يخص بعد حل المشكل، تراوحت ما بين (0.32)، و(0.59)ن وهي دالة عند مستوى الدلالة(0.01).

جدول رقم (17) : يوضح صدق الاتساق الداخلي لأساليب البحث عن الدعم الاجتماعي

بعد البحث عن الدعم الاجتماعي			
الرقم	الفقرة	الارتباط	مستوى الدلالة
03	تحدثت إلى أحدهم عما شعرت به.	0.31	0.01
10	تناقشت مع شخص ما للتعرف على المزيد بخصوص المشكل	0.50	0.01
15	احتفظت بمشاعري لنفسي.	0.36	0.01
21	حاولت أن لا أنعزل.	0.48	0.01
23	تقلبت عطف وتفهم شخص ما.	0.43	0.01

يتبين لنا من الجدول أن معاملات الارتباط الخاصة بالصدق الداخلي لبعء الدعم الاجتماعي، قد تراوحت ما بين(0.31 و 0.50)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، هذا ما يعبر عن أن هذا البعد يقيس ما وضع من أجل قياسه.

جدول رقم (18) :الصدق الاتساق الداخلي لبعء أسلوب التجنب

أسلوب التجنب			
الرقم	الفقرة	الارتباط	مستوى الدلالة
07	أخذت الأشياء واحدة تلوى الأخرى.	0.48	0.01
08	تمنيت لو كان باستطاعتي تغيير ما حدث.	0.34	0.01
11	تمنيت لو تحدث معجزة.	0.41	0.03
17	حملت أو تخيلت مكانا أو وقتا أفضل من الذي كنت فيه.	0.43	0.01
19	رفضت التصديق بأن ذلك قد حدث فعلا.	0.40	0.01
22	فكرت في أشياء غير واقعية أو خيالية لأشعر بالتحسين.	0.53	0.01
25	حاولت نسيان كل شيء.	0.37	0.01

يظهر الجدول أن صدق الاتساق الداخلي بإستخدام معامل الارتباط بيرسون، لبعء التجنب أنها تراوحت ما بين (0.34)، و(0.53)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، ما يعبر عن قدرة هذا البعد في قياس أسلوب التجنب للضغوط النفسية.

جدول رقم (19) : يبين الصدق الداخلي لبعء أسلوب إعادة التقييم الإيجابي.

أسلوب إعادة التقييم الإيجابي			
الرقم	الفقرة	الارتباط	مستوى الدلالة
02	تمنيت لو كنت أكثر قوة، أكثر تفاؤلاً وحاسماً.	0.39	0.42
05	تغيرت بشكل إيجابي.	0.47	0.02
09	ركزت على الجانب الإيجابي المتوقع ظهوره لاحقاً.	0.36	0.06
12	خرجت من المشكلة بأكثر قوة.	0.38	0.02
28	غيرت شيئاً ما في نفسي لتحمل الوضعية بشكل أحسن.	0.30	0.01

نلاحظ من الجدول أن صدق الإتساق الداخلي لبعء إعادة التقييم الإيجابي للضغوط النفسية، أن

معاملات الارتباط باستخدام بيرسون، قد تراوحت ما بين (0.30)، و(0.47)، وهي دالة عند مستوى الدلالة

(0.01)، وهذا يعطينا مؤشر قوي على صلاحيات الفقرات المكونة لهذا البعد في قياس ما تم وضعها لقياسه.

جدول رقم (20) : يبين الصدق الداخلي لبعء أسلوب لوم الذات.

أسلوب لوم الذات			
الرقم	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
04	قاومت للحصول على ما كنت أريده.	0.47	0.01
20	أدركت أنني المتسبب في المشكل.	0.44	0.01
26	تمنيت لو كان باستطاعتي تغيير اتجاهي.	0.56	0.01
29	انتقدت نفسي وتعاليت عليها.	0.42	0.01

يظهر الجدول الحالي صدق الإتساق الداخلي لبعء لوم الذات باستخدام معامل الارتباط بيرسون، والذي

تراوحت فيه ما بين (0.42)، و(0.56)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وهذا يعبر عن قوة الفقرات

المشكلة لهذا البعد، في قياس لوم الذات كأسلوب من أساليب التعامل مع الضغط النفسي.

2. الصدق التمييزي لمقياس أساليب التعامل مع الضغط النفسي: قام الباحث بحساب الصدق التمييزي

للمقياس على نفس العينة والمقدرة. (94) فردا والجدول التالي يبين الصدق التمييزي للمقياس:

الجدول رقم (21): يظهر الصدق التمييزي لمقياس أساليب التعامل مع الضغط النفسي.

الرقم	المقياس	قيمة ت	درجة الحرية	مستوى الدلالة
01	. مقياس أساليب التعامل مع الضغط النفسي	9.089	123	0.01

نلاحظ من الجدول بأن قيمة (ت) تساوي (9.08)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، مما يدل أن

المقياس لديه القدرة على التمييز في الإجابات على المقياس.

ثانياً: ثبات المقياس:

قام الباحث بحساب ثبات المقياس عن طريق حساب ثبات كل بعد من الأبعاد لوحده بطريقة التطبيق و إعادة التطبيق على نفس العينة السابقة، و قد بلغ معامل الثبات بالنسبة لأبعاد كالتالي:

جدول رقم (22) : يبين ثبات أبعاد مقياس أساليب التعامل الضغوط النفسية .

مقياس أساليب التعامل مع الضغوط النفسية		
الأبعاد	معامل الثبات بيرسون	مستوى الدلالة
مقياس أساليب التعامل مع الضغط النفسي	0.78	0.01
أساليب التعامل المركزة على المشكل	0.68	0.01
أساليب المركزة على الإنفعال	0.84	0.01

35. مقياس نوعية الحياة:

بدأ أعداد هذا المقياس في عام (1991)، عندما بدأ قسم الصحة النفسية بمنظمة الصحة العالمية في إعداد مشروع بحثي في (15) دولة لبناء مقياس عالمي لقياس نوعية يغطي الجوانب المختلفة لنوعية الحياة التي تناولتها أو لم تتناولها الأدوات التقليدية لتقدير نوعية الحياة المتعلقة بالصحة **The whoqol group** (1995)، وكان الهدف الأساسي للمشروع هو تصميم أداة لتقييم نوعية الحياة يمكن تطبيقها بشكل واسع عبر أنواع مختلفة من الأمراض المتباينة في الشدة وكذلك عبر مجموعات ثقافية مختلفة إقتصادية وإجتماعيا وعمريا ويستعمل المقياس لتقييم برامج التدخلات لتحسين بنوعية الحياة ولمقارنة نوعية الحياة عبر أقطار متباينة وثقافات فرعية مختلفة داخل القطر الواحد.

وأدت جهود منظمة إلى تطوير مقياس المئوي لنوعية الحياة (1998) **The wohqol group** ، والذي تم إعداده من خلال (05) خمسة مراكز ميدانية تابعة للمنظمة عبر (12) إثني عشر لغة وحددت هذه المراكز جوانب الحياة التي تعد مهمة في قياس نوعية الحياة، ووضعت بنودا لقياسها وشملت الصيغة الإستطلاعية الأصلية (235) بندا، وطبقت هذه الصيغة في (15) خمسة عشر مركزا ميدانيا بلغات مختلفة عبر العالم، وتم إختيار أفضل مائة بند (100) وسميت هذه الصيغة المقياس المئوي لنوعية الحياة **Wohqol-100** .

يتكون المقياس من (06) ستة مجالات أساسية، وكل مجال تندرج تحته (24) مقياسا فرعيا وهي كما يلي:

1. **المجال الجسمي:** ويتضمن ثلاثة أبعاد أو ثلاثة مقاييس فرعية، وهي: 1. الألم، 2. الطاقة، 3. النوم
2. **المجال النفسي:** ويتضمن خمسة أبعاد أو خمسة مقاييس فرعية، وهي: 1. الشعور الإيجابي، 2. التفكير والتعلم، 3. تقدير الذات، 4. صورة الجسم، 5. الشعور السلبي.
3. **مجال الاستقلال:** ويتضمن أربعة أبعاد أو أربعة مقاييس فرعية، وهي: 1. القدرة على الحركة، 2. النشاط اليومي، 3. الاعتماد على الأدوية، 4. القدرة على العمل.
4. **مجال العلاقات الاجتماعية:** ويتضمن ثلاثة أبعاد أو ثلاثة مقاييس فرعية، وهي: 1. العلاقات الشخصية، 2. الدعم الاجتماعي، 3. النشاط الجنسي.

5. المجال البيئي: ويتضمن ثمانية أبعاد أو ثمانية مقاييس فرعية، وهي 1. الأمن والأمان الجسمي، 2. البيئة المنزلية، 3. الموارد المالية، 4. الرعاية الصحية والاجتماعية، 5. اكتساب مهارات ومعلومات جديدة، 6. الترفيه، 7. البيئة الطبيعية، 8. المواصلات.

6. المجال الديني: ويتضمن بعدا واحدا أو مقياسا فرعيا واحدا، وهو: 1. المعتقدات الدينية. وكل مقياس فرعي تقيسه أربع بنود، وبذلك يكون عدد البنود الكلي (96) بندا، إضافة إلى أربع عبارات تقيس جودة الحياة بشكل عام والصحة العامة، وهذا البعد لا يدرج ضمن مجالات نوعية الحياة. وتتم الإجابة عن بنود المقياس ضمن خمسة بدائل متدرجة لتقدير شدة وتكرار عوامل أو أبعاد نوعية الحياة. وهذه المجالات تحتوي على (24) عاملا او مقياسا فرعيا، كل مقياس تدرج تحته (04) أربع عبارات، وبذلك يصبح عدد العبارات (96) عبارة، إضافة إلى ذلك يوجد بعد إضافي تدرج تحته (04) أربعة بنود لقياس نوعية الحياة بشكل عام والصحة العامة، وهذا البعد لا يدخل في مجالات نوعية الحياة، ولكن يتم تحليله كجزء من المقياس، وتتم الإجابة على بنود هذا المقياس باستخدام طريقة ليكرت وتدرج من خمس نقاط لتقدير الشدة والتكرار أو لتقييم الصفات المختارة لنوعية الحياة، وهذا طبعا حسب نوع البند وطبيعة السؤال الذي يحتويه، حيث أن هذه الخيارات تختلف حسب ما ذكر سابقا.

بعد أن حصل معد المقياس إلى اللغة العربية " أحمد حسانين أحمد محمد" (2011) على موافقة منظمة الصحة العالمية على ترجمة المقياس إلى اللغة العربية، وحصل كذلك على النسخة الأصلية للمقياس باللغة الإنجليزية، قام بحساب شروطه السيكمومترية على عينات من المجتمع الليبي. تكونت العينة الكلية من (150) فردا. منهم (100) من الأصحاء، تم اختيارهم من الموظفين والموظفات بمؤسسات الدولة جامعات، معاهد، مدارس، مؤسسات خدمية (منهم 40 ذكرا، 60 أنثى) تراوحت أعمار الجميع بين (26. 60) سنة. بمتوسط حسابي هو (44.69) سنة، وانحراف معياري بلغ (6.11) سنة، و(50) مريضا بالسرطان، تم اختيارهم من المترددين على معهد علاج السرطان بمدينة مصراته، منهم (22) ذكرا، أنثى. تراوحت أعمارهم بين(70.20) سنة، بمتوسط حسابي قدره (28) ، (46.39) سنة وانحراف معياري قدره (15.28) سنة، وتم حساب الشروط السيكمومترية للمقياس كما يلي:

أولا: صدق المقياس:

تم حساب الصدق بالطرق التالية:

1. صدق ترجمة لمقياس نوعية الحياة: استعمل أسلوب الترجمة والعكسية، أين استعان بمختصين في اللغتين العربية والإنجليزية، وهذا من أجل الحصول على الترجمة الصحيحة كما قام بتقديم المقياس المترجمة إلى مجموعة من الأفراد من أجل الإجابة عليه ، وهل هناك فقرات، أو كلمات غامضة.

2- صدق الإتساق الداخلي لمقياس نوعية الحياة: قام معد هذا المقياس بحساب صدق الإتساق الداخلي للمقياس ككل على عينة مكونة من (100) من الأصحاء، و(50) من المرضى، وتم تقدير صدق الإتساق الداخلي باستخدام معامل الارتباط بيرسون، والجدول التالي يبين ذلك:

الجدول رقم (23) : يوضح صدق الاتساق الداخلي لمقياس نوعية الحياة.

رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
01	0.63	0.01	35	0.80	0.01	69	0.69	0.01
02	0.78	0.01	36	0.75	0.01	70	0.83	0.01
03	0.64	0.01	37	0.68	0.01	71	0.70	0.01
04	0.63	0.01	38	0.63	0.01	72	0.79	0.01
05	0.56	0.01	39	0.73	0.01	73	0.66	0.01
06	0.72	0.01	40	0.77	0.01	74	0.64	0.01
07	0.60	0.01	41	0.82	0.01	75	0.79	0.01
08	0.73	0.01	42	0.90	0.01	76	0.74	0.01
09	0.78	0.01	43	0.87	0.01	77	0.78	0.01
10	0.84	0.01	44	0.50	0.01	78	0.65	0.01
11	0.73	0.01	45	0.83	0.01	79	0.66	0.01
12	0.86	0.01	46	0.82	0.01	80	0.76	0.01
13	0.74	0.01	47	0.81	0.01	81	0.63	0.01
14	0.48	0.01	48	0.84	0.01	82	0.69	0.01
15	0.72	0.01	49	0.70	0.01	83	0.68	0.01
16	0.66	0.01	50	0.64	0.01	84	0.63	0.01
17	0.43	0.01	51	0.68	0.01	85	0.55	0.01
18	0.40	0.01	52	0.58	0.01	86	0.55	0.01
19	0.65	0.01	53	0.78	0.01	87	0.67	0.01
20	0.58	0.01	54	0.71	0.01	88	0.59	0.01
21	0.71	0.01	55	0.69	0.01	89	0.84	0.01
22	0.46	0.01	56	0.67	0.01	90	0.84	0.01
23	0.83	0.01	57	0.67	0.01	91	0.80	0.01
24	0.76	0.01	58	0.60	0.01	92	0.84	0.01
25	0.78	0.01	59	0.75	0.01	93	0.75	0.01
26	0.80	0.01	60	0.59	0.01	94	0.66	0.01
27	0.76	0.01	61	0.66	0.01	95	0.84	0.01
28	0.76	0.01	62	0.77	0.01	96	0.74	0.01
29	0.65	0.01	63	0.73	0.01	97	0.75	0.01
30	0.77	0.01	64	0.51	0.01	98	0.80	0.01
31	0.85	0.01	65	0.77	0.01	99	0.69	0.01
32	0.80	0.01	66	0.66	0.01	100	0.70	0.01
33	0.76	0.01	67	0.67	0.01	/	/	/
34	0.76	0.01	68	0.78	0.01	/	/	/

يوضح الجدول رقم (23) أنَّ جميع معاملات الارتباط دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وهو مستوى مرتفع، ويُعتبر مؤشر جيد على صدق المقياس.

3. صدق التمييز بين المجموعات:

قام معد هذا المقياس بحساب الصدق التمييزي بين مجموعات المرضى والأسوياء، المكونة من (50) من المرضى، و(100) من الأصحاء، والجدول التالي يبين ذلك:

جدول رقم(24): يبين الصدق التمييزي لمقياس نوعية الحياة.

الدالة مستوى	ت.ف.ن	عينة المرضى ن=50		عينة الأسوياء ن=100		المجالات الرئيسية
		ع	م	ع	م	
0.01	3.97	3.97	12.28	2.77	14.96	المجال الأول (الجسمي)
0.04	2.96	2.72	14.70	1.85	16.33	المجال الثاني (النفسي)
0.01	5.61	2.86	13.15	2.06	16.41	المجال الثالث (مستوى الإستقلال)
0.04	2.95	2.58	14.48	1.89	16.05	المجال الرابع (العلاقات الإجتماعية)
غ دال	1.40	2.30	14.27	2.01	14.99	المجال الخامس (البيئة)
غ دال	1.46	0.64	3.61	0.75	3.85	المجال السادس (التددين)
0.01	4.18	0.87	3.77	0.48	4.48	نوعية الحياة العامة والصحة العامة

يتضح من الجدول رقم (24) حسب معد هذا المقياس أن هناك فروق دالة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين عينة الأصحاء وعينة المرضى، في المجالات الرئيسية لمقياس نوعية الحياة فيما عدا المجال البيئي والمجال الديني مما يعتبر مؤشر جيد على القدرة التمييزية للمقياس

2. ثبات المقياس: تم حساب معامل الثبات على عينة مكونة من (100) من الأصحاء، و(50) من المرضى، تم تقدير الثبات بإستخدام معامل الفا كرونباخ، والجدول التالي يبين ذلك:

جدول رقم (25): يبين ثبات المقياس بمختلف أبعاده.

العينة الكلية	المرضى(ن=50)	الأسوياء(ن=100)	المجالات الرئيسية
0.83	0.91	0.86	نوعية الحياة العامة والصحة العامة
0.79	0.75	0.78	. المجال الجسمي
0.83	0.85	0.83	. المجال النفسي
0.80	0.81	0.79	. مجال مستوى الإستقلال
0.75	0.77	0.75	. مجال العلاقات الإجتماعية
0.83	0.87	0.85	. مجال البيئة
0.84	0.80	0.92	. مجال المعتقدات الدينية

يبين لنا الجدول السابق يتضح أن قيم ألفا مرتفعة بالنسبة لجميع المجالات الخاصة بمقياس نوعية الحياة بالنسبة لعينة المرضى والأسوياء والعينة الكلية مما يشير إلى ثبات جيد للمقياس. (أحمد حسنين أحمد محمد، 2011)

وللكشف عن صلاحية المقياس في البيئة الجزائرية قام الباحث بإعادة حساب الخصائص السيكومترية لمقياس نوعية الحياة المستخدم، وهذا من أجل التأكد من صلاحية المقياس، وأنه يقيس ما وضع لقياسه، وتم حساب الصدق بنوعين هما:

1. صدق الإتساق الداخلي الكلي لمقياس نوعية الحياة: قام الباحث بحساب صدق الإتساق الداخلي الكلي للمقياس على عينة بلغت (94) فرداً من المصابين بالأمراض المزمنة، والجدول الآتي يبين ذلك:

الجدول رقم (26) : يوضح صدق الإتساق الداخلي للمقياس في الدراسة الحالية

رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
01	0.26	0.01	35	0.54	0.01	69	0.43	0.01
02	0.50	0.01	36	0.57	0.01	70	0.45	0.01
03	0.41	0.01	37	0.29	0.01	71	0.51	0.01
04	0.27	0.01	38	0.45	0.01	72	0.67	0.01
05	0.34	0.01	39	0.31	0.01	73	0.53	0.01
06	0.29	0.01	40	0.61	0.01	74	0.46	0.01
07	0.37	0.01	41	0.44	0.01	75	0.39	0.01
08	0.41	0.01	42	0.33	0.01	76	0.29	0.01
09	0.43	0.01	43	0.29	0.01	77	0.42	0.01
10	0.23	0.01	44	0.35	0.01	78	0.61	0.01
11	0.29	0.01	45	0.41	0.01	79	0.58	0.01
12	0.43	0.01	46	0.28	0.01	80	0.37	0.01
13	0.64	0.01	47	0.44	0.01	81	0.49	0.01
14	0.51	0.01	48	0.37	0.01	82	0.36	0.01
15	0.31	0.01	49	0.33	0.01	83	0.33	0.01
16	0.58	0.01	50	0.42	0.01	84	0.29	0.01
17	0.53	0.01	51	0.63	0.01	85	0.59	0.01
18	0.61	0.01	52	0.61	0.01	86	0.47	0.01
19	0.47	0.01	53	0.26	0.01	87	0.64	0.01
20	0.27	0.01	54	0.33	0.01	88	0.27	0.01
21	0.31	0.01	55	0.38	0.01	89	0.37	0.01
22	0.29	0.01	56	0.48	0.01	90	0.36	0.01
23	0.35	0.01	57	0.33	0.01	91	0.44	0.01
24	0.28	0.01	58	0.42	0.01	92	0.39	0.01
25	0.42	0.01	59	0.53	0.01	93	0.43	0.01
26	0.31	0.01	60	0.59	0.01	94	0.49	0.01
27	0.44	0.01	61	0.43	0.01	95	0.36	0.01
28	0.37	0.01	62	0.65	0.01	96	0.33	0.01
29	0.35	0.01	63	0.62	0.01	97	0.42	0.01
30	0.34	0.01	64	0.45	0.01	98	0.33	0.01
31	0.52	0.01	65	0.35	0.01	99	0.40	0.01
32	0.37	0.01	66	0.47	0.01	100	0.44	0.01
33	0.35	0.01	67	0.33	0.01	/	/	/
34	0.36	0.01	68	0.27	0.01	/	/	/

نلاحظ من الجدول رقم (26) أنَّ معاملات الارتباط باستخدام معامل بيرسون لحساب صدق الاتساق الداخلي قد تراوحت ما بين (0.26)، و(0.67)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وهذا يُعطينا مؤشراً على صلاحية عبارات المقياس في قياس ما وضعت لقياسه.

الجدول رقم(27): يظهر صدق الاتساق الداخلي للمجال الجسمي في مقياس نوعية الحياة.

	المجال الجسمي	الارتباط	مستوى الدلالة
01	هل أنت مزعج من ألمك وعدم راحتك.	0.39	0.01
02	ما مقدار الصعوبات التي تواجهك في التعامل مع الألم وعدم الراحة.	0.40	0.01
03	إلى أي مدى تشعر بأن ألمك الجسمي يمنعك عن عمل الأشياء التي تريد عملها.	0.29	0.01
4	هل تتعب بسهولة	0.37	0.01
5	ما مقدار الإزعاج الذي يسببه لك تعبك	0.33	0.01
6	هل لديك صعوبات متعلقة بنومك	0.38	0.01
7	ما هو كم المشاكل التي تواجهك في نومك	0.35	0.01
40	هل لديك الطاقة الكافية للحياة اليومية.	0.30	0.01
56	ما مقدار رضاك عن مستوى طاقتك.	0.43	0.01
57	ما مقدار رضاك عن نومك	0.56	0.01
83	هل نومك جيد	0.41	0.01
86	كم مرة عانيت فيها من ألم بدني.	0.57	0.01

نلاحظ من الجدول أن معاملات الارتباط باستخدام بيرسون في المجال الجسمي، قد تراوحت ما بين (0.29)، و(0.57)، وهي دالة عند كمستوى الدلالة (0.01)، وإن كان من الجانب الإحصائي من يقبل معاملات الارتباط فوق (30)، وهناك من يقبلها عند (0.20)، عليه فإن معاملات الارتباط جاءت دالة، وهذا يعبر عن صدق هذا المجال في قياس ما وضع لقياسه.

جدول رقم(28): يبين صدق الإتساق الداخلي للمجال النفسي في مقياس نوعية الحياة.

الرقم	المجال النفسي	الإرتباط	مستوى الدلالة
08	مقدار إستمتاعك بالحياة	0.41	0.01
9	ما مقدار المشاعر الإيجابية التي تشعر بها نحو مستقبلك	0.68	0.01
10	ما مقدار المشاعر الإيجابية التي تخبرها في حياتك	0.32	0.01
11	كيف تقدر قدرتك على التركيز	0.37	0.01
12	ما مقدار تقديرك لنفسك	0.47	0.01
13	ما مقدار ثقثك تقتك بنفسك	0.34	0.01
14	هل تشعر بالضيق إتجاه مظهرك	0.57	0.01
15	هل يوجد جزء من مظهرك يجعلك تشعر بعدم الراحة	0.38	0.01
16	ما كم الإنزعاج الذي تشعر به	0.30	0.01
17	هل تشعر بأن الحزن والإكتئاب يؤثران في وظائفك اليومية	0.41	0.01
18	ما مقدار الضيق الذي يسببه لك شعورك بالإكتئاب	0.45	0.01
41	هل أنت قادر على تقبل مظهرك الجسمي	0.29	0.01
58	ما مقدار رضاك عن قدرتك على تعلم معلومات جديدة	0.35	0.01
59	ما مقدار رضاك عن قدرتك على إتخاذ القرار	0.43	0.01
60	ما مقدار رضاك عن نفسك	0.45	0.01
61	ما مقدار رضاك عن قدراتك الشخصية	0.54	0.01
62	ما مقدار رضاك عن الطريقة التي يبدو عليها جسمك	0.52	0.01
84	كيف تقدر ذاكرتك	0.59	0.01
87	هل أنت تشعر بالرضا بشكل عام	0.54	0.01
88	كم عدد المرات التي كانت لديك فيها مشاعر سلبية مثل(القلق، الأرق، الإكتئاب، المزاج)	0.37	0.01

نلاحظ من خلال الجدول أن معاملات الإرتباط باستخدام بيرسون، في المجال النفسي، والذي تراوحت ما بين

(0.29)ن و(0.68)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وهذا يعتبر مؤشر قوي على صلاحية فقرات

هذا المجال.

جدول رقم(29): يبين صدق الإتساق الداخلي لمجال مستوى الاستقلال في مقياس نوعية الحياة.

الرقم	مستوى الإستقلال	الإرتباط	مستوى الدلالة
19	إلى أي مدى تعاني من صعوبات متعلقة بالأنشطة	0.49	0.01
20	ما مقدار الضيق الذي تشعر به من تقصيرك في أداء أنشطة الحياة اليومية	0.37	0.01
21	ما مقدار رضاك عن قدرتك على أداء أنشطة حياتك اليومية	0.60	0.01
22	ما مقدار حاجتك لأي أدوية تساعدك على أداء أعمالك اليومية	0.41	0.01
23	ما مقدار حاجتك لأي علاج طبي يساعدك على أداء أعمالك اليومية	0.40	0.01
42	إلى أي مدى أنت قادر على القيام بنشاطاتك اليومية	0.68	0.01
43	ما مقدار إعتماذك على الأدوية	0.52	0.01
63	إلى أي مدى تعتمد جودة حياتك على إستخدام وسائل طبية	0.32	0.01
89	هل أنت قادر على القيام بأعمالك اليومية	0.39	0.01
90	هل أنت قادر على القيام بالتزاماتك أو واجباتك	0.38	0.01
91	هل أنت راضي عن قدرتك على العمل	0.35	0.01
92	كيف تقدر قدرتك على العمل	0.37	0.01
93	كيف تقدر قدرتك على الحركة بسهولة	0.39	0.01
94	ما مقدار الضيق الذي تشعر به من وجود أي صعوبات في الحركة.	0.35	0.01
95	إلى أي مدى تؤثر أي صعوبات الحركة على طريقة حياتك	0.44	0.01
96	ما مقدار رضاك فيما يتعلق بقدرتك على الحركة بسهولة	0.48	0.01

يظهر الجدول السابق فيما يخص معاملات الإرتباط الخاصة بصدق الإتساق الداخلي لمجال مستوى الإستقلال، أنها تراوحت ما بين (0.32)ن و(0.68)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وهذا يعطينا مؤشر على صلاحية فقرات المجال.

الجدول رقم (30) يبين صدق الإتساق الداخلي للمجال الاجتماعي في مقياس نوعية الحياة.

الرقم	المجال الإجتماعي	الإرتباط	مستوى الدلالة
24	ما مقدار الوحدة التي تشعر بها في حياتك	0.31	0.01
25	كيف تقدر مستوى إشباعك لإحتياجاتك الجنسية	0.41	0.01
26	هل تشعر بالضيق بسبب صعوبات تواجهك في حياتك الجنسية	0.33	0.01
44	هل تحصل على الدعم الذي تريده من الآخرين	0.59	0.01
45	إلى أي مدى يمكنك الإعتماد على أصدقائك عندما تحتاج لهم	0.43	0.01
64	ما مقدار رضاك عن علاقاتك الشخصية	0.38	0.01
65	ما مقدار رضاك عن حياتك الجنسية	0.51	0.01
66	ما مقدار رضاك عن الدعم الذي تحصل عليه من عائلتك	0.46	0.01
67	ما مقدار رضاك عن الدعم الذي تحصل عليه من أصدقائك	0.30	0.01
68	ما مقدار رضاك عن قدرتك على تقديم الدعم أو تحمل أعباء الآخرين	0.46	0.01
80	هل تشعر بالسعادة إتجاه علاقاتك مع أعضاء العائلة	0.37	0.01
82	كيف تقدر حياتك الجنسية	0.30	0.01

يظهر مجال العلاقات الإجتماعية صدق إتساق داخلي جيد، وهو عند مستوى الدلالة (0.01)، وهذا يعطينا مؤشر على قوة فقرات هذا المجال.

الجدول رقم (31): يوضح صدق الإتساق الداخلي لمجال البيئة في مقياس نوعية الحياة.

الرقم	مجال البيئة	الإرتباط	مستوى الدلالة
27	ما مقدار الأمن الذي تشعر به في حياتك اليومية	0.33	0.01
28	هل تشعر بأنك تعيش في بيئة سليمة وآمنة	0.56	0.01
29	ما مقدار الإنزعاج التي تشعر به فيما يتعلق بسلامتك وأمنك	0.67	0.01
30	ما مقدار الراحة التي تشعر بها في المكان الذي تعيش فيه	0.28	0.01
31	ما مقدار حبك للمكان الذي تعيش فيه	0.55	0.01
32	هل لديك صعوبات مالية	0.57	0.01
33	هل تشعر بالقلق إتحاء النواحي المالية	0.33	0.01
34	ما مقدار قدرتك في الحصول على رعاية طبية جيدة وبطريقة سهلة	0.49	0.01
35	ما مقدار تمنحك بأوقات فراغك	0.42	0.01
36	ما مدى صحة بيتك الطبيعية	0.26	0.01
37	هل تشغل بالضوضاء المحيطة بالمنطقة التي تعيش فيها	0.41	0.01
38	إلى أي مدى تواجهك مشكلات متعلقة بوسائل المواصلات	0.52	0.01
39	إلى أي مدى تقيدك الصعوبات المتعلقة بالمواصلات في حياتك	0.61	0.01
46	إلى أي مدى تعتقد أن طبيعة بيتك تلي إحتياجاتك	0.42	0.01
47	هل لديك مال كاف يلي إحتياجاتك	0.66	0.01
48	ما مدى توافر المعلومات التي تحتاج إليها في حياتك	0.40	0.01
49	إلى أي مدى تتوفر لك الفرصة على المعلومات	0.31	0.01
50	إلى أي مدى تتاح لك الفرصة في ممارسة النشاطات	0.39	0.01
51	ما مقدار قدرتك على الإسترخاء والتمتع	0.55	0.01
52	هل لديك وسائل مواصلات كافية	0.37	0.01
69	ما مقدار رضاك عن أمنك وسلامتك البدنية	0.31	0.01
70	ما مقدار رضاك عن ظروف المكان الذي تعيش فيه	0.31	0.01
71	ما مقدار رضاك عن وضعك المالي	0.32	0.01
72	ما مقدار رضاك عن حصول على الخدمات الصحية	0.41	0.01
73	ما مقدار رضاك عن خدمات الرعاية الإجتماعية	0.26	0.01
74	ما مقدار رضاك عن الفرص المتاحة لك في إكتساب المهارات	0.53	0.01
75	ما مقدار رضاك عن الفرص المتاحة لك في تعلم معلومات جديدة	0.30	0.01
76	ما مقدار رضاك عن أساليب قضائك لأوقات الفراغ	0.42	0.01
77	ما مقدار رضاك عن بيتك الطبيعية (التلوث، المناخ، الضوضاء، الجاذبية)	0.61	0.01
78	ما مقدار رضاك عن مناخ المكان الذي تتواجد فيه	0.55	0.01
79	ما مقدار رضاك عن وسائل المواصلات الخاصة بك	0.29	0.01
85	كيف تقدر مستوى الخدمات الإجتماعية المتوفرة لك	0.36	0.01

نلاحظ من الجدول بأن معاملات الارتباط الخاصة بصدق الإتساق الداخلي لمجال البيئة، تراوحت ما بين (0.26)، و(0.68)ن وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وهذا يعبر عن مدى قدرة العبارات المكونة على لهذا المجال على قياس ما وضعت لقياسه.

الجدول رقم (32): يوضح صدق الاتساق الداخلي لمجال المعتقدات الدينية في مقياس نوعية الحياة.

الرقم	مجال المعتقدات الدينية	الارتباط	مستوى الدلالة
97	هل معتقداتك الشخصية تعطي معنى لحياتك	0.52	0.01
98	إلى أي مدى تشعر بأن حياتك ذات مغزى	0.28	0.01
99	إلى أي مدى تعطيك معتقداتك الشخصية القوة لمواجهة	0.47	0.01
100	إلى أي مدى تساعدك معتقداتك الشخصية في فهم صعوبات الحياة	0.32	0.01

الجدول رقم(33): يظهر صدق الاتساق الداخلي لنوعية الحياة، والصحة العامة في مقياس نوعية الحياة

الرقم	مجال نوعية الحياة والصحة العامة	الارتباط	مستوى الدلالة
53	هل أنت راض عن نوعية الحياة التي تعيشها	0.30	0.01
54	ما مقدار رضاك عن جودة حياتك بشكل عام	0.29	0.01
55	ما مقدار رضاك عن صحتك	0.33	0.01
81	كيف تقدر جودة الحياة بالنسبة لك	0.35	0.01

3 صدق الإتساق الداخلي لمجالات مقياس نوعية الحياة: قام الباحث بحساب صدق الإتساق الداخلي لمجالات مقياس نوعية الحياة على نفس العينة، والمكونة من (94) فردا من المصابين بمرض مزمن، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم (34): يبين صدق الإتساق الداخلي لمجالات مقياس نوعية الحياة.

الرقم	مجالات المقياس	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
01	المجال الجسمي	0.49	0.01
02	المجال النفسي	0.65	0.01
03	المجال الاجتماعي	0.53	0.01
04	مجال مستوى الإستقلال	0.71	0.01
05	مجال البيئة	0.44	0.01
06	مجال المعتقدات الدينية	0.37	0.01
07	نوعية الحياة والصحة العامة	0.45	0.01

يظهر الجدول السابق أن معاملات الارتباط جاءت مرتفعة، وكلها عند مستوى الدلالة (0.01)ن وهذا ما يعطي تفسير أن المقياس له مؤشر قوي في أن المقياس له القدرة في قياس مختلف المجالات المكونة لنوعية العينة، وكذلك له القدرة في قياس نوعية الحياة الكلية.

ثانياً: ثبات مقياس نوعية الحياة والمجالات المكونة له: قام الباحث بحساب ثبات المقياس الكلي لنوعية الحياة، وكذلك المجالات المكونة له، وهذا على عينة مكونة من (94) فردا من المصابين بأمراض مزمنة، وبفاصل زمني بلغ (18) يوما، وباستخدام معامل الارتباط بيرسون، والجدول التالي يبين ذلك:

الجدول رقم (35): يظهر ثبات مقياس نوعية الحياة والمجالات المكونة له.

الرقم	مجالات المقياس	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
02	مقياس نوعية الحياة	0.77	0.01
02	المجال الجسمي	0.65	0.01
03	المجال النفسي	0.71	0.01
04	المجال الاجتماعي	0.67	0.01
05	مجال مستوى الاستقلال	0.57	0.01
06	مجال البيئة	0.59	0.01
07	مجال المعتقدات الدينية	0.61	0.01
08	نوعية الحياة والصحة العامة	0.69	0.01

يبين الجدول السابق بأن المقياس يتمتع بثبات عالي، وهذا ما ينطبق كذلك على المجالات الرئيسية المكونة له، وهذا يعبر عن قدرة المقياس في تقديم نتائج يعتد بها، في قياس نوعية الحياة، وأن المقياس يقيس ما وضع لقياسه. تجدر الإشارة إلى أنه لم تم استخدام الدرجات الخام المتحصل عليها في مقياس أساليب التعامل مع الضغط النفسي كذلك في مقياس نوعية الحياة لدى مرضى السكري، بل تم تحويلها لدرجات معيارية، وقد تم الاعتماد على التقسيم الاستجابات إلى خمسة أقسام أو فئات، اعتماداً على النسب المئوية، والجدول التالي يبين ذلك:

جدول رقم (36): يبين كيفية تقسيم الدرجات الخام إلى درجات معيارية.

الفئات	1	2	3	4	5
النسبة بالفئات	6.7	24.2	38.2	24.2	6.7
النسبة بالدرجات المعيارية	6.7	30.9	69.1	93.3	100

وعلى هذا الأساس تم التوصل إلى تقسيم نتائج الدرجات الخام وتحويلها إلى درجات معيارية إلى خمس (5) فئات، حيث تم الإشارة إلى الفئة الأولى والفئة الثانية بالمنخفضين، والفئة الثالثة بالمتوسطين، والفئة الرابعة والخامسة بالمرتفعين في استخدام أساليب التعامل مع الضغط النفسي، والجدول التالي يبين ذلك:

جدول رقم (37): يبين فئة المنخفضين والمتوسطين والمرتفعين في استخدام أساليب التعامل مع الضغط النفسي.

الأبعاد	مقياس أساليب التعامل مع الضغط النفسي			المجالات	مقياس نوعية الحياة		
	الفئات				الفئات		
	المنخفضين	المتوسطين	المرتفعين		المنخفضين	المتوسطين	المرتفعين
المركزة على المشكل	22-15	29-23	30 فما فوق	الجسمي	28-13	35-29	36 فما فوق
حل المشكل	16-8	27-17	22 فما فوق	النفسي	41-21	57-42	58 فما فوق
الدعم الاجتماعي	10-5	13-11	14 فما فوق	الإستقلال	40-19	48-41	49 فما فوق
المركزة على الإنفعال	35-19	44-36	45 فما فوق	الإجتماعي	32-24	38-33	39 فما فوق
التجنب	15-7	20-16	21 فما فوق	البيئي	59-32	93-60	94 فما فوق
إعادة التقييم المعرفي	11-5	14-12	15 فما فوق	المعتقدات	11-5	14-12	15 فما فوق
لوم الذات	10-5	13-11	14 فما فوق	الصحة العامة	9-4	11-10	12 فما فوق

6- تقنيات التحليل الإحصائي:

تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية للتحقق من صحة فرضيات الدراسة:

-الإحصاء الوصفي: والمتمثل في كل من: -التكرارات،-النسب المئوية،- المتوسطات الحسابية، -الانحرافات المعيارية ...

-الإحصاء الاستدلالي: والمتمثل في كل من: - معامل الصدق التمييزي، -معامل الارتباط **Person**، معامل الارتباط **cramer**، . إختبار **K2** لدلالة الفروق، -إختبار "ت" لدلالة الفروق، - معامل الفروق **post hoc**-إختبار تحليل التباين الأحادي **ANOVA One Way** -معامل التفاعل لـ **Andrew, Heyes**، وذلك من خلال الاستعانة ببرنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية **SPSS**.

. خلاصة الفصل: بعد التحقق من صلاحية أدوات الدراسة من خلال الدراسة الاستطلاعية ، وكذلك اختيار العينة بطريقة عرضية، والتي تكونت من (377) فردا من المصابين بمرض مزمن (القلب، ضغط الدم، السكري) والتي تم إختيارها من أماكن مختلفة، و إبراز الخصائص المميزة لها ، حيث تحصلنا من خلالها على نتائج الدراسة التي كنا قد افترضنا فرضيات تعطي توجهها معينا لهذه الدراسة ، و الذي سوف نتأكد منه في الفصل الموالي الخاص بعرض و تحليل و تفسير النتائج ، وذلك باستعمال بعض التقنيات الإحصائية ،و كذلك برنامج الحزمة الإحصائية الخاصة بالعلوم الاجتماعية **SPSS** .

الفصل السابع

عرض وتحليل ومناقشة نتائج البحث

تمهيد:

قبل عرض النتائج نشير إلى أننا حرصنا أن تتم الإجابة على المقاييس في أحسن الظروف الممكنة، كما تأكدنا من فهم أفراد العينة لتعليمية المقاييس، خصوصاً ما تعلق بالهدف من عملية القياس بمعنى ضرورة أن تعكس إجابة المبحوث المطلوب في كل بند من بنود المقياس ما هي عليه الأمور في الواقع لا كما يتمنى أن تكون عليه، ولا كما يتوقع أننا ننتظره. وبعد الانتهاء من عملية التطبيق والتأكد من احترام أفراد العينة للتعليمية في شطرها المتعلق بالإجابة على كل بند من بنود المقياس، وضرورة تفادي الإجابة النمطية كاختيار الخيار الأوسط في الإجابة عن كل البنود مثلاً، أو الإجابات الناقصة غير المكتملة، قمنا بعملية التصحيح، ثم شرعنا في المعالجة الإحصائية لكافة البيانات المجمعة للتحقق من صحة فرضيات الدراسة. وعليه سنتناول في مايلي تحليل ومناقشة النتائج المتعلقة بكل فرضية من فرضيات الدراسة في ضوء الدراسات السابقة والإطار النظري الذي يُفسر متغيرات الدراسة:

1. عرض وتحليل و مناقشة النتائج:

لقد تم تخصيص هذا الفصل لعرض وتحليل ومناقشة النتائج المتوصل إليها، وهذا بعد قيام الباحث بتطبيق المقاييس المستخدمة في الدراسة على عينة من المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري) بغية التوصل إلى نتائج تثبت الفرضيات المقترحة أو تدحضها، وعليه فقد توصل الباحث إلى نتائج، و التي سوف نوردتها تباعاً.

1.1. عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الأولى:

" توجد علاقة بين الأنماط السلوكية (أ)،(ب) و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) الإستخدام لأساليب التعامل مع الضغط النفسي المركزة على المشكل والمركزة على الإنفعال لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري).

وللتحقق من صحة هذه الفرضية، والتي هي مجزأة إلى أربعة(04) فرضيات، حيث يتم حساب كل مرض على حدا، والمرضى المزمنين مجتمعين، وعليه تم استخدام معامل ارتباط k^2 و هذا للمقارنة بين الدرجات التي تحصل عليها المبحوثين على مقياس الارتباطية، وكذلك الفروق بإستخدام k^2 وهذا للمقارنة بين الدرجات التي تحصل عليها المبحوثين على مقياس الأنماط السلوكية، وبين الدرجات التي حصلوا عليها على مقياس أساليب التعامل مع الضغط النفسي، حيث تحصلنا على النتائج التالية:

الجدول رقم (38): يوضح الارتباط والفروق بين الأنماط السلوكية (أ ، ب) و (منخفضي ومتوسطي، ومرتفعي) الإستخدام لأساليب التعامل مع الضغط النفسي لدى المرضى المزمنين.

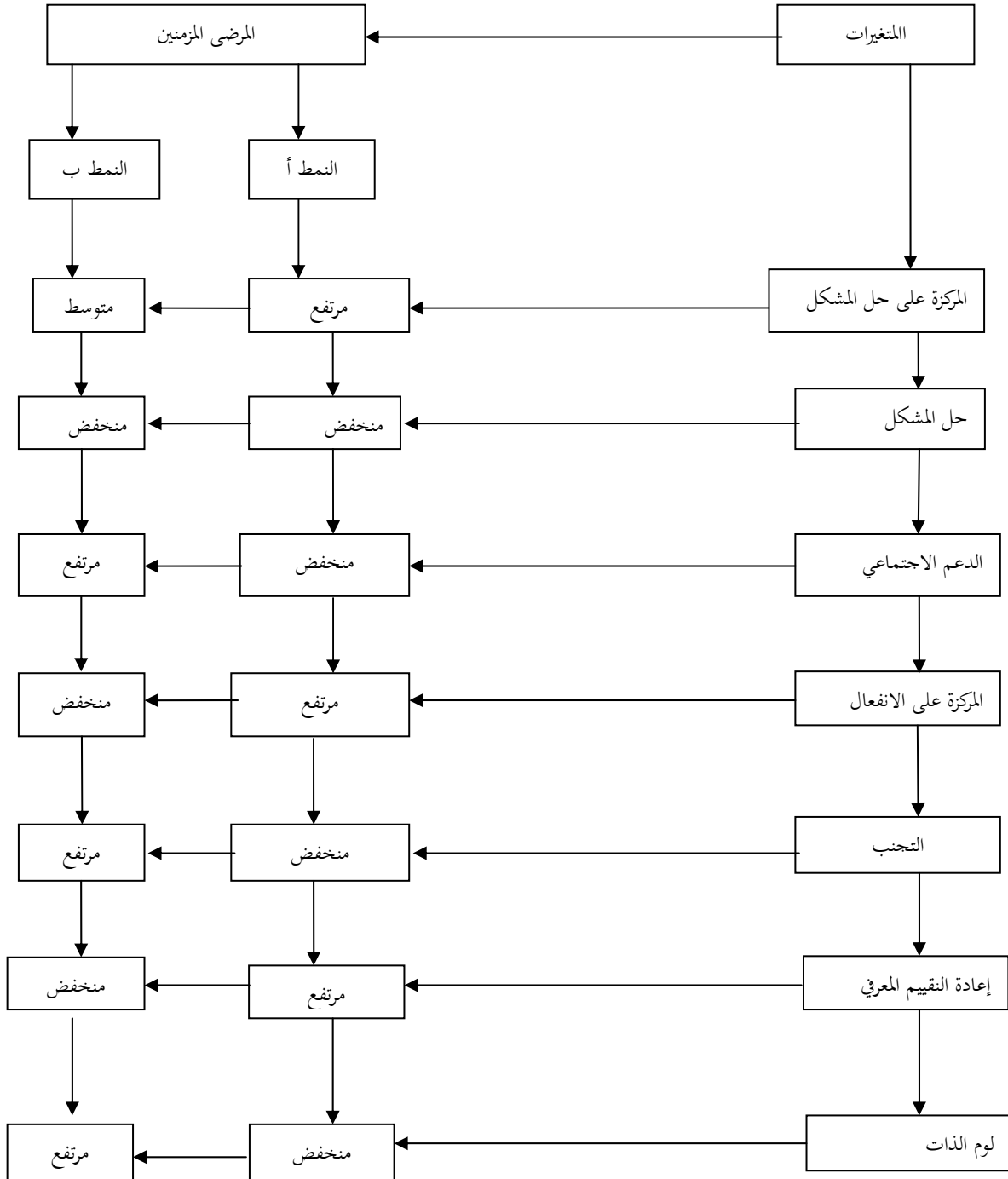
المتغيرات	منخفض	متوسط	مرتفع	المتغير	cramer	K2	مستوى الدلالة	القرار
النمط أ النمط ب المجموع	57	60	75	192	0.23	17.303	0.01	دال
	54	82	49	185				
	111	142	124	377				
حل المشكلة	108	33	51	192	0.21	17.313	0.01	دال
	134	32	19	185				
	242	65	70	377				
البحث الاجتماعي	122	31	39	192	0.25	24.033	0.01	دال
	31	37	117	185				
	153	68	156	377				
المركزة على الإنفعال	31	59	102	192	0.27	28.103	0.01	دال
	106	43	36	185				
	137	102	138	377				
التجنب	121	26	45	192	0.40	60.735	0.01	دال
	33	55	97	185				
	154	81	142	377				
إعادة التقييم المعرفي	32	59	101	192	0.40	62.158	0.05	دال
	99	46	40	185				
	131	105	141	377				
لوم الذات	132	32	28	192	0.42	66.528	0.01	دال
	52	48	85	185				
	184	80	113	377				

نلاحظ من الجدول رقم (38) بأنه توجد علاقة بين الأنماط السلوكية (أ ، ب)، و(منخفضي، ومتوسطي، ومرتفعي)أساليب التعامل المركزة على المشكل، حيث بلغ معامل الارتباط($cramer = 0.23$)، وبلغت قيمة معامل ($k2 = 17.303$)، وكلاهما دالين عند مستوى الدلالة (0.01)، وإرتبط النمط السلوكي (أ) بالمرتفعين في إستخدام الأساليب المركزة على المشكل، بواقع (75) من مرضى المزمنين، من أصل (192) فردا من مرضى المزمنين ذوي النمط السلوكي (أ)، في حين إرتبط النمط السلوكي(ب)، بإستخدام متوسط، بواقع (82)، فردا من أصل (185) من مرضى المزمنين، كما تم التوصل إلى أنه توجد علاقة بين الأنماط السلوكية (أ ، ب)، و(منخفضي، ومتوسطي، ومرتفعي)أسلوب حل المشكل، حيث بلغ معامل الارتباط ($cramer = 0.21$)، وفي دلالة الفروق بلغ معامل ($k2 = 17.313$)، وهما دالين عند مستوى الدلالة (0.01)، وهذا يعطينا دليل على أنه هناك فروق بين النمط السلوكي (أ)، والنمط السلوكي(ب) في إستخدام (منخفض، متوسط، ومرتفع) في أسلوب حل المشكل، حيث إرتبط النمط السلوكي (أ) بالمنخفضين في إستخدام أسلوب حل المشكل

، بواقع (108)، من أصل (192) فردا من ذوي النمط أ، في حين إرتبط النمط السلوكي (ب)، بالمنخفضين، بواقع (134)، فردا من أصل (185) من مرضى المزمنين، وتبين من خلال النتائج المتوصل إليها إلى أنه توجد علاقة بين الأنماط السلوكية (أ ، ب) و(منخفضي، ومتوسطي، ومرتفعي) استخدام أسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي، حيث بلغ معامل الارتباط ($0.25 = \text{cramer}$)، وهو دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وهذا ما تم التوصل إليه كذلك في دلالة الفروق، حيث بلغ معامل ($24.033 = k^2$)، هو دال عند مستوى الدلالة (0.01)، حيث إرتبط النمط السلوكي (أ) بالمنخفضين في استخدام أسلوب الدعم الاجتماعي، بواقع (122) من أصل (192) فردا من ذوي النمط (أ)، كما إرتبط ذوي النمط السلوكي (ب)، بإستخدام مرتفع ب (117)، من أصل (185) من ذوي النمط (ب)، وأظهرت النتائج بأنه توجد علاقة بين النمط السلوكي (أ)، والنمط (ب) وبين (المنخفضين، والمتوسطين، والمرتفعين) في استخدام أساليب المركزة على الإنفعال، حيث بلغت قيمة ($0.27 = \text{cramer}$)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وبلغ معامل ($28.103 = k^2$)، وهو دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وجاء مرضى المزمنين ذوي النمط السلوكي (أ) أكثر إرتفاعا في استخدام الأساليب المركزة على الإنفعال بواقع (102) فردا من المرضى المزمنين، في حين أن ذوي النمط السلوكي (ب) أظهروا إستخداما منخفضا لأساليب التعامل المركزة على الإنفعال بواقع (106)، من ذوي النمط السلوكي (ب)، بخصوص الأبعاد فقد توصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة بين الأنماط السلوكية (أ ، ب) و (منخفضي، ومتوسطي، ومرتفعي) أسلوب التجنب، حيث بلغت قيمة معامل ($0.40 = \text{cramer}$)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، كما بلغ معامل الفروق والارتباط ($60.735 = k^2$)، وهو دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وهذا دل على أن ذوي النمط السلوكي (أ) الأقل إستخداما لأسلوب التجنب بواقع (121)، في حين أن ذوي النمط السلوكي (ب) أظهروا إستخداما مرتفعا لأسلوب التجنب ب(97) فردا، وتبين كذلك بأنه توجد علاقة بين الأنماط السلوكية (أ) (ب)، و(منخفضي، ومتوسطي، ومرتفعي) أسلوب إعادة التقييم المعرفي، حيث بلغ معامل الارتباط ($0.40 = \text{cramer}$)، وتم النتائج بأنه توجد فروق كذلك حيث بلغ معامل ($62.158 = k^2$)، وهما دالين عند مستوى الدلالة (0.01)، وجاء الفرق في أن ذوي النمط السلوكي (أ) يستخدمون أسلوب إعادة التقييم المعرفي بشكل مرتفع (101) ، و بشكل متوسط (59)، وبشكل منخفض ب(32)، من ذوي النمط السلوكي (أ)، في حين إتجه ذوي النمط السلوكي (ب) إلى استخدام أسلوب إعادة التقييم المعرفي بشكل منخفض ب(99)، وبشكل متوسط (46)، وبشكل منخفض ب(40)، من ذوي النمط السلوكي (ب)، أما بخصوص بعد لوم الذات فقد تبين بأنه توجد علاقة بينه وبين الأنماط السلوكية (أ ، ب)، وبلغ معامل الارتباط ($0.42 = \text{cramer}$)، وبلغ معامل الارتباط الفروق ($65.528 = k^2$)، وهو كلاهما دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وجاءت الفروق في أن ذوي النمط السلوكي (أ) يستخدمون أسلوب لوم الذات بشكل منخفض ب(132) فردا من أصل (192)، وهو عكس ذوي النمط السلوكي (ب)، الذين كانوا من مرتفعي الإستخدام ب(85)، ومتوسطي ب (48)، والمنخفضين ب(52) من أصل (185) من ذوي النمط (ب).

ويمكن تفسير هذه النتائج بالإستناد على الشكل التالي الذي يوضح العلاقة والفروق بين الأنماط السلوكية (أ)، (ب)، و(منخفضي متوسطي، مرتفعي) الإستخدام لأساليب التعامل مع الضغط النفسي.

الشكل رقم (09): يوضح العلاقة والفروق بين الأنماط السلوكية (أ) و (ب)، وأساليب التعامل مع الضغط النفسي لدى المرضى المزمنين:



يلاحظ من الشكل رقم (09) بأن أهم ما ميز المرضى المزمنين ذوي النمط السلوكي (أ)، أنهم كانوا مرتفعي الاستخدام لكل من الأساليب المركزة على المشكلة، والمركزة على الانفعال، وأسلوب إعادة التقييم المعرفي، في حين كانوا منخفضي الاستخدام لكل من أسلوب حل المشكلة، والدعم الاجتماعي، وكذلك كل من أسلوب التجنب، ولوم الذات، في حين ان المرضى المزمنين ذوي النمط السلوكي (ب)، فقد أظهروا استخداما مرتفعاً لكل

من أساليب الدعم الاجتماعي، والتجنب ولوم الذات، في حين تبين استخدام متوسط للأساليب المركزة على المشكل، وانخفاض الاستخدام في كل من أسلوب حل المشكل، والأساليب المركزة على الانفصال، وإعادة التقييم المعرفي.

كما ذكر سابقاً فقد تم حساب العلاقات والفروق بين الأنماط السلوكية (أ)، (ب)، و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) الاستخدام لأساليب التعامل مع الضغط النفسي لدى المرضى المزمنين وكذلك يتم حسابه لدى المرضى المكونين له، وكل مرض لوحده، والجداول التالية تبين العلاقات والفروق لكل من مرضى القلب، ومرض ضغط الدم، وكذلك مرضى السكري.

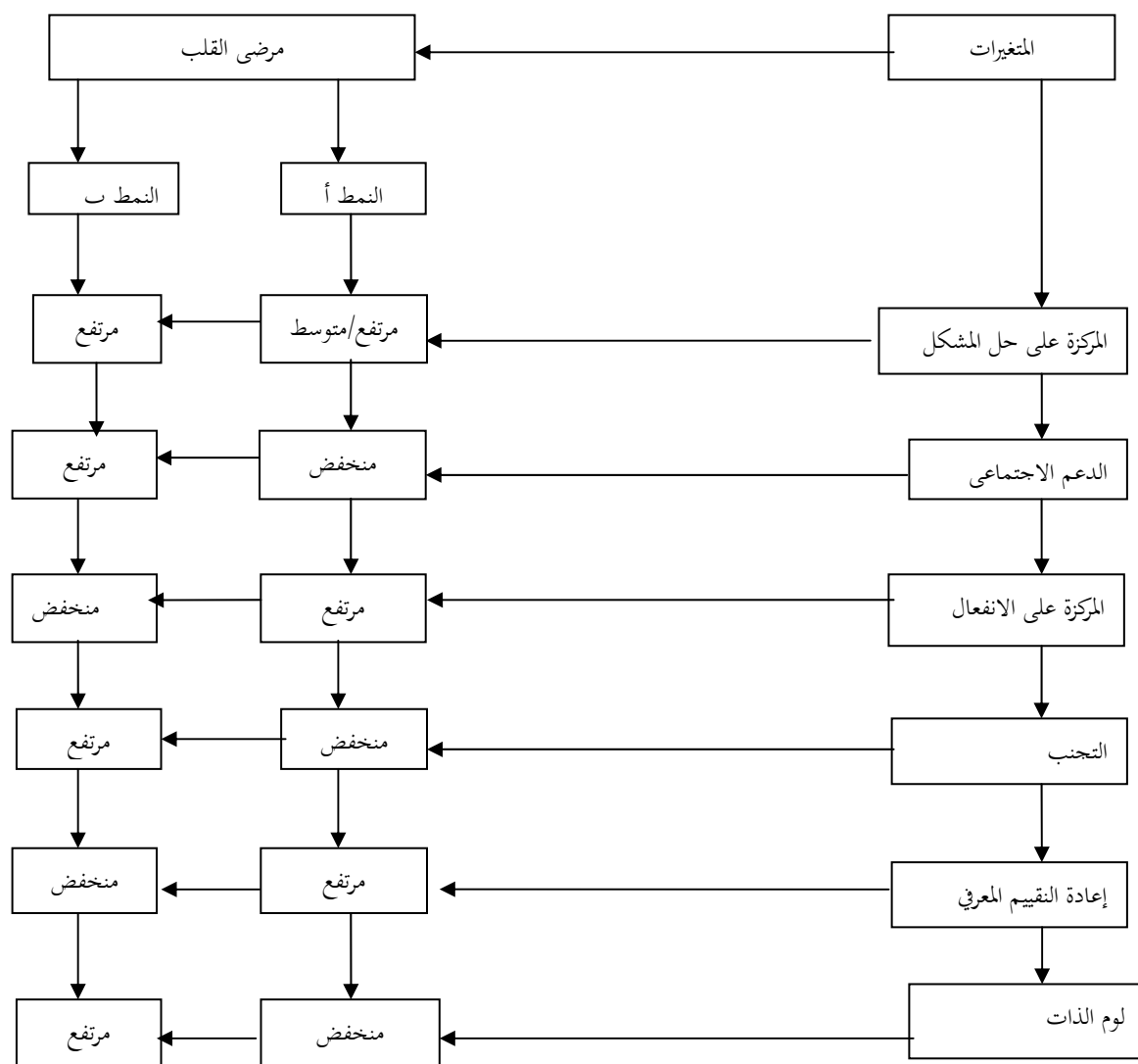
الجدول رقم (39): يوضح العلاقة والفروق بين الأنماط السلوكية (أ ، ب) و (منخفضي ومتوسطي، ومرتفعي) أساليب التعامل مع الضغط النفسي لدى مرضى القلب.

المتغيرات	منخفض	متوسط	مرتفع	النمط	cramer	K2	مستوى الدلالة	القرار
النمط أ النمط ب المجموع	16	24	24	64	0.21	7.203	0.03	دال
	07	16	31	54				
	23	40	55	118				
حل المشكل	29	20	15	64	0.08	0.807	0.66	غ دال
	26	13	15	54				
	55	33	30	118				
البحث الاجتماعي الدعم	48	07	09	64	0.38	17.576	0.01	دال
	08	09	37	54				
	56	16	46	118				
الإنفعال المركزة على	11	13	40	64	0.60	43.592	0.01	دال
	37	17	03	54				
	48	30	43	118				
التجنب	45	06	13	64	0.63	47.824	0.01	دال
	04	07	43	54				
	49	13	56	118				
إعادة التقييم المعرفي	10	08	46	64	0.36	15.756	0.01	دال
	34	06	14	54				
	44	14	60	118				
لوم الذات	59	02	03	64	0.79	74.581	0.01	دال
	07	09	38	54				
	66	11	41	118				

نلاحظ من الجدول رقم (39) بأنه توجد علاقة بين الأنماط السلوكية (أ)، و(ب)، و(منخفضي، ومتوسطي، ومرتفعي) أساليب التعامل المركزة على المشكل، حيث بلغ معامل الارتباط ($cramer = 0.21$)، وبلغت قيمة معامل ($k2 = 7.303$)، وكلاهما دالين عند مستوى الدلالة (0.01)، وإرتبط النمط السلوكي (أ) بشكل متوسط ومرتفع الاستخدام بشكل متساوي ب(24)، وبشكل منخفض ب(16)، وهذا من مجموع (64)

من مرضى القلب ذوي النمط السلوكي (أ)، في حين إرتبط النمط السلوكي (ب)، بإستخدام مرتفع بواقع (31)، و(16) فردا بشكل متوسط، وبشكل منخفض الإستخدام ب (07) من مجموع مرضى القلب ذوي النمط السلوكي (ب) البالغ عددهم (54)، وعلى خلاف ما سبق تبين بأنه لا توجد علاقة بين الأنماط السلوكية (أ ، ب)، و(منخفضي، ومتوسطي، ومرتفعي) الإستخدام لأسلوب حل المشكل، حيث بلغ معامل الإرتباط ($cramer = 0.08$)، وبلغ معامل ($k2 = 0.807$)، هما غير دالين عند مستوى الدلالة (0.01)، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أنه توجد علاقة بين الأنماط السلوكية (أ، ب) و(منخفضي، ومتوسطي، ومرتفعي) إستخدام أسلوب البحث عن الدعم الإجتماعي، حيث بلغ معامل الإرتباط ($cramer = 0.38$)، وهو دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وهذا ما تم التوصل إليه كذلك في دلالة الفروق، حيث بلغ معامل ($k2 = 17.576$)، هو دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وإتجه ذوي النمط السلوكي (أ) بالمنخفضين في إستخدام أسلوب الدعم الإجتماعي، بواقع (48) من مرضى القلب، من أصل (64) فردا من مرضى القلب، في حين إرتبط النمط السلوكي (ب)، بالمرتفعين، بواقع (37)، من مرضى القلب، وبخصوص العلاقة والفروق بين النمط السلوكي (أ)، والنمط (ب) وبين (المنخفضين، والمتوسطين، والمرتفعين) في إستخدام أساليب المركزة على الإنفعال، بلغت قيمة ($cramer = 0.60$)، وقدر معامل الفروق ($k2 = 43.592$)، وكلاهما دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وجاء مرضى القلب ذوي النمط السلوكي (أ) أكثر إستخداما لأساليب المركزة على الإنفعال بواقع (40) فردا من مرضى القلب، في حين أن ذوي النمط السلوكي (ب) أظهروا إستخداما منخفضا لأساليب التعامل المركزة على الإنفعال بواقع (34)، من أصل (54) من مرضى القلب ذوي النمط السلوكي (ب)، وأظهر تحليل النتائج الخاصة بالأبعاد المكونة لأساليب التعامل المركزة على الإنفعال بأنه توجد علاقة وفروق بين الأنماط السلوكية (أ، ب) و(منخفضي، ومتوسطي، ومرتفعي) الإستخدام أسلوب التجنب، حيث بلغت قيمة معامل ($cramer = 0.63$)، كما بلغ معامل الفروق والإرتباط ($k2 = 47.824$)، وكلاهما دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وهذا دل على أن ذوي النمط السلوكي (أ) أقل إستخداما لأسلوب التجنب بواقع (45) فردا من مرضى القلب من عينة مكونة من (64)، في حين أن ذوي النمط السلوكي (ب) أظهروا إستخداما مرتفعا لأسلوب التجنب ب(34) فردا من أصل (54)، كما أقرت النتائج بوجود علاقة بين الأنماط السلوكية (أ، ب) و(منخفضي، ومتوسطي، ومرتفعي) أسلوب إعادة التقييم المعرفي، حيث بلغ معامل الإرتباط ($cramer = 0.36$)، ومعامل الفروق كذلك حيث بلغ معامل ($k2 = 15.756$)، وهما دالين عند مستوى الدلالة (0.01)، وجاء الفرق في أن ذوي النمط السلوكي (أ) يستخدمون أسلوب إعادة التقييم المعرفي بشكل مرتفع (46)، من مجموع (64) فردا من مرضى القلب ذوي النمط السلوكي (أ)، في حين إتجه ذوي النمط السلوكي (ب) إلى إستخدام أسلوب إعادة التقييم المعرفي بشكل منخفض ب(34) من أصل (54) فرد من ذوي النمط السلوكي (ب)، وأكدت عملية التحليل للنتائج إلى أنه توجد علاقة بين الأنماط السلوكية (أ ، ب) و(منخفضي، ومتوسطي، ومرتفعي) أسلوب لوم الذات، وبلغ معامل الإرتباط ($cramer = 0.79$)، وهو دال عند مستوى الدلالة (0.01)، كما بلغ معامل الإرتباط الفروق ($k2 = 74.581$)، وهو دال عند مستوى

الدلالة (0.01)، وجاءت الفروق في أن ذوي النمط السلوكي (أ) يستخدمون أسلوب لوم الذات بشكل منخفض بـ(59) فرداً من أصل (64)، وهو عكس ذوي النمط السلوكي (ب)، الذين كانوا مرتفعي الإستخدام بـ(38)، من أصل (54)، في إستخدام أسلوب لوم الذات، والشكل التالي يوضح تلك الفروق والعلاقة: الشكل رقم (10): يوضح العلاقة والفروق بين الأنماط السلوكية (أ) و (ب)، وأساليب التعامل مع الضغط النفسي لدى القلب.



يلاحظ من النموذج رقم (10) بأن أهم ما يميز مرضى القلب ذوي النمط السلوكي (أ) بأنهم مرتفعي الاستخدام لكل أسلوب إعادة التقييم المعرفين والأساليب المركزة على الانفصال، ومنخفضي الاستخدام لكل من الأساليب التالية: (العدم الاجتماعي، التجنب، لوم الذات)، في حين لم تظهر الفروق بشكل واضح في الأساليب المركزة على المشكل، وأظهر مرضى القلب ذوي النمط السلوكي (ب) بأنهم يستخدمون كل من الأساليب المركزة على المشكل، والدعم الاجتماعي، وتجنب الذات بشكل مرتفع، في حين اتجهوا إلى الانخفاض في استخدام كل من الأساليب المركزة على الانفعال، وإعادة التقييم المعرفي.

الجدول رقم (40): يفسر العلاقة والفروق بين الأنماط السلوكية (أ ، ب) و (منخفضي ومتوسطي، ومرتفعي) أساليب التعامل مع الضغط النفسي لدى مرضى ضغط الدم.

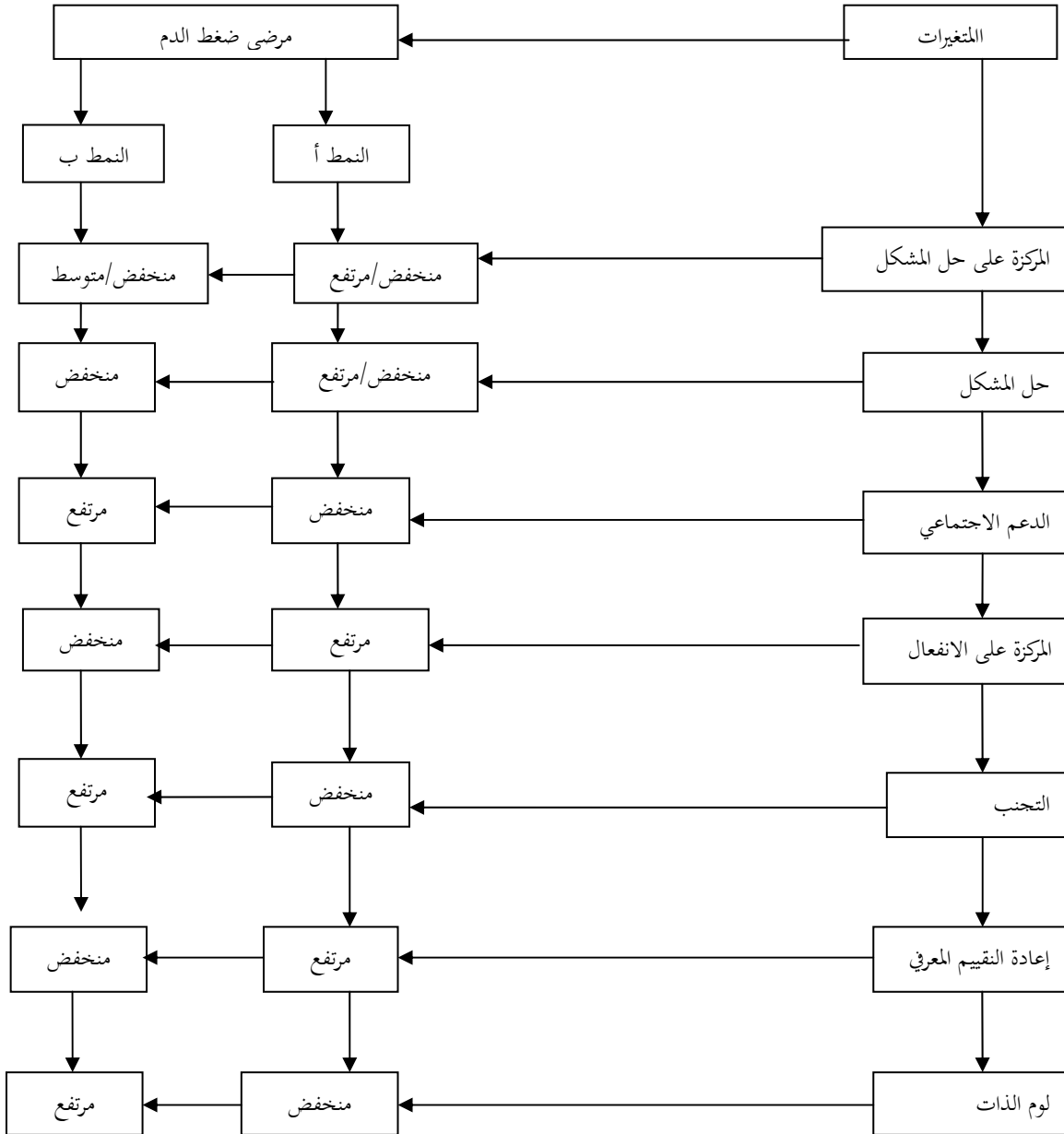
المتغيرات	منخفض	متوسط	مرتفع	النمط	cramer	K2	مستوى الدلالة	القرار
النمط أ	28	21	31	80	0.24	07.293	0.01	دال
	18	17	06	41				
	46	38	36	121				
النمط ب	42	07	31	80	0.44	23.180	0.01	دال
	39	02	00	41				
	81	09	31	121				
النمط أ	58	14	08	80	0.45	24.446	0.01	دال
	03	10	28	41				
	61	24	36	121				
النمط ب	08	11	61	80	0.33	13.807	0.01	دال
	29	10	02	41				
	37	21	63	121				
النمط أ	51	09	20	80	0.61	45.765	0.01	دال
	00	13	28	41				
	51	22	48	121				
النمط ب	13	12	55	80	0.63	48.538	0.01	دال
	36	05	00	41				
	49	17	55	121				
النمط أ	57	11	12	80	0.27	9.33	0.01	دال
	03	05	33	41				
	60	16	45	121				

يتبين من خلال العرض النتائج في الجدول رقم(40) بأنه توجد علاقة بين الأنماط السلوكية (أ ، ب)، و(منخفضي، ومتوسطي، ومرتفعي)أساليب التعامل المركزة على المشكل، حيث بلغ معامل الارتباط (cramer = 0.24)، وهو دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وهذا ما تم التوصل إليه كذلك في دلالة الفروق، حيث بلغ معامل (k2 = 7.295)، هو دال عند مستوى الدلالة (0.01)، حيث إرتبط النمط السلوكي (أ) بالمرتفعين في استخدام الأساليب المركزة على المشكل، بواقع (31)، تم بشكل منخفض ب (28)، وتلاهما الاستخدام المتوسط ب(21) فردا من مرضى ضغط الدم، في حين إرتبط النمط السلوكي(ب)، بإستخدام منخفض، بواقع (18)، وبشكل متوسط ب(17) فردا من أصل (41) من مرضى ضغط الدم، وتوصلت النتائج إلى أنه توجد علاقة بين الأنماط السلوكية (أ ، ب)، و(منخفضي، ومتوسطي، ومرتفعي)أسلوب حل المشكل، حيث بلغ معامل الارتباط (cramer = 0.44)، وكذلك في دلالة الفروق، حيث بلغ معامل (k2 = 23.180)، هو كلاهما

دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وإرتبط النمط السلوكي (أ) بالمنخفضين في استخدام أسلوب حل المشكل ، بواقع (42)، وبشكل مرتفع بـ(31) من أصل (80) فردا من ذوي النمط (أ)، في حين إرتبط النمط السلوكي(ب)، بالمنخفضين، بواقع (39)، فردا من أصل (41) من مرضى ضغط الدم، وأظهرت عملية تحليل النتائج إلى التأكيد على وجود علاقة وفروق بين الأنماط السلوكية (أ ، ب) و(منخفضي، ومتوسطي، ومرتفعي) استخدام أسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي، حيث بلغ معامل الارتباط ($cramer = 0.45$)، وبلغ معامل الفروق ($k2 = 24.446$)، وكلاهما دالين عند مستوى الدلالة (0.01)، وإتجه ذوي النمط السلوكي (أ) إلى الانخفاض في استخدام أسلوب الدعم الاجتماعي، بواقع (58) من أصل (80) فردا من ذوي النمط(أ)، في حين توجه ذوي النمط السلوكي(ب)، إلى استخدام مرتفع بواقع (28)، فردا من أصل (41) من ذوي النمط (ب)، وتوصلت نتائج البحث إلى أنه توجد علاقة بين النمط السلوكي(أ)، والنمط(ب) وبين (المنخفضين، والمتوسطين، والمرتفعين) في استخدام أساليب المركزة على الإنفعال، حيث بلغت قيمة ($cramer = 0.33$)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وكما جاء الفرق واضح بين النمط السلوكي (أ)، والنمط السلوكي(ب)، في استخدام (منخفض، ومتوسط، ومرتفع) لأساليب التعامل مع الضغط النفسي، حيث بلغ معامل ($k2 = 13.807$)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وجاء مرضى ضغط الدم ذوي النمط السلوكي (أ) أكثر إرتفاعا في استخداما لأساليب المركزة على الإنفعال بواقع (61) فردا، في حين أن ذوي النمط السلوكي (ب) أظهروا استخداما منخفضا لأساليب التعامل المركزة على الإنفعال بواقع(29) فردا، كما تم إدراك بأنه توجد علاقة وفروق بين الأنماط السلوكية (أ، ب) و(منخفضي، ومتوسطي، ومرتفعي) أسلوب التجنب، حيث بلغت قيمة معامل ($cramer = 0.61$)، كما بلغ معامل الفروق والإرتباط($k2 = 45.765$)، وكلاهما دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وهذا دل على أن ذوي النمط السلوكي (أ) أقل استخداما لأسلوب التجنب بواقع (51)، في حين أن ذوي النمط السلوكي (ب) أظهروا استخداما مرتفعا لأسلوب التجنب بـ(28) فردا، كما تبين بأنه توجد علاقة وفروق بين الأنماط السلوكية (أ، ب) و(منخفضي، ومتوسطي، ومرتفعي) أسلوب إعادة التقييم المعرفي، حيث بلغ معامل الارتباط($cramer = 0.63$)، وبلغ معامل الفروق ($k2 = 48.538$)، وهما دالين عند مستوى الدلالة (0.01)، وجاء الفرق في أن ذوي النمط السلوكي (أ) يستخدمون أسلوب إعادة التقييم المعرفي بشكل مرتفع (55) ، من أصل (80) ذوي النمط السلوكي(أ)، في حين إتجه ذوي النمط السلوكي (ب) إلى استخدام أسلوب إعادة التقييم المعرفي بشكل منخفض بـ(36) من ذوي النمط السلوكي (ب). وفي تحليل النتائج تأكد أنه توجد علاقة وفروق بين الأنماط السلوكية (أ ، ب) و(منخفضي، ومتوسطي، ومرتفعي) أسلوب لوم الذات، وبلغ معامل الارتباط ($cramer = 0.27$)، وهو دال عند مستوى الدلالة (0.01)، كما بلغ معامل الارتباط الفروق ($k2 = 9.33$)، وهو دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وجاءت الفروق في أن ذوي النمط السلوكي (أ) يستخدمون أسلوب لوم الذات بشكل منخفض بـ(57) فردا من أصل (80)، وهو عكس ذوي النمط السلوكي

(ب)، الذين كانوا بين مرتفعي الإستخدام لهذا الأسلوب بواقع (33) من مرضى ضغط الدم، ذوي النمط السلوكي (ب).

الشكل رقم (11): يوضح العلاقة والفروق بين الأنماط السلوكية (أ) و (ب)، وأساليب التعامل مع الضغط النفسي لدى مرضى ضغط الدم.



يلاحظ من الشكل (11) بأن مرضى ضغط الدم ذوي النمط السلوكي (أ) متغيري الاستخدام، لكل من الأساليب المركزة على المشكل، وأسلوب حل المشكل، بين الانخفاض، وإلى الارتفاع، ويتجلى بأنه هناك ارتفاع في استخدام كل الأساليب المركزة على الانفعال، وإعادة التقييم المعرفي وانخفاض في استخدام كل أسلوب (دعم الاجتماعي، التجنب، لوم الذات)، أما بخصوص مرضى ضغط الدم ذوي النمط السلوكي (ب)، فهم لم يظهروا اتجاه واضح في استخدام أساليب التعامل مع الضغط النفسي المركزة على المشكل، في حين تبين بأنهم

منخفضي الاستخدام في كل من أسلوب حل المشكل، والمركزة على الانفعال، وإعادة التقييم المعرفي، إلا أنهم أظهروا استخداما مرتفعاً لكل من الدعم الاجتماعي، التجنب، ولو الذات.

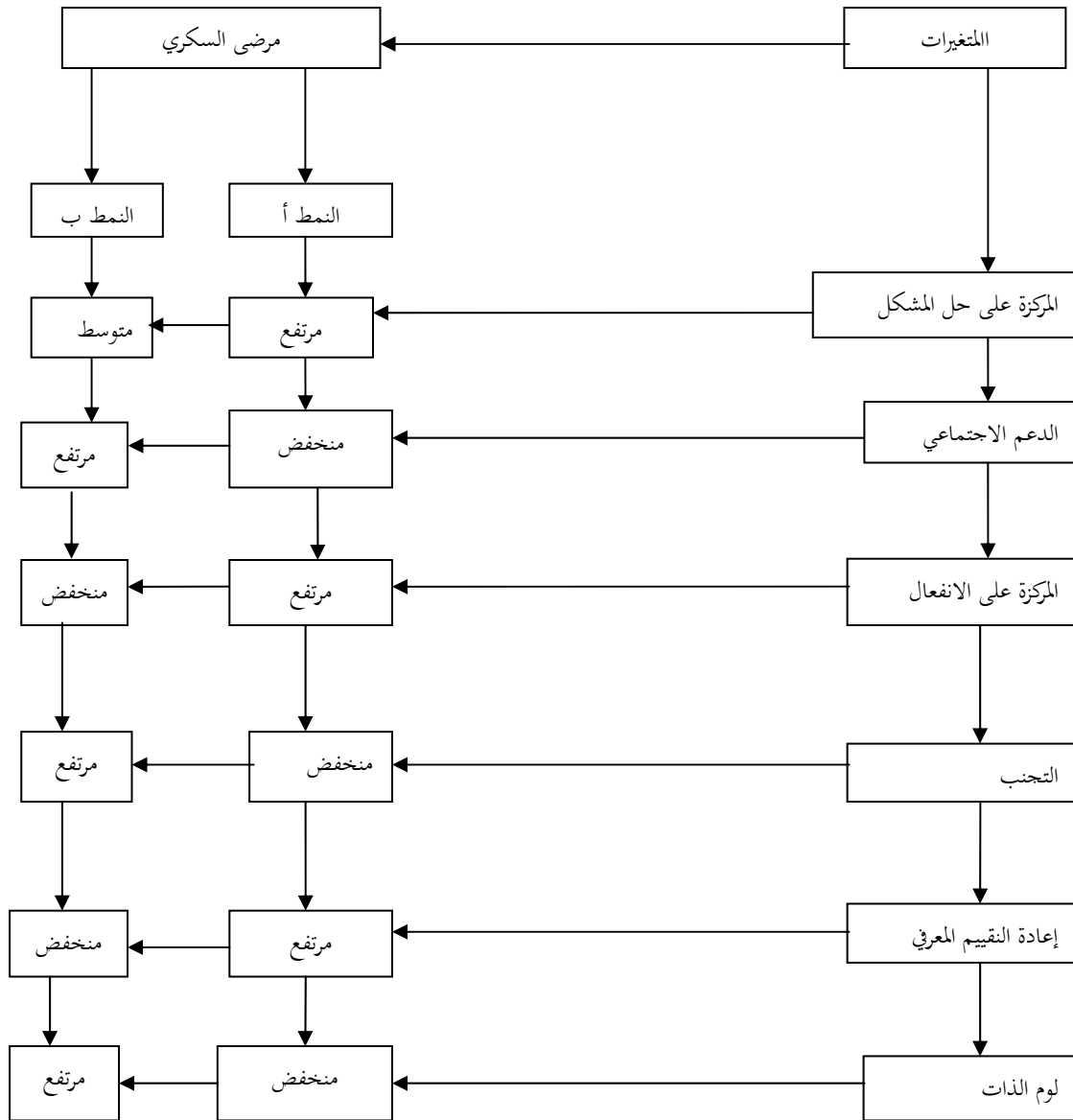
الجدول رقم (41): يبين العلاقة والفروق بين الأنماط السلوكية (أ، ب) و (منخفضي ومتوسطي، ومرتفعي) الإستخدام لأساليب التعامل مع الضغط النفسي لدى مرضى السكري.

المتغيرات	منخفض	متوسط	مرتفع	المجموع	cramer	K2	الدالة مستوى	القرار
المشكلة المركزة على	النمط أ	13	15	21	49	0.27	10.554	دال
	النمط ب	23	49	17	89			
	المجموع	36	64	28	138			
حل المشكل	النمط أ	37	06	06	49	0.16	3.514	غ دال
	النمط ب	68	17	04	89			
	المجموع	105	23	10	138			
البحث الاجتماعي	النمط أ	34	12	03	49	0.25	9.236	دال
	النمط ب	10	22	57	89			
	المجموع	44	34	60	138			
الانفعال المركزة على	النمط أ	09	10	30	49	0.48	21.029	دال
	النمط ب	61	13	15	89			
	المجموع	70	23	45	138			
التجنب	النمط أ	26	11	12	49	0.31	21.675	دال
	النمط ب	18	19	52	89			
	المجموع	44	30	64	138			
إعادة التقييم المعرفي	النمط أ	04	19	26	49	0.40	22.054	دال
	النمط ب	36	35	18	89			
	المجموع	40	54	44	138			
لوم الذات	النمط أ	36	06	07	49	0.49	24.964	دال
	النمط ب	16	18	55	89			
	المجموع	52	24	62	138			

يتبين لنا من خلال الجدول رقم(41) بأنه توجد علاقة بين الأنماط السلوكية (أ ، ب) و(منخفضي، ومتوسطي، ومرتفعي) إستخدام أساليب التعامل المركزة على المشكل ، حيث بلغ معامل الارتباط (cramer=0.27)، وفي دلالة الفروق بلغ معامل (k2=10.554)، وهما دالين عند مستوى الدلالة (0.01)، وإرتبط النمط السلوكي (أ) بإستخدام مرتفع في إستخدام أساليب التعامل المركزة على المشكل، بواقع (21) من مرضى السكري، من أصل (49) فرداً من مرضى السكري، في حين إرتبط النمط السلوكي(ب)، بالمتوسطين، بواقع (49)، فرداً من مرضى السكري، وعلى عكس النتيجة السابقة، فقد أظهرت نتائج التحليل بأنه لا توجد علاقة بين الأنماط السلوكية (أ، ب) و (منخفضين، ومتوسطين، والمرتفعين) في أسلوب حل المشكل، حيث بلغت قيمة

الإرتباط ($0.16 = \text{cramer}$)، وقد درست قيمة الفروق بإستخدام معامل ($k2 = 3.514$)، وتبين بأنهما غير دالين عند مستوى الدلالة (0.01)، في حين تم التأكد من خلال النتائج المتوصل إليها إلى أنه توجد علاقة بين الأنماط السلوكية (أ، ب) و(منخفضي، ومتوسطي، ومرتفعي) إستخدام أسلوب البحث عن الدعم الإجتماعي، حيث بلغ معامل الإرتباط ($0.25 = \text{cramer}$)، وبلغ معامل ($k2 = 9.236$)، وكلاهما دال عند مستوى الدلالة (0.01)، حيث إرتبط النمط السلوكي (أ) بالمنخفضين في إستخدام أسلوب الدعم الإجتماعي، بواقع (34)، من أصل (49) فردا من مرضى السكري، في حين إرتبط النمط السلوكي (ب)، بإستخدام مرتفع، بواقع (57)، فردا من مرضى السكري، وفي ما يخص النتائج المتوصل في علاقة وفروق بين النمط السلوكي (أ)، والنمط (ب) وبين (المنخفضين، والمتوسطين، والمرتفعين) في إستخدام أساليب المركزة على الإنفعال، بلغت قيمة ($0.48 = \text{cramer}$)، وبلغ معامل الفروق ($k2 = 21.029$)، وكلاهما دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وجاء مرضى السكري ذوي النمط السلوكي (أ) أكثر إستخداما لأساليب المركزة على الإنفعال بواقع (30) فردا من مرضى السكري، في حين أن ذوي النمط السلوكي (ب) أظهروا إستخداما منخفضا لأساليب التعامل المركزة على الإنفعال بواقع (61) فردا من ذوي النمط السلوكي (ب) وتوصل تحليل المعطيات إلى وجود علاقة وفروق بين الأنماط السلوكية (أ، ب) و(منخفضي، ومتوسطي، ومرتفعي) أسلوب التجنب، حيث بلغت قيمة معامل ($0.31 = \text{cramer}$)، كما بلغ معامل الفروق والإرتباط ($k2 = 11.675$)، وهما دالين عند مستوى الدلالة (0.01)، وأظهر مرضى السكري ذوي النمط السلوكي (أ) إستخداما منخفضا بواقع (26) مريض، في حين تبين أن المرضى السكري ذوي النمط السلوكي (ب) أظهروا إستخداما مرتفعا لأسلوب التجنب ب(52) مريض السكري، كما تبين بأنه توجد علاقة وفروق بين الأنماط السلوكية (أ، ب) و (منخفضي، ومتوسطي، ومرتفعي) الإستخدام لأسلوب إعادة التقييم المعرفي، حيث بلغ معامل الإرتباط ($0.40 = \text{cramer}$)، وهو دال عند مستوى الدلالة (0.01)، كما تظهر النتائج بأنه توجد فروق كذلك حيث بلغ معامل ($k2 = 22.054$)، وهو دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وجاء الفرق في أن ذوي النمط السلوكي (أ) يستخدمون أسلوب إعادة التقييم المعرفي بشكل مرتفع (26) مريض السكري، وبشكل متوسط (19) مريض من مجموع (49) فردا من مرضى السكري ذوي النمط السلوكي (أ)، في حين إتجه ذوي النمط السلوكي (ب) إلى إستخدام أسلوب إعادة التقييم المعرفي بشكل منخفض ب(36) مريض، وبشكل متوسط (35) مريض من أصل (89) فرد من ذوي النمط السلوكي (ب)، ومن خلال تحليل النتائج تم التوصل إلى أنه توجد علاقة بين الأنماط السلوكية (أ، ب) و(منخفضي، ومتوسطي، ومرتفعي) أسلوب لوم الذات، وبلغ معامل الإرتباط ($0.49 = \text{cramer}$)، كما بلغ معامل الإرتباط الفروق ($k2 = 34.964$)، وهما دالين عند مستوى الدلالة (0.01)، وإتجه ذوي النمط السلوكي (أ) إلى الإستخدام المنخفض لأسلوب لوم الذات بواقع (36) من أصل (49) من مرضى السكري ذوي النمط السلوكي (أ)، في حين إتجه ذوي النمط السلوكي (ب) إلى الإستخدام المرتفع لأسلوب لوم الذات، وهذا بواقع (55) من مجموع (89) من مرضى السكري ذوي النمط السلوكي (ب).

الشكل رقم (12): يوضح العلاقة والفروق بين الأنماط السلوكية (أ) و (ب)، وأساليب التعامل مع الضغط النفسي لدى مرضى السكري.

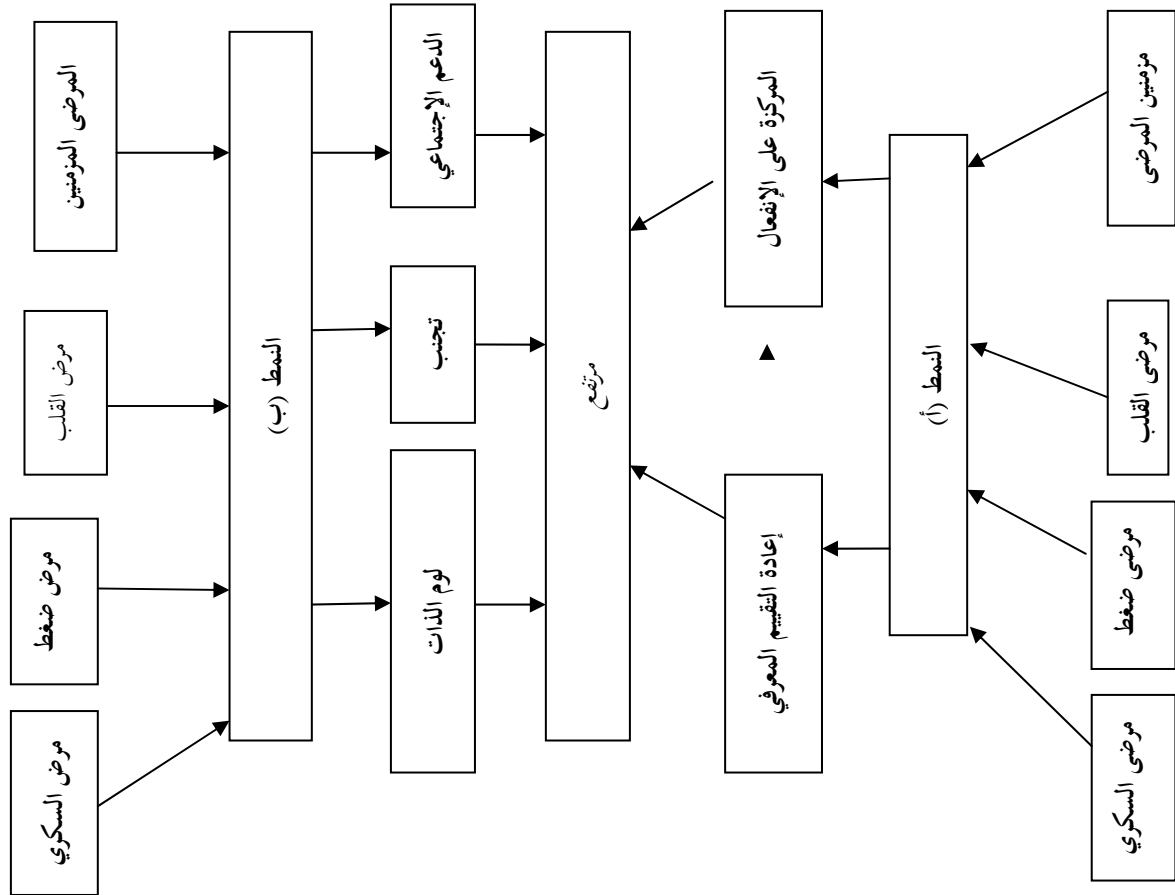


نلاحظ من النموذج التفسيري رقم (12) بأن مرضى السكري ذوي النمط السلوكي (أ) يستخدمون الأساليب المركزة على المشكلة وعلى الانفعال وإعادة التقييم المعرفي بشكل مرتفع، في حين يستخدمون كل من أسلوب الدعم الاجتماعي، والتجنب، ولوم الذات بشكل منخفض، أما بخصوص مرضى السكري ذوي النمط السلوكي (ب) فيستخدمون كل من البحث عن الدعم الاجتماعي، والتجنب، ولم الذات بشكل مرتفع، ويستخدمون الأساليب المركزة على الانفصال، وإعادة التقييم المعرفي، بشكل منخفض، أما استخدام الأساليب المركزة على المشكلة.

يتبين من الأشكال التي حاولت تفسير العلاقة ودرجة الاستخدام بين النمط السلوكي (أ)، والنمط السلوكي (ب) ومستخدمي (منخفض، متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل المركز على المشكلة والمركزة على

الانفعال، بأنه هناك نوع من التشابه والاتفاق بين المرضى المزمنين في استخدام أساليب التعامل، وهذا لدى ذوي النمط السلوكي (أ)، والنمط السلوكي (ب)، والشكل التالي يبين ذلك.

نموذج تفسيري رقم (13) لبيان العلاقات والارتباطات بين الأنماط والسلوكي (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) الاستخدام، لأساليب التعامل مع الضغط النفسي.



من خلال هذا النموذج يمكن القول أن المرضى المزمنين (قلب، ضغط، سكري)، من ذوي النمط السلوكي (أ) أكثر استخداماً لأساليب المركزة على الإنفعال وأسلوب إعادة التقييم المعرفي، في حين أن المرضى من ذوي النمط السلوكي (ب) يستخدمون ويرتبطون بدرجة عالية كل من أسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي وأسلوب التجنب، وأسلوب لوم الذات.

من خلال النتائج المتوصل إليها في البحث الحالي تم التوصل إلى إتفاق جزئي مع دراسة "Cardoom" (2014) فيما يخص ارتباط النمط السلوكي (أ) بأساليب التعامل المركزة على الإنفعال (إعادة التقييم المعرفي)، لدى مرضى القلب، ومرضى ضغط الدم، وتوافق جزئياً فيما يخص ارتباط النمط السلوكي (ب) مع الأساليب المركزة على المشكل (طلب الدعم الاجتماعي)، لدى مرضى القلب الضغط كذلك، كما توفقت النتائج المتوصل إليها جزئياً مع دراسة "Twinn,T" (2011)، وتوافقت جزئياً مع دراسة "Ondigi,A" (2009)، في أن ذوي النمط السلوكي (أ) يستخدمون الأساليب المركزة على الإنفعال، وتوافقت مع ذوي النمط

(ب) في إستخدامهم لأساليب التعامل المركزة على المشكل (الدعم الإجتماعي)، وهذا لدى كل من مرضى القلب، تم التوافق مع دراسة "Bruk & Green" (1991) "Arbuchlek, J.L" (2007)، التي أكدت على أن ذوي النمط السلوكي (أ) يرتبطون بأساليب المركزة على الإنفعال ودراسة، كما توافقت الدراسة جزئياً مع دراسة "إبراهيم حامد المغربي" (2006) "Penson, DF" (2005) في علاقة النمط السلوكي (أ) و(ب) مع الأساليب ما عدا أسلوب حل المشكل ولوم الذات، وتوافقت النتائج مع ما جاءت به دراسة "Davison, G" (1992) في أن النمط السلوكي يستخدم الأساليب التكيفية التي تحميه كالدعم الإجتماعي

وعليه فإن النتيجة الحالية جاءت موافقة بعض الشيء للفرض الذي تم إفتراضه، بإعتبار أن ذوي النمط السلوكي (أ) (ب) يرتبطون في أساليب التعامل المركزة على المشكل والإنفعال، وهذا نتيجة الخصائص السلوكية أو الممارسات السلوكية التي يتميز بها فرد ذوي النمط السلوكي (أ) (ب)، ويفسر الباحث هذه النتيجة إعتقاداً على وجهة نظر "Lazarus" الذي يرى أن عملية المواجهة ناتجة عن التفاعل بين الفرد والبيئة. (عبد الباسط لطفي إبراهيم، 1994)، وهذا نتيجة التفاعل المستمر بين مريض القلب والبيئة المتواجد فيها، ووفقاً لهذا فإنه يؤدي إلى إحداث نوع من العلاقات غير الملائمة، والتي تتمثل في مضاعفات صحية خطيرة، فإن استخدام حل المشكل لدى الفرد ذوي النمط السلوكي (أ) يقل نتيجة المتطلبات النفسية، والقدرة الجسمية، وكذلك المرونة الفكرية، ومواجهة لتشعبات البنية الإجتماعية، التي تتميز بها العلاقات الإجتماعية من تعقد، من سيطرة الأنا الجمعي، وعدم القدرة على الإلتخاذ القرارات بطريقة فردية، كذلك طول مدة حل المشكل، ونتيجة كل هذه المتغيرات، وكذلك تناقض الإعتقادات السلوكية التي يتميز بها ذوي النمط السلوكي (أ) كعدم الصبر، وإلحاح الوقت، وعلى هذا الأساس يتجه إلى أساليب تعامل أخرى، ويذهب في هذا الإتجاه كل من "Lazarus & Folkman" إلى أن الأفراد يميلون إلى الإعتماد على الأساليب المركزة على المشكل عندما تكون مطالب المواقف تبدو قابلة للتحكم فيها، أما في حالة العجز عن السيطرة على المشكل فإن أساليب التعامل المركزة على الإنفعالات تعد أكثر إستخداماً. (هناء شويخ، 2007)، وهذا كذلك ما يؤكد عليه "Sturb et al" (1987) الذي يرى أن التحكم يعد الهدف الأول عند النمط السلوكي (أ) لأنه يتضمن المعلومات حول تقدير الفاعلية التي يعتقد الفرد ذو النمط السلوكي (أ) أنه يمتلكها، لذا فإن التعرض إلى المواقف غير المتحكم فيها بشكل كبير يولد ضعف الأداء لدى النمط السلوكي (أ). (سمية عيسى مزغيشن 2013)

ويضيف "عبد الخالق رفيقي" (2002) إلى أن هناك العديد من الباحثين يذهبون إلى القول أن أساليب التعامل لها علاقة بعوامل نفسية وإجتماعية، وبيولوجية، تقوم بدور الوسيط في تكوين رد الفعل التآزمي، وظهوره، أطلق عليه العلماء عوامل المخاطرة (Risk-Factors)، وفي حالة قدرة الفرد على التجاوب مع الحدث، وعدم إعتباره مصدر تهديد لكيانه الجسدي، أو المعرفي، والعكس.

وعليه إذا حللنا هذه العلاقة فإننا نلاحظ أنه النمط السلوكي (أ) في خصوصياته وممارساته السلوكية فإن حتما سوف تخرج الأمور والأحداث عن السيطرة نتيجة الاندفاع لا مشروط لتحقيق نجاحات شخصية، بالإضافة أن المرض له دور في تجنب إستخدام أسلوب حل المشكل لما له من تعقيدات ولما له من جهد يبذل،

الجانب الفيزيولوجي لا يسمح له بذلك ومن إرتباط النمط السلوكي (ب) بإستخدام مرتفع ومتوسط لأسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي، لأن في خصائصهم السلوكية يستندون إلى النجاح وإلى تسيير أمورهم إلى أشخاص آخرين، وبالتالي لجوءهم إلى طلب الدعم الاجتماعي شيء مبرر، على عكس ذوي النمط السلوكي (أ)، فسلوكياتهم تعبر عن قدرتهم على التنافس، والإعتماد على النفس، وبالتالي فإن رفضهم السند الاجتماعي هو شيء عادي، كما أن الدعم والمساندة الاجتماعية لدى ذوي النمط السلوكي (أ) يرتبط بدرجة المرض وشدته، لأنه يجد من قدرة الفرد على التحكم والإستقلالية، مما يجعل الفرد يتنازل عن بعض السلوكيات والإعتقادات للتخفيف من الضغط النفسي، كما أن الإمكانيات الصحية لا تسمح للنمط السلوكي (أ) إلى التحكم في كل شيء، وهذا كذلك ما يؤدي إلى سوء التوافق أو عدم الانسجام مع الآخرين وبالتالي هذا ما يفسر غياب التفاعل الاجتماعي، وهذا بدور يؤدي إلى غياب الدعم الاجتماعي، على عكس ذوي النمط السلوكي (ب)، الذي يبحث دائما وبشكل مرتفع عن الدعم الاجتماعي، كما ويعود استخدام ذوي النمط السلوكي (ب) إلى البحث عن الدعم الاجتماعي إلى ما ذكر "Friedman & Almer" (1984) بأنهم يشعرون باستقرار داخلي، وبالتالي لجوءهم إلى العلاقات العامة وإلى البحث عن السند الاجتماعي وحل المشكل، إلى رؤيتهم الواقعية للحدث عكس ذوي النمط السلوكي "أ" أكثر ميلا للوم أنفسهم، وهذا ما يفسر الاستخدام المفرط لأساليب التعامل المركزة على الانفعال. (عمار محمد علي، 2010)

ويفسر الباحث هذه النتيجة في لجوء ذوي الأنماط السلوكية (أ ، ب) إلى إستخدام هذه الأساليب إلى أن نتيجة المرض يصعب إيجاد حلول بديلة له وذات فعالية في تطبيقها لأنها وضعية تتجاوز إمكانيات وقدرات المصابين في حل المشكل المطروح أو تحسينه، مما يصعب عليهم المعالجة المباشرة للمشكل، نتيجة التقييم الخاطئ للقدرات والتي تنتج عنه إحباط وغضب بسبب فقدان التحكم في الواقع، مما يبعد الفرد عن الأساليب المتمركزة حول المشكل، ضف إلى ذلك أن تزايد الضغوط والمضاعفات الصحية التي يعاني منها مرضى الزمنيين وكذلك كل من مرضى القلب، ومرضى السكري، وضغط الدم، مما يدعم ظهور أساليب عديدة منها، التجنب وإعادة التقييم، ولوم الذات، وهذا بالتركيز على الإنفعال لإعادة تقدير الوضعية محل التعامل، وذلك بتغيير معناها أو إعطائها تفسيراً آخر، وهذا يمكن تفسيره فإن ذوي النمط السلوكي (أ) كانوا مرتفعي الإستخدام لأساليب الإنفعال (إعادة التقييم المعرفي)، في حين ذوي النمط السلوكي (ب) كانوا مرتفعي الإستخدام، للأساليب المركزة على الإنفعال (التجنب، لوم الذات) وهذا نتيجة حجم التحديات التي تختلف من نمط لآخر، وبالتالي فإن التصادم بين الفرد والبيئة، يكون له أثر تأثيرات قوية تجعل اللجوء إلى الأساليب المركزة على الإنفعال أمر طبيعي، والذي يتحدد بسقف الطموحات والتحديات وما يريد الفرد تحقيقه من خلاله تبنيه لنمط أو سلوكيات معينة يراها الأنسب مع المتغيرات الحياتية، فنلاحظ أن ذوي النمط (ب) أكثر إستخداما لأساليب التجنب ولوم الذات، وهذا راجع إلى أن القلق والتنافس وحب النجاح والطموح وغيرها من السلوكيات التي تدل على الرغبة في النجاح أو تحقيق شيء في الحياة، هي متغيرات تختفي عند ظهور العقبات يجعل ذوي النمط السلوكي (ب) يستخدمون أسلوب التجنب وأسلوب لوم الذات، لتفادي الخوض في التعقيدات التي يفرضها الضغط، إلا أن إستخدام هذه الأساليب له

تعقيدات نفسية وجسمية نتيجة الاستخدام المتكرر، وهذا ما ذهب إليه "Gerald Davison" (1992) إلى أن ذوي النمط السلوكي (ب) يستخدم الأساليب التكيفية التي تحميه، كما يؤكد "Fontant & Davidio" (1984) إلى أنه توجد علاقة بين الضغوط الحياتية والنمط (ب) أكثر من النمط (أ)، كما أن الضغط النفسي العالي يمكن أن يؤدي إلى اضطرابات سلوكية في النمط السلوكي (ب)، في حين أن ذوي النمط السلوكي (أ) أكثر استخداماً لأسلوب إعادة التقييم المعرفي، وهو أسلوب يجعل الفرد يقيم الوضعية الضاغطة، وما هي المصادر المتوفرة للتعامل مع تلك الضغوط، وهذا الاستخدام يعكس الخصائص السلوكية التي يتميز بها هؤلاء، ونضيف من خلال ما ذكره "Laborit" (1980) بأنه بمقدور الفرد التحكم في الحدث فإن الاضطرابات البيولوجية الفيزيولوجية والسلوكية الناجمة عن الضغط النفسي تكون قليلة فحتى وإن كانت أساليب التعامل المركزة على المشكل ذات فعالية جزئية، في ظل أساليب المركزة حول الإنفعال، والتي يوظفها الفرد لإنعدام القدرة على التحكم في العامل الضاغطة (المرض). (Ferreri et al, 2002, p77)، وهذا ما يذهب إليه كذلك "Park" (1997)، أن إعادة التقييم المعرفي يعتبر أسلوب إيجابي لسيطرة على المواقف الضاغطة، وهو يعتبر تكيف فعال، إذا أضفنا معاني جديدة على الحدث. (أحمد بن سعيد الحريري، 2009)،

وعليه نلاحظ من خلال النتائج المتوصل إليها أنه كلما زاد الفرد في اعتقاد سلوكيات النمط (أ)، زاد استخدامه لأساليب التعامل مع الضغط النفسي المركزة على الانفعال وتأني هذه العلاقة لتعبر عن عجز الفرد في تحقيق التكيف السوي والمناسب في أثناء مواجهته للضغوط النفسية المحيطة به والتي تقوده إلى سلسلة من الأعراض الجسدية في جانب منها تعبر عن فقدان الفرد القدرة على السيطرة وإدارة الانفعالات بمرونة مناسبة، نتيجة التحديات أو السلوكيات التي تفرضها على نفسه، كنوع من التحدي لكل ما هو موجود في البيئة والمدرجات إلى حد يفوق طاقة مما يفقد المرونة المناسبة، كما أن هذه الأساليب الانفعالية التي يواجه بها الفرد تؤثر سلباً على أجهزته النفسية والجسدية، مما يؤثر أو يضعف مناعة الجسم تجاه مقاومة الأمراض المختلفة، ويستجيب الفرد على المستوى الجسدي تبعاً للمناطق الأكثر استعداداً للمرض وبشكل مختلف من فرد لآخر.

ونستدل في تفسيرنا للنتائج المتوصل إليها إلى ما ذكره "Lazarus & Folkman" (1984) من خلال النظرة التعاملية (transactionnel)، والتي هي المساعي أو الجهود المعرفية والسلوكية الدائمة التبدل للتعامل مع المطالب أو المقتضيات النوعية الداخلية والخارجية معاً التي تستنزف احتياطات الفرد أو تتجاوزها، وذلك لأن الأساليب المعتمدة تتغير حسب تقييم الشخص لها سواء بالطرق إيجابية توجه مباشرة نحو حل المشكل أو نحو الانفعال (سلبية). (جهاد محمود علاء الدين، 2009) وعليه فالمعتقدات الشخصية أو النمط السلوكي الذي يتبناه الفرد له تأثير كبير على الأسلوب الذي يستعمله في الوضعيات الضاغطة لأن شخصيتنا تتحد كذلك بمقدار قدرتنا وفي كيفية تعاملنا مع تلك الضغوط، والتي لها دور في ترسيخ تلك السلوكيات التي تستمر معنا طوال حياتنا.

وبالتالي يتضح أن النمط السلوكي، سواء كان نمط (أ) أن نمط سلوكي من النوع (ب) له تأثير واضح في تنمية شعور الفرد وكذلك الإدراكات المعرفية في التعامل مع الضغوط، بغض النظر عن المرض الذي قد تساعده

تلك الأساليب على الحفاظ على صحته، ويضيف في هذا الصدد كل من "Detider, leventhal, Maes" بأن التآزر بين العوامل السياقية من خصائص المرض وخصائص الشخصية تحدد أساليب التعامل تجاه المرض المزمن، فالأساليب تتأثر بالعوامل البيئية. فكلما زاد الضغط والتهديد الناتج عن المرض أدى بالمرض للجوء إلى أساليب مواجهة تخفف من شدة التوتر الانفعالي وبالتالي تقليل الخطر المحدق، وهذا ما لمسناه بارتباط المواجهة المركزة على الانفعال بالنمط السلوكي (أ) خاصة إذا أن المشاكل الصحية تقود إلى أساليب مركزة على الانفعال. (جهاد محمود علاء الدين، 2009)، ولعل كذلك راجع إلى التهديد الصحي الذي يتعرض له الفرد في حد ذاته يجب تحمله ولكن لا يسهل إخضاعه لفصل مباشر.

ويعتقد الباحث أن الضغط الذي يواجهه الفرد يحتوي أحيانا على عدد من المشكلات التي تحتاج أحيانا إلى طرق مختلفة للتعامل، إذ أنه ليس هناك انفصال بين أبعاد المواجهة، وليس هناك طريقة أفضل من الأخرى، وهذا ما يفسر توجه كل من النمط السلوكي (أ)، وذوي النمط السلوكي (ب) إلى استخدام متعدد للأساليب. إلا أنه لوحظ شيوع استخدام الأساليب المركزة على الانفعال، وهذا راجع إلى ربما إلى العجز في ضبط المشكل والتعامل معه خاصة وأن كل أفراد العينة يعانون من مشاكل صحية تدفعهم إلى تبني أساليب لا تستنزف قدراتهم الجسمية وهذا ما تشير إليه البحوث المعاصرة إلى أن النمط السلوكي (أ) يمكن تصنيفه إلى عاملين رئيسيين هما الكفاح من أجل الإنجاز **Achievement striving**، ونفاذ الصبر وسرعة الانفصال **Imptience** **vritability** (1997) "Adams & jex" (نقلا عن دويدار عبد الفتاح، 1999) وهذا ما يفسر استخدام أكبر لذوي النمط (أ) لأساليب التعامل المركزة على الانفعال، كما يمكن أن ينظر إلى الأساليب المستخدمة على أنها مطلب أو عدة مطالب تقع على عاتق الفرد. من جانب البيئة، ولكن الفرق بين فرد وآخر، هو الأداء الذي يؤدي به هذا المطلب، فإذا نقص الأداء الفرد عن أفضل مستوى، فإن ذلك قد يرجع إلى أن مطالب البيئة إما زائدة بشكل كبير أو ناقصة بشكل كبير أيضا، ولكن ذوي النمط السلوكي (أ) لا ينظرون إلى حجم المطلب بقدر ما ينظرون إلى كيف يمكن أن يصل إلى تحقيق هذا المطلب بأسلوبهم الانفعالي المعروف (السرعة ونفاذ الصبر - الانكباب على العمل - التنافس)، وقد يؤدي هذا الأسلوب إلى انفعال سلبي أو إيجابي بالنسبة لهم، ويبدو هذا واضحا في التفاعل مع المطلب، وهذا التفاعل مؤشرا قويا لشعورهم ورغبتهم في تحقيق هذا المطلب، الأمر الذي يزيد من درجة تواجده لدى ذوي النمط السلوكي (أ) أكثر من ذوي النمط السلوكي (ب).

ويرى الباحث أن أساليب التعامل مع الضغوط النفسية على أنها مطلب أو هي عدة مطالب تقع على عاتق الفرد من جانب البيئة، ولكن الفرق بين الفرد وآخر هو الأداء الذي يؤدي به هذا المطلب، فإذا نقص أداء الفرد عن أفضل مستوى فإن ذلك يرجع إلى أن مطالب البيئة إما زائدة بشكل كبير أو ناقصة بشكل بير أيضا، ولكن ذوي النمط السلوكي (أ) لا ينظروا إلى حجم المطلب بقدر ما ينظرون إلى كيف يمكن أن يصل إلى تحقيق هذا المطلب بأسلوبهم السلوكي الانفعالي المعروف (السرعة ونفاذ الصبر، الإنكباب على العمل، التنافس، وصعوبة المراس)، وقد يؤدي هذا الأسلوب إلى إنفعال سلبي أو إيجابي بالنسبة لهم، ويبدو هذا واضحا في التفاعل مع

المطلب، وهذا التفاعل مؤشرا قويا لشعورهم ورغبتهم في تحقيق هذا المطلب، الأمر الذي يزيد من درجة تواجده لدى ذوي النمط السلوكي (أ) من عند ذوي النمط السلوكي (ب).

هذا بالإضافة إلى أن تأثيرات هذه الضغوط مكلفة لكل فرد وكل فرد يتعرض لهذه الضغوط، ولكن هناك الكثيرين أكثر مقاومة، وهناك عوامل عديدة تبدوا مهدئة عند هؤلاء المقاومين للضغوط (ذوي النمط السلوكي ب)، تشمل هذه العوامل إدراك الضغط، وكيفية التعامل معه، كما أن هؤلاء الأفراد ذوي النمط السلوكي (ب) يبدوون متماسكين من الخارج لا من الداخل.

من خلال ما تم ذكره من عرض وتحليل، ومناقشة النتائج المتوصل إليها فإننا نقبل بفرضية البحث بشكل جزئي، والتي تنص على أنه توجد علاقة بين الأنماط السلوكية (أ) (ب)، و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) الاستخدام لأساليب التعامل مع الضغط النفسي لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري)، كما نقبل بالفرضية الصفرية فيما يخص بأنه لا توجد علاقة بين الأنماط السلوكية (أ) (ب)، و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) الاستخدام لأساليب التعامل مع الضغط النفسي (حل المشكل) لدى مرضى القلب، ومرضى السكري.

02.01. عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الثانية:

"توجد علاقة والفروق بين الأنماط السلوكية (أ) (ب) و(المنخفضين، والمتوسطين، والمرتفعين) في نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين (مرضى القلب، ضغط الدم، السكري)."

وللتحقق من صحة هذه الفرضية، والتي هي مجزأة إلى أربعة (04) فرضيات، حيث يتم حساب كل مرض على حدا، والمرضى المزمنين مجتمعين، وعليه تم استخدام معامل ارتباط cramer لفحص العلاقة الارتباطية، وكذلك الفروق باستخدام k^2 وهذا للمقارنة بين الدرجات التي تحصل عليها الباحثين على مقياس الأنماط السلوكية، وبين الدرجات التي حصلوا عليها على مقياس نوعية الحياة، حيث تحصلنا على النتائج التالية:

الجدول رقم (42): يوضح معامل الارتباط والفروق بين الأنماط السلوكية (أ ب) و (المنخفضين، والمتوسطين، والمرتفعين) في نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين.

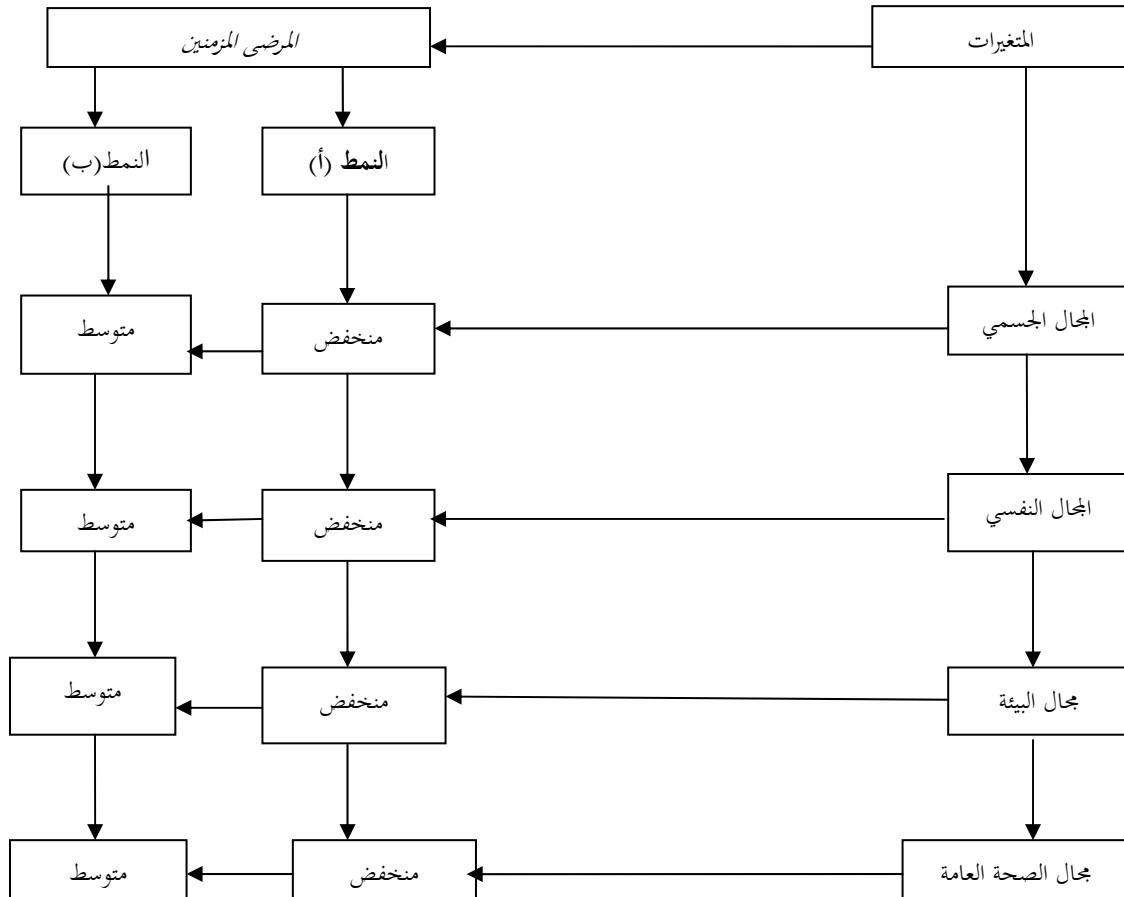
المتغيرات	منخفض	متوسط	مرتفع	المجموع	cramer	K2	الدالة مستوى	القرار
النمط أ	122	33	37	192	0.39	23.322	0.01	دال
	45	103	37	185				
	167	136	74	377				
النمط ب	130	44	18	192	0.34	20.697	0.01	دال
	36	130	19	185				
	166	174	37	377				
النمط أ	89	47	56	192	0.087	2.876	0.239	غ دال
	81	36	68	185				
	170	83	124	377				
النمط ب	84	37	71	192	0.027	0.280	0.869	غ دال
	79	33	73	185				
	163	70	144	377				
النمط أ	111	50	31	192	0.32	52.269	0.01	دال
	45	107	33	185				
	156	157	64	377				
النمط ب	44	79	69	192	0.10	4.41	1.08	غ دال
	36	96	53	185				
	80	175	122	377				
النمط أ	113	40	39	192	0.39	13.622	0.01	دال
	43	103	39	185				
	156	143	78	377				

يتبين من الجدول رقم (42) بأنه توجد علاقة بين الأنماط السلوكية و(منخفضين، متوسطين ومرتفعين) في المجال الجسمي، حيث بلغ معامل (0.39=cramer)، وقدر ($k^2=23.322$)، وهما دالين عند مستوى الدلالة (0.01)، حيث إنجته ذوي النمط السلوكي (أ) إلى الشعور بنوعية مجال جسمي منخفض ب(122) مريض من أصل (192)، في حين إنجته ذوي النمط السلوكي (ب) إلى الشعور بنوعية مجال نفسي متوسطة، وهذا ب(103) من المرضى المزمنين، وهذا ما تم التوصل إليه كذلك في أنه توجد علاقة بين الأنماط السلوكية و(منخفضين، متوسطين ومرتفعين) في المجال النفسي، حيث بلغ معامل (0.34=cramer) وبلغ ($k^2=20.697$)، وكلاهما دال عند مستوى الدلالة (0.01)، ونزع المرضى المزمنين ذوي النمط السلوكي (أ) إلى الشعور بإنخفاض نوعية المجال النفسي، وهذا ب(130) من المرضى المزمنين، في حين نزع المرضى المزمنين ذوي النمط السلوكي (ب) إلى الشعور بتوسط نوعية المجال النفسي ب(130)، كما تأكد من خلال تحليل النتائج بأنه لا توجد علاقة بين الأنماط السلوكية و(منخفضين، متوسطين ومرتفعين) في المجال الاستقلال، حيث بلغ معامل (0.087=cramer)، وبلغ معامل ($k^2=2.876$)، وهما غير دالين عند مستوى الدلالة (0.01)، ومن خلال النتائج المتوصل إليها تم نفي وجود علاقة وفروق بين الأنماط السلوكية و(منخفضين، متوسطين ومرتفعين) في المجال العلاقات الإجتماعية، حيث بلغ معامل (0.027=cramer)، وبلغ معامل ($k^2=0.280$)، وهما غير دالين عند مستوى الدلالة (0.01)، وعلى عكس النتائج السابقة، فقد تبين بأنه توجد علاقة وفروق بين الأنماط السلوكية و(منخفضين، متوسطين ومرتفعين) في مجال البيئة، حيث بلغ معامل (0.32=cramer)، وهو دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وبقيمة ($k^2=52.269$)، وهو كذلك دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وقد إرتبط النمط السلوكي (أ) بمستوى منخفض في المجال النفسي، حيث بلغ عدد المرضى (111) من أصل (192) من مرضى المزمنين ذوي النمط السلوكي (أ)، في حين إرتبط ذوي النمط السلوكي (ب) بمجال البيئة متوسط، وهذا ب(107) مريض من أصل (185)، ونلاحظ كذلك بأنه لا توجد علاقة وفروق بين الأنماط السلوكية و(منخفضين، متوسطين ومرتفعين) في المجال المعتقدات الدينية، حيث بلغ معامل (0.10=cramer)، وقدرت قيمة معامل الفروق ب ($k^2=4.41$)، وهما غير دالين عند مستوى الدلالة (0.01)، وتبين كذلك بأنه توجد علاقة بين الأنماط السلوكية و(منخفضين، متوسطين ومرتفعين) في نوعية الحياة العامة والصحة العامة، حيث بلغ معامل (0.39=cramer)، وقدر معامل ($k^2=13.622$)، وهو كلاهما دال عند مستوى الدلالة (0.01)، حيث إنجته المرضى المزمنين ذوي النمط السلوكي (أ) إلى الشعور بإنخفاض نوعية الحياة العامة، والصحة العامة ب(113)، من مجموع (192) من ذوي النمط السلوكي (أ)، وعلى العكس

يشعر المرضى المزمنين ذوي النمط السلوكي (ب) بأن نوعية الحياة والصحة العامة متوسطة، حيث إتجه (103) إلى ذلك الشعور من أصل (185).

ومن خلال تحليل الجدول أعلاه يمكن وضع نموذج تفسيري يبين العلاقة والفروق بين الأنماط السلوكي (أ) (ب)، و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجالات نوعية الحياة، والشكل التالي يبين ذلك:

الشكل التفسيري رقم (14): يبين العلاقة والفروق بين الأنماط السلوكية (أ) (ب) ونوعية الحياة لدى المرضى المزمنين.



نلاحظ من خلال الشكل رقم (14) بأن المرضى المزمنين ذوي النمط السلوكي (أ) يشعرون بنوعية حياة منخفضة في كل من المجال (الجسمي، النفسي، البيئة، ونوعية الحياة، والصحة العامة) وعلى العكس فقد إتجه المرضى المزمنين ذوي النمط السلوكي (ب) إلى الشعور بنوعية حياة متوسطة في كل من المجال (الجسمي، النفسي، البيئة والصحة العامة)، وهذا الشكل والنتائج المتوصل إليها تعبر عن مدى تأثير الأنماط السلوكية، في إدراك وتقييم نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين.

الجدول رقم (43): يوضح معامل الارتباط والفروق بين الأنماط السلوكية (أ ب) و (المنخفضين، والمتوسطين، والمرتفعين) في نوعية الحياة لدى مرضى القلب.

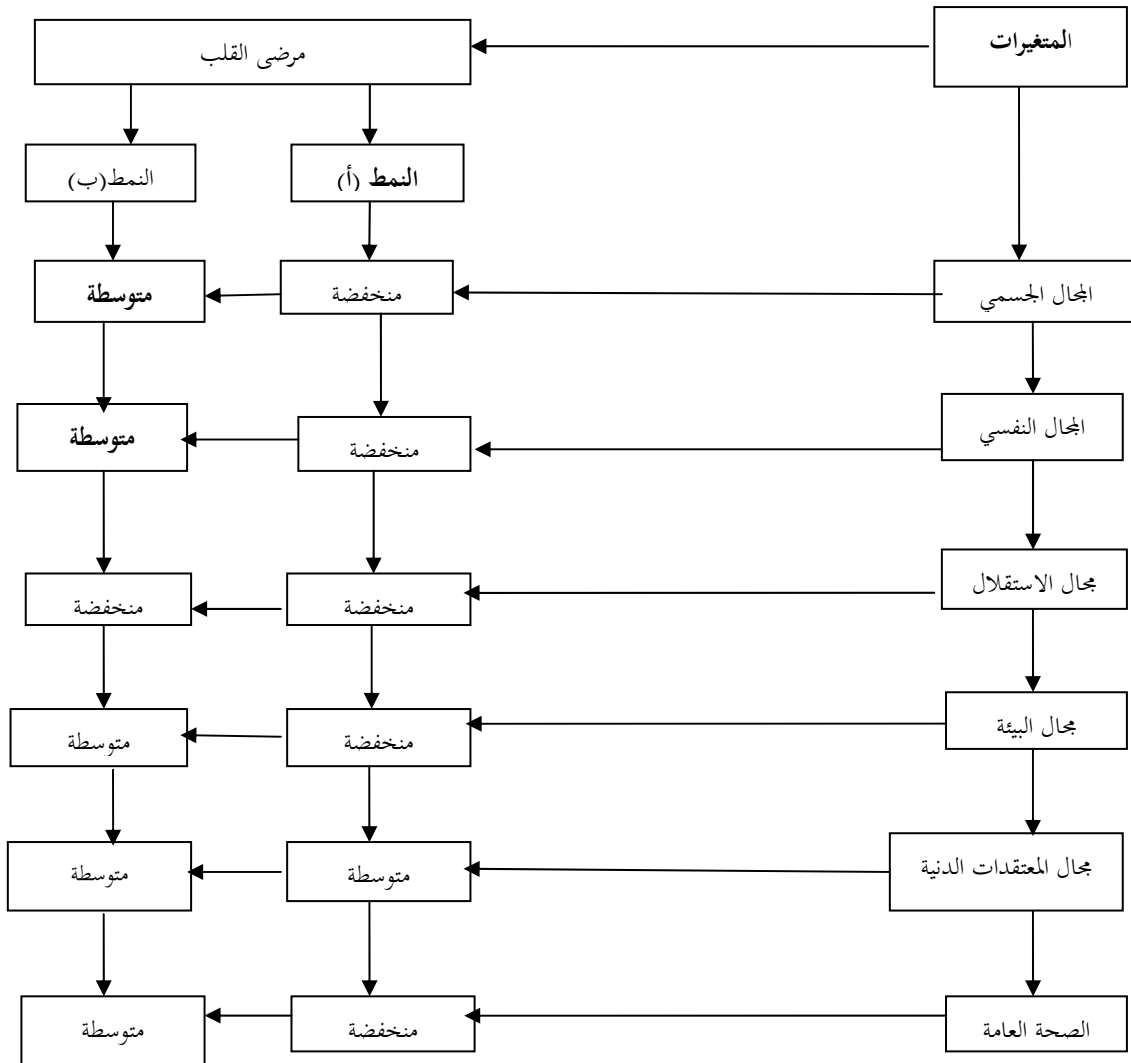
المتغيرات	مرتفع	متوسط	منخفض	رتبة	المتوسط	cramer	K2	مستوى الدلالة	القرار
النمط أ	37	07	20	64	المجال الجسمي	0.29	10.062	0.01	دال
	09	32	13	54					
	46	39	33	118					
النمط ب	39	18	07	64	المجال النفسي	0.30	10.104	0.01	دال
	16	33	05	54					
	55	51	12	118					
النمط أ	46	15	03	64	المجال الإستقلالية	0.23	6.370	0.01	دال
	30	14	10	54					
	76	29	13	118					
النمط ب	19	10	35	64	مجال العلاقات الإجتماعية	0.12	1.721	0.423	غ دال
	20	11	23	54					
	39	21	58	118					
النمط أ	31	20	13	64	مجال البيئية	0.26	15.385	0.05	دال
	15	22	17	54					
	46	42	30	118					
النمط ب	16	30	18	64	مجال المعتقدات الدينية	0.20	5.044	0.03	دال
	05	32	17	54					
	21	62	35	118					
النمط أ	42	10	12	64	نوعية الحياة العامة، والصحة العامة	0.34	22.537	0.01	دال
	08	34	12	54					
	50	44	24	118					

يتبين من الجدول رقم (43) بأنه توجد علاقة بين الأنماط السلوكية و(منخفضين، متوسطين ومرتفعين) في المجال الجسمي، حيث بلغ معامل (0.29=cramer)، وهو دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وبقيمة (10.062=k2)، وهو كذلك دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وقد إرتبط النمط السلوكي (أ) بمستوى منخفض بالدرجة الأولى في المجال الجسمي، حيث بلغ عدد (37)، ثم تلاه المرتفع ب(20)، وأخيرا المستوى المتوسط ب(07) من أصل (64) من مرضى القلب ذوي النمط السلوكي (أ)، في حين إرتبط ذوي النمط السلوكي (ب) بمجال جسمي متوسط، وهذا ب(32)، ثم بشكل مرتفع ب(13)، وتم التوصل إلى أنه توجد علاقة بين الأنماط السلوكية و(منخفضين، متوسطين ومرتفعين) في المجال النفسي، حيث بلغ معامل (0.30=cramer)، و قدر معامل الفروق (10.104=k2)، وكلاهما دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وإتجه ذوي النمط

السلوكي (أ) من مرضى القلب إلى الشعور بانخفاض المجال النفسي، وهذا ب(39) ن من أصل (64) من مرضى القلب ذوي النمط السلوكي (أ)، في حين يشعر مرضى القلب ذوي النمط السلوكي (ب) بنوعية مجال نفسي متوسطة، وهذا ب(33) من أصل (54) من مرضى القلب ذوي النمط السلوكي (ب)، وذلك تم إدراك بأنه توجد علاقة وفروق بين الأنماط السلوكية و(منخفضين، متوسطين ومرتفعين) في المجال الاستقلال، حيث بلغ معامل $(0.23=cramer)$ ، وهو دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وبقيمة $(6.370=k2)$ ، وهو كذلك دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وقد إرتبط النمط السلوكي (أ) بمستوى منخفض في المجال الإستقلال، حيث بلغ عدد المرضى (46) من أصل (64)، وثم بشكل متوسط ب(15)، وبشكل مرتفع ب(3) من مرضى القلب ذوي النمط السلوكي (أ)، في حين إرتبط ذوي النمط السلوكي (ب) بمجال نفسي منخفض، وهذا ب(30)، ثم بشكل متوسط ب(14)، ثم بشكل منخفض ب(10) مريض من أصل (54)، من ذوي النمط السلوكي (ب)، ومن خلال تحليل النتائج المتوصل إليها تم الوصول إلى أنه لا توجد علاقة بين الأنماط السلوكية و(منخفضين، متوسطين ومرتفعين) في المجال العلاقات الإجتماعية، حيث بلغ معامل $(0.12=cramer)$ ، وبلغت قيمة معامل الفروق $(1.721=k2)$ ، وهما غير دالين عند مستوى الدلالة (0.01)، وتأكد من خلال تحليل النتائج إلى أنه توجد علاقة وفروق بين الأنماط السلوكية و(منخفضين، متوسطين ومرتفعين) في مجال البيئة، حيث بلغ معامل $(0.26=cramer)$ ، وهو دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وبقيمة $(15.385=k2)$ ، وهو كذلك دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وقد إرتبط النمط السلوكي (أ) بمستوى منخفض في المجال البيئة، حيث بلغ عدد المرضى (31) من أصل (64)، وثم بشكل متوسط ب(20)، وبشكل مرتفع ب(13) من مرضى القلب ذوي النمط السلوكي (أ)، في حين إرتبط ذوي النمط السلوكي (ب) بمجال البيئة متوسط، وهذا ب(22)، ثم بشكل مرتفع ب(17)، ثم بشكل منخفض ب(15) مريض من أصل (54)، من ذوي النمط السلوكي (ب)، و تم التأكد من خلال المعطيات المتوصل إليها إلى أنه توجد علاقة بين الأنماط السلوكية و(منخفضين، متوسطين ومرتفعين) في المجال المعتقدات الدينية، حيث بلغ معامل $(0.20=cramer)$ ، وهو دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وبقيمة $(5.044=k2)$ ، وهو كذلك دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وقد إرتبط النمط السلوكي (أ) بمستوى متوسط في المجال المعتقدات الدينية، حيث بلغ عدد المرضى (30) من أصل (64)، وثم بشكل مرتفع ب(18)، وبشكل منخفض ب(16) من مرضى القلب ذوي النمط السلوكي (أ)، في حين إرتبط ذوي النمط السلوكي (ب) بمجال معتقدات دينية متوسطة، وهذا ب(32)، ثم بشكل مرتفع ب(17)، ثم بشكل منخفض ب(05) مريض من أصل (54)، من ذوي النمط السلوكي (ب)، وتم التوصل إلى أنه توجد علاقة بين الأنماط السلوكية و(منخفضين، متوسطين ومرتفعين) في نوعية الحياة العامة والصحة العامة، حيث بلغ معامل $(0.34=cramer)$ ، وبلغت قيمة

معامل الفروق ($k^2=12.537$)، وهما دالين عند مستوى الدلالة (0.01)، وإتجه مرضى القلب ذوي النمط السلوكي (أ) إلى الشعور بإنخفاض نوعية الحياة والصحة العامة بواقع (42) من مجموع مرضى القلب، والمقدر عددهم ب(64)، في حين إتجه مرضى القلب ذوي النمط السلوكي (ب) إلى الشعور بنوعية حياة وصحة عامة متوسطة، بواقع (34) فردا من أصل (54) من مرضى القلب ذوي النمط السلوكي (ب).

الشكل التفسيري رقم (15): يبين العلاقة والفروق في الأنماط السلوكية (أ) (ب) ونوعية الحياة لدى مرضى القلب.



يتبين من الشكل رقم (15) إلى أن مرضى القلب ذوي النمط السلوكي (أ) يشعرون بنوعية حياة منخفضة في كل من المجال (الجسمي، النفسي، الاستقلالية، البيئة، نوعية الحياة والصحة العامة)، في حين كان اتجاه آخر لأغلبية مرضى القلب للشعور بنوعية حياة دينية متوسطة، أما مرضى القلب ذوي النمط السلوكي (ب)، فقد اتجهوا في أغلبهم إلى الاعتقاد في نوعية حياة متوسطة في كل من المجال (الجسمي، النفسي، البيئة، والمعتقدات الدينية، فظهر لدى أغلبية مرضى القلب ذوي النمط السلوكي (ب)، بأن نوعية مجال الاستقلال هي متوسطة.

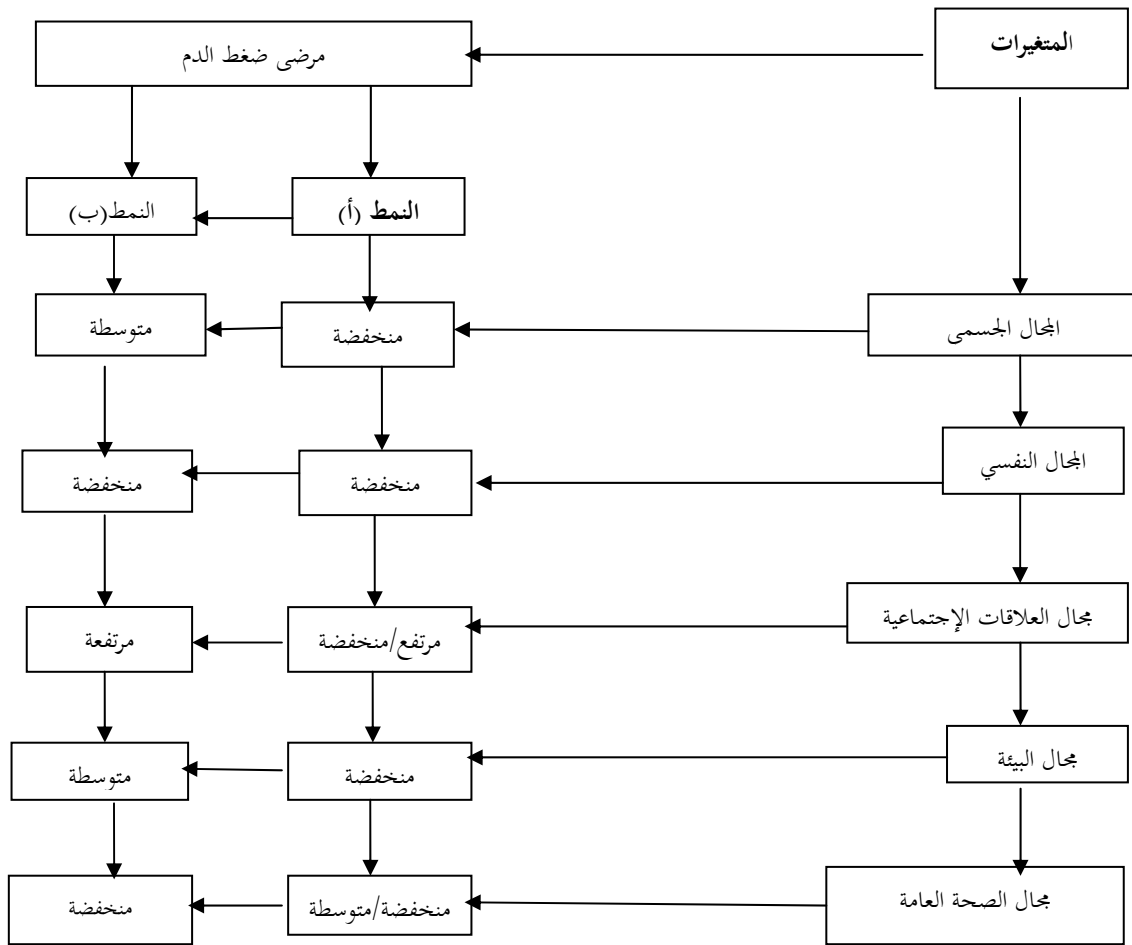
الجدول رقم (44): يوضح معامل الارتباط والفروق بين الأنماط السلوكية (أ ب) و (المنخفضين، والمتوسطين، والمرتفعين) في نوعية الحياة لدى مرضى ضغط الدم.

المتغيرات	منخفض	متوسط	مرتفع	المجموع	cramer	K2	الدالة مستوى	القرار
النمط أ	54	16	10	80	0.26	11.992	0.01	دال
	06	26	9	41				
	60	42	19	121				
النمط ب	51	16	13	80	0.34	22.666	0.01	دال
	32	4	5	41				
	83	20	18	121				
النمط أ	52	13	15	80	0.11	1.553	0.264	غ دال
	29	03	09	41				
	81	16	24	121				
النمط ب	28	19	33	80	0.31	11.839	0.01	دال
	09	04	28	41				
	37	23	61	121				
النمط أ	53	19	08	80	0.37	33.557	0.01	دال
	09	25	07	41				
	62	44	15	121				
النمط أ	20	27	34	80	0.12	5.387	0.68	غ دال
	06	23	12	41				
	26	50	46	121				
النمط أ	38	27	15	80	0.33	12.175	0.33	غ دال
	25	10	6	41				
	63	37	21	121				

نلاحظ من الجدول رقم (44) بأنه توجد علاقة بين الأنماط السلوكية و(منخفضين، متوسطين ومرتفعين) في المجال الجسمي، حيث بلغ معامل (0.26=cramer)، وبلغت قيمة (11.992=k2)، وهما دالين عند مستوى الدلالة (0.01)، وإتجه ذوي النمط السلوكي (أ) إلى الشعور إلى إنخفاض نوعية المجال الجسمي بشكل واضح، وهذا ب(54) فردا من أصل (80) من مرضى ضغط الدم ذوي النمط السلوكي (أ)، في حين يشعر ذوي النمط السلوكي (ب) بأنها متوسطة، وهذا بواقع (26) من أصل (40) من مرضى ضغط الدم ذوي النمط السلوكي (ب)، وتم التوصل إلى أنه توجد علاقة وفروق بين الأنماط السلوكية و(منخفضين، متوسطين ومرتفعين) في المجال النفسي، حيث بلغ معامل (0.34=cramer)، وبلغت قيمة (22.666=k2)، وهما دالين عند مستوى الدلالة (0.01)، وتبين أن ذوي النمط السلوكي (أ) يشعرون بنوعية حياة منخفضة في المجال النفسي

بواقع (51)، وهذا ما إتحه إليه ذوي النمط السلوكي (ب) بالشعور بنوعية مجال نفسي منخفضة بـ(29) فردا من (41) من مرضى ضغط الدم ذوي النمط السلوكي (ب)، وتبين بأنه لا توجد علاقة وفروق بين الأنماط السلوكية و(منخفضين، متوسطين ومرتفعين) في المجال الاستقلال، حيث بلغ معامل $(0.11=cramer)$ ، وقدر معامل الفروق $(1.553=k2)$ ، وكلاهما غير دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وعلى عكس النتيجة السابقة، فقد أظهر تحليل النتائج بأنه توجد علاقة بين الأنماط السلوكية و(منخفضين، متوسطين ومرتفعين) في المجال العلاقات الإجتماعية، حيث بلغ معامل $(0.31=cramer)$ ، وبلغت قيمة الفروق $(11.839=k2)$ ، وكلاهما دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وقد إرتبط النمط السلوكي (أ) بمستوى مرتفع في المجال العلاقات الإجتماعية، حيث بلغ عدد المرضى (33) من أصل (80)، وكذلك بشكل منخفض بـ(28)، من أصل (80) من مرضى ضغط الدم ذوي النمط السلوكي (أ)، في حين إرتبط ذوي النمط السلوكي (ب) بمجال العلاقات الإجتماعية مرتفع، وهذا بـ(28) مريض من أصل (41)، وتم التوصل كذلك إلى أنه توجد علاقة بين الأنماط السلوكية و(منخفضين، متوسطين ومرتفعين) في مجال البيئة، حيث بلغ معامل $(0.37=cramer)$ ، ومعامل $(33.557=k2)$ ، وهما دالين عند مستوى الدلالة (0.01)، وقد إرتبط النمط السلوكي (أ) بمستوى منخفض في المجال البيئة، حيث بلغ عدد المرضى (53) من أصل (80) من مرضى ضغط الدم ذوي النمط السلوكي (أ)، في حين إرتبط ذوي النمط السلوكي (ب) بمجال بيئي متوسط، وهذا بـ(25) مريض من أصل (41)، وتبين كذلك بأنه لا توجد علاقة بين الأنماط السلوكية و(منخفضين، متوسطين ومرتفعين) في المجال المعتقدات الدينية، حيث بلغ معامل $(0.12=cramer)$ ، ومعامل $(5.387=k2)$ ، وهما غير دالين عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التوصل إلى أنه توجد علاقة بين الأنماط السلوكية و(منخفضين، متوسطين ومرتفعين) في نوعية الحياة العامة والصحة العامة، حيث بلغ معامل $(0.33=cramer)$ ، وهو دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وبقيمة $(12.175=k2)$ ، وهما دالين عند مستوى الدلالة (0.01)، وتراوحت نوعية الحياة والصحة العامة لدى مرضى ضغط الدم ذوي النمط السلوكي (أ) بين الإنخفاض بـ(38)، ومتوسطة بـ(27)، وإتحه مرضى ضغط الدم ذوي النمط السلوكي (ب)، إلى الشعور بنوعية حياة والصحة العامة منخفضة، وهذا بـ(25) مريض بضغط الدم ذوي النمط السلوكي (ب).

الشكل التفسيري رقم (16): يبين العلاقة والفروق في الأنماط السلوكية (أ) (ب) ونوعية الحياة لدى مرضى ضغط الدم.



نلاحظ من الشكل رقم (16) بان مرضى ضغط الدم ذوي النمط السلوكي (أ) يشعرون بنوعية حياة

منخفضة في المجال (الجسمي، النفسي، البيئة)، في حين كان هناك من عدم الوضوح في جانب كلا من

العلاقات الاجتماعية، والتي تراوحت بين الارتفاع والانخفاض، وكذلك في مجال نوعية الحياة والصحة العامة، حيث

اتجه أغلب مرضى ضغط الدم إلى الشعور بالانخفاض، وبالتوسط أما بخصوص مرضى ضغط الدم ذوي النمط

السلوكي (ب) بأنهم يشعرون، بنوعية حياة متوسطة، في كل من المجال (الجسمي، والبيئي)، ومنخفضة في كل

من المجال (النفس، والصحة العامة)، في حين يشعرون بنوعية مجال علاقات اجتماعية مرتفعة، وهذه العلاقات

تعبّر عن مدى الاختلاف بين ذوي النمط السلوكي (أ)، وذوي النمط السلوكي (ب) في النظر إلى العلاقات

الاجتماعية.

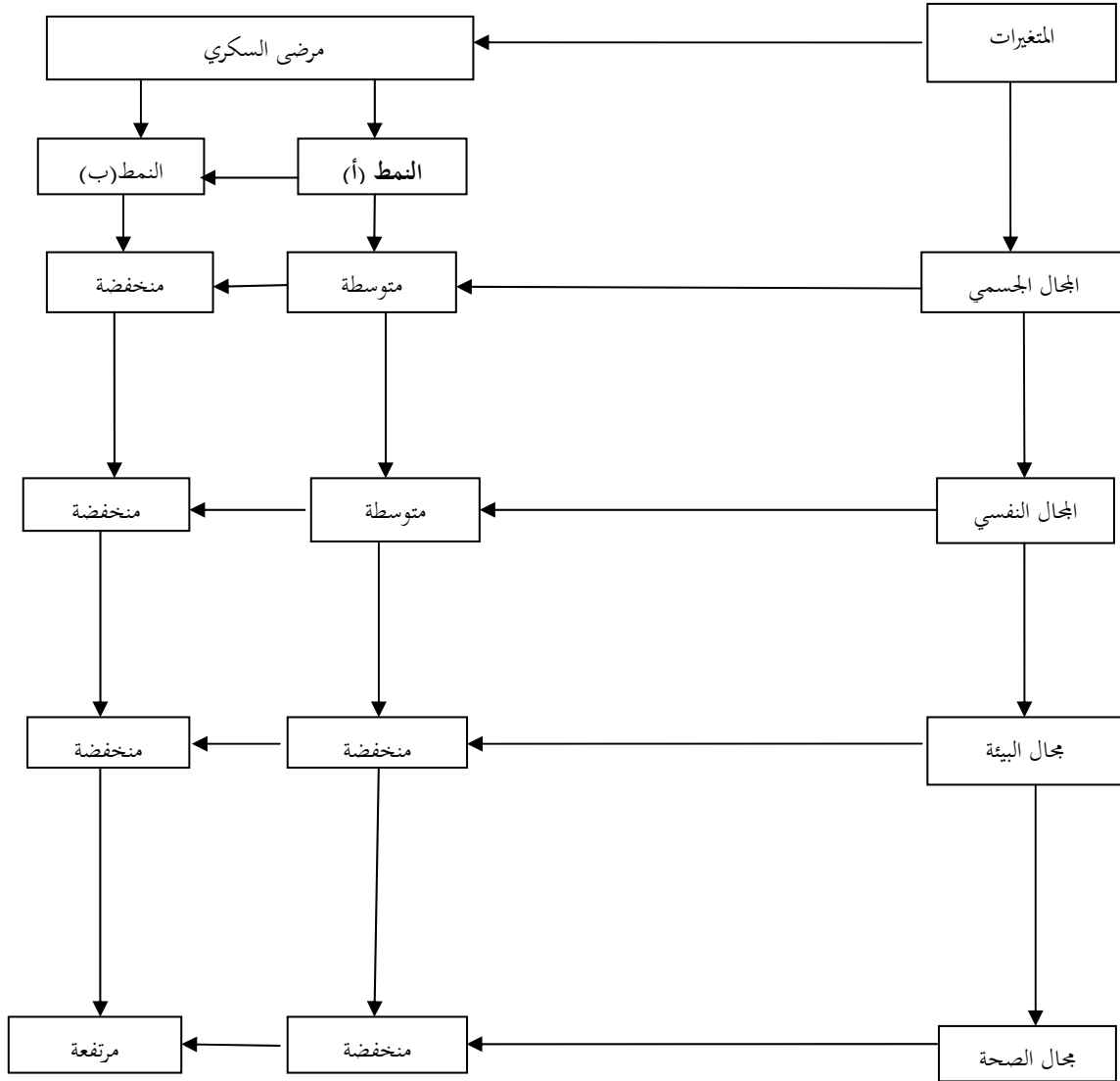
الجدول رقم (45): يوضح معامل الارتباط والفروق بين الأنماط السلوكية (أ ب) و (المنخفضين، والمتوسطين، والمرتفعين) في نوعية الحياة لدى مرضى السكري.

المتغيرات	متوسط	مرتفع	منخفض	cramer	K2	مستوى الدلالة	القرار
النمط أ النمط ب المجموع	الجمال الجسمي	10	38	01	49	0.01	دال
		70	14	05	89		
		80	52	06	138		
النمط أ النمط ب المجموع	الجمال النفسي	05	34	10	49	0.01	دال
		58	12	19	89		
		63	46	29	138		
النمط أ النمط ب المجموع	الجمال الإستقلالية	15	13	21	49	3.88	غ دال
		22	18	49	89		
		37	31	70	138		
النمط أ النمط ب المجموع	جمال العلاقات الإجتماعية	13	15	21	49	4.60	غ دال
		29	19	41	89		
		42	34	62	138		
النمط أ النمط ب المجموع	جمال البيئية	49	00	//	49	0.01	دال
		80	09	//	89		
		129	09	//	138		
النمط أ النمط ب المجموع	جمال المعتقدات الدينية	09	22	18	49	3.32	غ دال
		25	40	24	89		
		34	62	42	138		
النمط أ النمط ب المجموع	نوعية الحياة العامة، والصحة العامة	34	08	07	49	0.01	دال
		11	15	63	89		
		45	23	70	138		

يتبين لنا من خلال الجدول رقم (45) بأنه توجد علاقة بين الأنماط السلوكية و(منخفضين، متوسطين ومرتفعين) في المجال الجسمي، حيث بلغ معامل (0.29=cramer)، وهو دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وبقيمة (11.780=k2)، وهو كذلك دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وقد إرتبط النمط السلوكي (أ) بمستوى متوسط في المجال الجسمي، حيث بلغ عدد المرضى (38) من أصل (49) من مرضى السكري ذوي النمط السلوكي (أ)، في حين إرتبط ذوي النمط السلوكي (ب) بمجال جسمي منخفض، وهذا ب(70) مريض من أصل (89)، ومن خلال تحليل النتائج تم التوصل إلى أنه توجد علاقة بين الأنماط السلوكية و(منخفضين، متوسطين ومرتفعين) في المجال النفسي، حيث بلغ معامل (0.36=cramer)، وهو دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وبقيمة (23.780.333=k2)، وهو كذلك دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وقد إرتبط النمط

السلوكي (أ) بمستوى متوسط في المجال النفسي، حيث بلغ عدد المرضى (34) من أصل (49) من مرضى السكري ذوي النمط السلوكي (أ)، في حين إرتبط ذوي النمط السلوكي (ب) بمجال جسمي منخفض، وهذا بـ(58) مريض من أصل (89)، وكذلك أظهرت النتائج بأنه لا توجد علاقة بين الأنماط السلوكية و(منخفضين، متوسطين ومرتفعين) في المجال الاستقلال، حيث بلغ معامل $(0.11=cramer)$ ، وبلغت قيمة الفروق $(1.896=k2)$ ، وهما غير دالين عند مستوى الدلالة (0.01) ، وهذا ما تؤكد كذلك بأنه لا توجد علاقة بين الأنماط السلوكية و(منخفضين، متوسطين ومرتفعين) في المجال العلاقات الإجتماعية، حيث بلغ معامل $(0.10=cramer)$ ، وبلغت قيمة الفروق $(1.554=k2)$ ، وهما غير دالين عند مستوى الدلالة (0.01) ، وعلى عكس النتيجة السابقة، تبين من خلال قراءة النتائج المتوصل إلى إدراك علاقة وفروق بين الأنماط السلوكية و(منخفضين، متوسطين ومرتفعين) في مجال البيئة، حيث بلغ معامل $(0.19=cramer)$ ، وهو دال عند مستوى الدلالة (0.01) ، وبقيمة $(5.301=k2)$ ، وهو كذلك دال عند مستوى الدلالة (0.01) ، وقد إرتبط النمط السلوكي (أ) بمستوى منخفض في المجال البيئي، حيث بلغ عدد المرضى (49) من أصل (49) من مرضى السكري ذوي النمط السلوكي (أ)، في حين إرتبط ذوي النمط السلوكي (ب) بمجال بيئي منخفض، وهذا بـ(80) مريض من أصل (89)، وتبين بأنه لا توجد علاقة بين الأنماط السلوكية و(منخفضين، متوسطين ومرتفعين) في المجال المعتقدات الدينية، حيث بلغ معامل $(0.12=cramer)$ ، وبلغت قيمة الفروق $(2.203=k2)$ ، وهما غير دالين عند مستوى الدلالة (0.01) ، وتم التوصل إلى أنه توجد علاقة بين الأنماط السلوكية و(منخفضين، متوسطين ومرتفعين) في نوعية الحياة العامة والصحة العامة، حيث بلغ معامل $(0.32=cramer)$ ، وهو دال عند مستوى الدلالة (0.01) ، وبقيمة $(12.104=k2)$ ، وهو كذلك دال عند مستوى الدلالة (0.01) ، وقد إرتبط النمط السلوكي (أ) بمستوى منخفض في مجال نوعية الحياة والصحة العامة، حيث بلغ عدد المرضى (34) من أصل (49) من مرضى السكري ذوي النمط السلوكي (أ)، في حين إرتباط النمط السلوكي (ب) بمجال الصحة العامة مرتفع، وهذا بـ(63) مريض من أصل (89)، وحتى وإن كان المجال الأخير لا يندرج ضمن مجالات المقياس، إلا أنه يعتبر دليلا على مدى العلاقة بين الأنماط السلوكية ونوعية الحياة بصفة عامة.

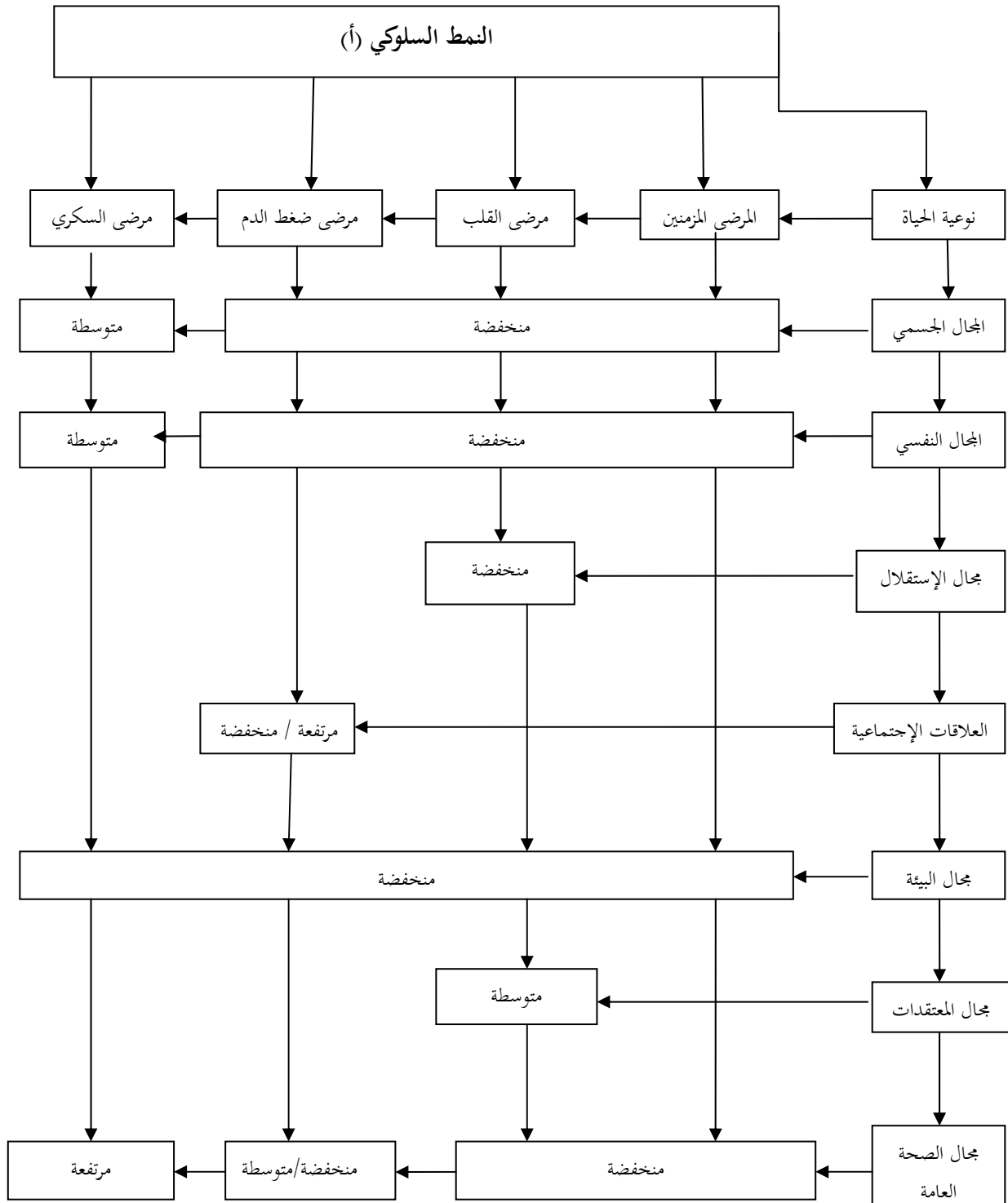
الشكل التفسيري رقم (17): يبين العلاقة والفروق في الأنماط السلوكية (أ) (ب) ونوعية الحياة لدى مرضى السكري.



يتبين من الشكل رقم (17) بأن مرضى السكري ذوي النمط السلوكي (أ) بأنهم في الأغلبية يشعرون بنوعية مجال جسمي ونفسي متوسطة، في حين، يعتقدون بإنخفاض نوعية الحياة في كل من المجال البيئي والصحة العامة، أما مرضى السكري ذوي النمط السلوكي (ب)، فيشعرون بنوعية حياة منخفضة في كل من المجال الجسمي، والبيئي، والنفسي، وعلى العكس يقيمون نوعية الحياة والصحة العامة بأنها مرتفعة، وهذه النتيجة تعبر على أن طبيعة المرض تسمح لذوي النمط السلوكي (أ) يشعرون بأريحية جسمية ونفسية لأن طبيعة المرض تقل خطورته عكس مرض القلب، وضغط الدم.

وعليه من خلال الأشكال التفسيرية المقدمة سابقا يمكن أن نصل إلى نموذج تفسيري يبين العلاقة والفروق للأنماط السلوكية (أ) (ب) و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجالات نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري)، والشكلين التاليين يبينان ذلك:

النموذج التفسيري رقم (18): يبين العلاقة والفروق بين النمط السلوكي (أ) ومجالات نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري).



نلاحظ من الشكل بأن المجال الجسمي منخفض لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم)، وكانت متوسطة لدى مرضى السكري، وهذا ما توافق تماما مع نوعية المجال النفسي، في حين أن نوعية الإحساس بالإستقلال والإعتماد على الذات فقد ظهر على أنه منخفض لدى مرضى القلب، أما نوعية العلاقات الإجتماعية فقد ظهرت العلاقة والفروق لدى مرضى ضغط الدم من النمط السلوكي (أ)، وتميزت بالإرتفاع والإخفاض، وتبين بأن الإحساس بنوعية المجال البيئي جاءت منخفضة لدى كل المرضى المزمنين (القلب، ضغط

النموذج التفسيري رقم (19): يبين العلاقة والفروق بين النمط السلوكي (ب) ومجالات نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري).



نلاحظ من الشكل بأن المجال الجسمي متوسطة لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم)، وكانت منخفضة لدى مرضى السكري، وهذا ما توافق تماما مجال البيئة، أما بخصوص نوعية المجال النفسي، فقد جاءت متوسطة لدى المرضى المزمنين والقلب، ومنخفضة لدى مرضى ضغط الدم، والسكري في حين أن نوعية الإحساس بالاستقلال والإعتماد على الذات فقد تبين على أنها منخفضة لدى مرضى القلب، أما نوعية العلاقات الاجتماعية فقد ظهرت العلاقة والفروق لدى مرضى ضغط الدم من النمط السلوكي (أ)، وتميزت بالإرتفاع، وأظهرت النتائج المتوصل إليها إلى أن نوعية مجال المعتقدات الدينية جاءت متوسطة، وهذا لدى مرضى القلب من ذوي النمط السلوكي (أ)، وتم تبين بأن نوعية الحياة العامة والصحة العامة متوسطة لدى المرضى المزمنين وكذلك لدى مرضى القلب، في حين جاءت منخفضة لدى مرضى ضغط الدم، ومرتفعة لدى مرضى السكري.

من خلال النتائج المتوصل إليها تم التوصل إلى عدم إتفاق كلي مع ما جاءت به دراسة "Hunberg" (2002)، بأنه لا توجد علاقة بين الأنماط السلوكية (أ)، (ب) ونوعية الحياة لدى مرضى ضغط الدم، كما توافقت النتائج المتحصل عليها جزئيا مع دراسة "Green Woold" (2012) في شقها بأنه توجد علاقة بين السلوكي (أ) ونوعية الحياة، وهذا لدى مرضى القلب، وهذا ما تأكد كذلك في دراسة كل من "Magilay" (2012) على مرضى ضغط الدم، كما نجد دراسة "Bat,C" (2007)، وكذلك لدى مرضى القلب إلا في جزئها المتعلق بعلاقة الأنماط السلوكية (أ) (ب) ونوعية مجال الإستقلال، ونوعية مجال المعتقدات الدينية، وفي دراسة "James Nelson" (2002)، تأكد التوافق كلي مع ما توصلنا إليه مع مرضى ضغط الدم في علاقة الأنماط السلوكية (أ) (ب) ونوعية الحياة، إلا في نوعية المجال الإستقلال، ومجال المعتقدات الدينية، كما توافقت النتائج المتوصل إليها جزئيا مع دراسة "Karen,D" (2007)، التي أكدت على وجود علاقة بين النمط السلوكي (أ) ونوعية الحياة، وعلاقة بين النمط السلوكي (ب) ونوعية الحياة، لدى مرضى القلب، وهذا تم التوصل إليه في دراسة كل من "Senday" (2003)، و"Kendy's" (2002).

ويمكن تفسير هذه النتيجة من خلال ما ذكره "carver & scheier" أن الفرد يتسم بالإستعداد، وغالبا ما يمتلك الوسائل للتعامل مع المواقف القاسية، مقارنة بالذين يفتقدونها. (علي عسكر، 2003)، وهذا يعبر أن ذوي النمط السلوكي (أ) يكونون في حالة إستشارة إنفعالية، يريدون بها تغيير الواقع، مما يسبب لهم إرهاق وتعب نتيجة مقاومة الظروف التي يكونون فيها وليس بالضرورة أن تكون تلك الظروف قاهرة، عكس ذوي النمط السلوكي (ب) الذي يستقبل فقط ويتلقى ما أتته من الخارج دون محاولة تغيير ذلك الواقع، وهذا مع إضافة المرض الذي هو منهك على المستوى الجسدي، والنفسي، والبيئة بكل مكوناتها التي توجد في مجتمعنا تعبر عن المعانات نتيجة إفتقاد ربما أبسط الضروريات، وحتى التي قد ترفه عن الإنسان نتيجة العجز، حيث أن الذين يعانون صحيا من الأمراض المزمنة يظهرون مستويات منخفضة، وهذا رغم الاختلاف بين المفهوم الذاتي والمفهوم الموضوعي، إلا أن المرض يلعب دورا مهما في هذا الموضع، إضافة إلى عامل إدراك الفرد لمكانته في الحياة وسياق ثقافته، وقيمه وأهدافه وتوقعاته ومعايير، ولا بشك أن ذلك الإدراك تدخل فيه متغيرات السلوكية مثل سلوكيات النمط (أ)، وسلوكيات النمط (ب)، المرتبطة بالأحداث اليومية، وكذلك الأداء الفيزيولوجي الذي يجمع بين سمات أو

خصائص أجهزة متعددة عصبية ونفسية ومناعية، وكذلك سلوكية، وخاصة أن مرضى القلب والمرضى المزمنين، يعبر عن ذلك الإنهاك الجسدي، وهذا ما يعبر عنه المجال الجسمي، من خلال مكوناته (الأم، الطاقة، قلة النوم)، وهذا ما يتناسب مع كل من مرضى السكري، وضغط الدم، وهذا ما ينعكس على أدائهم، لأن الجسم لا يلي المتطلبات السلوكية للفرد.

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع العديد من الدراسات التي أوضحت مدى انتشار سلوكيات النمط (أ)، والنمط (ب) الذي المرضى المزمنين بصفة عامة، ومرضى القلب، والضغط بصفة خاصة، حيث تشير الدراسات الطبية والسيكوسوماتية إلى جميع حالات ارتفاع الضغط الدموي، ترجع إلى عوامل نفسية، وقد تبين أن السلوكيات التي يستخدمها الفرد بشكل مستمر تؤدي كذلك إلى مرض القلب، إلا أن المرض في حد ذاته لا يترك للفرد الحصول على تقدير جيد لنوعية الحياة من خلال الحفاظ على تقييمات إيجابية نحو الذات ونحو البيئة التي قد تعاني صراعات ونزعات ومشاكل تجعل الفرد عاجزاً أمامها، مهما كانت الأساليب والتقييمات التي يستند عليها وبخصوص العلاقة بين الأنماط السلوكية (أ، ب) ونوعية العلاقات الاجتماعية، يرى الباحث أن أسلوب تفكير الفرد وتفسيره لسلك المحيطين به والمواقف التي يمر بها تؤثر بشكل رئيسي في كيفية بناء علاقاته مع الآخرين وبالتالي، فإن الخصائص التي يتميز بها ذوي النمط (أ) من عدائية، وسرعة نفاذ الصبر والغضب، وإلحاح وضغط الوقت كلها عوامل مؤثرة في إقامة علاقات جيدة، وهو يعتبر فرد غير مهياً لإقامة علاقات، عكس ذوي النمط السلوكي (ب) الذي هو عكس خصائص النمط (أ)، من عدم الغضب، وعدم الشعور بضغط الوقت، والشعور التام بالراحة، وطلب المساعدة من الآخرين، فطبيعي جيداً أن نتوصل إلى نتيجة إلى أن ذوي النمط السلوكي (ب) يشعرون بنوعية علاقات جيدة، خاصة وأن المرض المزمن له تأثيرات عميقة على نفسية وحياة الفرد وبالتالي يحتاج الفرد إلى علاقات اجتماعية كعامل مساند، في التخفيف عليه من حدة المرض، على عكس النمط (أ)، وهذا ما أوضح "Kirkaladyeta" (2002) بأن ذوي النمط السلوكي (أ) يكون لديهم الرضا عن العمل مرتبط إلى حد كبير بأسلوبهم في الضبط والتحكم الذي يحمل طابع الاعتماد على القرارات الذاتية، وعدم الثقة بالآخرين. (هدى عبد الرحمان أمد مشاط، بدون سنة)

كما يمكن تفسير العلاقة والفروق الموجودة بين الأنماط السلوكية (أ، ب) ونوعية الحياة البيئية من خلال ما جاء به "Shmied & lawler" (1986)، إلى أن النمط (أ) من السلوك يبرز لدى الأشخاص ذوي الحساسية للتحدي القادم من البيئة الفيزيائية أو الاجتماعية، وله عناصر أساسية مثل العداوة والقابلية للاستشارة (حمصة سيد يوسف، 1994) وعليه فإنه نتيجة هذه الحساسية فإنه يسعى أو ينتج ما يسمى بالتضخيم داخلي للرغبة في ضبط البيئة، وأي خلل في ضبط يجعله ينتقد تلك البيئة، خاصة وأنها في مجتمعنا متقلبة، ومتدنية، وليس لها معيار ثابت نحو الأعلى أو نحو الأسفل، خاصة وأن ذوي النمط السلوكي (أ) يرغبون بشدة في المثالية، وهذا ما ينتقد في بيئتنا، بالإضافة إلى عامل المرض الذي يحتاج إلى رعاية وظروف خاصة تساعد على أداءه اليومي، وهو كذلك ما يفتقده ذوي النمط السلوكي (ب)، لما يعود كذلك إلى البيئة، التي يعيش فيها الأفراد تتسم بالتغير وعدم الثبات، وأن السلوك المستخدم، يثبت عدم فعاليته.

كما أن هذه السلوكيات سواء كانت من النمط (أ) أو النمط (ب) ملموسة وإن كان بدرجات متفاوتة ويحدد هذا التفاوت، درجة تحضرنا وما نفرضه ذلك من تفاعل وكذلك ندرة الموارد، وشدة الصراع بجانب من تلك الموارد، ما يؤدي إلى كل فرد للاعتماد على مجموعة السلوكيات التي تؤثر بشكل أو بآخر في نوعية حياته سواء كان ذلك بإرادته أو غير إرادته، إلا أن هناك مضرات بيئية تساهم في إبراز وتأكيد نظريته المتدنية لنوعية البيئة.

كما يرى الباحث أن الأنماط السلوكية هي عملية عقلية معرفية، تتم داخل الإنسان تساعده في التفاعل والتعامل مع الآخرين، وتتأثر بطبيعة حياة الفرد التي يعيشها، وصحته ومرضه، وبالتالي فإن نوعية الحياة تتأثر بعوامل خارجية، وكذلك بعوامل ذاتية الفرد، حيث يذكر "Rogerson" (1999) بأن نوعية الحياة تتأثر وترتبط ببيئة الفرد والعوامل البيئية تعتبر من المحددات الأساسية لإدراك الفرد لنوعية الحياة التي يعيشه، كما أن تلك العلاقة بين النوعية وبيئة الفرد تتوسطها السلوكيات وسمات شخصية الفرد التي بنيت على مدركات متعددة ثقافية واجتماعية، وغير، ومن هنا يرى الباحث النمط السلوكي من العوامل المؤثرة على نوعية الحياة، فاتحاد النمط السلوكي، مع المرض وشدته يحددان نوعية الحياة لدى الفرد، فكلما كان هناك نوع من التشدد في ممارسة تلك السلوكيات تضاعفه شدة المرض مما ينعكس على نوعية حياة الفرد البيئة، فالمدرّك لخصائص كلا النمطين السلوكية يجد صعوبة في إدراك نوعية بيئة مرتفعة، فطبيعة سير المجتمع فيه الكثير من الشعبوية ولا معيارية في تسيير المجتمع، والتي تجعل الفرد سواء من النمط السلوكي (أ) أو (ب) يتخبط في مشاكل متعددة لا تنتهي ولا تنحصر في مجال معين، كما أن المرض يساهم في هذا الاختلاط والتخبط لأن المريض ليس مؤمن على نفسه وعلى جسمه، وكذا ضعف الرعاية الصحية، وغيرها من المشاكل التي تعترض المريض، والتي تجعله عاجز عن إدراكها وحلها، مهما كانت قدراته العقلية والمصرفية، وهذا ما يؤكد عليه "عكاشة وآخرون" (2010، ص8) إلى أن نوعية الحياة مفهوم يتأثر بجوانب متداخلة من النواحي الذاتية والموضوعية مرتبطة بالحالة الصحية والنفسية للفرد. إلا أن هذه العلاقة لم تظهر في كل مجالات نوعية الحياة، لأن الأنماط السلوكية تعتبر عملية ذهنية عقلية لا تدخل في تقييم الفرد لنفسه، بل قدرته على التكيف والتفاعل مع الآخرين وحسن التصرف في المواقف المختلفة، وهذا يعتمد بالدرجة الأولى على مهاراته وخبراته، وكَم المعلومات والتوقعات التي حصدها خلال حياته قبل المرض وبعد المرض، وفي هذا الصدد يذكر "جمعة السيد يوسف" (1994) أن هناك صعوبات اجتماعية يعاني منها أصحاب النمط السلوكي (أ) لمقارنة بالنمط (ب)، عندما تسيطر عليهم الحالة الوجدانية المرتبطة بهذا النمط، ويضيف "Allen" (1990) أن الدراسات تشير إلى أن أصحاب النمط (أ) سريعو الغضب، وهذا الغضب الحاد له انعكاسات سيئة على ذات الفرد وعلى التعبير عن انفعالات نحو المواقف التي يتعرض لها، ويكون له نتائج سيئة على كثير من متغيرات حياة الفرد الاجتماعية، ومنها العلاقات الاجتماعية، الممثلة في القدرة على التعامل الإيجابي في المواقف الاجتماعية المختلفة.

(أحمد سعيدان مهدي العازمي، 2014)

وتعزيزا لما ذكر سابقا، فيمكن أن نتطرق إلى ما ذكره "Good. D" (1994) في أن نوعية الحياة هي نتاج تفاعلات فريدة بين الفرد والمواقف الحياتية الخاصة، وعرفها بأنها درجة استمتاع الفرد بإمكانياته الهامة في حياته، أو بصورة أخرى، إلى أي حد يرى الفرد حياته جيدة، ويضيف "Good" أن البعض يرى أن نوعية الحياة مفهوم يعكس مواقف الحياة المرغوبة لدى الفرد في ثلاث مجالات رئيسة للحياة، هي الحياة الأسرية والاجتماعية، المهنة أو العمل، والصحة ويعتمد هذا الحكم على الإدراك الذاتي للفرد، مواقف الحياة الموضوعية، وإدراك الآخرين المهمين للفرد. (سامي محمد موسى هاشم، 2001، ص49)

ومن خلال ما ذكر فإن تقييم نوعية الحياة لتميل إلى الذاتية، لأن تعريفها يتم وفق منظور الفرد، وللخبرة وللتقييم الذاتية، لدى فإن كل من النمط السلوكي (أ) وذوي النمط السلوكي (ب) يدخلون ضمن هذا الإطار في عملية تقييم لنوعية حياتهم، من خلال التفاعل الموجود مع المعتقدات السلوكية، وكذلك الجوانب الصحية، والعلائقية، التي لها دور كبير في تحديد نوعية الحياة ومستواها.

وفي الأخير، وبعد تحليل ومناقشة النتائج المتوصل إليها فإننا نقبل فرضية البحث بشكل جزئي، كما نقبل بالفرضية الصفيرية في جزئها المتعلق بأنه لا توجد علاقة بين الأنماط السلوكية (أ) (ب)، نوعية الحياة (مجال الإستقلال، ومجال المعتقدات الدينية) لدى المرضى المزمنين، وضغط الدم، والسكري، وكذلك في جزئها المتعلق بأنه لا توجد علاقة بين المتغيرين في مجال العلاقات الاجتماعية لدى كل من المرضى المزمنين، وكذلك لدى مرضى القلب.

03.01. عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الثالثة:

" توجد علاقة بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مستخدمي أساليب التعامل مع الضغط النفسي المركزة على المشكل وعلى الإنفعال و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) في نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري). "

وللتحقق من صحة هذه الفرضية، والتي هي مجزأة إلى أربعة (04) فرضيات، حيث يتم حساب كل مرض على حدا، والمرضى المزمنين مجتمعين، وعليه تم استخدام معامل ارتباط cramer لفحص العلاقة الارتباطية، وكذلك الفروق باستخدام k^2 وهذا للمقارنة بين الدرجات التي تحصل عليها الباحثين على مقياس أساليب التعامل مع الضغط النفسي ، وبين الدرجات التي حصلوا عليها على مقياس نوعية الحياة ، حيث تحصلنا على النتائج التالية:

الجدول رقم (46): يوضح معامل الارتباط والفروق بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) في أساليب التعامل مع الضغط النفسي المركزة على المشكل و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) في نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين.

أساليب التعامل المركزة على المشكل	مرتفع	متوسط	مرتفع	متوسط	cramer	K2	مستوى الدلالة	القرار
المجال الجسدي	منخفض	71	23	12	106	0.31	0.01	دال
	متوسط	83	32	27	142			
	مرتفع	71	23	35	129			
	المجموع	225	78	74	377			
المجال النفسي	منخفض	73	21	12	106	0.041	0.865	غ دال
	متوسط	100	28	14	142			
	مرتفع	87	31	11	129			
	المجموع	260	80	37	377			
المجال الاجتماعي	منخفض	47	21	38	106	0.074	3.83	غ دال
	متوسط	72	30	40	142			
	مرتفع	51	32	46	129			
	المجموع	170	83	124	377			
المجال العلاقات الاجتماعية	منخفض	59	21	26	106	0.23	0.01	دال
	متوسط	57	24	61	142			
	مرتفع	47	25	57	129			
	المجموع	163	70	144	377			
المجال البيئية	منخفض	28	59	19	106	0.25	0.01	دال
	متوسط	28	94	20	142			
	مرتفع	95	19	15	129			
	المجموع	151	172	54	377			
المجال المعتقدات الدينية	منخفض	21	53	32	106	0.05	7.78	غ دال
	متوسط	34	64	44	142			
	مرتفع	25	58	46	129			
	المجموع	80	175	122	377			
نوعية الحياة العامة، والصحة العامة	منخفض	39	22	45	106	0.06	0.59	غ دال
	متوسط	53	34	55	142			
	مرتفع	41	38	50	129			
	المجموع	133	94	150	377			

نلاحظ من خلال الجدول رقم(46)توجد علاقة بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) وأساليب التعامل المركزة على المشكل و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) المجال الجسدي، حيث بلغ معامل الارتباط (0.31=cramer)، وهذا ما توافق كذلك مع معامل الارتباط لدلالة الفروق بإستخدام (19.699 =k2) وكلاهما دال عند مستوى الدلالة (0.01)، ونلاحظ أن المنخفضين في أساليب التعامل المركزة على المشكل إرتبطوا بإنخفاض مستوى المجال الجسدي ب (71) فردا من أصل (106) من مرضى المزمنين، وبالنسبة لمتوسطي الإستخدم لأساليب التعامل المركزة على المشكل، فقد إرتبطوا أكثر بنوعية حياة منخفضة في المجال الجسدي

حيث إرتبط (83) من أصل (142) فردا من مرضى المزمنين، في حين أن مرتفعي الإستخدام لأساليب التعامل المركزة على المشكل إرتبطوا بنوعية حياة منخفضة في المجال الجسمي، وهذا بـ(71) من أصل (129) من مرضى المزمنين، وتم التوصل كذلك إلى أنه لا توجد علاقة بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل المركزة على المشكل و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجال النفسي، حيث بلغ معامل الارتباط ($0.04 = \text{cramer}$)، وهذا ما توافق كذلك مع معامل الارتباط لدلالة الفروق بإستخدام ($1.281 = k^2$) وكلاهما غير دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وتبين كذلك بأنه لا توجد علاقة بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) وأساليب التعامل المركزة على المشكل و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجال الإستقلال، حيث بلغ معامل الارتباط ($0.074 = \text{cramer}$)، وكذلك مع معامل الارتباط لدلالة الفروق بإستخدام ($4.175 = k^2$) وكلاهما غير دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وأظهرت عملية تحليل النتائج بأنه توجد علاقة بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل المركزة على المشكل و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجال العلاقات الإجتماعية، حيث بلغ معامل الارتباط ($0.23 = \text{cramer}$)، وهذا ما توافق كذلك مع معامل الارتباط لدلالة الفروق بإستخدام ($13.065 = k^2$) وكلاهما دال عند مستوى الدلالة (0.01)، ونلاحظ أن المنخفضين في أساليب التعامل المركزة على المشكل إرتبطوا بإنخفاض مستوى مجال العلاقات الإجتماعية بـ (59) فردا من أصل (106) من مرضى المزمنين، وبالنسبة لمتوسطي الإستخدام لأساليب التعامل المركزة على المشكل، فقد إرتبطوا أكثر بنوعية حياة مرتفعة في مجال العلاقات الإجتماعية حيث إرتبط (61) من أصل (142)، وكذلك بنوعية حياة مرتفعة بـ(57) فردا من مرضى المزمنين، في حين أن مرتفعي الإستخدام لأساليب التعامل المركزة على المشكل إرتبطوا بنوعية حياة مرتفعة في المجال العلاقات الإجتماعية، وهذا بـ(57)، كذلك بنوعية حياة منخفضة بـ(47) من أصل (129) من مرضى المزمنين، ومن خلال تحليل النتائج تم التوصل إلى وجود علاقة وفروق بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل المركزة على المشكل و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجال البيئة، حيث بلغ معامل الارتباط ($0.25 = \text{cramer}$)، وهذا ما توافق كذلك مع معامل الارتباط لدلالة الفروق بإستخدام ($21.904 = k^2$) وكلاهما دال عند مستوى الدلالة (0.01)، ونلاحظ أن المنخفضين في أساليب التعامل المركزة على المشكل إرتبطوا بمستوى متوسط في مجال البيئة بـ (59) فردا من أصل (106) من مرضى المزمنين، وبالنسبة لمتوسطي الإستخدام لأساليب التعامل المركزة على المشكل، فقد إرتبطوا أكثر بنوعية حياة متوسطة في المجال البيئي حيث إرتبط (84) من أصل (142) فردا من مرضى المزمنين، في حين أن مرتفعي الإستخدام لأساليب التعامل المركزة على المشكل إرتبطوا بنوعية حياة منخفضة في مجال البيئة، وهذا بـ(95) من أصل (129) من مرضى المزمنين، وأظهرت النتائج بأنه لا توجد علاقة بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) وأساليب التعامل المركزة على المشكل و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجال المعتقدات الدينية، حيث بلغ معامل الارتباط ($0.05 = \text{cramer}$)، وهذا ما توافق كذلك مع معامل الارتباط لدلالة الفروق بإستخدام ($1.880 = k^2$) وكلاهما غير دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وهذا ما تم التوصل إليه بخصوص العلاقة والفروق بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) وأساليب التعامل المركزة على المشكل و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجال نوعية الحياة

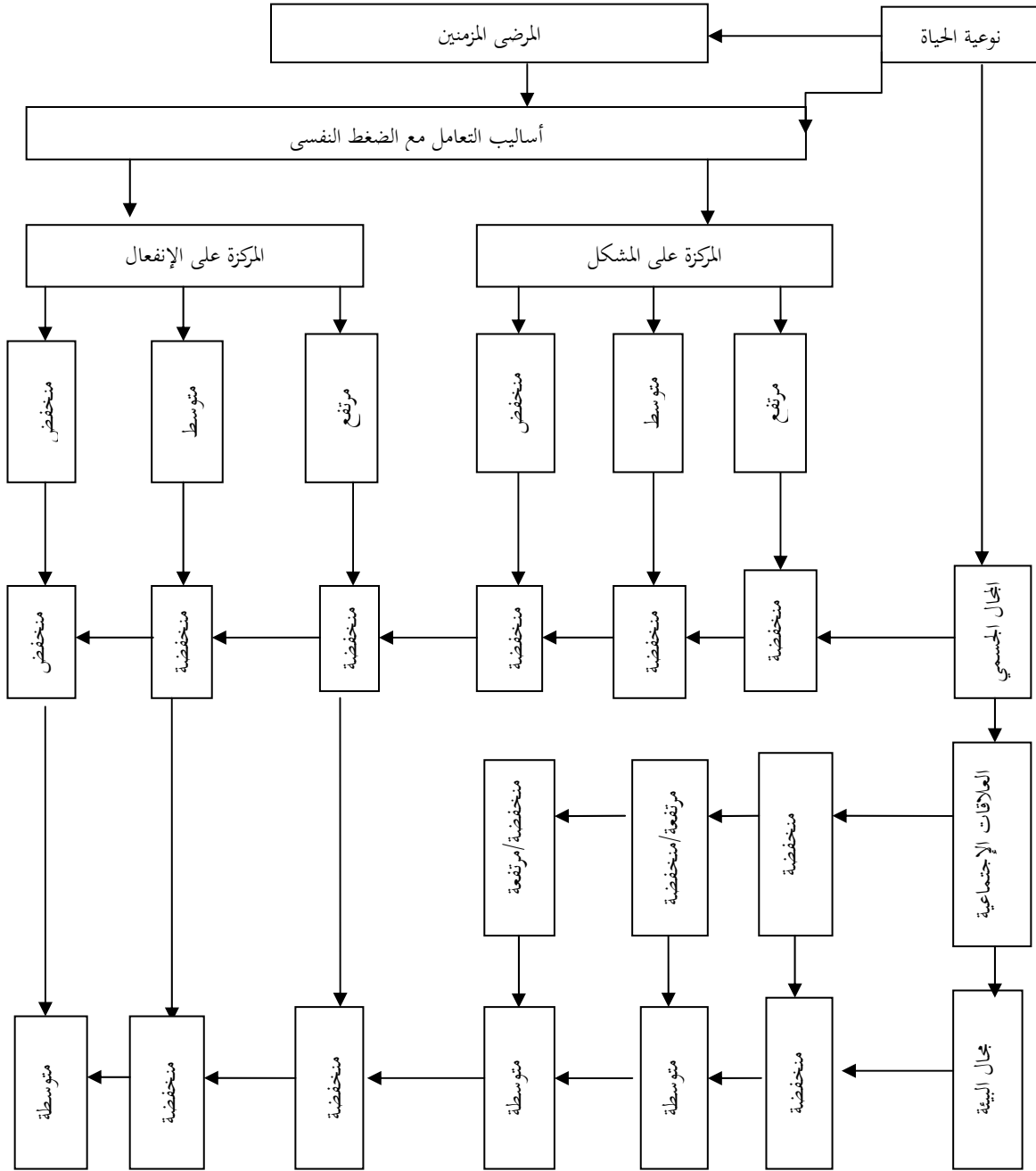
العامة والصحة العامة حيث بلغ معامل الارتباط ($0.06 = \text{cramer}$)، وهذا ما توافق كذلك مع معامل الارتباط لدلالة الفروق بإستخدام ($2.804 = k2$) وكلاهما غير دال عند مستوى الدلالة (0.01).
الجدول رقم (47): يوضح معامل الارتباط والفروق بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) في أساليب التعامل مع الضغط النفسي المركزة على الإنفعال و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) في نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين.

أساليب التعامل المركزة على الإنفعال	منخفض	متوسط	مرتفع	متوسط	مرتفع	منخفض	cramer	K2	مستوى الدلالة	القرار
المجال الجسدي	منخفض	76	82	17	20	119	0.32	11.538	0.05	دال
	متوسط	23	76	23	23	122				
	مرتفع	38	67	38	31	136				
	المجموع	225	225	78	74	377				
المجال النفسي	منخفض	88	83	29	07	119	0.095	6.762	0.149	غ دال
	متوسط	24	88	24	10	122				
	مرتفع	27	89	27	20	136				
	المجموع	260	260	80	37	377				
المجال الاستقلالية	منخفض	58	54	27	38	119	0.03	0.775	9.44	غ دال
	متوسط	25	58	25	39	122				
	مرتفع	31	58	31	47	136				
	المجموع	170	170	83	124	377				
مجال العلاقات الاجتماعية	منخفض	49	50	24	45	119	0.053	2.156	0.707	غ دال
	متوسط	21	49	21	52	122				
	مرتفع	25	64	25	47	136				
	المجموع	163	163	70	144	377				
مجال البيئة	منخفض	67	16	91	12	119	0.39	28.026	0.01	دال
	متوسط	34	67	34	21	122				
	مرتفع	31	90	31	15	136				
	المجموع	173	173	156	48	377				
مجال المعتقدات الدينية	منخفض	27	24	60	35	119	0.041	1.277	8.65	غ دال
	متوسط	53	27	53	42	122				
	مرتفع	62	29	62	45	136				
	المجموع	80	80	175	122	377				
نوعية الحياة العامة، والصحة العامة	منخفض	41	38	28	53	119	0.068	3.474	0.482	غ دال
	متوسط	30	41	30	51	122				
	مرتفع	36	54	36	46	136				
	المجموع	133	133	94	150	377				

بعد عرض النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم (47) تبين بأنه توجد علاقة بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل المركزة على الإنفعال و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجال الجسدي، حيث بلغ معامل الارتباط ($0.32 = \text{cramer}$)، وهذا ما توافق كذلك مع معامل الارتباط لدلالة الفروق بإستخدام ($k2 =$

11.538) وكلاهما دال عند مستوى الدلالة (0.01)، ونلاحظ أن المنخفضين في أساليب التعامل المركزة على الإنفعال ارتبطوا بإنخفاض مستوى المجال الجسمي بـ (82) فردا من أصل (119) من مرضى المزمين، وبالنسبة لمتوسطي الاستخدام لأساليب التعامل المركزة على الإنفعال، فقد إرتبطوا أكثر بنوعية حياة منخفضة في المجال الجسمي حيث إرتبط (76) من أصل (122) فردا من مرضى المزمين، في حين أن مرتفعي الاستخدام لأساليب التعامل المركزة على الإنفعال إرتبطوا بنوعية حياة منخفضة في المجال الجسمي، وهذا بـ (67) من أصل (136) من مرضى السكري، وتم التوصل إلى أنه لا توجد علاقة بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل المركزة على الإنفعال و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجال النفسي، حيث بلغ معامل الارتباط (0.095=cramer)، وهذا ما توافق كذلك مع معامل الارتباط لدلالة الفروق بإستخدام ($k^2 = 6.762$) وكلاهما غير دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التوصل إلى أنه لا توجد علاقة وفروق بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل المركزة على الإنفعال و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجال الإستقلال، حيث بلغ معامل الارتباط (0.03=cramer)، وبلغ معامل الارتباط لدلالة الفروق ($k^2 = 0.775$) وكلاهما غير دال عند مستوى الدلالة (0.01)، كما تم الإدراك بأنه لا توجد علاقة بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل المركزة على الإنفعال و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجال العلاقات الإجتماعية، حيث بلغ معامل الارتباط (0.53=cramer)، وهذا ما توافق كذلك مع معامل الارتباط لدلالة الفروق بإستخدام ($k^2 = 2.156$) وكلاهما غير دال عند مستوى الدلالة (0.01)، ومن خلال تحليل النتائج تم التوصل إلى أنه توجد علاقة بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل المركزة على الإنفعال و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجال البيئة، حيث بلغ معامل الارتباط (0.39=cramer)، وهذا ما توافق كذلك مع معامل الارتباط لدلالة الفروق بإستخدام ($k^2 = 28.026$) وكلاهما دال عند مستوى الدلالة (0.01)، ونلاحظ أن المنخفضين في أساليب التعامل المركزة على الإنفعال إرتبطوا بمستوى متوسط في مجال البيئة بـ (91) فردا من أصل (119) من مرضى المزمين، وبالنسبة لمتوسطي الاستخدام لأساليب التعامل المركزة على الإنفعال، فقد إرتبطوا أكثر بنوعية حياة منخفضة في مجال البيئة حيث إرتبط (67) من أصل (122) فردا من مرضى المزمين، في حين أن مرتفعي الاستخدام لأساليب التعامل المركزة على الإنفعال إرتبطوا بنوعية حياة منخفضة في مجال البيئة، وهذا بـ (90)، ومتوسطة بـ (31) من أصل (136) من مرضى المزمين، وعلى ما ذكر سابقا توصلت نتائج البحث من خلال تحليل النتائج إلى أنه لا توجد علاقة بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل المركزة على الإنفعال و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجال المعتقدات الدينية، حيث بلغ معامل الارتباط (0.041=cramer)، وبلغ معامل الارتباط لدلالة الفروق بإستخدام ($k^2 = 1.277$) وكلاهما غير دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التوصل إلى أنه لا توجد علاقة بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل المركزة على الإنفعال و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجال نوعية الحياة العامة والصحة العامة، حيث بلغ معامل الارتباط (0.06=cramer)، وهذا ما توافق كذلك مع معامل الارتباط لدلالة الفروق بإستخدام ($k^2 = 3.474$) وكلاهما غير دال عند مستوى الدلالة (0.01).

الشكل رقم (20) يبين الفروق والعلاقة بين أساليب التعامل مع الضغط النفسي ونوعية الحياة لدى المرضى المزمنين.



يلاحظ من الشكل، بأن المرضى المزمنين، سوا اعتمدوا على استخدام الأساليب المركزة على المشكل أو على الانفعال، فإنهم يشعرون بنوعية حياة جسمية منخفضة، أما بخصوص العلاقة الاجتماعية، فقد تبين بأن ذوي المنخفضين والمتوسطين في استخدام الأساليب المركزة على المشكل بأنهم يشعرون بانخفاض وإرتفاع العلاقات الاجتماعية، في حين ينزع ذوي الاستخدام المرتفع، لأساليب على المركزة على المشكل، إلى الإحساس بنوعية علاقات منخفضة على العموم.

الجدول رقم (48): يوضح معامل الارتباط والفروق بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) في أساليب التعامل مع الضغط النفسي المركزة على المشكل و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) في نوعية الحياة لدى مرضى القلب.

أساليب التعامل المركزة على المشكل	منخفض	متوسط	مرتفع	المجموع	cramer	K2	مستوى الدلالة	القرار
الجال الجسمي	منخفض	13	07	23	0.14	4.640	0.326	غ دال
	متوسط	19	10	40				
	مرتفع	27	09	55				
	المجموع	59	26	118				
الجال النفسي	منخفض	16	06	23	0.093	2.048	0.727	غ دال
	متوسط	25	10	40				
	مرتفع	31	18	55				
	المجموع	72	34	118				
الجال الإستقلالية	منخفض	13	04	23	0.18	7.936	0.094	غ دال
	متوسط	29	09	40				
	مرتفع	34	16	55				
	المجموع	76	29	118				
الجال العلاقات الإجتماعية	منخفض	18	03	23	0.33	24.047	0.01	دال
	متوسط	14	06	40				
	مرتفع	14	12	55				
	المجموع	46	21	118				
الجال البيئية	منخفض	05	02	23	0.40	42.812	0.01	دال
	متوسط	05	09	40				
	مرتفع	35	10	55				
	المجموع	45	21	118				
الجال المعتقدات الدينية	منخفض	03	12	23	0.07	1.379	0.84	غ دال
	متوسط	09	21	40				
	مرتفع	09	29	55				
	المجموع	21	62	118				
نوعية الحياة العامة، والصحة العامة	منخفض	02	01	23	0.31	13.351	0.01	دال
	متوسط	07	13	40				
	مرتفع	32	11	55				
	المجموع	41	25	118				

يتبين من الجدول رقم(48) بأنه لا توجد علاقة بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) وأساليب التعامل المركزة على المشكل و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) الجال الجسمي، حيث بلغ معامل الارتباط ($0.14 = \text{cramer}$)، وهذا ما توافق كذلك مع معامل الارتباط لدلالة الفروق بإستخدام ($k2 = 4.640$) وكلاهما غير دال عند مستوى الدلالة (0.01)، كما تم التحقق من عدم وجود علاقة وفروق بين (منخفضي،

متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل المركزة على المشكل و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجال النفسي، حيث بلغ معامل الارتباط ($cramer=0.093$)، وهذا ما توافق كذلك مع معامل الارتباط لدلالة الفروق باستخدام ($k2=2.048$) وكلاهما غير دال عند مستوى الدلالة (0.01)، كما تأكد عدم وجود علاقة وفروق علاقة بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) وأساليب التعامل المركزة على المشكل و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجال الاستقلال، حيث بلغ معامل الارتباط ($cramer=0.18$)، وهذا ما توافق كذلك مع معامل الارتباط لدلالة الفروق باستخدام ($k2=7.936$) وكلاهما غير دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وأظهر تحليل النتائج بأنه توجد علاقة بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل المركزة على المشكل و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجال العلاقات الاجتماعية، حيث بلغ معامل الارتباط ($cramer=0.33$)، وهذا ما توافق كذلك مع معامل الارتباط لدلالة الفروق باستخدام ($k2=24.047$) وكلاهما دال عند مستوى الدلالة (0.01)، ونلاحظ أن المنخفضين في أساليب التعامل المركزة على المشكل إرتبطوا بإنخفاض مستوى مجال العلاقات الاجتماعية بـ (18) فردا من أصل (23) من مرضى القلب، وبالنسبة لمتوسطي الاستخدام لأساليب التعامل المركزة على المشكل، فقد إرتبطوا أكثر بنوعية حياة مرتفعة في مجال العلاقات الاجتماعية حيث إرتبط (20) من أصل (40) فردا من مرضى القلب، في حين أن مرتفعي الاستخدام لأساليب التعامل المركزة على المشكل إرتبطوا بنوعية حياة مرتفعة في المجال العلاقات الاجتماعية، وهذا بـ (29) من أصل (55) من مرضى القلب، وتبين كذلك بأنه توجد علاقة بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل المركزة على المشكل و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجال البيئة، حيث بلغ معامل الارتباط ($cramer=0.40$)، وهذا ما توافق كذلك مع معامل الارتباط لدلالة الفروق باستخدام ($k2=42.812$) وكلاهما دال عند مستوى الدلالة (0.01)، ونلاحظ أن المنخفضين في أساليب التعامل المركزة على المشكل إرتبطوا بمستوى مرتفع في مجال البيئة بـ (16) فردا من أصل (23) من مرضى القلب، وبالنسبة لمتوسطي الاستخدام لأساليب التعامل المركزة على المشكل، فقد إرتبطوا أكثر بنوعية حياة مرتفعة في مجال البيئة حيث إرتبط (26) من أصل (40) فردا من مرضى القلب، في حين أن مرتفعي الاستخدام لأساليب التعامل المركزة على المشكل إرتبطوا بنوعية حياة منخفضة في مجال البيئة، وهذا بـ (35) من أصل (55) من مرضى السكري، وعلى العكس تماما تبين من خلال تحليل العلاقة الفروق بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) وأساليب التعامل المركزة على المشكل و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجال المعتقدات الدينية، بأنه لا توجد علاقة، حيث بلغ معامل الارتباط ($cramer=0.07$)، كما لا توجد فروق، حيث بلغ معامل ($k2=1.379$) وكلاهما غير دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وأقرت نتائج البحث بوجود علاقة وفروق بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) وأساليب التعامل المركزة على المشكل و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجال نوعية الحياة العامة والصحة العامة، حيث بلغ معامل الارتباط ($cramer=0.31$)، وهذا ما توافق كذلك مع معامل الارتباط لدلالة الفروق باستخدام ($k2=13.351$) وكلاهما دال عند مستوى الدلالة (0.01)، ونلاحظ أن المنخفضين في أساليب التعامل المركزة على الإنفعال إرتبطوا بمستوى مرتفع في مجال نوعية الحياة العامة والصحة العامة بـ (20) فردا من أصل (23) من مرضى القلب، وبالنسبة لمتوسطي الاستخدام

لأساليب التعامل المركزة على الإنفعال، فقد إرتبطوا أكثر بإرتفاع في مجال نوعية الحياة العامة والصحة العامة حيث إرتبط (20) من أصل (40) فردا من مرضى القلب، في حين أن مرتفعي الإستخدام لأساليب التعامل المركزة على الإنفعال إرتبطوا بإنخفاض في مجال نوعية الحياة العامة والصحة العامة ، وهذا بـ(32) من أصل (55) من مرضى القلب.

الجدول رقم (49): يوضح معامل الارتباط والفروق بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) في أساليب التعامل مع الضغط النفسي المركزة على الإنفعال و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) في نوعية الحياة لدى مرضى القلب.

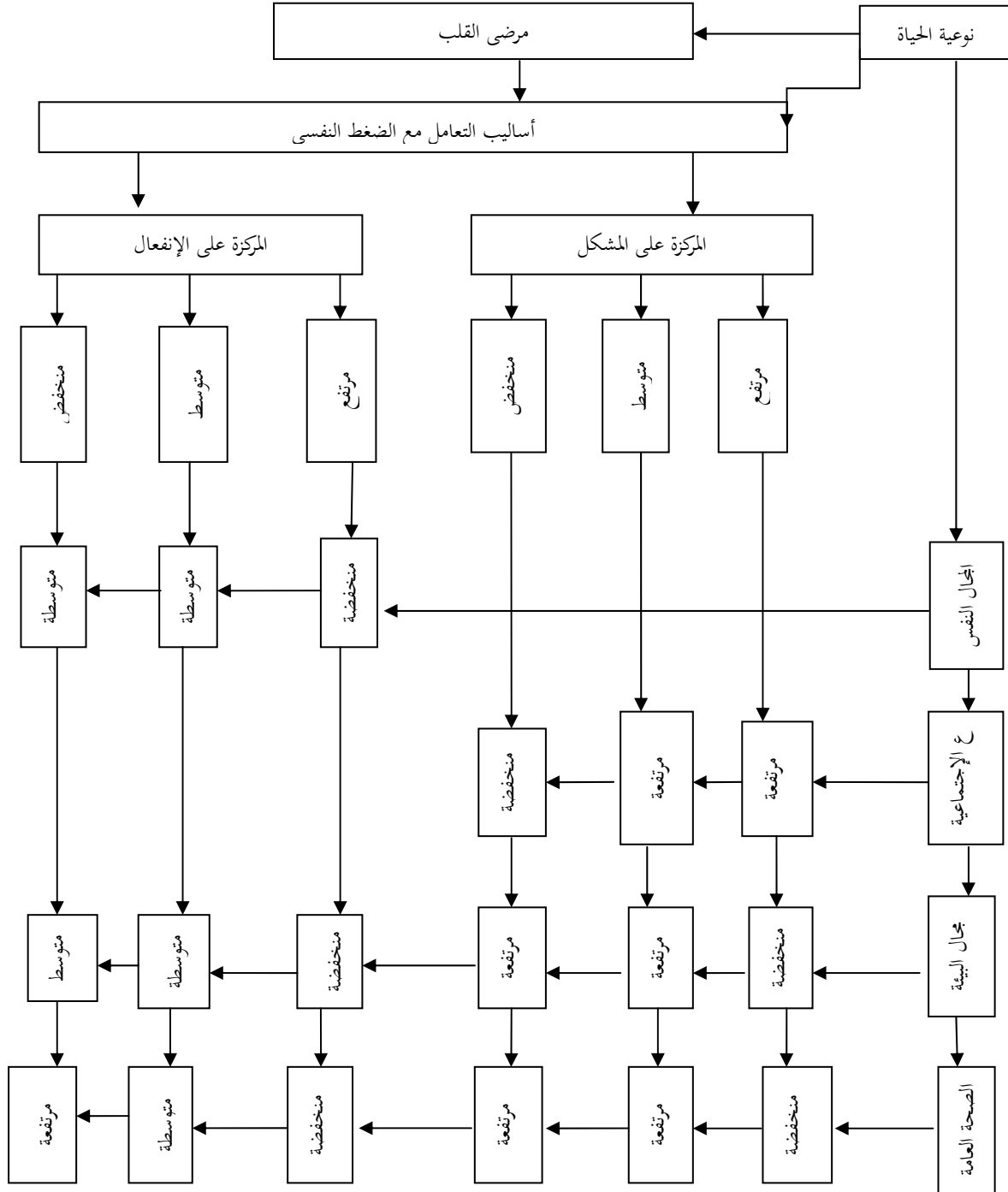
أساليب التعامل المركزة على الإنفعال	منخفض	متوسط	مرتفع	الجميع	cramer	K2	مستوى الدلالة	القرار
المجال الجسدي	منخفض	27	06	10	43	0.14	5.175	غ دال
	متوسط	14	07	09	30			
	مرتفع	18	13	14	45			
	المجموع	59	26	33	118			
المجال النفسي	منخفض	05	28	10	43	0.37	11.317	دال
	متوسط	02	21	07	30			
	مرتفع	29	11	05	45			
	المجموع	36	60	22	118			
المجال الإستقلالية	منخفض	33	08	02	43	0.16	6.194	غ دال
	متوسط	18	09	03	30			
	مرتفع	25	12	08	45			
	المجموع	76	29	13	118			
مجال العلاقات الإجتماعية	منخفض	18	07	18	43	0.11	3.064	غ دال
	متوسط	10	05	15	30			
	مرتفع	11	09	25	45			
	المجموع	39	21	58	118			
مجال البيئية	منخفض	07	24	12	43	0.28	19.354	دال
	متوسط	09	18	03	30			
	مرتفع	26	10	09	45			
	المجموع	42	52	24	118			
مجال المعتقدات الدينية	منخفض	07	24	12	43	0.16	6.493	غ دال
	متوسط	04	12	14	30			
	مرتفع	10	26	09	45			
	المجموع	21	62	35	118			
نوعية الحياة العامة، والصحة العامة	منخفض	13	06	24	43	0.30	12.606	دال
	متوسط	07	18	05	30			
	مرتفع	26	10	09	45			
	المجموع	46	34	38	118			

من خلال عرض النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم (49) تم التوصل إلى أنه لا توجد علاقة بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل المركزة على الإنفعال و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجال الجسدي، حيث بلغ معامل الارتباط ($0.14 = \text{cramer}$)، وهذا ما توافق كذلك مع معامل الارتباط لدلالة الفروق بإستخدام ($5.175 = k2$) وكلاهما غير دال عند مستوى الدلالة (0.01)، كما تم إدراك بأنه توجد

علاقة وفروق بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل المركزة على الإنفعال و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجال النفسي، حيث بلغ معامل الارتباط ($0.37 = \text{cramer}$)، وهذا ما توافق كذلك مع معامل الارتباط لدلالة الفروق بإستخدام ($11.317 = k2$) وكلاهما دال عند مستوى الدلالة (0.01)، ونلاحظ أن المنخفضين في أساليب التعامل المركزة على الإنفعال إرتبطوا بمتوسط مستوى المجال النفسي بـ (28) فردا من أصل (43) من مرضى القلب، وبالنسبة لمتوسطي الإستهلاك لأساليب التعامل المركزة على الإنفعال، فقد إرتبطوا أكثر بنوعية حياة متوسطة في المجال النفسي حيث إرتبط (21) من أصل (30) فردا من مرضى القلب، في حين أن مرتفعي الإستهلاك لأساليب التعامل المركزة على الإنفعال إرتبطوا بنوعية حياة منخفضة في المجال النفسي، وهذا بـ (29) من أصل (45) من مرضى القلب، وتم التوصل إلى أنه لا توجد علاقة بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل المركزة على الإنفعال و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجال الإستقلال، حيث بلغ معامل الارتباط ($0.16 = \text{cramer}$)، وهذا ما توافق كذلك مع معامل الارتباط لدلالة الفروق بإستخدام ($6.194 = k2$) وكلاهما غير دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وهذا ما توافق كذلك مع النتيجة السابقة، حيث تم التوصل إلى أنه لا توجد علاقة بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل المركزة على الإنفعال و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجال العلاقات الإجتماعية، حيث بلغ معامل الارتباط ($0.11 = \text{cramer}$)، وهذا ما توافق كذلك مع معامل الارتباط لدلالة الفروق بإستخدام ($3.064 = k2$) وكلاهما غير دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وتبين من خلال تحليل النتائج إلى أنه توجد علاقة بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل المركزة على الإنفعال و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجال البيئة، حيث بلغ معامل الارتباط ($0.28 = \text{cramer}$)، وهذا ما توافق كذلك مع معامل الارتباط لدلالة الفروق بإستخدام ($19.354 = k2$) وكلاهما دال عند مستوى الدلالة (0.01)، ونلاحظ أن المنخفضين في أساليب التعامل المركزة على الإنفعال إرتبطوا بمستوى متوسط في مجال البيئة بـ (24) فردا من أصل (43) من مرضى القلب، وبالنسبة لمتوسطي الإستهلاك لأساليب التعامل المركزة على الإنفعال، فقد إرتبطوا أكثر بنوعية حياة متوسطة في مجال البيئة حيث إرتبط (18) من أصل (30) فردا من مرضى القلب، في حين أن مرتفعي الإستهلاك لأساليب التعامل المركزة على الإنفعال إرتبطوا بنوعية حياة منخفضة في مجال البيئة، وهذا بـ (26) من أصل (45) من مرضى القلب، وعلى عكس ذلك تم التوصل إلى أنه لا توجد علاقة بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل المركزة على الإنفعال و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجال المعتقدات الدينية، حيث بلغ معامل الارتباط ($0.16 = \text{cramer}$)، وهذا ما توافق كذلك مع معامل الارتباط لدلالة الفروق بإستخدام ($6.493 = k2$) وكلاهما غير دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التوصل إلى أنه توجد علاقة بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل المركزة على الإنفعال و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجال نوعية الحياة العامة والصحة العامة، حيث بلغ معامل الارتباط ($0.30 = \text{cramer}$)، وهذا ما توافق كذلك مع معامل الارتباط لدلالة الفروق بإستخدام ($12.606 = k2$) وكلاهما دال عند مستوى الدلالة (0.01)، ونلاحظ أن المنخفضين في أساليب التعامل المركزة على الإنفعال إرتبطوا بمستوى مرتفع في مجال نوعية الحياة العامة والصحة العامة بـ (24)

فردا من أصل (43) من مرضى القلب، وبالنسبة لمتوسطي الاستخدام لأساليب التعامل المركزة على الإنفعال، فقد إرتبطوا أكثر بمستوى متوسط في مجال نوعية الحياة العامة والصحة العامة حيث إرتبط (18) من أصل (30) فردا من مرضى القلب، في حين أن مرتفعي الاستخدام لأساليب التعامل المركزة على الإنفعال إرتبطوا بإنخفاض في مجال نوعية الحياة العامة والصحة العامة ، وهذا ب(26) من أصل (45) من مرضى القلب.

الشكل رقم (21) يبين الفروق والعلاقة بين أساليب التعامل مع الضغط النفسي ونوعية الحياة لدى مرضى القلب.



يتبين من خلال هذا الشكل أن مرضى القلب ذوي الاستخدام لأساليب التعامل المركزة على المشكل، لأنهم يرتبطون بكل من مجال العلاقات الاجتماعية، وكذلك البيئة، ونوعية الحياة والصحة العامة، والملاحظة، في كل من البيئة ، والصحة العامة، بأنه كلما، كان الاستخدام منخفض ومتوسط ، كان هناك ارتفاع لنوعية الحياة

في هاذين المجالين، وكلما زاد إستخدام لهذه الأساليب يؤدي إلى إنخفاض مستوى الشعور بنوعية المجال البيئي والصحة العامة، في حين أنه في مجال العلاقات الاجتماعية، كلما استخدم حل المشكل بشكل متوسط ومرتفع ارتفعت العلاقات الاجتماعية، لأن الإعتماد على هذه الأساليب في التعامل مع المشكلات يؤدي إلى إتصال متواصل مع الآخرين ما ينعكس على إيجابية العلاقات الإجتماعية، أما بخصوص الأساليب المركزة على الانفعال، فقد تبين بأنه يكون هناك توسط في المجال النفسي كانت درجة استخدامهم له بشكل منخفض أو متوسط، لأن الفرد يكون في حالة إستشارة إنفعالية يضاف إليه المرض المزمن الذي يضعف القدرة الجسدية مما يؤثر بشكل واضح على الجانب النفسي، ولهذا لا يجب التماذي في الأساليب الإنفعالية لأنها تؤثر بشكل مباشر على الجانب النفسي، وهذا ما ينعكس كذلك على المجال البيئي، كما أن نظرة الفرد بشكل كل أو بتقييم شامل يرتبط بدرجة كبيرة في مدى وقوة وتكرار إستخدام الأساليب المركزة على الإنفعال.

الجدول رقم (50): يوضح معامل الارتباط والفروق بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) في أساليب التعامل مع الضغط النفسي المركزة على المشكل و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) في نوعية الحياة لدى مرضى ضغط الدم.

أُساليب التعامل المركزة على المشكل	منخفض	متوسط	مرتفع	مجموع	cramer	K2	الدالة مستوى	القرار
المجال الجسمي	منخفض	27	09	10	46	0.11	3.107	غ دال
	متوسط	26	06	06	38			
	مرتفع	26	07	04	37			
	المجموع	79	22	20	121			
المجال النفسي	منخفض	06	36	04	46	0.39	12.347	دال
	متوسط	26	07	05	38			
	مرتفع	22	07	08	37			
	المجموع	54	50	17	121			
المجال الإستقلالية	منخفض	35	05	06	46	0.12	3.532	غ دال
	متوسط	24	06	08	38			
	مرتفع	22	04	11	37			
	المجموع	81	15	25	121			
مجال العلاقات الإجتماعية	منخفض	26	09	11	46	0.23	13.602	دال
	متوسط	22	04	12	38			
	مرتفع	08	10	19	37			
	المجموع	56	23	42	121			
مجال البيئية	منخفض	05	11	30	46	0.29	12.274	دال
	متوسط	05	07	26	38			
	مرتفع	27	05	05	37			
	المجموع	37	23	61	121			
مجال المعتقدات الدينية	منخفض	10	20	16	46	0.14	4.935	غ دال
	متوسط	06	20	12	38			
	مرتفع	09	10	18	37			
	المجموع	25	50	46	121			
نوعية الحياة العامة، والصحة العامة	منخفض	26	11	09	46	0.20	9.896	دال
	متوسط	24	08	06	38			
	مرتفع	12	18	07	37			
	المجموع	62	37	22	121			

نلاحظ من خلال الجدول رقم(50) بأنه لا توجد علاقة وفروق بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) وأساليب التعامل المركزة على المشكل و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) المجال الجسمي، حيث بلغ معامل الارتباط ($0.11 = \text{cramer}$)، وهذا ما توافق كذلك مع معامل الارتباط لدلالة الفروق بإستخدام ($k2 = 3.107$) وكلاهما غير دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التوصل إلى أنه توجد علاقة بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل المركزة على المشكل و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجال النفسي، حيث بلغ معامل

الإرتباط ($0.39 = \text{cramer}$)، وهذا ما توافق كذلك مع معامل الإرتباط لدلالة الفروق بإستخدام ($k^2 = 12.347$) وكلاهما دال عند مستوى الدلالة (0.01)، ونلاحظ أن المنخفضين في أساليب التعامل المركزة على المشكل إرتبطوا بنوعية حياة متوسطة في مستوى المجال النفسي ب (36) فردا من أصل (46) من مرضى ضغط الدم، وبالنسبة لمتوسطي الإستخدام لأساليب التعامل المركزة على المشكل، فقد إرتبطوا أكثر بنوعية حياة منخفضة في المجال النفسي حيث إرتبط (26) من أصل (38) فردا من مرضى ضغط الدم ، في حين أن مرتفعي الإستخدام لأساليب التعامل المركزة على المشكل إرتبطوا بنوعية حياة منخفضة في المجال النفسي، وهذا ب (22) من أصل (37) من مرضى ضغط الدم، ومن خلال تحليل النتائج تم التوصل إلى أنه لا توجد علاقة بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) وأساليب التعامل المركزة على المشكل و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجال الإستقلال، حيث بلغ معامل الإرتباط ($0.12 = \text{cramer}$)، وهذا ما توافق كذلك مع معامل الإرتباط لدلالة الفروق بإستخدام ($k^2 = 3.532$) وكلاهما غير دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وأظهر تحليل البيانات إلى وجود فروق وعلاقة بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل المركزة على المشكل و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجال العلاقات الإجتماعية، حيث بلغ معامل الإرتباط ($0.23 = \text{cramer}$)، وهذا ما توافق كذلك مع معامل الإرتباط لدلالة الفروق بإستخدام ($k^2 = 13.602$) وكلاهما دال عند مستوى الدلالة (0.01)، ونلاحظ أن المنخفضين في أساليب التعامل المركزة على المشكل إرتبطوا بإنخفاض مستوى مجال العلاقات الإجتماعية ب (26) فردا من أصل (46) من مرضى ضغط الدم، وبالنسبة لمتوسطي الإستخدام لأساليب التعامل المركزة على المشكل، فقد إرتبطوا أكثر بنوعية حياة منخفضة في مجال العلاقات الإجتماعية حيث إرتبط (22) من أصل (38) فردا من مرضى ضغط الدم ، في حين أن مرتفعي الإستخدام لأساليب التعامل المركزة على المشكل إرتبطوا بنوعية حياة مرتفعة في المجال العلاقات الإجتماعية، وهذا ب (19) من أصل (37) من مرضى ضغط الدم، كما تبين بأنه كذلك توجد علاقة بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل المركزة على المشكل و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجال البيئة، حيث بلغ معامل الإرتباط ($0.29 = \text{cramer}$)، وهذا ما توافق كذلك مع معامل الإرتباط لدلالة الفروق بإستخدام ($k^2 = 12.274$) وكلاهما دال عند مستوى الدلالة (0.01)، ونلاحظ أن المنخفضين في أساليب التعامل المركزة على المشكل إرتبطوا بمستوى مرتفع في مجال البيئة ب (30) فردا من أصل (46) من مرضى ضغط الدم ، وبالنسبة لمتوسطي الإستخدام لأساليب التعامل المركزة على المشكل، فقد إرتبطوا أكثر بنوعية حياة مرتفعة في مجال البيئة حيث إرتبط (26) من أصل (38) فردا من مرضى ضغط الدم ، في حين أن مرتفعي الإستخدام لأساليب التعامل المركزة على المشكل إرتبطوا بنوعية حياة منخفضة في مجال البيئة، وهذا ب (27) من أصل (37) من مرضى ضغط الدم، وعلى

عكس ذلك تبين بأنه لا توجد علاقة وفروق بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) وأساليب التعامل المركزة على المشكل و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجال المعتقدات الدينية، حيث بلغ معامل الارتباط ($0.14 = \text{cramer}$)، وهذا ما توافق كذلك مع معامل الارتباط لدلالة الفروق بإستخدام ($k^2 = 4.935$) وكلاهما غير دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وتوصلت النتائج إلى أنه توجد علاقة بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل المركزة على الإنفعال و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجال نوعية الحياة العامة والصحة العامة، حيث بلغ معامل الارتباط ($0.20 = \text{cramer}$)، وهذا ما توافق كذلك مع معامل الارتباط لدلالة الفروق بإستخدام ($k^2 = 9.896$) وكلاهما دال عند مستوى الدلالة (0.01)، ونلاحظ أن المنخفضين في أساليب التعامل المركزة على الإنفعال إرتبطوا بمستوى منخفض في مجال نوعية الحياة العامة والصحة العامة بـ (26) فردا من أصل (46) من مرضى ضغط الدم، وبالنسبة لمتوسطي الإستخدام لأساليب التعامل المركزة على الإنفعال، فقد إرتبطوا أكثر بمستوى منخفض في مجال نوعية الحياة العامة والصحة العامة حيث إرتبط (24) من أصل (38) فردا من مرضى ضغط الدم، في حين أن مرتفعي الإستخدام لأساليب التعامل المركزة على الإنفعال إرتبطوا بمستوى متوسط في مجال نوعية الحياة العامة والصحة العامة ، وهذا بـ (22) من أصل (37) من مرضى ضغط الدم.

الجدول رقم (51): يوضح معامل الارتباط والفروق بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) في أساليب التعامل مع الضغط النفسي المركزة على الإنفعال و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) في نوعية الحياة لدى مرضى ضغط الدم.

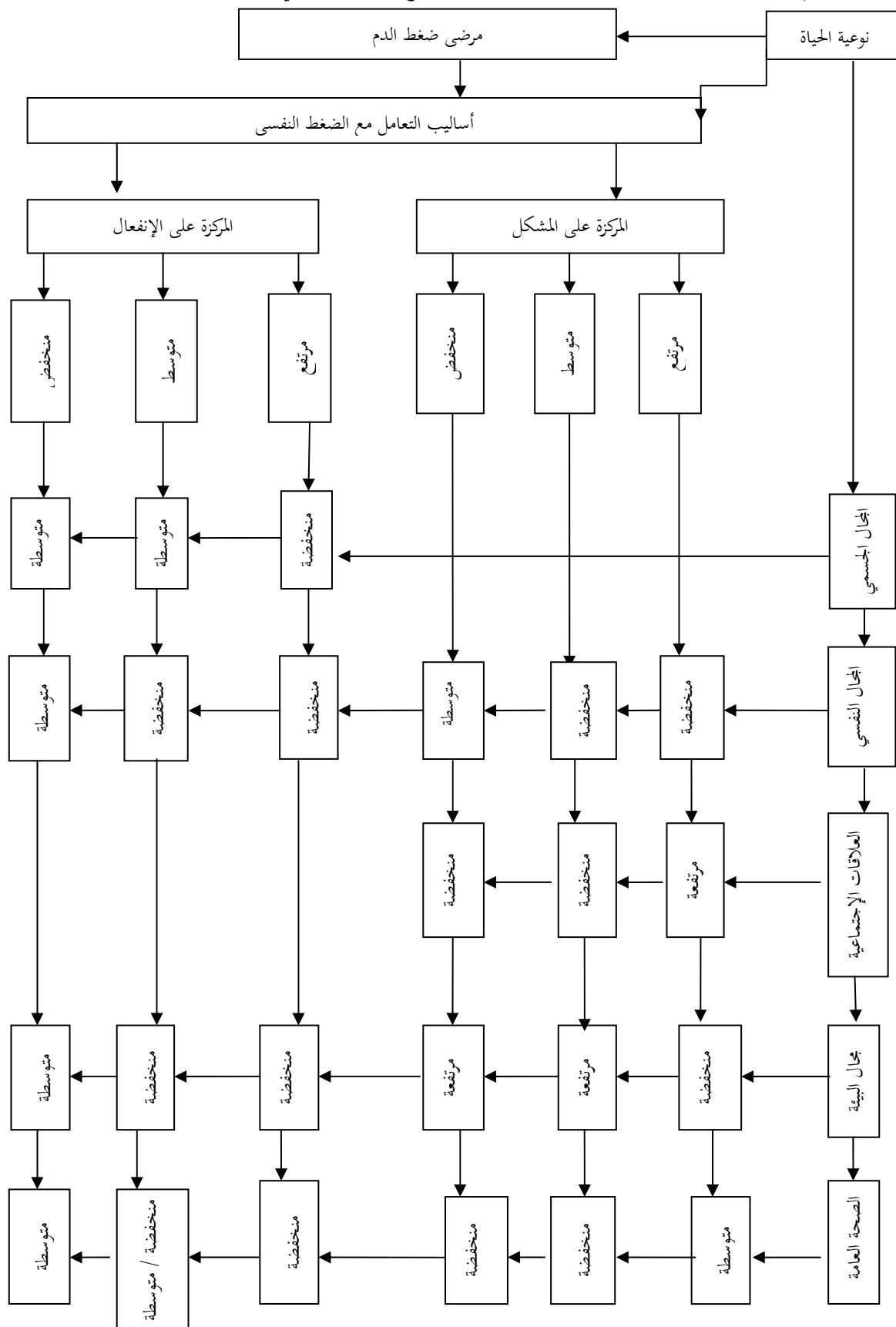
أساليب التعامل المركزة على الإنفعال		منخفض	متوسط	مرتفع	المجموع	cramer	K2	مستوى الدلالة	القرار
المنخفض	المنخفض	06	22	01	29	0.33	27.508	0.01	دال
		02	42	06	50				
		30	04	08	42				
		38	68	15	121				
المتوسط	المنخفض	06	20	03	29	0.32	23.427	0.01	دال
		37	08	05	50				
		27	06	09	42				
		84	20	17	121				
مرتفع	المنخفض	20	02	07	29	0.12	3.944	0.414	غ دال
		30	08	12	50				
		32	05	05	42				
		82	15	24	121				
المجموع	المنخفض	11	06	12	29	0.09	2.055	0.726	غ دال
		24	11	15	50				
		22	06	14	42				
		57	23	41	121				
المنخفض	المنخفض	06	18	05	29	0.27	17.576	0.01	دال
		29	10	11	50				
		29	06	07	42				
		64	34	23	121				
المتوسط	المنخفض	05	14	10	29	0.07	1.374	0.849	غ دال
		10	19	21	50				
		10	17	15	42				
		25	50	46	121				
مرتفع	المنخفض	06	19	04	29	0.36	16.555	0.01	دال
		30	17	03	50				
		26	11	05	42				
		62	47	12	121				

نلاحظ من خلال الجدول رقم (51) بأنه توجد علاقة بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل المركزة على الإنفعال و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجال الجسمي، حيث بلغ معامل الارتباط (0.33=cramer)، وهذا ما توافق كذلك مع معامل الارتباط لدلالة الفروق باستخدام (27.508 =k2)

وكلاهما دال عند مستوى الدلالة (0.01)، ونلاحظ أن المنخفضين في أساليب التعامل المركزة على الإنفعال ارتبطوا بالمجال الجسمي متوسط ب (22) فردا من أصل (29) من مرضى ضغط الدم ، وبالنسبة لمتوسطي الإنفعال استخدام لأساليب التعامل المركزة على الإنفعال، فقد ارتبطوا أكثر بنوعية حياة متوسطة في المجال الجسمي حيث ارتبط (42) من أصل (50) فردا من مرضى ضغط الدم ، في حين أن مرتفعي الإنفعال استخدام لأساليب التعامل المركزة على الإنفعال ارتبطوا بنوعية حياة منخفضة في المجال النفسي، وهذا ب(30)، من أصل (42) من مرضى ضغط الدم، ومن خلال تحليل النتائج المتوصل إليه تم التحقق من وجود علاقة وفروق بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل المركزة على الإنفعال و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجال النفسي، حيث بلغ معامل الارتباط (0.32=cramer)، وهذا ما توافق كذلك مع معامل الارتباط لدلالة الفروق باستخدام (k2=23.427) وكلاهما دال عند مستوى الدلالة (0.01)، ونلاحظ أن المنخفضين في أساليب التعامل المركزة على الإنفعال ارتبطوا بمستوى متوسط في المجال النفسي ب (20) فردا من أصل (29) من مرضى ضغط الدم ، وبالنسبة لمتوسطي الإنفعال استخدام لأساليب التعامل المركزة على الإنفعال، فقد ارتبطوا أكثر بنوعية حياة منخفضة في المجال النفسي ب(37) من أصل (50) فردا من مرضى ضغط الدم ، في حين أن مرتفعي الإنفعال استخدام لأساليب التعامل المركزة على الإنفعال ارتبطوا بنوعية حياة منخفضة في المجال النفسي، وهذا ب(27) من أصل (42) من مرضى ضغط الدم، وعلى عكس ذلك تم نفي أي علاقة بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل المركزة على الإنفعال و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجال الاستقلال، وهذا لأن قيمة معامل الارتباط بلغت (0.12=cramer)، وهذا ما توافق كذلك مع معامل الارتباط لدلالة الفروق باستخدام (k2=3.944) وكلاهما غير دال عند مستوى الدلالة (0.01)، كما تم التوصل إلى عدم وجود علاقة وفروق بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل المركزة على الإنفعال و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجال العلاقات الاجتماعية، حيث بلغ معامل الارتباط (0.09=cramer)، وهذا ما توافق كذلك مع معامل الارتباط لدلالة الفروق باستخدام (k2=2.055) وكلاهما غير دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وتوصلنا من خلال تحليل النتائج إلى أنه توجد علاقة بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل المركزة على الإنفعال و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجال البيئة، حيث بلغ معامل الارتباط (0.27=cramer)، وهذا ما توافق كذلك مع معامل الارتباط لدلالة الفروق باستخدام (k2=17.576) وكلاهما دال عند مستوى الدلالة (0.01)، ونلاحظ أن المنخفضين في أساليب التعامل المركزة على الإنفعال ارتبطوا بمستوى متوسط في مجال البيئة ب (18) فردا من أصل (29) من مرضى ضغط الدم ، وبالنسبة لمتوسطي الإنفعال استخدام لأساليب التعامل المركزة على الإنفعال، فقد ارتبطوا أكثر بنوعية حياة منخفضة في مجال البيئة حيث ارتبط (29) من أصل (50) فردا

من مرضى ضغط الدم ، في حين أن مرتفعي الإستخدام لأساليب التعامل المركزة على الإنفعال إرتبطوا بنوعية حياة منخفضة في مجال البيئة، وهذا بـ(29)، من أصل (42) من مرضى ضغط الدم، وعلى عكس ذلك تبين من خلال تحليل النتائج بأنه لا توجد علاقة بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل المركزة على الإنفعال و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجال المعتقدات الدينية، حيث بلغ معامل الارتباط ($cramer=0.07$)، وهذا ما توافق كذلك مع معامل الارتباط لدلالة الفروق بإستخدام ($k^2=1.374$) وكلاهما غير دال عند مستوى الدلالة (0.01)، كما تم التوصل إلى وجود علاقة بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل المركزة على الإنفعال و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجال نوعية الحياة العامة والصحة العامة، حيث بلغ معامل الارتباط ($cramer=0.26$)، وهذا ما توافق كذلك مع معامل الارتباط لدلالة الفروق بإستخدام ($k^2=16.555$) وكلاهما دال عند مستوى الدلالة (0.01)، ونلاحظ أن المنخفضين في أساليب التعامل المركزة على الإنفعال إرتبطوا بمستوى متوسط في مجال نوعية الحياة العامة والصحة العامة بـ (19) فردا من أصل (29) من مرضى ضغط الدم، وبالنسبة لمتوسطي الإستخدام لأساليب التعامل المركزة على الإنفعال، فقد إرتبطوا أكثر بإنخفاض في مجال نوعية الحياة العامة والصحة العامة بـ (30)، وبشكل متوسط بـ (17) من أصل (50) فردا من مرضى ضغط الدم، في حين أن مرتفعي الإستخدام لأساليب التعامل المركزة على الإنفعال إرتبطوا بإنخفاض في مجال نوعية الحياة العامة والصحة العامة ، وهذا بـ (26) من أصل (42) من مرضى ضغط الدم.

الإنفعال يشعرون بمجال جسمي متوسط على العكس من مرتفعي الإستخدام لهذه الأساليب يشعرون بنوعية



نلاحظ من خلال الشكل بأن المستخدمين بشكل منخفض ومتوسط لأساليب التعامل المركزة على الإنفعال يشعرون بمجال جسمي متوسط على العكس من مرتفعي الاستخدام لهذه الأساليب يشعرون بنوعية

مجال نفسي منخفض، وهذا ما ينعكس كذلك في تقييمهم لنوعية حياتهم وصحة عامة، أما بخصوص استخدام أساليب التعامل المركزة على الإنفعال، ونوعية المجال البيئي فإن الاستخدام المنخفض لهذه الأساليب يؤدي إلى الشعور بنوعية مجال بيئي أحسن من الاستخدام المتوسط والمرتفع، أما بخصوص أساليب التعامل المركزة على المشكل ف، إستخدامها بدرجة منخفضة يؤدي إلى الشعور بمجال إلى إدراك نوع من الإتزان النفسي، أما تزايد درجة إستخدامها فيؤدي إلى تدهور المجال النفسي، وهذا لأن إضطراب الضغط النفسي يرتبط مباشرة بالجانب النفسي، وأي خلل يؤدي إلى تدهور حاد في المجال النفسي، كما أن استخدام الأساليب المركزة على المشكل بشكل منخفض وبشكل متوازن يؤدي بالفرد إلى إدراك وتقييم البيئة التي يعيش فيها بأنها جيدة، حيث يستطيع القيام بنشاطاته المختلفة بصفة عادية نتيجة إنعكاس ذلك على إضطراب ضغط الدم الذي بدوره يستقر مما يسمح للفرد بالشعور بالراحة الجسدية، وعلى العكس فإن إنخفاض وتوسط استخدام الفرد لأساليب المركزة على المشكل يجعل الفرد يقيم نوعية حياته تقييماً منخفضاً، في حين أن استخدام هذه الأساليب بشكل مرتفع يجعل الفرد يقيم نوعية حياته على أنها متزنة إلى أبعد حد.

الجدول رقم (52): يوضح معامل الارتباط والفروق بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) في أساليب التعامل مع الضغط النفسي المركزة على المشكل و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) في نوعية الحياة لدى مرضى السكري.

أساليب التعامل المركزة على المشكل	منخفض	متوسط	مرتفع	الجميع	cramer	K2	مستوى الدلالة	القرار
المجال الجسدي	منخفض	29	06	01	36	0.049	0.479	غ دال
	متوسط	49	12	03	64			
	مرتفع	30	06	02	38			
	المجموع	108	24	06	138			
المجال النفسي	منخفض	10	22	04	36	0.39	22.417	دال
	متوسط	15	38	11	64			
	مرتفع	22	07	09	38			
	المجموع	47	67	24	138			
المجال الإستقلالية	منخفض	12	13	11	36	0.13	5.309	غ دال
	متوسط	19	12	33	64			
	مرتفع	11	09	18	38			
	المجموع	42	34	62	138			
مجال العلاقات الاجتماعية	منخفض	07	08	21	36	0.34	25.378	دال
	متوسط	41	17	06	64			
	مرتفع	23	06	09	38			
	المجموع	71	31	36	138			
مجال البيئة	منخفض	02	34	00	36	0.34	27.329	دال
	متوسط	54	10	00	64			
	مرتفع	34	4	00	38			
	المجموع	90	48	00	138			
مجال المعتقدات الدينية	منخفض	08	20	08	36	0.13	4.758	غ دال
	متوسط	19	23	22	64			
	مرتفع	07	19	12	38			
	المجموع	34	62	42	138			
نوعية الحياة العامة، والصحة العامة	منخفض	04	04	28	36	0.082	1.837	غ دال
	متوسط	9	13	42	64			
	مرتفع	05	06	27	38			
	المجموع	18	23	97	138			

تبين من خلال تحليل النتائج المذكورة في الجدول رقم (52) بأنه لا توجد علاقة بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) وأساليب التعامل المركزة على المشكل و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) المجال الجسدي، حيث بلغ معامل الارتباط ($cramer=0.049$)، وهذا ما توافق كذلك مع معامل الارتباط لدلالة الفروق باستخدام ($k2=0.479$) وكلاهما غير دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التوصل إلى أنه توجد علاقة بين

(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل المركزة على المشكل و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجال النفسي، حيث بلغ معامل الارتباط ($0.39 = \text{cramer}$)، وهذا ما توافق كذلك مع معامل الارتباط لدلالة الفروق بإستخدام ($k^2 = 22.417$) وكلاهما دال عند مستوى الدلالة (0.01)، ونلاحظ أن المنخفضين في أساليب التعامل المركزة على المشكل إرتبطوا بمستوى متوسط ب (22) فردا من أصل (36) من مرضى السكري، وبالنسبة لمتوسطي الإستهلاك لأساليب التعامل المركزة على المشكل، فقد إرتبطوا أكثر بنوعية حياة متوسطة في المجال النفسي حيث إرتبط (38) من أصل (64) فردا من مرضى السكري، في حين أن مرتفعي الإستهلاك لأساليب التعامل المركزة على المشكل إرتبطوا بنوعية حياة منخفضة في المجال النفسي، وهذا ب (22) من أصل (38) من مرضى السكري، ومن خلال تحليل الجدول أعلاه توصلنا إلى عدم وجود علاقة وفروق بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) وأساليب التعامل المركزة على المشكل و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجال الإستقلال، حيث بلغ معامل الارتباط ($0.13 = \text{cramer}$)، وهذا ما توافق كذلك مع معامل الارتباط لدلالة الفروق بإستخدام ($k^2 = 5.309$) وكلاهما غير دال عند مستوى الدلالة (0.01)، كما تم إدراك وجود علاقة وفروق بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل المركزة على المشكل و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجال العلاقات الإجتماعية، حيث بلغ معامل الارتباط ($0.34 = \text{cramer}$)، وهذا ما توافق كذلك مع معامل الارتباط لدلالة الفروق بإستخدام ($k^2 = 25.378$) وكلاهما دال عند مستوى الدلالة (0.01)، ونلاحظ أن المنخفضين في أساليب التعامل المركزة على المشكل إرتبطوا بإرتفاع مستوى مجال العلاقات الإجتماعية ب (21) فردا من أصل (36) من مرضى السكري، وبالنسبة لمتوسطي الإستهلاك لأساليب التعامل المركزة على المشكل، فقد إرتبطوا أكثر بنوعية حياة منخفضة في مجال العلاقات الإجتماعية حيث إرتبط (41) من أصل (64) فردا من مرضى السكري، في حين أن مرتفعي الإستهلاك لأساليب التعامل المركزة على المشكل إرتبطوا بنوعية حياة منخفضة في المجال العلاقات الإجتماعية، وهذا ب (23) من أصل (38) من مرضى السكري، وتبين من خلال تحليل النتائج إلى أنه توجد علاقة بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل المركزة على المشكل و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجال البيئة، حيث بلغ معامل الارتباط ($0.34 = \text{cramer}$)، وهذا ما توافق كذلك مع معامل الارتباط لدلالة الفروق بإستخدام ($k^2 = 27.329$) وكلاهما دال عند مستوى الدلالة (0.01)، ونلاحظ أن المنخفضين في أساليب التعامل المركزة على المشكل إرتبطوا بمستوى متوسط في مجال البيئة ب (34) فردا من أصل (36) من مرضى السكري، وبالنسبة لمتوسطي الإستهلاك لأساليب التعامل المركزة على المشكل، فقد إرتبطوا أكثر بنوعية حياة منخفضة في مجال البيئة حيث إرتبط (54) من أصل (64) فردا من مرضى السكري، في حين أن مرتفعي الإستهلاك لأساليب التعامل المركزة على المشكل إرتبطوا بنوعية حياة منخفضة في مجال البيئة، وهذا ب (34) من أصل (38) من مرضى السكري، وتم التوصل إلى أنه لا توجد علاقة بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) وأساليب التعامل المركزة على المشكل و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجال المعتقدات الدينية، حيث بلغ معامل الارتباط ($0.13 = \text{cramer}$)، و معامل الارتباط لدلالة الفروق ($k^2 = 4.758$) وكلاهما غير دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التأكد من عدم وجود علاقة بين (منخفضي،

متوسطي، مرتفعي) وأساليب التعامل المركزة على المشكل و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجال نوعية الحياة العامة والصحة العامة، حيث بلغ معامل الارتباط ($cramer=0.082$)، و معامل الارتباط لدلالة الفروق ($k2=1.837$) وكلاهما دال عند مستوى الدلالة (0.01).

الجدول رقم (53): يوضح معامل الارتباط والفروق بين(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) في أساليب التعامل مع الضغط النفسي المركزة على الإنفعال و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) في نوعية الحياة لدى مرضى السكري.

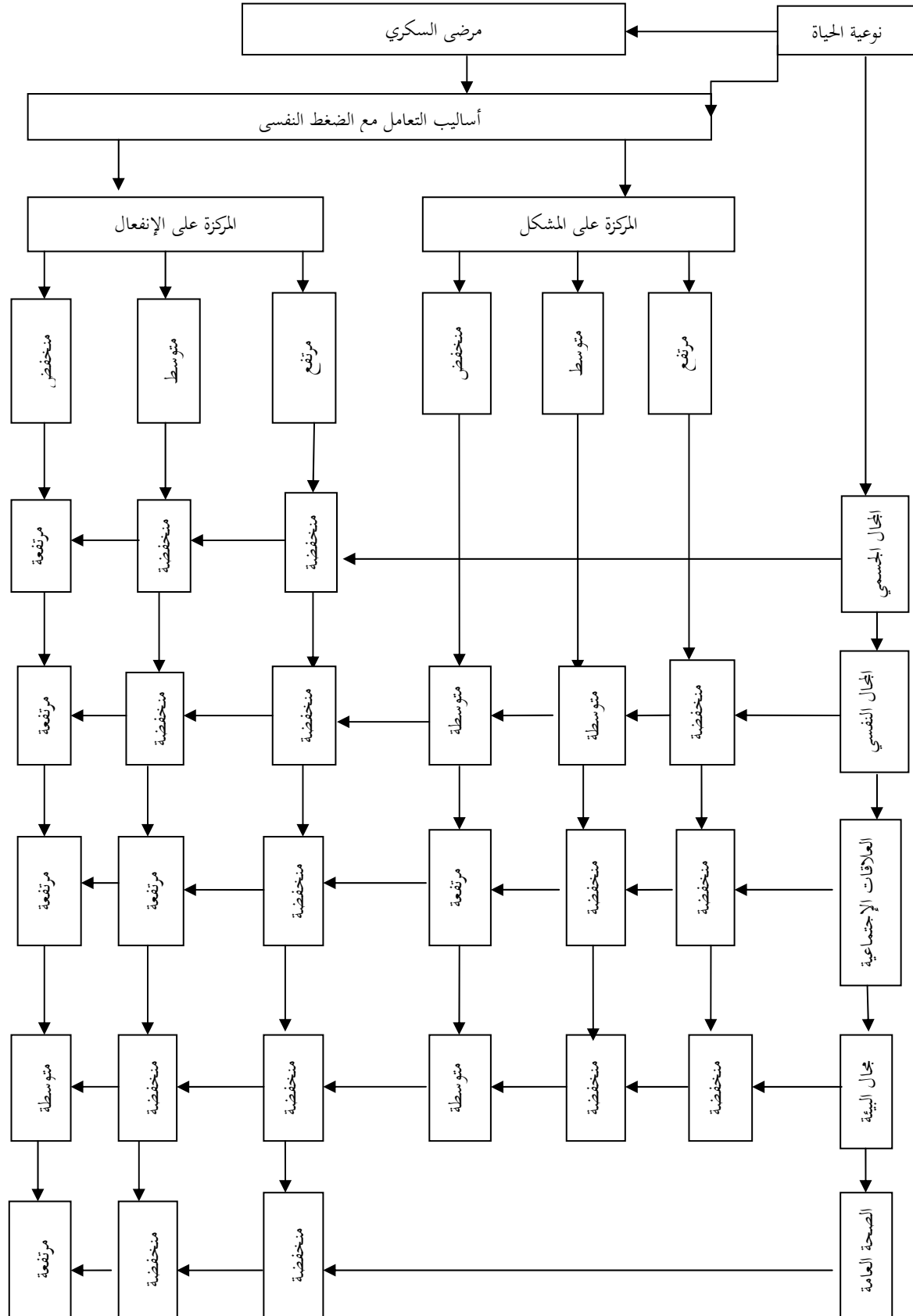
القرار	مستوى الدلالة	K2	cramer	منخفض	متوسط	مرتفع	المجموع	أساليب التعامل المركزة على الإنفعال
دال	0.05	10.116	0.19	47	32	13	02	منخفض
				41	03	08	30	متوسط
				50	01	03	46	مرتفع
				138	36	24	78	المجموع
دال	0.01	18.941	0.28	47	35	09	06	منخفض
				41	08	09	24	متوسط
				50	10	07	33	مرتفع
				138	46	22	70	المجموع
غ دال	0.186	6.179	0.15	47	20	14	13	منخفض
				41	24	08	09	متوسط
				50	18	12	20	مرتفع
				138	62	34	42	المجموع
دال	0.01	13.713	0.21	47	26	11	10	منخفض
				41	21	07	13	متوسط
				50	09	13	28	مرتفع
				138	56	31	51	المجموع
دال	0.01	32.523	0.33	47	00	46	01	منخفض
				41	00	03	38	متوسط
				50	00	05	45	مرتفع
				138	00	54	84	المجموع
غ دال	0.22	5.626	0.14	47	13	25	09	منخفض
				41	09	19	13	متوسط
				50	20	18	12	مرتفع
				138	42	62	34	المجموع
دال	0.01	14.323	0.22	47	36	07	04	منخفض
				41	05	05	31	متوسط
				50	09	11	30	مرتفع
				138	50	23	65	المجموع

من عرض النتائج المتوصل إليها من خلال الجدول رقم (53) بهدف تحليلها تم التوصل إلى أنه توجد علاقة بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل المركزة على الإنفعال و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجال الجسمي، حيث بلغ معامل الارتباط ($0.19 = \text{cramer}$)، وهذا ما توافق كذلك مع معامل الارتباط لدلالة الفروق باستخدام ($k2 = 10.116$) وكلاهما دال عند مستوى الدلالة (0.01)، ونلاحظ أن المنخفضين في أساليب التعامل المركزة على الإنفعال ارتبطوا بارتفاع مستوى المجال الجسمي بـ (32) فردا من أصل (47) من مرضى السكري، وبالنسبة لمتوسطي الاستخدام لأساليب التعامل المركزة على الإنفعال، فقد ارتبطوا أكثر بنوعية حياة منخفضة في المجال الجسمي حيث ارتبط (30) من أصل (41) فردا من مرضى السكري، في حين أن مرتفعي الاستخدام لأساليب التعامل المركزة على الإنفعال ارتبطوا بنوعية حياة منخفضة في المجال النفسي، وهذا بـ (46) من أصل (50) من مرضى السكري، كما تم التحقق من وجود علاقة وفروق بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل المركزة على الإنفعال و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجال النفسي، حيث بلغ معامل الارتباط ($0.28 = \text{cramer}$)، وهذا ما توافق كذلك مع معامل الارتباط لدلالة الفروق باستخدام ($k2 = 18.941$) وكلاهما دال عند مستوى الدلالة (0.01)، ونلاحظ أن المنخفضين في أساليب التعامل المركزة على الإنفعال ارتبطوا بارتفاع مستوى المجال النفسي بـ (35) فردا من أصل (47) من مرضى السكري، وبالنسبة لمتوسطي الاستخدام لأساليب التعامل المركزة على الإنفعال، فقد ارتبطوا أكثر بنوعية حياة منخفضة في المجال النفسي حيث ارتبط (24) من أصل (41) فردا من مرضى السكري، كما أن مرتفعي الاستخدام لأساليب التعامل المركزة على الإنفعال ارتبطوا بنوعية حياة منخفضة في المجال النفسي، وهذا بـ (33) من أصل (50) من مرضى السكري، وعلى عكس النتيجة، تم التوصل إلى أنه لا توجد علاقة بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل المركزة على الإنفعال و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجال الإستقلال، حيث بلغ معامل الارتباط ($0.15 = \text{cramer}$)، وهذا ما توافق كذلك مع معامل الارتباط لدلالة الفروق باستخدام ($k2 = 6.179$) وكلاهما غير دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وتبين من خلال تحليل النتائج إلى أنه توجد علاقة بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل المركزة على الإنفعال و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجال العلاقات الاجتماعية، حيث بلغ معامل الارتباط ($0.21 = \text{cramer}$)، وهذا ما توافق كذلك مع معامل الارتباط لدلالة الفروق باستخدام ($k2 = 13.713$) وكلاهما دال عند مستوى الدلالة (0.01)، ونلاحظ أن المنخفضين في أساليب التعامل المركزة على الإنفعال ارتبطوا بارتفاع مستوى مجال العلاقات الاجتماعية بـ (26) فردا من أصل (47) من مرضى السكري، وبالنسبة لمتوسطي الاستخدام لأساليب التعامل المركزة على الإنفعال، فقد ارتبطوا أكثر بنوعية حياة مرتفعة في مجال العلاقات الاجتماعية حيث ارتبط (21) من أصل (41) فردا من مرضى السكري، في حين أن مرتفعي الاستخدام لأساليب التعامل المركزة على الإنفعال ارتبطوا بنوعية حياة منخفضة في مجال العلاقات الاجتماعية، وهذا بـ (28) من أصل (50) من مرضى السكري، وتبين من خلال تحليل النتائج إلى أنه توجد علاقة بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل المركزة على الإنفعال و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجال البيئة، حيث بلغ معامل الارتباط ($0.33 = \text{cramer}$)، وهذا ما توافق

كذلك مع معامل الارتباط لدلالة الفروق بإستخدام ($k^2 = 32.523$) وكلاهما دال عند مستوى الدلالة (0.01)، ونلاحظ أن المنخفضين في أساليب التعامل المركزة على الإنفعال إرتبطوا بمستوى متوسط في مجال البيئة ب (46) فردا من أصل (47) من مرضى السكري، وبالنسبة لمتوسطي الإستخدام لأساليب التعامل المركزة على الإنفعال، فقد إرتبطوا أكثر بنوعية حياة منخفضة في مجال البيئة حيث إرتبط (38) من أصل (41) فردا من مرضى السكري، في حين أن مرتفعي الإستخدام لأساليب التعامل المركزة على الإنفعال إرتبطوا بنوعية حياة منخفضة في مجال البيئة، وهذا ب(45) من أصل (50) من مرضى السكري، وأدركت نتائج التحليل للجدول أعلاه إلى أنه لا توجد علاقة بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل المركزة على الإنفعال و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجال المعتقدات الدينية، حيث بلغ معامل الارتباط ($cramer = 0.14$)، وهذا ما توافق كذلك مع معامل الارتباط لدلالة الفروق بإستخدام ($k^2 = 5.626$) وكلاهما دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التوصل إلى أنه توجد علاقة بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل المركزة على الإنفعال و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجال نوعية الحياة العامة والصحة العامة، حيث بلغ معامل الارتباط ($cramer = 0.22$)، وهذا ما توافق كذلك مع معامل الارتباط لدلالة الفروق بإستخدام ($k^2 = 14.323$) وكلاهما دال عند مستوى الدلالة (0.01)، ونلاحظ أن المنخفضين في أساليب التعامل المركزة على الإنفعال إرتبطوا بمستوى مرتفع في مجال نوعية الحياة العامة والصحة العامة ب (36) فردا من أصل (47) من مرضى السكري، وبالنسبة لمتوسطي الإستخدام لأساليب التعامل المركزة على الإنفعال، فقد إرتبطوا أكثر بإنخفاض في مجال نوعية الحياة العامة والصحة العامة حيث إرتبط (31) من أصل (41) فردا من مرضى السكري، في حين أن مرتفعي الإستخدام لأساليب التعامل المركزة على الإنفعال إرتبطوا بإنخفاض في مجال نوعية الحياة العامة والصحة العامة، وهذا ب(30) من أصل (50) من مرضى السكري.

ومن خلال ما تم ذكره في الجدولين أعلاه الخاصة بالعلاقة والفروق بين(منخفضي، متوسطين مرتفعي) أساليب التعامل مع الضغط النفسي المركزة على الإنفعال والمركزة على المشكل و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجالات نوعية الحياة لدى مرضى السكري، يمكن أن يتم عرضه عن طريق نموذج تفسيري يوضع تلك العلاقة والفروق بين المتغيرين، والشكل التالي يبين ذلك:

الشكل رقم (23) يبين الفروق والعلاقة بين أساليب التعامل مع الضغط النفسي ونوعية الحياة لدى مرضى السكري.

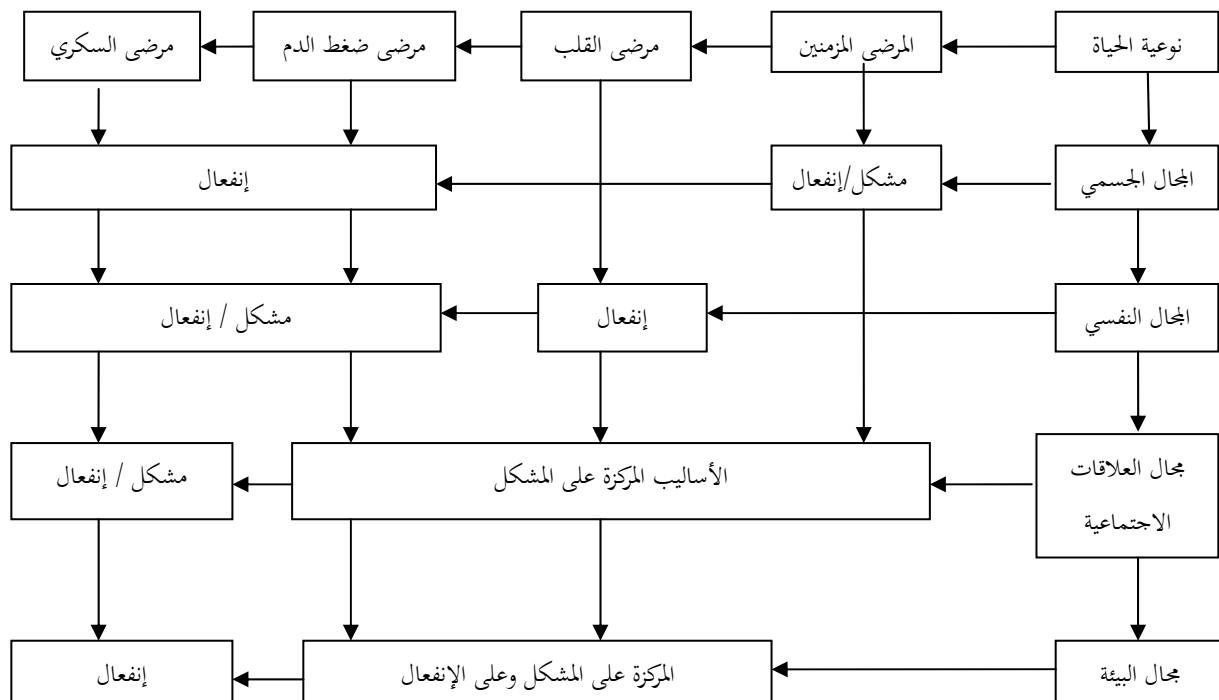


نلاحظ من خلال الشكل أن نوعية المجال الجسمي ترتفع كلما كان إنخفاض في استخدام الأساليب المركزة على الإنفعال، في حين يكون هناك إنخفاض في نوعية المجال الجسمي إذا كانت درجة الاستخدام متوسطة،

ومرتفعة، وهذا ما ينطبق على نوعية المجال النفسي، وكذلك في التقييم الكلي لنوعية الحياة العامة والصحة العامة، في حين أن نوعية العلاقات الاجتماعية تكون مرتفعة إذا كانت درجة استخدام أساليب المراكز على الإنفعال بدرجة متوسطة، وبدرجة منخفضة، أما ارتفاع استخدامها يؤدي إلى انخفاض العلاقات الاجتماعية، أما تقييم المجال البيئي فهو يكون تقييم متوسط إذا كان الاستخدام منخفض، أما إذا ارتفعت درجت الاستخدام فتؤدي بمريض السكري إلى تقييم نوعية البيئة بشكل منخفض، وبخصوص استخدام أساليب التعامل المراكز على المشكل فإن الاستخدام والمنخفض والمتوسط يؤدي إلى الإلتزان من الناحية النفسية أما ارتفاع الاستخدام فيؤدي إلى إرهاق نفسي، الذي بدوره يؤدي إلى إختلال الجانب النفسي، وأما نوعية العلاقات الاجتماعية فإن الاستخدام المنخفض ينعكس بالإيجاب في تعزيز تلك العلاقات الاجتماعية، أما غير ذلك فيؤدي إلى إختلال تلك العلاقات الاجتماعية، أما المجال البيئي فإن التخفيف في استخدام الأساليب المراكز على المشكل يجعل مرض السكري ينظر بعقلانية إلى البيئة التي يعيش فيها، أما غير ذلك فإن تقييم مريض السكري يكون سلبي في نظرته وتقييمه لنوعية المجال البيئي، وبالتالي نستطيع أن نقول أن الأساليب مهما كانت نوعها فإن لها أثر واضح على تقييم نوعية الحياة لدى مريض السكري.

وبعد تحليل وعرض النتائج المتوصل إليها والنماذج التفسيرية التي وضعناها بغية إعطائنا نظرة واضحة عن مدى إرتباط أساليب التعامل مع الضغط النفسي بنوعية الحياة، ومدى تأثير درجة التي يستخدم بها المريض المزمّن على إدراك وتقييم تلك الحياة التي يحياها، والنموذج الموالي سوف يحدد تلك العلاقة التي تربط بين الأساليب ونوعية الحياة

النموذج التفسيري رقم (24): يبين العلاقة بين أساليب التعامل مع الضغط النفسي ومجالات نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري).



يلاحظ من النموذج مدى العلاقة الذي تربط بين الأساليب ونوعية الحياة، حيث تبين أن أن أساليب التعامل مع الضغط النفسي لها الأثر البالغ على المجال الجسمي، وهذا لدى كل من مرضى ضغط الدم والسكري، في حين أن المرضى المزمنين لهم علاقة بين الأساليب المركزة على الإنفعال، والمركزة على المشكل، بمعنى أنه مهما كانت نوعية الأساليب المستخدمة فإنها تترك آثارها على نوعية المجال الجسمي، سواء بالسلب أو بالإيجاب، أما بخصوص المجال النفسي فقد إرتبط بكل من الأساليب المركزة على المشكل والمركزة على الإنفعال، وهذا لدى مرضى ضغط الدم، ومرضى السكري، وكما هو معروف أن هذين المرضين لهما إرتباط وثيق ببيولوجيا الجسم، وأن مقدار ودرجة، أو حدة الإستخدام لهذه الأساليب يترك أثره ويؤثر على نوعية المجال النفسي، أما مرضى القلب، فقد إرتبطوا بأساليب الإنفعالية، مع نوعية المجال النفسي، وهذه العلاقة لها أثر كذلك، أما بخصوص إرتباط نوعية العلاقات الإجتماعية، بأساليب التعامل، فقد أظهرت النتائج بأنها ترتبط أكثر بأساليب المركزة على المشكل، ما عدا مرضى السكري، الذين إرتبطوا مع الأسلوبين، وهذا يعطينا دليلا على أن نوعية العلاقات الإجتماعية، أو تقييمنا لها يرتبط بدرجة كبيرة بمدى إستخدام أساليب التعامل المركزة على المشكل، وتبين من خلال النموذج التفسيري، أن التقييم الذاتي للبيئة من طرف المرضى المزمنين يتحدد بدرجة الإستخدام لأساليب التعامل مع الضغط النفسي، أما فيما يخص التقييم الشامل لنوعية الحياة العامة، والصحة العامة، فهو يتأثر كذلك بأساليب التعامل مع الضغط النفسي.

من خلال النتائج المتوصل إليها في البحث الحالي، يمكن القول بأنها توافقت جزئيا مع دراسة "محمد خليل" (2010)، التي تأكد بأنه توجد علاقة بين المتغيرين، وأن نوعية الحياة ترتفع عند إستخدام أساليب التعامل المركزة على المشكل، وتوافقت كذلك مع ما توصلت إليه "بشرى إسماعيل" (2008) ومن بينها دراسة "حسن وآخرون" (2008)، ودراسة "صفاء عجاجة" (2007)، و"جابر وآخرون" (2007)، وكذلك مع دراسة "Grassi, M" (2005)، في حين تعارضت النتائج المتوصل إليها مع دراسة كل من "عبد الحميد سعيد" (2007)، ودراسة "Thiagurajan, D.K" (1998)، التي أكدت في نتائجها بأنه لا توجد علاقة بين أساليب التعامل مع الضغط النفسي ونوعية الحياة.

ويمكن تفسير هذه النتيجة من خلال ما توصل إليه "Seaward" أن أساليب التعامل هي الطرق التي يستخدمها الفرد عندما يعاني من ضغط نفسي في مواقف التي يعتقد بأنها تفوق طاقاته وقدراته بهدف التعايش مع هذا الضغط أو التخلص منه، وهذه الأساليب تكون رد فعل طبيعي (Seaward,B.L,1997)، وتعتبر أساليب التعامل المركزة على المشكل من الأساليب الأكثر فعالية إلا أنها من الأساليب التي تتطلب قدرات عالية وتحكم أكثر فعالية، وهنا يرى الباحث أن المرض يؤثر على هذه القرة في إستخدام أساليب التعامل المركزة على المشكل، ويذهب "Vitalino" إلى إعتبار أساليب التعامل المركزة على المشكل أكثر فعالية عند تقدير الحدث بأنه قابل للضبط إلا أن مريض السكري الذي يدخل في صراع قد يؤثر على الجانب الصحي، والنفسي والبيئي، وكذلك العلاقات الإجتماعية، وعليه فإن أي أساليب التي تركز على المشكل لها تأثيرات على حياة الفرد، وهذا لأن نوعية

الحياة الجيدة تمثل أمراً نسبياً لأنها مرتبطة بالفرد في تقييمه الإيجابي للذات والحالة الاجتماعية، والبيئة، وعليه فإن حجم الضغوط وطريقة التعامل مع الضغط النفسي هي التي تحدد مقدار نوعية الحياة التي يعيشها.

ويعتقد الباحث بأن سوء التعامل مع الضغوط النفسية هي التي تسبب في تعقيد الجانب الصحي، وهذا ما يؤدي به إلى نوعية حياة منخفضة، وبالتالي كلما زاد الضغط لدى الفرد قل النظر إلى المتغيرات الاجتماعية بصفة إيجابية، ولا شك أن أساليب التعامل تلعب دوراً هاماً في العلاقة بين الفرد والواقع الاجتماعي الذي يعيش فيه، لذا فإن هذه الأساليب المستخدمة ترجع إلى الفرد، وإلى كفاءته الشخصية في التعامل مع تلك الضغوط، والتينعكس على نوعية حياته، وأي خطأ في تقدير الموقف يؤدي به إلى تدهور حياته الجسمية أكثر، وهذا ما ينعكس كذلك على الجوانب النفسية، والاجتماعية، كما أن البيئة التي يعيش فيها الفرد تتدهور نتيجة زيادة الضغوط، وإستخدامه لأساليب تعتبر غير تكييفية.

ويرى "عبد العزيز الشخص وزيدان السراطوي" (1988، ص15) أن العصر الحالي يتميز بالتغير السريع قد يصعب على الفرد ملاحقته، فيما يلبث أن يتكيف مع الظروف ما، وإذابة يواجه ظروفاً أخرى جديدة تفرض على بدل المزيد من الجهد لإعادة التكيف معها ومواجهتها، فضلاً عن تعرضه المستمر لكثير من التأثيرات الظاهرة من أجل الحصول على مقدرات الحياة وتعدد الأدوار وغيرها من التحديات التي تعرضه للاضطراب العضوي، وعليه فإن تعرض الفرد إلى تغيرات معرفية، وصعوبة مجابهتها كاستخدام الأساليب الانفعالية بشكل مرتفع يؤدي إلى الشعور بنوعية حياة منخفضة نتيجة العجز العضوي، وكذلك العجز النفسي فإنهما تغيرات الإدراكات المعرفية إلى الجانب السلبي مما يؤدي به إلى تدهور الجانب الاجتماعي، أمام عجز المخططات المعرفية في التعامل مع العلاقات المتعددة، إضافة إلى الآن المرض يعتبر عامل يؤدي إلى ضعف القدرات الجسمية، التي تضعف دور الفرد في الأسرة، وكذلك في المجتمع مما يؤدي إلى النظر إلى سوء الحالة النفسية وكذلك البيئة، نتيجة الاحتكاك الخاطئ مع مقدرات تلك البيئة.

وإن النتائج المتوصل إليها تتفق مع دراسة "Leclerc d Gilbert" (2000) أن بعض الأساليب ترتبط بنوعية الحياة (ابتسام محمود، 2008، ص124)، كما تتفق بعض النتائج مع دراسة Lee chromister & Bishop (2008) من أن الدرجة المرتفعة على المواجهة تؤدي إلى التنبؤ بنوعية الحياة منخفضة، وهذا ما أشارت إليه كذلك. (سامي عبد الحميد، 2008)

ويذهب كل من "Lazarus & Folkman" (1984) و"Taylor" (1999) يشيرون إلى أن الضغوط هي عمليات التقدير لدى الفرد، وتقييم ما إذا كانت مصادر الفرد كافية للوفاء لمتطلبات المفروضة عليه من البيئة أم لا، ومن ثم فإن الضغوط ومجابهتها يتحدد بمدى الموائمة بين الشخص، والبيئة، فحين تكون مصادر الفرد كافية ومناسبة للتعامل مع الموقف، فسوف يشعر بالقليل من الضغوط، وعندما يدرك الفرد بأن مصادر تعامله لا تكون

كافية للتعامل مع الحدث أو الموقف، فسوف يشعر بمقدار متوسط من الضغط، أما عندما يدرك الفرد أن مصادره لن تكون كافية لتلبية متطلبات البيئة فسوف يشعر بتعرضه لكم هائل من الضغوط. (يوسف جمعة السيد، 2007)

ومن خلال ما ذكر يضيف الباحث أن أساليب التعامل أو مقدار أو درجة استخدامها تترك أثر على بيئة الفرد، وكيفية نظرتة إلى تلك البيئة، خاصة مع وجود المرض، وهذا ما يعرف بنوعية الحياة، بمعنى أنه الدرجة التي يستخدم بها الفرد الأساليب المختلفة للتعامل مع الضغط تحدد نوعية الحياة، والتي ينتج عنها علاقة عكسية بمعنى أنه كلما قل استخدام أساليب التعامل، بمعنى الابتعاد قدر الإمكان عن الضغوط، تزداد النظرة الايجابية لنوعية الحياة، والعكس إذا زادت الضغوط، وزاد استخدام أساليب التعامل، فلت نوعية الحياة والنظرة الايجابية، خاصة وأن التعرض الدائم للضغوط، والدخول في صراعات مشاكل يؤدي إلى زيادة انخفاض نوعية الحياة الجسمية، خاصة إذا كانت أمراض مزمنة مرتبطة ارتباطا واضح ومؤكد بالضغوط النفسية، كمرض القلب، وسكري، وضغط الدم.

وفي هذا الصدد يشير كل من "Folkmas" (1993) أن التعامل الايجابي يرتبط بتخفيض المزاج المضطرب وتشير بعض الدراسات إلى أن الأساليب التكيفية الصحية مثل أساليب المتمركزة على المشكلة ترتبط بشكل جوهري في تحسين نوعية الحياة، وأن الأساليب الغير تكيفية التجنب والانسحاب وغيرها ترتبط بشكل دلالة بانخفاض مستوى نوعية الحياة لدى المرض (Friendland et al , 1996).

(نقلا عن: سعيد عبد الرحمن محمد عبد الرحمن، ب س)

وفي الأخير نشير إلى أن الفروق كانت معبرة، حيث أنه كلما زاد استخدام أساليب التعامل قلة نوعية الحياة، وهي علاقة منطقية، حيث أن ارتفاع إدراك الضغوط والتعامل معها، يعني إدراك الأفراد لوجود مطالب ذاتية وبيئية مرهقة خاصة وأن الفرد يعاني ومصاب بمرض مزمن، وهذا ما يقال كذلك من شعور الفرد بالراحة نتيجة ازدياد مشاعر الضيق والقلق، التوتر، وعجزه عن تلبيةها وكما أن كثرة الضغوط والتعامل معها مع قلة المصادر الذاتية، يعني تقييم المؤثرات البيئية والاجتماعية بصورة مهددة وسلبية.

ومن خلال ما تم عرضه وتحليله، ومناقشته، فإننا نقبل بفرضية البحث جزئيا، بأنه توجد علاقة بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) الإستخدام لأساليب التعامل مع الضغط النفسي المركزة على المشكل، والمركزة على الإنفعال، و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) الشعور بنوعية الحياة لدى المرضى المزمنين(القلب، ضغط الدم، السكري)، كما نقبل بالفرضية الصفرية التي تنفي كل علاقة بين هذان المتغيرين، وهذا في جزئها المتعلق بعدم وجود علاقة بين(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) الإستخدام لأساليب التعامل مع الضغط النفسي المركزة على المشكل، والمركزة على الإنفعال، و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) الشعور بنوعية الحياة لدى المرضى المزمنين(القلب، ضغط الدم، السكري)

04.01. عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

"توجد فروق في كل من الأنماط السلوكية، وأساليب التعامل مع الضغط النفسي ونوعية الحياة تعزى لمتغير الجنس لدى المرضى المزمنين (مرضى القلب، ضغط الدم، السكري)."

وللتحقق من صحة هذه الفرضية قام الباحث بالاعتماد على المعالجة الإحصائية **T-TEST** للدلالة الفروق بعد التأكد من التجانس بين المجموعتين، قمنا بحساب الفروق في مقياس الأنماط السلوكية (أ) (ب)، حيث تحصلنا على النتائج التالية:

01.04.01. عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة، المتعلقة بالفروق في الأنماط السلوكية تبعاً

لمتغير الجنس لدى المرضى المزمنين (مرضى القلب، ضغط الدم، السكري):

الجدول رقم (54): يبين الفروق في النمط السلوكي (أ) تعزى لمتغير الجنس لدى المرضى المزمنين.

مستوى الدلالة	درجة الحرية	القيمة	الإناث ن=75		الذكور ن=117		المرضى المزمنين
			الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
0.01	190	4.02	09	31.13	9.28	36.58	النمط السلوكي (أ)

نلاحظ من خلال الجدول رقم (54) بأنه توجد فروق بين الإناث والذكور في النمط السلوكي (أ)، حيث أن قيمة (ت المجدولة = 4.02) أكبر من قيمة (ت المحسوبة = 2.35)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وجاء الفرق لصالح للذكور بمتوسط حسابي (36.58)، وهو أكبر منه لدى الإناث (31.13)

الجدول رقم (55): يوضح الفروق في النمط السلوكي (ب) تعزى لمتغير الجنس لدى المرضى المزمنين.

مستوى الدلالة	درجة الحرية	القيمة	الإناث ن=109		الذكور ن=76		المرضى المزمنين
			الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
0.95	183	0.107-	2.34	9.44	2.79	09.40	النمط السلوكي (ب)

تبين من خلال عرض النتائج في الجدول رقم (55) بأنه لا توجد فروق بين الإناث والذكور في النمط السلوكي (ب)، حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة = -0.107)، وهي أصغر من (ت المجدولة = 2.35)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01).

الجدول رقم (56): يبين الفروق في النمط السلوكي (أ) تعزى لمتغير الجنس لدى مرضى القلب.

مستوى الدلالة	درجة الحرية	القيمة	الإناث ن=21		الذكور ن=43		مرضى القلب
			الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
0.01	62	2.92	9.66	36.09	4.54	39.46	النمط السلوكي (أ)

نلاحظ من خلال الجدول رقم (56) بأنه توجد فروق بين الإناث والذكور في النمط السلوكي (أ)، حيث أن قيمة (ت المجدولة = 2.92) أكبر من قيمة (ت المحسوبة = 2.35)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وجاء الفرق لصالح للذكور بمتوسط حسابي (39.46)، وهو أكبر منه لدى الإناث (36.09)

الجدول رقم (57): يبين الفروق في النمط السلوكي (ب) تعزى للجنس لدى مرضى القلب.

مستوى الدلالة	درجة الحرية	قيمة ت	الإناث ن=29		الذكور ن=25		مرضى القلب
			الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
0.01	52	2.37	1.64	10.88	1.34	9.89	النمط السلوكي (ب)

يتبين من خلال الجدول رقم (57) بأنه توجد فروق بين الإناث والذكور في النمط السلوكي (ب)، حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة = 2.37)، وهي أكبر من (ت الجدولة = 2.35)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وجاء الفرق لصالح الإناث بمتوسط حسابي (10.88)، وهو أكبر منه لدى الذكور (9.89)، وعليه فإن الإناث أكثر استخداماً لسلوكيات النمط (ب).

الجدول رقم (58): يبين الفروق في النمط السلوكي (أ) تعزى لمتغير الجنس لدى مرضى ضغط الدم.

مستوى الدلالة	درجة الحرية	قيمة ت	الإناث ن=29		الذكور ن=51		مرضى ضغط الدم
			الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
0.01	78	3.74	08.08	30.34	8.20	37.48	النمط السلوكي (أ)

نلاحظ من خلال الجدول رقم (58) بأنه توجد فروق بين الإناث والذكور في النمط السلوكي (أ)، حيث أن قيمة (ت الجدولة = 3.74) أكبر من قيمة (ت المحسوبة = 2.35)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وجاء الفرق لصالح للذكور بمتوسط حسابي (37.48)، وهو أكبر منه لدى الإناث (30.34).

الجدول رقم (59): يوضح الفروق في النمط السلوكي (ب) تعزى لمتغير الجنس لدى مرضى ضغط الدم.

مستوى الدلالة	درجة الحرية	قيمة ت	الإناث ن=24		الذكور ن=17		مرضى ضغط الدم
			الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
0.09	39	1.73	3.32	08.60	2.55	10.17	النمط السلوكي (ب)

بعد عرض النتائج في الجدول رقم (59) تبين بأنه لا توجد فروق بين الإناث والذكور في النمط السلوكي (ب)، حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة = 1.73)، وهي أصغر من (ت الجدولة = 2.35)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01).

الجدول رقم (60): يبين الفروق في النمط السلوكي (أ) تعزى لمتغير الجنس لدى مرضى السكري.

مستوى الدلالة	درجة الحرية	قيمة ت	الإناث ن=26		الذكور ن=23		مرضى السكري
			الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
0.18	47	1.33	10.20	31.19	11.58	35.39	النمط السلوكي (أ)

نلاحظ من خلال الجدول رقم (60) بأنه لا توجد فروق بين الإناث والذكور في النمط السلوكي (أ)، حيث أن قيمة (ت الجدولة = 1.33) أصغر من قيمة (ت المحسوبة = 2.35)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)،

الجدول رقم (61): يبين الفروق في النمط السلوكي (ب) ترجع لمتغير الجنس لدى مرضى السكري.

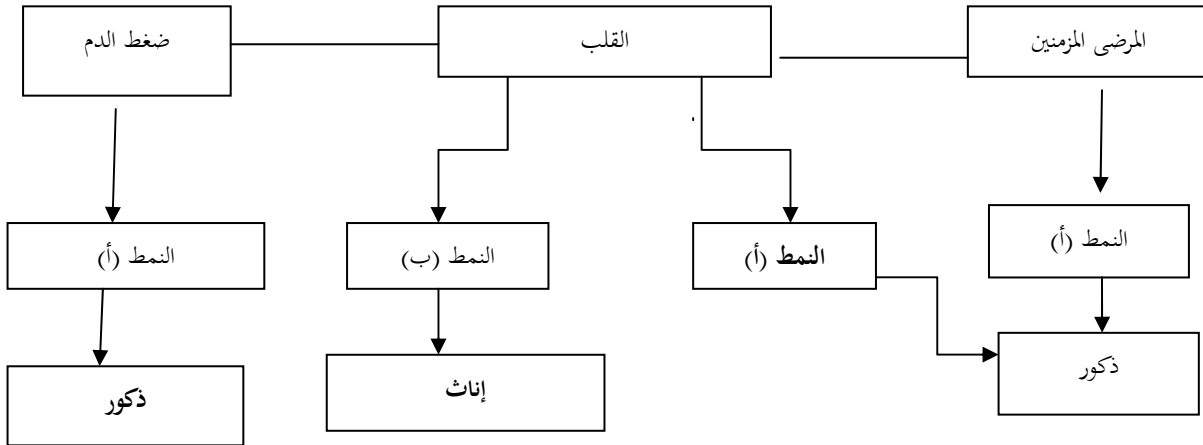
مرضى السكري	الذكور ن=34	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الإناث ن=55	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة التائية	الدلالة مستوى
النمط السلوكي (ب)	08.31	3.59	9.60	2.15	-1.90	87	0.062	

تم التوصل من خلال النتائج المتحصل عليها من الجدول رقم (61) إلى أنه لا توجد فروق بين الإناث والذكور في النمط السلوكي (ب)، حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة = -1.90)، وهي أصغر من (ت الجدولة = 2.35)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01).

ومن خلال ما تم التوصل إليه من تحليل للفروق في سلوكيات النمط (أ)، والنمط (ب)، فإنه يمكن وضع نموذج تفسيري يوضح تلك العلاقات، والشكل التالي يبين ذلك:

النموذج رقم (25) يبين مدى الاعتقاد في كل من النمط السلوكي (أ) (ب) تعزى لتغير الجنس لدى المرضى المزمنين

(القلب، السكري، ضغط الدم)



نلاحظ من الشكل بأنه المرضى المزمنين من الذكور، كانوا أكثر اعتقاداً في سلوكيات النمط (أ)، وهذا ما توافق مع مرضى ضغط الدم، وكذلك لدى مرضى القلب، وأظهر الإناث من مرض القلب استخداماً لسلوكيات النمط (ب).

وهذه النتيجة المتوصل إليها تتوافق مع دراسة "twinn, T" (2011)، التي توصلت إلى أن الذكور أكثر ممارسة لسلوكيات النمط (أ)، في حين أن الإناث أكثر اعتقاداً في سلوكيات النمط (ب)، وهذا ما توافق مع دراسة "Bruk, Nancy et al" (2010)، و "Karen, D" (2007)، و "إبراهيم حامد المغربي" (2006)، و "Hunberg" (2002)، و "Fontant et al" (1987)، وبخصوص الفروق في النمط السلوكي (أ) فقد توافق النتائج المتوصل إليها جزئياً مع دراسة كل وفي دراسة "Green Woold" (2012) بأنه توجد فروق في النمط السلوكي (أ) لصالح الذكور، وهذا ما توافق مع دراسة "Magilay" (2012)، و "Yamada & Asada Dohi" (2001)، كما توافق دراسة كل من توافقت النتائج المتوصل إليها مع دراسة "Bat.C"

(2007) بأنه توجد فروق في النمط السلوكي (أ) لصالح الذكور، ولا توجد فروق بين الجنسين في النمط (ب)، وهذا ما توافقت مع دراسة "James,N"(2002)

كما تعارضت النتائج المتوصل إليها جزئيا مع النتائج المتوصل إليها بخصوص المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم)، في حين توافقت كلياً مع ما تم التوصل إليه مع مرضى السكري في عدم وجود فروق في الأنماط السلوكية (أ) (ب) تعزى للجنس في دراسة كل من "Cardom, J" (2014)، و"et al Aldan" (2013)، و"جاسم نعيم الأسدي" (2010)، و دراسة "Ondigi,Alice"(2009)، و"Arbucklek, J.L" (2007)، و"محمد أمين محبوب" (2006)، ودراسة "Penson et al" (2005)، و"Senday" (2003)، و"Kendy's" (2002)، و"جمعة السيد يوسف" (2000)، و"Bruk & Green"(1991)

ويمكن تفسير هذا النتيجة فيما يخص النمط السلوكي (أ) في أن العبء الملقى على عاتق الذكور داخل الأسر وخرجها أكثر من العبء الملقى على الإناث لأن دور الاجتماعي الذي يقوم به الذكر وتحمله أعباء وتكاليف الحياة من أجل تحقيق حاجاته، كما أن الذكور بصفة عامة يميلون إلى إكتساب العادات التي تضر بالصحة أكثر من المرأة، مما يساعد على حدوث الإصابة، عك المرأة التي تحاول أن تحافظ على صحتها من خلال تبني سلوكيات أقل عدائية، وهذا ما يفسر إعتقادها في النمط السلوكي (ب)، لأن تكوينها البيولوجي ضعيف أقل على العكس الذكور ذوي النمط السلوكي، وأن النجاح وتحقيق المتطلبات واجب مقدس لا يمكن التخلي عليه، وفي هذا الصدد يضيف "Vogel" (1997) أن المشاعر السلبية قد تتفاعل مع العامل الجنسي في تحديد النسبة المرضية لأمراض القلب، وقد تكون الإدراك الحقيقي لحالة الشعور الداخلي لذلك فإن الذكور والإناث يختلفون في تعاملهم مع كبت الغضب، والقلق في الصراعات الاجتماعية، ما يفسر اتجاههم لاستخدام سلوكيات النمط (ب)، لما فيه من مسيطرة الواقع الثقافي والاجتماعي، في مجتمعنا والذي هو مستمد من الدين، وهذا ما يتفق مع دراسة "Munakat et al"(1999)، في حين اختلفت مع دراسة "يوسف سيد جمعة" (1994)، الذي وجد فروق لصالح الإناث في النمط السلوكي (أ) مع ظهور أعراض مرضية.

يرى الباحث معللاً على هذه النتيجة المتوصل إليها إلى أن اعتقاد الذكور في النمط (أ)، أكثر من الإناث نظراً لتعرض الإناث لمعيقات خارجية كالظروف والضغوط المحيطة، والتي قد تفوق في كثير من الأحيان قدرتهن على التحدي والضبط خصوصاً، وكما هو معروف علمياً أن المرض يحدث ضرره البالغ على الإناث أكثر من الذكور كما أن اعتقاد الذكور أكثر في النمط (أ) لطبيعة حياتهم وعملهم المعقدة، وهي أكثر احتكاكاً بالواقع الخارجي والذي يتضمن مجالات وأبعاد متعددة وواسعة مما قد لا يتوافر لدى الإناث، رغم التغيرات الاجتماعية والثقافية التي تحدث في مجتمعنا إلا أنها تبقى شاذة ولا يمكن القياس عليها، أو إعطاءها صفة العمومية.

كما أن الذكور أكثر شعوراً بالمسؤولية، وتحمل لها لأن طبيعة التنشأة الاجتماعية تحتم عليه أن يكون هو المسيطر، وأنه هو من يملك قدرة تغيير المسار، عكس الإناث ذات توجه أكبر نحو النمط السلوكي (ب) الذي يتماشى مع خصائص الأنثى، عند إسقاطه على عاداتنا وثقافتنا وعاداتنا، كما أن الأنثى في تنشأتها تتعرض لإحباطات كثيرة وعلى هذا الأساس تقوم الأنثى من خفض توقعاتها، وهذا ما قد ينطبق كذلك على مجموعة من

الذكور، التي قد تكون تنشئتهم تتقارب مع تنشئة الأنثى ، ويذهب "عبد اللطيف حمادة" (1998) أن عوامل التنشئة الاجتماعية تمنح للذكر الشعور بالنجاح والقدرة والكفاءة، وبالتالي يملك توجهها إيجابيا وفاعلا أثناء ممارسته لأدواره، بينما تحرم الأنثى من هذا الشعور ، بل إن التنشئة الاجتماعية تشعرها بالنقص والعجز وبالتالي تقوم بتخفيض حجم دورها، وهذا يذهب بنا إلى القول أن التنشئة الاجتماعية تلعب دور كبير في تحديد سلوكيات أو الاعتقاد في سلوك معين.

وفي الأخير يمكن القول بأن فرضية البحث تحققت جزئيا في جزئها المتعلق بأنه توجد فروق في النمط السلوكي (أ) لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم) لصالح الذكور، كما أنه توجد فروق في النمط السلوكي (ب) لصالح الإناث لدى مرضى القلب، وبخصوص الفرضية الصفيرية، فإننا نقبلها في شقها المتعلق بأنه لا توجد فروق في النمط السلوكي (أ) يعزى لمتغير الجنس لصالح مرضى السكري، وكذلك لا توجد فروق في سلوكيات النمط (ب) تعزى لمتغير الجنس لدى المرضى المزمنين (ضغط الدم، السكري).

01.04.01. عرض وتحليل ومناقضة نتائج الفرضية الخامسة، المتعلقة بالفروق في أساليب التعامل مع

الضغط النفسي تبعا لمتغير الجنس لدى المرضى المزمنين (مرضى القلب، ضغط الدم، السكري):

وللتحقق من صحة هذه الفرضية قام الباحث بالاعتماد على المعالجة الإحصائية T-TEST للدلالة الفروق بعد التأكد من التجانس بين المجموعتين، قمنا بحساب الفروق في كل بعد من أبعاد المقياس أساليب التعامل مع الضغط النفسي حيث تحصلنا على النتائج التالية:

الجدول رقم (62): يبين الفروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي تبعا لمتغير الجنس لدى المرضى المزمنين.

المتغيرات	الذكور ن=192		الإناث ن=185		المتغير	المتغير	الدلالة
	م. الحسابي	إ. معياري	م. الحسابي	إ. معياري			
المركزة على المشكل	28.26	6.11	25.37	5.56	4.78	375	0.01
حل المشكل	18.22	6.34	13.18	3.59	9.53		0.01
الدعم الاجتماعي	10.11	3.44	12.25	3.87	-5.65		0.01
المركزة على الإنفعال	35.41	7.14	46.28	6.36	-15.60		0.01
التجنب	13.46	5.58	20.76	4.18	-14.37		0.01
إعادة التقييم المعرفي	13.45	4.12	12.81	3.80	1.57		0.11
لوم الذات	8.51	3.61	12.78	2.75	-12.93		0.01

نلاحظ من خلال الجدول التالي رقم (62) بأنه توجد فروق بين الذكور و الإناث في أساليب التعامل المركزة على المشكل حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة=4.78)، وجاء الفرق لصالح الذكور بمتوسط حسابي بلغ (28.26)، وهو أكبر منه لدى الإناث (25.37)، كما تم التوصل إلى وجود فروق في أسلوب حل المشكل ترجع لمتغير الجنس، حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة=9.53)، وظهر الفرق لصالح الذكور بمتوسط حسابي (18.22)، وهو أكبر من المتوسط الحسابي لدى الإناث (13.18)، وتم التأكد من وجود فروق في أسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي ترجع لمتغير الجنس، حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة=-5.65)، دالة عند

مستوى الدلالة (0.01)، وظهر الفرق لصالح الإناث بمتوسط حسابي بلغ (12.25)، وهو أكبر منه لدى الذكور (10.11)، ودلت نتائج الدراسة بأنه توجد فروق في أساليب المراكز على الإنفعال لترجع لمتغير الجنس حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة = -15.60)، وجاء الفرق لصالح الإناث بمتوسط حسابي قدره (46.28)، وهو أكبر منه لدى الذكور (35.41)، كما توصلت الدراسة إلى وجود فروق في أسلوب التجنب، فقد بلغت قيمة (ت المحسوبة = -14.37)، ومال الفرق لصالح الإناث بمتوسط حسابي (20.76)، وأكبر منه لدى الذكور (13.45)، وأظهرت النتائج بأنه لا توجد فروق بين الجنسين في بعد إعادة التقييم المعرفي، حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة = 1.57)، وأبانت النتائج بأنه توجد فروق في أسلوب لوم الذات حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة = -12.93)، وجاء الفرق لصالح الإناث بمتوسط حسابي بلغ (12.78)، وهو أكبر منه لدى الذكور (8.51).

الجدول رقم (63): يفسر الفروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي تعزى لمتغير الجنس لدى مرضى القلب.

المتغيرات	الذكور ن=68		الإناث ن=50		المتغير	الدلالة مستوى
	م. الحسابي	إ. معياري	م. الحسابي	إ. المعياري		
المركزة على المشكل	29.47	5.53	27.32	6.48	1.93	0.55
حل المشكل	20.17	5.01	14.28	4.50	6.58	0.01
الدعم الاجتماعي	6.29	3.07	13.04	4.54	-5.33	0.01
المركزة على الإنفعال	36.48	6.73	47.96	7.99	-8.44	0.01
التجنب	14.42	7.42	20.96	4.84	-6.03	0.01
إعادة التقييم المعرفي	13.25	4.51	15.36	3.59	-2.72	0.07
لوم الذات	8.80	3.90	11.64	3.53	-4.05	0.05

نلاحظ من خلال الجدول رقم (63) بأنه لا توجد فروق بين الذكور و الإناث في أساليب التعامل المراكز على المشكل حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة = 1.93)، في حين تم التوصل إلى وجود فروق في أسلوب حل المشكل ترجع لمتغير الجنس، حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة = 6.58)، وظهر الفرق لصالح الذكور بمتوسط حسابي (20.17)، وهو أكبر من المتوسط الحسابي لدى الإناث (14.28)، وتم التأكد من وجود فروق في أسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي ترجع لمتغير الجنس، حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة = -5.33)، دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وجاء الفرق لصالح الإناث بمتوسط حسابي بلغ (13.04)، وهو أكبر منه لدى الذكور (9.29)، ودلت نتائج الدراسة بأنه توجد فروق في أساليب المراكز على الإنفعال لترجع لمتغير الجنس حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة = -8.44)، وجاء الفرق لصالح الإناث بمتوسط حسابي قدره (47.96)، وهو أكبر منه لدى الذكور (36.48)، كما توصلت الدراسة إلى وجود فروق في أسلوب التجنب، فقد بلغت قيمة (ت المحسوبة = -6.03)، وظهر الفرق لصالح الإناث بمتوسط حسابي (20.96)، وأكبر منه لدى الذكور (14.42)، وأظهرت النتائج بأنه توجد فروق بين الجنسين في بعد إعادة التقييم المعرفي، حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة = -2.72)، وجاء الفرق لصالح الإناث بمتوسط حسابي قدره (15.36)، وهو أكبر منه لدى الذكور

(13.25)، وأبانت النتائج بأنه توجد فروق في أسلوب لوم الذات حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة = -4.05)، وجاء الفرق لصالح الإناث بمتوسط حسابي بلغ (11.64)، وهو أكبر منه لدى الذكور (8.80).

الجدول رقم (64): يبين الفروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي تعزى لمتغير الجنس لدى مرضى ضغط الدم.

المتغيرات	الذكور ن=68		الإناث ن=53		درجة الحرية	الدلالة مستوى
	م. الحسابي	إ. معياري	م. الحسابي	إ. معياري		
المركزة على المشكل	29.13	6.08	21.59	4	119	0.01
حل المشكل	18.62	7.57	11.51	2.74		0.01
الدعم الاجتماعي	10.89	4.13	10.09	3.09		0.23
المركزة على الإنفعال	37.58	7.04	45.01	4.49		0.01
التجنب	13.64	5.99	21.98	3.28		0.01
إعادة التقييم المعرفي	14.71	4.05	9.12	3.01		0.01
لوم الذات	9.22	4.01	14.16	1.53		0.01

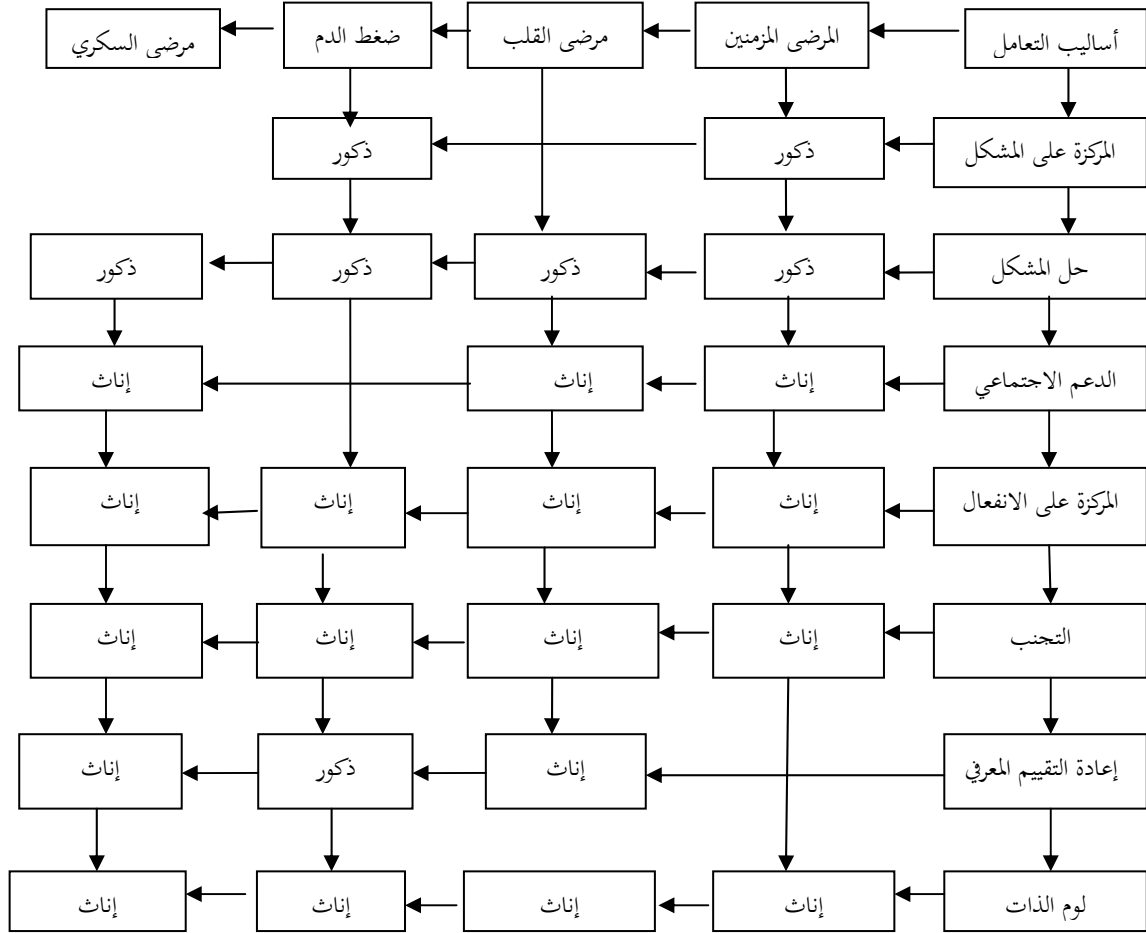
نلاحظ من خلال الجدول رقم (64) التالي بأنه توجد فروق بين الذكور و الإناث في أساليب التعامل المركزة على المشكل حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة = 6.55)، وجاء الفرق لصالح الذكور بمتوسط حسابي بلغ (29.13)، وهو أكبر منه لدى الإناث (21.59)، وتم التوصل إلى وجود فروق في أسلوب حل المشكل ترجع لمتغير الجنس، حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة = 7.84)، وظهر الفرق لصالح الذكور بمتوسط حسابي (18.62)، وهو أكبر من المتوسط الحسابي لدى الإناث (11.51)، وتم التأكد من عدم وجود فروق في أسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي ترجع لمتغير الجنس، حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة = -1.18)، ودلت نتائج الدراسة بأنه توجد فروق في أساليب المركزة على الإنفعال لترجع لمتغير الجنس حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة = -6.73)، وجاء الفرق لصالح الإناث بمتوسط حسابي قدره (45.01)، وهو أكبر منه لدى الذكور (37.58)، كما توصلت الدراسة إلى وجود فروق في أسلوب التجنب، فقد بلغت قيمة (ت المحسوبة = -9.16)، وظهر الفرق لصالح الإناث بمتوسط حسابي (21.98)، وأكبر منه لدى الذكور (13.64)، وأظهرت النتائج بأنه توجد فروق بين الجنسين في بعد إعادة التقييم المعرفي، حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة = 8.41)، وجاء الفرق لصالح الذكور بمتوسط حسابي قدره (14.71)، وهو أكبر منه لدى الإناث (9.12)، وأبانت النتائج بأنه توجد فروق في أسلوب لوم الذات حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة = -8.54)، وجاء الفرق لصالح الإناث بمتوسط حسابي بلغ (14.16)، وهو أكبر منه لدى الذكور (9.22).

الجدول رقم (65): يفسر الفروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي تبعاً للجنس لدى مرضى السكري.

المتغيرات	الذكور ن=57		الإناث ن=81		الدرجة	الدلالة مستوى
	م. الحسابي	إ. معياري	م. الحسابي	إ. معياري		
المركزة على المشكل	25.78	6.21	26.69	4.60	136	0.32
حل المشكل	15.42	5.17	13.61	3.07		0.05
الدعم الاجتماعي	10.19	2.72	13.22	3.32		0.01
المركزة على الإنفعال	31.59	6.28	46.08	4.16		0.01
التجنب	12.12	3.41	19.82	4.10		0.01
إعادة التقييم المعرفي	12.21	3.27	13.69	2.30		0.05
لوم الذات	7.33	2.26	12.56	2.46		0.01

يتبين لنا من خلال الجدول رقم (65) من خلال الجدول التالي بأنه لا توجد فروق بين الذكور و الإناث في أساليب التعامل المركزة على المشكل حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة = -0.98)، وتم التوصل إلى وجود فروق في أسلوب حل المشكل ترجع لمتغير الجنس، حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة = 2.35)، وظهر الفرق لصالح الذكور بمتوسط حسابي (15.42)، وهو أكبر من المتوسط الحسابي لدى الإناث (13.61)، وتم التأكد من وجود فروق في أسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي ترجع لمتغير الجنس، حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة = -5.86)، وجاء الفرق لصالح الإناث بمتوسط حسابي (13.22)، وهو أكبر منه لدى الذكور (10.19)، ودلت نتائج الدراسة بأنه توجد فروق في أساليب المركزة على الإنفعال لترجع لمتغير الجنس حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة = -13.45)، وجاء الفرق لصالح الإناث بمتوسط حسابي قدره (46.08)، وهو أكبر منه لدى الذكور (31.59)، كما توصلت الدراسة إلى وجود فروق في أسلوب التجنب، فقد بلغت قيمة (ت المحسوبة = -11.00)، وظهر الفرق لصالح الإناث بمتوسط حسابي (19.82)، وأكبر منه لدى الذكور (12.12)، وأظهرت النتائج بأنه توجد فروق بين الجنسين في بعد إعادة التقييم المعرفي، حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة = -2.94)، وجاء الفرق لصالح الإناث بمتوسط حسابي قدره (13.69)، وهو أكبر منه لدى الذكور (12.21)، وأبانت النتائج بأنه توجد فروق في أسلوب لوم الذات حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة = -12.84)، وجاء الفرق لصالح الإناث بمتوسط حسابي بلغ (12.56)، وهو أكبر منه لدى الذكور (7.33).

النموذج رقم (26) يبين الفروق بين الذكور والإناث في أساليب التعامل مع الضغط النفسي لدى المرضى المزمنين



يلاحظ من الشكل (26) بأن الذكور والإناث أظهروا اختلاف تام في تبني أساليب التعامل مع الضغط النفسي، حيث اتجه كل من المرضى المزمنين، (القلب، ضغط الدم، سكري) في استخدام لكل من أسلوب حل المشاكل، في حين أن الإناث أظهرن استخدام العديد من الأساليب (البحث عن الدعم الاجتماعي، المركزة على الانفعال، التجنب، لوم الذات)، في حين أن الذكور لدى كل من مرضى المزمنين، ومرضى القلب وضغط الدم، يركزن على استخدام الأساليب المركزة على المشكل، وأسلوب إعادة التقييم المعرفي لدى المرضى المزمنين، ومرضى ضغط الدم، في حين أن أسلوب إعادة التقييم المعرفي أظهرت النتائج تفاوت بين الذكور والإناث في استخدامه، في حين أن الأساليب المركزة على المشكل فقد أظهر الذكور إستخداما له أكثر من الذكور وهذا لدى مرضى ضغط الدم، والقلب، وهذه النتيجة تبين الفوارق التي بين النوع في إستخدام مختلف الأساليب التي يتعامل بها كل من الجنسين.

من خلال النتائج المتوصل فإنها توافقت مع دراسة "Cardoom,j"(2014) في جزئها المتعلق بأنه توجد فروق لصالح الذكور في أسلوب إعادة التقييم المعرفي، وأسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي، كما توافقت النتائج مع دراسة "Ondigi,A"(2009) بأنه توجد فروق بين الجنسين، حيث إتجه الذكور إلى حل المشكل وإعادة التقييم المعرفي، أما الإناث فإتجهن إلى البحث عن الدعم الاجتماعي، ولوم الذات، وهذا ما توافق مع دراسة "Burk & Green" (1991)، ودراسة "إبراهيم حامد المغربي"(2006)، ودراسة "جمعة السيد يوسف"(2000)،

كما تم التوافق النتائج المتوصل إليها مع دراسة "Penson,DF et al" (2005) في إتجاه الذكور نحو حل المشكل والتقييم الإيجابي للأحداث، والإناث إلى الدعم الاجتماعي، ولوم الذات، والتجنب، وهذا ما تأكد في دراسة "Arbuckle,J.L" (2007)، و"عبد الحميد سعيد" (2007)، وتوافقت النتائج المتوصل إليها مع دراسة "Fontant et al" (1987)، وتبين من دراسة "Jodie" (2004) بأن الإناث أكثر إستخداما للأساليب الإنفعالية، وتبين بأنه هناك توافق بين النتائج المتوصل إليها، وبين ما ذكره "محمد رجب" (1998) بأن الذكور أكثر إستخداما لأسلوب إعادة التقييم المعرفي، في حين أن الإناث أكثر إستخداما للوم الذات، والتجنب،

أما دراسة "محمد خليل" (2010) كليا مع النتائج المتوصل إليها في أن الإناث أكثر إستخداما المركزة على الإنفعال، وأن الذكور أكثر إستخداما لأسلوب حل المشكل وإعادة التقييم المعرفي، وهذا ما توافق مع دراسة "Grassi,M" (2005)، وهذا ما توافق مع دراسة "حسن وآخرون" (2006) بأن الإناث أكثر إستخداما للأساليب الإنفعالية، والذكور يستخدمون أسلوب حل المشكل

في حين تعارضت مع دراسة "Twinn,T" (2011) بأنه لا توجد فروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي، وهذا ما توافق مع دراسة "بشرى إسماعيل" (2008)، وكذلك مع دراسة "صفاء عجاجة" (2007)، وكذلك "Thiagurajan, D.K" (1998)، ودراسة "هيريدي عادل" (1996).

وتؤكد هذه النتيجة أن الذكور باختلاف أعمارهم يفضلون استخدام الأساليب المركزة على المشكل وحل المشكل، في حين أن الإناث أكثر اتجاهها لاستخدام الأساليب المركزة على الإنفعال (التجنب، ولوم الذات والبحث عن الدعم الاجتماعي ويمكن تفسير تلك الاستجابات لدى المرأة من خلال تنشئتها الاجتماعية تكون أكثر تعبيرية عن انفعالاتها، أي لديها القدرة على التعبير عما تعانیه من خلال الكلمات والعبارات وتظهر عليها أعراض انفصالية بشكل واضح مقارنة بالرجل عند تعامله مع الضغوط، كما أن المرأة تواجه ضغوطاً وأحداث أكثر من الرجل فبنيتها الهشة والضعيفة تجعلها تقوم بأدوار اجتماعية كثيرة مما يملّي عليها أنواعاً مختلفة من السلوك وقد تكون غير راضية عن بعض الأدوار، والتي هي أيضاً تعاني كذلك من نقص في مصادر التعامل الملائمة مع الضغوط التي تتعرض لها، وذلك نظراً للتنشئة الاجتماعية والثقافية، في المقابل يكون الرجل مستقلاً ومتحرراً من القيود التي يفرضها المجتمع وقادراً على مساهمة المشكل والعمل على حله، لذا تسعى المرأة للبحث عن الدعم الاجتماعي والدعم الذي يقدمه الرجل سواء كان زوجاً أو أخاً من حيث المصاريف والتنقل معها والوقوف إلى جانبها معنوياً وعاطفياً.

كما يمكن تفسير ذلك إلى القدرات الشخصية والمميزات الإدراكية والمعرفية للفرد أكثر من اعتبار الجنس مؤشراً لكيفية استخدامه لهذه الاستراتيجيات، وفي تقديري هذا راجع إلى أن المريض لا يفرق بين الجنسين وخاصة إلى ما تعرضوا لنفس الظروف الضاغطة، كما أن التشابه في طبيعة الفروق المرضية والعلاجية بين الجنسين والمعتقدات الثقافية السائدة حول الموضوع وتأثير المستوى التعليمي والثقافي للفرد.

ويمكن تفسير النتائج المتوصل إليها من خلال نظرية تقييد "Hackabee & RosavieShinnMouch" (1988) التي تؤكد أن الفروق الظاهرة بين الجنسين في مواجهة التوتر يمكن تفسيرها من خلال الفروق بين الجنسين

في الاحتمال القوي تشغل وتولي أدوارا اجتماعية مضمينة بالإضافة إلى القيود الفارقة المميزة التي تصاحب احتلال الدور بالنسبة للذكور والإناث وبالتالي فإن نظرية التنشئة الاجتماعية تتنبأ بوجود فروق بين الجنسين في استخدام أساليب التعامل مع الضغط النفسي عبر المواقف والأدوار الاجتماعية المختلفة، في حين تتنبأ نظرية تقييد الدور باختفاء هذه الفروق بين الجنسين في مجال شغل الأشخاص لنفس الأدوار الاجتماعية (جهاد محمود علاء الدين).

(2009)

كما أن أساليب التعامل المركزة على المشكل هي خاصة بإيجاد الحل والتخطيط لها من أجل تغيير أو القضاء عليها، الأمر الذي يعتبر صعبا وغير ممكنا في حالة مرضى القلب، وهذا نظرا لصعوبة تطبيقها من كلى الجنسين، وهذا ما يفسر عدم وجود فروق بين الذكور والإناث، إلا أنه يوجد فروق في أسلوب حل المشكل لصالح الذكور باعتبار أن العوامل الاجتماعية والثقافية المتراكمة في مجتمعنا تدفع وتعلم الذكر تحمل المشاكل ومواجهتها وحلها أي كان الحل، وهذا يعبر عن تشجيع الذكر على الأنتى، من خلال زرع سلوكيات مثل السيطرة والتوكيدية والإستقلال، وكذلك العنف، كما أنه حتى ولو أن المرض يضعف من قدرات الفرد، إلا أن الذكر يحاول التأكيد على أنه مزال مسيطرا، على عكس الإناث اللواتي يتعلمن في تنشأتهن أن كل الحلول والمشاكل التي تعترضهم تحل من ظرف الذكر سواء كان الأب أو الأخ أو الزوج، لأن طبيعة التربية في مجتمعنا تضع وصاية على الأنتى تجعلها مقيدة من خلال قائمة من الممنوعات والمحرمات، سواء كانت مستنبطة من تقاليدنا أو خلفيتنا الدينية، وحتى التاريخية، وبالتالي لجوءها إلى الإستناد على الآخرين لحل المشاكل والتخفيف من الضغوط التي تواجهها أمر طبيعي، لأنه من الأساليب المتعلمة من المجتمع، وأن خروج المرأة عن هذا يعتبر أمرا شاذًا، وأن لجوءهم إلى التجنب ولوم الذات أكثر من الذكور ما هو إلا دليل واضح على ما هي الخصائص التي يتميز به المجتمع، كما أن عدم ظهور فروق أسلوب إعادة التقييم المعرفي، لأنه يعتبر من الأساليب التي تتيح نوعا من التنفيس الإنفعالي، وكذلك إعادة تقييم الوضعية الضاغطة، والذي يتيح الخروج بحل إيجابي للمشكلة الواقعة، لكن حسب نظرة الباحث فإن إعادة التقييم المعرفي ليس إيجابي في جميع المشاكل أو الحالات، وبالتالي فقد يؤدي إلى نوع من تأزم الوضعية نتيجة إعادة التقييم الخاطئة التي قد تقوم بقراءة خاطئة للواقع، كما أن للمرض دورا في إضطراب في الإتزان الجسمي والإنفعالي أو الإنقطاعات في المسار الطبيعي للعادات والذي يجبرهم على البحث أو الوصول إلى توازن داخلي، مما يتيح لهم التعامل مع تلك الضغوط بشكل حذر، حتى وأن كان الأسلوب المعتمد ينظر له على أنه إيجابي إلا أنه يخضع لتقييم الفرد

وتتفق النتيجة مع توصل إليه " محمود حمودة" (1998) في أن النوع لا يعد عاملا مهما في التعامل مع الضغوط والتكيف معها، فهناك ضغوط تتعامل معها المرأة أفضل من الرجل والعكس.

وفيما يخص استخدام أسلوب إعادة التقييم المعرفي، فإن قدرة الذكور على التكيف مع الضغوط، وكذا التفكير في الحل ، والتساؤل عن سبب التعرض لهذا المشكل، وهذا يدل أن المرض من الذكور يقومون بإعادة بناء معرفي للموقف المسبب للضغوط من جديد بطريقة إيجابية مع تبني طرق موجهة نحو المصدر بغرض خفض التوتر

إذ أن استخدام أسلوب إعادة التقييم المعرفي، لا تكون بنفس الطريقة التي تستخدمها الإناث، فهذه الأخيرة تستعمل هذه الإستراتيجية بعد أن تعجز في إيجاد حل ملائم ومناسب، بحكم شعور الإناث بالعجز إزاء المواقف المسببة للضغط، وهذا ما يجعلهن يتجهن إلى الأساليب المركزة على الانفعال.

وفي الأخير يمكن القول من خلال عرض وتحليل ومناقشة نتائج المتوصل إليها إلى أننا نقبل فرضية البحث جزئياً، بأنه توجد فروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي تعزى لمتغير الجنس لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري)، كما أنه نقبل بالفرضية الصفرية في شقها المتعلق بأنه لا توجد فروق في الأساليب المركزة على المشكل تعزى لمتغير الجنس لدى مرضى ضغط الدم، وكذلك في أسلوب إعادة التقييم المعرفي لدى مرضى القلب، والسكري

03.04.01. عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة، المتعلقة بالفروق في نوعية الحياة تبعاً لمتغير الجنس لدى المرضى المزمنين (مرضى القلب، ضغط الدم، السكري):

وللتحقق من صحة هذه الفرضية قام الباحث بالاعتماد على المعالجة الإحصائية T-TEST لدلالة الفروق بعد التأكد من التجانس بين المجموعتين، قمنا بحساب الفروق في كل بعد من أبعاد المقياس حيث تحصلنا على النتائج التالية:

الجدول رقم (66): يبين الفروق في نوعية الحياة راجعة لمتغير الجنس لدى المرضى المزمنين.

المتغيرات	الذكور ن=192		الإناث ن=185		قيمة ت	درجة الحرية	الدلالة مستوى
	م. حسابي	إ. معياري	م. حسابي	إ. معياري			
المجال الجسدي	26.21	8	27.64	9.46	-1.57	375	0.11
المجال النفسي	39.19	12.09	36.84	13.03	1.81		0.07
مستوى الإستقلال	42.68	12.54	40.34	13.11	1.77		0.07
العلاقات الإجتماعية	34.23	9.99	34.89	10.15	-0.62		0.53
مجال البيئة	60.76	27	66.33	26.35	-2.02		0.04
مجال المعتقدات الدينية	13.45	2.57	13.45	2.92	-0.003		0.99
نوعية الحياة والصحة العامة	10.63	3.15	10.49	3.20	0.42		0.67

نلاحظ من خلال الجدول التالي رقم (66) بأنه لا توجد فروق بين الذكور و الإناث في نوعية الحياة المجال الجسدي حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة=-1.57)، وتم التوصل إلى عدم وجود فروق في المجال النفسي ترجع لمتغير الجنس، حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة=1.81)، وتم التأكد من عدم وجود فروق في مجال الإستقلال ترجع لمتغير الجنس، حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة=-1.77)، ودلت نتائج الدراسة بأنه لا توجد

فروق في مجال العلاقات الاجتماعية ترجع لمتغير الجنس حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة = -0.62)، كما توصلت الدراسة إلى وجود فروق في مجال البيئة، فقد بلغت قيمة (ت المحسوبة = -2.02)، وظهر الفرق لصالح الإناث بمتوسط حسابي (66.33)، وأكبر منه لدى الذكور (60.76)، وأظهرت النتائج بأنه لا توجد فروق بين الجنسين في مجال المعتقدات الدينية، حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة = -0.003)، وأبانت النتائج بأنه لا توجد فروق في مجال الصحة ونوعية الحياة العامة حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة = 0.42)، وهي أصغر من (ت المحدولة = 2.35).

الجدول رقم (67): يفسر الفروق في نوعية الحياة تعزى لمتغير الجنس لدى مرضى القلب.

المتغيرات	الذكور ن=68		الإناث ن=50		قيمة (ت)	درجة الحرية	مستوى الدلالة
	م. حسابي	إ. معياري	م. حسابي	إ. معياري			
المجال الجسمي	27.88	8.94	29.68	10.91	-0.95	116	0.34
المجال النفسي	41.50	12.11	38.16	12.04	1.48		0.14
مستوى الإستقلال	34.61	9.79	37.24	10.10	-1.41		0.16
العلاقات الإجتماعية	35.51	9.26	37.32	9.58	-1.02		0.30
مجال البيئة	66.33	29	83.92	26.60	-3.41		0.01
مجال المعتقدات الدينية	13.32	2.25	13.54	2.83	-0.44		0.65
نوعية الحياة والصحة العامة	9.76	2.78	9.34	3.20	0.75		0.45

نلاحظ من خلال الجدول رقم (67) بأنه لا توجد فروق بين الذكور و الإناث في نوعية الحياة المجال الجسمي حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة = -0.95)، وتم التوصل إلى عدم وجود فروق في المجال النفسي ترجع لمتغير الجنس، حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة = 1.48)، وتم التأكد من عدم وجود فروق في مجال الإستقلال ترجع لمتغير الجنس، حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة = -1.41)، وهي أصغر من (ت المحدولة = 2.35)، ودلت نتائج الدراسة بأنه لا توجد فروق في مجال العلاقات الاجتماعية ترجع لمتغير الجنس حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة = -1.02)، كما توصلت الدراسة إلى وجود فروق في مجال البيئة، فقد بلغت قيمة (ت المحسوبة = -3.41)، وظهر الفرق لصالح الإناث بمتوسط حسابي (83.92)، وأكبر منه لدى الذكور (66.33)، وأظهرت النتائج بأنه لا توجد فروق بين الجنسين في مجال المعتقدات الدينية، حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة = -0.44)، وأبانت النتائج بأنه لا توجد فروق في مجال الصحة ونوعية الحياة العامة حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة = 0.75).

الجدول رقم (68): يوضح الفروق في نوعية الحياة تعزى للجنس لدى مرضى ضغط الدم.

مستوى الدلالة	درجة الحرية	قيمة ت	الإناث ن=53		الذكور ن=68		المتغيرات
			إ. معياري	م. حسابي	إ. معياري	م. حسابي	
0.59	119	-0.53	7.44	26.62	6.47	25.95	المجال الجسدي
0.20		-1.20	14.69	41.74	13.10	38.47	المجال النفسي
0.01		6.94	10.90	32.68	11.44	46.42	مستوى الإستقلال
0.05		1.95	7.86	27.81	10.74	31.23	مجال العلاقات الإجتماعية
0.05		-1.77	24.49	79.01	28.68	70.26	مجال البيئة
0.38		-0.86	2.81	14.11	3.05	13.64	مجال المعتقدات الدينية
0.20		1.26	2.62	8.83	2.68	9.44	نوعية الحياة والصحة العامة

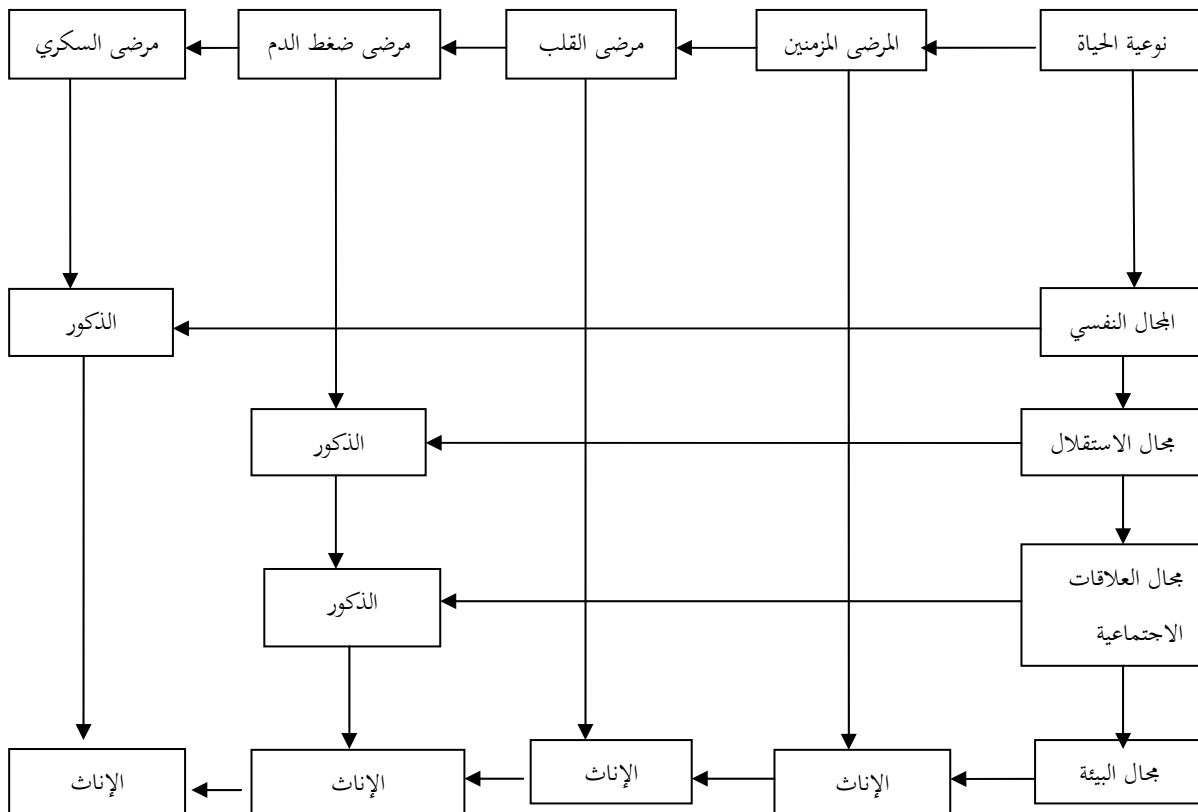
نلاحظ من الجدول رقم(68) بأنه لا توجد فروق بين الذكور والإناث في نوعية الحياة المجال الجسدي حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة=-0.53)، وتم التوصل إلى عدم وجود فروق في المجال النفسي ترجع لمتغير الجنس، حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة=-1.20)، وتم التأكد من وجود فروق في مجال الإستقلال ترجع لمتغير الجنس، حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة=6.94)، وجاء الفرق لصالح الذكور بمتوسط حسابي (46.42)، وهو أكبر منه لدى الإناث (32.68)، ودلت نتائج الدراسة بأنه توجد فروق في مجال العلاقات الإجتماعية ترجع لمتغير الجنس حيث بلغت قيمة(ت المحسوبة =1.95)، وجاء الفرق لصالح الذكور بمتوسط حسابي بلغ(31.23)، وهو أكبر منه لدى الإناث (27.81)، كما توصلت النتائج إلى وجود فروق في مجال البيئة، فقد بلغت قيمة(ت المحسوبة=-1.77)، وظهر الفرق لصالح الإناث بمتوسط حسابي بلغ (79.01)، وهو أكبر منه لدى الذكور (70.26)، وأظهرت النتائج بأنه لا توجد فروق بين الجنسين في مجال المعتقدات الدينية، حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة=-0.86)، وهي أصغر من الجدولة(2.35)، وأبانت النتائج بأنه لا توجد فروق في مجال الصحة ونوعية الحياة العامة حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة=1.26)، وهي أصغر من (ت الجدولة=2.35).

الجدول رقم (69): يبين الفروق في نوعية الحياة ترجع للجنس لدى مرضى السكري.

مستوى الدلالة	درجة الحرية	قيمة ت	الإناث ن=81		الذكور ن=57		المتغيرات
			إ. معياري	م. حسابي	إ. معياري	م. حسابي	
0.10	136	-1.65	9.63	27.06	8.18	24.54	المجال الجسدي
0.01		2.43	11.16	32.76	10.47	37.29	المجال النفسي
0.98		-0.02	12.60	47.35	12.04	47.31	مستوى الإستقلال
0.25		-1.15	9.59	38.11	9.15	36.24	مجال العلاقات الإجتماعية
0.01		-3.04	9.31	47.02	6.42	42.94	مجال البيئة
0.35		0.93	2.94	12.96	2.31	13.38	مجال المعتقدات الدينية
0.10		1.61	2.58	12.32	2.74	13.07	نوعية الحياة والصحة العامة

نلاحظ من الجدول رقم (69) بأنه لا توجد فروق بين الذكور و الإناث في نوعية الحياة المجال الجسمي حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة=1.65-)، وتم التوصل إلى وجود فروق في المجال النفسي ترجع لمتغير الجنس، حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة=2.43)، وجاء الفرق لصالح الذكور بمتوسط حسابي بلغ(37.29)، وهو أكبر من المتوسط الحساب لى الإناث (32.76)، وتم التأكد من عدم وجود فروق في مجال الإستقلال ترجع لمتغير الجنس، حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة=0.02-)، ودلت نتائج الدراسة بأنه لا توجد فروق في مجال العلاقات الإجتماعية ترجع لمتغير الجنس حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة=1.15-)، كما توصلت الدراسة إلى وجود فروق في مجال البيئة، فقد بلغت قيمة(ت المحسوبة=-3.04)، وجاء الفرق لصالح الإناث بمتوسط حسابي بلغ (47.02)، وهو أكبر من لدى الذكور (42.94)، وأظهرت النتائج بأنه لا توجد فروق بين الجنسين في مجال المعتقدات الدينية، حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة=0.93)، وأبانت النتائج بأنه لا توجد فروق في مجال الصحة ونوعية الحياة العامة حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة=1.61)، وهي أصغر من (ت المحدولة=2.35).

الشكل رقم (27): يبين الفروق بين الذكور والإناث في مجالات نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري).



نلاحظ من هذا الشكل بأنه لم تظهر فروق في كل من نوعية (المجال الجسمي، الصحة العامة، والمعتقدات الدينية)، في حين ظهر الفرق بين الجنسين لدى مرضى السكري، حيث أن الذكور يشعرون بنوعية مجال نفسي مرتفع لدى مرضى السكري، أما بخصوص مجال الاستقلالية، فق تبين بأن الذكور أكثر شعورا بارتفاعه، وهذا ما

انطبق على مجال العلاقات الاجتماعية وهذا لدى مرضى ضغط الدم، أما بخصوص المجال البيئي: تبين بأن الإناث أكثر إحساسا بارتفاعه، وهذا لدى كل من المرضى المزمنين مجتمعين، ولدى مرضى القلب، ضغط الدم، السكري.

من خلال النتائج المتوصل تم توصل إلى توافق النتائج المتوصل إليها مع دراسة "Ahsubraty et al" (2004)، في أن هناك فروق لصالح الذكور في نوعية مجال الإستقلال، ولكن ليس لدى مرضى القلب، وإنما لدى مرضى ضغط الدم، وكذلك في مجال النفسي، ولكن لدى مرضى السكري، وتعارضت معه في مجال البيئة الذي تبين من خلال النتائج بأن الإناث أكثر شعورا بنوعية المجال البيئي، وهذا لدى مرضى القلب، وكذلك لدى المرضى المزمنين (ضغط الدم، السكري)، كما توافقت النتائج المتوصل إليها مع دراسة "Edelman et al" (2002) في أن هناك فروق بين الجنسين في نوعية الحياة في المجال النفسي، والإستقلال لصالح الذكور، ولصالح الإناث في نوعية المجال الجسمي، والبيئة، وظهر الاختلاف في النتائج فيما يخص نوعية العلاقات الاجتماعية الذي ظهر لصالح الذكور، في حين أن في دراسته ظهر لصالح الإناث، وفيما يخص دراسة "Grassi, M" (2005) فقد توافقت في جزئها المتعلق بأنه توجد لصالح الذكور في نوعية المجال النفسي، والإستقلال، وإختلفت معه في نوعية المجال الجسمي والبيئة الذي جاء لصالح الإناث في النتائج المتوصل إليها، وتبين من خلال دراسة "عبد الحميد سعيد" (2007) أنها توافقت مع النتائج المتوصل إليها جزئيا في جزئها المتعلق بأن الذكور أكثر شعورا بنوعية حياة مرتفعة في المجال النفسي والإستقلال، وأن الإناث أكثر شعورا بارتفاع نوعية الحياة في مجال البيئة، كما توافقت النتائج مع دراسة "Green Woold" (2012) في جزئها المتعلق بأنه توجد فروق لصالح الذكور في مجال الإستقلال، وكذلك مع دراسة "Magilay" (2012) في أن الذكور أكثر اعتقادا في العلاقات الاجتماعية، والإستقلال، ونوعية المجال البيئي لصالح الإناث، في حين توافقت النتائج مع دراسة "Bat.C" (2007) فيما يخص بأنه توجد فروق لصالح الذكور في نوعية مجال الإستقلال، ولصالح الإناث في مجال البيئة، كما أن دراسة "James, N" (2002) توافقت جزئيا مع نتائج المتوصل إليها فيما يخص بأنه الذكور لديه إرتفاع في الإحساس بنوعية الحياة في مجال العلاقات الاجتماعية، وإختلفت في أن الإناث لديهم شعور منخفض بنوعية الحياة في المجال النفسي، والبيئي، كما أكدت دراسة "Karen, D" (2007) ما تم التوصل إليه بأن الإناث أكثر شعورا بنوعية حياة مرتفعة في المجال البيئي، كما أن دراسة "Hunberg, K" (2002) توافقت كليا مع النتائج المتوصل إليه في أن الذكور أكثر إدراكا لنوعية حياة مرتفعة في مجال الإستقلال، والمجال النفسي، وأن الإناث أكثر إحساسا بنوعية حياتهن مرتفعة في المجال الجسمي، والبيئي، في حين جاءت العديد من الدراسات مناقضة للنتائج المتوصل إليها، والتي أكدت على أنه لا توجد فروق في نوعية الحياة، وفي هذا الصدد نجد دراسة كل من ودراسة "محمد خليل" (2010)، و"حسن وآخرون" (2006)، و"يوسف الحبش" (2005)، و"Grigg Angel" (2004)، و"Senday" (2003)، و"Kendy s" (2002)، و"بدر المعرف" (2001)، و"Perwin-Amv & Renee" (2000)، و"Perair et al" (2000)، و"Thiagurajan, D.K" (1998).

ويرى الباحث أن المجتمع الجزائري ليس له حدود متباعدة فحدود المجتمع الذي نعيش فيه جد متقاربة، مما تأثير البيئة متشابه إلى حد كبير على أفراد المجتمع ويؤكد "تشابمانولاركهام" (1999) على دور البيئة والعوامل الثقافية لمحددات نوعية الحياة، حيث يشير إلى العنصر الأساسي في كلمة نوعية يكمن في العلاقة الانفعالية القوية بين الفرد والبيئة، هذه العلاقة التي تتوسطها أحاسيس الفرد ومدركاته وتختلف هذه الأشياء من فرد لآخر باختلاف الثقافة والقيم والخلفيات الخاصة بكل منهم. (هشام عبد الله، 2005، ص145)

ويضيف على هذا أن المرض يلعب دورا في تحديد نوعية البيئة التي يعيش فيها الفرد، ولهذا فإن دور البيئة هي نفسها للمريض سواء كان ذكرا أم أنثى لأن نفس التغيرات البيولوجية هي نفسها، وبيئة متشابهة إلى حد كبير بينهم، لأن أن تطور مكانة المرأة في المجتمع سمح لها بأن تلامس البيئة مباشرة، كما أن المرأة المصابة بمرض مزمن تجد ذلك الإهتمام والرعاية من المحيطين بها خاصة الأسرة لتدليل الصعوبات أمامها.

كما أن عدم وجود فروق في بعض مجالات نوعية الحياة إلى أن أفراد الجنسين يعيشون الخبرات الحياتية نفسها في العمل أو المنزل أو المجتمع، وهذا تقريبا راجع إلى العادات وثقافة مجتمع متشابهة، كما أنهم يخبرون نفس المعانات مع المرض التي تعيقهم على ملاحقة التطورات المتلاحقة بمن حولهما سواء في مجال العمل أو مجالات الحياة العامة.

كما يمكن تفسير عدم وجود فروق في نوعية الحياة الجسمية إلى أن كلا الجنسين يعيشان في بيئة ثقافية واجتماعية أقل تعبيرا وإفصاحا عن ما يدور حولهم، وذلك لإظهار صلابتهم الشخصية، وكذلك الالتزام بمسؤولياتهم تجاه المحيطين بهم في وسطهم الأسري، والمهني والاجتماعي وهو نفس الشيء يمكن قوله بالنسبة للفرق عدم وجود فروق في بعد الاستقلالية، إذ يمكن أن يرتبط بطرق التنشئة الاجتماعية التي تضع الفرد دائما تحت الحماية وتحت السيطرة، والذي تلاحظه في التكوين الأسري للمجتمع، حيث أن الفرد دائما يكون منفذا وليس أمرا وبخصوص بعد المعتقدات الدينية فإن عدم وجود فروق يرجع إلى طبيعة الدين الإسلامي التي تفرض توحيد المعتقدات الدينية وممارستها، لأنه دين لا ينفصل عن الحياة اليومية للفرد في شتى المجالات وهو يأخذ الحيز الأكبر في حياتنا كطريقة حياة، وإذا لاحظنا فإن المتوسطات الحسابية لمختلف المرض المزمنين تقع في مستوى مرتفع لاستخدام المعتقدات الدينية، رغم أن الملاحظ في المجتمع أنه ليس بذلك المجتمع المتدين إلى أقصى درجة، إلا أن طبيعة المرض، ودرجة خطورته تجعل الفرد يطبق تعاليم الدين، واللجوء إلى الله كنوع من التخفيف من حدة هذا المرض، وهذا على حد سواء للذكر أو الأنثى ويظهر تفوق الإناث على الذكور في المجال النفسي الذي، قد يرجع إلى الرعاية الموجهة للإناث غالبا ما تكون أكثر من الموجهة للذكور، خصوصا عند المرض، أو عبارة عن إحساس ظاهري واجتماعي، يعكس أمنية أو رغبته.

في الأخير يمكن القول بأنه نقبل فرضية البحث جزئيا بأنه توجد فروق في نوعية الحياة ترجع للجنس لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري)، وهذا في المجال النفسي لدى مرضى السكري لصالح الذكور، وفي مجال الإستقلال والعلاقات الاجتماعية لدى مرضى ضغط الدم لصالح الذكور، كذلك توجد فروق في نوعية المجال

البيئي لصالح الإناث، كما نقبل بالفرضية الصفريّة في شقها المتعلق بأنه لا توجد فروق في نوعية المجال الجسمي ونوعية الحياة والصحة العامة، ومجال المعتقدات الدينية لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري)، كما نقبل الفرضية الصفريّة غي عدم وجود فروق في نوعية المجال النفسي لدى المرضى المزمنين، ومرضى القلب وضغط الدم، وكذلك عدم وجود فروق في مجال الإستقلال، ونوعية العلاقات الإجتماعية لدى كل من المرضى المزمنين، ومرضى القلب، والسكري.

5.1. عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الخامسة:

"توجد فروق في كل من الأنماط السلوكية (أ ب)، وأساليب التعامل ونوعية الحياة راجعة لمتغير المستوى العمري لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري)."

وللتحقق من صحة هذه الفرضية الرئيسية قام الباحثان بالاعتماد على المعالجة الإحصائية تحليل التباين الأحادي ANOVA One Way لدلالة الفروق، حيث تحصل الباحثان على النتائج التالية، في كل فرضية من الفرضيات الجزئية التالية:

15.1. عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الخامسة المتعلقة بالفروق في الأنماط السلوكية (أ) (ب) تعزى لمتغير الفئة العمرية لدى المرضى المزمنين (مرضى القلب، ضغط الدم، السكري):

وللتحقق من صحة هذه الفرضية قام الباحثان بالاعتماد على المعالجة الإحصائية تحليل التباين الأحادي ANOVA One Way لدلالة الفروق، على مقياس الأنماط السلوكية (أ) (ب)، حيث تحصل الباحث على النتائج التالية:

الجدول رقم (70): يمثل تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في الأنماط السلوكية تبعاً لمتغير الفئة العمرية لدى المرضى المزمنين.

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	مقدار الاختلاف	F حرجية	مستوى الدلالة
النمط السلوكي (أ)	ما بين المجموعات	79.927	2	39.964	0.437	0.647
	داخل المجموعات	17102.683	189	91.458		
	المجموع	17182.611	119			
النمط السلوكي (ب)	ما بين المجموعات	70.015	2	35.008	5.754	0.005
	داخل المجموعات	1107.390	182	6.085		
	المجموع	1177.705	184			

نلاحظ من خلال الجدول رقم (70) بأنه لا توجد فروق في النمط السلوكي (أ) راجعة لمتغير العمر لدى المرضى المزمنين وهذا لأن قيمة ($F=0.437$)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وعلى عكس ذلك

من خلال تحليل التباين الأحادي بأنه توجد فروق في النمط السلوكي (ب)، حيث بلغت قيمة ($F=5.754$)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، والجدول التالي يبين الفرق بين الفئات العمرية في النمط السلوكي (ب).

الجدول رقم(71): يبين الفروق في النمط السلوكي (ب) ترجع للفئات العمرية لدى المرضى المزمين.

الأنماط السلوكية	الفئات العمرية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى الدلالة	الترتيب
النمط السلوكي (ب)	1	2	-0.46	0.38	0.23
		3	1.76	0.68	0.01
	2	1	0.46	0.38	0.23
		3	2.23	0.66	0.01
	3	1	-1.76	0.68	0.01
		2	-2.23	0.38	0.01

يتبين لنا من الجدول رقم (71) بأن الفرق في استخدام سلوكيات النمط (ب) تعود للفئة العمرية ما بين (40-59) سنة، أي فئة الكهول كأكثر الفئات إعتقاداً في سلوكيات النمط (ب)، وهذا لأن الفرق في المتوسط الحسابي لديها أكبر بـ(0.46) منه لدى فئة الشباب (25-40) سنة، وأكبر بـ(1.76)، عن فئة المسنين (60 سنة فما فوق)، وجاءت في المرتبة الثانية كأكثر الفئات استخداماً لسلوكيات النمط (ب) فئة الشباب، وهذا لأن متوسطها الحسابي أصغر بـ(-0.46) عن فئة الكهول (40-59) سنة، وأكبر بـ(1.76)، عن فئة المسنين (60 سنة فما فوق)، وهذه الفئة هي التي جاءت كأقل فئة إعتقاداً وممارسة لسلوكيات النمط (ب)، لأن متوسطها الحسابي أقل بـ(-1.76) عن الفئة العمرية الخاصة بالشباب، وأقل كذلك بـ(-2.23) عن فئة الكهول.

الجدول رقم (72): يمثل تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في الأنماط السلوكية تبعاً لمتغير الفئة العمرية لدى مرضى القلب.

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	د.ح.ف	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
النمط السلوكي (أ)	ما بين المجموعات	88.236	2	44.118	0.494	0.612
	داخل المجموعات	5443.701	61	89.241		
	المجموع	5531.938	63			
النمط السلوكي (ب)	ما بين المجموعات	0.086	2	0.086	0.034	0.854
	داخل المجموعات	132.228	51	2.543		
	المجموع	132.301	53			

نلاحظ من الجدول (72) بأنه لا توجد فروق في النمط السلوكي (أ) راجعة لمتغير الفئة العمرية لدى

مرضى القلب وهذا لأن قيمة ($F=0.494$)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التوصل ذلك

من خلال تحليل التباين الأحادي بأنه لا توجد فروق في النمط السلوكي (ب) حسب الفئات العمرية لدى مرضى القلب، حيث بلغت قيمة ($F=0.034$)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01).

الجدول رقم (73): يمثل تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في الأنماط السلوكية تبعاً لمتغير الفئة العمرية لدى مرضى ضغط الدم.

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	د.ح. (ب.م.م)	متوسط المربعات	م.م.م	مستوى الدلالة
النمط السلوكي (أ)	ما بين المجموعات	367.860	2	183.930	2.423	0.05
	داخل المجموعات	5769.608	78	75.916		
	المجموع	6137.468	80			
النمط السلوكي (ب)	ما بين المجموعات	55.788	2	27.894	0.201	0.520
	داخل المجموعات	339.831	37	8.714		
	المجموع	395.619	39			

نلاحظ من خلال الجدول (73) بأنه لا توجد فروق في النمط السلوكي (أ) راجعة لمتغير الفئة العمرية لدى مرضى ضغط الدم وهذا لأن قيمة ($F=2.423$)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وعلى عكس ذلك من خلال تحليل التباين الأحادي بأنه توجد فروق في النمط السلوكي (ب)، حيث بلغت قيمة ($F=3.201$)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، والجدول التالي يبين الفرق بين الفئات العمرية في النمط السلوكي (ب).

الجدول رقم (74): يبين الفروق في النمط السلوكي (أ) ترجع للفئات العمرية لدى مرضى ضغط الدم.

الأنماط السلوكية	الفئات العمرية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى الدلالة	الترتيب
النمط السلوكي (ب)	1	2	3.43	0.05	2
		3	2.07	0.59	
	2	1	3.43	0.05	3
		3	3.38	0.01	
	3	1	2.07	0.59	1
		2	3.38	0.01	

يتبين لنا من الجدول رقم (74) بأن الفرق في استخدام سلوكيات النمط (ب) تعود للفئة العمرية ما بين (60 فما فوق) سنة، أي فئة المسنين كأكثر الفئات اعتقاداً في سلوكيات النمط (ب)، وهذا لأن الفرق في المتوسط الحسابي لديها أكبر بـ (1.10) منه لدى فئة الشباب (25-40) سنة، وأكبر بـ (7.45)، عن فئة المسنين (40-59)، وجاءت فئة الشباب في المرتبة الثانية كأكثر الفئات استخداماً لسلوكيات النمط (ب)، وهذا لأن متوسطها الحسابي أصغر بـ (1.10-) عن فئة المسنين (60 فما فوق) سنة، وأكبر بـ (6.34)، عن فئة

الكهول (40-59)، وهذه الفئة هي التي جاءت كأقل فئة إعتقاداً وممارسة لسلوكيات النمط (ب)، لأن متوسطها الحسابي أقل بـ(6.34-) عن الفئة العمرية الخاصة بالشباب، وأقل كذلك بـ(7.45-) عن فئة المسنين.

الجدول رقم (75): يمثل تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في الأنماط السلوكية تبعاً لمتغير الفئة العمرية لدى مرضى السكري.

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	د.ح. (د.ف.د.ح.)	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
النمط السلوكي (أ)	ما بين المجموعات	492.882	2	246.441	2.148	0.128
	داخل المجموعات	5277.812	46	114.735		
	المجموع	5770.694	48			
النمط السلوكي (ب)	ما بين المجموعات	56.595	2	28.298	5.677	0.01
	داخل المجموعات	669.505	86	7.695		
	المجموع	726.100	88			

نلاحظ من خلال الجدول رقم(75) بأنه لا توجد فروق في النمط السلوكي (أ) راجعة لمتغير الفئة العمرية لدى مرضى السكري وهذا لأن قيمة ($F=2.148$)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وعلى عكس ذلك من خلال تحليل التباين الأحادي بأنه توجد فروق في النمط السلوكي (ب)، حيث بلغت قيمة ($F=5.677$)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، والجدول التالي يبين الفرق بين الفئات العمرية في النمط السلوكي (ب).

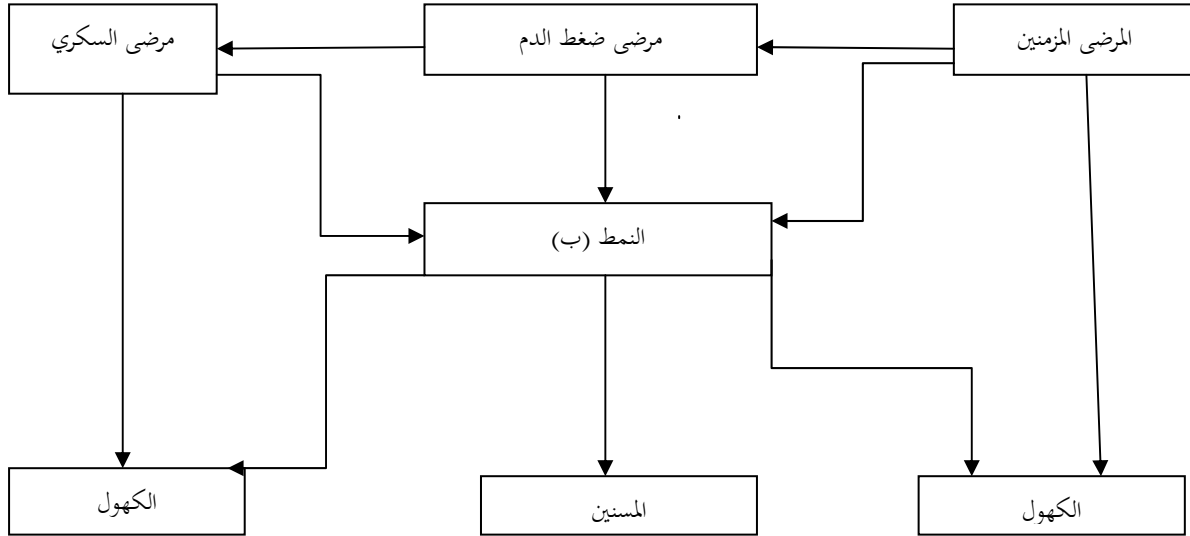
الجدول رقم(76): يبين الفروق في النمط السلوكي (ب) ترجع للفئات العمرية لدى مرضى السكري.

الأنماط السلوكية	الفئات العمرية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى الدلالة	الترتيب
النمط السلوكي (ب)	1	2	0.69	0.81	2
		3	0.81	0.01	
	2	1	0.69	0.81	1
		3	0.92	0.01	
	3	1	0.81	0.01	3
		2	0.92	0.01	

يتبين لنا من الجدول رقم (74) بأن الفرق في استخدام سلوكيات النمط (ب) تعود للفئة العمرية ما بين (40-59) سنة، أي فئة الكهول كأكثر الفئات إعتقاداً في سلوكيات النمط (ب)، وهذا لأن الفرق في المتوسط الحسابي لديها أكبر بـ(0.16) منه لدى فئة الشباب (25-40) سنة، وأكبر بـ(2.23)، عن فئة المسنين(60 سنة فما فوق)، وجاءت في المرتبة الثانية كأكثر الفئات استخداماً لسلوكيات النمط (ب) فئة الشباب، وهذا لأن متوسطها الحسابي أصغر بـ(0.16-) عن فئة الكهول (40-59) سنة، وأكبر بـ(2.07)، عن فئة المسنين (60 سنة فما فوق)، وهذه الفئة هي التي جاءت كأقل فئة إعتقاداً وممارسة لسلوكيات النمط (ب)، لأن متوسطها

الحسابي أقل بـ (2.07-) عن الفئة العمرية الخاصة بالشباب، وأقل كذلك بـ (2.23-) عن فئة الكهول، ومن خلال ما ذكر فإننا يمكن أن نعبر عنه من خلال نموذج تفسير يبين الفروق المتوصل إليها، والنموذج التالي يوضح ذلك:

النموذج رقم (28) يبين الفروق في كل من النمط السلوكي (أ) (ب) تعزى لتغير الفئة العمرية لدى المرضى المزمنين (القلب، السكري، ضغط الدم)



نلاحظ من الشكل بأنه المرضى المزمنين من الكهول، كانوا أكثر اعتقاداً في سلوكيات النمط (ب)، وهذا ما توافق مع مرضى السكري، وأظهر المسنين من مرض ضغط الدم استخداماً لسلوكيات النمط (ب).

وعليه ومن خلال النتائج المتوصل، فقد تعارضت النتائج مع نتائج دراسة "Kojima et al" التي أشارت إلى أن العمر له أثر دال على مستوى شدة سلوك النمط (أ)، حيث أنه كلما زاد العمر قل النمط (أ)، وتوافقت النتائج المتوصل إليها مع ما توصل إليه "Penson, DF et al" (2005) جزئياً فيما يتعلق بأن المسنين أكثر اعتقاداً في النمط السلوكي (ب)، كما تبين من دراسة "Hunberg, K" (2002) إلى أن المسنين الأكثر استخداماً لسلوكيات النمط (ب)، وتعارضت النتائج المتوصل إليها مع نتائج دراسة "Aldan et al" (2013)، و "Twinn, T" (2011) بأنه لا توجد فروق في الأنماط السلوكية (أ) (ب) ومتغير الفئة العمرية

يرى الباحث أن إزدیاد العمر لم یغیر فی تغیر وإدراك المواقف لدى أفراد النمط السلوكي (أ)، والنمط (ب)، ويعود لهذا الأخير أن ذوي النمط (ب) يشعرون بالأمن العميق والاستقرار الإنفعالي، وليس إلى تغيرات ومعطيات خارجية، وهذا يفسر الثبات النسبي على السلوكيات من النمط (ب)، كما ان ثبات ذوي النمط السلوكي (أ) على سلوكياته خلال مراحل عمرية مختلفة فمرده إلى الترسبات التي طبعت شخصيتهم وبالتالي أن الوله الشديد بالإنجازات والطموح الزائد، وقضاء وقت طويل في الأعمال، ورغم ما يسببه من ظهور الأمراض إلى

أن الإستمرارية في صيرورة سلوكية يبقى مرتبطا بذاتهم، وهم ليس مرتبط بتغيرات خارجية كالمريض ، أو التقدم في العمر.

كما أن هذه السلوكيات تنشأ عن طريق التنشئة الأسرية، والمجتمعية التي تساهم في تنمية الفرد، فالوالدين والأسرة والبيئة بمختلف مكوناتها سواء كانت مدرسية أو دينية، ضف إلى ذلك النظام الإقتصادي، والسياسي المنتهج له دور في إكتساب تلك السلوكيات، كما الظروف التي تحيط به يصعب التخلص منها وتعديلها نتيجة الترسبات الملقنة، والتعود على سلوكيات معينة لعدة سنوات، وهذا سواء كان بصحة جيدة، أو مصاب بمرض مزمن، ولهذا من الصعب تغيير أو تعديل النمط السلوكي، وبالتالي ثباته يبقى شيء طبيعي وعادي، وهذا ما ذهب إليه "Raven" (1983) إلى أن التكوين التفصيلي لشخصية الفرد يتوقف على ما يقوم بينه وبين الآخرين من علاقات يمارسها من يوم إلى يوم، ومن سن إلى سن، فلو أنه لم يتصل بغيره من بني الإنسان لما إستطاع أن يكون لنفسه شخصية فريدة يتعرف بها إلى نفسه ويميزه بها غيره، فشخصية الفرد بغير شك منشأة حية تتألف من إتجاهات وميول فطرية وقوة إمكانيات، وليست شخصية بخلاصة، بل أنها نسيج له أنماطه، هذا النسيج دائم التشكل والتشكيل أثناء العلاقات التي لا حصر لها مع الأصدقاء، هذا بالإضافة إلى العالم الشخصي للفرد هو ضرب من النسيج قد ساهم هو نفسه في نسجه، وكما يحدث في الفطرة من تقاطع دائرة الحياة للفرد مع دوائر حياة الأفراد الآخرين، فكذلك نلمح في النمو النفسي للفرد نسيج الحياة تبدو منه التوأمة مع الأصدقاء في صورة مستمرة لا تنقطع، وهذا النسيج لا ينقطع بل يترك أثره مسجلا في نسيج شخصية وسلوكيات الفرد، ولو تم النظر إلى شخصية الفرد نظرة تشريحية لوجد تركيب من نسيج العلاقات الشخصية المعقدة تعقيدا لا سبيل إلى وصفه. (فوقية حسن عبد الحميد رضوان، د سنة)

وعليه فإن المعاملة الأسرية والتنشئة والعلاقات لها أثر كبير في شخصية الفرد في مراحل نموه الأولى في مراحل حياته المستقبلية، وهذه التفاعلات الشخصية والعلائقية التي يعيشها مما تعطيه قيمة تدعيمية وإستمرارية لسلوكه، وهذا ما أشار إليه "Lewin.H, Maccoby.E & Sears.R" في أن الأنماط السلوكية تحدد ما سوف يفعله الفرد في مستقبل حياته، أو ما يستطيع أن يفعله لكي يحصل على الرضا والإشباع، وعلى ذلك فإن الأسرة هي المكون الأساسي في تنمية وتكوين شخصية الفرد. (سهير كامل أحمد، 1998)

في الأخير فإننا نقبل بفرضية البحث في جزئها المتعلق بأنه توجد فروق في النمط السلوكي (ب) تعزى لمتغير الفئة العمرية لدى المرضى المزمنين (ضغط الدم، السكري)، ونقبل بفرضية البحث الصفيرية فيما يتعلق بعدم وجود

فروق في النمط السلوكي (ب) تعزى لمتغير الفئة العمرية لدى مرضى القلب، وكذلك لا توجد فروق في النمط السلوكي (أ) تعزى لمتغير الفئة العمرية لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري)

15.1. عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الخامسة المتعلقة بالفروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي

تعزى لمتغير الفئة العمرية لدى المرضى المزمنين (مرضى القلب، ضغط الدم، السكري):

نصت الفرضية على أنه "توجد فروق راجعة لمتغير السن في أساليب التعامل مع الضغط النفسي لدى

المرضى المزمنين (مرضى القلب، ضغط الدم، السكري).

وللتحقق من صحة هذه الفرضية قام الباحثان بالاعتماد على المعالجة الإحصائية تحليل التباين

الأحادي ANOVA One Way لدلالة الفروق، حيث تحصل الباحثان على النتائج التالية:

الجدول رقم (77): يمثل تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي تبعاً لمتغير

الفئة العمرية لدى المرضى المزمنين.

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
الشكل المكون على	ما بين المجموعات	13.197	2	60.599	0.181	0.84
	داخل المجموعات	13632.569	374	36.451		
	المجموع	13645.767	376			
للشكل	ما بين المجموعات	156.003	2	78.002	2.370	0.09
	داخل المجموعات	12308.559	374	32.911		
	المجموع	12464.562	376			
الإحصاء العام	ما بين المجموعات	160.317	2	80.159	5.656	0.05
	داخل المجموعات	5300.818	374	14.123		
	المجموع	5461.135	376			
المكون على	ما بين المجموعات	2131.777	2	1065.888	15.220	0.01
	داخل المجموعات	26191.284	374	40.030		
	المجموع	28323.061	376			
التجسس	ما بين المجموعات	1033.025	2	516.513	14.672	0.01
	داخل المجموعات	13166.115	374	35.204		
	المجموع	14199.141	376			
إعادة التقييم المعرف	ما بين المجموعات	269.407	2	134.704	8.864	0.01
	داخل المجموعات	5683.420	374	15.196		
	المجموع	5952.828	376			
لعم الذات	ما بين المجموعات	803.017	2	401.508	31.280	0.01
	داخل المجموعات	4800.665	374	12.836		
	المجموع	5603.682	376			

يتبين لنا من خلال تحليل النتائج المدونة في الجدول رقم (77) بأنه لا توجد فروق في أساليب التعامل المركزة على المشكل راجعة لمتغير العمر، هذا لأن قيمة $(F=0.181)$ ، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01) ، وهذا ما تم التوصل إليه كذلك في أسلوب حل المشكل، حيث بلغت قيمة $(F=2.370)$ ، وهي كذلك غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01) ، في حين تم التوصل إلى أنه توجد فروق في أسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي ترجع إلى متغير الفئة العمرية لدى المرضى المزمنين، حيث قدرت قيمة $(F=5.656)$ ، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01) ، وبخصوص الأساليب المركزة على الإنفعال، فقد أظهرت نتائج الدراسة بأنه توجد فروق تعود إلى متغير العمر، حيث بلغت قيمة $(F=15.220)$ ، وهذا ما تم التوصل إليه في أسلوب التجنب، حيث بلغت قيمة $(F=14.672)$ ، وكذلك في أسلوب إعادة التقييم المعرفي، حيث بلغت قيمة $(F=8.864)$ ، وتم التأكيد عليه كذلك في بعد لوم الذات، حيث بلغت قيمة $(F=31.280)$ ، وكلها جاء دالة عند مستوى الدلالة (0.01) ، والجدول التالي يبين الفروق لأي فئة عمرية جاءت.

الجدول رقم (78): يبين الفروق في استخدام أساليب التعامل حسب الفئات العمرية لدى مرضى المزمنين.

أساليب التعامل		الفئات العمرية		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى الدلالة	الترتيب
البحث عن الدعم الاجتماعي	1	2	2	-1.47	0.45	0.01	2
		3	3	-0.34	0.49	0.48	
	2	1	1	1.47	0.45	0.01	1
		3	3	1.12	0.48	0.05	
	3	1	1	0.34	0.49	48.0	2
		2	2	-1.12	0.48	0.05	
الأساليب المركزة على الإنفعال	1	2	2	-5.31	1.01	0.01	3
		3	3	-1.07	1.09	0.32	
	2	1	1	5.31	1.01	0.01	1
		3	3	4.23	1.07	0.01	
	3	1	1	1.07	1.09	0.32	2
		2	2	-4.23	1.07	0.01	
التجنب	1	2	2	-3.59	0.72	0.01	2
		3	3	-0.43	0.77	0.57	
	2	1	1	3.59	0.72	0.01	1
		3	3	3.15	0.76	0.01	
	3	1	1	0.43	0.77	0.57	2
		2	2	-3.15	0.76	0.01	
إعادة التقييم المعرفي	1	2	2	1.08	0.47	0.05	2
		3	3	-1.05	0.51	0.05	
	2	1	1	-1.08	0.47	0.01	3
		3	3	-2.09	0.49	0.01	
	3	1	1	1.05	0.51	0.05	1
		2	2	2.09	0.49	0.01	
لوم الذات	1	2	2	-2.76	0.43	0.01	2
		3	3	0.47	0.47	0.31	
	2	1	1	2.76	0.43	0.01	1
		3	3	3.24	0.45	0.01	
	3	1	1	-0.47	0.47	0.31	2
		2	2	-3.24	0.45	0.01	

بعد عرض النتائج في الجدول رقم (78) تبين بأنه توجد فروق في أسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي ترجع إلى متغير الفئة العمرية، حيث أظهرت الفئة العمرية مابين (40 إلى 59) سنة أنهم أكثر إستخداما لأسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي، وهذا بفارق بلغ (1.47) من المتوسط الحسابي بالنسبة لفئة الشباب (25 إلى 39) سنة، وكذلك بفارق (1.12) من المتوسط الحسابي بالنسبة للفئة العمرية (ما فوق 60 سنة)، كما أنه لم يظهر فرق بين الفئتين الأخرتين، وبخصوص الأساليب المركزة على الإنفعال فقد أظهرت الفئة العمرية (40-59) سنة أنها الأكثر إستخداما لهذه الأساليب حيث بلغ الفرق في المتوسط الحسابي (5.31) بالنسبة لفئة الشباب (25-39) سنة، وقدر الفرق بـ (4.23) بالمقارنة مع فئة المسنين (60 سنة فما فوق)، وجاء في المرتبة الثانية فئة المسنين، من حيث إستخدام أساليب المركزة على الإنفعال حيث بلغ الفرق في المتوسط الحسابي بـ (1.07) بالمقارنة بفئة الشباب (25-39) سنة، والتي جاءت في المرتبة الأخيرة كأقل فئة إستخداما لأساليب التعامل المركزة على الإنفعال، وبخصوص أسلوب التجنب، فقد أظهرت الفئة السنية (40-59) سنة أنها الأكثر إستخداما لهذه الأساليب حيث بلغ الفرق في المتوسط الحسابي (3.59) بالنسبة لفئة الشباب (25-39) سنة، وقدر الفرق بـ (3.15) بالمقارنة مع فئة المسنين (60 سنة فما فوق)، وجاء في المرتبة الثانية فئة المسنين وفئة الشباب (25-39) سنة كأقل فئات إستخداما لأسلوب التجنب ولم يظهر ذلك الفرق الكبير في المتوسط الحسابي عند المقارنة بينهما، حيث بلغ (0.43) وهو غير دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وخلاف ذلك تم التوصل إلى أن الفئة المسنين (60 فما فوق) هي الأكثر إستخداما لأسلوب إعادة التقييم المعرفي، وهذا بفارق أكبر في المتوسط الحسابي بلغ (2.09) بالمقارنة مع فئة الكهول (40-59) سنة، وكذلك بالنسبة للفئة الشباب (25-39) سنة، حيث بلغ الفارق في المتوسط الحسابي (1.05)، وكلاهما دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وحل في المرتبة الثانية فئة الشباب (25-39) بفارق في المتوسط الحسابي بلغ (1.08)، بالنسبة لفئة الكهول (40-59) سنة التي جاءت في الأخير كأقل فئة إستخداما لأسلوب إعادة التقييم المعرفي، وتم التوصل إلى أن الفئة السنية (40-59) سنة هي أكثر إستخداما لأسلوب لوم الذات، وهذا لأن المتوسط الحسابي أكبر بفارق (2.76) عن فئة الشباب، وبـ (3.24) عن فئة المسنين، وكلاهما دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وجاء في الرتبة التالية كأقل إستخداما لأسلوب لوم الذات كل من فئة الشباب والمسنين، حيث لم يظهر الفرق بينهم في المتوسط الحسابي (0.47)، وهو غير دال عند مستوى الدلالة (0.01).

الجدول رقم (79): يمثل تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي تبعاً لمتغير الفئة العمرية لدى مرضى القلب.

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
المشكلة المركزة على	ما بين المجموعات	34.997	2	17.408	0.478	0.621
	داخل المجموعات	4212.088	115	36.627		
	المجموع	4247.085	117			
حل المشكلة	ما بين المجموعات	115.171	2	57.585	1.855	0.161
	داخل المجموعات	3570.592	115	31.044		
	المجموع	3685.763	117			
الدعم الاجتماعي	ما بين المجموعات	168.283	2	84.141	5.141	0.01
	داخل المجموعات	1882.056	115	16.366		
	المجموع	2050.339	117			
الإنفعال المركزة على	ما بين المجموعات	2054.183	2	1027.092	14.931	0.01
	داخل المجموعات	7910.571	115	68.708		
	المجموع	9964.754	117			
التجنب	ما بين المجموعات	1010.113	2	505.057	14.035	0.01
	داخل المجموعات	4138.404	115	35.986		
	المجموع	5148.517	117			
إعادة التقييم المعرفي	ما بين المجموعات	330.519	2	165.260	10.558	0.01
	داخل المجموعات	1800.031	115	15.652		
	المجموع	2130.551	117			
لوم الذات	ما بين المجموعات	750.106	2	375.053	38.756	0.01
	داخل المجموعات	1112.885	115	9.677		
	المجموع	1862.992	117			

نلاحظ من خلال الجدول رقم (79) بأنه لا توجد فروق في أساليب التعامل المركزة على المشكل راجعة لمتغير العمر لدى مرضى القلب، هذا لأن قيمة ($F=0.478$)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وهذا ما تم التوصل إليه كذلك في أسلوب حل المشكل، حيث بلغت قيمة ($F=1.855$)، وهي كذلك غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، في حين تم التوصل إلى أنه توجد فروق في أسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي ترجع إلى متغير العمر لدى مرضى القلب، حيث قدرت قيمة ($F=5.141$)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وبخصوص الأساليب المركزة على الإنفعال، فقد أظهرت نتائج الدراسة بأنه توجد فروق تعود إلى متغير العمر، حيث بلغت قيمة ($F=14.931$)، وهذا ما تم التوصل إليه في أسلوب التجنب، حيث بلغت قيمة

($F=14.035$)، وكذلك في أسلوب إعادة التقييم المعرفي، حيث بلغت قيمة ($F=10.558$)،، وتم التأكيد عليه كذلك في بعد لوم الذات، حيث بلغت قيمة ($F=38.756$)، وكلها جاء دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، والجدول التالي يبين الفروق لأي فئة عمرية جاءت الفروق.

الجدول رقم (80): يبين الفروق في استخدام أساليب التعامل مع الضغط النفسي ترجع للفئات العمرية لدى مرضى القلب.

أساليب التعامل		الفئات العمرية		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى الدلالة	الترتيب
البحث عن الدعم الاجتماعي		1	2	0.16	0.86	0.84	1
			3	2.86	0.99	0.05	
		2	1	-0.16	0.86	0.84	2
			3	2.69	0.94	0.01	
		3	1	-2.86	0.99	0.01	3
			2	-2.69	0.94	0.01	
الأساليب المركزة على الإنفعال		1	2	-5.60	1.77	0.01	2
			3	4.69	2.04	0.01	
		2	1	5.60	1.77	0.01	2
			3	10.30	1.92	0.01	
		3	1	-4.69	2.04	0.01	3
			2	-10.30	1.92	0.01	
التجنب		1	2	-5.17	1.28	0.01	2
			3	1.45	1.47	0.32	
		2	1	5.17	1.28	0.01	2
			3	6.62	1.39	0.01	
		3	1	-1.45	1.47	0.32	3
			2	-6.62	1.39	0.01	
إعادة التقييم المعرفي		1	2	3.86	0.84	0.01	1
			3	1.71	0.97	0.05	
		2	1	-3.86	0.84	0.01	2
			3	-2.14	0.26	0.01	
		3	1	-1.71	0.97	0.05	3
			2	2.14	0.29	0.01	
لوم الذات		1	2	-4.29	0.66	0.01	2
			3	1.52	0.76	0.01	
		2	1	4.29	0.66	0.01	2
			3	5.62	0.72	0.01	
		3	1	-1.52	0.76	0.01	3
			2	-5.62	0.72	0.01	

أظهرت النتائج المقدمة في الجدول رقم (80) بأنه توجد فروق في أسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي

ترجع إلى متغير الفئة العمرية، حيث أظهرت الفئة السنية مابين (25 إلى 39) سنة أنهم أكثر استخداماً لأسلوب

البحث عن الدعم الاجتماعي، وهذا بفارق بلغ (2.86) من المتوسط الحسابي بالنسبة لفئة المسنين (60 فما فوق) سنة، وكذلك بفارق (0.16) من المتوسط الحسابي بالنسبة للفئة السنية (40-59)، إلا أن هذا الفارق غير دال، كما أنه تم التوصل إلى أن فئة الكهول (40-59) فارق متوسطها الحسابي (2.69) أكبر من المتوسط الحسابي لفئة المسنين التي جاءت في المرتبة الأخير كأقل فئة استخداماً لأسلوب الدعم الاجتماعي، وبخصوص الأساليب المركزة على الإنفعال فقد أظهرت الفئة العمرية (40-59) سنة أنها الأكثر استخداماً لهذه الأساليب حيث بلغ الفرق في المتوسط الحسابي (5.60) بالنسبة لفئة الشباب (25-39) سنة، وقدر الفرق بـ (10.30) بالمقارنة مع فئة المسنين (60 سنة فما فوق)، وجاء في المرتبة الثانية فئة الشباب من حيث استخدام أساليب المركزة على الإنفعال حيث بلغ الفرق في المتوسط الحسابي بـ (4.69) بالمقارنة بفئة المسنين (60 فما فوق)، والتي جاءت في المرتبة الأخيرة كأقل فئة استخداماً لأساليب التعامل المركزة على الإنفعال، وبخصوص أسلوب التجنب، فقد أظهرت الفئة العمرية (40-59) سنة أنها الأكثر استخداماً لهذه الأساليب حيث بلغ الفرق في المتوسط الحسابي (5.17) بالنسبة لفئة الشباب (25-39) سنة، وقدر الفرق بـ (6.62) بالمقارنة مع فئة المسنين (60 سنة فما فوق)، وجاء في المرتبة الثانية فئة الشباب (25-39) بفارق (1.45) من المتوسط الحسابي بالنسبة لفئة المسنين، والتي هي أقل فئات استخداماً لأسلوب التجنب، وتم التوصل ذلك إلى أن الفئة الشباب هي الأكثر استخداماً لأسلوب إعادة التقييم المعرفي، وهذا بفارق أكبر في المتوسط الحسابي بلغ (3.86) بالمقارنة مع فئة الكهول (40-59) سنة، وكذلك بالنسبة للفئة المسنين (60 فما فوق)، حيث بلغ الفارق في المتوسط الحسابي (1.71)، وكلاهما دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وحل في المرتبة الثانية فئة المسنين بفارق في المتوسط الحسابي بلغ (2.14)، بالنسبة لفئة الكهول (40-59) سنة التي جاءت في الأخير كأقل فئة استخداماً لأسلوب إعادة التقييم المعرفي، وتم التوصل إلى أن الفئة السنية (40-59) سنة هي أكثر استخداماً لأسلوب لوم الذات، وهذا لأن المتوسط الحسابي أكبر بفارق (4.29) عن فئة الشباب، وبـ (5.62) عن فئة المسنين، وكلاهما دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وجاء في الرتبة التالية كأقل استخداماً لأسلوب لوم الذات فئة الشباب، حيث جاء الفرق أكبر في المتوسط الحسابي (1.52)، وجاءت فئة المسنين كأقل فئة استخداماً لأسلوب لوم الذات.

الجدول رقم (81): يفسر تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي تبعاً لمتغير العمر لدى مرضى ضغط الدم.

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
المركزة على المشكل	ما بين المجموعات	55.532	2	27.766	0.664	0.51
	داخل المجموعات	4933.988	118	41.813		
	المجموع	4982.521	120			
حل المشكل	ما بين المجموعات	972.754	2	486.377	12.146	0.01
	داخل المجموعات	4725.246	118	40.04		
	المجموع	5698.000	120			
الإجتماعي الدعم	ما بين المجموعات	442.658	2	221.329	21.523	0.01
	داخل المجموعات	1213.425	118	10.283		
	المجموع	1656.083	120			
المركزة على الإنفعال	ما بين المجموعات	468.565	2	234.283	5.001	0.01
	داخل المجموعات	5528.245	118	46.850		
	المجموع	5996.810	120			
لوم الذات	ما بين المجموعات	481.896	2	240.948	6.257	0.01
	داخل المجموعات	4544.104	118	38.509		
	المجموع	5026.000	120			
إعادة التقييم المعرفي	ما بين المجموعات	518.957	2	259.479	15.433	0.01
	داخل المجموعات	1984.018	118	16.814		
	المجموع	2502.975	120			
التجنب	ما بين المجموعات	395.203	2	197.602	15.275	0.01
	داخل المجموعات	1526.450	118	12.936		
	المجموع	1921.653	120			

نلاحظ من خلال الجدول رقم (81) بأنه لا توجد فروق في أساليب التعامل المركزة على المشكل راجعة لمتغير العمر، هذا لأن قيمة $F(0.664)$ ، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التوصل إليه بأنه توجد فروق في أسلوب حل المشكل، حيث بلغت قيمة $F(12.146)$ ، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التأكيد إلى أنه توجد فروق في أسلوب البحث عن الدعم الإجتماعي ترجع إلى متغير العمر لدى مرضى ضغط الدم، حيث قدرت قيمة $F(21.523)$ ، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وبخصوص الأساليب المركزة على الإنفعال، فقد أظهرت نتائج الدراسة بأنه توجد فروق تعود إلى متغير العمر، حيث بلغت قيمة $F(5.001)$ ، وهذا ما تم التوصل إليه في أسلوب التجنب، حيث بلغت قيمة $F(6.257)$ ، وكذلك في أسلوب إعادة التقييم المعرفي، حيث بلغت قيمة $F(15.433)$ ،، وتم التأكيد عليه كذلك في بعد لوم الذات،

حيث بلغت قيمة ($F=15.275$)، وكلها جاء دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، والجدول التالي يبين الفروق لأي فئة عمرية جاءت الفروق.

الجدول رقم (82): يبين الفروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي ترجع للفئات العمرية لدى مرضى ضغط الدم.

أساليب التعامل		الفئات العمرية		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى الدلالة	الترتيب
حل المشكل		1	2	6.68	1.40	0.01	1
			3	2.10	145	0.01	
		2	1	-6.68	140	0.01	3
			3	-4.57	1.38	0.01	
		3	1	-2.10	1.45	0.01	2
			2	4.57	1.38	0.01	
البحث عن الدعم الاجتماعي		1	2	-4.47	0.71	0.01	3
			3	-1.28	0.73	0.01	
		2	1	4.47	0.71	0.01	1
			3	3.18	0.70	0.01	
		3	1	1.28	0.73	0.01	2
			2	-3.18	0.70	0.01	
الأساليب المركزة على الإنفعال		1	2	-4.68	1.51	0.01	3
			3	1.66	1.57	0.01	
		2	1	4.68	1.51	0.01	3
			3	3.02	1.49	0.01	
		3	1	1.66	1.57	0.01	2
			2	-3.02	1.49	0.01	
التجنب		1	2	-4.03	1.37	0.01	2
			3	0.17	1.42	0.90	
		2	1	4.03	1.37	0.01	1
			3	4.21	1.35	0.01	
		3	1	-0.17	1.42	0.90	3
			2	-4.21	1.35	0.01	
إعادة التقييم المعرفي		1	2	2.61	0.90	0.01	2
			3	-2.36	0.94	0.01	
		2	1	-2.61	0.90	0.01	3
			3	-4.97	0.89	0.01	
		3	1	2.36	0.94	0.01	1
			2	4.97	0.89	0.01	
لوم الذات		1	2	-3.37	0.79	0.01	2
			3	0.63	0.82	0.44	
		2	1	3.37	0.79	0.01	1
			3	4.01	0.78	0.01	
		3	1	-0.63	0.82	0.44	2
			2	-4.01	0.78	0.01	

بعض عرض النتائج في الجدول رقم (82) بأنه توجد فروق في أسلوب حل المشكل، حيث جاءت في المرتبة الأولى فئة الشباب كأثر الفئات إستخداما لحل المشكل، وهذا بفارق في المتوسط الحسابي بلغ (6.68) بالمقارنة مع فئة الكهول، وبفارق (2.10) في المتوسط الحسابي بالمقارنة مع فئة المسنين، وجاءت في المرتبة الثانية فئة المسنين، حيث كان الفرق في المتوسط الحسابي بالمقارنة مع فئة الكهول أكبر، والمقدر بـ(2.10)، وتوصلت النتائج في أسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي أن الفئة السنية مابين (40-59) سنة أنهم أكثر إستخداما لأسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي، وهذا بفارق بلغ في المتوسط الحسابي(4.47) ، بالمقارنة مع فئة الشباب، وبفارق (3.18) بالمقارنة مع فئة المسنين(60 فما فوق)، وكلاهما دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وجاءت في المرتبة الثانية فئة المسنين لأن الفارق في المتوسط الحسابي أكبر بـ(1.28) من المتوسط الحسابي لدى فئة الشباب، والتي جاءت في المرتبة الأخيرة كأقل فئة إستخداما لأسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي، وبخصوص الأساليب المركزة على الإنفعال فقد أظهرت الفئة السنية (40-59) سنة أنها الأكثر إستخداما لهذه الأساليب حيث بلغ الفرق في المتوسط الحسابي(4.68) بالنسبة لفئة الشباب(25-39) سنة، وقدر الفرق بـ(3.02) بالمقارنة مع فئة المسنين (60 سنة فما فوق)، وجاء في المرتبة الثانية فئة المسنين من حيث إستخدام أساليب المركزة على الإنفعال حيث بلغ الفرق في المتوسط الحسابي بـ (1.66) بالمقارنة بفئة الشباب، والتي جاءت في المرتبة الأخيرة كأقل فئة إستخداما لأساليب التعامل المركزة على الإنفعال، وبخصوص أسلوب التجنب، فقد أظهرت الفئة السنية (40-59) سنة أنها الأكثر إستخداما لهذه الأساليب حيث بلغ الفرق في المتوسط الحسابي(4.03) بالنسبة لفئة الشباب(25-39) سنة، وقدر الفرق بـ(4.21) بالمقارنة مع فئة المسنين (60 سنة فما فوق)، وجاء في المرتبة الثانية فئة الشباب، والمسنين لأن الفارق غير دال والمقدر بـ(0.17)، وتم التوصل ذلك إلى أن الفئة المسنين هي الأكثر إستخداما لأسلوب إعادة التقييم المعرفي، وهذا بفارق أكبر في المتوسط الحسابي بلغ(2.36) بالمقارنة مع فئة الشباب، وكذلك بالنسبة للفئة الكهول، حيث بلغ الفارق في المتوسط الحسابي (4.97)، وكلاهما دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وحل في المرتبة الثانية فئة الشباب بفارق في المتوسط الحسابي بلغ (2.61)، بالنسبة لفئة الكهول(40-59) سنة التي جاءت في الأخير كأقل فئة إستخداما لأسلوب إعادة التقييم المعرفي، وتم التوصل إلى أن الفئة السنية (40-59) سنة هي أكثر إستخداما لأسلوب لوم الذات، وهذا لأن المتوسط الحسابي أكبر بفارق (3.37) عن فئة الشباب، وبـ(4.01) عن فئة المسنين، وكلاهما دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وجاء في الرتبة التالية كأقل إستخداما لأسلوب لوم الذات فئة الشباب وفئة المسنين لأن الفارق غير دال عند مستوى الدلالة (0.01)، والمقدر بـ(0.63).

الجدول رقم (83): يمثل تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي تبعاً لمتغير العمر لدى مرضى السكري.

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
المركزة على الشكل	ما بين المجموعات	49.010	2	24.505	0.863	0.42
	داخل المجموعات	3834.961	135	28.407		
	المجموع	3883.971	137			
حل المشكل	ما بين المجموعات	66.756	2	33.378	1.960	0.14
	داخل المجموعات	2299.128	135	17.031		
	المجموع	2365.884	137			
الدعم الاجتماعي	ما بين المجموعات	141.439	2	70.720	6.51	0.01
	داخل المجموعات	1466.445	135	10.863		
	المجموع	1607.884	137			
المركزة على الإنفعال	ما بين المجموعات	769.002	2	384.501	4.518	0.01
	داخل المجموعات	11489.578	135	85.108		
	المجموع	12258.580	137			
لوم الذات	ما بين المجموعات	133.969	2	66.984	2.347	0.10
	داخل المجموعات	3853.633	135	28.545		
	المجموع	3987.601	137			
إعادة التقييم المعرفي	ما بين المجموعات	187.451	2	93.726	13.894	0.01
	داخل المجموعات	910.672	135	6.746		
	المجموع	1098.123	137			
التجنب	ما بين المجموعات	14.965	2	7.482	0.603	0.54
	داخل المجموعات	1674.311	135	12.402		
	المجموع	1689.275	137			

نلاحظ من خلال الجدول رقم (83) بأنه لا توجد فروق في أساليب التعامل المركزة على المشكل راجعة لمتغير العمر، هذا لأن قيمة $F(0.863)$ ، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التوصل كذلك إلى أنه لا توجد فروق في أسلوب حل المشكل، حيث بلغت قيمة $F(1.960)$ ، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التأكيد إلى أنه توجد فروق في أسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي ترجع إلى متغير العمر لدى مرضى السكري، حيث قدرت قيمة $F(6.510)$ ، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وبخصوص الأساليب المركزة على الإنفعال، فقد أظهرت نتائج الدراسة بأنه توجد فروق تعود إلى متغير العمر، حيث بلغت قيمة $F(4.518)$ ، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، في حين أنه لا توجد فروق في أسلوب التجنب، حيث بلغت قيمة $F(2.347)$ ، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، في حين أظهرت النتائج أنه توجد فروق في أسلوب إعادة التقييم المعرفي، حيث بلغت قيمة $F(13.894)$ ، وهي دالة عند مستوى الدلالة

(0.01)، وتم التأكيد من خلال النتائج المتوصل إليها إلى أنه لا توجد فروق في أسلوب لوم الذات، حيث بلغت قيمة ($F=0.603$)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، والجدول التالي يبين الفروق لأي فئة سنوية جاءت الفروق.

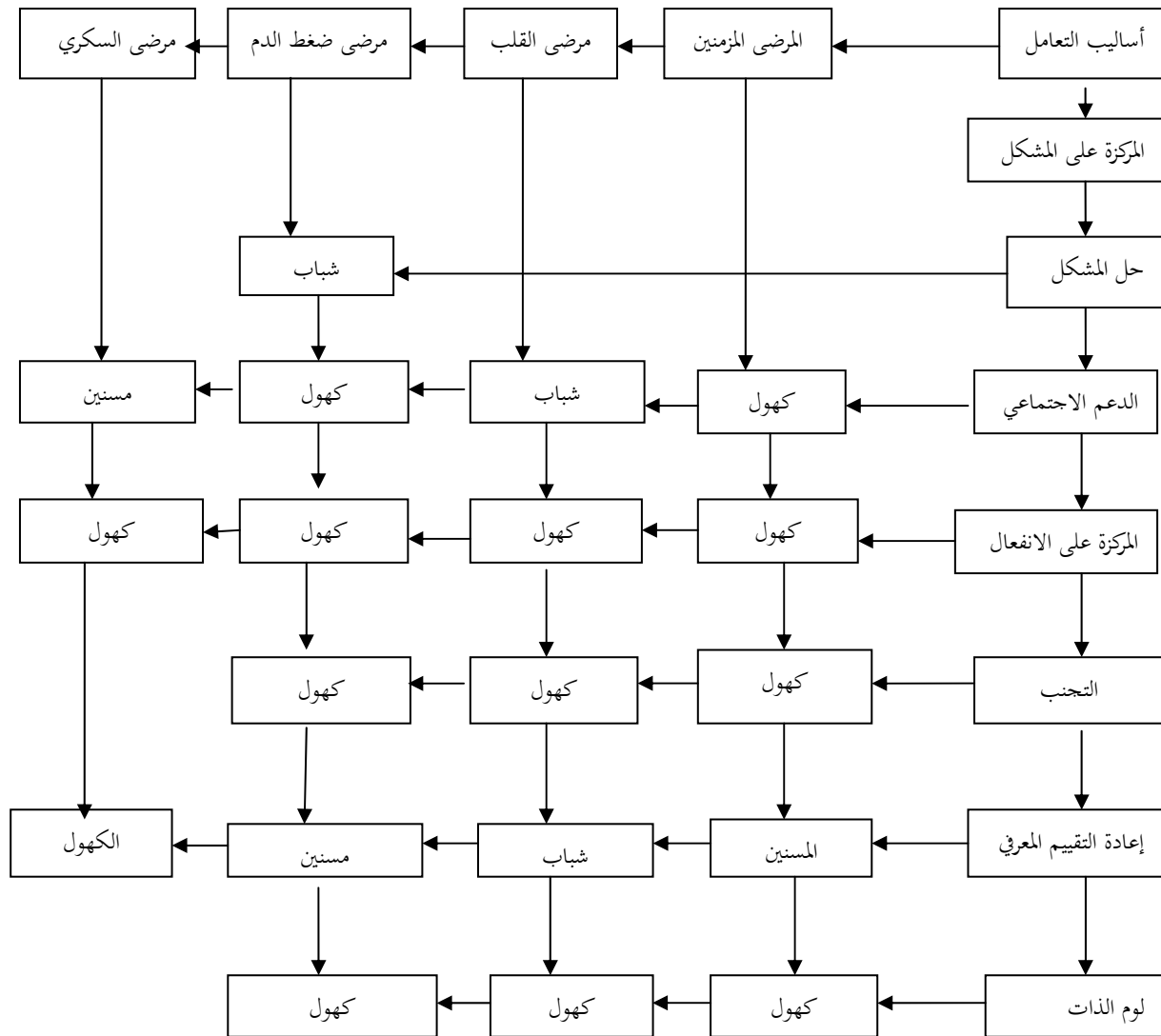
الجدول رقم (84): يبين الفروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي ترجع للفئات السنوية لدى مرضى السكري.

الترتيب	مستوى الدلالة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الفئات العمرية		أساليب التعامل
2	0.46	0.66	-0.48	2	1	البحث عن الدعم الاجتماعي
	0.01	0.70	-2.44	3		
2	0.46	0.66	0.48	1	2	
	0.01	0.71	-1.96	3		
1	0.01	0.70	2.44	1	3	
	0.01	0.71	1.96	2		
3	0.01	1.84	-4.92	2	1	الأساليب المركزة على الإنفعال
	0.01	1.96	-4.75	3		
1	0.01	1.84	4.02	1	2	
	0.93	2.01	0.17	3		
2	0.01	1.96	4.75	1	3	
	0.93	2.01	-0.17	2		
3	0.01	0.52	-2.63	2	1	إعادة التقييم المعرفي
	0.01	0.55	-1.96	3		
1	0.01	0.52	2.63	1	2	
	0.23	0.56	0.67	3		
2	0.01	0.55	1.96	1	3	
	0.23	0.50	-0.67	2		

يتبين من خلال الجدول رقم (84) بأنه توجد فروق في أسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي، وهذا لصالح فئة المسنين (60 سنة فما فوق)، وهذا بفارق بلغ في المتوسط الحسابي (2.44)، بالمقارنة مع فئة الشباب، وبفارق (1.96) بالمقارنة مع فئة الكهول (40-59) سنة، وكلاهما دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وجاءت في المرتبة الثانية كل من فئة المسنين والكهول لأن الفارق في المتوسط الحسابي قدر بـ (0.48) وهو غير دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وبخصوص الأساليب المركزة على الإنفعال فقد أظهرت الفئة السنوية (40-59) سنة أنها الأكثر استخداماً لهذه الأساليب حيث بلغ الفرق في المتوسط الحسابي (4.92) بالنسبة لفئة الشباب (25-39) سنة، وفي المرتبة الثانية فئة المسنين بفارق (4.75) عن المتوسط الحسابي لفئة الشباب وجاء في المرتبة الثالثة فئة الشباب كأقل فئة استخداماً للأساليب المركزة على الإنفعال، وهذا لأن المتوسط الحسابي جاء أقل من فئة الكهول بـ (-4.92)، وكذلك بـ (-4.75)، وتم التوصل ذلك إلى أن الفئة الكهول (40-59) سنة هي الأكثر استخداماً لأسلوب إعادة التقييم المعرفي، وهذا بفارق أكبر في المتوسط الحسابي بلغ (2.63) بالمقارنة

مع فئة الشباب، وهو دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وحل في المرتبة الثانية فئة المسنين بفارق في المتوسط الحسابي بلغ (1.96)، بالنسبة لفئة الشباب (25-39) سنة التي جاءت في الأخير كأقل فئة إستخداما لأسلوب إعادة التقييم المعرفي.

النموذج رقم (29): يفسر الفروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي، ترجع لمتغير الفئة العمرية لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري).



يلاحظ من الشكل رقم (28) بأنه لا توجد فريق في الأساليب المركزة على المشكل بين المرضى المزمنين ككل والفئة العمرية، وكذلك في أسلوب حل المشكل لدى مرضى القلب، فقد اتجه الشباب إلى أسلوب حل المشكل، أما بخصوص الدعم الاجتماعي، فقد اتجهت كل الفئات العمرية إلى طلبه، في حين أن الأساليب المركزة على الانفصال، فقد أظهرت فئة الكهول، التي ما بين (40-59) سنة، استعمالا له أكثر من فئة الشباب والكهول، وهذا ما تطابق مع أسلوب التجنب ما عدا مرضى السكري، في حين أنه في أسلوب إعادة التقييم المعرفي وأن كل الفئات العمرية تستخدمه، وهنا حسب طبيعة المرضى، كما تبين أن فئة الكهول (40-59) سنة

الأكثر استخداماً لأسلوب لوم الذات أكثر من الفئات الأخرى، وهذا لدى كل المرضى ما عدى مرضى السكري الذي لم يظهر فروق.

وعليه فإن المتوصل إليها جاءت متوافقة جزئياً مع ما جاءت به نتائج دراسة "Twinn,T"(2011) بأنه لا توجد فروق في أساليب التعامل مع الضغوط النفسية، وهذا ما توافق مع دراسة "عبد الحميد سعيد" (2007)، وكذلك دراسة "عادل هيردي" (1996)، كما توافقت مع دراسة "Penson,DF et al" (2005) في أن الكهول أكثر استخداماً لأساليب التعامل المركزة على الإنفعال، وفي أن المسنين أكثر استخداماً لأسلوب الدعم الاجتماعي، وإعادة التقييم المعرفي، كما توافقت النتائج المتوصل إليها مع ما جاءت به دراسة "Jodie" (2004) في أن المسنين أكثر استخداماً لأسلوب إعادة التقييم المعرفي، والدعم الاجتماعي، كما توافقت مع ما جاءت به هذه الأخير في أن الكهول أكثر استخداماً للأساليب الإنفعالية، وتوافقت جزئياً مع دراسة "Derks, W"(2005) إلى أن الشباب أكثر استخداماً للأساليب المركزة على المشكل وفي دراسة، في حين أن دراسة "محمد رجب" (1998) توافقت مع نتائجنا فيما يخص أن الكهول أكثر استخداماً لأسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي، وفي دراسة "Fontant et al"(1987) من نتائجها أن الكهول أكثر استخداماً لكل من أسلوب التجنب، ولوم الذات، وتأكدت جزئياً في أن المسنين يستخدمون أسلوب إعادة التقييم المعرفي، والدعم الاجتماعي.

ويمكن تفسير النتيجة المتوصل إليها من خلال القول بأن الأساليب هي عملية يستخدمها الفرد، وليست كسمة شخصه أو استعداد لدى الفرد، وهي تظهر نتيجة التفاعل بين الفرد والبيئة، وتقييم الفرد لهذه المطالب والشخصية.

كما يرى الباحث أن العمر أو المرحلة العمرية لها دور في إتخاذ أساليب التعامل مع الضغط النفسي، حيث يشير معظم الباحثين إلى أن الاستراتيجيات تتغير مع تقدم العمر وزيادة مستوى النمو المعرفي للفرد، فحسب بعض الباحثين يستخدم الشباب أساليب تعامل مع الضغوط تختلف عن تلك التي يستخدمها الكهول والمسنين، ويرى الباحث أنه كلما زادت سنوات والعمر زاد إدراك الجوانب الإيجابية والسلبية في مختلف الجوانب المكونة لأساليب التعامل مع الضغط النفسي، إلى أن مروره بخبرات سابقة مختلفة تمكنه من السيطرة على عدد من العقبات المختلفة، وقدرته على التعامل المباشر والفعال فيما يواجهه من مشكلات، حتى في غياب الإمكانيات اللازمة، وتساهم في تطوير أساليب التعامل، أما الأقل سناً من الشباب والكهول، فإنهم يلجئون إلى استخدام أساليب التعامل المركزة على الانفعال، وهذا ربما راجع إلى أن الأفراد في فترات الحياة الأولى يكونون أقل معرفة بكل متطلبات الحياة، وأقل دراية بالجوانب السلبية والإيجابية في الحياة، وهذا ما يؤدي إلى نقص في القدرة على

التخطيط والتأمل والمبادرة خاصة وأن الإصابة بالمرض تكون ربما في سن مبكرة، مما يؤدي إلى عدم قدرتهم على التعامل مع المواقف الضاغطة.

ويعتقد الباحث أن الإنسان يغير من نشاط استجاباته نتيجة لما يحدث له من أحداث، كالمريض الذي يعتبر حدث طارئ يحدث للفرد، فيقوم الفرد على تعديل سلوكاته، من خلال تعديل طرق التعامل مع الضغوط، وهذا ما يقوم به المسنين، لأنه يدرك أن الأساليب السلبية سوف تزيد من تعقيد الحالة الصحية، عكس الكهول الذين يكونون في فترة عمرية حساسة تتطلب قدرات ومسؤوليات ينبغي أن يتطلع لها، ومن حوله كالأسرة، والأولاد، وأمام المرض المزمن الذي يتعرض له، والمتطلبات الحياتية التي تفرض عليه ضغوط لا يقوى على التعامل معها، في ظل القدرات البدنية والنفسية المتدنية تجعله يتجه إلى استخدام أساليب التعامل المركزة على الانفعال، في حين عدم ثبات فئة الشباب عن أساليب معينة، وهذا راجع ربما إلى أن شخصية الفرد في سن صغيرة لا تثبت على نحو أو توجه معين، كما أن الإصابة بالمرض في سن مبكرة، يزيد من حجم الضغوط، والتي تجعله يتخبط في التعامل معها مستخدماً تقريباً لكل الأساليب التعامل، سواء حل المشكل، أو الانفعال، وهذا ما ذهب إلى ذكره "Gilser" (1982) إلى أن أقصى قدر من التأثير بالكوارث يظهر لدى أفراد الحلقة الوسطى في العمر، وربما يرجع ذلك إلى أن أفراد الحلقة الأولى يكونون أكثر اعتمادية على غيرهم، وهذا ما يفسر اتجاه من في المرحلة العمرية (40-59) سنة إلى الأساليب المركزة على الإنفعال، والتي ربما راجعة إلى أن الأفراد يكونون في مرحلة عطاء، ومرحلة المسؤولية على أسرة، وأمام العجز الذي يسببه المرض، والضغوط الناتجة عنه وعن المسؤوليات الملقاة على عاتقه فإنه يعبر عنها إنفعالياً.

في الأخير يمكن أن نقبل فرضية البحث جزئياً في شقها المتعلق بأنه توجد فروق في كل من بعد (الدعم الاجتماعي، الأساليب المركزة على الإنفعال، إعادة التقييم المعرفي) تعزى لمتغير الفئة العمرية لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري)، كما تبين من خلال النتائج المتوصل إليها إلى أنه توجد فروق في كل من بعد (التجنب، ولوم الذات) تعزى لمتغير الفئة العمرية لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم)، وتم التأكد من وجود فروق في أسلوب حل المشكل تعزى لمتغير الفئة العمرية لدى مرضى ضغط الدم، ومن خلال النتائج المتوصل إليه فإنه فإننا نقبل بالفرضية البحثية الصفيرية في جزئها المتعلق بأنه لا توجد فروق في الأساليب المركزة على المشكل لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري)، كما أنه لا توجد فروق في أسلوب حل المشكل لدى مرضى المزمنين (القلب، السكري)، ولا توجد فروق في بعن التجنب، ولوم الذات لدى مرضى السكري.

3.5.1 عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الخامسة المتعلقة بالفروق في نوعية الحياة تعزى لمتغير الفئة

العمرية لدى المرضى المزمنين (مرضى القلب، ضغط الدم، السكري):

نصت الفرضية على أنه "توجد فروق راجعة لمتغير السن في أساليب التعامل مع الضغط النفسي لدى المرضى المزمنين (مرضى القلب، ضغط الدم، السكري).

وللتحقق من صحة هذه الفرضية قام الباحثان بالاعتماد على المعالجة الإحصائية تحليل التباين

الأحادي ANOVA One Way لدلالة الفروق، حيث تحصل الباحثان على النتائج التالية:

الجدول رقم (85): يمثل تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في مجالات نوعية الحياة تبعاً لمتغير الفئة العمرية لدى

المرضى المزمنين.

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
المجال الجسدي	ما بين المجموعات	42.509	2	21.254	0.275	0.75
	داخل المجموعات	28867.942	374	77.187		
	المجموع	28910.451	376			
المجال النفسي	ما بين المجموعات	417.378	2	223.689	1.412	0.24
	داخل المجموعات	59259.943	374	158.449		
	المجموع	59707.321	376			
المجال الاستقلال	ما بين المجموعات	8.079	2	4.039	0.024	0.97
	داخل المجموعات	62207.757	374	166.331		
	المجموع	62215.836	376			
العلاقات الاجتماعية	ما بين المجموعات	328.061	2	164.031	1.623	0.19
	داخل المجموعات	37788.846	374	101.040		
	المجموع	38116.907	376			
مجال البيئة	ما بين المجموعات	8732.899	2	4366.450	6.252	0.01
	داخل المجموعات	261213.350	374	698.431		
	المجموع	269946.249	376			
المعتقدات	ما بين المجموعات	47.690	2	23.845	3.197	0.04
	داخل المجموعات	2789.747	374	7.459		
	المجموع	2837.438	376			
نوعية الحياة والصحة العامة	ما بين المجموعات	15.893	2	7.947	0.787	0.45
	داخل المجموعات	3776.632	374	10.098		
	المجموع	3792.525	376			

نلاحظ من خلال الجدول رقم(85) بأنه لا توجد فروق في المجال النفسي راجعة لمتغير العمر، هذا لأن

قيمة(0.275=F)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التوصل كذلك إلى أنه لا توجد فروق في

المجال النفسي، حيث بلغت قيمة (1.412=F)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التأكيد إلى

أنه لا توجد فروق في مجال الإستقلال والإعتماد على النفس ترجع إلى متغير العمر لدى المرضى المزمنين، حيث قدرت قيمة ($F=0.024$)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وبخصوص مجال العلاقات الإجتماعية، فقد أظهرت نتائج الدراسة بأنه لا توجد فروق تعود إلى متغير العمر، حيث بلغت قيمة ($F=1.623$)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، في حين أنه توجد فروق في مجال البيئة حيث بلغت قيمة ($F=6.252$)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، في حين أظهرت النتائج أنه لا توجد فروق في مجال المعتقدات الدينية، حيث بلغت قيمة ($F=3.197$)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التأكيد من خلال النتائج المتوصل إليها إلى أنه لا توجد فروق في مجال نوعية الحياة والصحة العامة، حيث بلغت قيمة ($F=0.787$)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، والجدول التالي يبين الفروق لأي فئة عمرية جاءت في مجال البيئة، ومجال المعتقدات الدينية.

الجدول رقم(86): يبين الفروق في مجالات نوعية الحياة ترجع للفئات العمرية لدى المرضى المزمنين.

أساليب التعامل		الفئات العمرية		المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	مستوى الدلالة	الترتيب
1		2	-4.50	3.21	0.01	2	
		3	7.44	3.47	0.01		
2		1	4.50	3.21	0.01	1	
		3	11.95	3.38	0.01		
3		1	-7.44	3.47	0.01	3	
		2	-11.95	3.88	0.01		
1		2	0.81	0.33	0.01	1	
		3	0.23	0.35	0.51		
2		1	-0.81	0.33	0.01	3	
		3	-0.58	0.35	0.09		
3		1	-0.23	0.35	0.51	2	
		2	0.58	0.35	0.09		

تبين من خلال عرض النتائج في الجدول رقم (86) أن الفرق ظهر للفئة العمرية (40-59) سنة كأكثر فئة شعورا بنوعية حياة مرتفعة في المجال البيئي بالمقارنة بالفئات العمرية الأخرى، حيث بلغ الفرق في المتوسط الحسابي ب(4.50) بالمقارنة مع فئة الشباب (25-39) سنة، وبلغ الفرق في المتوسط الحسابي (11.95) بالمقارنة بفئة المسنين، وجاء في المرتبة الثانية فئة الشباب، وهذا لأن المتوسط الحسابي أكبر ب(7.44) من المتوسط الحسابي لفئة المسنين، وفي المرتبة الأخيرة جاءت فئة المسنين، لأن متوسطها الحسابي أصغر من فئة الشباب ب(-7.44)، وبفئة الكهول ب(-11.95)، وتم التوصل في الفروق الخاصة بمجال المعتقدات الدينية، إلى أن الفئة العمرية (25-40) سنة، هي أكثر الفئات شعورا وممارسة للمعتقدات الدينية، وهذا لأن متوسطها الحسابي أكبر ب(0.81) منه لدى فئة الكهول (41-59) سنة، وأكبر ب(0.23) عن فئة المسنين (60 سنة فما فوق)، والتي جاءت في المرتبة الثانية في مجال المعتقدات الدينية، وهذا لأن متوسطها الحسابي أصغر ب(-0.23) عن فئة

الشباب، وأكبر بـ (0.58) عن فئة الكهول (40-59) سنة، والتي جاءت كأقل فئة شعورا بنوعية المعتقدات الدينية وهذا لأن متوسطها الحسابي أصغر بـ (0.81-) عن فئة الشباب، وأصغر بـ (0.58-) عن فئة المسنين. الجدول رقم (87): يفسر تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في مجالات نوعية الحياة تبعاً لمتغير السن لدى مرضى القلب.

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
المجال الجسمي	ما بين المجموعات	496.167	2	2.48.084	2.642	0.01
	داخل المجموعات	10796.884	115	93.886		
	المجموع	11293.051	117			
المجال النفسي	ما بين المجموعات	993.981	2	496.990	3.511	0.01
	داخل المجموعات	16277.172	115	141.541		
	المجموع	17271.153	117			
المجال الاستقلال	ما بين المجموعات	287.227	2	143.613	1.457	0.23
	داخل المجموعات	11338.095	115	98.592		
	المجموع	11625.322	117			
العلاقات الاجتماعية	ما بين المجموعات	614.884	2	307.442	3.631	0.01
	داخل المجموعات	9736.887	115	84.669		
	المجموع	10351.771	117			
مجال البيئة	ما بين المجموعات	2837.838	2	1418.919	1680	0.19
	داخل المجموعات	97121.865	115	844.538		
	المجموع	99959.703	117			
مجال المعتقدات	ما بين المجموعات	12.998	2	6.490	1.033	0.35
	داخل المجموعات	723.655	115	6.2936		
	المجموع	736.653	117			
نوعية الحياة والصحة العامة	ما بين المجموعات	8.030	2	4.015	0.452	0.63
	داخل المجموعات	1020.622	115	8.875		
	المجموع	1028.653	117			

بعد عرض النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم (87) تبين بأنه توجد فروق في المجال الجسمي راجعة لمتغير العمر، هذا لأن قيمة $F(2.642)$ ، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التوصل كذلك إلى أنه توجد فروق في المجال النفسي، حيث بلغت قيمة $F(3.511)$ ، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التأكيد إلى أنه لا توجد فروق في مجال الإستقلال والإعتماد على النفس ترجع إلى متغير العمر لدى مرضى القلب، حيث قدرت قيمة $F(1.457)$ ، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وبخصوص مجال العلاقات الاجتماعية، فقد أظهرت نتائج الدراسة بأنه توجد فروق تعود إلى متغير العمر، حيث بلغت

قيمة ($F=3.631$)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، في حين أنه لا توجد فروق في مجال البيئة حيث بلغت قيمة ($F=1.680$)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وأظهرت النتائج أنه لا توجد فروق في مجال المعتقدات الدينية، حيث بلغت قيمة ($F=1.033$)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التأكيد من خلال النتائج المتوصل إليها إلى أنه لا توجد فروق في مجال نوعية الحياة والصحة العامة، حيث بلغت قيمة ($F=0.452$)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، والجدول التالي يبين الفروق لأي فئة العمرية جاءت في المجال الجسدي، والمجال النفسي، والعلاقات الإجتماعية.

الجدول رقم(88): يبين الفروق في مجالات نوعية الحياة ترجع للفئة العمرية لدى مرضى القلب.

أساليب التعامل		الفئات العمرية		المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	مستوى الدلالة	الترتيب
المجال الجسمي		1	2	-4.73	2.07	0.01	3
			3	-3.27	2.38	0.01	
		2	1	4.73	2.07	0.01	1
			3	1.46	2.25	0.01	
		3	1	3.27	2.38	0.01	2
			2	-1.46	2.25	0.01	
المجال النفسي		1	2	1.74	2.54	0.01	1
			3	7.51	2.93	0.01	
		2	1	-1.74	2.54	0.01	2
			3	5.76	2.76	0.01	
		3	1	-7.51	2.93	0.01	3
			2	-5.76	2.76	0.01	
مجال العلاقات الإجتماعية		1	2	1.94	1.97	0.01	2
			3	-3.81	2.26	0.01	
		2	1	-1.94	1.97	0.01	3
			3	-5.76	2.14	0.01	
		3	1	3.81	2.26	0.01	1
			2	5.76	2.14	0.01	

تبين من خلال تحليل الفروق في الجدول رقم (88) بأنه توجد فروق في مجال نوعية الحياة الجسمية ترجع لمتغير الفئة العمرية، حيث جاءت في المرتبة الأولى فئة الكهول (41-59) سنة، وهذا لأن الفرق في المتوسط الحسابي جاء لصالحه بـ(4.73) أكبر منه لدى فئة الشباب (25-40) سنة، كذلك أكبر بـ(1.46) عن فئة المسنين (60 سنة فما فوق)، والتي جاءت في المرتبة الثانية، وهذا لأن متوسطها الحسابي أكبر بـ(3.27)، عن فئة الشباب (25-40) سنة، والتي جاءت في المرتبة الأخير كأقل الفئات العمرية إحساساً بنوعية مجال جسدي أفضل من الفئات الأخرى، وبخصوص المجال النفسي فيق جاءت فئة الشباب (25-40) سنة، كأكثر الفئات إحساساً بنوعية مجال نفسي مرتفعة أكثر من الفئتين الأخيرتين، وهذا لأن متوسطها الحسابي أكبر بفارق (1.74) عن فئة الكهول (41-59) سنة، وكذلك أكبر بـ(7.51) عن فئة المسنين، وجاءت فئة الكهول في المرتبة الثانية،

وهذا لأن متوسطها الحسابي أكبر بـ(5.76) عن فئة المسنين (60 سنة فما فوق)، والتي جاءت كأقل الفئات إحساساً بمجال نفسي مرتفع بمقارنة مع الفئتين السابقتين، وتم التوصل من خلال عرض النتائج إلى أن فئة المسنين (60 سنة فما فوق) هي أكثر الفئات إحساساً و شعوراً بمجال علاقات مرتفعة، وهذا لأن متوسطها الحسابي أكبر بـ(3.81) عن فئة الشباب (25-40 سنة)، وأكبر كذلك من فئة الكهول بـ (5.76) ، وجاءت فئة الشباب في المرتبة الثانية فئة الشباب (25-40) سنة كأكثر الفئات إحساساً بمجال أو نوعية علاقات إجتماعية مرتفعة، وهذا لأن متوسطها الحسابي أكبر بـ(1.94) عن فئة الكهول، التي جاءت في المرتبة الأخيرة كأقل الفئات إحساساً بمجال علاقات إجتماعية ذات نوعية مرتفعة، وهذا لأن متوسطها الحسابي أقل بـ(1.94-) عن فئة الشباب، وبـ(5.76-) عن فئة المسنين.

الجدول رقم (89): يمثل تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في مجالات نوعية الحياة تبعاً لمتغير الفئة العمرية لدى

المرضى

ضغط الدم.

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
المجال الجسمي	ما بين المجموعات	261.610	2	130.805	2.828	0.04
	داخل المجموعات	5457.448	118	46.250		
	المجموع	5719.058	120			
المجال النفسي	ما بين المجموعات	352.058	2	176.124	0.213	0.40
	داخل المجموعات	22751.222	118	192.807		
	المجموع	23103.471	120			
مجال الاستقلال	ما بين المجموعات	720.390	2	360.195	2.094	012
	داخل المجموعات	20295.263	118	171.994		
	المجموع	21015.653	120			
العلاقات الاجتماعية	ما بين المجموعات	302.397	2	151.198	1.619	0.20
	داخل المجموعات	11020.479	118	93.394		
	المجموع	11322.876	120			
مجال البيئة	ما بين المجموعات	10869.726	2	5434.863	8.273	0.01
	داخل المجموعات	77517.629	118	656.929		
	المجموع	88387.355	120			
مجال المعتقدات	ما بين المجموعات	18.903	2	9.452	1.089	0.34
	داخل المجموعات	1024.419	118	8.682		
	المجموع	1043.322	120			
نوعية الحياة والصحة العامة	ما بين المجموعات	120.877	2	60.438	9.736	0.01
	داخل المجموعات	732.479	118	6.207		
	المجموع	853.355	120			

نلاحظ من خلال الجدول رقم(89) بأنه توجد فروق في المجال الجسمي راجعة لمتغير العمر، هذا لأن قيمة($F=2.828$)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التوصل كذلك إلى أنه لا توجد فروق في المجال النفسي، حيث بلغت قيمة ($F=0.213$)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التأكيد إلى أنه لا توجد فروق في مجال الإستقلال والإعتماد على النفس ترجع إلى متغير الفئة العمرية لدى مرضى ضغط الدم، حيث قدرت قيمة ($F=2.094$)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وبخصوص مجال العلاقات الإجتماعية، فقد أظهرت نتائج الدراسة بأنه لا توجد فروق تعود إلى متغير العمر، حيث بلغت قيمة($F=1.619$)،، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، في حين أنه توجد فروق في مجال البيئة حيث بلغت قيمة ($F=8.273$)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وبينت النتائج بأنه لا توجد فروق في مجال المعتقدات الدينية، حيث بلغت قيمة ($F=1.089$)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التأكيد من خلال النتائج المتوصل إليها إلى أنه توجد فروق في مجال نوعية الحياة والصحة العامة، حيث بلغت قيمة ($F=9.736$)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، والجدول التالي يبين الفروق في فئة السنية جاءت في المجال الجسمي، والمجال البيئي، ونوعية الحياة والصحة العامة.

الجدول رقم(90): يفسر الفروق في مجالات نوعية الحياة تعزى للفئات العمرية لدى مرضى ضغط الدم.

أساليب التعامل		الفئات العمرية		المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	مستوى الدلالة	الترتيب
المجال الجسمي		1	2	3.53	1.50	0.01	1
			3	1.41	1.56	0.01	
		2	1	-3.53	1.50	0.01	3
			3	-2.12	1.48	0.01	
		3	1	-1.14	1.56	0.01	2
			2	2.12	1.48	0.01	
مجال البيئة		1	2	-8.89	5.68	0.01	2
			3	13.83	5.88	0.01	
		2	1	8.89	5.68	0.01	1
			3	22.73	5.60	0.01	
		3	1	-13.83	5.88	0.01	3
			2	-22.73	5.60	0.01	
مجال نوعية الحياة والصحة العامة		1	2	-1.57	0.55	0.01	3
			3	-2.49	0.57	0.01	
		2	1	1.57	0.55	0.01	2
			3	-0.92	0.54	0.09	
		3	1	2.49	0.57	0.01	1
			2	0.92	0.54	0.09	

بعد عرض النتائج في الجدول رقم (90) تم التوصل فيما يخص نوعية المجال الجسمي إلى فئة الشباب (25-40) سنة هي أكثر الفئات إحساسا بنوعية هذا المجال، وهذا لأن متوسطها الحسابي أكبر بـ(3.53) عن المتوسط الحسابي الذي لدى فئة الكهول (41-59) سنة، وأكبر كذلك بـ(1.41) عن فئة المسنين (60 سنة فما فوق، وهذه الفئة حلت في المرتبة الثانية، وهذا لأن متوسطها الحسابي أكبر بـ(2.12) عن فئة الكهول، التي جاءت كأقل الفئات إحساسا بنوعية مرتفعة في المجال الجسمين لأن متوسطها الحسابي أقل بـ(3.53-) عن فئة الشباب، وبـ(2.12-) عن فئة المسنين، وتم التوصل إلى بخصوص نوعية المجال البيئي

إلى أن الفئة العمرية (40-59) سنة أكثر شعورا بنوعية حياة مرتفعة في المجال البيئي بالمقارنة بالفئات العمرية الأخرى، حيث بلغ الفرق في المتوسط الحسابي بـ(8.89) بالمقارنة مع فئة الشباب (25-39) سنة، وبلغ الفرق في المتوسط الحسابي (22.73) بالمقارنة بفئة المسنين، وجاء في المرتبة الثانية فئة الشباب، وهذا لأن المتوسط الحسابي أكبر بـ(13.83) من المتوسط الحسابي لفئة المسنين، وفي المرتبة الأخيرة جاءت فئة المسنين، لأن متوسطها الحسابي أصغر من فئة الشباب بـ(13.83-)، وعن فئة الكهول بـ(22.73-)، وتم التوصل بخصوص الفروق في مجال نوعية الحياة والصحة العامة، جاء الفرق لصالح فئة المسنين وهذا بفارق أكبر بـ(2.49) من المتوسط الحسابي مقارنة بفئة الشباب وبفارق (0.92) على فئة الكهول إلا أن هذا فارق غير دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وجاء في المرتبة الثانية فئة الكهول لأن متوسطها الحسابي أكبر بـ(1.57) على المتوسط الحسابي لفئة الشباب، وأقل بـ(0.92-) في الفرق بالنسبة لفئة المسنين، وجاءت فئة الشباب كأقل الفئات السنية إحساسا أو شعورا بنوعية الحياة والصحة العامة، حيث ان متوسطها الحسابي أصغر بـ(1.57-) بالمقارنة مع فئة الكهول، وبـ(2.49-) بالمقارنة مع فئة المسنين.

الجدول رقم (91): يوضح تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في مجالات نوعية الحياة تبعاً لمتغير العمر لدى المرضى السكري.

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
المجال الجسدي	ما بين المجموعات	274.804	2	137.402	1.670	0.19
	داخل المجموعات	11108.131	135	82.282		
	المجموع	11382.935	137			
المجال النفسي	ما بين المجموعات	200.126	2	100.063	0.813	0.44
	داخل المجموعات	16607.758	135	123.020		
	المجموع	16807.884	137			
المجال الإستقلال	ما بين المجموعات	463.819	2	231.909	1.537	0.21
	داخل المجموعات	20369.174	135	150.883		
	المجموع	20832.993	137			
العلاقات الإجتماعية	ما بين المجموعات	241.204	2	120.602	1.364	0.25
	داخل المجموعات	11939.788	135	88.443		
	المجموع	12180.993	137			
المجال البيئة	ما بين المجموعات	85.504	2	42.752	0.593	0.55
	داخل المجموعات	9731.489	135	72.085		
	المجموع	9816.993	137			
المجال المعتقدات	ما بين المجموعات	116.242	2	58.120	8.640	0.01
	داخل المجموعات	908.143	135	6.727		
	المجموع	1024.384	137			
نوعية الحياة والصحة العامة	ما بين المجموعات	11.756	2	5.878	0.825	0.44
	داخل المجموعات	962.397	135	7.129		
	المجموع	974.152	137			

نلاحظ من خلال الجدول رقم (91) بأنه لا توجد فروق في المجال الجسدي راجعة لمتغير الفئة العمرية، هذا لأن قيمة $F=1.670$ ، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التوصل كذلك إلى أنه لا توجد فروق في المجال النفسي، حيث بلغت قيمة $F=0.813$ ، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التأكيد إلى أنه لا توجد فروق في مجال الإستقلال والإعتماد على النفس ترجع إلى متغير العمر لدى مرضى السكري، حيث قدرت قيمة $F=1.537$ ، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وبخصوص مجال العلاقات الإجتماعية، فقد أظهرت نتائج الدراسة بأنه لا توجد فروق تعود إلى متغير الفئة العمرية، حيث بلغت قيمة $F=1.364$ ، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وأنه لا توجد فروق في مجال البيئة حيث بلغت قيمة $F=0.593$ ، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وأظهرت النتائج أنه توجد فروق في

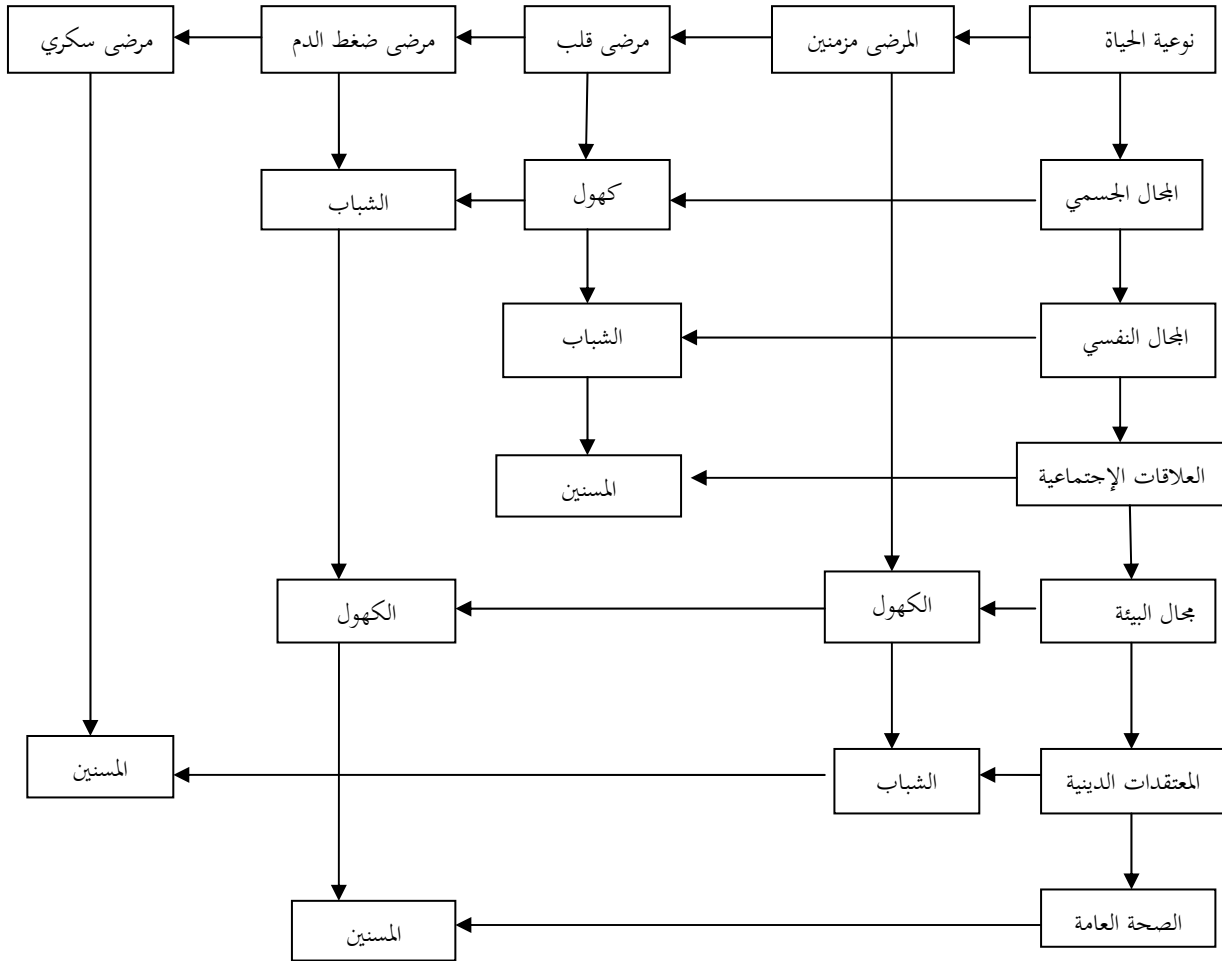
مجال المعتقدات الدينية، حيث بلغت قيمة ($F=8.640$)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التأكيد من خلال النتائج المتوصل إليها إلى أنه لا توجد فروق في مجال نوعية الحياة والصحة العامة، حيث بلغت قيمة ($F=0.825$)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، والجدول التالي يبين الفروق في أي فئة عمرية جاءت في مجال المعتقدات الدينية.

الجدول رقم(92): يبين الفروق في نوعية الحياة ترجع للفئات العمرية لدى مرضى السكري.

نوعية الحياة	الفئات العمرية		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى الدلالة	الترتيب
مجال المعتقدات الدينية	1	2	1.49	0.51	0.01	2
		3	-0.77	0.55	0.16	
	2	1	-1.49	0.52	0.01	3
		3	-2.27	0.56	0.01	
	3	1	0.77	0.55	0.16	1
		2	2.27	0.56	0.01	

نلاحظ من خلال الجدول رقم (92) بأنه توجد فروق في مجال المعتقدات الدينية، جاء الفرق لصالح فئة المسنين وهذا بفارق أكبر بـ(0.77) من المتوسط الحسابي مقارنة بفئة الشباب، وهو ليس بالفارق الدال عند مستوى الدلالة (0.01)، وبفارق (2.27) على فئة الكهول إلا أن هذا فارق دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وجاء في المرتبة الثانية فئة الشباب لأن متوسطها الحسابي أكبر بـ(1.49) على المتوسط الحسابي لفئة الكهول، وأقل بـ(-0.77) في الفرق بالنسبة لفئة المسنين، وجاءت فئة الكهول كأقل الفئات السنية ممارسة للمعتقدات الدينية، حيث ان متوسطها الحسابي أصغر بـ(-1.49) بالمقارنة مع فئة الشباب، وبـ(-2.27) بالمقارنة مع فئة المسنين.

الشكل رقم (30): يبين الفروق في مجالات نوعية الحياة ترجع لمتغير الفئة العمرية لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري).



يلاحظ من الشكل رقم (29) بأن الكهول من مرضى القلب هم أكثر شعورا بنوعية مجال الجسمي مرتفع، في حين أن الشباب من مرضى ضغط الدم هم أكثر شعورا بنوعية مجال جسمي مرتفع، أما فيما يخص المجال النفسي يلاحظ أن الشباب من مرضى القلب هم أكثر إحساسا بارتفاعها، أما فيما يخص مجال البيئة، فقد تبين بأن فئة الكهول ما بين (40-59) هم أكثر شعورا بمجال بيئي مرتفع، وهذا لدى المرضى المزمنين، ومرضى ضغط الدم، أما فيما يخص مجال المعتقدات الدينية، فقد إتجه كل من الشباب لدى المرضى المزمنين، والمسنين من مرضى السكري بارتفاع نوعيتها مقارنة بالفئتين الأخرتين، أما فيما يخص تقييم نوعية الحياة والصحة العامة، فقد تبين أن فئة المسنين من ضغط الدم هم الأكثر إحساسا بها.

جاءت النتائج متحصل متعارضة مع النتائج دراسة "عبد الحميد سعيد" (2007) في أن المسنين يشعرون بنوعية حياة مرتفعة في المجال النفسي والبيئي أكثر من الكهول والشباب، في حين تعارضت النتائج المتوصل إليها مع النتائج التي توصلت إليها "Bat.C" (2007)، و "Eldelman et al" (2002)، و "بدر المعارف" (2001) في أنه لا توجد فروق في نوعية الحياة تعزى لمتغير العمر.

ويمكن تفسير هذه النتيجة من خلال ما ذهب إليه "Sacks & Kern" (2008) أن عامل اكتساب الخبرات الحياتية لدى الفئة العمرية الأكبر سنا من الراشدين الأكثر من (40 سنة فأكثر) مما يحسن من أسلوب إدراكهم لجودة الحياة وأبعادها المختلفة، حيث أن زيادة الخبرة تؤدي إلى تنمية التفكير العقلاني والرؤية الموضوعة لجوانب الحياة، مقارنة بالفئة العمرية الأقل سنا. (هشام إبراهيم عبد الله، 2007)

كما يتضح أن المسنين والكهول أقل إحساسا بنوعيه الحياة من الشباب، وربما يعود إلى الفروق العمرية والنظرة إلى المستقبل وأثر الأمراض والتغيرات الصحية التي يتعرض إليها المسن، والتي تؤثر في إدراكه بنوعية الحياة، وهذا ما أشار إليه "spence, S,A" (1997) من الانتقال إلى التقاعد والتقدم في العمر قد يصاحبه بعض المشكلات التي تحتاج للدعم من قبل الأسرة، كما تشير "upchurch" (1999) إلى أن الافتقاد إلى الاستقلالية لدى بعض المسنين تشكل مشكلة كبيرة تؤدي إلى الانزعاج والتأثير على نوعية الحياة.

(محمد حسن غانم، 2004)

كما يمكن تفسير نوعية العلاقات الاجتماعية، أن كل الفئات العمرية تحتاج إلى التعاطف والدعم الانفعالي ومواجهة المشكلات، وخاصة الصحية كوحدة أسرية واحدة، لأن دور العلاقات الاجتماعية وخاصة الأسرية تؤدي إلى الإحساس بنوعية حياة مرتفعة.

ويعتقد الباحث أن هناك تباين في الخلفيات الاجتماعية للأفراد ذوي أساليب الحياة المختلفة، وبالتالي اختلاف نظراتهم إلى نوعية حياتهم سواء كانوا (شباب، كهول، أو مسنين)، فكل فئة من هذه الفئات تركز على جوانب دون الأخرى كمحددات لنوعية حياتهم، كذلك تلعب الخلفية الثقافية دورا هاما في تقييم نوعية الحياة، فكل فرد أو كل شخص في فترة حياتية يعبر عن نوعية حياته بما إكتسبه من خبرات ومعارف في تلك المرحلة، فقد تكون للبعض أن شعورهم بإرتفاع نوعية حياتهم قد يكون في حرية إتخاذ القرارات الصعبة، والمتعلقة بهم، كما أنها مجموعة من المتطلبات التي يكون الفرد قد أشبعها أو إستطاع توفيرها، لهذا فإن فجوة الحيات تختلف من فرد إلى آخر، وتختلف من وقت لآخر، فمع التقدم في العمر يكون الفرد قد أشبع العديد من المتطلبات، وقد حقق جزء بسيط من طموحاته، مقارنة بالفرد الأقل عمرا، الذي يشعر بأن العديد من الإحتياجات التي تشبع ليضاف إليها المرض الذي يعتبر عائقا أمام تحقيق مجموعة من الإشباعات.

وفي الأخير يمكن أن نقبل فرضية البحث جزئيا في شقها المتعلق بأنه توجد فروق في نوعية المجال الجسمي تعزى لمتغير الفئة العمرية لدى مرضى القلب، ومرضى ضغط الدم، وكذلك توجد فروق في نوعية المجال النفسي لدى مرضى القلب، وهذا ما توافق مع نوعية العلاقات الاجتماعية، كما تم التوصل إلى أنه توجد فروق في نوعية المجال البيئي لدى المرضى المزمنين، ومرضى ضغط الدم، ونقبل فرضية البحث في أنه توجد فروق في نوعية المعتقدات الدينية تعزى لفئة متغير العمر لدى المرضى المزمنين، ومرضى السكري، كما أنه توجد فروق في مجال نوعية الحياة والصحة العامة لدى مرضى ضغط الدم، كما نقبل بفرضية البحث الصفرية، والتي تنفي وجود فروق في نوعية المجال الجسمي تعزى لمتغير الفئة العمرية لدى المرضى المزمنين، ومرضى القلب، ولا توجد فروق في المجال النفسي، ومجال العلاقات الاجتماعية لدى المرضى المزمنين (ضغط الدم، السكري)، وتبين بأنه لا توجد فروق في

نوعية المجال البيئي لدى مرضى القلب، ومرضى السكري، وأنه كذلك لا توجد فروق في نوعية المعتقدات الدينية لدى مرضى القلب، وضغط الدم، وفي البعد التقييمي لنوعية الحياة والصحة العامة تبين بأنه لا توجد فروق لدى المرضى المزمنين (القلب، السكري).

06.01. عرض وتحليل ومناقشة الفرضية السادسة:

"توجد فروق في كل من الأنماط السلوكية (أ ب)، وأساليب التعامل ونوعية الحياة ترجع لمتغير المستوى الإقتصادي لدى المرضى المزمنين (مرضى القلب، ضغط الدم، السكري)."

وللتحقق من صحة هذه الفرضية قام الباحثان بالاعتماد على المعالجة الإحصائية تحليل التباين الأحادي ANOVA One Way لدلالة الفروق، حيث تحصل الباحثان على النتائج التالية، في كل فرضية من الفرضيات الجزئية التالية:

01.06.01. عرض وتحليل ومناقشة الفرضية السادسة التي تنص على أنه "توجد فروق راجعة لمتغير المستوى الإقتصادي الأنماط السلوكية (أ، ب) لدى المرضى المزمنين (مرضى القلب، ضغط الدم، السكري).

وللتحقق من صحة هذه الفرضية قام الباحثان بالاعتماد على المعالجة الإحصائية تحليل التباين الأحادي ANOVA One Way لدلالة الفروق، حيث تحصل الباحثان على النتائج التالية:

الجدول رقم (93): يمثل تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في الأنماط السلوكية تبعاً لمتغير المستوى الإقتصادي لدى المرضى المزمنين.

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
النمط السلوكي (أ)	ما بين المجموعات	132.843	2	66.422	0.729	0.48
	داخل المجموعات	17049.767	189	91.175		
	المجموع	17182.611	191			
النمط السلوكي (ب)	ما بين المجموعات	50.579	2	25.290	4.085	0.01
	داخل المجموعات	1126.826	182	6.191		
	المجموع	1177.405	184			

نلاحظ من خلال الجدول رقم (93) بأنه لا توجد فروق في النمط السلوكي (أ) راجعة لمتغير المستوى الإقتصادي لدى المرضى المزمنين وهذا لأن قيمة $F=0.729$ ، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وعلى عكس ذلك من خلال تحليل التباين الأحادي بأنه توجد فروق في النمط السلوكي (ب)، حيث بلغت قيمة

($F=4.085$)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، والجدول التالي يبين الفرق بين الفئات الإقتصادية في النمط السلوكي (ب).

الجدول رقم (94): يبين الفروق في النمط السلوكي (ب) ترجع للفئات الإقتصادية لدى المرضى المزمنين.

المتغيرات	الفئات العمرية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى الدلالة	الترتيب
النمط السلوكي (ب)	1	2	-0.57	0.43	2
		3	0.74	0.10	
	2	1	0.57	0.43	1
		3	1.32	0.05	
	3	1	-0.74	0.45	3
		2	-1.32	0.05	

نلاحظ من خلال الجدول رقم (94) بأن الفرق جاء لصالح الفئة الإقتصادية المتوسطة كأكثر فئات تأثراً في النمط السلوكي (ب)، وهذا لأن الفرق في بلغ في المتوسط الحسابي (0.57) بالمقارنة مع فئة جيدي المستوى الإقتصادي، وبفارق بلغ (1.32) عن ضعيفي المستوى الإقتصادي، وجاءت في المرتبة الثانية ذوي المستوى الإقتصادي الجيد بفارق بلغ (0.74) عن ضعيفي المستوى الإقتصادي، وبفارق (-0.57)، وهو أقل عن ذوي المستوى الإقتصادي المتوسط، وحل في المرتبة الثالثة للفئة الإقتصادية الضعيفة، وهذا لأن متوسطها الحسابي أقل بـ (-0.74) من المتوسط الحسابي لفئة المستوى الإقتصادي الجيد، وبـ (-1.32) أقل من المتوسط الحسابي لذوي المستوى الإقتصادي المتوسط.

الجدول رقم (95): يفسر تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في الأنماط السلوكية تبعاً لمتغير المستوى الإقتصادي لدى مرضى القلب.

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
النمط السلوكي (أ)	ما بين المجموعات	159.004	2	79.502	0.203	0.41
	داخل المجموعات	5372.933	61	88.081		
	المجموع	5531.938	63			
النمط السلوكي (ب)	ما بين المجموعات	18.842	2	9.421	4.234	0.01
	داخل المجموعات	113.472	51	2.225		
	المجموع	132.315	53			

يتبين من خلا تحليل النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم (95) بأنه لا توجد فروق في النمط السلوكي (أ) راجعة لمتغير المستوى الإقتصادي لدى المرضى المزمنين وهذا لأن قيمة ($F=0.203$)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وعلى عكس ذلك من خلال تحليل التباين الأحادي بأنه توجد فروق في النمط السلوكي (ب)، حيث بلغت قيمة ($F=4.234$)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، والجدول التالي يبين الفرق بين الفئات الإقتصادية في النمط السلوكي (ب).

الجدول رقم(96): يبين الفروق في النمط السلوكي (ب) ترجع للفئات الإقتصادية لدى مرضى القلب.

الترتيب	مستوى الدلالة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الفئات العمرية		أساليب التعامل
2	0.01	0.49	1.01	2	1	النمط السلوكي (ب)
	0.28	0.48	-0.52	3		
3	0.01	0.49	-1.01	1	2	
	0.01	0.53	-1.53	3		
1	0.28	0.48	0.52	1	3	
	0.01	0.53	1.53	2		

نلاحظ من خلال الجدول رقم (96) بأن الفرق جاء لصالح الفئة الإقتصادية الضعيفة كأكثر فئات تأثراً في النمط السلوكي(ب)، وهذا لأن الفرق في بلغ في المتوسط الحسابي (0.52) بالمقارنة مع فئة جيدي المستوى الإقتصادي، وبفارق بلغ (1.53) عن متوسطي المستوى الإقتصادي، وجاءت في المرتبة الثانية ذوي المستوى الإقتصادي الجيد بفارق بلغ (1.01) عن متوسطي المستوى الإقتصادي، وبفارق (-0.52)، وهو أقل عن ذوي المستوى الإقتصادي الضعيف، وحل في المرتبة الثالثة للفئة الإقتصادية المتوسطة، وهذا لأن متوسطها الحسابي أقل ب(1.01-) من المتوسط الحسابي لفئة المستوى الإقتصادي الجيد، وب(1.53-) أقل من المتوسط الحسابي لذوي المستوى الإقتصادي الضعيف.

الجدول رقم (97): يمثل تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في الأنماط السلوكية تبعاً لمتغير المستوى الإقتصادي لدى مرضى ضغط الدم.

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
النمط السلوكي (أ)	ما بين المجموعات	1815.555	2	907.778	15.963	0.01
	داخل المجموعات	4321.913	78	56.867		
	المجموع	6137.468	80			
النمط السلوكي (ب)	ما بين المجموعات	255.176	2	127.588	35.430	0.01
	داخل المجموعات	140.443	37	3.601		
	المجموع	595.619	39			

نلاحظ من خلال الجدول رقم (97) بأنه توجد فروق في النمط السلوكي (أ) راجعة لمتغير المستوى الإقتصادي لدى المرضى المزمنين وهذا لأن قيمة (F=15.963)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التوصل ذلك من خلال تحليل التباين الأحادي بأنه توجد فروق في النمط السلوكي (ب)، حيث بلغت قيمة (F=35.430)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، والجدول التالي يبين الفرق بين الفئات الإقتصادية في النمط السلوكي (أ) والنمط (ب).

الجدول رقم(98): يبين الفروق في النمط السلوكي (أ)، والنمط السلوكي (ب) ترجع للفئات الإقتصادية لدى مرضى ضغط الدم.

المتغيرات	الفئات العمرية		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى الدلالة	الترتيب
النمط السلوكي (أ)	1	2	-11.22	2.07	0.01	3
		3	-7.50	2.02	0.01	
	2	1	11.22	2.07	0.01	1
		3	3.72	2.22	0.01	
	3	1	7.50	2.02	0.01	2
		2	-3.72	2.22	0.01	
النمط السلوكي (ب)	1	2	-0.69	0.66	0.29	2
		3	5.62	0.78	0.01	
	2	1	0.69	0.66	0.29	1
		3	6.31	0.79	0.01	
	3	1	-5.62	0.78	0.01	3
		2	6.31	0.79	0.01	

يتبين من الجدول رقم (98) فيما يخص الفروق في النمط السلوكي (أ) أنه جاءت لصالح المستوى الإقتصادي المتوسط كأكثر الفئات الإقتصادية إعتقاداً وممارسة للسلوكيات النمط (أ)، وهذا لأن متوسطها الحسابي أكبر بـ(11.22)ن عن ذوي المستوى الإقتصادي الجيد، وأكبر كذلك بـ(3.72) عن ذوي المستوى الإقتصادي الضعيف، التي جاءت في المرتبة الثانية كأكثر الفئات ممارسة لسلوكيات النمط (أ)، وهذا لأن متوسطها الحسابي أكبر بـ(7.50) عن ذوي المستوى الإقتصادي الجيد، الذي إعتبر كأقل فئة ممارسة لسلوكيات النم (أ) لدى مرضى ضغط الدم، وهذا لأن متوسطه أقل بفارق قدر بـ (-11.22) عن ذوي المستوى الإقتصادي المتوسط، وأقل بـ(-7.50) عن فئة ذوي المستوى الإقتصادي الضعيف، أما بخصوص الفروق في النمط السلوكي (ب)، فقد تبين بعد عرض النتائج إلى أن فئة المستوى الإقتصادي المتوسط هي الأكثر ممارسة وإعتقاداً في سلوكيات النمط (ب)، وهذا لأن متوسطها الحسابي أكبر بـ(0.69)، عن ذوي المستوى الإقتصادي الجيد، وأكبر كذلك بـ(6.31) عن فئة ذوي المستوى الإقتصادي الضعيف، وحل ذوي المستوى الإقتصادي الجيد في المرتبة الثانية كأكثر الفئات ممارسة لسلوكيات النمط (ب)، وهذا لأن متوسطها الحسابي أكبر بفارق بلغ (5.62)، منه لدى فئة المستوى الإقتصادي الضعيف، التي جاءت كأقل الفئات الإقتصادية ممارسة لسلوكيات النمط (ب).

الجدول رقم (99): يمثل تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في الأنماط السلوكية تبعاً لمتغير المستوى الإقتصادي لدى مرضى السكري.

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
النمط السلوكي (أ)	ما بين المجموعات	690.636	2	345.318	3.127	0.05
	داخل المجموعات	5080.057	46	110.436		
	المجموع	5770.694	48			
النمط السلوكي (ب)	ما بين المجموعات	44.978	2	22.489	2.873	0.06
	داخل المجموعات	68.122	87	7.829		
	المجموع	726.100	89			

نلاحظ من خلال الجدول رقم (99) بأنه توجد فروق في النمط السلوكي (أ) راجعة لمتغير المستوى الإقتصادي لدى مرضى السكري وهذا لأن قيمة $F=3.127$ ، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التوصل ذلك من خلال تحليل التباين الأحادي بأنه لا توجد فروق في النمط السلوكي (ب)، حيث بلغت قيمة $F=2.873$ ، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، والجدول التالي يبين الفرق بين الفئات الإقتصادية في النمط السلوكي (أ).

الجدول رقم (100): يبين الفروق في النمط السلوكي (أ) ترجع للفئات الإقتصادية لدى مرضى السكري.

المتغيرات	الفئات العمرية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى الدلالة	الترتيب
النمط السلوكي (أ)	1	2	8.52	0.01	1
		3	4.23	0.01	
	2	1	-8.52	0.01	3
		3	-4.28	0.01	
	3	1	-4.23	0.01	2
		2	4.28	0.01	

من خلال الجدول رقم (100) نلاحظ بأن ذوي المستوى الإقتصادي الجيد هم أكثر إعتقاداً وممارسة لسلوكيات النمط (أ)، وهذا متوسطها الحسابي أكبر بفارق بلغ (8.52) منه لدى المستوى الإقتصادي المتوسط، وكذلك أكبر بفارق بلغ (4.23) عن ذوي المستوى الإقتصادي الضعيف، الذين جاءوا في المرتبة الثانية، وهذا لأن متوسطها الحسابي أكبر بفارق بلغ (4.28)، عن ذوي المستوى الإقتصادي المتوسط، الذين جاءوا في المرتبة الأخيرة كأقل الفئات إعتقاداً وممارسة لسلوكيات النمط (أ)، وهذا لأن متوسطها الحسابي أقل بفارق بلغ (-8.52) مقارنة بالمستوى الإقتصادي الجيد، وأقل بـ (-4.28) عن ذوي المستوى الإقتصادي الضعيف.

[illegible]

من خلال ما تم التوصل إليه من نتائج توافقت جزئياً مع دراسة "Cardoom,J" (2014) لدى مرضى ضغط الدم "Magilay"(2012) ، وهذا ما توافق مع كل من "Twinnt" (2011) ، وكذلك دراسة "Arbuckle,J. L" (2007) لدى مرضى القلب بأنه لا توجد فروق في النمط (أ) تعزى للمستوى الإقتصادي، وكذلك دراسة "محمد أمين محبوب" (2006)، التي أسفرت عن عدم وجود فروق في النمط (أ) تعزى للمستوى الإقتصادي، ودراسة، و"Kendy's" (2002)، و"Fontant et al"(1987).

ولم تتوافق النتيجة المتوصل إليها جزئياً مع دراسة "Ondigi,A" (2009) التي ربطت بين النمط السلوكي (أ) والمستوى الإقتصادي الجيد، والنمط السلوكي والمستوى الإقتصادي الضعيف، وهذا ما توافقت مع دراسة "Hunberg,K" (2002)، و "Bruk & Green" (1991).

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن ذوي المستوى الإقتصادي المنخفض ملزمون بتغيير الواقع المعيشي، وعلى هذا الأساس يتخذون سلوكيات أكثر حدة بهدف تحسين المستوى الإقتصادي، كما أن الرغبة في التنافس والطموح هو التطلع إلى الأفضل، وهذا ما يجعلها أكثر اعتقاداً في النمط السلوكي (أ) أكثر من فئة المستوى الإقتصادي المرتفع، وهذا لأن الجانب الإقتصادي يجعلهم أكثر راحة مما يجعلهم يتجنبون يتخذون سلوكيات النمط (ب)، التي تجعلهم يشعرون بالرضى عن حياتهم، عكس ذوي المستوى الإقتصادي المتوسط الذين هم حذرين خاصة أننا نعيش في بيئة إقتصادية متقلبة.

في الأخير فإننا نقبل بفرضية البحث في جزئها المتعلق بأنه توجد فروق في النمط السلوكي (أ) تعزى لم تغير المستوى الإقتصادي لدى مرضى ضغط الدم، والسكري، وكذلك توجد فروق في النمط السلوكي (ب) لدى

المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، ونقيل بالفرضية الصفرية في شقها المتعلق بأنه لا توجد فروق في سلوكيات النم (أ) تعزى لمتغير المستوى الإقتصادي لدى المرضى المزمنين، ومرضى القلب، وكذلك لا توجد فروق في سلوكيات النمط (ب) لدى مرضى السكري.

02.06.01. عرض وتحليل ومناقشة الفرضية السادسة التي تنص على أنه "توجد فروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي راجعة لمتغير المستوى الإقتصادي لدى المرضى المزمنين (مرضى القلب، ضغط الدم، السكري).

وللتحقق من صحة هذه الفرضية قام الباحثان بالاعتماد على المعالجة الإحصائية تحليل التباين الأحادي **ANOVA One Way** لدلالة الفروق، حيث تحصل الباحثان على النتائج التالية:

الجدول رقم (101): يمثل تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي تبعاً لمتغير المستوى الإقتصادي لدى المرضى المزمنين.

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
المشكلة المركزية	ما بين المجموعات	219.046	2	109.523	3.051	0.45
	داخل المجموعات	13426.720	374	35.900		
	المجموع	13645.787	376			
المشكلة	ما بين المجموعات	396.192	2	198.096	6.139	0.01
	داخل المجموعات	12068.370	374	32.268		
	المجموع	12464.562	376			
الإحصاء العام	ما بين المجموعات	149.716	2	74.858	5.271	0.01
	داخل المجموعات	5311.420	374	14.002		
	المجموع	5461.135	376			
الإنفعال المركزي على	ما بين المجموعات	923.939	2	461.970	6.306	0.01
	داخل المجموعات	27399.122	374	73.260		
	المجموع	28323.061	376			
التحسين	ما بين المجموعات	547.023	2	273.512	7.493	0.01
	داخل المجموعات	13652.118	374	36.503		
	المجموع	14199.140	376			
إعادة التقييم المعرفي	ما بين المجموعات	392.967	2	196.484	13.217	0.01
	داخل المجموعات	5550.860	374	14.866		
	المجموع	5952.828	376			
مع الذات	ما بين المجموعات	87.817	2	43.909	2.977	0.05
	داخل المجموعات	5515.864	374	14.748		
	المجموع	5603.682	376			

نلاحظ من خلال الجدول رقم (99) بأنه لا توجد فروق في أساليب التعامل المركزية على المشكلة راجعة لمتغير المستوى الإقتصادي، هذا لأن قيمة $F=3.051$ ، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التوصل إلى أنه توجد فروق في أسلوب حل المشكلة، حيث بلغت قيمة $F=6.139$ ، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم

التأكيد إلى أنه توجد فروق في أسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي ترجع إلى متغير المستوى الإقتصادي لدى المرضى المزمنين، حيث قدرت قيمة ($F=5.271$)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وبخصوص الأساليب المركزة على الإنفعال، فقد أظهرت نتائج الدراسة بأنه توجد فروق تعود إلى متغير المستوى الإقتصادي، حيث بلغت قيمة ($F=6.306$)، وهذا ما تم التوصل إليه في أسلوب التجنب، حيث بلغت قيمة ($F=7.493$)، وكذلك في أسلوب إعادة التقييم المعرفي، حيث بلغت قيمة ($F=13.217$)،، وتم التأكيد عليه كذلك في بعد لوم الذات، حيث بلغت قيمة ($F=2.977$)، وكلها جاء دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، والجدول التالي يبين الفروق لأي فئة إقتصادية جاءت. الجدول رقم(102): يفسر الفروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي ترجع للفئات الإقتصادية لدى المرضى المزمنين.

أساليب التعامل		الفئات العمرية		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى الدلالة	الترتيب
حل المشكل		1	2	-1.89	0.68	0.01	3
			3	-2.38	0.74	0.01	
		2	1	1.89	0.68	0.01	2
			3	-0.49	0.73	0.50	
		3	1	2.38	0.74	0.01	1
			2	0.49	0.73	0.50	
البحث عن الدعم الاجتماعي		1	2	0.22	0.45	0.62	1
			3	1.51	0.49	0.01	
		2	1	-0.22	0.45	0.62	2
			3	1.29	0.48	0.01	
		3	1	-1.51	0.49	0.01	3
			2	-1.29	0.48	0.01	
الأساليب المركزة على الإنفعال		1	2	1.89	1.03	0.01	1
			3	3.98	1.12	0.01	
		2	1	-1.89	1.03	0.01	2
			3	2.08	1.11	0.01	
		3	1	-3.98	1.12	0.01	3
			2	-2.08	1.11	0.01	
التجنب		1	2	2.75	0.72	0.01	1
			3	2.00	0.79	0.01	
		2	1	-2.75	0.72	0.01	2
			3	-0.75	0.78	0.33	
		3	1	-2	0.79	0.01	3
			2	0.75	0.78	0.33	
إعادة التقييم المعرفي		1	2	-1.70	0.46	0.01	2
			3	0.74	0.50	0.14	
		2	1	1.70	0.46	0.01	2
			3	2.44	0.50	0.01	
		3	1	-0.74	0.50	0.14	3
			2	-2.44	0.50	0.01	
لوم الذات		1	2	0.78	0.46	0.09	1
			3	1.18	0.50	0.01	
		2	1	-0.78	0.46	0.09	2
			3	0.40	0.49	0.42	
		3	1	-1.18	0.50	0.01	3
			2	-0.40	0.49	0.42	

نلاحظ من خلال الجدول رقم (102) بأنه توجد فروق في أسلوب حل المشكل، حيث جاءت في المرتبة الأولى فئة المستوى الإقتصادي الضعيف كأثر الفئات إستخداما لحل المشكل، وهذا بفارق في المتوسط الحسابي بلغ (2.38) بالمقارنة مع فئة المستوى الإقتصادي الجيد، وبفارق (0.49) في المتوسط الحسابي بالمقارنة مع فئة المستوى الإقتصادي المتوسط، وجاءت في المرتبة الثانية فئة المستوى الإقتصادي المتوسط، حيث كان الفرق في المتوسط الحسابي بالمقارنة مع فئة المستوى الإقتصادي الجيد أكبر، والمقدر بـ(1.89)، وجاء في المرتبة الثانية فئة المستوى الإقتصادي الجيد، كأقل الفئات الإقتصادية إستخداما لأسلوب حل المشكل، وهذا لأن متوسطها الحسابي أقل بـ(1.89-) بالمقارنة مع فئة المستوى الإقتصادي المتوسط، وبفارق أقل (2.38-) مع الفئة الإقتصادية الضعيفة، وتوصلت النتائج في أسلوب البحث عن الدعم الإجتماعي أن الفئة الإقتصادية الجيدة أكثر إستخداما لأسلوب البحث عن الدعم الإجتماعي بالمقارنة مع الفئة الإقتصادية المتوسطة وهو (0.22)، وهو غير دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وأكبر بـ(1.51) من الفئة الإقتصادية الضعيفة، وجاءت في المرتبة الثانية فئة المستوى الإقتصادي المتوسط لأن الفارق في المتوسط الحسابي أكبر بـ(1.29) من المتوسط الحسابي لدى الفئة الإقتصادية الضعيفة، والتي جاءت في المرتبة الأخيرة كأقل فئة إستخداما لأسلوب البحث عن الدعم الإجتماعي، وبخصوص الأساليب المركزة على الإنفعال فقد أظهرت الفئة الإقتصادية الجيدة أنها الأكثر إستخداما لهذه الأساليب حيث بلغ الفرق في المتوسط الحسابي (1.89) بالنسبة لفئة الإقتصادية المتوسطة، وقدر الفرق بـ(3.98) بالمقارنة مع فئة الفئة الإقتصادية الضعيفة، وجاء في المرتبة الثانية فئة المستوى الإقتصادي المتوسط من حيث إستخدام أساليب المركزة على الإنفعال حيث بلغ الفرق في المتوسط الحسابي بـ(2.08) بالمقارنة بفئة الإقتصادية الضعيفة، والتي جاءت في المرتبة الأخيرة كأقل فئة إستخداما لأساليب التعامل المركزة على الإنفعال، وبخصوص أسلوب التجنب، فقد أظهرت الفئة الإقتصادية الجيدة أنها الأكثر إستخداما لهذه الأسلوب حيث بلغ الفرق في المتوسط الحسابي (2.75) بالنسبة لفئة المستوى الإقتصادي المتوسط و، وقدر الفرق بـ(2) بالمقارنة مع فئة الضعيفين إقتصاديا، وجاء في المرتبة الثانية فئة المستوى الإقتصادي الضعيف والمتوسط، لأن الفارق في المتوسط الحسابي (0.75)، غير دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التوصل ذلك إلى أن الفئة الإقتصادية المتوسطة هي الأكثر إستخداما لأسلوب إعادة التقييم المعرفي، وهذا بفارق أكبر في المتوسط الحسابي بلغ (1.70) بالمقارنة مع الفئة الإقتصادية الجيدة، وكذلك بالنسبة للفئة الإقتصادية الضعيفة، حيث بلغ الفارق في المتوسط الحسابي (2.44)، وكلاهما دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وحل في المرتبة الثانية فئة الجيدين والضعيفين إقتصاديا كأقل الفئات إستخداما لأسلوب إعادة التقييم المعرفي، لأن الفارق في المتوسط الحسابي غير دال (0.74)، ومن خلال تحليل النتائج المتوصل إليها تم التوصل إلى أن فئة المستوى الإقتصادي الجيد هي أكثر الفئات إستخداما، وهذا لأن الفارق في المتوسط الحسابي أكبر بـ(0.78) عن ذوي المستوى الإقتصادي المتوسط، وأكبر بـ(1.18) منه عن ذوي المستوى الإقتصادي الضعيف، وجاء في المرتبة الثانية ذوي المستوى الإقتصادي المتوسط، وهذا لأن

متوسطها الحسابي أكبر بـ(0.40)، عن ذوي المستوى الإقتصادي الضعيف، الذين جاءوا كأقل الفئات استخداماً لأسلوب لوم الذات، وهذا لأن متوسطها الحسابي أقل بـ(1.18-) عن ذوي المستوى الإقتصادي الجيد، وأقل بـ(0.40-) عن ذوي المستوى الإقتصادي المتوسط.

الجدول رقم (103): يمثل تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي تبعاً لمتغير المستوى الإقتصادي لدى مرضى القلب.

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
المشكلة المركزة	ما بين المجموعات	374.082	2	187.041	5.554	0.01
	داخل المجموعات	3873.003	115	33.678		
	المجموع	4247.085	117			
المشكلة المركزة	ما بين المجموعات	263.332	2	131.666	4.424	0.01
	داخل المجموعات	3422.431	115	29.760		
	المجموع	3685.763	117			
الدعم الإجتماعي	ما بين المجموعات	28.072	2	14.036	0.798	0.45
	داخل المجموعات	2022.267	115	17.585		
	المجموع	2059.339	117			
المركزة على	ما بين المجموعات	1019.544	2	509.775	6.554	0.01
	داخل المجموعات	8945.205	115	77.789		
	المجموع	9964.754	117			
لوم الذات	ما بين المجموعات	1359.110	2	679.555	20.62 3	0.01
	داخل المجموعات	3789.407	115	32.951		
	المجموع	5148.517	117			
إعادة التقييم	ما بين المجموعات	814.891	2	407.446	35.61 4	0.01
	داخل المجموعات	1315.660	115	11.441		
	المجموع	2130.551	117			
التجنب	ما بين المجموعات	118.463	2	59.232	3.905	0.01
	داخل المجموعات	1744.528	115	15.170		
	المجموع	1862.992	117			

نلاحظ من خلال الجدول رقم (103) بأنه توجد فروق في أساليب التعامل المركزة على المشكلة راجعة لمتغير المستوى الإقتصادي، هذا لأن قيمة $F=5.554$ ، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التوصل إلى أنه توجد فروق في أسلوب حل المشكلة، حيث بلغت قيمة $F=4.424$ ، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التأكيد إلى أنه لا توجد فروق في أسلوب البحث عن الدعم الإجتماعي ترجع إلى متغير المستوى الإقتصادي لدى مرضى القلب، حيث قدرت قيمة $F=6.554$ ، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وبخصوص الأساليب المركزة على الإنفعال، فقد أظهرت نتائج الدراسة بأنه توجد فروق تعود إلى متغير المستوى الإقتصادي، حيث بلغت قيمة $F=6.306$ ، وهذا ما تم التوصل إليه في أسلوب التجنب، حيث بلغت

قيمة (F=20.623)، وكذلك في أسلوب إعادة التقييم المعرفي، حيث بلغت قيمة (F=35.614)،، وتم التأكيد عليه كذلك في بعد لوم الذات، حيث بلغت قيمة (F=3.3905)، وكلها جاء دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، والجدول التالي يبين الفروق لأي فئة إقتصادية جاءت .

الجدول رقم(104): يبين الفروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي ترجع للفئات الإقتصادية لدى مرضى القلب.

الترتيب	مستوى الدلالة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الفئات العمرية		أساليب التعامل
2	0.01	1.25	-3.01	2	1	المركزة على حل المشكل
	0.01	1.41	1.08	3		
1	0.01	1.25	3.01	1	2	
	0.01	1.32	4.09	3		
3	0.01	1.41	-1.08	1	3	
	0.01	1.32	-4.09	2		
3	0.01	1.18	-3.04	2	1	حل المشكل
	0.97	1.32	-0.04	3		
1	0.01	1.18	3.04	1	2	
	0.01	1.24	3	3		
2	0.97	1.32	0.04	1	3	
	0.01	1.24	-3	2		
1	0.01	1.91	6.92	2	1	الأساليب المركزة على الإنفعال
	0.01	2.14	3.96	3		
3	0.01	1.91	-6.92	1	2	
	0.01	2.01	-2.95	3		
2	0.01	2.14	-3.96	1	3	
	0.01	2.01	2.95	2		
2	0.01	1.24	6.38	2	1	التجنب
	0.49	1.39	0.96	3		
3	0.01	1.24	-6.38	1	2	
	0.01	1.31	-7.35	3		
1	0.49	1.39	0.96	1	3	
	0.01	1.31	7.35	2		
2	0.01	0.73	-1.48	2	1	إعادة التقييم المعرفي
	0.01	0.82	4.93	3		
1	0.01	0.73	1.48	1	2	
	0.01	0.77	6.42	3		
3	0.01	0.82	-4.93	1	3	
	0.01	0.77	-6.42	2		
2	0.01	0.84	2.02	2	1	لوم الذات
	0.01	0.94	-0.006	3		
3	0.99	0.84	-2.02	1	2	
	0.01	0.89	-2.03	3		
1	0.99	0.94	0.006	1	3	
	0.01	0.89	2.03	2		

تبين من خلال عرض النتائج في الجدول رقم (104) بأنه توجد فروق في الأساليب المركزة على المشكل، حيث جاءت في المرتبة الأولى فئة المستوى الإقتصادي المتوسطة كأثر الفئات إستخداما لها، وهذا بفارق في المتوسط الحسابي بلغ (3.01) بالمقارنة مع فئة المستوى الإقتصادي الجيد، وبفارق (4.09) في المتوسط الحسابي بالمقارنة مع فئة المستوى الإقتصادي الضعيف، وجاءت في المرتبة الثانية فئة المستوى الإقتصادي الجيد، حيث كان الفرق في المتوسط الحسابي بالمقارنة مع فئة المستوى الإقتصادي الضعيف أكبر، والمقدر بـ(1.08)، وجاءت في

المرتبة الثالثة فئة المستوى الإقتصادي الضعيف في استخدام الأساليب المركزة على المشكل، كأقل الفئات الإقتصادية إستخداما لهذه الأساليب، وهذا لأن متوسطها الحسابي أقل بـ(1.08-) بالمقارنة مع فئة المستوى الإقتصادي الجيد، وبفارق أقل (4.09-) مع الفئة الإقتصادية المتوسطة، وتوصلت النتائج في أسلوب حل المشكل أن الفئة الإقتصادية المتوسطة أكثر إستخداما لأسلوب حل المشكل بالمقارنة مع الفئة الإقتصادية الجيدة وهذا بفارق بلغ (3.04)، وهو دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وأكبر بـ(3) من الفئة الإقتصادية الضعيفة، وجاءت في المرتبة الثانية فئة المستوى الإقتصادي المتوسط لأن الفارق في المتوسط الحسابي أكبر بـ(0.04) من المتوسط الحسابي لدى الفئة الإقتصادية الضعيفة، والتي جاءت في المرتبة الأخيرة كأقل فئة إستخداما لأسلوب حل المشكل، وبخصوص الأساليب المركزة على الإنفعال فقد أظهرت الفئة الإقتصادية الجيدة أنها الأكثر إستخداما لهذه الأساليب حيث بلغ الفرق في المتوسط الحسابي (6.92) بالنسبة لفئة الإقتصادية المتوسطة، وقدر الفرق بـ(3.96) بالمقارنة مع فئة الفئة الإقتصادية الضعيفة، وجاء في المرتبة الثانية فئة المستوى الإقتصادي الضعيفة من حيث إستخدام أساليب المركزة على الإنفعال حيث بلغ الفرق في المتوسط الحسابي بـ (2.95) بالمقارنة بفئة الإقتصادية المتوسطة، والتي جاءت في المرتبة الأخيرة كأقل فئة إستخداما لأساليب التعامل المركزة على الإنفعال، وبخصوص أسلوب التجنب، فقد أظهرت الفئة الإقتصادية الضعيفة أنها الأكثر إستخداما لهذه الأسلوب حيث بلغ الفرق في المتوسط الحسابي (0.96) بالنسبة لفئة المستوى الإقتصادي الجيدة و، وقدر الفرق بـ(7.35) بالمقارنة مع فئة المتوسطين إقتصاديا، وجاء في المرتبة الثانية فئة المستوى الإقتصادي الجيد، لأن الفارق في المتوسط الحسابي (6.38)، أكبر عن المتوسط الحسابي للفئة الإقتصادية المتوسطة والتي جاءت في المرتبة الثالثة، وتم التوصل ذلك إلى أن الفئة الإقتصادية المتوسطة هي الأكثر إستخداما لأسلوب إعادة التقييم المعرفي، وهذا بفارق أكبر في المتوسط الحسابي بلغ (1.48) بالمقارنة مع الفئة الإقتصادية الجيدة، وكذلك بالنسبة للفئة الإقتصادية الضعيفة، حيث بلغ الفارق في المتوسط الحسابي (6.42)، وكلاهما دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وحل في المرتبة الثانية فئة الجيدين إقتصاديا، وهذا بفارق بلغ (4.93) في المتوسط الحسابي بالمقارنة مع الفئة الإقتصادية الضعيفة التي جاءت في المرتبة الأخيرة، كأقل الفئات إستخداما لأسلوب إعادة التقييم المعرفي، وتم التوصل في أسلوب لوم الذات إلى أن الفئة الإقتصادية الضعيفة هي أكثر الفئات إستخداما له، وهذا لأن متوسطها الحسابي أكبر بـ(0.006)، وهو غير دال، إلا أن متوسطها الحسابي أكبر بـ(2.03) عن فئة المتوسطين، وجاء في المرتبة الثانية فئة المستوى الإقتصادي الجيد بـ فارق بلغ (2.02)، عن المتوسط الحسابي للفئة الإقتصادية المتوسطة التي جاءت في المرتبة الأخير، وهذا لأن متوسطها الحسابي أصغر بـ(2.02-) بالمقارنة مع ذوي المستوى الإقتصادي الجيد، وبـ(2.03-) بالمقارنة مع ذوي المستوى الإقتصادي الضعيف.

الجدول رقم (105): يفسر تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي تبعاً لمتغير المستوى الإقتصادي لدى مرضى ضغط الدم.

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
المشكلة المركزة على	ما بين المجموعات	286.824	2	143.412	3.598	0.01
	داخل المجموعات	4702.696	118	39.853		
	المجموع	4989.521	120			
حل المشكلة	ما بين المجموعات	1190.277	2	595.139	15.579	0.01
	داخل المجموعات	4507.723	118	38.201		
	المجموع	5698.000	120			
الدعم الاجتماعي	ما بين المجموعات	207.283	2	103.642	8.441	0.01
	داخل المجموعات	1448.800	118	12.278		
	المجموع	1656.083	120			
الإنفعال المركزة على	ما بين المجموعات	1715.996	2	857.998	23.651	0.01
	داخل المجموعات	4280.814	118	36.278		
	المجموع	5996.810	120			
لوم الذات	ما بين المجموعات	1158.010	2	579.005	17.664	0.01
	داخل المجموعات	3867.990	118	32.780		
	المجموع	5026.000	120			
إعادة التقييم المعرفي	ما بين المجموعات	146.988	2	73.494	3.681	0.28
	داخل المجموعات	2355.987	118	19.966		
	المجموع	2502.975	120			
التعبير	ما بين المجموعات	358.867	2	179.433	13.548	0.01
	داخل المجموعات	1562.786	118	13.244		
	المجموع	1921.653	120			

نلاحظ من خلال الجدول رقم (105) بأنه توجد فروق في أساليب التعامل المركزة على المشكلة راجعة لمتغير المستوى الإقتصادي، هذا لأن قيمة $F=3.598$ ، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التوصل إلى أنه توجد فروق في أسلوب حل المشكلة، حيث بلغت قيمة $F=15.579$ ، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التأكيد إلى أنه توجد فروق في أسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي ترجع إلى متغير المستوى الإقتصادي لدى مرضى ضغط الدم، حيث قدرت قيمة $F=8.441$ ، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وبخصوص الأساليب المركزة على الإنفعال، فقد أظهرت نتائج الدراسة بأنه توجد فروق تعود إلى متغير المستوى الإقتصادي، حيث بلغت قيمة $F=23.651$ ، وهذا ما تم التوصل إليه في أسلوب التجنب، حيث بلغت قيمة $F=17.664$ ، وكلاهما دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وبخصوص أسلوب إعادة التقييم المعرفي، بلغت قيمة $F=3.681$ ، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التوصل في بعد لوم

الذات، على أن قيمة $(F=13.548)$ ، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01) ، والجدول التالي يبين الفروق لأي فئة إقتصادية جاءت .

الجدول رقم(106): يبين الفروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي ترجع للفئات الإقتصادية لدى مرضى ضغط الدم.

الترتيب	مستوى الدلالة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الفئات العمرية		أساليب التعامل مع الضغط النفسي
3	0.01	1.35	-2.22	2	1	المركزة على المشكل
	0.01	1.41	-3.69	3		
2	0.01	1.35	2.22	1	2	
	0.33	1.50	-1.46	3		
1	0.01	1.41	3.69	1	3	
	0.33	1.50	1.46	2		
3	0.01	1.33	-4.69	2	1	حل المشكل
	0.01	1.38	-7.48	3		
2	0.01	1.33	4.69	1	2	
	0.01	1.47	-2.79	3		
1	0.01	1.38	7.48	1	3	
	0.01	1.47	2.79	2		
1	0.01	0.75	2.39	2	1	البحث عن الدعم الاجتماعي
	0.01	0.78	2.89	3		
2	0.01	0.75	-2.39	1	2	
	0.54	0.83	0.50	3		
3	0.01	0.78	-2.89	1	3	
	0.54	0.83	-0.50	2		
1	0.01	1.29	7.35	2	1	الأساليب المركزة على الإنفعال
	0.01	1.35	7.95	3		
2	0.01	1.29	-7.35	1	2	
	0.67	1.43	0.60	3		
3	0.01	1.35	-7.95	1	3	
	0.67	1.43	-0.60	2		
1	0.01	1.23	5.57	2	1	التجنب
	0.01	1.28	6.90	3		
2	0.01	1.23	-5.57	1	2	
	0.01	1.36	1.33	3		
3	0.01	1.28	-6.90	1	3	
	0.01	1.36	-1.33	2		
1	0.01	0.78	3.58	2	1	لوم الذات
	0.01	0.81	3.38	3		
3	0.01	0.78	-3.58	1	2	
	0.82	0.86	-0.19	3		
2	0.01	0.81	-3.38	1	3	
	0.82	0.86	0.19	2		

تبين من عرض النتائج من خلال الجدول رقم (106) بأن الذوي المستوى الإقتصادي الضعيف يستخدمون أساليب التعامل المركزة على المشكل بشكل أكبر من ذوي المستوى الآخرين، وهذا لأن متوسطها الحسابي أكبر بـ (3.69)، عن ذوي المستوى الإقتصادي الجيد، وأكبر كذلك بفارق بلغ (1.46) عن ذوي المستوى الإقتصادي المتوسط، الذين جاءوا في المرتبة الثانية، وهذا لأن الفارق في المتوسط الحسابي لديها أكبر بـ (2.22)، عن ذوي المستوى الإقتصادي الجيد، الذين اعتبروا كأقل الفئات استخداماً لأساليب التعامل المركزة على المشكل، ومن خلال تحليل النتائج تم التوصل إلى أن الفئة الإقتصادية الضعيفة أكثر استخداماً لأسلوب حل المشكل بالمقارنة مع الفئة الإقتصادية الجيدة وهذا بفارق بلغ (7.48)، وهو دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وأكبر بـ (2.79) من الفئة الإقتصادية المتوسطة، وجاءت في المرتبة الثانية فئة المستوى الإقتصادي المتوسط لأن الفارق في المتوسط الحسابي أكبر بـ (4.69) من المتوسط الحسابي لدى الفئة الإقتصادية الجيدة، والتي جاءت في المرتبة الأخيرة كأقل فئة استخداماً لأسلوب حل المشكل، أما النتائج المتوصل إليها بخصوص أسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي فإنه أكثر استخداماً هي الفئة الإقتصادية الجيدة، وهذا لأن متوسطها الحسابي أكبر بـ (2.39) بالمقارنة مع الفئة الإقتصادية المتوسطة، وبـ (2.89) بالمقارنة مع الفئة الإقتصادية الضعيفة، وجاء في المرتبة الثانية الفئة الإقتصادية المتوسطة بفارق غير دال بينها وبين الفئة الضعيفة والمقدر بـ (0.50)، إلا أن الفارق مع الفئة الجيدة أقل من الفئة الضعيفة، والتي جاءت في المرتبة الثالثة كأقل الفئات الإقتصادية استخداماً لأسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي، في وبخصوص الأساليب المركزة على الإنفعال فقد أظهرت الفئة الإقتصادية الجيدة أنها الأكثر استخداماً لهذه الأساليب حيث بلغ الفرق في المتوسط الحسابي (7.35) بالنسبة لفئة الإقتصادية المتوسطة، وقدر الفرق بـ (7.95) بالمقارنة مع فئة الفئة الإقتصادية الضعيفة، وجاء في المرتبة الثانية كل من فئة المستوى الإقتصادي الضعيفة والمتوسطة لأن الفرق (0.60) غير دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وبخصوص أسلوب التجنب، فقد أظهرت الفئة الإقتصادية الجيدة أنها الأكثر استخداماً لهذه الأسلوب حيث بلغ الفرق في المتوسط الحسابي (5.57) بالنسبة لفئة المستوى الإقتصادي المتوسط، وقدر الفرق بـ (6.90) بالمقارنة مع فئة الضعيفين إقتصادياً، وجاء في المرتبة الثانية فئة المستوى الإقتصادي المتوسط، لأن الفارق في المتوسط الحسابي (1.33)، أكبر عن المتوسط الحسابي للفئة الإقتصادية الضعيفة والتي جاءت في المرتبة الثالثة، وتم التوصل في أسلوب لوم الذات إلى أن الفئة الإقتصادية الجيدة هي أكثر الفئات استخداماً له، وهذا لأن متوسطها الحسابي أكبر بـ (3.58)، عن فئة المتوسطين، وبـ (3.38) عن فئة الضعيفين إقتصادياً، وجاء في المرتبة الثانية فئة المستوى الإقتصادي المتوسط والضعيف كأقل الفئات استخداماً لأسلوب لوم الذات بـ فارق بلغ (0.19)، وهو فارق غير دال عند مستوى الدلالة (0.01).

الجدول رقم (107): يبين تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي تبعاً لمتغير المستوى الإقتصادي لدى مرضى السكري.

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
المشكلة المركزة على	ما بين المجموعات	22.848	2	11.424	0.399	0.67
	داخل المجموعات	3861.123	135	28.601		
	المجموع	3883.971	137			
حل المشكلة	ما بين المجموعات	147.423	2	73.711	4.486	0.01
	داخل المجموعات	2218.461	135	16.433		
	المجموع	2365.884	137			
الدعم الإجتماعي	ما بين المجموعات	90.746	2	45.373	4.037	0.01
	داخل المجموعات	1517.138	135	11.238		
	المجموع	1607.884	137			
الإنفعال المركزة على	ما بين المجموعات	1759.046	2	879.523	11.309	0.01
	داخل المجموعات	10499.534	135	77.774		
	المجموع	12258.580	137			
لوم الذات	ما بين المجموعات	344.614	2	172.307	6.385	0.01
	داخل المجموعات	3642.988	135	26.985		
	المجموع	3987.601	137			
إعادة التقييم المعرفي	ما بين المجموعات	31.652	2	15.826	2.003	0.13
	داخل المجموعات	1066.471	135	7.900		
	المجموع	1098.123	137			
التجنب	ما بين المجموعات	322.710	2	161.355	15.940	0.01
	داخل المجموعات	1366.565	135	10.123		
	المجموع	1689.275	137			

نلاحظ من خلال الجدول رقم (107) بأنه لا توجد فروق في أساليب التعامل المركزة على المشكل راجعة لمتغير المستوى الإقتصادي، هذا لأن قيمة $F(0.399)$ ، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التوصل إلى أنه توجد فروق في أسلوب حل المشكل، حيث بلغت قيمة $F(4.486)$ ، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التأكيد إلى أنه توجد فروق في أسلوب البحث عن الدعم الإجتماعي ترجع إلى متغير المستوى الإقتصادي لدى مرضى السكري، حيث قدرت قيمة $F(4.037)$ ، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وبخصوص الأساليب المركزة على الإنفعال، فقد أظهرت نتائج الدراسة بأنه توجد فروق تعود إلى متغير المستوى الإقتصادي، حيث بلغت قيمة $F(11.309)$ ، وهذا ما تم التوصل إليه في أسلوب التجنب،

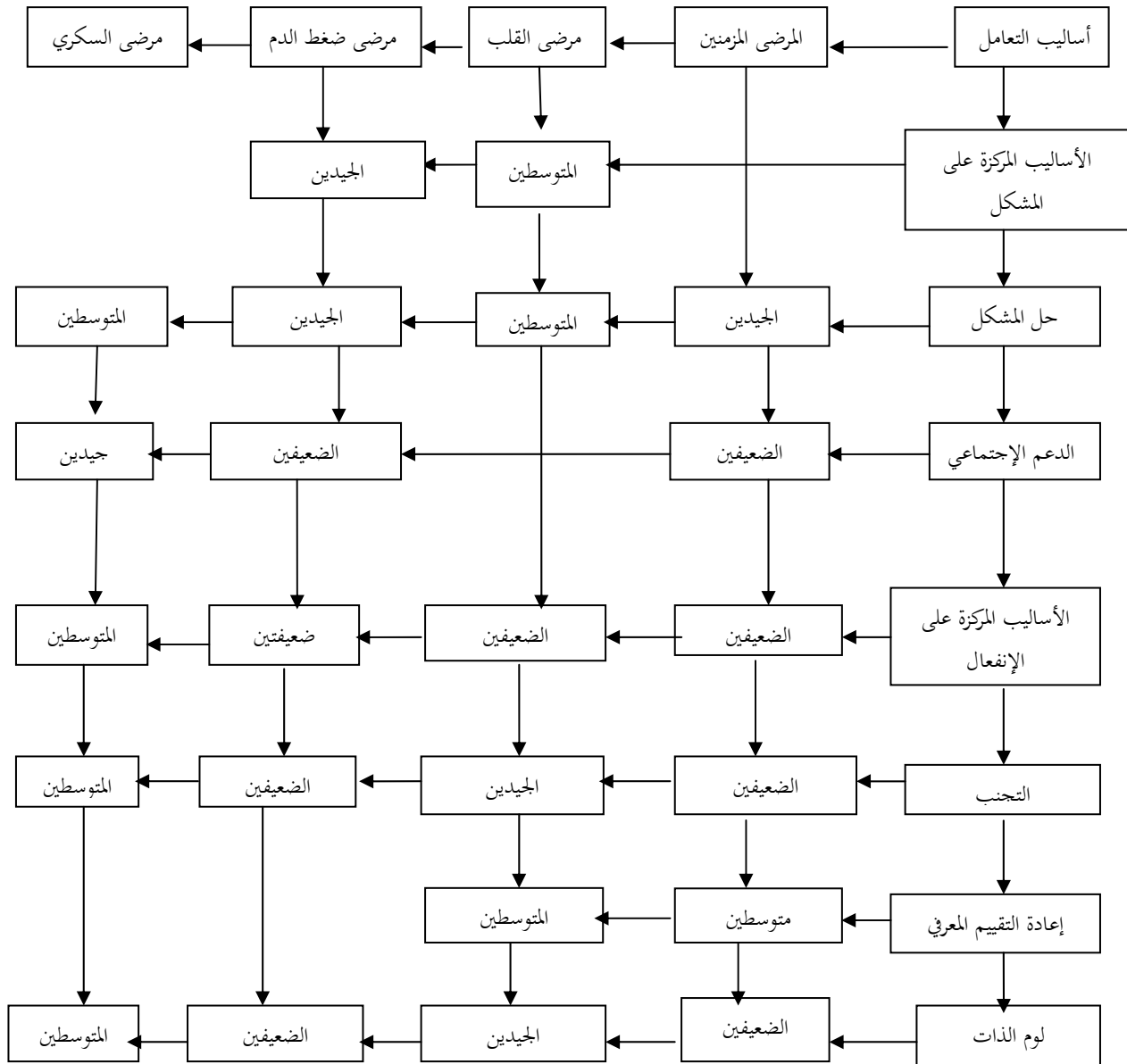
حيث بلغت قيمة ($F=6.385$)، وكلاهما دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وبخصوص أسلوب إعادة التقييم المعرفي، بلغت قيمة ($F=2.003$)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التوصل في بعد لوم الذات، على أن قيمة ($F=15.940$)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، والجدول التالي يبين الفروق لأي فئة إقتصادية جاءت .

الجدول رقم(108): يبين الفروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي ترجع للفئات الإقتصادية لدى مرضى السكري.

أساليب التعامل		الفئات العمرية		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى الدلالة	الترتيب
حل المشكل	1	2	2.35	0.81	0.01	1	
		3	0.65	0.88	0.45		
	2	1	-2.35	0.81	0.01	3	
		3	-1.69	0.86	0.01		
	3	1	-0.65	0.88	0.45	2	
		2	1.69	0.86	0.01		
البحث عن الدعم الاجتماعي	1	2	-1.36	0.67	0.01	2	
		3	0.54	0.73	0.45		
	2	1	1.36	0.67	0.01	1	
		3	1.90	0.71	0.01		
	3	1	-0.54	0.73	0.45	3	
		2	-1.90	0.71	0.01		
الأساليب المركزة على الإنفعال	1	2	-7.30	1.76	0.01	2	
		3	0.08	1.92	0.96		
	2	1	7.30	1.76	0.01	1	
		3	7.38	1.87	0.01		
	3	1	-0.08	1.92	0.96	3	
		2	7.38	1.87	0.01		
التجنب	1	2	-3.36	1.04	0.01	3	
		3	-0.27	1.13	0.01		
	2	1	3.36	1.04	0.80	1	
		3	3.08	1.10	0.01		
	3	1	0.27	1.13	0.80	2	
		2	-3.08	1.10	0.01		
لوم الذات	1	2	-3.23	0.63	0.01	3	
		3	-0.20	0.69	0.76		
	2	1	3.23	0.63	0.01	1	
		3	3.02	0.67	0.01		
	3	1	0.20	0.69	0.76	2	
		2	-3.02	0.67	0.01		

نلاحظ من خلال الجدول رقم (108) بأنه توجد فروق في أسلوب حل المشكل أن الفئة الاقتصادية الجيدة أكثر إستخداما لأسلوب حل المشكل بالمقارنة مع الفئة الاقتصادية المتوسطة وهذا بفارق بلغ (2.35)، وهو دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وأكبر بـ (0.65) من الفئة الاقتصادية الضعيفة، وجاءت في المرتبة الثانية فئة المستوى الاقتصادي الضعيف لأن الفارق في المتوسط الحسابي أكبر بـ (1.69) من المتوسط الحسابي لدى الفئة الاقتصادية المتوسطة، والتي جاءت في المرتبة الأخيرة كأقل فئة إستخداما لأسلوب حل المشكل، أما النتائج المتوصل إليها بخصوص أسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي فإنه أكثر إستخداما هي الفئة الاقتصادية المتوسطة، وهذا لأن متوسطها الحسابي أكبر بـ (1.36) بالمقارنة مع الفئة الاقتصادية الجيدة، وبـ (1.90) بالمقارنة مع الفئة الاقتصادية الضعيفة، وجاء في المرتبة الثانية الفئة الاقتصادية الجيدة بفارق غير دال بينها وبين الفئة الضعيفة والمقدر بـ (0.54)، إلا أن الفارق مع الفئة الجيدة أقل من الفئة الضعيفة، والتي جاءت في المرتبة الثالثة كأقل الفئات الاقتصادية إستخداما لأسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي، في وبخصوص الأساليب المركزة على الإنفعال فقد أظهرت الفئة الاقتصادية المتوسطة أنها الأكثر إستخداما لهذه الأساليب حيث بلغ الفرق في المتوسط الحسابي (7.30) بالنسبة لفئة الاقتصادية الجيدة، وقدر الفرق بـ (7.38) بالمقارنة مع فئة الاقتصادية الضعيفة، وجاء في المرتبة الثانية كل من فئة المستوى الاقتصادي الضعيف والمتوسطة لأن الفرق (0.08) غير دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وبخصوص أسلوب التجنب، فقد أظهرت الفئة الاقتصادية المتوسطة أنها الأكثر إستخداما لهذه الأسلوب حيث بلغ الفرق في المتوسط الحسابي (3.36) بالنسبة لفئة المستوى الاقتصادي الجيدة و، وقدر الفرق بـ (3.08) بالمقارنة مع فئة الضعيفين إقتصاديا، وجاء في المرتبة الثانية فئة المستوى الاقتصادي المتوسط والضعيفة كأقل فئتين إستخداما لأسلوب التجنب، لأن الفارق في المتوسط الحسابي (0.27)، وتم التوصل في أسلوب لوم الذات إلى أن الفئة الاقتصادية المتوسطة هي أكثر الفئات إستخداما له، وهذا لأن متوسطها الحسابي أكبر بـ (3.23)، عن فئة الجيدين، وبـ (3.02) عن فئة الضعيفين إقتصاديا، وجاء في المرتبة الثانية فئة المستوى الاقتصادي المتوسط والضعيفة كأقل الفئات إستخداما لأسلوب لوم الذات بـ فارق بلغ (0.20)، وهو فارق غير دال عند مستوى الدلالة (0.01).

الشكل رقم (32): يفسر الفروق في أساليب التعامل ترجع للمستوى الاقتصادي لدى المرضى المزمنين (قلب، ضغط دم، سكري).



يلاحظ من الشكل رقم (32) بأنه لا توجد فروق في الأساليب المركزة على المشكلة لدى المرضى المزمنين، والسكري، ما عدا مرضى القلب فقد لوحظ بأن ذوي المستوى الاقتصادي المتوسط هم الأكثر، كذلك الجيدين من الناحية الاقتصادية من مرضى ضغط الدم يستخدمون هذه الأساليب المركزة على المشكلة استخداماً له، وتبين بأن الجيدين من الناحية الاقتصادية، لدى كل من المرضى المزمنين ومرضى ضغط الدم هم الأكثر استخداماً لأسلوب حل المشكلة، في حين أن مرضى القلب كأولئك ذوي المستوى الاقتصادي المتوسط، هم أكثر استخداماً له، أما لدى مرضى السكري، فقد ظهر الفرق لصالح الضعيفين من الناحية الاقتصادية، أما بخصوص الدعم الاجتماعي، فقد أظهر ذوي المستوى الاقتصادي الضعيف لدى المزمنين، والضغط استخداماً له، في حين أن ذوي المستوى الاقتصادي المتوسط هم أكثر طلباً للدعم الاجتماعي وهذا لدى مرضى السكري، أما بخصوص

الأساليب المركزة على الانفعال، فقد اتجه ذوي المستوى الاقتصادي الضعيف إلى استخدامها، وهذا لدى المرضى المزمنين ومرضى القلق، وضغط الدم، أما مرضى السكري، فقد أظهرت فئة المستوى الاقتصادي الضعيف الأكثر استخداماً له، وبخصوص بعد التجنب، فقد اتجه ذوي المستوى الاقتصادي الضعيف إلى استخدامها، وهذا لدى المرضى المزمنين، ومرضى ضغط الدم، أما لدى مرضى القلب، فكان لدى ذوي المستوى الاقتصادي الجيد، والاستخدام المرتفع لدى المتوسطين اقتصادياً لدى مرضى السكري، وأظهرت النتائج بأن ذوي المستوى الاقتصادي المتوسط، هم الأكثر استعمالاً لأسلوب إعادة التقييم المعرفي، وهذا لدى كل من المرضى المزمنين، ومرضى القلب، وتبين أن ذوي المستوى الاقتصادي الضعيف هم أكثر اعتقاداً في أسلوب لوم الذات، وهذا لدى كل من المرضى المزمنين ومرضى ضغط الدم، في حين أن ذوي المستوى الاقتصادي الجيد هم أكثر اعتقاداً لدى مرضى القلب، والمتوسطين في المستوى الاقتصادي لدى مرضى السكري، والملاحظ من خلال النتائج المتوصل أن كل المستويات الاقتصادية تستخدم مختلف أساليب التعامل مع الضغط النفسي.

وعليه ومن خلال النتائج المتوصل إليها فإننا نلاحظ أنها إتفقت جزئياً مع ما توصل إليه "Cardoom, J" (2014)، في أنه لا توجد فروق في أساليب التعامل تعزى للمستوى الاقتصادي، وهذا ما تأكد في دراسة كل من "Arbuckle, J.L" (2007)، و"بشري إسماعيل" (2008)، و"صفاء عجاجة" (2007)، ودراسة "عبد الحميد سعيد" (2007)، و"إبراهيم حامد المغربي" (2006)، و"حسن وآخرون" (2006)، ودراسة "Derks, W" (2005)، وكذلك دراسة "Grassi, M" (2005)، ودراسة "Fontant et al" (1987)، وهذا في جزئها المتعلق بأنه لا توجد فروق في الأساليب المركزة على المشكل تعزى للمستوى الاقتصادي لدى المرضى المزمنين، ومرضى السكري، وكذلك في أسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي لدى مرضى القلب، وفي أسلوب إعادة التقييم المعرفي لدى مرضى ضغط الدم، والسكري، أما فيما يخص ما توصلت إليه دراسة "Ondigi, A" (2009) بأنه توجد فروق في أساليب التعامل تعزى للمستوى الاقتصادي، في بعد حل المشكل لصالح الجيدين، وهذا ما تبين في نتائجنا المتوصل إليها، حيث ظهر الفرق لدى ذوي المستوى الاقتصادي الجيد في أسلوب حل المشكل لدى المرضى المزمنين، ومرضى ضغط الدم، وهذا ما تأكد في دراسة "Bruk & Green" (1991)، كما توافقت النتائج المتوصل إليها جزئياً مع دراسة "هيريدي عادل" (1996) جزئياً في جزئها المتعلق في أن ذوي المستوى الاقتصادي الجيد يستخدمون أسلوب حل المشكل، وهذا ما تطابق لدى كل من المرضى المزمنين، ومرضى القلب، في حين أن ذوي المستوى الاقتصادي المتوسط والمنخفض يستخدمون أسلوب التجنب، ولوم الذات، وهذا ما تطابق مع الدراسة الحالية عند كل من المرضى المزمنين، ومرضى ضغط الدم، والسكري في الأسلوبين، كما تبين بأنه هناك توافق جزئي بين النتائج المتوصل إليها، ودراسة "محمد خليل" (2010) في جزئها المتعلق بأنه توجد فروق في أسلوب حل المشكل لصالح ذوي المستوى الاقتصادي الجيد، وكذلك في أنه توجد فروق في كل أساليب التعامل المركزة على الإنفعال (التجنب، لوم الذات) لصالح ذوي المستوى الاقتصادي المتوسط، والضعيف، في حين تعارضت مع فيما يخص أن مستخدمي أسلوب إعادة التقييم المعرفي يعزى لصالح

ذوي المستوى الإقتصادي الجيد، في حين أنه في النتائج المتوصل إليها جاء الفرق لصالح ذوي المستوى الإقتصادي المتوسط

ويمكن تفسير هذه النتيجة إلى أن المستوى الإقتصادي لا يغير في كيفية التعامل مع الضغوط النفسية، لأنها خاضعة للبيئة التي يعيش فيها الفرد، وجانب العلاقات الإجتماعية التي يعيش فيها، والمكانة التي يشغلها في المجتمع، لأن المستوى الإقتصادي الذي يعيش فيه الفرد خاصة وأنه مصاب بمرض مزمن يجعل تلك الفروق تتلاشى، لأن قوة المرض المزمن تكون أقوى من المستوى الإقتصادي والأريحية المالية، بإعتبار أن المرض المزمن لا شفاء له، كما أن تقييم المواقف الضاغطة يخضع لتقييم الفرد ومدى الخبرة المكتسبة في التعامل مع الضغوط، وإلى البيئة الإجتماعية والثقافية التي يعيش فيها.

في الأخير فإننا نقبل بفرضية جزئيا في ما يخص بأنه توجد فروق في كل من بعد (حل المشكل، الأساليب المركزة على المشكل، التجنب، لوم الذات) تعزى لمتغير المستوى الإقتصادي لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري)، كما أنه توجد فروق في الأساليب التعامل المركزة على المشكل لدى مرضى القلب، ومرضى ضغط الدم، وبخصوص أسلوب البحث عن الدعم الإجتماعي بأنه توجد فروق لدى المرضى المزمنين (ضغط الدم، السكري)، كذلك توجد فروق في أسلوب البحث عن الدعم الإجتماعي لدى المرضى المزمنين ومرضى القلب، كما أننا نقبل بالفرضية الصفريّة في جزئها المتعلق بأنه لا توجد فروق في الأساليب المركزة على المشكل تعزى لمتغير المستوى الإقتصادي لدى المرضى المزمنين ومرضى السكري، ولا توجد فروق في أسلوب البحث عن الدعم الإجتماعي لدى مرضى القلب، وكذلك في أسلوب إعادة التقييم المعرفي لدى مرضى ضغط الدم، والسكري.

03.06.01. عرض وتحليل ومناقشة الفرضية السادسة التي تنص على أنه "توجد فروق في مجالات نوعية

الحياة راجعة لمتغير المستوى الإقتصادي لدى المرضى المزمنين (مرضى القلب، ضغط الدم، السكري).

وللتحقق من صحة هذه الفرضية قام الباحثان بالاعتماد على المعالجة الإحصائية تحليل التباين

الأحادي ANOVA One Way لدلالة الفروق بين ذوي مستويات إقتصادية مختلفة، منها الجيدة،

والمتوسطة، والضعيفة، حيث تحصل الباحث على النتائج التالية:

الجدول رقم (109): يمثل تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في مجالات نوعية الحياة تبعاً لمتغير المستوى الإقتصادي لدى المرضى المزمينين.

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
المجال الجسمي	ما بين المجموعات	473.830	2	236.915	3.16	0.01
	داخل المجموعات	28436.621	347	76.034		
	المجموع	28910.451	376			
المجال النفسي	ما بين المجموعات	620.869	2	3100.935	21.675	0.01
	داخل المجموعات	53505.452	347	143.063		
	المجموع	79707.321	376			
مجال الإستقلال	ما بين المجموعات	164.558	2	82.279	0.496	0.60
	داخل المجموعات	62051.278	347	165.913		
	المجموع	62215.836	376			
العلاقات الإجتماعية	ما بين المجموعات	326.057	2	163.029	1.613	0.20
	داخل المجموعات	37790.850	347	101.045		
	المجموع	38116.907	376			
مجال البيئة	ما بين المجموعات	17845.053	2	8922.527	13.237	0.01
	داخل المجموعات	252101.196	347	674.067		
	المجموع	269946.249	376			
مجال المعتقدات	ما بين المجموعات	7.209	2	3.605	0.476	0.62
	داخل المجموعات	2830.228	347	7.567		
	المجموع	2837.438	376			
نوعية الحياة والصحة العامة	ما بين المجموعات	54.442	2	27.221	2.723	0.06
	داخل المجموعات	3738.083	347	9.995		
	المجموع	3792.525	376			

نلاحظ من خلال الجدول رقم (109) بأنه توجد فروق في المجال الجسمي راجعة لمتغير المستوى الإقتصادي، هذا لأن قيمة $F=3.116$ ، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التوصل كذلك إلى أنه توجد فروق في المجال النفسي، حيث بلغت قيمة $F=21.675$ ، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التأكيد إلى أنه لا توجد فروق في مجال الإستقلال والإعتماد على النفس ترجع إلى متغير المستوى الإقتصادي لدى المرضى المزمينين، حيث قدرت قيمة $F=0.496$ ، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وبخصوص مجال العلاقات الإجتماعية، فقد أظهرت نتائج الدراسة بأنه لا توجد فروق تعود إلى متغير المستوى الإقتصادي، حيث بلغت قيمة $F=1.613$ ، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، في حين أنه توجد فروق في مجال البيئة حيث بلغت قيمة $F=13.237$ ، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وأظهرت النتائج أنه لا

توجد فروق في مجال المعتقدات الدينية، حيث بلغت قيمة ($F=0.476$)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التأكيد من خلال النتائج المتوصل إليها إلى أنه لا توجد فروق في مجال نوعية الحياة والصحة العامة، حيث بلغت قيمة ($F=2.723$)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، والجدول التالي يبين الفروق لأي فئة سنية جاءت في مجال الجسمي والنفسي والبيئي.

الجدول رقم(110): يبين الفروق في مجالات نوعية الحياة ترجع للمستوى الإقتصادي لدى المرضى المزمنين.

الترتيب	مستوى الدلالة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الفئات العمرية		أساليب التعامل
3	0.01	1.05	-2.40	2	1	المجال الجسمي
	0.05	1.14	-2.24	3		
1	0.05	1.01	2.40	1	2	
	0.88	1.13	0.15	3		
2	0.05	1.14	2.24	1	3	
	0.88	1.13	-0.15	2		
1	0.01	1.44	8.80	2	1	المجال النفسي
	0.01	1.57	7.94	3		
3	0.01	1.44	-8.80	1	2	
	0.58	1.55	-0.85	3		
2	0.01	1.57	-7.97	1	3	
	0.58	1.55	0.85	2		
1	0.01	3.13	15.76	2	1	المجال البيئي
	0.01	3.41	11.31	3		
3	0.01	3.13	-15.76	1	2	
	0.01	3.73	-4.44	3		
2	0.01	3.41	-11.31	1	3	
	0.01	3.73	4.44	2		

يتبين لنا من خلال الجدول رقم (110) بأنه توجد فروق في نوعية المجال الجسمي، حيث جاءت فئة المستوى الإقتصادي المتوسط في المرتبة الأولى كأكثر الفئات إحساساً بنوعية حيان المجال الجسمي مرتفعة، وهذا لأن متوسطها الحسابي أكبر بفارق (2.40) عن ذوي المستوى الإقتصادي الجيد، وأكبر بفارق (0.15)، عن ذوي المستوى الإقتصادي الضعيف، الذي جاء في المرتبة الثانية، وهذا لأن الفارق في المتوسط الحسابي أكبر بـ(2.24) عن ذوي المستوى الإقتصادي الجيد، الذين إعتبروا كأقل الفئات إحساساً بنوعية مجال جسمي منخفضة، وهذا لأن متوسطها الحسابي أقل بفارق (-2.40)، عن ذوي المستوى الإقتصادي المتوسط، وأقل بفارق (-2.40)، عن ذوي المستوى الإقتصادي الضعيف، وأظهرت النتائج بأن الفرق في المجال النفسي ظهر للفئة الإقتصادية الجيدة كأكثر فئة شعوراً بنوعية حياة مرتفعة في المجال النفسي بالمقارنة بالفئات الإقتصادية الأخرى، حيث بلغ الفرق في المتوسط الحسابي بـ(8.80) بالمقارنة مع فئة المستوى الإقتصادي المتوسط، وبلغ الفرق في المتوسط الحسابي (7.94) بالمقارنة بفئة المستوى الإقتصادي الضعيف، وجاء في المرتبة الثانية كأقل

الفئات الإقتصادية شعورا بنوعية حياة جيدة كل من الفئة الإقتصادية المتوسطة والضعيفة، وهذا لأن الفارق في المتوسط الحسابي غير دال عند مستوى الدلالة (0.01)، والمقدر ب(0.85)، وتم التوصل بخصوص الفروق في مجال البيئة، جاء الفرق لصالح الفئة الإقتصادية الجيدة وهذا بفارق أكبر ب(15.76) من المتوسط الحسابي مقارنة بفئة المستوى الإقتصادي الجيد وبفارق (11.31) على فئة المستوى الإقتصادي الضعيف، وجاء في المرتبة الثانية فئة المستوى الإقتصادي الضعيف لأن متوسطها الحسابي أكبر ب(4.44) على المتوسط الحسابي لفئة المستوى الإقتصادي المتوسط، وجاءت فئة المستوى الإقتصادي المتوسط كأقل الفئات إحساسا أو شعورا بنوعية الحياة مرتفعة في المجال البيئي، حيث ان متوسطها الحسابي أصغر ب(15.76-) بالمقارنة مع فئة المستوى الإقتصادي الجيد، وب(4.44-) بالمقارنة مع فئة المستوى الإقتصادي الضعيف.

الجدول رقم (111): يمثل تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في نوعية الحياة تبعاً لمتغير المستوى الإقتصادي لدى مرضى القلب.

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
المجال الجسمي	ما بين المجموعات	274.057	2	137.029	1.430	0.24
	داخل المجموعات	11018.994	115	95.817		
	المجموع	11293.051	117			
المجال النفسي	ما بين المجموعات	1420.368	2	710.184	5.152	0.01
	داخل المجموعات	15850.784	115	137.833		
	المجموع	17271.153	117			
مجال الاستقلال	ما بين المجموعات	5.751	2	2.876	0.028	0.97
	داخل المجموعات	11619.571	115	101.040		
	المجموع	11625.322	117			
العلاقات الاجتماعية	ما بين المجموعات	2241.882	2	112.441	1.277	0.28
	داخل المجموعات	10126.889	115	88.060		
	المجموع	10351.771	117			
مجال البيئة	ما بين المجموعات	13.640.656	2	6820.328	9.086	0.01
	داخل المجموعات	86319.047	115	750.600		
	المجموع	99959.703	117			
مجال المعتقدات	ما بين المجموعات	2.621	2	1.310	2.05	0.81
	داخل المجموعات	734.032	115	6.383		
	المجموع	736.653	117			
نوعية الحياة والصحة العامة	ما بين المجموعات	7.324	2	3.662	0.412	0.66
	داخل المجموعات	1021.329	115	8.881		
	المجموع	1028.653	117			

نلاحظ من خلال الجدول رقم (111) بأنه لا توجد فروق في المجال الجسمي راجعة لمتغير المستوى الإقتصادي، هذا لأن قيمة $(F=1.430)$ ، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01) ، وتم التوصل كذلك إلى أنه توجد فروق في المجال النفسي، حيث بلغت قيمة $(F=5.152)$ ، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01) ، وتم التأكيد إلى أنه لا توجد فروق في مجال الإستقلال والإعتماد على النفس ترجع إلى متغير المستوى الإقتصادي لدى مرضى القلب، حيث قدرت قيمة $(F=0.028)$ ، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01) ، وبخصوص مجال العلاقات الإجتماعية، فقد أظهرت نتائج الدراسة بأنه لا توجد فروق تعود إلى متغير المستوى الإقتصادي، حيث بلغت قيمة $(F=1.277)$ ، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01) ، في حين أنه توجد فروق في مجال البيئة حيث بلغت قيمة $(F=9.086)$ ، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01) ، وأظهرت النتائج أنه لا توجد فروق في مجال المعتقدات الدينية، حيث بلغت قيمة $(F=2.050)$ ، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01) ، وتم التأكيد من خلال النتائج المتوصل إليها إلى أنه لا توجد فروق في مجال نوعية الحياة والصحة العامة، حيث بلغت قيمة $(F=0.412)$ ، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01) ، والجدول التالي يبين الفروق لأي فئة سنية جاءت في مجال النفسي والبيئي.

الجدول رقم(112): يفسر الفروق في متوسطات مجالات نوعية الحياة ترجع للمستوى الإقتصادي لدى مرضى القلب.

الترتيب	مستوى الدلالة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الفئات العمرية		أساليب التعامل
1	0.01	2.54	7.88	2	1	المجال النفسي
	0.01	2.85	6.61	3		
3	0.01	2.54	-7.88	1	2	
	0.01	2.68	-1.26	3		
2	0.01	2.85	-6.61	1	3	
	0.01	2.68	1.26	2		
1	0.01	5.94	25.02	2	1	المجال البيئي
	0.01	6.67	18.16	3		
3	0.01	5.94	-25.02	1	2	
	0.01	6.26	-6.86	3		
2	0.01	6.67	-18.16	1	3	
	0.01	6.26	6.86	2		

أظهرت النتائج من خلال الجدول رقم(112) بأن الفرق في المجال النفسي ظهر للفئة الإقتصادية الجيدة كأكثر فئة شعورا بنوعية حياة مرتفعة في المجال النفسي بالمقارنة بالفئات الإقتصادية الأخرى، حيث بلغ الفرق في المتوسط الحسابي بـ(7.88) بالمقارنة مع فئة المستوى الإقتصادي المتوسط، وبلغ الفرق في المتوسط الحسابي بـ(6.61) بالمقارنة بفئة المستوى الإقتصادي الضعيف، وجاء في المرتبة الثانية كأقل الفئات الإقتصادية شعورا بنوعية حياة مرتفعة في المجال النفسي الفئة الإقتصادية والضعيفة، وهذا لأن متوسطها الحسابي أكبر بـ(1.26) من المتوسط الحسابي للفئة الإقتصادية المتوسطة، وجاءت الفئة الإقتصادية المتوسطة أقل الفئات شعورا بنوعية حياة

مرتفعة، لأن متوسطها الحسابي أقل بـ(7.88-) من المتوسط الحسابي للفئة الإقتصادية الجيدة، وأقل بـ(1.26-) بالمقارنة مع الفئة الإقتصادية الضعيفة، وتم التوصل بخصوص الفروق في مجال البيئة، جاء الفرق لصالح الفئة الإقتصادية الجيدة وهذا بفارق أكبر بـ(25.02) من المتوسط الحسابي مقارنة بفئة المستوى الإقتصادي المتوسطة وبفارق (18.16) على فئة المستوى الإقتصادي الضعيف، وجاء في المرتبة الثانية فئة المستوى الإقتصادي الضعيف لأن متوسطها الحسابي أكبر بـ(6.86) على المتوسط الحسابي لفئة المستوى الإقتصادي المتوسط، وجاءت فئة المستوى الإقتصادي المتوسط كأقل الفئات إحساساً أو شعوراً بنوعية الحياة مرتفعة في المجال البيئي، حيث ان متوسطها الحسابي أصغر بـ(25.02-) بالمقارنة مع فئة المستوى الإقتصادي الجيد، وبـ(6.86-) بالمقارنة مع فئة المستوى الإقتصادي الضعيف.

الجدول رقم (113): يفسر تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في الأنماط السلوكية تبعاً لمتغير المستوى الإقتصادي لدى المرضى ضغط الدم.

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
المجال الجسمي	ما بين المجموعات	173.965	2	86.982	1.851	0.16
	داخل المجموعات	5545.093	118	46.992		
	المجموع	5719.058	120			
المجال النفسي	ما بين المجموعات	8502.377	2	4251.188	34.356	0.01
	داخل المجموعات	14601.094	118	123.738		
	المجموع	2363.471	120			
مجال الإستقلال	ما بين المجموعات	275.906	2	137.953	0.785	0.45
	داخل المجموعات	20739.747	118	175.761		
	المجموع	21015.653	120			
العلاقات الاجتماعية	ما بين المجموعات	52.053	2	26.027	0.272	0.76
	داخل المجموعات	11270.823	118	95.515		
	المجموع	11322.876	120			
مجال البيئة	ما بين المجموعات	14283.044	2	7141.522	11.372	0.01
	داخل المجموعات	74104.312	118	628.003		
	المجموع	88387.355	120			
مجال المعتقدات	ما بين المجموعات	11.312	2	51656	0.647	0.52
	داخل المجموعات	1032.010	118	8.746		
	المجموع	1043.322	120			
نوعية الحياة والصحة العامة	ما بين المجموعات	73.892	2	36.946	5.593	0.01
	داخل المجموعات	779.763	118	6.606		
	المجموع	853.355	120			

نلاحظ من خلال الجدول رقم(113) بأنه لا توجد فروق في المجال الجسمي راجعة لمتغير المستوى الإقتصادي، هذا لأن قيمة($F=1.851$)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التوصل كذلك إلى أنه توجد فروق في المجال النفسي، حيث بلغت قيمة ($F=34.356$)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التأكيد إلى أنه لا توجد فروق في مجال الإستقلال والإعتماد على النفس ترجع إلى متغير المستوى الإقتصادي لدى مرضى ضغط الدم، حيث قدرت قيمة ($F=0.785$)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وبخصوص مجال العلاقات الإجتماعية، فقد أظهرت نتائج الدراسة بأنه لا توجد فروق تعود إلى متغير المستوى الإقتصادي، حيث بلغت قيمة($F=0.272$)،، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، في حين أنه توجد فروق في مجال البيئة حيث بلغت قيمة ($F=11.372$)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وأظهرت النتائج أنه لا توجد فروق في مجال المعتقدات الدينية، حيث بلغت قيمة ($F=0.647$)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التأكيد من خلال النتائج المتوصل إليها إلى أنه توجد فروق في مجال نوعية الحياة والصحة العامة، حيث بلغت قيمة ($F=5.593$)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، والجدول التالي يبين الفروق لأي فئة سنية جاءت في مجال النفسي والبيئي ونوعية الحياة والصحة العامة.

الجدول رقم(114): يبين الفروق في متوسطات مجالات نوعية الحياة ترجع للمستوى الإقتصادي لدى مرضى ضغط الدم.

أساليب التعامل		الفئات العمرية		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى الدلالة	الترتيب
المجال النفسي		1	2	16.29	0.39	0.01	1
			3	17.77	2.49	0.01	
		2	1	-16.29	2.39	0.01	2
			3	1.48	2.46	0.01	
		3	1	-17.77	2.49	0.01	3
			2	-1.48	2.64	0.01	
المجال البيئي		1	2	25.46	5.39	0.01	1
			3	14.40	5.62	0.01	
		2	1	-25.46	5.39	0.01	3
			3	-11.06	5.96	0.01	
		3	1	-14.40	5.62	0.01	2
			2	11.06	5.96	0.01	
نوعية الحياة والصحة العامة		1	2	-0.61	0.55	0.26	2
			3	1.39	0.57	0.01	
		2	1	0.61	0.55	0.26	1
			3	2.03	0.61	0.01	
		3	1	-1.39	0.57	0.01	3
			2	-2.03	0.61	0.01	

نلاحظ من خلال الجدول رقم (114) أن الفرق في المجال النفسي ظهر للفئة الإقتصادية الجيدة كأكثر فئة شعورا بنوعية حياة مرتفعة في المجال النفسي بالمقارنة بالفئات الإقتصادية الأخرى، حيث بلغ الفرق في المتوسط الحسابي بـ(16.29) بالمقارنة مع فئة المستوى الإقتصادي المتوسط، وبلغ الفرق في المتوسط الحسابي بـ(17.77) بالمقارنة بفئة المستوى الإقتصادي الضعيف، وجاء في المرتبة الثانية كأقل الفئات الإقتصادية شعورا بنوعية حياة جيدة كل من الفئة الإقتصادية المتوسطة وهذا لأن متوسطها الحسابي أكبر بـ(1.48) عن المتوسط الحسابي للفئة الإقتصادية الضعيفة، والتي جاءت في المرتبة الثالثة لأن متوسطها الحسابي أصغر بـ(17.77-) بالمقارنة مع ذوي المستوى الإقتصادي الجيد، وبـ(1.48-) بالمقارنة مع ذوي المستوى الإقتصادي المتوسط، وتم التوصل بخصوص الفروق في مجال البيئة، جاء الفرق لصالح الفئة الإقتصادية الجيدة وهذا بفارق أكبر بـ(25.46) من المتوسط الحسابي مقارنة بفئة المستوى الإقتصادي المتوسط وبفارق (14.40) على فئة المستوى الإقتصادي الضعيف، وجاء في المرتبة الثانية فئة المستوى الإقتصادي الضعيف لأن متوسطها الحسابي أكبر بـ(11.06) على المتوسط الحسابي لفئة المستوى الإقتصادي المتوسط، وجاءت فئة المستوى الإقتصادي المتوسط كأقل الفئات إحساسا أو شعورا بنوعية الحياة مرتفعة في المجال البيئي، حيث ان متوسطها الحسابي أصغر بـ(25.46-) بالمقارنة مع فئة المستوى الإقتصادي الجيد، وبـ(11.06-) بالمقارنة مع فئة المستوى الإقتصادي الضعيف، وأظهرت النتائج المتوصل إليها أن الفئة الإقتصادية المتوسطة هي أكثر شعورا بنوعية الحياة والصحة العامة، لأن الفارق في المتوسط لديها أكبر بـ(0.61) عن فئة المستوى الإقتصادي الجيد، لأن أن هذا الفرق غير دال، لأن فارقها أكبر كذلك من فئة المستوى الإقتصادي الضعيف بـ(2.03)، وجاء في المرتبة الثانية فئة المستوى الإقتصادي الجيد بفارق أكبر بلغ(1.39) عن فئة المستوى الإقتصادي الضعيف التي جاءت في الرتبة الأخيرة كأقل الفئات شعورا بمستوى مرتفع بنوعية الحياة والصحة العامة، لأن متوسطها الحسابي أصغر بـ(1.39-) عن ذوي المستوى الإقتصادي الجيد، وبـ(2-) عن فئة المستوى الإقتصادي المتوسط.

الجدول رقم (115): يمثل تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في نوعية الحياة تبعاً لمتغير المستوى الاقتصادي لدى مرضى السكري.

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
المجال الجسمي	ما بين المجموعات	546.666	2	273.333	3.405	0.01
	داخل المجموعات	10836.269	135	80.269		
	المجموع	11382.269	137			
المجال النفسي	ما بين المجموعات	241.436	2	120.718	0.984	0.37
	داخل المجموعات	16566.448	135	122.714		
	المجموع	16807.884	137			
مجال الإستقلال	ما بين المجموعات	20.166	2	10.083	0.065	0.93
	داخل المجموعات	20812.827	135	154.169		
	المجموع	20832.993	137			
العلاقات الاجتماعية	ما بين المجموعات	318.291	2	159.146	1.811	0.16
	داخل المجموعات	11862.701	135	87.872		
	المجموع	12180.993	137			
مجال البيئة	ما بين المجموعات	211.565	2	105.782	1.487	0.23
	داخل المجموعات	9605.428	135	71.151		
	المجموع	9816.993	137			
مجال المعتقدات	ما بين المجموعات	43.716	2	21.858	3.009	0.05
	داخل المجموعات	980.668	135	7.264		
	المجموع	1024.384	137			
نوعية الحياة والصحة العامة	ما بين المجموعات	11.204	2	5.602	0.785	0.45
	داخل المجموعات	962.948	135	7.133		
	المجموع	974.152	137			

نلاحظ من خلال الجدول رقم (115) بأنه توجد فروق في المجال الجسمي راجعة لمتغير المستوى الاقتصادي، هذا لأن قيمة $F(3.405)$ ، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التوصل كذلك إلى أنه لا توجد فروق في المجال النفسي، حيث بلغت قيمة $F(0.984)$ ، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التأكيد إلى أنه لا توجد فروق في مجال الإستقلال والإعتماد على النفس ترجع إلى متغير المستوى الاقتصادي لدى مرضى السكري، حيث قدرت قيمة $F(0.065)$ ، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وبخصوص مجال العلاقات الاجتماعية، فقد أظهرت نتائج الدراسة بأنه لا توجد فروق تعود إلى متغير المستوى الاقتصادي، حيث بلغت قيمة $F(1.811)$ ، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، في حين أنه لا توجد فروق في مجال البيئة حيث بلغت قيمة $F(1.487)$ ، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وأظهرت النتائج أنه توجد فروق في مجال المعتقدات الدينية، حيث بلغت قيمة $F(3.009)$ ، وهي دالة عند

مستوى الدلالة (0.01)، وتم التأكيد من خلال النتائج المتوصل إليها إلى أنه لا توجد فروق في مجال نوعية الحياة والصحة العامة، حيث بلغت قيمة ($F=0.785$)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، والجدول الموالي يبين الفروق لأي فئة سنية جاءت في مجال الجسمي والمعتقدات الدينية.

الجدول رقم(116): يبين الفروق في متوسطات مجالات نوعية الحياة ترجع للمستوى الإقتصادي لدى مرضى السكري.

الترتيب	مستوى الدلالة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الفئات العمرية	أساليب التعامل
3	0.01	1.79	-4.68	2	المجال الجسمي
	0.17	1.95	-2.66	3	
1	0.01	1.79	4.68	1	
	0.29	1.90	2.01	3	
2	0.17	1.95	2.66	1	
	0.29	1.90	-2.01	2	
3	0.01	0.54	-1.27	2	المجال المعتقدات الدينية
	0.56	0.58	-0.34	3	
1	0.01	0.54	1.27	1	
	0.40	0.57	0.93	3	
2	0.56	0.58	0.34	1	
	0.40	0.57	-0.93	2	

يتبين لنا من خلال الجدول رقم (116) بأن الفروق في نوعية المجال الجسمي جاءت لصالح فئة المستوى الإقتصادي المتوسط، كأكثر الفئات إحساسا بمجال جسمي مرتفع، وهذا لأن متوسطها الحسابي أكبر بفارق (4.68) عن ذوي المستوى الإقتصادي الجيد، وأكبر بفارق (2.66)، عن ذوي المستوى الإقتصادي الضعيف، الذين جاءوا في المرتبة الثانية، وهذا لأن متوسطها الحسابي أكبر بـ (2.66) عن ذوي المستوى الإقتصادي الجيد، الذين إعتبروا كأقل الفئات إحساسا بنوعية مجال جسمي مرتفع، لأن متوسطها الحسابي اقل بفارق (-4.68)، عن ذوي المستوى الإقتصادي المتوسط، وأقل بفارق (-2.66) عن ذوي المستوى الإقتصادي الضعيف، وتبين من خلال عرض النتائج الخاصة بالفروق في نوعية مجال المعتقدات الدينية، تبين أن فئة المستوى الإقتصادي المتوسط، هي أكثر الفئات إحساسا بنوعية مجال ديني مرتفع، وهذا لأن متوسطها الحسابي أكبر بـ (1.27) عن ذوي المستوى الإقتصادي الجيد، وأكبر بفارق (0.96)، عن ذوي المستوى الإقتصادي الضعيف، الذين جاءوا في المرتبة الثانية كأكثر الفئات شعورا بنوعية مجال ديني مرتفعة، لأن متوسطها الحسابي أكبر بـ (0.34)، عن ذوي المستوى الإقتصادي الجيد، الذين يعتبرون أقل الفئات إحساسا بنوعية مجال ديني مرتفعة مقارنة بالفئتين الأخيرتين، وهذا لأن متوسطها الحسابي أقل بـ (-1.27) عن ذوي المستوى الإقتصادي المتوسط، وأقل بفارق (-0.34)، عن ذوي المستوى الإقتصادي الضعيف.

[illegible]

ومن خلال النتائج المتوصل إليها فإننا نلاحظ تعارضها جزئياً مع النتائج المتوصل إليها، ومن بين هذه الدراسات نجد دراسة كل من "Periera et al" (2008)، و"Grigg,A" (2004)، و"Perwin-Amv & Renee" (2000) بأنه لا توجد فروق في نوعية الحياة تعزى للمستوى الإقتصادي لدى مرضى السكري، في حين أن النتائج توصلت إلى أنه توجد فروق في نوعية الحياة (المجال الجسمي، والمعتقدات) وهذا لدى مرضى السكري،

كما أنه توجد فروق فيما يخص المرضى المزمنين، ومرضى القلب، كما تعرضت كلياً مع دراسة "Edelman et al" (2001) التي توصلت إلى أنه كلما قل المستوى الاقتصادي إنخفضت نوعية الحياة، في حين أن النتائج المتوصل إليها أن ذوي المستوى الاقتصادي المتوسط، والضعيف يدركون نوعية حياة أفضل من ذوي المستوى الاقتصادي الجيد، كما تعارضت كلياً مع ما توصل إليه كل من دراسة "محمد خليل" (2010)، و"عبد الحميد سعيد" (2007) اللتين أكدت على أن ذوي المستوى الاقتصادي الجيد يدركون نوعية أفضل في المجال النفسي، والبيئي، إلا أن النتائج المتوصل إليها تؤكد على أن ذوي المستوى الاقتصادي المتوسط يشعرون بنوعية مجال نفسي أفضل، وأن الضعيفين اقتصادياً يشعرون بمجال بيئي أفضل، وتعارضت النتائج المتوصل إليها مع دراسة "Magilay" (2012) في أن ذوي المستوى الاقتصادي الجيد يشعرون بنوعية حياة أفضل في المجال الجسمي، والنفسي، والبيئي، كما توافق النتائج المتوصل إليها جزئياً مع دراسة كل من "بشرى إسماعيل" (2008)، و"صفاء عجاجة" (2007) ودراسة "حسن وآخرون" (2006)، و"Grassi,M" (2005)، و"Kenndy's" (2002)، ودراسة "Hunberg,K" (2002) التي تنفي أي فروق في نوعية الحياة تعزى للمستوى الاقتصادي.

ويرى الباحث أن ذوي المستوى الاقتصادي الجيد أكثر بشعور بنوعية حياة مرتفعة مقارنة بالدخل المنخفض، والمتوسط، وهذا لأن ذوي المستوى الاقتصادي الجيد يكون لديهم القدرة الحصول على متطلبات الحياة الخاصة، وأن المريض مرضاً مزمناً تزداد نفقاته، مما يجعله في أريحية تساعد على مجابهة الضغوط المادية، وهذا فيما يجب أن يكون إذا كان التقييم موضوعياً، إلا أنه إذا كان التقييم ذاتياً فإن الأمر كله يختلف كل الاختلاف لأن تقييم الفرد لتلك النوعية يتداخل مع الإعتقادات المعرفية والشخصية للفرد، وكذلك بين أسلوب ونمط الحياة، والبيئة المعيشية بمكوناتها، كما أن طريقة التنشئة وترسباتها على مر السنين التي تلقاها هي التي تؤثر في نظرة الفرد إلى نوعية الحياة سواء كان ذلك في الصحة، والمرض.

في الأخير فإننا نقبل بفرضية البحث بشكل جزئي في ما يتعلق بوجود فروق في نوعية المجال الجسمي تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي لدى المرضى المزمنين ومرضى السكري، كما تبين كذلك وجود فروق في نوعية المجال النفسي والمجال البيئي لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم)، وتبين بأنه توجد فروق في مجال المعتقدات الدينية تعزى للمستوى الاقتصادي لدى مرضى السكري، و توجد فروق في نوعية الحياة والصحة العامة لدى مرضى ضغط الدم، ونقبل بالفرضية الصفرية في شقها المتعلق بأنه لا توجد فروق في نوعية المجال الجسمي تعزى للمستوى الاقتصادي لدى مرضى القلب، وضغط الدم، ولا توجد فروق في نوعية المجال النفسي، والمجال البيئي لدى مرضى السكري، وكذلك لا توجد فروق في نوعية مجال الاستقلال، ونوعية العلاقات الاجتماعية لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري)، ولا توجد فروق في نوعية المعتقدات الدينية تعزى للمستوى الاقتصادي لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم)، وكذلك لا توجد فروق في نوعية الحياة والصحة العامة لدى المرضى المزمنين (القلب، السكري).

07.01. عرض وتحليل ومناقشة الفرضية السابعة:

"توجد فروق في كل من الأنماط السلوكية (أ ب)، وأساليب التعامل ونوعية الحياة ترجع لمتغير المستوى الدراسي لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري)."

وللتحقق من صحة هذه الفرضية قام الباحثان بالاعتماد على المعالجة الإحصائية تحليل التباين الأحادي **ANOVA One Way** لدلالة الفروق، حيث تحصل الباحثان على النتائج التالية، في كل فرضية من الفرضيات الجزئية التالية:

01.07.01. عرض وتحليل ومناقشة الفرضية المتعلقة بالفروق في الأنماط السلوكية (أ)، (ب) تعزى لمتغير المستوى الدراسي لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري).

الجدول رقم (117): يمثل تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في الأنماط السلوكية تبعاً لمتغير المستوى الدراسي لدى المرضى المزمنين.

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
النمط السلوكي (أ)	ما بين المجموعات	284.220	2	142.110	1.573	0.21
	داخل المجموعات	16898.390	189	90.366		
	المجموع	17182.611	191			
النمط السلوكي (ب)	ما بين المجموعات	15.331	2	7.666	1.201	0.30
	داخل المجموعات	1162.074	182	6.385		
	المجموع	1177.405	184			

نلاحظ من خلال الجدول رقم (117) بأنه لا توجد فروق في النمط السلوكي (أ) راجعة لمتغير المستوى الدراسي لدى المرضى المزمنين وهذا لأن قيمة $F=1.573$ ، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التوصل ذلك من خلال تحليل التباين الأحادي بأنه لا توجد فروق في النمط السلوكي (ب)، حيث بلغت قيمة $F=1.201$ ، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01).

الجدول رقم (118): يمثل تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في الأنماط السلوكية تبعاً لمتغير المستوى الدراسي لدى مرضى القلب.

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
النمط السلوكي (أ)	ما بين المجموعات	22.129	2	11.064	0.122	0.88
	داخل المجموعات	5509.809	61	90.325		
	المجموع	5531.938	63			
النمط السلوكي (ب)	ما بين المجموعات	19.099	2	9.549	4.302	0.01
	داخل المجموعات	113.215	51	2.220		
	المجموع	132.315	53			

نلاحظ من خلال الجدول رقم (118) بأنه لا توجد فروق في النمط السلوكي (أ) راجعة لمتغير المستوى الدراسي لدى المرضى المزمّنين وهذا لأن قيمة ($F=0.122$)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التوصل ذلك من خلال تحليل التباين الأحادي بأنه توجد فروق في النمط السلوكي (ب)، حيث بلغت قيمة ($F=4.302$)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، والجدول التالي يبين الفرق بين الفئات المستوى الدراسي في النمط السلوكي (ب).

الجدول رقم (119): يفسر الفروق النمط السلوكي (ب) ترجع لفئات المستوى الدراسي لدى مرضى القلب.

الترتيب	مستوى الدلالة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الفئات العمرية		أساليب التعامل
2	0.10	0.69	-1.15	2	1	النمط السلوكي (ب)
	0.87	0.66	0.10	3		
1	0.10	0.69	1.15	1	2	
	0.01	0.43	1.26	3		
3	0.87	0.66	-0.10	1	3	
	0.01	0.43	-1.26	2		

بعد عرض النتائج المتوصل إليه في الجدول رقم (119) تبين بأن فئة ذوي المستوى الثانوي هم أكثر ممارسة وإعتقاداً في سلوكيات النمط (ب)، وهذا لأن متوسطها الحسابي أكبر بـ (1.15)، عن ذوي المستوى التعليمي (أقل من شهادة التعليم المتوسط)، وكذلك أكبر بفارق (1.26)، عن ذوي المستوى الجامعي، الذين جاءوا في المرتبة الثانية، وهذا بفارق في المتوسط الحسابي بلغ (0.10)، وهو فارق ضئيل جداً، وهذا ما يجعلنا نقول على أن كل من ذوي المستوى الجامعي، وذوي المستوى مادون شهادة التعليم المتوسط، هما أقل الفئتين إعتقاداً، وممارسة لسلوكيات النمط (ب).

الجدول رقم (120): يمثل تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في الأنماط السلوكية تبعاً لمتغير المستوى الدراسي لدى مرضى ضغط الدم.

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
النمط السلوكي (أ)	ما بين المجموعات	934.945	2	467.473	6.829	0.01
	داخل المجموعات	5202.523	78	68.454		
	المجموع	6137.468	80			
النمط السلوكي (ب)	ما بين المجموعات	255.176	2	127.588	35.430	0.01
	داخل المجموعات	140.443	37	3.601		
	المجموع	395.619	39			

نلاحظ من خلال الجدول رقم (120) بأنه توجد فروق في النمط السلوكي (أ) راجعة لمتغير المستوى الدراسي لدى المرضى المزمّنين وهذا لأن قيمة ($F=6.829$)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم

التوصل ذلك من خلال تحليل التباين الأحادي بأنه توجد فروق في النمط السلوكي (ب)، حيث بلغت قيمة $(F=35.430)$ ، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01) ، والجدول التالي يبين الفرق بين الفئات المستوى الدراسي في النمط السلوكي (أ)، والنمط السلوكي (ب).

الجدول رقم(121): يبين الفروق الأنماط السلوكية (أ)، و(ب)ترجع لفئات المستوى الدراسي لدى مرضى ضغط الدم.

أساليب التعامل		الفئات العمرية		المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	مستوى الدلالة	الترتيب
النمط السلوكي (أ)		1	2	-7.03	2.28	0.01	3
			3	-7.23	2.23	0.01	
		2	1	7.03	2.28	0.01	2
			3	-0.20	2.34	0.93	
		3	1	7.23	2.23	0.01	1
			2	0.20	2.34	0.93	
النمط السلوكي (ب)		1	2	-0.69	0.66	0.29	1
			3	5.62	0.78	0.01	
		2	1	0.69	0.66	0.29	2
			3	6.31	0.79	0.01	
		3	1	-5.62	0.78	0.01	3
			2	-6.31	0.79	0.01	

نلاحظ من خلال الجدول رقم (121) بأن الفرق جاء لصالح لفئة المستوى الدراسي الجامعي كأكثر فئات تأثراً في ممارسة سلوكيات النمط (أ)، وهذا لأن الفرق في بلغ في المتوسط الحسابي (0.20) بالمقارنة مع فئة المستوى الثانوي، إلا أنا هذا الفارق غير دال عند مستوى الدلالة (0.01) ، إلا أن الفارق مع ذوي مستوى التعليم المتوسط وما دونه كان أكبر، حيث بلغ (7.23) ، وهو دال عند مستوى (0.01) ، وجاءت في المرتبة الثانية ذوي المستوى الدراسي الثانوي بفارق بلغ (7.03) عن ذوي مستوى التعليم المتوسط وما دونه، وحل في المرتبة الثالثة ذوي مستوى التعليم المتوسط وما دونه، وهذا لأن متوسطها الحسابي أقل بـ (-7.03) من المتوسط الحسابي لفئة المستوى التعليمي الثانوي، وبـ (-7.23) أقل من المتوسط الحسابي لذوي المستوى التعليمي الجامعي، وتوصلت النتائج بخصوص النمط السلوكي (ب)، حيث جاءت لصالح فئة المستوى الدراسي الثانوي كأكثر فئات تأثراً في ممارسة سلوكيات النمط (ب)، وهذا لأن الفرق في بلغ في المتوسط الحسابي (0.69) بالمقارنة مع فئة المستوى التعليم المتوسط وما دونه، إلا أنا هذا الفارق غير دال عند مستوى الدلالة (0.01) ، إلا أن الفارق مع ذوي مستوى التعليم الجامعي بلغ (6.31) ، وهو دال عند مستوى (0.01) ، وجاءت في المرتبة الثانية ذوي المستوى الدراسي المتوسط وما دونه بفارق بلغ (5.62) عن ذوي مستوى التعليم الجامعي، وحل في المرتبة الثالثة ذوي مستوى التعليم الجامعي، وهذا لأن متوسطها الحسابي أقل بـ (-5.62) من المتوسط

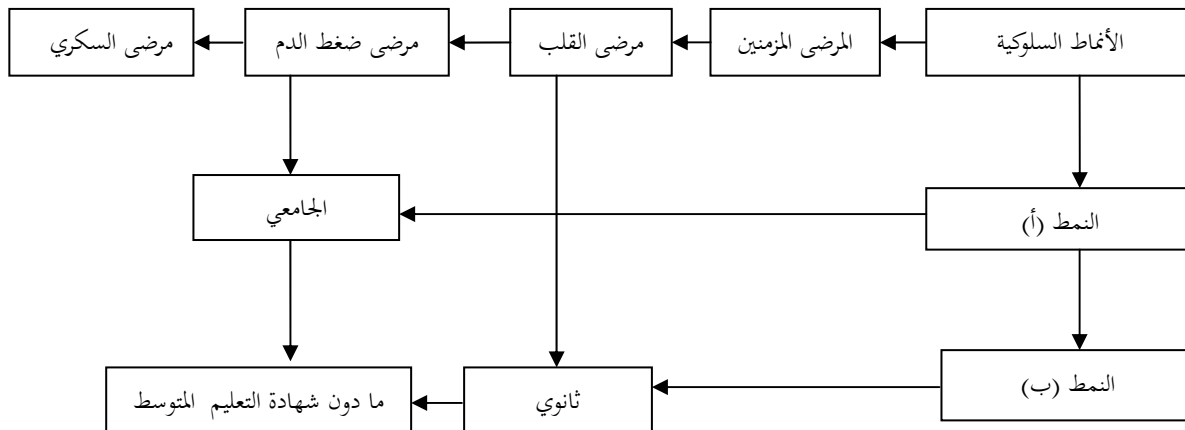
الحسابي لفئة المستوى التعليمي المتوسط وما دونه، وب(6.31-) أقل من المتوسط الحسابي لذوي المستوى التعليمي الثانوي.

الجدول رقم (122): يمثل تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في الأنماط السلوكية تبعاً لمتغير المستوى الدراسي لدى مرضى السكري.

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
النمط السلوكي (أ)	ما بين المجموعات	67.461	2	33.730	0.272	0.76
	داخل المجموعات	5703.233	46	123.983		
	المجموع	5770.694	48			
النمط السلوكي (ب)	ما بين المجموعات	7.972	2	3.986	0.483	0.61
	داخل المجموعات	718.128	86	8.254		
	المجموع	726.100	88			

نلاحظ من خلال الجدول رقم (122) بأنه لا توجد فروق في النمط السلوكي (أ) راجعة لمتغير المستوى الدراسي لدى مرضى السكري وهذا لأن قيمة $F(0.272)$ ، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التوصل ذلك من خلال تحليل التباين الأحادي بأنه لا توجد فروق في النمط السلوكي (ب)، حيث بلغت قيمة $F(0.483)$ ، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01).

الشكل رقم (34): يفسر الفروق في الأنماط السلوكية (أ) (ب) تبعاً للمستوى التعليمي لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري).



يلاحظ من الشكل رقم (34) بأن ذوي المستوى الجامعي من مرضى ضغط الدم هم الأكثر ممارسة لسلوكيات النمط (أ)، في حين أظهر ذوي المستوى الثانوي من مرضى القلب بأنهم الأكثر إعتقاداً في ممارسة سلوكيات النمط (ب)، وتبين كذلك بأن ذوي المستوى ما دون شهادة التعليم المتوسط من مرضى ضغط الدم

هم أكثر ممارسة لسلوكيات النمط (ب)، وهذا يعطينا دليلاً على أن المستوى التعليمي ليس له ذلك الأثر الكبير في الإعتقاد في نمط سلوكي معين، ما عدى مرضى ضغط الدم الذي تبين بشكل واضح مدى تأثير المستوى الدراسي على الإعتقاد في سلوكيات نمط معين، والملاحظ أن المستوى التعليمي العالي يرتبط بالنمط السلوكي (أ)، في حين أن المستوى التعليمي الأدنى منه يرتبط بسلوكيات النمط (ب)، إلا أن النتيجة الحالية لا يمكن تعميمها لأنها جاءت محصورة في مرضى ضغط الدم.

تبين من خلال النتائج المتوصل إليها، إلى أنه غير متوافقة جزئياً مع دراسة "Cardoom,J" (2014)، و"Green Woold" (2012)، و"Twinn,T" (2011)، و"Bruck & Green" (1991)، و"إبراهيم حامد المغربي" (2006)، و"جمعة السيد يوسف" (2000) في عدم وجود فروق في النمط السلوكي تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى كل من مرضى القلب، وضغط الدم، كما لم تتوافق جزئياً مع نتائج كل من "Senday" (2003)، و"Magilay" (2002) في عدم وجود فروق في النمط السلوكي (أ)، والنمط السلوكي (ب) تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى مرضى القلب، وتوافقت النتائج المتوصل إليها مع دراسة و"Arbuckle,J.L" (2007)، في أن النمط السلوكي (أ) يرتبط بالمستوى عالي من التعليم في حين يرتبط النمط السلوكي (ب) بمستوى تعليمي منخفض، وتوافق النتائج المتوصل إليه مع دراسة كل من "James Nelson" (2002)، و"Fontant et al" (1987) في أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي كان هناك إعتقاداً أكبر في النمط السلوكي (أ)، وأنه كلما قل المستوى التعليمي كان هناك إعتقاداً في سلوكيات النمط (ب)، وهذا ما توضح في النتائج المتوصل إليه، حيث أن ذوي المستوى الجامعي كانوا أكثر إعتقاداً في سلوكيات النمط (أ)، في حين أن ذوي النمط السلوكي (ب) كانوا من المستوى الثانوي، وما دون شهادة التعليم المتوسط

ويمكن إرجاع النتائج المتوصل إليها إلى أن المستوى التعليمي ليس له ذلك الأثر الفعال في تكوين شخصية المتعلم، والسلوكيات التي ينتهجها، لأنه هناك فروق معرفية تكوينية، وكذلك إلى إختلاف في التعامل مع البيئة، والنظر إلى المسؤوليات الملقاة على عاتقه، والترسبات المعرفية والخبرات المكتسبة وغيرها هي التي تحدد طبيعة النمط السلوكي الذي ينتجها الفرد، ويطلع في ذاته، كما أن المرض المزمن قد يجعل المريض في حالة عدم إستقرار جسدي، ونفسي، هذا ما ينعكس على سلوكياته، وفي الثبات في نمط سلوكي معين.

في الأخير نقبل بفرضية البحث في جزئها المتعلق بأنه توجد فروق في النمط السلوكي (أ) تعزى للمستوى التعليمي لدى مرضى ضغط الدم، كما أنه توجد فروق في سلوكيات النمط (ب) تعزى للمستوى التعليمي لدى مرضى القلب، وضغط الدم، ونقبل بالفرضية الصفرية في جزئها المتعلق بأنه لا توجد فروق في النمط السلوكي (أ)

تعزى للمستوى التعليمي لدى المرضى المزمنين (القلب، السكري)، وكذلك لا توجد فروق في سلوكيات النمط (ب) تعزى للمستوى التعليمي لدى المرضى المزمنين، ومرضى القلب.

02.07.01. عرض وتحليل ومناقشة الفرضية المتعلقة بالفروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي

تعزى لمتغير المستوى الدراسي لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري).

الجدول رقم (123): يمثل تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في أساليب التعامل مع ضغط النفسي تبعاً المستوى الدراسي لدى مرضى المزمنين.

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
المركزة على الشكل	ما بين المجموعات	505.832	2	252.916	7.199	0.01
	داخل المجموعات	13139.935	374	35.134		
	المجموع	13645.767	376			
حل المشكلة	ما بين المجموعات	360.424	2	180.212	5.568	0.01
	داخل المجموعات	12104.139	374	32.364		
	المجموع	12464.562	376			
الإجماعي الدعم	ما بين المجموعات	18.962	2	9.481	0.652	0.52
	داخل المجموعات	5442.173	374	14.551		
	المجموع	5461.135	376			
المركزة على الإنفعال	ما بين المجموعات	724.721	2	362.361	4.911	0.01
	داخل المجموعات	27598.340	374	73.792		
	المجموع	28323.061	376			
لهم الذات	ما بين المجموعات	42.097	2	21.048	0.556	0.57
	داخل المجموعات	14157.044	374	37.853		
	المجموع	14199.141	376			
إعادة التقسيم المعززة	ما بين المجموعات	316.861	2	158.431	10.513	0.01
	داخل المجموعات	5635.966	374	15.069		
	المجموع	5952.828	376			
التجريب	ما بين المجموعات	69.892	2	34.946	2.362	0.09
	داخل المجموعات	5533.789	374	14.796		
	المجموع	5603.682	376			

نلاحظ من خلال الجدول رقم (123) بأنه توجد فروق في أساليب التعامل المركزة على الشكل راجعة لمتغير المستوى الدراسي، هذا لأن قيمة $F=7.199$ ، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التوصل إلى

أنه توجد فروق في أسلوب حل المشكل، حيث بلغت قيمة ($F=5.568$)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التأكيد إلى أنه لا توجد فروق في أسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي ترجع إلى متغير المستوى الدراسي لدى المرضى المزمنين، حيث قدرت قيمة ($F=0.652$)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وبخصوص الأساليب المركزة على الإنفعال، فقد أظهرت نتائج الدراسة بأنه توجد فروق تعود إلى متغير المستوى الدراسي، حيث بلغت قيمة ($F=4.911$)، وعلى عكس ذلك تم التوصل إليه في أسلوب التجنب، حيث بلغت قيمة ($F=0.556$)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، في حين تم التوصل إلى أنه توجد فروق في أسلوب إعادة التقييم المعرفي، حيث بلغت قيمة ($F=10.513$)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التأكيد من خلال النتائج المتوصل إليه إلى أنه لا توجد فروق في أسلوب لوم الذات، حيث بلغت قيمة ($F=2.362$)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، والجدول التالي يبين الفروق لأي مستوى دراسي جاءت.

الجدول رقم(124): يبين الفروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي ترجع للمستوى الدراسي لدى المرضى المزمنين.

أساليب التعامل		الفئات العمرية		المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	مستوى الدلالة	الترتيب
الأساليب المركزة على المشكل		1	2	-2.66	0.74	0.01	3
			3	-2.29	0.76	0.01	
		2	1	2.66	0.74	0.01	1
			3	0.36	0.73	0.62	
		3	1	2.29	0.76	0.01	2
			2	0.36	0.73	0.62	
حل المشكل		1	2	-2.14	0.71	0.01	3
			3	-2.08	0.73	0.01	
		2	1	2.14	0.71	0.01	1
			3	0.05	0.70	0.93	
		3	1	2.08	0.37	0.01	2
			2	-0.05	0.70	0.93	
الأساليب المركزة على الإنفعال		1	2	-1.18	1.08	0.01	3
			3	-3.40	1.10	0.01	
		2	1	1.18	1.08	0.01	2
			3	-2.22	1.06	0.01	
		3	1	3.40	1.10	0.01	1
			2	2.22	1.06	0.01	
إعادة التقييم المعرفي		1	2	-1.45	0.48	0.01	3
			3	-2.27	0.50	0.01	
		2	1	1.45	0.48	0.01	2
			3	-0.82	0.48	0.08	

1	0.01	0.50	2.27	1	3	
	0.08	0.48	0.82	2		

يتبين من خلال الجدول رقم (124) بأنه توجد فروق في الأساليب المركزة على المشكل، حيث جاءت في المرتبة الأولى فئة المستوى الدراسي الثانوي كأثر الفئات إستخداما لحل المشكل، وهذا بفارق في المتوسط الحسابي بلغ (2.66) بالمقارنة مع فئة مستوى التعليم المتوسط وما دونه، وبفارق (0.36) في المتوسط الحسابي بالمقارنة مع فئة المستوى التعليم الجامعي، وجاءت في المرتبة الثانية فئة المستوى التعليم الجامعي، حيث كان الفرق في المتوسط الحسابي بالمقارنة مع فئة المستوى التعليمي المتوسط وما دونه أكبر، والمقدر بـ(2.29)، وجاء في المرتبة الثالثة فئة مستوى التعليم المتوسط وما دونه، كأقل الفئات التعليمية إستخداما للأساليب المركزة على المشكل، وهذا لأن متوسطها الحسابي أقل بـ(2.66-) بالمقارنة مع فئة المستوى الثانوي، وبفارق أقل (2.29-) مع ذوي المستوى الجامعي، وتوصلت النتائج في أسلوب حل المشكل أن ذوي المستوى الثانوي أكثر إستخداما لأسلوب حل المشكل بالمقارنة مع ذوي المستوى التعليمي المتوسط وما دونه وهو (2.14)، وهو دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وأكبر بـ(0.05) من ذوي المستوى الجامعي، الذي جاء في المرتبة الثانية لأن الفارق في المتوسط الحسابي أكبر بـ(2.08) من المتوسط الحسابي لدى ذوي التعليم المتوسط وما دونه، والتي جاءت في المرتبة الأخيرة كأقل فئة إستخداما لأسلوب حل المشكل، وبخصوص الأساليب المركزة على الإنفعال فقد أظهر ذوي المستوى الجامعي على أنهم الأكثر إستخداما لهذه الأساليب حيث بلغ الفرق في المتوسط الحسابي (1.18) بالنسبة لذوي المستوى التعليمي المتوسط وما دونه، وقدر الفرق بـ(3.40) بالمقارنة مع ذوي المستوى الثانوي، وجاء في المرتبة الثانية ذوي المستوى الثانوي من حيث إستخدام أساليب المركزة على الإنفعال حيث بلغ الفرق في المتوسط الحسابي بـ (1.18) بالمقارنة مع ذوي التعليم المتوسط وما دونه، والتي جاءت في المرتبة الأخيرة كأقل فئة إستخداما لأساليب التعامل المركزة على الإنفعال، وتم التوصل ذلك إلى أن المستوى الجامعي يستخدمون هم الأكثر إستخداما لأسلوب إعادة التقييم المعرفي، وهذا بفارق أكبر في المتوسط الحسابي بلغ (2.27) بالمقارنة مع المستوى الثانوي، وكذلك بالنسبة ذوي المستوى المتوسط وما دونه، حيث بلغ الفارق في المتوسط الحسابي (0.82)، وكلاهما دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وحل في المرتبة الثانية ذوي المستوى الثانوي بفارق في المتوسط الحسابي بلغ (1.45)، بالمقارنة مع المتوسط الحسابي لذوي المستوى التعليمي المتوسط وما دونه، التي جاءت في المرتبة الثالثة كأقل الفئات إستخداما لأسلوب إعادة التقييم المعرفي، لأن الفارق في المتوسط الحسابي أقل بـ(1.45-) مع ذوي المستوى الثانوي، وبـ(2.27-) مع ذوي المستوى الجامعي.

الجدول رقم (125): يفسر تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي تبعاً المستوى الدراسي لدى مرضى القلب.

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
المشكلة المركزة على	ما بين المجموعات	82.702	2	41.351	1.142	0.32
	داخل المجموعات	4164.382	115	36.212		
	المجموع	4247.085	117			
حل المشكلة	ما بين المجموعات	614.771	2	307.386	11.511	0.01
	داخل المجموعات	3070.991	115	26.704		
	المجموع	3685.763	117			
الدعم الإجتماعي	ما بين المجموعات	471.653	2	235.827	17.179	0.01
	داخل المجموعات	1578.686	115	13.728		
	المجموع	2050.339	117			
الإنفعال المركزة على	ما بين المجموعات	4439.907	2	2219.953	46.208	0.01
	داخل المجموعات	5524.847	115	48.042		
	المجموع	9964.754	117			
لوم الذات	ما بين المجموعات	796.053	2	398.027	10.517	0.01
	داخل المجموعات	4352.464	115	37.848		
	المجموع	5148.517	117			
إعادة التقييم	ما بين المجموعات	443.159	2	221.580	15.101	0.01
	داخل المجموعات	1687.392	115	14.673		
	المجموع	2130.551	117			
التجنب	ما بين المجموعات	315.333	2	157.667	11.716	0.01
	داخل المجموعات	1547.658	115	13.458		
	المجموع	1862.992	117			

نلاحظ من خلال الجدول رقم (125) بأنه لا توجد فروق في أساليب التعامل المركزة على المشكلة راجعة لمتغير المستوى الدراسي، هذا لأن قيمة $F=1.142$ ، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التوصل إلى أنه توجد فروق في أسلوب حل المشكلة، حيث بلغت قيمة $F=11.511$ ، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التأكيد إلى أنه توجد فروق في أسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي ترجع إلى متغير المستوى الدراسي لدى المرضى المزمنين، حيث قدرت قيمة $F=17.179$ ، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وبخصوص الأساليب المركزة على الإنفعال، فقد أظهرت نتائج الدراسة بأنه توجد فروق تعود إلى متغير المستوى الدراسي، حيث بلغت قيمة $F=46.208$ ، وكذلك تم التوصل في أسلوب التجنب، حيث بلغت قيمة $F=10.517$ ، وهما دالين عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التوصل إلى أنه توجد فروق في أسلوب إعادة التقييم المعرفي، حيث بلغت قيمة $F=15.101$ ، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التأكيد من

خلال النتائج المتوصل إليه إلى أنه توجد فروق في أسلوب لوم الذات، حيث بلغت قيمة ($F=11.716$)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، والجدول التالي يبين الفروق لأي مستوى دراسي جاءت.

الجدول رقم (126): يوضح الفروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي تعزي للمستوى الدراسي لدى مرضى القلب.

أساليب التعامل		الفئات العمرية		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى الدلالة	الترتيب
حل المشكل		1	2	-3.81	1.14	0.01	2
			3	1.48	1.20	0.01	
		2	1	3.81	1.14	0.01	1
			3	5.29	1.15	0.01	
		3	1	-1.48	1.20	0.01	3
			2	-5.29	1.15	0.01	
البحث عن الدعم الاجتماعي		1	2	1.85	0.82	0.01	2
			3	-2.99	0.86	0.01	
		2	1	-1.85	0.82	0.01	3
			3	-4.84	0.82	0.01	
		3	1	2.99	0.86	0.01	1
			2	4.84	0.82	0.01	
الأساليب المركزة على الإنفعال		1	2	-1.90	1.53	0.21	3
			3	-14.25	1.62	0.01	
		2	1	1.90	1.53	0.21	2
			3	-12.35	1.54	0.01	
		3	1	14.25	1.62	0.01	1
			2	12.35	1.54	0.01	
التجنب		1	2	-0.27	1.36	0.48	3
			3	-5.78	1.44	0.01	
		2	1	0.27	1.36	0.48	2
			3	-5.51	1.37	0.01	
		3	1	5.78	1.44	0.01	1
			2	5.51	1.37	0.01	
إعادة التقييم المعرفي		1	2	-0.44	0.85	0.60	3
			3	-4.43	0.89	0.01	
		2	1	0.44	0.85	0.60	2
			3	-3.98	0.85	0.01	
		3	1	4.43	0.89	0.01	1
			2	3.98	0.85	0.01	
لوم الذات		1	2	-1.18	0.81	0.01	3
			3	-4.03	0.85	0.01	
		2	1	1.18	0.81	0.01	2
			3	-2.85	0.82	0.01	
		3	1	4.03	0.85	0.01	1
			2	2.85	0.82	0.01	

يتبين من خلال الجدول رقم (126) بأنه توجد فروق في أسلوب حل المشكل أن ذوي المستوى الثانوي أكثر استخداماً لأسلوب حل المشكل بالمقارنة مع ذوي المستوى التعليمي المتوسط وما دونه وهو (3.81)، وهو دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وأكبر بـ (1.48) من ذوي المستوى الجامعي، وجاء في المرتبة الثانية ذوي المستوى التعليمي المتوسط وما دونه، لأن الفارق في المتوسط الحسابي أكبر بـ (1.48) من المتوسط الحسابي لدى ذوي التعليم الجامعي، والتي جاءت في المرتبة الأخيرة كأقل فئة استخداماً لأسلوب حل المشكل، وتوصلت النتائج بخصوص أسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي أن ذوي المستوى الجامعي أكثر استخداماً لهذا الأسلوب، حيث بلغ الفارق في المتوسط الحسابي لصالحه (4.84) بالمقارنة مع ذوي المستوى التعليمي الثانوي، وبلغ الفرق كذلك مع ذوي المستوى التعليمي المتوسط وما دونه (2.99)، وجاء في المرتبة الثانية ذوي المستوى المتوسط وما دونه بفارق بلغ (1.85) بالمقارنة مع المتوسط الحسابي لدى ذوي المستوى الثانوي، الذين جاءوا كأقل الفئات استخداماً لأسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي، حيث أن متوسطه الحسابي أقل بـ (1.85-) مع ذوي المستوى الثانوي، وبـ (4.84-) مع ذوي المستوى الجامعي، وبخصوص الأساليب المركزة على الإنفعال فقد أظهر ذوي المستوى الجامعي على أنهم الأكثر استخداماً لهذه الأساليب حيث بلغ الفرق في المتوسط الحسابي (14.25) بالنسبة لذوي المستوى التعليمي المتوسط وما دونه، وقدر الفرق بـ (12.35) بالمقارنة مع ذوي المستوى الثانوي، وجاء في المرتبة الثانية ذوي المستوى الثانوي من حيث استخدام أساليب المركزة على الإنفعال حيث بلغ الفرق في المتوسط الحسابي بـ (1.90) بالمقارنة مع ذوب التعليم المتوسط وما دونه، والتي جاءت في المرتبة الأخيرة كأقل فئة استخداماً لأساليب التعامل المركزة على الإنفعال، وبخصوص أسلوب التجنب فقد أظهرت فئة ذوي المستوى الجامعي أنهم أكثر استخداماً لهذا الأسلوب بفارق أكبر في المتوسط الحسابي (5.78)، بالمقارنة مع المتوسط الحسابي لدى ذوي المستوى التعليمي المتوسط وما دونه، وبلغ الفارق مع ذوي المستوى الثانوي (5.51)، وجاءت في المرتبة الثانية ذوي المستوى الثانوي وبفارق بلغ (0.27)، بالمقارنة مع ذوي المستوى المتوسط وما دونه، إلا أن هذا الفارق غير دال عند مستوى الدلالة (0.01)، لأن أن فارق مع ذوي المستوى الجامعي أقل منه لدى ذوي المستوى المتوسط وما دونه، الذين جاءوا كأقل الفئات الدراسية استخداماً لأسلوب التجنب، وتم التوصل كذلك إلى أن المستوى الجامعي يستخدمون هم الأكثر استخداماً لأسلوب إعادة التقييم المعرفي، وهذا بفارق أكبر في المتوسط الحسابي بلغ (3.98) بالمقارنة مع المستوى الثانوي، وكذلك بالنسبة ذوي المستوى المتوسط وما دونه، حيث بلغ الفارق في المتوسط الحسابي (4.43)، وكلاهما دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وحل في المرتبة الثانية ذوي المستوى الثانوي بفارق في المتوسط الحسابي بلغ (0.44)، بالمقارنة مع المتوسط الحسابي لذوي المستوى التعليمي المتوسط وما دونه وهو غير دال عند مستوى الدلالة (0.01)، إلا أن فارق مع ذوي المستوى الجامعي أقل منه (3.98-) بالمقارنة مع ذوي المستوى التعليمي المتوسط وما دونه، التي جاءت في المرتبة الثالثة كأقل الفئات استخداماً لأسلوب إعادة التقييم المعرفي،

لأن الفارق في المتوسط الحسابي أقل بـ(0.44-) مع ذوي المستوى الثانوي، وبـ(4.43-) مع ذوي المستوى الجامعي، أظهرت نتائج المتوصل إليها إلى ذوي المستوى الجامعي هم أكثر الفئات استخداماً لأسلوب لوم الذات، وهذا بفارق أكبر في المتوسط الحسابي بلغ (4.03) بالمقارنة مع ذوي المستوى الدراسي المتوسط وما دونه، وبـ(2.83)، بالمقارنة مع ذوي المستوى الدراسي الثانوي، وجاءت في المرتبة الثانية ذوي المستوى الدراسي الثانوي بفارق بلغ(1.18) في المتوسط الحسابي بالمقارنة مع ذوي المستوى الدراسي المتوسط وما دونه، التي جاءت في المرتبة الثانية كأقل الفئات استخداماً لأسلوب لوم الذات.

الجدول رقم (127): يمثل تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي تبعاً للمستوى الدراسي لدى مرضى ضغط الدم.

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
المشكلة المركزة على	ما بين المجموعات	891.504	2	445.752	12.835	0.01
	داخل المجموعات	4098.016	118	34.729		
	المجموع	4989.521	120			
حل المشكلة	ما بين المجموعات	789.818	2	394.909	9.494	0.01
	داخل المجموعات	4908.182	118	41.595		
	المجموع	5698.000	120			
الإحصاء العام	ما بين المجموعات	206.737	2	103.368	8.416	0.01
	داخل المجموعات	1449.346	118	12.283		
	المجموع	1656.083	120			
الإنفعال المركزة على	ما بين المجموعات	1561.530	2	780.765	20.772	0.01
	داخل المجموعات	4435.280	118	37.587		
	المجموع	5996.810	120			
التجسس	ما بين المجموعات	1410.673	2	705.336	23.021	0.01
	داخل المجموعات	3615.327	118	30.638		
	المجموع	5026.000	120			
إعادة التقييم المعرفي	ما بين المجموعات	259.986	2	129.993	6.839	0.01
	داخل المجموعات	2242.990	118	19.008		
	المجموع	2502.975	120			
لوم الذات	ما بين المجموعات	292.247	2	146.174	10.586	0.01
	داخل المجموعات	1629.306	118	13.808		
	المجموع	1921.653	120			

نلاحظ من الجدول رقم (127) بأنه توجد فروق في أساليب التعامل المركزة على المشكل راجعة لمتغير المستوى الدراسي، هذا لأن قيمة $F(12.835)$ ، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التوصل إلى أنه توجد فروق في أسلوب حل المشكل، حيث بلغت قيمة $F(9.494)$ ، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التأكيد إلى أنه توجد فروق في أسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي ترجع إلى متغير المستوى الدراسي لدى مرضى ضغط الدم، حيث قدرت قيمة $F(8.416)$ ، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وبخصوص الأساليب المركزة على الإنفعال، فقد أظهرت نتائج الدراسة بأنه توجد فروق تعود إلى متغير المستوى الدراسي، حيث بلغت قيمة $F(20.772)$ ، وكذلك تم التوصل في أسلوب التجنب، حيث بلغت قيمة $F(23.021)$ ، وهما دالين عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التوصل إلى أنه توجد فروق في أسلوب إعادة التقييم المعرفي، حيث بلغت قيمة $F(6.839)$ ، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التأكيد من خلال النتائج المتوصل إليه إلى أنه توجد فروق في أسلوب لوم الذات، حيث بلغت قيمة $F(10.586)$ ، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، والجدول التالي يبين الفروق لأي مستوى دراسي جاءت.

الجدول رقم (128): يبين الفروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي تعزى للمستوى الدراسي لدى مرضى ضغط الدم.

الترتيب	مستوى الدلالة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الفئات العمرية		أساليب التعامل
3	0.01	1.39	-6.89	2	1	الأساليب المركزة على المشكل
	0.01	1.32	-4.94	3		
1	0.01	1.39	6.89	1	2	
	0.01	1.26	1.94	3		
2	0.01	1.32	4.94	1	3	
	0.01	1.26	-1.94	2		
3	0.01	1.52	-4.54	2	1	حل المشكل
	0.01	1.45	-6.25	3		
2	0.01	1.52	4.54	1	2	
	0.01	1.38	-1.71	3		
1	0.01	1.45	6.25	1	3	
	0.01	1.38	1.71	2		
2	0.01	0.82	-2.29	2	1	البحث عن الدعم الاجتماعي
	0.36	0.78	0.72	3		
1	0.01	0.82	2.29	1	2	
	0.01	0.75	3.01	3		
3	0.36	0.78	-0.72	1	3	
	0.01	0.75	-3.01	2		
1	0.01	1.45	7.78	2	1	الأساليب المركزة على الإنفعال
	0.01	1.38	8.26	3		
2	0.01	1.45	-7.78	1	2	
	0.71	1.31	0.48	3		
3	0.01	1.38	-8.26	1	3	
	0.71	1.31	-0.48	2		
1	0.01	1.30	7.65	2	1	التجنب
	0.01	1.24	7.67	3		
2	0.01	1.30	-7.65	1	2	
	0.98	1.18	0.01	3		
2	0.01	1.24	-7.67	1	3	
	0.98	1.18	-0.01	20.98		
3	0.01	1.03	-3.74	2	1	إعادة التقييم المعرفي
	0.01	0.98	-2.58	3		
1	0.01	1.03	3.74	1	2	
	0.01	0.93	1.16	3		
2	0.01	0.98	2.58	1	3	
	0.01	0.93	-1.16	2		
1	0.01	0.87	3.90	2	1	لوم الذات
	0.01	0.83	2.94	3		
3	0.01	0.87	-3.90	1	2	
	0.22	0.79	-0.96	3		
2	0.01	0.83	-2.94	1	3	
	0.22	0.79	0.96	2		

نلاحظ من خلال الجدول رقم (128) بأنه توجد فروق في الأساليب المركزة على المشكل أسلوب حل المشكل، حيث جاءت في المرتبة الأولى ذوي المستوى الثانوي كأكثر الفئات إستخداما للأساليب المركزة على

المشكل، بفارق أكبر في المتوسط الحسابي بـ(6.89)، بالمقارنة مع ذوي المستوى الدراسي التعليم المتوسط وما دونه وبفارق أكبر بـ(1.94) على ذوي المستوى الجامعي، التي جاءت في المرتبة الثانية، وهذا بفارق أكبر في المتوسط الحسابي بلغ(4.94)، عن ذوي المستوى التعليمي المتوسط وما دونه، الذي جاء في المرتبة الثالثة كأقل الفئات الدراسية إستخداما للأساليب المركزة على المشكل، وبخصوص أسلوب حل المشكل توصلت النتائج إلى أن ذوي المستوى الجامعي أكثر إستخداما له بالمقارنة مع ذوي المستوى التعليمي المتوسط وما دونه وهو (6.25)، وهو دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وأكبر بـ(1.71) من ذوي المستوى الثانوي، وجاء في المرتبة الثانية ذوي المستوى التعليمي الثانوي، لأن الفارق في المتوسط الحسابي أكبر بـ(4.54) من المتوسط الحسابي لدى ذوي التعليم المتوسط وما دونه، والتي جاءت في المرتبة الأخيرة كأقل فئة إستخداما لأسلوب حل المشكل، وتوصلت النتائج بخصوص أسلوب البحث عن الدعم الإجتماعي أن ذوي المستوى الثانوي أكثر إستخداما لهذا الأسلوب، حيث بلغ الفارق في المتوسط الحسابي لصالحه (2.29) بالمقارنة مع ذوي المستوى التعليمي المتوسط وما دونه، وبلغ الفرق كذلك مع ذوي المستوى التعليمي الجامعي (3.01)، وجاء في المرتبة الثانية ذوي المستوى المتوسط وما دونه بفارق بلغ (0.72) بالمقارنة مع المتوسط الحسابي لدى ذوي المستوى الجامعي، الذين جاءوا كأقل الفئات إستخداما لأسلوب البحث عن الدعم الإجتماعي، حيث أن متوسطه الحسابي أقل بـ(3.01-) مع ذوي المستوى الثانوي، وبـ(0.72-) مع ذوي المستوى المتوسط وما دونه، وبخصوص الأساليب المركزة على الإنفعال فقد أظهر ذوي المستوى المتوسط وما دونه على أنهم الأكثر إستخداما لهذه الأساليب حيث بلغ الفرق في المتوسط الحسابي(7.78) بالنسبة لذوي المستوي التعليمي الثانوي، وقدر الفرق بـ(8.26) بالمقارنة مع ذوي المستوى الجامعي، وجاء في المرتبة الثانية ذوي المستوى الثانوي من حيث إستخدام أساليب المركزة على الإنفعال حيث بلغ الفرق في المتوسط الحسابي بـ(0.48) بالمقارنة مع ذوب التعليم الجامعي، والتي جاءت في المرتبة الأخيرة كأقل فئة إستخداما لأساليب التعامل المركزة على الإنفعال، وبخصوص أسلوب التجنب فقد أظهرت فئة ذوي المستوى المتوسط وما دونه أنهم أكثر إستخداما لهذا الأسلوب بفارق أكبر في المتوسط الحسابي (7.65)، بالمقارنة مع المتوسط الحسابي لدى ذوي المستوى التعليمي الثانوي، وبلغ الفارق مع ذوي المستوى الجامعي(7.67)، وجاءت في المرتبة الثانية ذوي المستوى الثانوي والجامعي لأن الفارق غير دال بينهما بلغ (0.01)، وهو غير دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التوصل كذلك إلى أن المستوى الثانوي الأكثر إستخداما لأسلوب إعادة التقييم المعرفي، وهذا بفارق أكبر في المتوسط الحسابي بلغ(3.74) بالمقارنة مع المستوى المتوسط وما دونه، وكذلك بالنسبة ذوي المستوى الجامعي، حيث بلغ الفارق في المتوسط الحسابي (1.16)، وكلاهما دال عند مستوى الدلالة (0.01)، وحل في المرتبة الثانية ذوي المستوي الجامعي بفارق في المتوسط الحسابي بلغ (2.58)، بالمقارنة مع المتوسط الحسابي لذوي المستوى التعليمي المتوسط وما دونه التي جاءت في

المرتبة الثالثة كأقل الفئات إستخداما لأسلوب إعادة التقييم المعرفي، لأن الفارق في المتوسط الحسابي أقل بـ(3.74-) مع ذوي المستوى الثانوي، وبـ(2.58-) مع ذوي المستوى الجامعي، وأظهرت نتائج المتوصل إليها إلى أن ذوي المستوى المتوسط وما دونه هم أكثر الفئات إستخداما لأسلوب لوم الذات، وهذا بفارق أكبر في المتوسط الحسابي بلغ (3.90) بالمقارنة مع ذوي المستوى الثانوي، وبـ(2.94)، بالمقارنة مع ذوي المستوى الدراسي الجامعي، وجاءت في المرتبة الثانية ذوي المستوى الدراسي الجامعي بفارق بلغ (0.96) في المتوسط الحسابي بالمقارنة مع ذوي المستوى الدراسي الثانوي، التي جاءت في المرتبة الثانية كأقل الفئات إستخداما لأسلوب لوم الذات.

الجدول رقم (129): يمثل تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي تعزى لمتغير المستوى الدراسي لدى مرضى السكري.

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
المركزية المشكلة	ما بين المجموعات	48.079	2	24.039	0.846	0.43
	داخل المجموعات	3835.892	135	28.414		
	المجموع	3883.971	137			
المشكلة	ما بين المجموعات	136.835	2	68.417	4.144	0.01
	داخل المجموعات	2229.049	135	16.511		
	المجموع	2365.884	137			
الدعم الاجتماعي	ما بين المجموعات	31.468	2	15.734	1.347	0.263
	داخل المجموعات	1576.416	135	11.677		
	المجموع	1607.884	137			
المركزية على الانفعال	ما بين المجموعات	1266.915	2	633.458	7.780	0.01
	داخل المجموعات	10991.664	135	81.420		
	المجموع	12258.580	137			
التجنب	ما بين المجموعات	360.162	2	180.081	6.702	0.01
	داخل المجموعات	3627.439	135	26.870		
	المجموع	3987.601	137			
إعادة التقييم المعرفي	ما بين المجموعات	16.294	2	8.147	1.017	0.36
	داخل المجموعات	1081.829	135	8.014		
	المجموع	1098.123	137			
لوم الذات	ما بين المجموعات	169.926	2	84.963	7.549	0.01
	داخل المجموعات	1519.350	135	11.254		
	المجموع	1689.275	137			

نلاحظ من خلال الجدول رقم (129) بأنه لا توجد فروق في أساليب التعامل المركزية على المشكلة راجعة لمتغير المستوى الدراسي، هذا لأن قيمة $F(0.846)$ ، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التوصل إلى أنه توجد فروق في أسلوب حل المشكلة، حيث بلغت قيمة $F(4.144)$ ، وهي دالة عند مستوى

الدلالة (0.01)، وتم التأكيد إلى أنه لا توجد فروق في أسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي ترجع إلى متغير المستوى الدراسي لدى مرضى السكري، حيث قدرت قيمة ($F=1.347$)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وبخصوص الأساليب المركزة على الإنفعال، فقد أظهرت نتائج الدراسة بأنه توجد فروق تعود إلى متغير المستوى الدراسي، حيث بلغت قيمة ($F=7.780$)، وكذلك تم التوصل في أسلوب التجنب، حيث بلغت قيمة ($F=6.702$)، وهما دالين عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التوصل إلى أنه لا توجد فروق في أسلوب إعادة التقييم المعرفي، حيث بلغت قيمة ($F=1.017$)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التأكيد من خلال النتائج المتوصل إليه إلى أنه توجد فروق في أسلوب لوم الذات، حيث بلغت قيمة ($F=7.549$)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، والجدول التالي يبين الفروق لأي مستوى دراسي جاءت.

الجدول رقم(130): يبين الفروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي ترجع للمستوى الدراسي لدى مرضى السكري.

الترتيب	مستوى الدلالة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الفئات العمرية		أساليب التعامل
2	0.18	0.81	1.08	2	1	حل المشكل
	0.12	0.88	-1.37	3		
3	0.18	0.81	-1.08	1	2	
	0.01	0.85	-2.46	3		
1	0.12	0.88	1.37	1	3	
	0.01	0.85	2.46	2		
3	0.01	1.81	-7.15	2	1	الأساليب المركزة على الإنفعال
	0.01	1.96	-4.33	3		
1	0.01	1.81	7.15	1	2	
	0.14	1.90	2.82	3		
2	0.01	1.96	4.33	1	3	
	0.14	1.90	-2.82	2		
3	0.01	1.04	-3.82	2	1	التجنب
	0.01	1.12	-1.93	3		
1	0.01	1.04	3.82	1	2	
	0.01	1.09	1.88	3		
2	0.01	1.12	1.93	1	3	
	0.01	1.09	-1.88	2		
3	0.01	0.67	-2.62	2	1	لوم الذات
	0.01	0.73	-1.48	3		
1	0.01	0.67	2.62	1	2	
	0.01	0.70	1.14	3		
2	0.01	0.73	1.48	1	3	
	0.01	0.70	-1.14	2		

نلاحظ من خلال الجدول رقم (130) بأنه توجد فروق في أسلوب حل المشكل توصلت النتائج إلى أن ذوي المستوى الجامعي أكثر إستخداما له بالمقارنة مع ذوي المستوى التعليمي المتوسط وما دونه وهو (1.37)، وأكبر بـ(2.46) من ذوي المستوى الثانوي، وجاء في المرتبة الثانية ذوي المستوى التعليمي المتوسط وما دونه، لأن الفارق في المتوسط الحسابي أكبر بـ(1.08) من المتوسط الحسابي لدى ذوي المستوى الثانوي، والتي جاءت في المرتبة الأخيرة كأقل فئة إستخداما لأسلوب حل المشكل، وبخصوص الأساليب المركزة على الإنفعال فقد أظهر ذوي المستوى الثانوي على أنهم الأكثر إستخداما لهذه الأساليب حيث بلغ الفرق في المتوسط الحسابي (7.15) بالنسبة لذوي المستوي التعليمي ما دون شهادة التعليم المتوسط، وقدر الفرق بـ(2.82) بالمقارنة مع ذوي المستوى الجامعي، وجاء في المرتبة الثانية ذوي المستوى الجامعي من حيث إستخدام أساليب المركزة على الإنفعال حيث بلغ الفرق في المتوسط الحسابي بـ (4.33) بالمقارنة مع ذوب التعليم ما دون شهادة التعليم المتوسط، والتي جاءت في المرتبة الأخيرة كأقل فئة إستخداما لأساليب التعامل المركزة على الإنفعال، وبخصوص أسلوب التجنب فقد أظهرت فئة ذوي المستوى الثانوي أنهم أكثر إستخداما لهذا الأسلوب بفارق أكبر في المتوسط الحسابي (3.82)، بالمقارنة مع المتوسط الحسابي لدى ذوي المستوى التعليمي ما دون شهادة التعليم المتوسط، وبلغ الفارق مع ذوي المستوى الجامعي (1.88)، وجاءت في المرتبة الثانية ذوي المستوى الجامعي حيث بلغ الفارق في المتوسط الحسابي (1.93) بالمقارنة مع ذوي المستوى الدراسي ما دون شهادة التعليم المتوسط، والتي جاءت أقل الفئات إستخداما لأسلوب التجنب، لأن متوسطها الحسابي أقل بـ(3.82-) عن ذوي المستوى الثانوي، وأقل بفارق (1.93-)، عن ذوي المستوى الجامعي، وأظهرت نتائج المتوصل إليها إلى أن ذوي المستوى الثانوي هم أكثر الفئات إستخداما لأسلوب لوم الذات، وهذا بفارق أكبر في المتوسط الحسابي بلغ (2.62) بالمقارنة مع ذوي المستوى شهادة التعليم المتوسط وما دونه، وبـ(1.14)، بالمقارنة مع ذوي المستوى الدراسي الجامعي،

الشكل رقم (35) بين الفروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي، تعزى للمستوى الدراسي لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري).



نلاحظ من الشكل رقم (35) بأن ذوي المستوى الثانوي هم الأكثر استخداماً لأساليب التعامل المركزة على المشكل، وهذا لدى المرضى المزمنين، وكذلك لدى مرضى ضغط الدم، كما تبين كذلك أن ذوي المستوى الثانوي يستخدمون أسلوب حل المشكل أكثر من المستويات الدراسية الأخرى، وهذا لدى المرضى المزمنين، ومرضى القلب، في حين أن ذوي المستوى الجامعي هم الأكثر استخداماً لأسلوب حل المشكل، وهذا لدى مرضى ضغط الدم، والسكري، بخصوص أسلوب الدعم الاجتماعي فنلاحظ أن ذوي المستوى الجامعي من مرضى القلب هم الأكثر ممارسة لهذا الأسلوب، في حين أن ذوي المستوى الثانوي هم الأكثر استخداماً لهذا الأسلوب من مرضى ضغط الدم، والملاحظ أن كل من ذوي المستوى الجامعي والثانوي، هم الأكثر استخداماً لهذه الأساليب، وهذا ما يقودنا للقول بأن المستوى التعليمي الأقل لا يستطيع أو ليس بمقدوره أن يستخدم أساليب التعامل المركزة على المشكل، وهذا لمتطلباته الفكرية والتخطيطية، التي ربما لا تتوفر عليها ذوي المستوى المتدني، ربما كذلك نتيجة المعلومات المحدودة عن المرضى المزمن الذي أصيبوا به، وبخصوص أساليب التعامل المركزة على الإنفعال، فقد تبين بأن ذوي المستوى الجامعي هم الأكثر استخداماً لها، وهذا لدى المرضى المزمنين، ولدى مرضى القلب، في حين أن الأكثر استخداماً لأساليب التعامل المركزة على الإنفعال هم ذوي ما دون شهادة التعليم المتوسط، وهذا لدى مرضى ضغط الدم، وذوي المستوى الثانوي لدى مرضى السكري، وتبين في أسلوب التجنب أن ذوي المستوى الجامعي هم الأكثر استخداماً له، وهذا لدى مرضى القلب، في حين لدى مرضى ضغط الدم فيستخدمه بشكل واضح ذوي المستوى ما دون شهادة التعليم المتوسط، ولدى مرضى السكري يستخدمه ذوي المستوى الثانوي، وهذا ما يتطابق تماماً مع أسلوب لوم الذات، وهذه النتائج تعبر على الاستخدام لأساليب التعامل المركزة على الإنفعال تستخدم في كل المستويات عندما يعجز الفرد على التكيف مع المشكل، وذهاب نحو حله، وعندما لا تسمح كذلك القدرات المعرفية، والقدرات الجسدية بذلك، وتبين بأن ذوي المستوى الجامعي هم الأكثر استخداماً لأسلوب إعادة التقييم المعرفي، وهذا لدى المرضى المزمنين، وكذلك لدى مرضى القلب، في حين أن ذوي المستوى الثانوي لدى مرضى ضغط الدم هم الأكثر استخداماً لأسلوب إعادة التقييم المعرفي.

وعليه فإن النموذج الحالي يعطينا دليلاً على مدى تأثير المستوى التعليمي على المريض المزمن في كيفية التعامل مع الضغوط النفسية.

من خلال النتائج المتوصل إليها نلاحظ أنه يوجد تعارضت مع دراسة "Cardoom,J" (2014)، و"Twinn,T" (2011)، و"محمد خليل" (2010) و"Ondigi,A" (2009)، و"بشرى إسماعيل" (2008) و"Arbuckle,J.L" (2007)، و"صفاء عجاجة" (2007)، و"عبد الحميد سعيد" (2007) و"إبراهيم حامد

المغربي" (2006)، و"Derks, W" (2005)، و"Penson,DF et al" (2005)، و"جمعة السيد يوسف" (2000) ودراسة "هيريدي عادل" (1996) "Fontant et al" (1987)، في أنه لا توجد فروق في أساليب التعامل مع الضغط النفسي تعزى لمتغير المستوى التعليمي

وتوافق النتائج المتوصل إليه جزئيا مع دراسة "Jodie" (2004) في أن ذوي المستوى الجامعي أكثر إستخداما لأسلوب حل المشكل، وأن ذوي المستوى التعليمي المنخفض يستخدمون أساليب التعامل المركزة على الإنفعال

يرى الباحث في تفسيره للنتائج إلى أنه كلما زاد المستوى التعليمي زاد كيفية التعامل مع الضغوط النفسية، وكلما قل المستوى التعليمي وجد الفرد صعوبة في التعامل مع الضغوط النفسية، وأن الفرد الأكثر تعرضا للضغوط هو الأكثر نقصانا في الكفاءة المعرفية والأكثر اضطرابا وتشويشا في التفكير، أما أصحاب التعليم المنخفض فإنهم يعانون الضغوط النفسية العالية وذلك لعدم معرفتهم بكيفية التعامل مع المواقف الجديدة لذلك يتأثرون ويحاولون الابتعاد عن الناس ويهربون من المواقف التي تدعوهم إلى القلق والتوتر وبالتالي تزيد حدة الأمراض لديهم.

كما أن التعليم يتصل باكتساب المعرفة والمهارة وفهم المجال الاهتمام، كما أن الخبرات التعليمية تزيد من إمكانية الفرد عن التأقلم مع المشكلات وترفع اعتبارات الفرد لذاته وكلها جوانب تساهم في كيفية تجنب الضغوط وكيفية التعامل معها عند وقوعها.

كما أنه كلما زاد التعليم زادت القدرة على التعامل مع الضغوط وكذلك في إدراك طبيعة المرض بشكل جيد، وما هي الأساليب التي تساهم في التخفيف على الضغوط، مع الأخذ درجة وشدة المرض، والذي يتبناها بغية المحافظة على التوازن النفسي وتعديل ردود الأفعال الانفصالية الناتجة عن المرض. ويضيف الباحث بأن المستوى التعليمي يؤثر في إدراك الفرد لمعتقداته المتعلقة بصحته ونتائج أفعاله، فإن المتعلم لسلوكاته واستجاباته نحو الضغط، تنسجم أو تبحت في كيفية المحافظة على صحته، عكس ذوي المستوى التعليمي المتدني الذي ربما لا يدرك كيفية التعامل مع المرض، ولا يملك المعلومات الكافية عن مرضه.

ويعتقد الباحث أن ذوي المستوى التعليمي الثانوي، والجامعي هم الأقدر على التعامل السليم، ولهم القدرة العلمية والعقلية الواعية والمتفهمة لطبيعة المرض، وهذا لأنهم الأكثر إستخداما لأسلوب حل المشكل وأساليب التعامل المركزة على المشكل، وكذلك إعادة التقييم المعرفي، ولأنها تحقق لهم القدرة على التعامل الصحيح، و كما أن التنوع في إستخدام أساليب التعامل مع الضغط النفسي يرجع إلى طبيعة البيئة التي لا تحقق التوافق النفسي والإجتماعي والتكيف الأنسب، وعلى هذا الأساس يلجأ إلى إستخدام أساليب التعامل مع الضغط

النفسي المركزة على الإنفعال، كما أن نزوع ذوي المستوى التعليمي الثانوي والجامعي إلى استخدام أسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي لإعتقادهم في إمكانية وجود أو توافر أشخاص هامين يمكن أن يساعده في تخطي محنة المرض، ويقفون إلى جانبهم في أوقات الأزمات بإعتبارها تلعب دور المخفف على المستوى الجسدي والنفسي، خاصة أن كل من مرضى القلب، ومرض ضغط الدم، لا يحتمل درجة كبيرة من الضغوط، في حين أن استخدام الأساليب المركزة على الإنفعال فتستخدم من طرف كل المستويات التعليمية فمرده إلى أن المرض المزمن هو مرض غير قابل للشفاء مما يجعل استخدامه يتشابه، وهذا لأن البيئة التي يعيش فيها كل المستويات التعليمية متشابهة بدرجة كبيرة، وتلك التعقيدات الاجتماعية لها دور كبير في التأثير على كيفية التعامل مع الضغوط النفسية.

وكخلاصة على ما تم ذكره فإننا يمكن القول بأن أساليب التعامل مع الضغط النفسي تتأثر بالمستوى التعليمي، حيث أنه كلما زاد المستوى التعليمي كلما إتجه الفرد إلى استخدام أساليب التعامل مع الضغط النفسي المركزة على المشكل، وكذلك أسلوب إعادة التقييم المعرفي، في حين أن أساليب التعامل مع الضغط النفسي المركزة على الإنفعال فلم تظهر ذلك التمييز بين المستويات التعليمية.

في الأخير فإننا نقبل بفرضية البحث جزئيا في شقها المتعلق بأنه توجد فروق في الأساليب المركزة على المشكل تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى مرضى القلب، وضغط الدم، وتوجد فروق في كل من بعد حل المشكل، والأساليب المركزة على المشكل تبعا للمستوى التعليمي لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري)، كما توجد فروق في أسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي لدى كل من مرضى القلب، وضغط الدم، وتبين بأنه توجد فروق في كل من أسلوب التجنب، ولوم الذات لدى كل من مرضى القلب، وضغط الدم، ومرضى السكري، وتوصلت النتائج بأنه توجد فروق في أسلوب إعادة التقييم المعرفي لدى المرضى المزمنين، (القلب، ضغط الدم)، وأظهرت النتائج بأنه نقبل الفرضية الصفرية في جزئها المتعلق بأنه لا توجد فروق في بعد الأساليب المركزة على المشكل تعزى للمستوى التعليمي لدى مرضى القلب، وضغط الدم، ولا توجد فروق في أسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي لدى المرضى المزمنين، ومرضى السكري، وتبين بأنه لا توجد فروق في كل من أسلوب التجنب، وأسلوب لوم الذات لدى المرضى المزمنين، ولدى مرضى السكري فيما يخص أسلوب لوم الذات.

03.07.01. عرض وتحليل ومناقشة الفرضية المتعلقة بالفروق في مجالات نوعية الحياة تعزى لمتغير

المستوى الدراسي لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري).

الجدول رقم (131): يمثل تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في مجالات نوعية الحياة تبعاً لمتغير المستوى

الدراسي لدى المرضى المزمنين.

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
المجال الجسمي	ما بين المجموعات	130.299	2	65.150	0.847	0.43
	داخل المجموعات	28780.152	374	76.952		
	المجموع	28910.451	376			
المجال النفسي	ما بين المجموعات	1198.432	2	599.216	3.830	0.01
	داخل المجموعات	58508.889	374	156.441		
	المجموع	59707.321	376			
مجال الاستقلال	ما بين المجموعات	1338.678	2	669.339	4.112	0.01
	داخل المجموعات	60877.157	374	162.773		
	المجموع	62215.836	376			
العلاقات الاجتماعية	ما بين المجموعات	291.290	2	145.645	1.440	0.23
	داخل المجموعات	37825.617	374	101.138		
	المجموع	38116.907	376			
مجال البيئة	ما بين المجموعات	3019.539	2	1509.770	2.115	0.12
	داخل المجموعات	266926.710	374	713.708		
	المجموع	299946.249	376			
مجال المعتقدات	ما بين المجموعات	13.985	2	6.993	0.926	0.39
	داخل المجموعات	2823.452	374	7.549		
	المجموع	2837.438	376			
نوعية الحياة والصحة العامة	ما بين المجموعات	39.586	2	19.793	1.972	0.14
	داخل المجموعات	3752.940	374	10.035		
	المجموع	3792.525	376			

نلاحظ من خلال الجدول رقم (131) بأنه لا توجد فروق في المجال الجسمي راجعة لمتغير المستوى الدراسي، هذا لأن قيمة $F=0.847$ ، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التوصل كذلك إلى أنه توجد فروق في المجال النفسي، حيث بلغت قيمة $F=3.830$ ، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التأكيد إلى أنه توجد فروق في مجال الاستقلال على النفس ترجع إلى متغير المستوى الدراسي لدى مرضى المزمنين، حيث قدرت قيمة $F=4.112$ ، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وبخصوص مجال العلاقات الاجتماعية، فقد أظهرت نتائج الدراسة بأنه لا توجد فروق تعود إلى متغير المستوى الدراسي، حيث بلغت قيمة $F=1.440$ ، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التوصل كذلك إلى أنها لا توجد فروق في

بمجال البيئة حيث بلغت قيمة ($F=2.115$)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وأظهرت النتائج أنه لا توجد فروق في مجال المعتقدات الدينية، حيث بلغت قيمة ($F=0.926$)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التأكيد من خلال النتائج المتوصل إليها إلى أنه توجد فروق في مجال نوعية الحياة والصحة العامة، حيث بلغت قيمة ($F=1.972$)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، والجدول التالي يبين الفروق لأي فئة سنوية جاءت في مجال النفسي والإستقلال.

الجدول رقم(132): يبين الفروق في مجالات نوعية الحياة تعزى للمستوى الدراسي لدى المرضى المزمين.

الترتيب	مستوى الدلالة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الفئات العمرية	أساليب التعامل
1	0.10	1.57	2.53	2	المجال النفسي
	0.01	1.61	4.46	3	
2	0.10	1.57	-2.53	1	
	0.21	1.55	1.93	3	
3	0.01	1.61	-4.46	1	
	0.21	1.55	-1.93	2	
3	0.01	1.60	-4.26	2	مجال الإستقلال
	0.63	1.64	-0.78	3	
1	0.01	1.60	4.26	1	
	0.01	1.58	3.48	3	
2	0.63	1.64	0.78	1	
	0.01	1.58	-3.48	2	

يتبين من خلال عرض النتائج في الجدول رقم (132) بأن الفروق جاء لصالح ذوي المستوى الدراسي ما دون شهادة التعليم المتوسط، كأكثر الفئات إحساساً بنوعية مجال نفسي مرتفعة، وهذا لأن متوسطها الحسابي أكبر بفارق (2.53)، عن ذوي المستوى الثانوي، وأكبر بفارق (4.46)، عن ذوي المستوى الجامعي، وجاءت فئة ذوي المستوى الدراسي الثانوي كأكثر الفئات إحساساً بنوعية مجال نفسي مرتفع، وهذا لأن متوسطها الحسابي أكبر بفارق (1.93)، بالمقارنة مع ذوي المستوى الجامعي، والذي إعتبرت كأقل الفئات إحساساً أو شعوراً بمجال نفسي مرتفع، لأن متوسطها الحسابي أقل بفارق (-4.46) عن ذوي المستوى الدراسي ما دون شهادة التعليم المتوسط، وأقل كذلك ب(-1.93)، عن ذوي المستوى الدراسي الثانوي، وتوصلت النتائج إلى ذوي المستوى الثانوي أكثر الفئات شعوراً بنوعية الإستقلال وهذا لأن متوسطها الحسابي أكبر بفارق (4.26) عن ذوي المستوى الدراسي ما دون شهادة التعليم المتوسط، وأكبر بفارق بلغ (3.48) عن ذوي المستوى الجامعي، الذين إعتبروا كفئة ثانية من حيث الإحساس بنوعية الإستقلال، وهذا لأن متوسطها الحسابي أكبر بفارق قدر ب(0.78)، من ذوي المستوى الدراسي ما دون شهادة التعليم المتوسط، التي جاءت كأقل الفئات إحساساً بنوعية الإستقلال والإعتماد على الذات، لأن متوسطها الحسابي أقل ب(-4.26)، من ذوي المستوى الثانوي، وأقل ب(-0.78)، من ذوي المستوى الجامعي.

الجدول رقم (133): يوضح تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في مجالات نوعية الحياة تبعاً لمتغير المستوى الدراسي لدى مرضى القلب.

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
المجال الجسمي	ما بين المجموعات	186.919	2	39.459	0.968	0.38
	داخل المجموعات	11106.132	115	96.575		
	المجموع	11293.051	117			
المجال النفسي	ما بين المجموعات	70.137	2	35.069	0.234	0.79
	داخل المجموعات	17201.015	115	149.574		
	المجموع	17271.153	117			
مجال الاستقلال	ما بين المجموعات	671.867	2	335.933	3.527	0.01
	داخل المجموعات	10953.455	115	95.247		
	المجموع	11625.322	117			
العلاقات الإجتماعية	ما بين المجموعات	25.571	2	12.786	0.142	0.86
	داخل المجموعات	10326.200	115	89.793		
	المجموع	10351.771	117			
مجال البيئة	ما بين المجموعات	10961.429	2	5480.715	7.082	0.01
	داخل المجموعات	88998.274	115	773.898		
	المجموع	99959.703	117			
مجال المعتقدات	ما بين المجموعات	37.973	2	17.486	2.866	0.06
	داخل المجموعات	701.680	115	6.103		
	المجموع	736.653	117			
نوعية الحياة والصحة العامة	ما بين المجموعات	29.183	2	14.592	1.679	0.19
	داخل المجموعات	999.470	115	8.691		
	المجموع	1028.653	117			

يظهر من خلال الجدول رقم (133) بأنه لا توجد فروق في المجال الجسمي راجعة لمتغير المستوى الدراسي، هذا لأن قيمة $F(0.968)$ ، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التوصل كذلك إلى أنه لا توجد فروق في المجال النفسي، حيث بلغت قيمة $F(0.234)$ ، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التأكيد إلى أنه توجد فروق في مجال الاستقلال ترجع إلى متغير المستوى الدراسي لدى مرضى القلب، حيث قدرت قيمة $F(3.527)$ ، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وبخصوص مجال العلاقات الإجتماعية، فقد أظهرت نتائج الدراسة بأنه لا توجد فروق تعود إلى متغير المستوى الدراسي، حيث بلغت قيمة $F(0.142)$ ، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التوصل كذلك إلى أنه توجد فروق في مجال البيئة حيث بلغت قيمة $F(7.082)$ ، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وأظهرت النتائج أنه لا

توجد فروق في مجال المعتقدات الدينية، حيث بلغت قيمة ($F=2.866$)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التأكيد من خلال النتائج المتوصل إليها إلى أنه لا توجد فروق في مجال نوعية الحياة والصحة العامة، حيث بلغت قيمة ($F=1.679$)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، والجدول التالي يبين الفروق لأي فئة سنية جاءت في مجال الإستقلال والبيئة.

الجدول رقم(134): يبين الفروق في مجالات نوعية الحياة تعزى للمستوى الدراسي لدى المرضى القلب.

الترتيب	مستوى الدلالة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الفئات العمرية		أساليب التعامل
3	0.01	2.16	-4.66	2	1	مجال الإستقلال
	0.01	2.28	-5.59	3		
2	0.01	2.16	4.66	1	2	
	0.67	2.18	-0.92	3		
1	0.01	2.28	5.59	1	3	
	0.67	2.18	0.92	2		
3	0.01	6.17	-9.22	2	1	مجال البيئة
	0.01	6.51	-24.27	3		
2	0.01	6.17	9.22	1	2	
	0.01	6.22	-15.05	3		
1	0.01	6.51	24.27	1	3	
	0.01	6.22	15.05	2		

نلاحظ من خلال الجدول رقم (134) بأن الشعور بنوعية حياة مرتفعة في مجال الإستقلال جاء لذوي المستوى الجامعي، وهذا لأن متوسطها الحسابي أكبر بـ(5.59) عن ذوي المستوى التعليمي المتوسط وما دونه، وبـ(0.92) عن ذوي المستوى الثانوي، التي جاءت في المرتبة الثانية لأن متوسطها الحسابي أكبر بـ(4.66)، عن ذوي المستوى التعليمي المتوسط، التي جاءت كأقل الفئات الدراسية شعورا بنوعية حياة مرتفعة في مجال الإستقلال، لأن متوسطها الحسابي أقل بـ(4.66-) عن ذوي المستوى الدراسي الثانوي، وأقل بـ(5.59-) عن ذوي المستوى الجامعي، وبخصوص النتائج المتوصل إليها في مجال البيئة فجاء لصالح المستوى الدراسي الجامعي، لأن الفرق في المتوسط الحسابي أكبر بـ (24.27) عن ذوي المستوى التعليمي المتوسط وما دونه، جاء أكبر كذلك بـ(15.05) عن ذوي المستوى الثانوي، التي جاءت في المرتبة الثانية، وهذا لأن متوسطها الحسابي أكبر بفارق قدر بـ(9.22) عن المتوسط الحسابي لذوي المستوى التعليمي المتوسط وما دونه، التي جاءت في المرتبة كأقل الفئات شعورا بمجال لبيئة مرتفع لأن متوسطها الحسابي أقل بـ(9.22-) عن ذوي المستوى الثانوي، وأقل بـ(24.27-) عن ذوي المستوى الجامعي.

الجدول رقم (135): يمثل تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في مجالات نوعية الحياة تبعاً لمتغير المستوى الدراسي لدى المرضى ضغط الدم.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
المجال الجسمي	ما بين المجموعات	2	55.193	1.161	0.31
	داخل المجموعات	118	47.531		
	المجموع	120			
المجال النفسي	ما بين المجموعات	2	1888.669	11.532	0.01
	داخل المجموعات	118	163.781		
	المجموع	120			
مجال الاستقلال	ما بين المجموعات	2	1463.268	9.54	0.01
	داخل المجموعات	118	153.298		
	المجموع	120			
العلاقات الاجتماعية	ما بين المجموعات	2	383.259	4.284	0.01
	داخل المجموعات	118	89.461		
	المجموع	120			
مجال البيئة	ما بين المجموعات	2	1048.657	1.434	0.24
	داخل المجموعات	118	731.272		
	المجموع	120			
مجال المعتقدات	ما بين المجموعات	2	12.355	1.431	0.24
	داخل المجموعات	118	8.632		
	المجموع	120			
الصحة العامة	ما بين المجموعات	2	20.960	3.05	0.01
	داخل المجموعات	118	6.877		
	المجموع	120			

يتبين من خلال الجدول رقم (135) بأنه لا توجد فروق في المجال الجسمي راجعة لمتغير المستوى الدراسي، هذا لأن قيمة $F=1.161$ ، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التوصل كذلك إلى أنه توجد فروق في المجال النفسي، حيث بلغت قيمة $F=11.532$ ، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التأكيد إلى أنه توجد فروق في مجال الاستقلال ترجع إلى متغير المستوى الدراسي لدى مرضى ضغط الدم، حيث قدرت قيمة $F=9.54$ ، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وبخصوص مجال العلاقات الاجتماعية، فقد أظهرت نتائج الدراسة بأنه توجد فروق تعود إلى متغير المستوى الدراسي، حيث بلغت قيمة $F=4.284$ ، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التوصل كذلك إلى أنه لا توجد فروق في مجال البيئة حيث بلغت قيمة $F=1.434$ ، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وأظهرت النتائج أنه لا توجد فروق في مجال

المعتقدات الدينية، حيث بلغت قيمة ($F=1.431$)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التأكيد من خلال النتائج المتوصل إليها إلى أنه توجد فروق في مجال نوعية الحياة والصحة العامة، حيث بلغت قيمة ($F=3.05$)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، والجدول التالي يبين الفروق لأي فئة دراسية جاءت في مجال النفسي، والإستقلال، والعلاقات الإجتماعية، ونوعية الحياة والصحة العامة.

الجدول رقم(136): يبين الفروق في مجالات نوعية الحياة ترجع للمستوى الدراسي لدى مرضى ضغط الدم.

نوعية الحياة	الفئات العمرية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى الدلالة	الترتيب
المجال النفسي	1	5.95	3.02	0.01	1
		13.60	2.88	0.01	
	2	-5.95	3.02	0.01	2
		7.65	1.74	0.01	
	3	-13.60	2.88	0.01	3
		-7.67	2.74	0.01	
مجال الإستقلالية	1	-10.57	2.92	0.01	3
		-0.61	2.78	0.82	
	2	10.87	2.92	0.01	1
		10.26	2.65	0.01	
	3	0.61	2.78	0.81	2
		-10.26	2.65	0.01	
مجال العلاقات الإجتماعية	1	-0.86	2.23	0.69	3
		-5.55	2.12	0.01	
	2	0.86	2.23	0.69	2
		-4.68	2.02	0.01	
	3	5.52	2.12	0.01	1
		4.68	2.02	0.01	
مجا نوعية الحياة والصحة العامة	1	-1.20	0.62	0.05	2
		0.08	0.59	0.88	
	2	1.20	0.62	0.05	1
		1.29	0.51	0.01	
	3	-0.08	0.59	0.88	3
		-1.29	0.56	0.01	

نلاحظ من خلال الجدول رقم (136) بأن الشعور بنوعية حياة مرتفعة في المجال النفسي جاء لدى

المستوى ما دون شهادة التعليم المتوسط، وهذا لأن متوسطها الحسابي أكبر ب(5.95) عن ذوي المستوى التعليمي

الثانوي، وب(13.60) عن ذوي المستوى الجامعي، وجاء ذوي المستوى الثانوي في المرتبة الثانية لأن متوسطها

الحسابي أكبر ب(7.65)، عن ذوي المستوى الجامعي، التي جاءت كأقل الفئات الدراسية شعورا بنوعية حياة

مرتفعة في مجال النفسي، لأن متوسطها الحسابي أقل بـ(13.60-) عن ذوي المستوى الدراسي ما دون شهادة التعليم المتوسط، وأقل بـ(7.67-) عن ذوي المستوى الثانوي، وبخصوص النتائج المتوصل إليها في مجال الإستقلالية والإعتماد على الذات فجاء لصالح المستوى الدراسي الثانوي، لأن الفرق في المتوسط الحسابي أكبر بـ(10.87) عن ذوي المستوى التعليمي المتوسط وما دونه، وجاء أكبر كذلك بـ(10.26) عن ذوي المستوى الجامعي، وجاء في المرتبة الثانية، ذوي المستوى التعليمي الجامعي، وهذا لأن متوسطها الحسابي أكبر بفارق قدر بـ(0.61) عن المتوسط الحسابي لذوي المستوى التعليمي ما دون شهادة التعليم المتوسط، التي جاءت في المرتبة كأقل الفئات شعورا بمجال الإستقلالية والإعتماد على الذات مرتفع لأن متوسطا الحسابي أقل بـ(10.57-) عن ذوي المستوى الثانوي، وأقل بـ(0.61-) عن ذوي المستوى الجامعي، وتبين من خلال النتائج المتوصل إليها إلى أن الشعور بنوعية حياة مرتفعة في مجال العلاقات الإجتماعية جاء لذوي المستوى الجامعي، وهذا لأن متوسطها الحسابي أكبر بـ(5.52) عن ذوي المستوى التعليمي ما دون شهادة التعليم المتوسط ، وبـ(4.68) عن ذوي المستوى الثانوي، وجاء ذوي المستوى الثانوي في المرتبة الثانية لأن متوسطها الحسابي أكبر بـ(0.86)، عن ذوي المستوى ما دون شهادة التعليم المتوسط، التي جاءت كأقل الفئات الدراسية شعورا بنوعية حياة مرتفعة في مجال العلاقات الإجتماعية، لأن متوسطها الحسابي أقل بـ(0.86-) عن ذوي المستوى الدراسي الثانوي، وأقل بـ(5.55-) عن ذوي المستوى الجامعي، وتوصلت النتائج إلى أن الشعور بنوعية حياة وصحة عامة مرتفعة جاء لذوي المستوى الثانوي، وهذا لأن متوسطها الحسابي أكبر بـ(1.20) عن ذوي المستوى التعليمي ما دون شهادة التعليم المتوسط ، وبـ(1.29) عن ذوي المستوى الجامعي، وجاء ذوي المستوى التعليمي ما دون شهادة التعليم المتوسط في المرتبة الثانية لأن متوسطها الحسابي أكبر بـ(0.08)، وهذا الفارق غير معبر، وعليه يمكن القول أن كل من ذوي المستوى التعليمي ما دون شهادة المتوسط، والجامعي، هما أقل الفئات شعورا بنوعية حياة وصحة عامة، من ذوي المستوى الثانوي.

الجدول رقم (137): يمثل تحليل التباين الأحادي لمقارنة الفروق في نوعية الحياة تبعاً لمتغير المستوى الدراسي لدى مرضى السكري.

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
المجال الجسمي	ما بين المجموعات	650.236	2	325.118	4.089	0.01
	داخل المجموعات	10732.699	135	79.501		
	المجموع	11382.935	137			
المجال النفسي	ما بين المجموعات	359.862	2	179.931	1.477	0.23
	داخل المجموعات	16448.023	135	121.837		
	المجموع	16807.884	137			
مجال الاستقلال	ما بين المجموعات	20.552	2	10.276	0.067	0.93
	داخل المجموعات	20812.440	135	154.166		
	المجموع	20832.993	137			
العلاقات الاجتماعية	ما بين المجموعات	222.260	2	111.130	1.255	0.28
	داخل المجموعات	11958.733	135	88.583		
	المجموع	12180.993	137			
مجال البيئة	ما بين المجموعات	272.274	2	136.137	1.926	0.15
	داخل المجموعات	5944.718	135	70.702		
	المجموع	9816.993	137			
مجال المعتقدات	ما بين المجموعات	57.315	2	28.658	4.001	0.01
	داخل المجموعات	967.069	135	7.163		
	المجموع	1024.384	137			
نوعية الحياة والصحة العامة	ما بين المجموعات	9.297	2	4.648	0.650	0.52
	داخل المجموعات	964.855	135	7.147		
	المجموع	974.152	137			

نلاحظ من خلال الجدول رقم (137) بأنه توجد فروق في المجال الجسمي راجعة لمتغير المستوى الدراسي، هذا لأن قيمة $F=4.089$ ، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التوصل كذلك إلى أنه لا توجد فروق في المجال النفسي، حيث بلغت قيمة $F=1.477$ ، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التأكيد إلى أنه لا توجد فروق في مجال الاستقلال ترجع إلى متغير المستوى الدراسي لدى مرضى السكري، حيث قدرت قيمة $F=0.067$ ، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وبخصوص مجال العلاقات الاجتماعية، فقد أظهرت نتائج الدراسة بأنه لا توجد فروق تعود إلى متغير المستوى الدراسي، حيث بلغت

قيمة ($F=1.255$)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التوصل كذلك إلى أنه لا توجد فروق في مجال البيئة حيث بلغت قيمة ($F=1.926$)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وأظهرت النتائج أنه توجد فروق في مجال المعتقدات الدينية، حيث بلغت قيمة ($F=4.001$)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وتم التأكيد من خلال النتائج المتوصل إليها إلى أنه لا توجد فروق في مجال نوعية الحياة والصحة العامة، حيث بلغت قيمة ($F=0.658$)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، والجدول التالي يبين الفروق لأي فئة دراسية جاءت في مجال الجسمي و المعتقدات الدينية.

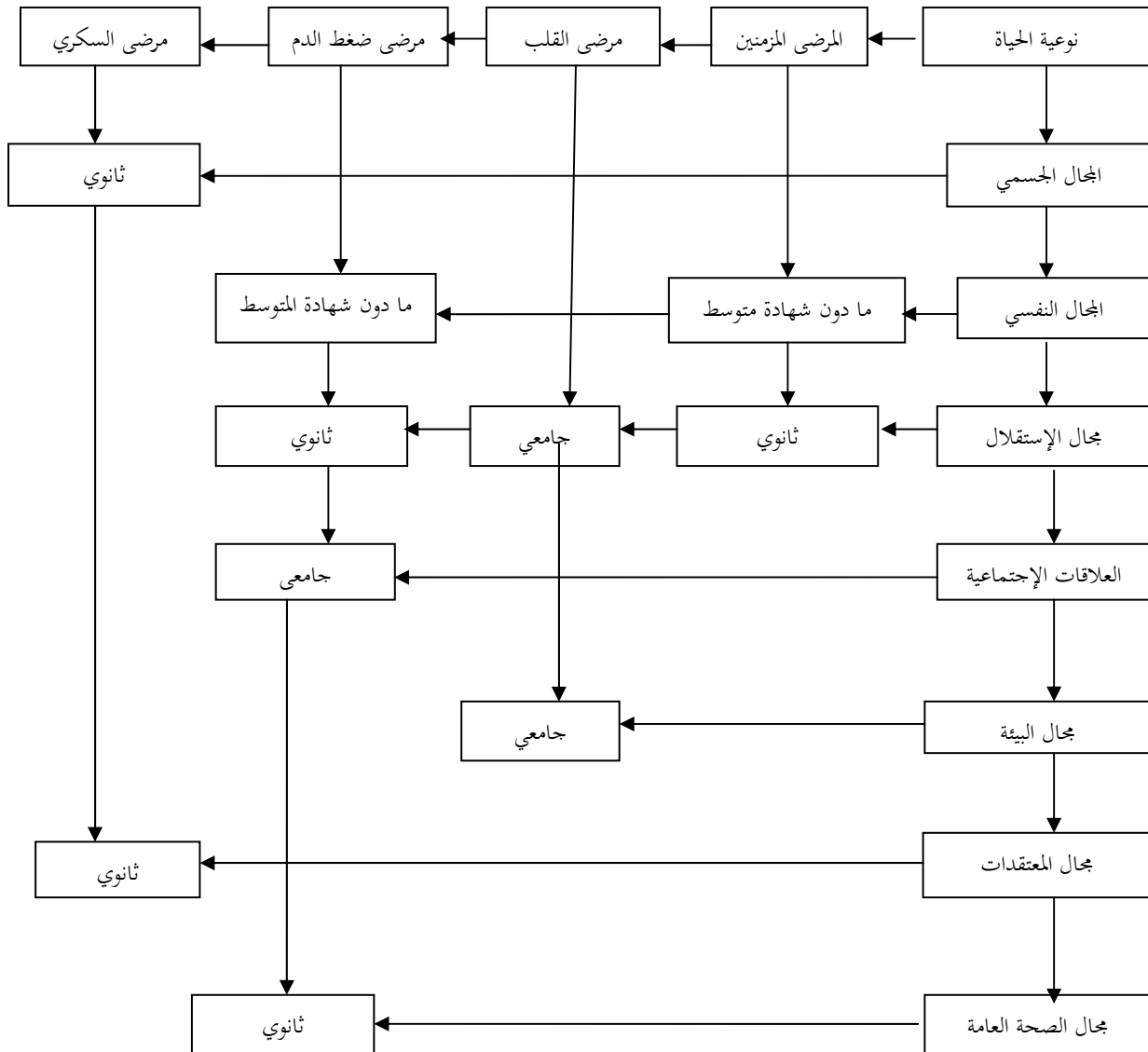
الجدول رقم(138): يبين الفروق في مجالات نوعية الحياة ترجع للمستوى الدراسي لدى مرضى السكري.

نوعية الحياة	الفئات العمرية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى الدلالة	الترتيب
المجال الجسمي	1	2	-4.71	0.01	3
		3	-0.59	0.75	
	2	1	4.71	0.01	1
		3	4.11	0.01	
	3	1	0.59	0.75	2
		2	-4.11	0.01	
مجال المعتقدات الدينية	1	2	-1.07	0.01	2
		3	0.43	0.45	
	2	1	1.07	0.01	1
		3	1.51	0.01	
	3	1	-0.43	0.45	3
		2	-1.51	0.01	

نلاحظ من خلال الجدول رقم (138) بأن الشعور بنوعية حياة مرتفعة في المجال الجسمي جاء لذوي المستوى الثانوي، وهذا لأن متوسطها الحسابي أكبر بـ(4.71) عن ذوي المستوى التعليمي المتوسط وما دونه، وبـ(4.11) عن ذوي المستوى الجامعي، التي جاءت في المرتبة الثانية لأن متوسطها الحسابي أكبر بـ(0.59)، عن ذوي المستوى التعليمي المتوسط وما دونه، التي جاءت كأقل الفئات الدراسية شعورا بنوعية حياة مرتفعة في مجال الجسمي، لأن متوسطها الحسابي أقل بـ(4.71-) عن ذوي المستوى الدراسي الثانوي، وأقل بـ(0.59-) عن ذوي المستوى الجامعي، وبخصوص النتائج المتوصل إليها في مجال المعتقدات الدينية فجاء لصالح المستوى الدراسي الثانوي، لأن الفرق في المتوسط الحسابي أكبر بـ (1.07) عن ذوي المستوى التعليمي المتوسط وما دونه، جاء أكبر كذلك بـ(1.51) عن ذوي المستوى الجامعي، وجاء في المرتبة الثانية، ذوي المستوى التعليمي المتوسط وما دونه، وهذا لأن متوسطها الحسابي أكبر بفارق قدر بـ(0.43) عن المتوسط الحسابي لذوي المستوى التعليمي

الجامعي، التي جاءت في المرتبة كأقل الفئات شعورا بمجال المعتقدات الدينية مرتفع لأن متوسطا الحسابي أقل بـ(1.51-) عن ذوي المستوى الثانوي، وأقل بـ(0.43-) عن ذوي المستوى المتوسط وما دونه.

الشكل رقم (36): يوضح الفروق في نوعية الحياة تبعاً لمتغير المستوى التعليمي، لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري).



نلاحظ من خلال الشكل رقم (36) بأنه لا توجد فروق في البعد الجسمي، ما عدى مرضى السكري، حيث كان ذوي المستوى الثانوي أكثر شعورا بنوعية مجال جسمي مرتفع من الفئتين الأخرتين، أما فيما يخص المجال النفسي، فقد كان ذوي المستوى الدراسي ما دون شهادة التعليم المتوسط الأكثر شعورا بارتفاعه، وهذا لدى المرضى المزمنين ومرضى ضغط الدم، أما بعد الاستقلالية، فقد أظهر ذوي المستوى الجامعي ارتفاعا فيه، وهذا لدى مرضى القلب، في حين ظهر الفرق لدى ذوي المستوى الثانوي لدى كل من المرضى المزمنين وضغط الدم، وبخصوص مجال العلاقات الاجتماعية، فظهر الفرق لصالح ذوي المستوى الجامعي، وهذا لدى مرضى ضغط الدم، وظهر كذلك لدى ذوي المستوى الجامعي، كأكثر الفئات شعورا بمجال بيئي مرتفع، وهذا لدى مرضى القلب، أما

مجال المعتقدات، فظهر الفرق لصالح ذوي المستوى الثانوي لدى مرضى السكري، وبخصوص مجال الصحة العامة بأن ذوي المستوى الثانوي لدى مرضى ضغط الدم هم الأكثر شعورا بارتفاعه.

تبين من خلال النتائج المتوصل إليها المتوصل إليها أنها جاءت مناقضة جزئيا لما توصل إليه كل "Green Woold" (2012)، و"Magilay" (2012)، و"محمد خليل" (2010)، و"بشرى إسماعيل" (2008)، و"صفاء عجاجة" (2007)، و"عبد الحميد سعيد" (2007)، و"Greaser,DS" (2005)، و"Senday" (2003)، و"James Nelson" (2002)، و"Hunberg" (2002)، إلا أنه لا توجد فروق في نوعية الحياة تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

يفسر الباحث النتيجة المتوصل إليها في أن التعليم والتقدم في مراحله يساهم في الرفع من قدرات الفرد فيما يتعلق بجميع نواحي الحياة ويكون بذلك مدركا لمختلف إختلالاتها عكس الفرد الغير المتعلم، لأن المستوى التعليمي المرتفع يساهم في تغيير النظرة إلى مختلف الجوانب الحياتية، ليس في كل الجوانب، وإنما في بعض الجوانب، لأن نوعية الحياة تخضع لتقييم الفرد ضمن السياقات المدركات، وكذلك طريقة تفسيره للمجال والحيز الذي يعيش فيه، والذي يبنى فيه علاقاته، كما أن طريقة التنشئة تساهم بشكل كبير في كيفية نظرة لمختلف جوانب الحياة، التي تعكس مع مرور الوقت نظرنا إلى مختلف التغيرات التي تطرأ على حياتنا، ومدى قدرتنا على مجابهة تلك التحديات، والتغلب عليها.

في الأخير فإننا نقبل بفرضية البحث جزئيا بأنه توجد فروق في نوعية المجال تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى مرضى السكري، وكذلك توجد فروق في نوعية المجال النفسي لدى المرضى المزمنين، ومرضى ضغط الدم، وكذلك توجد فروق في نوعية مجال الإستقلال لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم)، وفي نوعية مجال العلاقات الإجتماعية لدى مرضى ضغط الدم، ولدى مرضى القلب في نوعية المجال البيئي، ولدى مرضى السكري في نوعية مجال المعتقدات الدينية، ولدى مرضى ضغط الدم في نوعية الحياة والصحة العامة، كما أننا نقبل بفرضية البحث الصفيرية التي تنفي أي فروق في المجال الجسمي لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم)، ولا توجد فروق في مجال النفسي لدى مرضى القلب، ومرضى السكري، ولا توجد لدى مرضى السكري في مجال الإستقلال، ولا توجد فروق في بعد العلاقات الإجتماعية في لدى المرضى المزمنين (القلب، السكري)، تبين بأنه لا توجد فروق في نوعية المجال البيئي لدى تعزى للمستوى التعليمي لدى المرضى المزمنين (ضغط الدم، السكري)، ولا توجد فروق لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم) في نوعية المعتقدات الدينية، وتم نفي أي فروق تعزى لمتغير المستوى التعليمي في نوعية الحياة والصحة العامة لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم).

08.01 عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الثامنة:

تنص الفرضية الثامنة على أنه "يوجد تفاعل إيجابي بين كل من الأنماط السلوكية (أ) (ب) وأساليب التعامل مع الضغط النفسي ونوعية الحياة لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم السكري).

ولتحقق من صحة الفرضية تم تبني المقاربة التي يقترحها "Andrew, Heyes" (2013) لفحص العلاقة التفاعلية لمتغيرات الدراسة وهذا ما نوضحه في الجدول التالي:

جدول رقم (139): بين نتائج تحليل المسار للنموذج التفسيري المقترح

المخرجات نوعية المرض						
ملخص النموذج						
p	df2	df1	F	MSE	R-sq	R
,00000	369,00000	7,00000	33,19200	,51446	,25536	,50533
النموذج						
الحد الأدنى	الحد الأعلى	p	t	se	coeff	
2,11484	1,95849	,00000	51,22817	,03976	2,03666	ثابت
-,01866	-,04809	,00001	4,45994	,00748	-,03337	حل المشكلة
,12616	,08289	,00000	9,50155	,01100	,10452	نوعية الحياة والصحة العامة
,00220	,00599	,36290	,91098	,00208	-,00190	التفاعل 1
,34693	,03380	,01731	2,39091	,07962	,19036	نوعية النمط
,10424	,01811	,00549	2,79347	,02190	,06117	التفاعل 2
,00783	,05155	,14852	1,44781	,01510	-,02186	التفاعل 3
,01210	-,00430	,35056	,93469	,00417	,00390	التفاعل 4

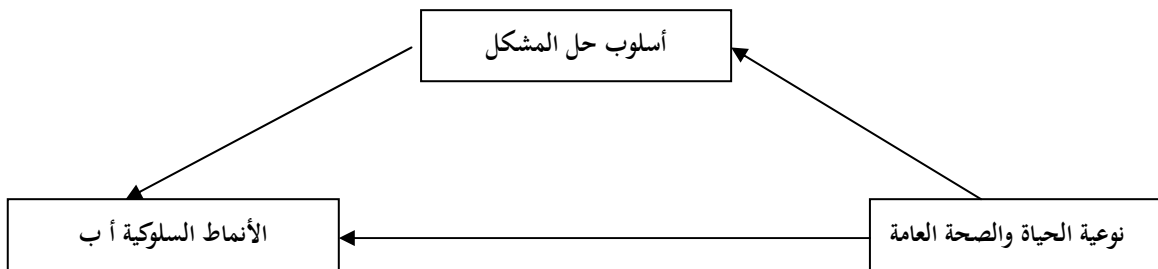
أظهرت عملية التحليل أن أفضل النماذج هو النموذج التفاعلي الذي تكون فيه الصحة العامة المسار الرئيسي (المتغير السببي)، ويكون فيه أسلوب حل المشكلات متغيراً وسيطاً، والنمط السلوكي متغيراً معدلاً، إذ قدر معامل الارتباط بـ (50533, وهو دال عند مستوى الدلالة الإحصائية (0.01)، أي أن النموذج يفسر (25.536%) من التغير في المتغير التابع وهو نوعية المرض، وأن نسبة التأثير الذي يمارسه متغير الصحة

العامة عبر المتغير الوسيط (حل المشكلة) تتأثر بنسبة (19.036 %) بنوعية نمط السلوك كمتغير معدل وفي ما يلي المعادلة التفاعلية، وفي ما يلي المعادلة المفسرة للتفاعل:

$$XMW 0.003MW 1XW-0.020.061XM+ 0.001W - 0.190+M0.033-X 0.104Y^+=2,036+$$

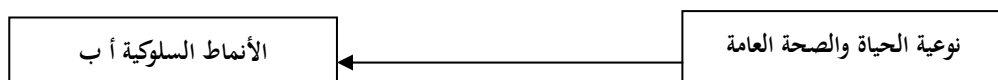
ويمكن تفسير هذه النتيجة في أن أساليب التعامل مع الضغط النفسي ومقدار الضغوط النفسية التي يتعرض لها الفرد، وأن حل المشكل له دور هام في الصحة العامة، وكذلك النمط السلوكي (أ ب)، ويمكن تمثيل هذا بالشكل التالي:

شكل رقم (37): يبين كيفية تفاعل كل من نوعية الحياة والصحة العامة وأسلوب حل المشكل والأنماط السلوكية (أ) (ب).



ومن خلا ما ذكر فإن النظر بصفة طبيعية إلى أن حل المشكل ومقدار وقدرة الفرد في التعامل مع الضغوط عن طريق أسلوب حل المشكل هو الجوهر الأساسي لأن أي تقدم أو أي قيام بعمل ما يعترضه من مشكلات لذا فإن أي عجز أو عدم قدرة على حل المشكلات بنجر الفرد إلى استخدام أساليب أخرى كالإنفعال، والبحث عن الدعم الاجتماعي، إلا أن مقدار الصحة العامة، وكذلك نوعية الحياة التي يدركها الفرد إدراكا ذاتيا هي التي تحدد مدى قدرة الفرد في حل المشكل، وفي الإعتقاد في نمط سلوكي سواء كان من النمط السلوكي (أ)، أو من النمط السلوكي (ب) في قدرة الفرد في استخدام حل المشكل، مع الأخذ بعين الإعتبار الصحة العامة ونوعية الحياة العامة.

كما أن هذا التفاعل بين مختلف المتغيرات يعطينا مسارين هما كالآتي
المسار الأول:



ويفسر هذا المسار أن التقييم الذاتي للفرد لنوعية حياته وصحته العامة يعتبر عامل مهم في تحديد طبيعة النمط السلوكي (أ)، أو (ب)، بمعنى أنه إذا كان الفرد يشعر بنوعية حياة وصحة عامة مرتفعة يستطيع أن يعتقد

في النمط السلوكي (أ)، وإذا كان الفرد يدرك نوعية الحياة والصحة العامة بأنها منخفضة فقد يعتقد ويمارس سلوكيات النمط (ب)، والعكس صحيح.

. المسار الثاني:



في هذا المسار أسلوب حل المشكل له دور في الإعتقاد وممارسة سلوكيات النمط (أ)، أو النمط (ب)، بالإستناد إلى نوعية الحياة والصحة العامة التي يديرها المريض المصاب بمرض مزمن وإن النتيجة المتوصل إليها حول التفاعل بين مختلف المتغيرات (الأنماط السلوكية (أ) (ب)، أساليب التعامل مع الضغط النفسي، نوعية الحياة) أعطت تفاعل إيجابي بين بعض المتغيرات التي بينت كيف يحدث المرضى المزمّن بصفة عامة، كما أنه سوف نتطرق لمقدار تأثير متغيرات البحث، وما هي المتغيرات التي تتنبأ بالمرض المزمن، وهذا لدى مرضى القلب، وضغط الدم، والسكري، وهذا ما يسمح لنا بإعطاء ملمح عام لمجموعة من الخصائص التي يتميز بها كل من مرضى القلب، ومرضى السكري، ومرضى ضغط الدم، والجداول التالية تبين ذلك:

جدول رقم (140): يوضح أكثر العوامل تأثيراً وتنبؤ بمرض القلب.

العوامل						العوامل
6	5	4	3	2	1	المتغيرات
					,894	أسلوب لوم الذات
					,875	أسلوب التجنب
			,319		,866	المركزة على الإنفعال
					-,843	الأنماط السلوكية (أ) (ب)
				,960		أسلوب حل المشكل
				,885		المركزة على المشكل
			,741		-,325	أسلوب إعادة التقييم المعرفي
			,609		,414	أسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي
			,574		,367	نوعية المجال البيئي
		,829				نوعية المجال النفسي
		-,681				نوعية مجال الإستقلال
	,753					نوعية المجال الجسمي
	,632					نوعية مجال العلاقات الاجتماعية
,762						نوعية المعتقدات الدينية
,687						نوعية الحياة والصحة العامة

أسفرت نتائج عملية التحليل العاملي الذي حاولنا من خلاله التقليل من عدد المتغيرات الأصلية إلى عدد قليل من العوامل التي من شأنها أن تقدم وصفا أوضح للعلاقات التي تجمع بين مختلف المتغيرات وبالتالي تحديد ملمح مرض السكري، إلى أن عدد العوامل هو خمسة عوامل تفسر ما نسبته 72.53 % من التباين وتوزع فيها المتغيرات كما يلي:

. العامل الأول: ويتشكل من المتغيرات التالية: لوم الذات ، التجنب، الانفعال، النمط، إعادة التقييم، البيئة

. العامل الثاني وتشكله المتغيرات التالية: التركيز على المشكلة، حل المشكلة

. العمل الثالث وتشكله المتغيرات التالية: إعادة التقييم، الدعم الاجتماعي، البيئة، والانفعال

. العامل الرابع وتشكله المتغيرات التالية: الحالة النفسية، الاستقلالية.

. العامل الخامس وتشكله المتغيرات التالية: الجسم، العلاقات الإجتماعية.

. العامل السادس وتشكله المتغيرات التالية: الدين، الصحة العامة.

ومن خلال العوامل التي ظهرت على أنها الأكثر تأثيرا تنبؤا بمرض القلب، فإننا نلاحظ أن هناك عوامل لها

دور كبير أكثر من غيرها، ومن بين هذه العوامل نجد:

1. أسلوب لوم الذات بمعامل ارتباط بلغ (0.89).

2. أسلوب حل المشكل بمعامل ارتباط بلغ (0.96).

3. أسلوب إعادة التقييم المعرفي بمعامل قدر ب (0.74)

4. نوعية المجال النفسي بمعامل قدر ب (0.82).

5. نوعية المجال الجسمي بمعامل بلغ (0.75).

6. نوعية المعتقدات الدينية بمعامل ارتباط بلغ (0.76)

والملاحظ من خلال إستخراج العوامل الستة (06) الأكثر تأثيراً، وتنبؤاً بمرض القلب هو خلوها من تأثير النمط السلوكي (أ)، أو النمط السلوكي (ب)، وكذلك المتغيرات الوسيطة، والتي هي (الجنس، والسن، والمستوى الإقتصادي، والمستوى التعليمي)، وفي الجدول التالي فيبين العوامل الأكثر تأثيراً وتنبؤاً بمرض ضغط الدم

جدول رقم (141): يوضح أكثر العوامل تأثيراً وتنبؤاً بمرض ضغط الدم.

العوامل					المتغيرات
5	4	3	2	1	
				,925	أسلوب التجنب
				,867	المركزة على الإنفعال
				-,850	المركزة على المشكل
				,844	أسلوب لوم الذات
		,407		-,759	أسلوب حل المشكل
			,330	-,696	أسلوب إعادة التقييم المعرفي
		-,484		-,569	الأنماط السلوكية (أ) (ب)
			,828		السن
			,724		نوعية الحياة والصحة العامة
		,866			أسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي
		,457	-,367		نوعية المجال البيئي
	,815				نوعية المجال الجسمي
,350	-,694				نوعية المعتقدات الدينية
,651					نوعية مجال العلاقات الاجتماعية
,599				,500	نوعية المجال النفسي
,382	,329		,312	-,372	نوعية مجال الإستقلال

أسفرت نتائج عملية التحليل العاملي الذي حاولنا من خلاله التقليل من عدد المتغيرات الأصلية إلى عدد قليل من العوامل التي من شأنها أن تقدم وصفاً أوضح للعلاقات التي تجمع بين مختلف المتغيرات وبالتالي تحديد ملمح مرض السكري، إلى أن عدد العوامل هو خمسة عوامل تفسر ما نسبته 68.73 % من التباين وتوزع فيها المتغيرات كما يلي:

. العامل الأول: ويتشكل من المتغيرات التالية: الانفعال، التجنب، لوم الذات، البحث عن الدعم الاجتماعي، إعادة التقييم، البيئة، الصحة العامة، حل المشكلة، التركيز على المشكلة، إعادة التقييم، الحالة النفسية، والاستقلالية.

. العامل الثاني وتشكله المتغيرات التالية: إعادة التقييم، السن، الصحة العامة، البيئة، الاستقلالية

. العمل الثالث وتشكله المتغيرات التالية: التركيز على المشكلة، النمط، الدعم الاجتماعي، البيئة.

. العامل الرابع وتشكله المتغيرات التالية: الجسم ، التدين، الاستقلالية.

. العامل الخامس وتشكله المتغيرات التالية: التدين، العلاقات الإجتماعية، الحالة النفسية، الاستقلالية.

وعليه ومن خلال العوامل المؤثرة فإن هناك (05) عوامل تتنبأ وتؤثر في مرض ضغط الدم، وهي كالآتي:

1. أسلوب التجنب بمعامل ارتباط بلغ (0.92).

2. السن بمعامل ارتباط بلغ (0.82).

3. البحث عن الدعم الاجتماعي بمعامل ارتباط بلغ (0.86).

4. نوعية المجال الجسمي بمعامل ارتباط بلغ (0.81).

5. نوعية العلاقات الإجتماعية بمعامل ارتباط بلغ (0.65).

ونلاحظ أن هناك عاملين من أساليب التعامل مع الضغط النفسي، وهما التجنب، والبحث عن الدعم الاجتماعي، وكذلك مجالين من مجالات نوعية الحياة، وهما: نوعية المجال الجسمي، وكذلك العلاقات الإجتماعية، كما ظهر متغير مهم وله دور في الإصابة بضغط الدم، وله تأثيري على المصاب بالمرض، كما أن له جزء مهم في التنبؤ بمرض ضغط الدم، وهذا لأن التقدم في السن يؤدي إلى ارتفاع نسبة الإصابة بضغط الدم، إلا أن هذا المرض المزمن أصبح غير مقيد بالسن في الماضي نتيجة التغيرات التي هيمنت على الإنسان، ما أصبحت الضغوط هي المحور الأساسي للإصابة بالأمراض المزمنة، ولهذا يرى الباحث أن نسبة التأثير والتنبؤ بالمرض هي حتمية عند أغلبية البشر لكنها ليس ثابتة، كما أن الشكل الموالي يبين أثر العوامل على مرضى ضغط الدم،

العوامل							العوامل
7	6	5	4	3	2	1	المتغيرات
						,961	أسلوب التجنب
						,881	المركزة على الإنفعال
						,841	المركزة على المشكل
					,500	,536	أسلوب لوم الذات
					,975		أسلوب حل المشكل
					,857		أسلوب إعادة التقييم المعرفي
				,861			الأنماط السلوكية (أ) (ب)
				,614		,468	السن
	- ,401	- ,381		,597			نوعية الحياة والصحة العامة
- ,320				- ,416		,320	أسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي
			,697				نوعية المجال البيئي
			- ,685			- ,301	نوعية المجال الجسمي
		,463	,544				نوعية المعتقدات الدينية
		,780					نوعية مجال العلاقات الإجتماعية
	,918						نوعية المجال النفسي
,912							نوعية مجال الإستقلال

. العامل الأول: ويتشكل من المتغيرات التالية: الانفعال، التجنب، لوم الذات، البحث عن الدعم الاجتماعي، إعادة التقييم، البيئة، الصحة العامة

العامل الثالث وتشكله المتغيرات التالية: النمط، إعادة التقييم، السن، والبيئة

. العامل الرابع وتشكله المتغيرات التالية: الحالة النفسية، الصحة العامة، التدخين

. العامل الخامس وتشكله المتغيرات التالية: السن، التدخين والجسم

. العامل السادس وتشكله المتغيرات التالية: السن والعلاقات الاجتماعية

. العامل السابع وتشكله المتغيرات التالية: البيئة والاستقلالية.

ومن خلال العوامل السبعة (07) التي تبين أن لها تأثير كبير في ظهور مرض السكري، يمكن أن نستخرج

العوامل الأكثر تأثيراً وتنبؤاً بظهور مرض السكري، وهذه العوامل هي:

1. أسلوب التجنب بمعامل ارتباط بلغ (0.96)

2. أسلوب حل المشكل بمعامل ارتباط قدر ب (0.97).

3. الأنماط السلوكية بمعامل ارتباط بلغ (0.86).

4. نوعية المجال البيئي بمعامل ارتباط بلغ (0.69).

5. نوعية العلاقات الاجتماعية بمعامل ارتباط بلغ (0.78).

6. نوعية المجال النفسي بمعامل ارتباط بلغ (0.91).

7. نوعية مجال الإستقلال والإعتماد على الذات بمعامل ارتباط بلغ (0.65).

ويلاحظ أن مرضى السكري شمل جميع متغيرات البحث من الأنماط السلوكية (أ ب)، وأساليب التعامل مع

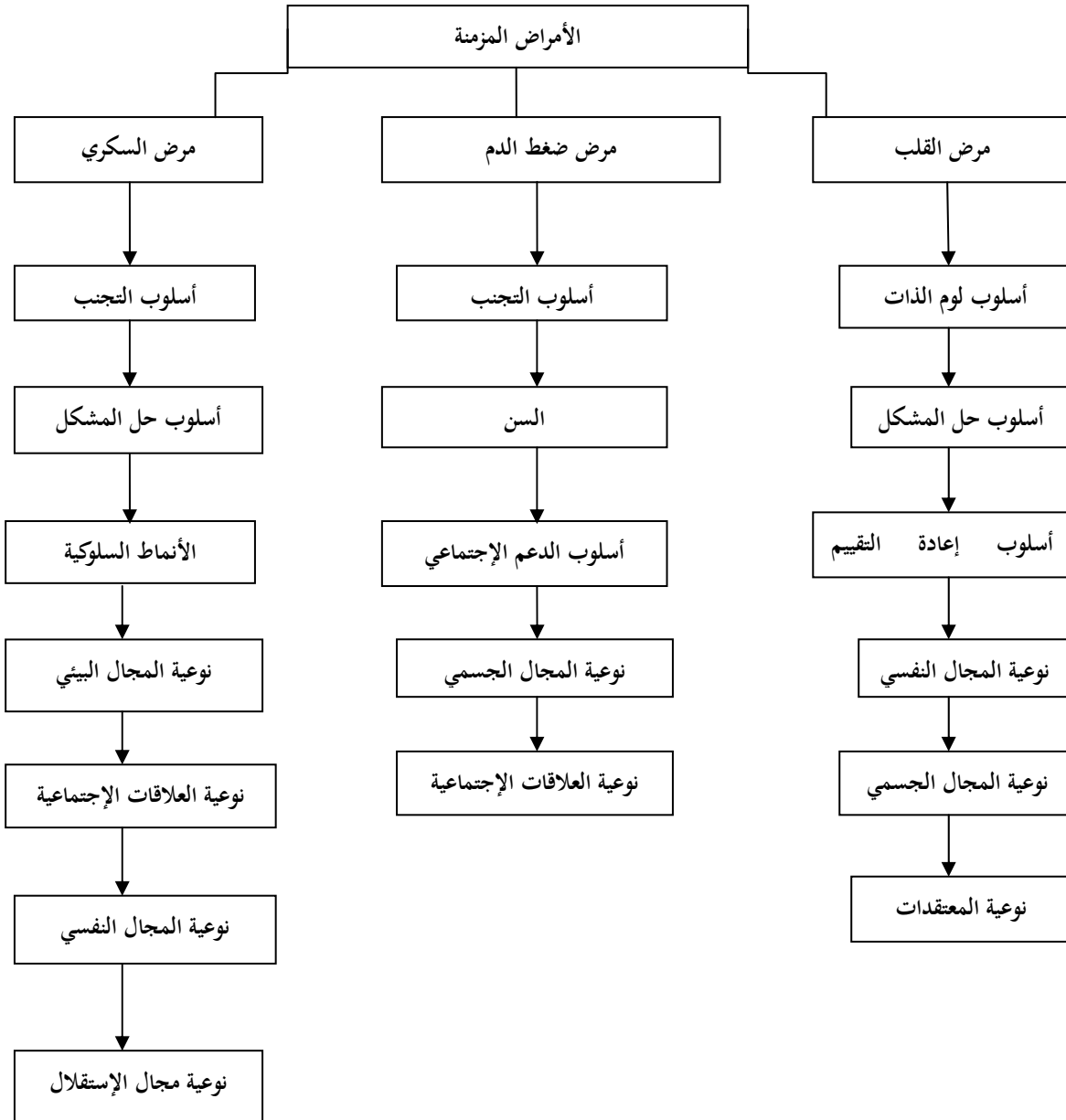
الضغط النفسي (أسلوب التجنب، حل المشكل)، وكذلك نوعية الحياة في كل من مجالات (البيئة، العلاقات

الاجتماعية، النفسي، الإستقلال والإعتماد على الذات)، والشكل التالي يبين المتغيرات الأكثر تأثيراً في مرض

السكري.

من خلال ما ذكر من عوامل المؤثرة والمنبأة بمرض القلب وضغط الدم، والسكري، يمكن إبرازها بالشكل التالي:

شكل رقم (38): يبرز العوامل الأكثر تأثيراً وتنبؤاً بمرض القلب، وضغط الدم، والسكري.



يلاحظ بأنه لا توجد علاقات بين العوامل المؤثرة والمنبأة بمرض من الأمراض المزمنة، وهذا ما توضح لنا بأنه لا توجد عوامل مشتركة بينهم رغم أن هناك تشارك طبي بين هذه الأمراض، حيث أن كل من مرضى ضغط الدم، والسكري، يمكن أن يؤدي إلى اضطرابات قلبية.

كما أن النمط السلوكي (أ)، والنمط (ب) ظهر كعامل مؤثر فقط في مرض السكري، دون مرض ضغط الدم، ومرض القلب، وهذا ما ذهب إليه "Jenkins & David (1974)" إلى أنه من الخطورة على الإعتقاد بأن النمط

السلوكي يرتبط بمرض القلب. (أمال باظة، 2003)، كما أن النتائج المتوصل إليها مناقضة إلى دراسة كل من "Luszczynska et al" (2012)، و"Lawler" (2002)، و"Begsen" (1995)، التي أكدت على أن النمط (أ) يعتبر منبئ بمرض ضغط الدم. (نادرة رشيد عموري، 2007)، وكذلك دراسة "جاسم الأسدي" (2010)، و"syakin, A" (2011)، إلا أن دراسة "محمد أمين محبوب" (2006) أكدت على عدم وجود علاقة بين النمط السلوكي (أ) وضغط الدم، وهذا ما توافق مع النتائج المتوصل إليها، كما أن النتائج المتوصل توافق مع دراسة "Bruk, N et al" (2010) إلى أن النمط السلوكي (ب) يرتبط ويتنبأ بالنمط السلوكي (ب) عكس النمط السلوكي (أ)، الذي لا يتنبأ بمرض السكري، كما أن هناك بعض التوافق بين ما توصلت إليه "روز ماري شاهين" (1992)، وما تم التوصل إليه في نتائجنا، حيث أن هناك خصائص مثل سرعة الاستسلام والإحباط واليأس، والتي يعتقد الباحث أنه يقابلها أسلوب التجنب، كما أن من خصائصها التبعية والتي يقابلها في خصائص المستخرجة نوعية العلاقات الاجتماعية، وكذلك نوعية العلاقات والإعتماد على الذات، وكذلك توصلت إلى أن مريض السكري يصاب بإرهاق نفسي، وهذا يقابله نوعية المجال النفسي.

ويرى الباحث أن النتائج المتوصل إليها في مدى تأثير وتنبؤ الأنماط السلوكية (أ) (ب) بالأمراض المزمنة مرده إلى أن هذه الأنماط ذات منشأ غربي لها بيئتها الخاصة التي تتأثر بنظام اجتماعي، وديني، وسياسي، وحتى إقتصادي يختلف كل الاختلاف عن مجتمعنا سواء من الناحية الدينية وكذلك في نظامنا الاجتماعي وطريقة الحياة، التي تسير الفرد المجتمع، وأن الاختلاف الحاصل يبرز دور النظام الاجتماعي وكل ما يرتبط به أنه يؤثر بطريقة معينة تختلف كل الاختلاف من مجتمع إلى آخر.

كما أن هذه النتائج تعطي نظره واضحة عن مدى تأثير وقدرة أساليب التعامل في التنبؤ بالإصابة بمرض مزمن، لأن مقدار الضغط النفسي، وكيفية التعامل معه هو الذي يكون الحد الفاصل بين المرض والصحة، كما أن تقييم الفرد لنوعية حياته، وكذلك الأنماط السلوكية التي يعتقد فيها الفرد ويمارسها لها ذلك الأثر في الصحة والمرض.

في الأخير نقبل بفرضي البحث التي تؤكد على أن هناك تفاعل إيجابي بين الأنماط السلوكية (أ) (ب)، وأساليب التعامل مع الضغط النفسي، ونوعية الحياة لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري).

02. الإستنتاج العام للبحث:

من خلال نتائج البحث الميدانية، وبعد قيام الباحث بتحليل كامل لبيانات الجداول السابقة الذكر توصل هذا الأخير إلى نتائج تمثلت في ما يلي:

01. نصت الفرضية الأولى على أنه توجد علاقة بين الأنماط السلوكية (أ) (ب)، و(منخفضي، ومتوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل مع الضغط النفسي لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري)، وتم التوصل إلى النتائج التالية:

. تبين من خلال النتائج المتوصل إليها بأنه توجد علاقة بين النمط السلوكي (أ) و(منخفضي ومتوسطي، ومرتفعي) أساليب التعامل المركزة على المشكل لدى مرضى المزمنين، وهذا ما توافق مع مرضى القلب، ومرضى ضغط الدم، وكذلك مرضى السكري، وتبين كذلك من خلال تحليل الفروق إلى أن ذوي النمط السلوكي يستخدمون أساليب التعامل المركزة على المشكل بشكل مرتفع لدى المرضى المزمنين ومرضى السكري، في حين إتجه مرضى القلب ذوي النمط السلوكي (أ) إلى إستخدام متوسط، ومرتفع، في حين أن مرضى ضغط الدم إتجهوا إلى إستخدام منخفض ومرتفع.

. توصلت النتائج إلى أنه توجد علاقة بين النمط السلوكي (أ) وأسلوب المشكل لدى المرضى المزمنين ومرضى ضغط الدم، في حين لم تظهر علاقة لدى كل من مرضى القلب ومرضى السكري، وجاء الفرق لصالح المنخفضين في أسلوب حل المشكل ذوي النمط السلوكي (أ) لدى المرضى المزمنين وهذا ما توافق جزئيا كذلك مع مرضى ضغط الدم، الذين يستخدمون أسلوب حل المشكل بشكل منخفض، وبشكل مرتفع.

. بخصوص بعد البحث عن الدعم الاجتماعي، فقد توصلت النتائج إلى أنه توجد علاقة بين النمط (أ)، والبحث عن الدعم الاجتماعي، لدى المرضى المزمنين، وهذا ما تم التوصل إليه لدى مرضى القلب، وكذلك لدى مرضى ضغط الدم، ومرضى السكري، وظهر أن ذوي النمط السلوكي (أ) يستخدمون بشكل منخفض أسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي وهذا لدى المرضى المزمنين، وهذا ما توافق كذلك لدى مرضى القلب، وتأكد كذلك لدى مرضى ضغط الدم، ومرضى السكري.

. توجد علاقة بين النمط السلوكي (ب) وعلاقته بأساليب التعامل المركزة على المشكل، وهذا لدى كل من مرضى المزمنين، ومرضى القلب، ومرضى ضغط الدم، ومرضى السكري، وتبين من خلال النتائج المتوصل إليها أن ذوي النمط السلوكي (ب) يستخدمون بشكل متوسط الأساليب المركزة على المشكل، وهذا لدى المرضى المزمنين، وهذا ما توافق مع مرضى السكري، في حين أن مرضى ضغط الدم ذوي النمط السلوكي (ب) يستخدمون الأساليب المركزة على المشكل بشكل منخفض، ومتوسط، وبشكل مرتفع لدى مرضى القلب.

. تبين من خلال النتائج بأنه توجد علاقة بين النمط السلوكي (ب) وأسلوب حل المشكل لدى المرضى المزمنين وضغط الدم، في حين لم تظهر علاقة بين النمط السلوكي (ب) وأسلوب حل المشكل لدى مرضى القلب، والسكري، وتبين بأن ذوي النمط السلوكي (ب) يستخدمون بشكل منخفض أسلوب حل المشكل وهذا لدى كل من المرضى المزمنين، وكذلك مرضى ضغط الدم.

. تبين من خلال النتائج بأنه توجد علاقة بين النمط السلوكي (ب) وأسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي لدى المرضى المزمنين، ولدى مرضى القلب و ضغط الدم والسكري، وعن الفروق، فقد توجه ذوي النمط السلوكي (ب) إلى الاستخدام مرتفع لأسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي، وهذا ما توافق مع المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري).

. تم التوصل من خلال النتائج بأنه توجد علاقة بين النمط السلوكي (أ) وأساليب التعامل المركزة على الانفعال لدى المرضى المزمنين، ومرضى القلب، ومرضى ضغط الدم، ومرضى السكري، وتبين من خلال تحليل النتائج بأن ذوي النمط السلوكي (أ) يستخدمون بشكل مرتفع الأساليب المركزة على الانفعال، وهذا لدى المرضى المزمنين ومرضى القلب، في حين أن مرضى ضغط الدم، ومرضى السكري.

. توجد علاقة بين النمط السلوكي (أ) وأسلوب التجنب لدى المرضى المزمنين، ومرضى القلب، ومرضى ضغط الدم، ومرضى السكري، وتبين من خلال تحليل الفروق أن المرضى المزمنين ذوي النمط السلوكي (أ) يستخدمون بشكل منخفض أسلوب التجنب، وهذا ما توافق كذلك لدى مرضى القلب، وكذلك لدى مرضى ضغط الدم. توصلت الدراسة إلى أنه توجد علاقة بين النمط السلوكي (أ) وإعادة التقييم المعرفي لدى المرضى المزمنين، ومرضى القلب، ومرضى ضغط الدم ومرضى السكري، وتبين من خلال تحليل الفروق بأن المرضى المزمنين ذوي النمط (أ) يستخدمون أسلوب إعادة التقييم المعرفي بشكل مرتفع، وهو كذلك ما تمّ التوصل إليه لدى مرضى القلب، وكذلك لدى مرضى ضغط الدم، ومرضى السكري

. تمّ التوصل إلى أنه توجد علاقة بين النمط السلوكي (أ) وأسلوب لوم الذات لدى المرضى المزمنين، ومرضى القلب، ومرضى ضغط الدم، ومرضى السكري، ومن خلال تحليل الفروق توصلت النتائج إلى أن المرضى المزمنين ذوي النمط السلوكي (أ) يستخدمون بشكل منخفض لأسلوب لوم الذات، وهذا ما توافق مع مرضى ضغط الدم، وكذلك مرضى القلب، ومرضى السكري.

. توجد علاقة بين النمط السلوكي (ب) والأساليب المركزة على الانفعال لدى المرضى المزمنين، ومرضى القلب، ومرضى ضغط الدم ومرضى السكري، وظهر الفرق لصالح أن ذوي النمط (ب) يستخدمون الأساليب المركزة على الانفعال بشكل منخفض وهذا لدى المرضى المزمنين، وهذا ما توافق مع مرضى القلب وكذلك لدى مرضى ضغط الدم، ومرضى السكري.

. أظهرت النتائج بأنه توجد علاقة بين النمط السلوكي (ب)، وأسلوب التجنب، وهذا لدى المرضى المزمنين، ومرضى القلب، وضغط الدم، ومرضى السكري، وتبين من خلال تحليل الفروق بأن ذوي النمط السلوكي (ب) يستخدمون بشكل مرتفع لأسلوب التجنب، وهذا ما توافق لدى مرضى القلب، ومرضى ضغط الدم، والسكري. توصلت النتائج إلى أنه توجد علاقة بين النمط السلوكي (ب)، وأسلوب إعادة التقييم المعرفي لدى المرضى المزمنين، ومرضى القلب، وكذلك لدى مرضى ضغط الدم، ومرضى السكري، وظهر الفرق لدى المرضى المزمنين ذوي النمط السلوكي (ب)، في أنهم يستخدمون أسلوب إعادة التقييم المعرفي بشكل منخفض بدرجة كبيرة، وهذا ما توافق تمامًا مع مرضى القلب، ومرضى ضغط الدم، وكذلك مرضى السكري.

. تبين من خلال تحليل النتائج بأنه توجد علاقة بين النمط السلوكي (ب) وأسلوب لوم الذات لدى المرضى المزمنين، ولدى مرضى ضغط الدم، ولدى مرضى القلب، والسكري، وتبين أن ذوي النمط السلوكي (ب) من المرض المزمنين يستخدمون أسلوب لوم الذات بشكل مرتفع بدرجة كبيرة، وهذا ما توافق مع مرضى القلب، ومرضى ضغط الدم، ومرضى السكري.

02. نستنتج من الفرضية التي بحثت العلاقة والفروق بين الأنماط السلوكية (أ) ، (ب) و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين (مرضى القلب، ضغط الدم، السكري)، وبعد تحليل ومناقشة النتائج تم التوصل إلى مايلي

. توجد علاقة بين الأنماط السلوكية (أ)، (ب) والمنخفضين والمتوسطين، والمرتفعين في نوعية المجال الجسمي لدى المرضى المزمنين، ومرضى ضغط الدم، ومرضى السكري، والقلب، وتبين أن الفرق ظهر في أن ذوي النمط السلوكي (أ)، يشعرون بانخفاض نوعية المجال الجسمي، وهذا لدى كل من المرضى المزمنين، والقلب، وضغط الدم، في حين أن مرضى السكري من النمط (أ) فيشعرون بنوعية مجال جسمي متوسط، في حين أن ذوي النمط السلوكي (ب)، فهم يشعرون بنوعية الحياة في المجال الجسمي متوسطة، وهذا لدى المرضى المزمنين، ومرضى القلب، وضغط الدم، أما مرضى السكري ذوي النمط السلوكي (ب) فقد جاءت أن نوعية المجال الجسمي منخفضة.

. توصلت النتائج إل أنه لا توجد علاقة بين الأنماط السلوكية (أ) (ب) ونوعية المجال النفسي، لدى المرضى المزمنين، وكذلك لدى مرضى القلب، وضغط الدم، والسكري، وظهر الفرق في أن ذوي النمط السلوكي (أ) يشعرون بمجال نفسي منخفض وهذا لدى المرضى المزمنين، وكذلك لدى مرضى القلب، وضغط الدم، في حين أن مرضى السكري من النمط (أ) فيشعرون بنوعية مجال نفسي متوسط، أما ذوي النمط السلوكي (ب) فيشعرون بنوعية مجال نفسي متوسط، وهذا لدى كل من المرضى المزمنين، وكذلك لدى مرضى القلب، أما مرضى ضغط الدم، والسكري فيشعرون بنوعية مجال نفسي منخفض.

. تبين بأنه لا توجد علاقة بين الأنماط السلوكية (أ). (ب) ونوعية مجال الاستقلال لدى المرض المزمنين، وكذلك لدى مرضى ضغط الدم، وهذا ما توافق كذلك مع مرضى السكري، في حين أن أظهرت بأنه توجد علاقة بين الأنماط السلوكية (أ) (ب) ونوعية مجال الاستقلال، لدى مرض القلب، وظهر أن مرضى القلب ذوي النمط السلوكي (أ)، يشعرون بمجال استقلال منخفض، وهو كذلك لدى مرضى القلب ذوي النمط السلوكي (ب).

. أظهرت النتائج الكلية إلى أنه لا توجد علاقة بين الأنماط السلوكية (أ) (ب) و (منخفض، متوسط ومرتفعي) العلاقات الاجتماعية لدى المرضى المزمنين، ومرضى القلب، وكذلك مرضى السكري، في حين تبين بأنه توجد علاقة لدى مرضى ضغط الدم، وتبين أن مرضى ضغط الدم ذوي النمط السلوكي (أ)، والنمط (ب)، نوعية العلاقات الاجتماعية يتراوح بين الإرتفاع والإنخفاض، في حين أن مرضى ضغط الدم من النمط (ب) فيشعرون بنوعية مجال العلاقات الإجتماعية مرتفع.

. تم إيجاد علاقة بين الأنماط السلوكية (أ). (ب) ومجال البيئة لدى المرضى المزمنين، ومرضى القلب، ومرضى ضغط الدم، وكذلك لدى مرضى السكري، ومن خلال تحليل الفروق أظهرت النتائج بأن المرضى المزمنين ذوي النمط

السلوكي (أ) يشعرون بمجال بيئي منخفض، وهذا ما تمّ التوصل إليه كذلك لدى مرضى القلب، وكذلك لدى مرضى ضغط الدم، وكذلك لدى مرضى السكري، وبخصوص المرضى المزمنين ذوي النمط السلوكي (ب)، فهم يشعرون بمجال بيئي متوسط، وهذا ما توافق مع مرضى القلب، وكذلك مرضى ضغط الدم، في حين أن مرضى السكري ذوي النمط السلوكي (ب) فيشعرون بمجال بيئي منخفض.

. لا توجد علاقة بين الأنماط السلوكية (أ. ب) ونوعية المعتقدات الدينية لدى المرضى المزمنين، وكذلك لدى مرضى ضغط الدم ومرضى السكري، في حين تمّ التوصل إلى أنه توجد علاقة بين الأنماط السلوكية (أ) (ب) ومجال المعتقدات الدينية لدى مرضى القلب، وتبين أن كل من ذوي النمط (أ)، والنمط (ب) يشعرون بمجال ديني متوسط.

تبين من خلال النتائج الكلية إلى أنه توجد علاقة بين الأنماط السلوكية (أ) (ب)، ونوعية الحياة العامة والصحة العامة لدى المرضى المزمنين، (القلب، ضغط الدم، السكري)، تبين من خلال تحليل الفروق أن كل المرضى المزمنين (القلب، السكري) يشعرون بنوعية حياة عامة، وصحة عامة منخفضة، في حين أن مرضى ضغط الدم فيشعرون بإنخفاضها وتوسطها، أما ذوي النمط السلوكي (ب) من المزمنين، ومرضى القلب فهي متوسطة، في حين أنها منخفضة ومتوسطة لدى مرضى ضغط الدم، والسكري.

03. بعض تحليل ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة التي تنص على أنه توجد علاقة بين أساليب التعامل مع الضغط النفسي المركزة على المشكل، والمركزة على الإنفعال، و(منخفضين متوسطين مرتفعي) مجالات نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين (مرضى القلب، السكري، ضغط الدم)، تمّ التوصل إلى النتائج التالية:

. توجد علاقة بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل المركزة على المشكل، و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) المجال الجسمي لدى المرضى المزمنين، في حين لم تظهر علاقة لدى مرضى القلب، والسكري، وضغط الدم، وبالنسبة للفروق فقد أظهر المستخدمين لأساليب التعامل المركزة على المشكل من المرضى المزمنين، بأنهم يشعرون بنوعية حياة منخفضة في مجال الجسم، وهذا ما تمّ التوصل إليه لدى متوسطي، ومرتفعي استخدام أساليب التعامل المركزة على المشكل.

. لا توجد علاقة بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل مع الضغط النفسي المركزة على المشكل، (منخفضي، متوسطي، مرتفعي)، نوعية المجال النفسي لدى المرضى المزمنين، ولدى مرضى القلب، في حين تبين بأنه توجد علاقة لدى مرضى ضغط الدم والسكري في أساليب التعامل المركزة على المشكل، وتبين من خلال تحليل الفروق في أن منخفضي الاستخدام لأساليب التعامل مع الضغط النفسي المركزة على المشكل يشعرون بنوعية مجال نفسي متوسطة، وهذا ما توافق كذلك مع مرضى السكري، في حين أن المتوسطي الاستخدام يشعرون بنوعية مجال نفسي منخفضة لدى مرضى ضغط الدم، ومتوسطة لدى مرضى السكري، أما مرتفعي الاستخدام لأساليب التعامل مع الضغط النفسي المركزة على المشكل فيشعرون بنوعية مجال نفسي منخفض، وهذا لدى مرضى ضغط الدم، ومرضى السكري.

. لا توجد علاقة بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل المركزة على المشكل، و (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجال الاستقلال لدى المرضى المزمنين، ومرضى القلب، ومرضى ضغط الدم، وكذلك مرضى السكري.

. توجد علاقة بين (منخفضي، مرتفعي، متوسطي) أساليب التعامل المركزة على المشكل و (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجال العلاقات الاجتماعية لدى المرضى المزمنين، ومرضى القلب، ومرضى ضغط الدم، وكذلك مرضى السكري، وأظهر المنخفضين في استخدام أساليب التعامل المركزة على المشكل بإنخفاض نوعية العلاقات الاجتماعية لدى مرضى القلب، ومرضى ضغط الدم، ومرضى السكري، ، في حين أظهر منخفضوا الاستخدام من المرضى المزمنين عدم الوجود في الإحساس بنوعية العلاقات الاجتماعية، حيث تراوحت ما بين الإنخفاض، والإرتفاع، في حين أن مرضى السكري كانت مرتفعة، كما تبين أن المتوسطين في استخدام أساليب التعامل المركزة على المشكل، يشعرون بمجال علاقات مرتفعة، وهذا لدى المرضى المزمنين، في حين أن مرضى القلب أظهروا مجال علاقات مرتفع، أما مرضى ضغط الدم فيشعرون بنوعية حياة منخفضة، وهذا ما توافق مع مرضى السكري، وتبين أن مرتفعي الاستخدام لأساليب التعامل المركزة على المشكل يشعرون بنوعية علاقات منخفضة، وهذا لدى المرضى المزمنين، ومرضى السكري، وتبين أن مرضى القلب يشعرون بمجال علاقات إجتماعية مرتفعة، وكذلك لدى مرضى ضغط الدم.

. توجد علاقة بين الأساليب التعامل المركزة على المشكل (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) نوعية المجال البيئي لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري)، فقد إتجه ذوي المستوى المنخفض في استخدام أساليب التعامل المركزة على المشكل، بتوسط مستوى البيئة لدى المرضى المدمنين، ومرضى السكري، في حين أن المنخفضين في استخدام أساليب التعامل المركزة على المشكل لدى مرضى القلب، وضغط الدم، فيشعرون بمجال بيئي مرتفع، أما بخصوص متوسطي استخدام أساليب التعامل المركزة على المشكل يشعرون بمجال بيئي متوسط، وهذا لدى المرضى المزمنين، في حين أن متوسطي الاستخدام لأساليب التعامل المركزة على المشكل لدى كل من مرضى القلب، وضغط الدم، فيشعرون بنوعية مجال بيئي مرتفع، في حين أن مرضى السكري يشعرون بمجال بيئي منخفض، وتبين بالنسبة للمرتفعين في استخدام أساليب التعامل المركزة على المشكل بأنهم يشعرون بنوعية حياة في المجال البيئي منخفضة، وهذا لدى المزمنين، ومرضى القلب، ومرضى ضغط الدم، وكذلك تأكد لدى مرضى السكري.

. لا توجد علاقة بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل المركزة على المشكل، و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجال المعتقدات الدينية لدى المرضى المزمنين، ومرضى القلب، ومرضى ضغط الدم ولدى مرضى السكري.

. لا توجد علاقة بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل المركزة على المشكل و(منخفض، متوسطي، مرتفعي) نوعية الحياة والصحة العامة لدى المرضى المزمنين، في حين توجد لدى مرضى القلب ومرضى ضغط الدم ومرضى السكري، وجاءت الفروق في أن منخفضي الاستخدام لأساليب التعامل المركزة على المشكل يشعرون بنوعية حياة وصحة عامة مرتفعة، وهو كذلك لدى متوسطي الاستخدام لأساليب التعامل المركزة على المشكل

وهذا لدى مرضى القلب، وضغط الدم، والسكري، في حين أن مرتفعي الاستخدام لأساليب التعامل المركزة على المشكل فيشعرون بنوعية حياة وصحة عامة منخفضة.

. توجد علاقة بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل المركزة على الانفعال، و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) نوعية المجال الجسمي لدى المرضى المزمنين، ومرضى ضغط الدم، ومرضى السكري، في حين لا توجد علاقة لدى مرضى القلب، وبخصوص الفروق، فقد تبين أن منخفضي استخدام أساليب التعامل المركزة على الانفعال يشعرون بانخفاض نوعية المجال الجسمي، لدى المرضى المزمنين، في حين كان متوسط لدى مرضى ضغط الدم، ومرتفعة لدى مرضى السكري كما أن المتوسطين في استخدام أساليب التعامل المركزة على الانفعال يشعرون بمجال جسمي منخفض لدى المرضى المزمنين، ومتوسطة لدى مرضى ضغط الدم، وكذلك لدى مرضى السكري، وبخصوص المرتفعين في استخدام الأساليب المركزة على الانفعال، فقد أظهروا إحساساً منخفضاً في نوعية المجال الجسمي، وهذا لدى المرضى المزمنين، ومرضى ضغط الدم، ومرضى السكري.

. لا توجد علاقة بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل المركز على الانفعال، و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) نوعية المجال النفسي لدى المرضى المزمنين، في حين توجد علاقة لدى كل من مرضى السكري، والقلب، وضغط الدم، وجاءت الفروق لدى منخفضي استخدام أساليب التعامل المركزة يشعرون بمجال نفسي متوسط لدى مرضى القلب ومرضى ضغط الدم، في حين لدى مرضى السكري هو مجال نفسي مرتفع، وبخصوص متوسطي استخدام أساليب التعامل المركزة على الانفعال فهم يشعرون بنوعية مجال نفسي متوسط وهذا لدى مرضى القلب، في حين لدى مرضى السكري، وضغط الدم يشعرون بمجال نفسي منخفض، وبخصوص مرتفعي الأساليب المركزة على الانفعال، فهم يشعرون بمجال نفسي منخفض، لدى مرضى (القلب، ضغط الدم، السكري)

. لا توجد علاقة بين منخفضي، متوسطي، مرتفعي أساليب التعامل المركز على الانفعال (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) نوعية المجال الاستقلال لدى المرضى المزمنين، ولدى مرضى القلب، ومرضى ضغط الدم والسكري.

. لا توجد علاقة بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل المركزة للانفعال، و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) نوعية مجال العلاقات الاجتماعية لدى المرضى المزمنين، والقلب، وضغط الدم، في حين توجد علاقة لدى مرضى السكري، وبخصوص الفروق فقد أظهر المنخفضين، والمتوسطين في استخدام الأساليب شعوراً مرتفعاً في مجال العلاقات الاجتماعية، في حين المرتفعون في استخدام الأساليب يشعرون بعلاقات اجتماعية منخفضة.

. توجد علاقة بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل المركزة على الانفعال، و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) نوعية المجال البيئي لدى المرضى المزمنين، وضغط الدم، وكذلك القلب، والسكري، وبخصوص متوسطي استخدام أساليب التعامل المركزة على الانفعال، فقد أظهر بدرجة كبيرة شعوراً بانخفاض وتوسط المجال البيئي لدى المرضى المزمنين، وذهب المرضى المزمنين، مرضى ضغط الدم، والسكري إلى الشعور بنوعية بيئة منخفضة، في حين أن مرضى القلب كانوا

متوسطي الإحساس بنوعية المجال البيئي، وأظهرت النتائج إلى أنه توجد فروق لدى المرتفعين في استخدام أساليب التعامل المركزة على الانفعال بشعورهم بنوعية مجال بيئي منخفض لدى المرضى المزمنين، ومرضى (القلب، السكري، ضغط الدم).

. لا توجد علاقة بين (منخفض، متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل المركزة على الانفعال، و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) نوعية مجال المعتقدات الدينية لدى المرضى المزمنين، ومرضى القلب، ومرضى ضغط الدم، لدى مرضى السكري.

. لا توجد علاقة بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) أساليب التعامل المركزة على الانفعال و (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجال نوعية الحياة والصحة العامة لدى المرضى المزمنين، في حين توجد علاقة لدى مرضى القلب، وضغط الدم، والسكري، وظهت الفروق في أن المنخفضين في استخدام أساليب التعامل المركزة على الانفعال يشعرون بنوعية حياة وصحة عامة مرتفعة لدى مرضى القلب والسكري، ومتوسطة لدى مرضى ضغط الدم، وبخصوص متوسطي الاستخدام لأساليب التعامل المركزة على الانفعال يشعرون بنوعية حياة وصحة عامة متوسطة لدى مرضى القلب، ونخفضة ومتوسطة إلى حد ما لدى مرضى ضغط الدم، في حين أن مرضى السكري فقد أظهروا من خلال النتائج أنهم يشعرون بنوعية حياة منخفضة، وتمّ التوصل إلى أن المرتفعين في استخدام أساليب التعامل المركزة على الانفعال يشعرون بانخفاض نوعية الحياة والصحة العامة لدى (مرضى القلب، ضغط الدم، مرضى السكري).

04. توصلت النتائج المتعلقة بعرض وتحليل الفرضية المتعلقة بوجود فروق في كل من الأنماط السلوكية (أ) (ب)، وأساليب التعامل مع الضغط النفسي، ونوعية الحياة تعزى لمتغير الجنس، وهذا لدى كل من المرضى المزمنين، ومرضى القلب، وضغط الدم، والسكري، حيث تمّ التوصل إلى النتائج التالية:

0104. توجد فروق في النمط السلوكي (أ) بين الذكور والإناث لصالح الذكور لدى المرضى المزمنين وهذا ما توافق لدى مرضى القلب ومرضى ضغط الدم، في حين لم تظهر فروق بين الجنسين في النمط السلوكي (أ) لدى مرضى السكري، أما بخصوص النمط السلوكي (ب) والفروق بين الجنسين فلم تظهر الفروق بين الجنسين لدى مرضى المزمنين وهذا ما توافق مع مرضى ضغط الدم، ومرضى السكري، في حين تمّ التوصل إلى أنه توجد فروق بين الجنسين في النمط السلوكي (ب) لصالح الإناث لدى مرضى القلب،

0204. يستخدم الذكور كل من الأساليب المركزة على المشكل وحل المشكل، وهذا ما تأكد كذلك لدى مرضى القلب في بعد حل المشكل، وتأكد كذلك لدى مرضى ضغط الدم الذين يستخدمون أسلوب المركزة على المشكل وحل المشكل، وكذلك يستخدم الذكور حل المشكل أكثر من الإناث لدى مرضى السكري وبخصوص أسلوب الدعم الاجتماعي فقد أظهرت الإناث استخدام هذا الأسلوب لدى المرضى المزمنين ولدى مرضى القلب، ولدى مرضى السكري، ولم تظهر فروق لدى مرضى ضغط الدم.

. بخصوص الأساليب المركزة على الانفعال لدى المرضى المزمنين، فقد أظهرت الإناث استخداماً أكثر من الذكور وهذا ما توافق كذلك لدى مرضى القلب ومرضى الضغط ومرضى السكري. أما فيما يخص الأبعاد كبعد التجنب

فقد اتجهت الإناث لاستخدام هذا الأسلوب لدى المرضى المزمنين، ولدى مرضى القلب ولدى مرضى ضغط الدم ولدى مرضى السكري كذلك، وتبين من خلال النتائج المتوصل إليها في بعد إعادة التقييم المعرفي إلى أنه لا توجد فروق بين الجنسين لدى المرضى المزمنين، وهذا كذلك لدى مرضى القلب، في حين ظهرت فروق لدى مرضى ضغط الدم لدى الذكور كأكثر فئة استخداما من الإناث، في حين ظهر الفرق لدى الإناث لدى مرضى السكري.

نستنتج مما سبق أن الذكور يفضلون استخدام الأساليب المركزة على المشكل أكثر من الإناث في حين تميل الإناث إلى توظيف الأساليب المركزة على الانفعال والمساندة الاجتماعية.

03.04. لا توجد فروق بين الجنسين في نوعية الحياة (المجال الجسمي) لدى المرضى المزمنين وهذا ما توافق كذلك لدى مرضى القلب، وكذلك لدى مرضى ضغط الدم وكذلك مرضى السكري، وفيما يخص المجال النفسي فقد أظهرت النتائج بأنه لا توجد فروق تعزى لمتغير الجنس لدى المرضى المزمنين، وهذا ما توافق مع مرضى القلب ومرضى ضغط الدم، واختلف مع مرضى السكري، في حين تبين أن الذكور لديهم نوعية حياة مرتفعة في المجال النفسي منه لدى الإناث، أما بخصوص بعد الاستغلال والاعتماد على الذات، فلم تظهر فروق بين الجنسين لدى المرضى المزمنين، ومرضى القلب، ومرضى السكر. في حين تمّ التوصل إلى أنه توجد فروق بين الجنسين لصالح الذكور لدى مرضى ضغط الدم، وتبين من خلال تحليل النتائج إلى أنه لا توجد فروق بين الجنسين لدى المرضى المزمنين، وكذلك مرضى القلب ومرضى السكري. في حين ظهرت فروق لدى مرضى ضغط الدم لصالح الذكور. وبخصوص مجال البيئة، فقد أظهرت فروق بين الجنسين لصالح الإناث لدى المرضى المزمنين، وهذا ما توافق مع مرضى القلب وكذلك مرضى ضغط الدم وكذلك لدى مرضى السكري، وتمّ التأكد بأنه لا توجد فروق في مجال المعتقدات الدينية بين الجنسين لدى المرضى المزمنين، وكذلك لدى مرضى القلب ومرضى ضغط الدم، وهذا ما تأكد مع مرضى السكري. وبخصوص بعد نوعية الحياة والصحة العامة نستنتج بأنه لا توجد فروق بين الجنسين لدى المرضى المزمنين وكذلك مرضى القلب ومرضى ضغط الدم، ومرضى السكري.

05. نصت الفرضية الخامسة على أنه توجد فروق في كل من الأنماط السلوكية (أ)، و(ب)، وأساليب التعامل مع الضغط النفسي، ونوعية الحياة تعزى لمتغير المرحلة العمرية لدى المرضى المزمنين، ومرضى القلب، ومرضى ضغط الدم، والسكرين حيث تمّ التوصل إلى النتائج التالية:

01.05. لا توجد فروق في النمط السلوكي (أ) تعزى لمتغير الفئة العمرية أو المرحلة العمرية لدى المرضى المزمنين وهذا ما توافق مع مرضى القلب ومرضى ضغط الدم وكذلك مرضى السكري، وبخصوص النمط السلوكي (ب) فلم توجد فروق تعزى لمتغير الفئة العمرية لدى المرضى المزمنين ومرضى القلب، ومرضى ضغط الدم، في حين ظهرت فروق الفئة لصالح فئة الكهول كأكثر الفئات ممارسة لسلوكيات النمط (ب) بالمقارنة مع الشباب والمسنين، وهذا لدى مرضى السكري

02.05. من خلال النتائج المتوصل إليها بأنه لا توجد فروق في الأساليب المركزة على المشكل تعزى لمتغير الفئة العمرية لدى المرضى المزمين، وهذا ما توافق مع مرضى القلب، ومرضى ضغط الدم، وكذلك مرضى السكري، وبخصوص يبعد حل المشكل فقد أظهرت النتائج بأنه لا توجد فروق تعزى لمتغير الفئة العمرية لدى المرضى المزمين، وكذلك لدى مرضى القلب، وكذلك لدى مرضى السكري، وعلى عكس ذلك أظهرت النتائج بأنه توجد فروق لدى مرضى ضغط الدم في أسلوب حل المشكل تُعزى لمتغير الفئة العمرية، والتي أظهرت أن فئة الشباب أكثر استخدامًا لأسلوب حل المشكل، ثم تلتها فئة المسنين، ثم جاءت فئة الكهول كأقل الفئات استخدامًا لأسلوب حل المشكل، وأظهرت النتائج بأنه توجد فروق في أسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي تعزى لمتغير الفئة العمرية لدى المرضى المزمين وجاء لصالح فئة الكهول كأكثر الفئات استخدامًا لأسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي، وهذا ما توافق مع مرضى ضغط الدم، وتعارض مع مرضى القلب التي جاءت الفروق لصالح فئة الشباب كأكثر الفئات استخدامًا لأسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي، في حين على عكس ذلك ظهرت الفروق لصالح فئة المسنين كأكثر الفئات استخدامًا لأسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي لدى مرضى السكري.

. تبين من خلال تحليل نتائج الفروق في أساليب التعامل المركزة على الانفعال تُعزى لمتغير الفئة العمرية، توصلت النتائج إلى أنه توجد فروق لدى المرضى المزمين لدى فئة الكهول كأكثر الفئات استخدامًا لدى المرضى المزمين لدى فئة الكهول كأكثر الفئات استخدامًا لهذه الأساليب، وهذا ما توافق مع مرضى القلب، ومرضى ضغط الدم وكذلك مرضى السكري وبخصوص الأبعاد المكونة، ومن خلال تحليل النتائج بأنه توجد فروق في بعد التجنب تعزى لمتغير الفئة العمرية لدى المرضى المزمين، حيث جاءت فئة الكهول كأكثر الفئات استخدامًا لهذا الأسلوب، ثم تلتها فئة المسنين وجاءت في المرتبة الثالثة فئة الشباب، وهذا ما توافق مع مرضى القلب وضغط الدم في أن فئة الكهول أكثر استخدامًا لأسلوب التجنب، وعلى عكس ذلك أظهرت النتائج بأنه لا توجد فروق في أسلوب التجنب لدى مرضى السكري تعزى لمتغير الفئة العمرية، وتبين من خلال النتائج المتوصل إليها بأنه توجد فروق في أسلوب إعادة التقييم المعرفي تعزى لمتغير الفئة العمرية، وتبين من خلال النتائج المتوصل إليها بأنه توجد فروق في أسلوب إعادة التقييم المعرفي لدى مرضى القلب، في حين أظهرت كذلك بأن فئة الشباب هم أكثر الفئات استخدامًا لأسلوب إعادة التقييم المعرفي لدى مرضى القلب، في حين كان فئة الكهول لدى مرضى السكري هم أكثر الفئات استخدامًا لأسلوب إعادة التقييم المعرفي، وتبين بأنه توجد فروق في أسلوب لوم الذات لدى المرضى المزمين لفئة الكهول كأكثر الفئات استخدامًا لهذا الأسلوب، وهذا ما توافق كذلك مع مرضى القلب، وكذلك مرضى ضغط الدم، في حين تبين بأنه لا توجد فروق في أسلوب لوم الذات لدى مرضى السكري.

03.05. نستنتج من خلال النتائج المتوصل إليها بأنه تمّ التوصل إلى أنه لا توجد فروق في نوعية الحياة لدى المرضى المزمين في كل من المجال الجسمي، وهذا ما توافق مع مرضى السكري، واختلف مع مرضى القلب الذي تمّ التوصل إلى وجود فروق لصالح فئة الكهول كأكثر الفئات إحساسًا بنوعية مجال جسمي أفضل، وهذا ما توافق

مع مرضى ضغط الدم في شق بأنه توجد فروق في المجال الجسمي، واختلفت من حيث الفئة، حيث أن فئة الشباب هم أكثر الفئات إحساساً بنوعية مرتفعة في المجال الجسمي بالمقارنة مع الفئتين الأخيرتين، وبخصوص بعد المجال النفسي، فلم تظهر فروق تعزى لمتغير الفئة العمرية لدى المرضى المزمنين، وكذلك مرضى ضغط الدم، وكذلك مرضى السكري، في حين تمّ التوصل إلى أنّه توجد فروق في المجال النفسي تعزى لمتغير الفئة العمرية لدى مرضى القلب، حيث جاءت فئة الشباب كأكثر الفئات إحساساً بارتفاع نوعية الحياة في المجال النفسي وأظهرت النتائج بخصوص مجال الاستقلال بأنه لا توجد فروق تعزى لمتغير الفئة العمرية لدى كل من المرضى المزمنين ومرضى القلب، السكري، ضغط الدم، وتمّ التوصل في النتائج الحالية إلى أنّه لا توجد فروق في بعد العلاقات الاجتماعية تعزى لمتغير الفئة العمرية لدى المرضى المزمنين، وهذا ما توافق مع مرضى ضغط الدم، وكذلك مرضى السكري وتعارض مع مرضى القلب، الذين تمّ التوصل إلى وجود فروق تعزى لمتغير الفئة العمرية لصالح فئة المسنين كأكثر الفئات شعوراً بنوعية حياة مرتفعة في مجال العلاقات الاجتماعية.

. بخصوص مجال البيئة، فقد أظهرت النتائج بأنه توجد فروق في مجال البيئة تعزى لمتغير الفئة العمرية لدى المرضى المزمنين، حيث جاءت فئة الكهول كأكثر الفئات إحساساً بمجال بيئة مرتفع، وهذا ما توافق مع مرضى ضغط الدم، في حين تعارضت مع نتائج كل من مرضى القلب ومرضى السكري، اللتين توصلتا إلى عدم وجود فروق في مجال البيئة تعزى لمتغير الفئة العمرية، ومن خلال النتائج المتوصل إليها تمّ التأكد من أنه توجد فروق في مجال المعتقدات الدينية تعزى لمتغير الفئة العمرية لدى المرضى المزمنين وجاء الفرق لصالح فئة الشباب كأكثر الفئات إحساساً بنوعية حياة مرتفعة مقارنة بالفئتين الأخيرتين، وهذه النتيجة توافقت مع مرضى السكري في شق بأنه توجد فروق تعارضت معها من حيث الفئة، حيث أن الفئة الأكثر إحساساً بنوعية حياة مرتفعة في مجال المعتقدات الدينية هي فئة المسنين، ولم تصل النتائج إلى وجود فروق في مجال المعتقدات الدينية تُعزى لمتغير الفئة العمرية لدى مرضى القلب وضغط الدم، وبخصوص البعد الأخير والذي يعطينا تصور فروق تعزى لمتغير الفئة العمرية لدى المرضى المزمنين ولدى مرضى القلب، ولدى مرضى السكري، في حين تبين بأنه توجد فروق في مجال المعتقدات الدينية تُعزى لمتغير الفئة العمرية لدى مرضى ضغط الدم، لصالح فئة المسنين كأكثر الفئات إحساساً بنوعية حياة وصحة عامة مرتفعة.

06. بعد عرض وتحليل الفرضية المتعلقة بالتحقق من وجود فروق في كل من الأنماط السلوكية (أ) (ب)، وأساليب التعامل مع الضغط النفسي، ونوعية الحياة تعزى لمتغير المستوى الإقتصادي لدى كل من مرضى المزمنين، ومرضى القلب، وضغط الدم، ومرضى السكري، تمّ التوصل إلى النتائج التالية:

0106. يستنتج مما تم ذكره بأنه لا توجد فروق في النمط السلوكي (أ) تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي لدى المرضى المزمنين، وهذا ما توافق كذلك لدى مرضى القلب واختلف مع مرضى ضغط الدم التي توصلت نتائجها إلى أنه توجد فروق في الاعتقاد في سلوكيات النمط (أ) تعزى للمستوى الاقتصادي، حيث جاء الفرق لصالح فئة المستوى الاقتصادي المتوسط ثم الضعيف ثم ذوي المستوى الجيد، وهذا ما توافق مع ذوي مرض السكري في شقه الأول بأنه توجد فروق في الاعتقاد في سلوكيات النمط (أ) وأن الفرق جاء للفئة المستوى الاقتصادي الجيد ثم

تلتها ذوي المستوى الاقتصادي الضعيف، وأخيراً ذوي المستوى الاقتصادي المتوسط بخصوص النمط السلوكي (ب) فقط أظهرت النتائج المتوصل إليها بأنه توجد فروق في النمط السلوكي (ب) تُعزى لمتغير المستوى الاقتصادي لدى المرضى المزمنين حيث جاءت فئة المستوى الاقتصادي المتوسط كأكثر الفئات اعتقاداً في سلوكيات النمط (ب) ثم تلتها تماماً مع مرضى الدم، وتوافق بشكل جزئي مع مرضى القلب، حيث كان ذوي المستوى الاقتصادي الضعيف أكثر اعتقاداً في ممارسة سلوكيات النمط (ب) ثم تلتها فئة المستوى الاقتصادي (ب) تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي لدى مرضى السكري.

0206. نستنتج من خلال النتائج بأنه لا توجد فروق في الأساليب المركزة على المشكل تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي لدى المرضى المزمنين، وكذلك مرضى السكري، في حين تمّ التوصل إلى أنه توجد فروق في أساليب التعامل المركزة على المشكل تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي لدى مرضى القلب، بحيث جاء الفرق لصالح فئة المتوسطين، ثم جاءت فئة المستوى الاقتصادي الجيد وتلتها فئة المستوى الاقتصادي الضعيف، وتوافقت هذه النتيجة مع مرضى ضغط الدم، بأنه توجد فروق في أساليب التعامل المركزة على المشكل لكن اتجاه ذوايا لمستوى الاقتصادي الجيد إلى استخدام أكثر لأساليب التعامل المركزة على المشكل ثم تلتها فئة المتوسطين ثم الضعيفين اقتصادياً، وبخصوص بعد حل المشكل فقد أظهرت النتائج بأنه توجد فروق لدى المرضى المزمنين حيث الفرق لصالح فئة المستوى الاقتصادي الجيد كأكثر الفئات استخداماً له، وهذا ما توافقت تماماً مع مرضى ضغط الدم، أما مرضى القلب فجاء الفرق لصالح الفئة الاقتصادية المتوسطة كأكثر الفئات استخداماً لأسلوب حل المشكل، في حين ظهر الفرق لدى مرضى السكر لصالح الفئة الاقتصادية الضعيف، وتبين من خلال فحص النتائج بأنه توجد فروق في أسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي لدى المرضى المزمنين، حيث ظهر الفرق لصالح الفئة ذات المستوى الاقتصادي الضعيف كأثر الفئات استخداماً لأسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي، وهذا ما توافقت تماماً مع مرضى ضغط الدم، واختلف مع مرضى السكري، حيث جاءت فئة المستوى الاقتصادي المتوسط كأكثر الفئات استخداماً لأسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي، ولم تظهر النتائج بأنه توجد فروق في أسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي تُعزى لمتغير المستوى الاقتصادي لدى مرضى القلب.

. تم التوصل إلى أنه توجد فروق في الأساليب المركزة على الانفعال تُعزى لمتغير المستوى الاقتصادي لدى المرضى المزمنين، وجاء الفرق لصالح ذوي المستوى الاقتصادي الضعيف، وهذا ما توافقت تماماً مع مرضى القلب مرضى ضغط الدم، أما بخصوص مرضى السكري فقد جاءت فئة المستوى الاقتصادي المتوسط كأكثر الفئات استخداماً لأساليب المركزة على، وبخصوص الأبعاد، فقد أظهرت النتائج بأنه توجد فروق في أسلوب التجنب تُعزى لمتغير المستوى الاقتصادي لدى المرضى المزمنين، حيث جاء الفرق لصالح فئة المستوى الاقتصادي الضعيف كأكثر الفئات استخداماً لأسلوب التجنب، على عكس مرضى القلب فقد جاءت فئة الجيدين اقتصادياً كأكثر الفئات استخداماً لأسلوب التجنب، أما بخصوص مرضى ضغط الدم فقد جاءت الفئة الاقتصادية الضعيفة كأكثر الفئات استخداماً لأسلوب التجنب، أمام مرضى السكري فقد جاءت فئة المتوسطين كأكثر الفئات الاقتصادية استخداماً لأسلوب التجنب.

. من خلال النتائج المتوصل إليها نلاحظ بأنه توجد فروق في أسلوب إعادة التقييم المعرفي تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي لدى المرضى المزمين، حيث ظهر الفرق لصالح ذوي المستوى الاقتصادي المتوسط، ثم تلتها فئة المستوى الاقتصادي الجيد، وأخيراً فئة المستوى الاقتصادي الضعيف بأقل الفئات اعتقاداً أو ممارسة لأسلوب إعادة التقييم المعرفي، وهذا ما توافق تماماً مع مرضى القلب، في حين لم تتوصل النتائج إلى وجود فروق في أسلوب التقييم المعرفي تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي لدى مرضى ضغط الدم، والسكري، وتبين من خلال النتائج بأنه توجد فروق في أسلوب لوم الذات تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي لدى المرضى المزمين حيث جاءت فئة المستوى الاقتصادي الضعيف كأكثر الفئات استخداماً لأسلوب الذات، وهذا ما توافق مع مرضى ضغط الدم، أما مرضى القلب، فقد جاءت فئة المستوى الاقتصادي الجيد في المرتبة الأولى، وأظهرت النتائج بخصوص مرضى السكري بأن الفئة ذات المستوى الاقتصادي المتوسط هي الأكثر استخداماً لأسلوب لوم الذات.

03.06. تم التوصل إلى وجود فروق في المجال النفسي تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي لدى المرضى المزمين، حيث ظهر الفرق لصالح ذوي المستوى الاقتصادي المتوسط كأكثر الفئات إحساساً بنوعية مجال جسمي، وهذا ما توافق تماماً مع مرضى السكري، في حين لم تظهر فروق في نوعية المجال الجسمي لدى مرضى القلب، وضغط الدم، وتبين بأنه توجد فروق في المجال النفسي تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي، وهذا لدى المرضى المزمين، وكذلك لدى مرضى القلب، وضغط الدم، وهذا لصالح المستوى الاقتصادي الضعيف كأكثر الفئات إحساساً بنوعية مجال نفسي مرتفع، في حين لم تظهر فروق لدى مرضى السكري تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي، وتبين بأنه لا توجد فروق في نوعية مجال الاستقلال تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي لدى المرضى المزمين مجتمعين، وكل من مرضى القلب، وضغط الدم، والسكري، وأظهرت النتائج بأنه لا توجد فروق في مجال نوعية العلاقات الاجتماعية تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي لدى المرضى المزمين، وهذا ما توافق مع نتائج مرضى القلب، وضغط الدم، وكذلك مرضى السكري، وتبين من خلال النتائج كذلك بأنه توجد فروق في نوعية المجال البيئي تعزى للمستوى الاقتصادي لدى كل من المرضى المزمين (القلب، ضغط الدم)، وتبين أن ذوي المستوى الاقتصادي الضعيف هم الأكثر شعوراً بنوعية مجال بيئي مرتفع، في حين لم تظهر فروق في نوعية المجال البيئي تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي لدى مرضى السكري، وبخصوص الفروق في مجال المعتقدات الدينية تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي فلم تظهر فروق لدى المرضى المزمين وكذلك لدى مرضى القلب، وكذلك لدى مرضى ضغط الدم، في حين على العكس، تمّ التوصل إلى أنّه توجد فروق تعزى للمتغير الاقتصادي في مجال نوعية المعتقدات الدينية لدى مرضى السكري، حيث جاء الفرق لصالح فئة المستوى الاقتصادي المتوسط كأكثر الفئات إحساساً وممارسة للمعتقدات الدينية، وجاءت ثمانية فئة المستوى الاقتصادي الضعيف، وكأقل فئة إحساساً وممارسة للمعتقدات الدينية جاء ذوي المستوى الاقتصادي الجيد، وتبين من خلال النتائج كذلك بأنه لا توجد فروق في مجال نوعية الحياة والصحة العامة تعزى للمستوى الاقتصادي لدى المرضى المزمين، وكذلك مرضى القلب، وكذلك مرضى السكري، إلاّ أنّه تمّ التوصل إلى وجود فروق في مجال نوعية الحياة والصحة العامة لدى مرضى ضغط الدم تعزى للمستوى الاقتصادي، حيث جاءت فئة ذوي المستوى الاقتصادي المتوسط كأكثر الفئات إحساساً

بنوعية حياة وصحة عامة مرتفعة، ثم تلتها فئة المستوى الاقتصادي الجيد، وكأقل فئة إحساسًا بنوعية حياة وصحة عامة جاءت فئة ذوي المستوى الاقتصادي الضعيف.

07. من خلال عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية السابعة التي تنص على وجود فروق في كل من الأنماط السلوكية (أ) (ب)، وأساليب التعامل مع الضغط النفسي، ونوعية الحياة تعزى لمتغير المستوى الدراسي لدى كل من مرضى المزمين، ومرضى القلب، وضغط الدم، ومرض السكرى، تم التوصل إلى النتائج التالية:

01.07. لا توجد فروق في سلوكيات النمط (أ) تعزى لمتغير المستوى الدراسي لدى المرضى المزمين وهذا ما توافق مع مرضى القلب، وكذلك مع مرضى السكرى، في حين تمّ التوصل إلى أنّه توجد فروق في سلوكيات النمط (أ) تُعزى لمتغير المستوى الدراسي، حيث جاء المستوى الدراسي الجامعي، فأكثر الفئات أو المستويات اعتقاداً في سلوكيات النمط (أ)، ثم تلتها فئة المستوى الثانوي، وكأقل المستويات الدراسية ممارسة لسلوكيات النمط (أ) جاءت فئة ما دون شهادة المتوسط، أما بخصوص الفروق في النمط السلوكي (ب) تُعزى لمتغير المستوى الدراسي، فقد تمّ التوصل إلى عدم وجود فروق لدى المرضى المزمين في سلوكيات النمط (ب) تُعزى لمتغير المستوى الدراسي، وهذا ما توافق مع مرضى السكرى، في حين تمّ التوصل إلى أنّه توجد فروق في سلوكيات النمط (ب) راجعة للمستوى الدراسي، حيث تبين أن ذوي المستوى الثانوي هم أكثر اعتقاداً في سلوكيات النمط (ب)، ثم ذوي المستوى الجامعي، ثم ذوي المستوى الدراسي ما دون شهادة المتوسط، كأقل فئة اعتقاداً في ممارسات سلوكيات النمط (ب)، في حين أن الفروق لدى مرضى ضغط الدم ظهرت لصالح ذوي المستوى الدراسي ما دون شهادة التعليم المتوسط، ثم تلتها فئة المستوى الثانوي، وأخيراً فئة المستوى الجامعي كأقل الفئات استخداماً لسلوكيات النمط (ب).

02.07. نستنتج من خلال النتائج المتوصل إليها إلى أنّه توجد فروق في الأساليب المركزة على المشكل تُعزى لمتغير المستوى الدراسي لدى المرضى المزمين، حيث جاء الفرق لصالح المستوى الثانوي ثم جاء ذوي المستوى الجامعي، وكأقل الفئات استخداماً لأساليب التعامل المركزة على المشكل جاء ذوي مستوى ما دون شهادة التعليم المتوسط، وهذا ما توافق تماماً مع مرضى ضغط الدم، في حين لم تظهر فروق لدى مرضى القلب والسكرى في استخدام الأساليب المركزة على المشكل راجعة لمتغير المستوى الدراسي، أما بخصوص الأبعاد، فقد تجلّى لنا أنّه توجد فروق في أسلوب حل المشكل تعود إلى المستوى الدراسي لدى المرضى المزمين، حيث يعتمد ذوي المستوى الثانوي كثيراً على أسلوب حل المشكل، ثم تلاهم ذوي المستوى الجامعي وأخيراً كأقل فئة تستخدم حل المشكل هم ذوي المستوى التعليمي ما دون شهادة التعليم المتوسط، وبخصوص مرضى القلب فقد جاءت فئة ذوي المستوى الدراسي الثانوي كأكثر الفئات استخداماً لأسلوب حل المشكل، ثم تلتها فئة ذوي المستوى الدراسي الثانوي كأكثر الفئات استخداماً لأسلوب حل المشكل، ثم تلتها فئة المستوى الدراسي ما دون شهادة التعليم المتوسط، وأخيراً فئة ذوي المستوى الجامعي كأقل فئة استخداماً لأسلوب حل المشكل، أما بخصوص مرضى ضغط الدم فقد جاء ذوي مستوى الجامعي كأكثر الفئات استخداماً لأسلوب حل المشكل، ثم تلتها فئة المستوى الدراسي الثانوي، وأخيراً كأقل فئة استخداماً لأسلوب حل المشكل، ثم تلتها فئة المستوى الدراسي الثانوي، وأخيراً كأقل

فئة استخدامًا لأسلوب حل المشكل، جاء ذوي المستوى الدراسي، ما دون شهادة التعليم المتوسط، أما بخصوص مرضى السكري فقد جاءت فئة المستوى الجامعي كأكثر الفئات استخدامًا لأسلوب حل المشكل ثم تلتها فئة ما دون شهادة التعليم المتوسط، وأخيرًا فئة ذوي المستوى الثانوي كأقل فئة استخدامًا لأسلوب المشكل، وبخصوص البعد الثاني المكوّن لأساليب التعامل المركزة على المشكل، ألا وهو أسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي، فقد توصلت النتائج إلى أنه لا توجد فروق تعزى لمتغير المستوى الدراسي لدى المرضى المزمنين، وهذا ما توافق مع مرضى السكري، في حين تعارضت هذه النتائج مع مرضى القلب، والتي توصلت إلى أنه توجد فروق، وظهر الفرق لصالح ذوي المستوى الجامعي كأكثر الفئات بحثًا عن الدعم الاجتماعي ثم تلتها فئة ذوي المستوى الجامعي كأثر الفئات بحثًا عن الدعم الاجتماعي ثم تلتها فئة ذوي المستوى ما دون شهادة التعليم المتوسط ثم ذوي شهادة التعليم الثانوي كأقل الفئات بحثًا عن الدعم الاجتماعي، في حين أن مرضى ضغط الدم فقد أظهرت النتائج بأن فئة ذوي المستوى الثانوي هي أكثر الفئات بحثًا عن الدعم الاجتماعي ثم تلتها فئة ما دون شهادة التعليم المتوسط، وأخيرًا فئة ذوي المستوى الجامعي كأقل فئة بحثًا عن الدعم الاجتماعي، وبخصوص الأساليب المركزة عن الانفعال فقد أظهرت النتائج المتوصل إليها بأنه توجد فروق تُعزى لمتغير المستوى الدراسي، حيث جاء ذوي المستوى الجامعي كأكثر الفئات استخدامًا لهذه الأساليب ثم تلتها فئة المستوى الثانوي، وكأقل فئة استخدمت هذه الأساليب هي فئة ذوي المستوى الدراسي ما دون شهادة التعليم المتوسط، وهذا ما توافق تمامًا مع مرضى القلب، في حين ظهر العكس لدى مرضى الدم، أظهر ذوي المستوى ما دون شهادة التعليم المتوسط، هم أكثر الفئات استخدامًا للأساليب المركزة على الانفعال، وتلتها فئة ذوي المستوى الثانوي، في حين جاءت فئة ذوي المستوى الجامعي كأقل الفئات استخدامًا لأساليب التعامل المركزة على الانفعال، ولدى مرضى السكري جاء ذوي المستوى الثانوي كأكثر الفئات استخدامًا لأساليب التعامل مع الضغط النفسي المركزة على الانفعال، وبخصوص أسلوب التجنب، فقد تبين بأنه لا توجد فروق تُعزى لمتغير المستوى الدراسي لدى المرضى المزمنين، في حين تمّ التوصل إلى وجود فروق لدى مرضى القلب، وظهر الفرق لصالح ذوي المستوى الجامعي كأثر الفئات استخدامًا لأسلوب التجنب ثم تلتها فئة ذوي المستوى الثانوي، وجاءت فئة ذوي المستوى لما دون شهادة التعليم المتوسط كأقل الفئات استخدامًا لأسلوب التجنب، في حين ظهر الفرق لدى مرضى ضغط الدم لصالح فئة شهادة المتوسط كأكثر استخدامًا لأسلوب التجنب، وجاء كل من ذوي المستوى الثانوي والجامعي كأقل الفئات استخدامًا لهذا الأسلوب، أما مرضى السكري، فقد جاءت فئة ذوي المستوى الثانوي كأكثر الفئات استخدامًا لهذا الأسلوب ثم تلتها فئة ذوي المستوى الجامعي، وكأقل فئة استخدامًا لهذا الأسلوب، فقد بين كل من ذوي المستوى الثانوي والجامعي كأقل الفئات استخدامًا لهذا الأسلوب، وتوصلت نتائج الدراسة بأنه توجد فروق في أسلوب إعادة التقييم المعرفي يعزى لمتغير المستوى الدراسي لدى المرضى المزمنين حيث جاء الفرق لصالح ذوي المستوى الجامعي كأثر الفئات استخدامًا لهذا الأسلوب ثم تلتها فئة ذوي المستوى الثانوي، وأخيرًا كأقل فئة جاء ذوي المستوى ما دون شهادة التعليم المتوسط، وهذا ما توافق تمامًا مع مرضى القلب، واختلف مع مرضى ضغط الدم، التي بينت نتائجها بأن الفرق ظهر لصالح ذوي المستوى الثانوي كأكثر الفئات استخدامًا لأسلوب إعادة

التقييم المعرفي ثم تلتها فئة المستوى الدراسي الجامعي كأقل فئة استخدامًا لأسلوب إعادة التقييم المعرفي جاء ذوي المستوى الدراسي ما دون شهادة المتوسط، في حين يتم التوصل إلى أنه لا توجد فروق لدى مرضى السكري، أما بخصوص البعد الأخير وهو بعد لوم الذات، فقد تبين بأنه لا توجد فروق تعزى لمتغير المستوى الدراسي لدى المرضى المزمنين، في حين تبين بأنه توجد فروق لدى مرضى القلب، حيث ظهر بأن ذوي المستوى الجامعي هم أكثر استخدامًا لأسلوب لوم الذات ثم تلتهم فئة المستوى الثانوي، ثم ذوي المستوى ما دون شهادة التعليم المتوسط، في حين لدى مرضى ضغط الدم أن الفرق لصالح المستوى التعليمي ما دون شهادة المتوسط وتلتها فئة المستوى الجامعي، ثم ذوي المستوى الثانوي، أما بخصوص مرضى السكري فقد جاءت فئة ذوي المستوى الثانوي ثم فئة ذوي المستوى الجامعي، وأخيرًا فئة ذوي ما دون شهادة التعليم المتوسط كأقل فئة استخدامًا لأسلوب لوم الذات.

03.07. نستنتج من خلال النتائج المتوصل إليها بأنه لا توجد فروق في نوعية المجال الجسمي تعزى لمتغير المستوى الدراسي لدى المرضى المزمنين، وهذا ما توافق لدى مرضى القلب، مرضى ضغط الدم واختلف مع مرضى السكري، التي بينت نتائجها بأنه توجد فروق، حيث أن ذوي المستوى الثانوي، هم أكثر الفئات إحساسًا بنوعية مرتفعة في المجال الجسمي ثم تلتها ذوي المستوى ما دون شهادة التعليم المتوسط كأقل الفئات إحساسًا بنوعية مجال جسمي منخفضة، أما بخصوص نوعية المجال النفسي، فتوصلت النتائج إلى أنه توجد فروق تعزى لمتغير المستوى الدراسي لدى المرضى المزمنين، وظهر الفرق لصالح ذوي مستوى ما دون شهادة التعليم المتوسط كأكثر الفئات إحساسًا بنوعية مجال نفس مرتفعة، وتلاها فئة المستوى الثانوي وأخيرًا فئة المستوى الجامعي بأقل فئة إحساسًا بمجال نفسي مرتفع، وهذا ما توافق تمامًا مع مرضى ضغط الدم، في حين لم يتبين وجود فروق نوعية المجال النفسي لدى مرضى القلب، ومرضى السكري. أما بخصوص مجال الاستقلال، فلقد تبين من خلال النتائج بأنه توجد فروق لدى المرضى المزمنين تعزى لمتغير المستوى الدراسي لصالح ذوي المستوى الثانوي كأكثر الفئات إحساسًا بنوعية مجال استغلال مرتفعة، ثم تلاها ذوي المستوى الجامعي ثم تلاها ذوي المستوى ما دون شهادة التعليم المتوسط، في حين تبين لدى مرضى القلب أن ذوي المستوى الجامعي هم أكثر إحساسًا بالاستقلال عن ذوي المستوى الثانوي، وكذلك عن ذوي المستوى ما دون شهادة التعليم الثانوي، وتوافق مرضى ضغط الدم مع المرضى المزمنين في مجال الاستقلال، في حين لم يظهر أي فروق في مجال الاستقلال تعزى لمتغير المستوى الدراسي لدى مرضى السكري.

. بخصوص مجال العلاقات الاجتماعية، فقد أظهرت النتائج بأنه لا توجد فروق تعزى لمتغير المستوى الدراسي، وهذا ما توافق مع مرضى القلب، وكذلك مرضى السكري، في حين تبين بأنه توجد فروق في نوعية العلاقات

الاجتماعية تعزى لمتغير المستوى الدراسي لدى مرضى ضغط الدم، حيث جاء ذوي المستوى الجامعي كأكثر الفئات إحساساً نوعية علاقات جيدة، ثم جاء ذوي المستوى الثانوي، وأخيراً فئة ذوي ما دون شهادة التعليم المتوسط كأقل فئة إحساساً بمجال نوعية علاقة اجتماعية مرتفعة، وتبين من خلال النتائج بأنه لا توجد فروق في نوعية المجال البيئي تعزى لمتغير المستوى الدراسي لدى المرضى المزمنين، وكذلك لدى مرضى ضغط الدم وهذا ما توافقت تماماً مع مرضى السكري، في حين تبين بأنه توجد فروق لدى مرضى القلب تعزى لمتغير المستوى الدراسي، حيث جاء ذوي المستوى الجامعي كأكثر الفئات إحساساً بمجال نوعية بيئة مرتفع مقارنة مع ذوي المستوى الثانوي، في حين أظهر ذوي ما دون شهادة التعليم المتوسط كأقل فئة إحساساً بنوعية مجال بيئي مرتفع، أما بخصوص مجال المعتقدات الدينية، فتظهر النتائج بأنه لا توجد فروق تعزى لمتغير المستوى الدراسي لدى المرضى المزمنين، وكذلك مرضى القلب، ومرضى ضغط الدم، في حين أظهرت النتائج بأنه توجد فروق في مجال المعتقدات الدينية، حيث أظهر ذوي المستوى الثانوي أنهم أكثر ممارسة أو إحساساً بمجال المعتقدات الدينية من ذوي مستوى شهادة التعليم المتوسط، في حين جاء ذوي المستوى الجامعي كأقل الفئات ممارسة للمعتقدات الدينية، وتبين من خلال النتائج الخاصة بسعة نوعية الحياة والصحة العامة، بأنه لا توجد فروق لمتغير المستوى الدراسي لدى المرضى المزمنين، وهذا ما توافقت مع مرضى القلب ومرضى السكري، في حين أظهرت النتائج المتوصل إليها بأنه توجد فروق تعزى لمتغير المستوى الدراسي لدى مرضى ضغط الدم، وجاءت الفروق لصالح ذوي المستوى الثانوي، فأكثر الفئات إحساساً بمجال نوعية الحياة والصحة العامة مقارنة بذوي المستوى ما دون شهادة تعليم المتوسط، وجاءت فئة المستوى الجامعي كأقل الفئات إحساساً بنوعية الحياة والصحة العامة.

08. نصت الفرضية على أنه يوجد تفاعل إيجابي بين الأنماط السلوكية (أ) (ب) وأساليب التعامل مع الضغط النفسي ونوعية الحياة لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري)، وبعد المعالجة الإحصائية تم التوصل إلى النتائج التالية:

تبين أن نوعية الحياة والصحة متغير سبي، وأسلوب حل المشكلات متغيراً وسيطاً، والأنماط السلوكية (أ) (ب) متغيراً معدلاً، كما تبين بأنه هناك العديد من العوامل التي تؤثر وتتنبأ بالأمراض المزمنة، وأن هذه الخصائص تختلف من مرض إلى آخر، حيث أن مرض القلب، يتأثر بستة (06) عوامل، وهي كل من لوم الذات وحل المشكل، وإعادة التقييم المعرفي، وكذلك نوعية الحياة في كل من المجال النفسي، والجسمي، والمعتقدات الدينية، أما مرضى ضغط الدم فقد شمل التأثير (05) خمسة عوامل هي أسلوب التجنب، والبحث عن الدعم الاجتماعي، ومستوى السن، ونوعية الحياة (المجال النفسي، نوعية العلاقات الاجتماعية)، في حين أن مرض السكري فقد أظهر أن هناك (07) سبعة عوامل تمثلت في كل من أسلوب التجنب، وحل المشكل، والأنماط السلوكية (أ) (ب)، وكل من مجالات نوعية الحياة (البيئة، العلاقات الاجتماعية، النفسية، الإستقلال و الإعتماد على الذات).

03. إقتراحات البحث:

إن البحث العلمي المقدم، قدم بعض الحقائق ويمكن أنه تغافل عن بعض الأمور التي تعنى بفئة المرضى المزمنين، لأن بحث واحد لا يمكن أن يلم بكل المتغيرات المرتبطة بهذه الفئة، إلا أن هذا البحث يفتح للباحثين مجالاً للتعمق الواسع لدراسة العلاقة بين الأنماط السلوكية، وأساليب التعامل مع الضغط النفسي، ونوعية الحياة لدى المرضى المزمنين بشكل عام، ولدى مرضى القلب، وضغط الدم، والسكري بشكل خاص، من خلال التطرق إلى هذه المتغيرات.

كما أن التوجهات المعاصرة في الصحة النفسية والجسدية هو محاولة التدخل العلاجي والإرشادي من خلال تقديم المساعدة الفعلية والبناء في حياة الأفراد، لهذا، فإن الهدف من البحث العلمي ليس مجرد العرض النظري والميداني لما تم التوصل إليه من نتائج، وإنما محاولة تقديم ما ينفع قدر المستطاع، ومواجهة كل ما يعيق الفرد من التوافق النفسي والجسدي على حد سواء، فالنتيجة الطبيعية لمعرفة العوامل المتداخلة في ظهور المرض هو البحث عن كيفية وإمكانية الوقاية منها، وعلى ضوء النتائج التي تم التوصل إليها في البحث الحالي، نستطيع تقديم بعض الاقتراحات التي ساهمت عملية البحث في هذا البحث بلورتها، وشدد الانتباه لها، لأن الجانب الميداني، والإلمام بمختلف المعلومات والمعطيات يساهم في إدراك البحث وفهم الجوانب المختلفة المتداخلة، سواء كانت في طبيعة المرض، وكذلك في جوانب شخصية، والمعتقدات سلوكية، وكذلك البيئة التي يعيش فيها الفرد ويدور في فلكها، والمقصود بالبيئة كل ما يعمل ذلك من ثقافة، وعادات وتقاليد، ودين، وإرث تاريخي، ونظام اجتماعي، واقتصادي وسياسي، لهذا فإن المريض يعيش ضمن هذه البيئة، والتي دون شك لها أثر واضح على الفرد، ولهذا يرى الباحث أن مثل هذه المواضيع التي لها علاقة بين ما هو نفسي وجسدي ما زالت حقلاً خصياً للدراسة، خاصة في مجتمعنا، وأمام الخبرة الميدانية والاحتكاك بهذا الموضوع يمكن أن نقترح بعض التوجهات البحثية التي يمكن أن تساهم في فهم تلك العلاقة بين ما هو جسمي، وما هو نفسي، وتطوير هذا الحقل بما يتناسب مع مجتمعنا وخصوصياته، وهي كالآتي:

. بناء مقاييس كل من الأنماط السلوكية ونوعية الحياة خاصة بمجتمعنا الجزائري، مستمدة من ثقافتنا بما يحمله هذا بين المفهوم (الأنماط السلوكية) و (نوعية الحياة) من أبعاد المثيرة ومتداخلة للتعرف أكثر والتقرب من مختلف فئات الأمراض المزمنة لما تحمله هذه الأمراض من ارتباطات قوية وتأثر بالغ بأساليب الحياة ، وحتى لفئة غير المصابين بهذه الأمراض، لأنهم معرضون للإصابة بهذه الأمراض.

. دراسة خصائص الشخصية المميزة لمرضى المزمنين سواء كانوا مرضى قلب أو ضغط الدم، ومرضى السكري، تكون دراسة تأسيسية تخص مجتمعنا بمعزل عن المجتمعات الأخرى، لأن خصوصيتنا النفسية والاجتماعية فيها اختلافات نوعية عن مجتمعنا.

. إن جميع الأمراض أو الاضطرابات النفسية الجسمية تقول إلى الأزمات، مع غياب الشفاء التام، لذا تعتبر العوامل النفسية والاجتماعية لها انعكاساً على المريض، وبالتالي ضرورة الالتفات إلى مثل هذه العوامل والنظر إليها بعين أكثر جدية، للتخفيف منها.

. إعداد برامج إرشادية لصالح المرضى المزمنين، بهدف تعديل بعض الأنماط السلوكية، وكذلك التعامل مع الضغوط النفسية، وتنمية بعض المهارات، كأسلوب حل المشكلات، وتنمية مهارات الاسترخاء العضلي، وتغيير الأفكار اللاعقلانية، من خلال إكسابهم، وتدريبهم على الفنيات المختلفة مثل إعادة صياغة المنظومة المعرفية للفرد.

. وضع برامج إعلامية لتوضيح العلاقات بين السمات الشخصية والضغوط والصحة والمرض، وذلك من خلال وضع قناة تحسني بهذا الجانب، لأن الأمراض المزمنة أصبحت بدرجة وباشية في المجتمع الجزائري، لذا وجب الالتفاف إليها، كما أنه يجب وضع برنامج خاص بالندوات التي تمس كل شرائح المجتمع، وفي كل الأماكن، في المستشفيات والمراكز الصحية، وكذلك في المدارس، والجامعات، وحتى في مراكز دور الشباب، لأن هذه الأمراض المزمنة أصبحت تمس مختلف المراحل العمرية.

04. خاتمة:

أسست الدراسة في بحثنا الحالة على طرح العديد من التساؤلات جاءت للبحث في العلاقة بين الأنماط السلوكية (أ) (ب) وأساليب التعامل مع الضغط النفسي ونوعية الحياة لدى المرضى المزمنين (القلب، السكري، ضغط الدم)، وكذلك تم اختيار أدوات القياس في البحث، والتطبيق على المبحوثين، ثم التوصل إلى نتائج تخدم الفرضيات التي تم طرحها، حيث توافقت العديد من النتائج المتوصل إليها مع فرضيات البحث.

ولقد تبين من خلال نتائج البحث، بأنه توجد علاقة بين (منخفضي، متوسطي، مرتفعي) الاستخدام لأساليب التعامل مع الضغط النفس، و(منخفضي، متوسطي، مرتفعي) مجالات نوعية الحياة، وتبين أن الأساليب المركزة على الانفصال، وعلى المشكل، لها دور في كل من المجال الجسمي، ونوعية المجال البيئي، وكذلك في مجال نوعية الحياة والصحة العامة.

وتم التوصل إلى أن المتغيرات الوسيطة تلعب دور كبير لدى المرضى المزمنين (القلب، ضغط الدم، السكري) في الاستجابة والاعتقاد في (الأنماط السلوكية)، وكذلك في كيفية التعامل مع الضغط النفسي، حيث تبين من خلال النتائج المتوصل إليها، تم إدراك دور الجنس في تحديد استخدام أساليب التعامل مع الضغط النفسي، وهذا ما تأكد في كل من الفئة العمرية، حيث أن المرحلة العمرية لها دور في اتخاذ أسلوب تعامل معين، وكذلك يلعب المستوى الاقتصادي والمستوى الدراسي دوره في اتخاذ المريض نمط معين من الاستجابة وفي كيفية التعامل مع الضغط النفسي، كما أن كل هذه المتغيرات الوسيطة تلعب دور في نظر أو الشعور بانخفاض أو ارتفاع نوعية الحياة لدى الفرد، وهذا ما تأكد في الفرضيات التي تم طرحها، حيث توافقت النتائج جزئيا معها، كما تم الوصول إلى أن هناك تفاعل بين المتغيرات البحثية سمحت بإستخراج نموذج يبرز كيفية حدوث المرض المزمن، بالإضافة إلى إستخراج خصائص لها تأثير وقدرة على التنبؤ بمرض القلب، ومرض ضغط الدم، ومرض السكري، والملاحظ أن هذه الخصائص تختلف من مرض إلى آخر.

فمن خلال ما سبق وما عرضناه من نتائج يتضح لدينا أن معظم فرضيات البحث قد تحققت ولو بشكل جزئي، مما يعني أن متغيرات الشخصية لها دور في إدراك والتعامل مع الضغط النفسي لدى المرضى المزمنين بصفة عامة، ولها دور كذلك لدى مرضى القلب، وضغط الدم، ومرض السكري بصفة خاصة، كما أن الضغط النفسي

والأساليب المتخذة للتعامل معها دورها في إدراك مدى نوعية الحياة التي يعتقدها الفرد، كما نجد ان طبيعة ونوع المرضى في حد ذاته يفرض نمط تعامل معين، ويفرض اتجاه سلبي، أو إيجابي نحو نوعية الحياة.

لذا وفي ختام البحث لا يسعنا سوى الإشارة إلى أن محاول الاقتراب من فئة المرضى المزمنين، التي تشكل جزءا لا يتجزأ من المجتمع الجزائري، والذي يشمل كذلك شريحة واسعة منه، وفي كل الفئات العمرية والطبقات الاجتماعية، ولهذا فإن تسليط الأضواء ليس غلا رعاية طبية فقط، بل تحتاج إلى رعاية نفسية واجتماعية، كما أن البحث في الجوانب النفسية لهذه الفئات يساهم ويفتح آفاق للعمل الوقائي، الذي يخفف من حدة انتشار هذه الأمراض.

وأخيرا نشير إلى أن هذا البحث ما هو إلا جزء بسيط لا يتجزأ عن باقي الدراسات العلمية الأخرى، والتي حاولنا فيها جاهدين أن تحظى بالطابع العلمي الأصلي من حيث المرجعية العلمية لتشكيل دفعا آخر في البحث العلمي على مستوى الجامعة، والاتجاه إلى أبحاث تعنى بهذه الفئات من المرضى المزمنين، وعدم اقتصر البحوث وحصرها في جانب معين.

قائمة المراجع

01. قائمة المراجع الخاصة بالكتب:

01. أحمد بن سعيد الحريري (2009)، العلاج النفسي الحياتي نموذج علمي وعلمي في الدراسات التجريبية والإكلينيكية، دار الفارابي، لبنان، ط1.
02. أحمد حجازي (2009)، التغذية العلاجية في حالة المرض، جسر للنشر والتوزيع، الجزائر ط1.
03. أحمد ماهر (2003) السلوك التنظيمي مدخل بناء المهارات، الدار الجامعية للطبع والنشر والتوزيع - الإسكندرية.
04. أحمد محمد عبد الخالق (2002)، قياس الشخصية، مطبوعات جامعة الكويت، الكويت.
05. أديب محمد الخالدي (2006)، مرجع في علم النفس المرضي . الفحص والعلاج . ، دار وائل للنشر، الأردن، ط1.
06. آمال باضة عبد السميع مليحي (2003)، اختبار النموذج السلوكي (أ)، دراسة التعليمات، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر.
07. أيمن أبو المجد (1999)، دليل الأسرة الذكية في الأمراض القلبية التاجية، دار الشروق، مصر، ط2.
08. بدر محمد الأنصاري (1997)، الشخصية من منظور. نفسي، دار الكتاب الجامعي للنشر والتوزيع، الكويت، ط1.
09. بدر محمد الأنصاري (2002)، مقاييس الشخصية، دار الكتاب الحديث، الكويت.
10. بشار محمد (2005)، دليل العناية التمريضية في جراحة القلب المفتوح، الرابطة السورية لأمراض وجراحة القلب، سوريا.
11. جاسم محمد عبد الله المرزوقي (2008)، الأمراض النفسية وعلاقتها بمرض السكر، العلم والإيمان للنشر والتوزيع، ط1.
12. جمعية سيد يوسف (2000)، دراسات في علم النفس الإكلينيكي، دار غريب، مصر.
13. حسان شميسي باشا (2002)، ارتفاع ضغط الدم، أسباب الأعراض والعلاج، دار البشير، المملكة العربية السعودية، ط3.
14. حسن بن علي الزهراني (2006)، الأقدام السكرية، مدينة الملك عبد العزيز للعلوم النفسية، المملكة العربية السعودية.
15. حسن مصطفى عبد المعطي (2006) المناخ الأسري وشخصية الأبناء، دار القاهرة للنشر. مصر.
16. حسن مصطفى عبد المعطي (2007)، المقاييس الفنية المقننة، مكتبة زهراء الشرق، مصر.
17. حسن مصطفى عبد المعطي، (2003)، الأمراض السيكوسوماتية: التشخيص، الأسباب، العلاج، مكتبة زهراء الشرق، مصر، ط1.
18. حسين طه عبد العظيم وسلامة عبد العظيم حسين (2006)، إستراتيجيات إدارة الضغوط التربوية والنفسية، دار الفكر، الأردن، ط1.
19. حسين علي فايد (2000)، دراسات في الصحة النفسية . المكتب الجامعي الحديث، مصر. ط1
20. حلو أيمن يونس (2004)، ارتفاع ضغط الدم (العلاج الدوائي والعلاج البديل، الوقاية من الحوادث، والوقاية من الاختلاطات)، دار الثقافة للجميع، سوريا.
21. حمزة الجبالي (20002)، ضغط الدم أسبابه وعلاجه، دار الإسراء للنشر ولاتوزيع، الأردن، ط1.
22. خالد جاد (2006)، عالج نفسك من مرض السكر بالأغذية والأعشاب الطبية، دار الغد الجديد، مصر، ط1.
23. ديفيدسون (2005)، أمراض القلب والأوعية، ترجمة محمد عبد الرحمن عينة، دار القدس للطباعة، سوريا.
24. رانيا محمود أبو عبيد، عبد العزيز عمر (2006)، ضغط الدم: الأسباب، الوقاية العلاج، دار الإسراء، الأردن ط1.
25. رجب على شعبان (2004) مقياس أساليب المواجهة الاقدامية والإحجامية للمشكلات . دار العلم الفيوم، مصر.

26. رمزي الناجي وعصام الصدي (2005)، علم وظائف الأعضاء، عمان، الأردن.
27. زيد محمد البتال (2013)، النمط السلوكي (أ) والأمراض المزمنة، أكاديمية التربية الخاصة، المملكة العربية السعودية.
28. سهير أحمد كامل (1998)، مدخل إلى علم النفس، مركز الإسكندرية للكتاب، مصر.
29. شيلي تايلور، ترجمة دوروش بريك وآخرون (2008)، علم نفس الصحة، دار حامد للنشر والتوزيع، الأردن ط1.
30. عادل شكري محمد كريم (2006)، سلوك النمط "أ" دراسة في علم نفس الصحة، دار المعرفة الجامعية - مصر.
31. عبد الباسط لطفي إبراهيم (1994)، مقياس عملية تحمل الضغط، كلية التربية جامعة المنوفية، مصر، ط1.
32. عبد الرحمان العيسوي (2000)، الاضطرابات النفسية، دار الراتب لبنان، ط1.
33. عبد الرحمان فائز السويد (2010)، أمراض القلب الخلقية ومتلازمة داون، المكتبة العربية....
34. عبد الله الأمير الأنشال (2004)، داء السكري الوقاية منه والطرق الحديثة للسيطرة الشاملة عليه، العراق.
35. عبد الله معتز سيد (2000)، بحوث في علم النفس الاجتماعي والشخصية. دار غريب للنشر، مصر، المجلد (03).
36. عبد المعطي و حسين مصطفى (2006)، ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها، مكتبة زهراء الشرق، مصر.
37. عثمان فاروق السيد (2005)، سيكولوجية التعليم والتعلم، أسس النظرية والتطبيق، دار الأمير، مصر، ط1.
38. عثمان يخلف (2001)، علم نفس الصحة: الأسس النفسية، والسلوكية للصحة، دار الثقافة، قطر
39. عصام حمدي الصفدي (2003)، فيسيولوجيا جسم الإنسان، دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، ط1.
40. عكاشة عبد المنان (2000)، دع القلق وعش سعيدا، دار الحضارة الجزائر.
41. علي عسكر (2003)، ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها، دار الكتاب الحديث، مصر ط3
42. فيصل محمد خير الزراد (2000) الأمراض الجسدية - أمراض العصر دوائر النفائس، بيروت، ط2.
43. ماجدة عبيد (2008) الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية. دار الصفاء، الأردن.
44. مارتين سليجمان (2006)، الطفل المتفائل، برنامج الذي أحدث ثورة في حماية الأطفال من الإكتئاب، ويساعدهم على التكيف مع الحياة، مكتبة جرير، المملكة العربية السعودية.
45. ماغي غرينود رونسون (2004)، السكري: الوقاية، العلاج، الشفاء، دار الفراشة للطباعة والنشر والتوزيع، مصر. 46
- محمد بشير الشريم (2014)، الثقافة الصحية، مكتبة الأسرة الأردنية، الأردن.
47. محمد بن سعد الحميد (2008)، داء السكري، أسبابه ومضاعفاته وعلاجه، مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية، المملكة العربية السعودية.
48. محمد عبد الرحمان العيسوي (2002)، موسوعة علم النفس الحديث، الاضطرابات النفسية، دار الراتب الجامعية، لبنان.
49. محمود حمودة (1998)، الطب النفسي، النفس أسرارها وأمراضها، القاهرة، مصر.
50. مصطفى نوري القمش و خليل عبد الرحمن المعاينة (2007)، الاضطرابات السلوكية والإنفعالية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، ط1.
51. منصور عبد المجيد سيد وأبو عبادة صالح بن عبد الله (1996)، الشخصية الإسلامية والهدى الإسلامي، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
52. منيرة زلوف (2015)، المعاش النفسي لدى المراهقات المصابات بداء السكري المرتبطة بالأنسولين وآثاره على التحصيل الدراسي، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر.

53. نور الهدى محمد الجاموس (2004)، الاضطرابات النفسية الجسمية السيكوسوماتية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، ط1.
54. هارون توفيق الرشيدى (1999) الضغوط النفسية (طبيعتها - نظرياتها)، برنامج لمساعدة الذات في علاجها. مكتبة الأنجلو المصرية، مصر.
55. وائل الباشا ومفيد جودار (2001)، داء السكري، اليمامة للطباعة والنشر والتوزيع، لبنان، ط2.
56. يس و طه، (2001)، أنت والسكري، مطابع البيان التجارية، الإمارات العربية المتحدة، ط2.
57. يوسف يعقوب الكندري (2003)، الثقافة الصحة المرض، رؤية جديدة في الأنثروبولوجيا المعاصرة، جامعة الكويت، الكويت.
58. يونس جمعة سيد (2007)، إدارة الضغوط، مصر، ط1.
- 02. قائمة المراجع الخاصة بالدراسات:**
59. أبو سريع أسامة، وآخرون(2006)، أثر برنامج تنمية المهارات الحياتية في تجويد جودة الحياة لدى تلاميذ مدارس التعليم العام بالقاهرة الكبرى، وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس عمان.
60. أحمد حسانين أحمد (2011)، مقياس نوعية الحياة لمنظمة الصحة العالمية، مجلة الدراسات النفسية، دار الخلدونية للنشر والتوزيع الجزائر، العدد (4)
61. أحمد سعيدان مهدي العازمي (2014)، القلق الاجتماعي وعلاقته بكل من نمط السلوك (أ) والثقة بالنفس لدى طلبة الجامعة بدولة الكويت، مجلة العلوم التربوية، الكويت، العدد (02)، الجزء 03.
62. أحمد صمادي، مأمون غوانمة (2012)، نمط السلوك (أ)، لدى مرض القلب، مجلة دراسات نفسية وتربوية، تصدر عن مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية، جامعة البليدة 02، العدد 109، ص(33-56).
63. أحمد محمد عبد الخالق(2008)، الرضا عن الحياة في المجتمع الكويتي، دراسات نفسية، المجلد(18)، العدد(01)، ص 121-135.
64. آدم العتيبي (2003)، علاقة ضغوط العمل بالاضطرابات السيكوسوماتية والغياب الوظيفي لدى العاملين في القطاع الحكومي في الكويت، مجلة العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت، مجلد (25)، العدد (02).
65. أمل الأحمد ورجاء محمود مريم(2009) أساليب التعامل مع الضغوط النفسية لدى الشباب الجامعي، دراسة ميدانية على عينة من طلبة جامعة دمشق، المجلد (10)، العدد (01)، ص ص 14 -37.
66. أمينة إبراهيم شليبي (2009)، نمط السلوك (أ/ب) وعلاقته بالتوافق الزوجي لدى الجنسي، المجلة المصرية للدراسات، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، المجلد (19)، العدد(62).
67. إيمان محمود القماح (2002) علاقة مفهوم الذات بأساليب مواجهة الضغوط لدى عينة من الراشدين المغريين والإمارتين، دراسة عبر حضارية، مجلة علم النفس المعاصر والعلوم الإنسانية، المجلد (13)، الجزء(02)، ص 125 -163.
68. باسم محمد الخواجة (2000)، علاقة الضغوط النفسية بالإصابة بالسرطان، مجلة دراسات نفسية، رابطة الأخصائيين النفسيين- المصرية، المجلد (10)، العدد (02).
69. نجيت خديجة أحمد السيد (2012)، جودة الحياة لدى طالبات الدبلوم العام بكلية التربية بجامعة الملك عبد العزيز وعلاقتها بمستوى الرضا عنها، مجلة دراسات عربية في التربية وعلم النفس، العدد(27)، ص13-33.

70. بشرى إسماعيل (2008)، جودة الحياة وأساليب المواجهة للضغوط وعلاقتها بتعلق الموت والاكتئاب لدى المسنين، مجلة علم النفس المعاصر والعلوم الإنسانية، العدد 19، ص 173-245.
71. بشير معمري (2011)، علم النفس الإيجابي، إتجاه جديد لدراسة القوى والفضائل الإنسانية، دراسات نفسية، دار الخلدونية للنشر والتوزيع، الجزائر العدد ()، ص 67-158.
72. بشير معمري (2012): سلوك النمط (أ)، وتصميم استبيان وتقنية البيئة الجزائرية، المجلة العربية للعلوم النفسية، العدد (36).
73. جاسم محمد الخواجة (2000)، علاقة الضغوط النفسية بالإصابة بالسرطان، دراسات نفسية، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، المجلد (10)، العدد (02).
74. جاسم نعيم الأسدي (2010)، نمط السلوك أ: هل هو أحد عوامل الاختطار لارتفاع ضغط الدم؟، المجلة الصحية للشرق الأوسط، المجلد (16)، العدد (09)، ص 740-745.
75. جبر محمد جبر (2005)، علم النفس الإيجابي، المؤتمر العلمي الثالث الإنماء النفسي والتربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة، جامعة الزقازيق، كلية التربية بمصر، ص 67-93.
76. جريدة الخبر (08 نوفمبر 2014)، أمراض القلب، العدد (7606)، ص 17، الجزائر
77. جريدة الشروق (17 نوفمبر 2014)، إحصائيات عن مرض السكري بالجزائر، العدد (4558)، ص 24، الجزائر
78. جمال كريم شكور، سالم سعد قادر حسن أحمد، ومصوف عبد الكريم (2015)، تقييم نوعية الحياة للمرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم والسكري في كردستان العراق، مجلة الكوفة العلمية للممرضين، العراق، عدد (05) ص 163.
79. جمعة سيد يوسف (1994)، العلاقة بين نمط السلوك أ وبعض متغيرات الشخصية ذات الدلالة التشخيصية، مجلة علم، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد (32).
80. جميل عبد القادر الأدبي (2013)، النمط السلوكي والذبحة الصدرية، المجلة النفسية، اليمن، ص 236-279.
81. جهاد محمود علاء الدين (2009)، الفروق بين الجنسين في استراتيجيات المواجهة خلال الحياة الجامعية، دور أبعاد الشخصية، مجلة دراسات العلوم التربوية، المجلد (36)، العدد (02)، ص 190-220.
82. حسام الدين محمود عزب، شادية أحمد عبد الخالق (2003)، اضطرابات النوم وعلاقتها بالنمط السلوكي للشخصية لدى عينة من طلاب الجامعة، الجمعية المصرية للدراسات النفسية المجلد (03)، العدد (41)، ص 101-183.
83. حسن عبد الحميد سعيد، والمحززي راشد بين سين، محمود محمد إبراهيم (2006)، جودة الحياة وعلاقتها بالضغوط النفسية واستراتيجيات مقاومتها لدى طلبة جامعة السلطات قابوس، بحوث ندوة علم النفس وجودة الحياة، مسقط، جامعة السلطان قابوس، كلية التربية، 17-19 ديسمبر.
84. حسن مصطفى عبد المعطي (2005)، الإرشاد النفسي وجودة الحياة في المجتمع المعاصر، المؤتمر العلمي الثالث، الإنماء النفسي والتربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة، كلية التربية، جامعة الزقازيق، مصر ص 13-23.
85. خالد محمد عسل (2008)، النمط السلوكي وعلاقته بمستوى الكمالية والرضا الوظيفي لدى عينة من معلمي المرحلة الابتدائية، المجلة المصرية للدراسات النفسية، المجلد (08)، العدد (02).
86. خالد محمود عبد الوهاب (2006) مدى فاعلية برنامج علاجي في تعديل أساليب التعامل مع المواقف الضاغطة لدى عينة من مرض الإدمان السعوديين. مجلة دراسات عربية في علم النفس، المجلد (05)، العدد (01)، ص 83-88.

87. دويدار عبد الفتاح محمد (1999)، الفروق بين مرضى القلب وغير المصابين به في النمط السلوكي (أ) والميل العصبي والدافع للإنجاز، دراسة ارتباطية مقارنة، المرقمر السنوي السادس لجودة الحياة، مركز الإرشاد النفسي - جامعة عين شمس، مصر.
88. روز ماري شاهين (1992)، الأنماط النفسية للمرضى الجسديين، مجلة الثقافة النفسية العدد (12)، مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، لبنان.
89. سامي محمد موسى هاشم (2001)، جودة الحياة لدى المعوقين جسميا والمسنين وطلاب الجامعة، مجلة الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، العدد (13)، ص 125-180.
90. سعاد منصور رغبت، سهيلة محمود بنات وحنان محمود طقش (2009)، مصادر الضغط النفسي لدى طلبة المراكز الرياضية للموهوبين والمتفوقين وإستراتيجية التعامل معها. مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد (10)، العدد (01)، ص 248 - 268.
91. سعيد عبد الرحمان محمد عبد الرحمان (د.س)، استخدام بعض استراتيجيات التعايش coping strategies في تحسين جودة الحياة لدى المعاقين سمعيا، الندوة العلمية الثامنة للاتحاد العربي للهيئات العاملة في رعاية الصم، مركز دراسات وبحوث المعاقين.
92. السعيد محمد أبو حلاوة (2010)، جودة الحياة، المفهوم والأبعاد، كلية التربية بالدمهور، جامعة الإسكندرية ضمن إطار المؤتمر العلمي السنوي لكلية التربية، جامعة كفر الشيخ، مصر.
93. سمية جميل، طه عبد الوهاب، وداليا الخيري (2012)، جودة الحياة في ضوء بعض الذكاءات المتعددة لدى طلاب وطالبات المرحلة الثانوية من تخصصات مختلفة، مجلة دراسات عربية في التربية وعلم النفس، العدد (22)، ص 67-107.
94. شروق ثاير رجب (2014)، جودة الحياة وعلاقتها ببعض تغيرات الشخصية، مجلة دراسات عربية في علم النفس، المجلد (14)، العدد (04)، ص 297-355.
95. صلاح الدين عراقي، ومصطفى علي رمضان (2005)، فعالية برنامج إرشادي لتحسين جودة الحياة لدى الطلاب المكتئبين، مجلة كلية التربية، جامعة طنطا، مصر المجلد (2)، العدد (34)، ص 468-509.
96. عادل هيريدي (1996)، علاقة وجهة الضبط بأساليب مواجهة المشكلات، دراسة في ضوء الفروق بين الجنسين، مجلة البحوث الإكلينيكية، جامعة المنوفية، مصر، العدد (26).
97. العارف بالله الغندور (1999)، اسلوب حل المشكلات وعلاقته بنوعية الحياة - دراسة نظرية المؤتمر الدولي السادس لمركز الإرشاد النفسي " جودة الحياة توجه قومي للقرن الحادي والعشرين"، جامعة عين الشمس، القاهرة من 10 إلى 12 نوفمبر.
98. عبد الحميد بن سيف (2014)، الأنماط السلوكية (أ ب) وعلاقتها بأساليب التعامل مع الضغط النفسي لدى المرضى المزمنين، مجلة دراسات إنسانية، جامعة الكوفة، العدد (26)، ص 143-189.
99. عبد الحميد سعيد وآخرون (2001)، جودة الحياة وعلاقتها بالضغوط النفسية وإستراتيجيات مقاومتها لدى طلبة جامعة السلطان قابوس، مجلة العلوم التربوية، البحرين، العدد (03)، ص 113-148.
100. عبد العال تحية محمد أحمد، ومظلوم مصطفى علي رمضان (2013)، الاستمتاع بالحياة في علاقته ببعض متغيرات الشخصية الإيجابية، دراسة في علم النفس الإيجابي، مجلة كلية التربية ببها مصر، المجلد (02)، العدد (93)، ص 78-163.
101. عبد العزيز الشخص، وزيدان أحمد السرطاوي (1998)، الضغوط الأسرية لدى أولياء أمور الأطفال وأساليب مواجهتها " دراسة ميدانية"، مركز البحوث التربوية، كلية التربية، جامعة الملك سعود.

102. عبد اللطيف حسن حمادة (1998)، التفاؤل والتشاؤم وعلاقتها ببعدي الشخصية، الإنبساطية والعصابية، مجلة العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت، العدد (38).
103. عدنان العتوم، عدنان فرح (1999)، بنا مقياس نمط السلوك "أ"، مجلة أبحاث اليرموك، المجلد (15)، العدد (03)، ص. 29.40.
104. عزه عبد الغني حجازي، ورشدي فام منصور (2009)، علم النفس الإيجابي، مجلة جامعة الدمار للدراسات والبحوث، المملكة العربية السعودية، العدد (02)، ص 113-139.
105. عفراء إبراهيم خليل (2013)، التلكؤ الأكاديمي وعلاقته بجودة الحياة المدركة عند طلبة الجامعة، دراسات عربية في التربية وعلم النفس، المجلد (02) ن العدد (35) ص 147-171.
106. عكاشة محمود فتحي، وعبد العزيز إبراهيم سليم (2010)، العلاقة بين جودة الحياة النفسية والإعاقة اللغوية، المؤتمر العلمي السابع " جودة الحياة كاستثمار للعلوم التربوية والنفسية، كلية التربية بجامعة كفر الشيخ، (12-14 أبريل-2010).
107. عمارة وآخرون (1986)، سلوك شخصية النمط (أ) لدى المرضى العرب ذوي الإصابات المرضية في عضلات القلب.
108. عويد سلطان المشعان (2011)، علاقة الصلابة النفسية بالشكاوي البدنية والأمل والإنبساط لدى الموظفين من الجنسين في القطاع الحكومي، مجلة العلوم الاجتماعية، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت، المجلد (39)، العدد (03).
109. العيشي منصور بن نايف بن ماشع الجبردي (2003)، الضغوط الإدارية التي تواجه مديري مدارس التعليم العام وتأثيرها على أدائهم من وجهة نظرهم، معهد البحوث العلمية، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
110. غادة محمود محمد علي (2001)، معرفة العلاقة بين القلق والإكتئاب ونوعية الحياة لدى مرضى السكري، مجلة العلوم الإنسانية، جامعة حلوان، المجلد (18)، العدد (02).
111. فوقية حسن عبد الحميد رضوان (د.س)، علاقة النمط السلوكي (أ) بكل من ضغوط الحياة ودرجة الإستجابة لأحداثها، ص 125-159.
112. كاظم علي مهدي الهادلي، وعبد الخالق نجم (2006)، جودة الحياة لدى طلبة الجامعة العمانيين والليبيين، دراسة ثقافية مقارنة، المجلة العلمية للأكاديمية العربية المفتوحة بالدمار، العدد (03)، ص 1-21.
113. المالكي حنان عبد الرحيم عبد الله (2011)، الإكتئاب والمعنى الشخصي وجودة الحياة النفسية لدى عينة من طالبات كلية التربية، جامعة أم القرى في ضوء بعض المتغيرات، مجلة كلية التربية، جامعة الأزهر، مصر، العدد (143)، ص 244-268.
114. مايسة شكري (1993)، الفروق في نمط السلوك (أ) لدى ثلاث فئات إكلينيكية من المرضى الراشدين، المجلة المصرية للدراسات النفسية مصر.
115. محمد أمين محبوب (2006)، النمط السلوكي "أ" وضغط الدم، مجلة كلية الآداب القاهرة، المجلد (56)، العدد (02)، ص 124-145.
116. محمد بن حسن أبو راسين (2011)، فعالية برنامج تدريبي تدريسي مقترح لتحسين جودة الحياة لدى طلبة الدبلوم التربوي بجامعة الملك خالد بأبها، مجلة الإرشاد النفسي، مركز الإرشاد النفسي، مصر، العدد (30)، ص 137-234.
117. محمد حسن غانم (2004)، التدخين وعلاقته بقلق الموت والأحداث السارة والنظرة للحياة، دراسة نفسية مقارنة بين المسنين والمسنات، مجلة دراسات عربية في علم النفس، المجلد (03)، العدد (03)، ص 197-255.

118. محمد رجب (1998)، الفروق الجنسية والعمرية في أساليب التكيف مع المواقف الضاغطة، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية للكتاب، العدد (35).
119. محمد عبد الله خليل (2010)، إستراتيجيات التكيف مع الضغوط ونوعية الحياة لدى مرضى القلب، مجلة دراسات إجتماعية، الكويت، العدد (136)، ص 116-134.
120. محمد مقداد ومحمد حسن المطوع (2004)، الإجهاد النفسي وإستراتيجية المواجهة والصحة النفسية لدى عينة من طالبات جامعة البحرين، مجلة العلوم التربوية والنفسية، جامعة البحرين، المجلد (05)، العدد (02)، ص 255 . 275.
121. محمود هويد حنفي، و فوزية عبد الباقي الجمالي (2010)، فعالية الذات المدركة ومدى تأثيرها على جودة الحياة لدى طلبة الجامعة من المتفوقين والمتعثرين دراسيا، العدد (01)، ص 61-115.
122. مصطفى خليل الشرقاوي (1993) قياس إستراتيجيات سلوك التعامل مع المواقف الضاغطة. مجلة التربية، جامعة الأزهر، العدد (41)، ص 51 . 110.
123. المكاوي علي، وعبد الرحمان فهد (1999)، مرضى السكر بمجتمع الكويت، دراسات في علم الاجتماعي الطبي، مؤسسة الأهرام للتوزيع، العدد (2)، ص 302-304.
124. منظمة الصحة العالمية (1994)، التقرير السنوي للمنظمة، ترجمة صفوت محمد، لبنان
125. نادرة رشيد عموري (2007)، دراسة جسدية الشكل-السوماتوفورمية (دراسة مقارنة بين الأسوياء ومرضى ضغط الدم الأساسي في سمات الشخصية، مجلة رسالة الخليج العربي، العدد (102).
126. الناصر حصّة عبد الرحمان (1996)، سلوك النمط "أ" وعلاقته بالعصابية والانبساطية، دراسة للارتباطات، مجلة العلوم الاجتماعية، المملكة العربية السعودية، المجلد (24)، العدد (04)، ص 57.
127. نجاة زكي يوسف ومديحة عثمان عبد الفضيل (1998)، أساليب مواجهة المشكلات في علاقتها بكل من الضغوط النفسية والاحتراف النفسي لدى عينة من معلمي المدارس الثانوية بمدينة المينا (دراسة تنبؤية). مجلة البحث في التربية وعلم النفس، العدد (01)، ص 461 . 491.
128. نجية إسحاق عبد الله (2015)، الأنماط السلوكية وعلاقتها ببعض المتغيرات، مجلة علم النفس المعاصر والعلوم الإنسانية، جامعة المنيا، مصر، المجلد (12)، العدد (1)، ص 225-295.
129. هدى جعفر ظاهر (2014)، سلوك النمط (أ) في علاقته بالميول المهنية، مجلة العلوم الاجتماعية، المجلد (46)، العدد (04)، ص 111-136.
130. هشام إبراهيم عبد الله (2007)، جودة الحياة لدى عينة من الراشدين في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية، مجلة التربية، بجامعة الزقازيق، مصر، المجلد (14)، العدد (04)، ص 137-180.
131. هناء أحمد شويخ (2007)، إستراتيجيات المواجهة والمساندة النفسية الاجتماعية في علاقتها ببعض الاختلالات النفسية لدى مرضى أورام المثانة السرطانية، دراسات عربية في علم النفس، المجلد (3)، العدد (2)، ص 5-32.
132. يوسف جمعة السيد (1994)، العلاقة بين نمط السلوك (أ) بالأعراض المرضية الجسمية النفسية، دراسة مقارنة، مجلة كلية الآداب، العدد (61)، ص 73-101.
133. يوسف جمعة سيد ومعتز عبد الله سيد (2000)، دراسة عبر ثقافية بين مجموعتين من المصريين والسعوديين في أبعاد نمط السلوك (أ)، مجلة بحوث في علم النفس الاجتماعي والشخصية، المجلد (02)، ص 229-325.

03. المراجع الخاصة بالرسائل:

134. ابتسام محمود علي (2008)، العلاقة بين إدارة الوقت وأساليب مواجهة الضغوط ودافعية الإنجاز لدى طلاب المرحلة الثانوية، رسالة دكتوراه (غير منشورة)، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، مصر.
135. إبراهيم حامد المغربي (2006)، تباين بعض متغيرات باختلاف النوع والإصابة بمرض السكري، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب جامعة المنوفية، مصر.
136. أحمد عبد الحسن الإزرجاوي (2014)، قلق الموت وعلاقته بنمط الشخصية لدى المرضى المزمنين، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة بغداد كلية التربية، العراق.
137. آميمة مذكور (2005)، مصادر مشيرة المشقة وإستراتيجية التعايش معها لدى مرضى الفئة وكبار السن والقائمين على رعايتهم. رسالة ماجستير غير منشورة جامعة القاهرة. مصر.
138. إنتصار كما قاسم (2015)، نمط الشخصية وعلاقتها بتحقيق الهوية ودافع الإنجاز الدراسي لدى طلبة الجامعة، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة بغداد، كلية التربية للبنات، العراق.
139. حوراء حيدر محمد الجابر (2012)، الشخصية الشكوكية وعلاقتها بالنمطين (أ ب)، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، بغداد، العراق.
140. رمضان زعطوط (2013)، نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين وعلاقتها ببعض المتغيرات، رسالة دكتوراه غير منشورة في علم النفس الاجتماعي، جامعة قاصدي مرباح بورقلة، الجزائر.
141. ريزان علي إبراهيم (2012)، أنماط الشخصية (أ ب) وعلاقتها بالميول العصبية والقدرة على إتخاذ القرار، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية ابن الهيثم، بغداد، العراق.
142. زهية خطار (2001) التداخل بين إستراتيجيات التعامل ومركز التحكم لمواجهة ضغط البكالوريا، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر 02.
143. سامي عبد الحميد (2008)، فاعلية برنامج تعليمي ذكي في تنمية مهارة حل المشكلات لدى المعوقين سمعيا، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية النوعية جامعة المنصورة، مصر.
144. سمية عيسى مزغيش (2013)، دور مركز التحكم الصحي ونمط الشخصية في الإستجابة للضغط لدى مرضى السكري وضغط الدم، رسالة دكتوراه غير منشورة مقدمة لنيل في علم النفس الاجتماعي، جامعة الجزائر 02.
145. سمير بوطمين (2011) دراسة العلاقة بين دافعية الإنجاز والتحكم المدرك وقلق الإمتحان وإستراتيجيات التعامل والتحصيل الدراسي عند الطلبة المقبلين على شهادة البكالوريا، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر 02.
146. سناء محمد حيدرة (2004)، دافعية الحماية وعلاقتها بنمطي الشخصية (أ) و(ب)، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة بغداد، العراق.
147. سهام طي (2005)، أنماط التفكير وعلاقتها بإستراتيجيات مواجهة إضطراب الضغوط التالية للصدمة، دراسة ميدانية لدى عينة من المصابين بالحروق، مذكرة ماجستير غير منشورة في تخصص علم النفس المعرفي، جامعة العقيد الحاج لخضر باتنة.
148. شهرزاد بوشدوب (2009)، المساندة الاجتماعية وأثرها على بعض العوامل الشخصية وإستراتيجيات التعامل مع الضغط المدرسي، أطروحة الدكتوراه (غير منشورة) في علم النفس الاجتماعي، غير منشورة. جامعة الجزائر 02.
149. صفاء أحمد عحاجة (2007)، النموذج السببي للعلاقة بين الذكاء الوجداني وأساليب مواجهة الضغوط وجودة الحياة لدى طلاب الجامعة، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية التربية، جامعة الزقازيق، مصر.

150. عمار محمد علي (2010)، أنماط الشخصية (أ ب) وعلاقتها بالقدرة القيادية لدى مديري المدارس، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية الأساسية، الجامعة المستنصرية، العراق.
151. عمارة محمد الربيعي (2010)، أنماط الشخصي A B وعلاقتها بالقدرة القيادية لدى مديري المدارس الثانوية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة المستنصرية، العراق.
152. فاطمة الزهراء إزروق (2009)، دراسة النمط السلوكي للمصابين بالسكري من خلال طريقة الحياة، رسالة دكتوراه غير منشورة، قسم علم النفس وعلوم التربية وأرطوفونيا، جامعة الجزائر 2.
153. فخرية يوسف محمد الجارودي (2001)، سلوك الشخصية من النمط (أ) وعلاقتها ببعض متغيرات النفسية لدى طلبة وطالبات جامعة الإمارات العربية المتحدة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة القاهرة، معهد الدراسات والبحوث التربوية والنفسية.
154. ليلي شريف (2003)، أساليب مواجهة الضغط النفسي وعلاقتها بنمطي الشخصية (أ - ب) لدى أطباء الجراحة (القلبية والعصبية والعامة)، أطروحة دكتوراه في الصحة النفسية غير منشورة . جامعة دمشق، سوريا.
155. ماهر يوسف المجدلاوي (2005)، برنامج إرشادي نفسي لتخفيف الضغوط النفسية الناجمة عن الاحتلال لدى كلية المدرسة الثانوية. رسالة دكتوراه، في التربية، معهد البحوث والدراسات العربية، جامعة القاهرة، مصر.
156. محمد حامد إبراهيم الهنداوي (2011)، الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركيا بمحافظة غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الأزهر بغزة، فلسطين.
157. منال بنت مهنا السبيعي (2007)، الشعور بالسعادة وعلاقته بكل من الرضا عن الحياة والتفاؤل ووجهة الضبط لدى المتزوجات وغير المتزوجات في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات الاجتماعية، جامعة محمد بن سعود الإسلامية، المملكة العربية السعودية.
158. منال مبارك بدر المعارف (2001)، جودة الحياة لمرضى السرطان وعلاقتها ببعض التغيرات الديمغرافية، دراسة ميدانية بمركز القوس للعلاج بالأشعة، والطب النووي، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة النيلين السودان.
159. موسى محمد الزمام (1995)، نمط السلوك (أ) وأسلوب المواجهة لدى مرضى الشرايين التاجية، رسالة ماجستير - كلية التربية. جامعة الملك سعود.
160. نشوة كرم عمار أبو بكر الدين (2007)، الاحتراف النفسي للمعلمين، ذوي النمط (أ، ب) وعلاقته بأساليب حل المشكلات، رسالة ماجستير في علم النفس، كلية التربية جامعة الغيوم، مصر.
161. وليد مراقة (2009)، مركز ضبط الألم وعلاقته بإستراتيجيات المواجهة لدى مرض السرطان، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الحاج لخضر، باتنة، الجزائر.
04. قائمة المراجع الخاصة بالقواميس والمعاجم:
162. جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفاي (1993) معجم علم النفس والطب النفسي، دار النهضة العربية، مصر.
163. لطفي الشربيني (2002)، معجم مصطلحات الطب النفسي، مركز تعريب العلوم الصحية، الكويت.
05. قائمة المراجع باللغة الأجنبية:

164. A Crystal L. park(2003):The psychology of religion and positive psychology. Psychology of religionnewsletter, vol28, no(04),pp1-20.american psychological association division.

165. AHsubralty et al (2004) : **Quality of life of people with type 2 diabetes in manurituis**, Research diabetes and primary care spring.
166. Albright Teresa. L. et al.(2001) : **Predictors of self care behaviour in adultswith type 2 diabetes**, AnRRnestStudy. Fam. Med.; 33 (5) : 354-360.
167. Aldan, M & Kailiukstiene.(2013) : **type A B behavioral patterns in patients with diabetes**, journal of montal health, norway, no(97),pp64-71.
168. Aljeesh,Yousef(2003): **Stroke and non-compliancewith the therapeutic regimen among hypertensive men and women in Gaza strip** ,Unpublished Doctoral Dissertation, Department of healthmedicine ,University of Bilefeld-Germany.
169. Anaes (2004) : **Agence nationale d'accvitation et d'évaluation en santé**. Méthode d'évaluation du risque cardio- vasculaire global France.
170. andré Grimaldi. (2005) : **guide pratique du diabète**. 3^{ème} édition. Masson- Paris. France. Available : <http://www.redoconnorassoc.com>.
171. beconte, N.σ Paterson, R. (2005) : **synthèse des recherches sur le stress au travail in:** <http://www.ulb.ac.be/soco/creatic/chp1str.html>
172. bemaire Antoine (2008) : **l'hypertension artérielle**, ed : K. lyon, Paris, France.
173. Bottomley, A (2002): **Mme cancer patient and quality of life**, Mme oucologist ; 7.120-125.
174. Brochon, Scheitzer, M. Dantzer, R. (2003) : **introduction à la psychologie de la santé**, Paris, PUF.
175. Bruke, R.J. Green glass, E.R(1991) : **the relationship between stress &coping among type (A) on canada**, journal of social behavior and personality. Vol(6),pp361-373.
176. Burke, S &Nancy, J (2010) : **personality style in people with diabetes**, journal of psychology university of hon kong,vol(114), pp1310-1321.
177. Cardoom,J (2014) : **type A B behavioral pattern and strategies coping in patients with hear**, journal of clinical psychology Australia , no(79),pp83-91.
178. careth Beevers, D. graban Mac gregor-Graham A.Mac gregor (1999): **Doctor-patient agreement in Rue appreciation of arteriel hypertension severity**, Archepublic health.
179. Choe, K.L. σ clim. I. (2005): **prevabence of Depression Among elderly Chinese With Dicouetes-int Geriater psychiatry**, 20(6). pp: 570-575.
180. Costanzo, E, S. sood, A, K , σ lutyondouf, S.K (2012): **Biobehavioral influences on cancer progression**. immunol Albergy clim North Am-February: 31(1) 109-132.
181. Couaret , 11. (2009): **Biologie**. edition group de Boeck.SA. Paris , France.
- Cuntantur, pσ société française d'ophtalmologie (2008). pathologies vasculaires oculaires Masson-France.
182. Davidson, G.C & Neal, N (1994) : **Abnormal psychology**, ed 6 ohn willey et sons new york.
183. Davison, G.G., De quatlo, v.L. Nescmni ; E. σ williams,M.E (1992): **Articulated thoughts of type A B individuals in Response to social criticism**, coqritive, the erpy and Red earch. phenuim. publisher.
184. Delay, J σ pichot. p (1990) : **psychologie**, Paris Masson. 3^{ème} édition.
185. Derks, W (2005) : **Differences in coping style and locus control between older and younger patients with head and neck cancer**, clinical atalaryugond and allied sciences, black well publishing, vol (30), n02.
186. Dopler,D (1995) : **Mind /dody medicine available** ,on line : <http://www.findarticles.com>.
187. Edelman, D. &et,al. : (2002): **Impact of diabetes screening on quality of life**, Diabetescare ,June , Looksmart.com. LookSmart Ltd, USA.
188. Fontant, A.F, Kerus, R.D, Marcus, J.L, & Resonberg, R.L(1987) : **Type A behavior pattern, inhibited power motivation and activity inhibition**, journal of personality and social psychology, vol (52). No01.

189. Freedman, J. Chini, M. &Fiedeldej, C. (1994) :**Emotional intelligence and performance**. WWW.6seconds.org
190. Friedman, R. Sobel, D. Myers, P. & Caudill, M (1995) :**Behavioral medicine clinical health psychology**, and cost offset, health psychology,vol(14) 509-510.
191. Frisch,M. clarck,M. Rouse,S. Ruld,M. Paweleck,j.Greenstone,A. &Kopplin,D (2005) :**Predictive and treatment validity of life satisfaction and the quality of life in ventoryassessment**, vol.13 no(01),pp66-78.
192. Fukunish,I, Moroji,T, &Tokabe,S(1995) : **stress in middle-agedwomen influence of type A behavior and narcissisnt**, journal of psychotherapy & psychosomatic, vol (63), no(34),pp59-64.
193. Gareth Beevers, D. Gregoury, V.H, lip, Eour O Brien. (2007): **ABC of hypertension Australia**, Blac Kwell publishing. ETD. p 316. edition 3.
194. Geodall, G (1994) : **Vers un Modèle biopsychosocial de la Maladie introduction a la psychologie de la santé**, P.U.F.
195. Grigg – Angela (2004) : **Impact of diabetes on quality of life forpersons living in the bellacoolavalley**. Dissertation abstractsinternational, Vol. 44-01, No. AAIMR04680, P. 330.
196. Guyton, A.C & Hall, J .L (2006) : **Tesct book of medical physiology**. Amsterdam : elsevier inc.
197. hoareau, D (2001) : **Apprivoisez votre stress** , Paris , éditeur d'organisation.
198. John. D, S. (1995): **Manual of hypertension**. Blackwel science. Paris. France.
199. Kreitler, S. peleg, D. Jehrenfeld, n (2007): **stress self-efficacy and quality of life in cancer patiens**. psycho-oncology, 16-329-341.
200. Lawler, J& Schmied, L.A(2002) : **apropective study of women s health : the effects of stress, hardiness, locus of control, type A behavior and psychological reactivity**, journal of women &health, vol (89), no(01),pp27-41.
201. Liveneh, M. (2000): **psychosocial adaptation to cancer: The role of coping strategies**, jpurnal of Rgeabilitation. Vol10.N5 pp55-65.
202. Lloyd, C.E. σ Brown, f.J.(2002): **Depression and Diabetes**. cure womens health, Rep, 2(3), pp 188-193.
203. Lustman, PJ. Frank BL, Mc Gill, JB (1991): **Relation-ship of personality characteristics to glucose regulation in adults with diabetes**. psychoson. Med. 53.305-312.
204. Luszczynska, A(2012) : **the relationship between type A behavioral pattern and blood pressure in elderly in beijing city**, A systemic review psycho on cology.
205. Luthans, F (2004): **Organizational behavior**. Mc graw-hull, tenth edition.
206. Maclood,J & Davey,S(2003) : **psychosocial factor & public health a sritable case for treatment**. Epidemiol comunity health, vol(57),pp565-570.
207. Markus, Z (2010) : **type A personality in patients with hypertension**, GMS. Psycho-social-medicine, vol(07), pp 1-10.
208. Monjezi,S (2005) : **Aqualitative study of diabetic people's experience of neurofeedback training and its effect on their quality of life**, desserataion abstracts international, vol66.
209. Mytko,J.J & Kingh,S(1999) :**dody mind and spirit to words the integration of religiosity and spirituality in cancer quality of life**, research psycho-on collogy, vol(8), pp439-450.
210. Nybery, L. (2002): **type A behavior and hyperactivity/ ADHD: are related** , journal of sociale science vol 1, N. 3. pp 11-20.
211. O'connor, Rod (1998) : **issues in the measurement of health related quality of life**,(on line)
212. Organisation mondiale de la santé ,pland'action 2008–2013 **pour la stratégie mondiale contres lesmaladies non transmissibles** .GENEVE.2010:P 05
213. orlandini, A. pastor, M., Fossati A. clereiei, s sergi, A, Balini, A.Maffen , G. Secchin A.
214. palmero, F. Diezif. L Asersio, A. p. (2001): **type A behavior parrern today: relevance**

- of the jas-s factor to predict heart mate meactivity (Jenker's Activity scale) Behavioral Medicine. Vols, N2, pp228- 233.
215. Passer, M. & Smith, R. (2004): **psychology the science of maid and behavior**, Mc Graw-Hill, second Edition, New York.
216. paulhan (1998): **la psychologie de santé: une nouvelle approche dans la compréhension de la santé et de la maladie**, in Annal de Médecine et de psychologie : revue psychiatrique, vol 152. Décembre. N10.
217. Periera,M.G. Berg,L. Gress,A,P&Machado,J.C (2008) : **impact of familenvisionment and support on adolescent withdiabetes, international**, journal of behavioralmedicine, vol(15),pp187-193.
218. Perwien – Amy – Renee (2000): **Assessingquality of life inadolescents with type 1 diabetes an examination of generic anddiseasespecificmeasures**, Dissertation abstractsinternational, Vol. 61-08b, No. AA19984470, P. 4422
219. Peterson, c(2009) :**positive psychology. Reclaimingchildren and yauth**, v18, n02,pp3-7.
220. power, F. et all (2001): **manitourring of psychological well Being out patients with diabetes**. Diabetes care: 24(u) 1929-1935.
221. Reine,G. Lancon,C. Tucci,S. Sapin,C&Auquier,P (2003) :**Depression and subjective quality of life in chronic phase schizophrenic patients**. Actpsychiatricascandinavica. Vol 108,pp297-303.
222. Rogerson, R (1999): **Quality of life scores after laparoscopic antiveflux surgery**, American Famity pshysician , Vol 59, N1.
223. Rosmman, R.H. Brand, R.J. Jenkins, C.D, Friedman M.strcus, R. Dwwrn, M. (1994): **coronary heart disease in the western collaborative group study: final follow-up experience of 81/2 years in Steptoe A σ waudle, J. (Ed) psychology processes and health**, canbridge university press.
224. Saykin andew,J (2011) : **profil and blood pressur**, journal of clinical psychology australia, vol(67). No(03), pp336-344.
225. Schalock, R. (2003): **ThreeDecades of Quality of Life**, Focus on Autism&OtherDevelopmentalDisabilities. 15(2). 116-127.
226. SchWeitze. B.M . & Quintrada D (2001) : **personnalité et Maladies: stress coping et ajustement**, Paris, Dunod.
227. Singh,R&Discit,S (2010) : **healthrelatedquality of life &health management**, journal of health management, vol(12),no(02), pp153-172.
228. Talley, s.J. Bytzer, p.hammer.J, young Lσ joner M. horewitz. M (2001): **psychological Distress is linked to Gestrointentinal symptions in Diabetes Mellitus-** Anr. J Gastroenteral, 96. (4). pp. 1033-1038.
229. Terry, D,J.(1995) : **Determinants of coping : the role of stable and situational factors**, Journal of personality and sociale psychology. Vol(66),no (05),pp895-910.
230. Tou , Non &et,al. : (2004) : **Relation ship of age and sex to health-relation quality of life in patient withheartffailure** ,American Journal of Critical care ,March Looksmart.com. LookSmart Ltd, USA.
231. WHO (1993): **wordhealth Report 1999 : life in the 21st century: Avi-sion for All ,who , geneva .**
232. Xavier Girerd, Antoine lemaire (2009) : **Abord climique de l'hperdension**, Paris, spinger. Verlag, p 62.63.65.
233. Zhang, X, Nouris. S.L Gregg, E.W., cheng, Y.J. Beckles, G. Kalin, H.S. (2005): **Deuessive symptoms and Montality Among presons with and without Diabetes**.

قائمة الملاحق

لتعليمات:

- 1 - صف لنا مشكل تعرضت له، وسبب لك ضغطا في الأشهر السابقة
- 2 - عين لنا شدة الضغط الذي أولده فيك هذا المشكل
- 3 - من فضلك صف لنا لكل إستراتيجية من الاستراتيجيات الموالية مدى استعمالك لها في المشكل الذي وصفته لنا وذلك برسم دائرة حول الدرجة المناسبة.

الرقم	درجة استعمالها	م	بالأحرى لا	بالأحرى نعم	رقم
1	- وضعت مخطط عمل واتبعته.				
2	- تمنيت لو كنت أكثر قوة، أكثر تفاؤلا وحاسما.				
3	- تحدثت إلى أحدهم عما شعرت به.				
4	- قاومت للحصول على ما كنت أريده.				
5	- تغيرت بشكل إيجابي.				
6	- أخذت الأشياء واحدة تلوى الأخرى.				
7	- تمنيت لو كان باستطاعتي تغيير ما حدث.				
8	- شعرت بالألم لعدم قدرتي على تجنب المشكل.				
9	- ركزت على الجانب الإيجابي المتوقع ظهوره لاحقا.				
10	- تناقشت مع شخص ما للتعرف على المزيد بخصوص المشكل				
11	- تمنيت لو تحدث معجزة.				
12	- خرجت من المشكلة بأكثر قوة.				
13	- غيرت الأشياء لتنتهي الأمور إلى الأفضل.				
14	- أشعرت نفسي بالذنب.				
15	- احتفظت بمشاعري لنفسى.				
16	- تفاوضت للحصول على شيء إيجابي من المشكل.				
17	- حملت أو تخيلت مكانا أو وقتا أفضل من الذي كنت فيه.				
18	- حاولت أن أتصرف بطريقة متسعة أو أتبع الفكرة الأولى.				
19	- رفضت التصديق بأن ذلك قد حدث فعلا.				
20	- أدركت أنني المتسبب في المشكل.				
21	- حاولت أن لا أنزعج.				

				22	– فكرت في أشياء غير واقعية أو خيالية لأشعر بالتحسين.
				23	– تقلبت عطف وتفهم شخص ما.
				24	– وجدت حلاً أو اثنين للمشكلة.
				25	حاولت نسيان كل شيء.
				26	– تمنيت لو كان باستطاعتي تغيير اتجاهي.
				27	– عرفت ما يجب فعله، فضاغت جهدي وقمت بكل ما في وسعي لكي أصل.
				28	– غيرت شيئاً ما في نفسي لتحمل الوضعية بشكل أحسن.
				29	انتقدت نفسي وتعاليت عليها.

مقياس "بولهان وآخرون" لأساليب التعامل مع الضغط النفسي

التعليمات:

1 - صف لنا مشكل تعرضت له، وسبب لك ضغطا في الأشهر السابقة

.....

.....

.....

2 - عين لنا شدة الضغط الذي أولده فيك هذا المشكل

منخفض متوسط مرتفع

3 - من فضلك صف لنا لكل إستراتيجية من الاستراتيجيات الموائية مدى استعمالك لها في المشكل الذي

وصفته لنا وذلك برسم دائرة حول الدرجة المناسبة.

الرقم	درجة استعمالها	نعم	لا	بالأحرى نعم	بالأحرى لا
1	- وضعت مخطط عمل واتبعته.				
2	- تمنيت لو كنت أكثر قوة، أكثر تفاؤلا وحاسما.				
3	- تحدثت إلى أحدهم عما شعرت به.				
4	- قاومت للحصول على ما كنت أريده.				
5	- تغيرت بشكل إيجابي.				
6	- أخذت الأشياء واحدة تلو الأخرى.				
7	- تمنيت لو كان باستطاعتي تغيير ما حدث.				
8	- شعرت بالألم لعدم قدرتي على تجنب المشكل.				
9	- ركزت على الجانب الإيجابي المتوقع ظهوره لاحقا.				
10	- تناقشت مع شخص ما للتعرف على المزيد بخصوص المشكل				
11	- تمنيت لو تحدث معجزة.				
12	- خرجت من المشكلة بأكثر قوة.				
13	- غيرت الأشياء لتنتهي الأمور إلى الأفضل.				
14	- أشعرت نفسي بالذنب.				
15	- احتفظت بمشاعري لنفسى.				

16	– تفاوضت للحصول على شيء إيجابي من المشكل.			
17	– حملت أو تخيلت مكانا أو وقتا أفضل من الذي كنت فيه.			
18	– حاولت أن أتصرف بطريقة متسريعة أو أتبع الفكرة الأولى.			
19	– رفضت التصديق بأن ذلك قد حدث فعلا.			
20	– أدركت أنني المتسبب في المشكل.			
21	– حاولت أن لا أنزعج.			
22	– فكرت في أشياء غير واقعية أو خيالية لأشعر بالتحسين.			
23	– تقلبت عطف وتفهم شخص ما.			
24	– وجدت حلا أو اثنين للمشكل.			
25	– حاولت نسيان كل شيء.			
26	– تمنيت لو كان باستطاعتي تغيير اتجاهي.			
27	– عرفت ما يجب فعله، فضاغت جهدي وقمت بكل ما في وسعي لكي أصل.			
28	– غيرت شيئا ما في نفسي لتحمل الوضعية بشكل أحسن.			
29	– انتقدت نفسي وتعاليت عليها.			

. مقياس نوعية الحياة لمنظمة الصحة العالمية WHOQOL:

التعليمات:

تدور أسئلة هذا المقياس حول المشاعر المتعلقة بنوعية الحياة (الصحية ، الإجتماعية ، وجوانب أخرى مختلفة في الحياة). من فضلك أجب عن جميع الأسئلة، اختر الإجابة التي تبدو ملائمة بالنسبة لك ومن فضلك حاول أن تضع في إعتبارك أننا نسألك عن مشاعرك وإهتماماتك وأمنياتك العادية. كما يجب أن تتذكر أننا نسألك عن مشاعرك خلال الأسبوعين الماضيين. ينبغي أن تضع دائرة حول (0) حول الرقم الذي يعبر بشكل ملائم عن مقدار قلقك على حالتك الصحية خلال الأسبوعين الماضيين، ولذلك فإنه ينبغي أن تضع دائرة حول الدرجة التي تختارها مناسبة:

الدرجة	العبارة	الإطلاق	لا على	قليلا	متوسطة	بدرجة	كثيرا	كبيرة جدا
. المجال الجسمي								
01	هل أنت منزوع من أملك وعدم راحتك؟							
02	ما مقدار الصعوبات التي تواجهك في التعامل مع الألم وعدم الراحة؟							
03	'لى أي مدى تشعر بأن أملك الجسمي يمنحك عن عمل الأشياء التي تريد عملها؟							
04	كم مرة عانيت فيها من ألم بدني؟							
05	هل تتعب بسهولة؟							

06	ما مقدار الإنزعاج الذي يسببه لك تعبك.؟				
07	هل لديك الطاقة الكافية للحياة اليومية.؟				
08	ما مقدار رضاك عن مستوى طاقتك.؟				
09	هل لديك صعوبات متعلقة بنومك.؟				
10	ما هو كم المشاكل التي تواجهك في نومك.؟				
11	ما مقدار رضاك عن نومك.؟				
12	هل نومك جيد.؟				
. المجال النفسي					
13	ما مقدار إستمتاعك بالحياة.؟				
14	ما مقدار المشاعر الإيجابية التي تشعر بها نحو مستقبلك.؟				
15	ما مقدار المشاعر الإيجابية التي تجربها في حياتك.؟				
16	هل أنت تشعر بالرضا بشكل عام.؟				
17	كيف تقدر قدرتك على التركيز.؟				
18	ما مقدار رضاك عن قدرتك على إتخاذ القرار.؟				
19	ما مقدار رضاك عن قدرتك على تعلم معلومات جديدة.؟				
20	كيف تقدر ذاكرتك.؟				
21	ما مقدار تقديرك لنفسك.؟				

22	ما مقدار تقثك بنفسك؟				
23	ما مقدار رضاك عن نفسك؟				
24	ما مقدار رضاك عن قدراتك الشخصية؟				
25	هل تشعر بالضيق إتجاه مظهرك؟				
26	هل يوجد جزء من مظهرك يجعلك تشعر بعدم الراحة؟				
27	هل أنت قادر على تقبل مظهرك الجسمي؟				
28	ما مقدار رضاك عن الطريقة التي يبدو عليها جسمك؟				
29	ما كم الإنزعاج الذي تشعر به؟				
30	هل تشعر بأن الحزن والإكتئاب يؤثران في وظائفك اليومية؟				
31	ما مقدار الضيق الذي يسببه لك شعورك بالإكتئاب؟				
32	كم عدد المرات التي كانت لديك فيها مشاعر سلبية مثل (القلق، الأرق، الإكتئاب، المزاج)؟				
مجال مستوى الإستقلال					
33	كيف تقدر قدرتك على الحركة بسهولة؟				
34	ما مقدار الضيق الذي تشعر به من وجود أي صعوبات في الحركة؟				
35	إلى أي مدى تؤثر أي صعوبات الحركة على طريقة حياتك؟				
36	ما مقدار رضاك فيما يتعلق بقدرتك على الحركة بسهولة؟				
37	إلى أي مدى تعاني من صعوبات متعلقة بالأنشطة؟				

38	ما مقدار الضيق الذي تشعر به من تقصيرك في أداء أنشطة الحياة اليومية.؟				
39	إلى أي مدى أنت قادر على القيام بنشاطاتك اليومية.؟				
40	ما مقدار رضاك عن قدرتك على أداء أنشطة حياتك اليومية.؟				
41	ما مقدار حاجتك لأي أدوية تساعدك على أداء أعمالك اليومية.؟				
42	ما مقدار حاجتك لأي علاج طبي يساعدك على أداء أعمالك اليومية.؟				
43	إلى أي مدى تعتمد جودة حياتك على إستخدام وسائل طبية.؟				
44	ما مقدار إعتماذك على الأدوية.؟				
45	هل أنت قادر على القيام بأعمالك اليومية.؟				
46	هل أنت قادر على القيام بالتزاماتك أو واجباتك.؟				
47	هل أنت راضي عن قدرتك على العمل.؟				
48	كيف تقدر قدرتك على العمل.؟				
بمجال العلاقات الإجتماعية					
49	ما مقدار الوحدة التي تشعر بها في حياتك.؟				
50	ما مقدار رضاك عن علاقاتك الشخصية.؟				
51	ما مقدار رضاك عن قدرتك على تقديم الدعم أو تحمل أعباء الآخرين.؟				
52	هل تشعر بالسعادة إتجاه علاقاتك مع أعضاء العائلة.؟				
53	هل تحصل على الدعم الذي تريده من الآخرين.؟				

54	إلى أي مدى يمكنك الاعتماد على أصدقائك عندما تحتاج لهم؟				
55	ما مقدار رضاك عن الدعم الذي تحصل عليه من عائلتك؟				
56	ما مقدار رضاك عن الدعم الذي تحصل عليه من أصدقائك؟				
57	هل تشعر بالضيق بسبب صعوبات تواجهك في حياتك الجنسية؟				
58	ما مقدار رضاك عن حياتك الجنسية؟				
59	كيف تقدر حياتك الجنسية؟				
60	كيف تقدر مستوى إشباعك لإحتياجاتك الجنسية؟				
بجاء البيئة					
61	ما مقدار الأمن الذي تشعر به في حياتك اليومية؟				
62	هل تشعر بأنك تعيش في بيئة سليمة وآمنة؟				
63	ما مقدار الإنزعاج التي تشعر به فيما يتعلق بسلامتك وأمنك؟				
64	ما مقدار رضاك عن أمنك وسلامتك البدنية؟				
65	ما مقدار الراحة التي تشعر بها في المكان الذي تعيش فيه؟				
66	ما مقدار حبك للمكان الذي تعيش فيه؟				
67	إلى أي مدى تعتقد أن طبيعة بيتك تلي إحتياجاتك؟				
68	ما مقدار رضاك عن ظروف المكان الذي تعيش فيه؟				
69	هل لديك صعوبات مالية؟				

70	هل تشعر بالقلق إزاء النواحي المالية؟				
71	هل لديك مال كاف يلبى إحتياجاتك؟				
72	ما مقدار رضاك عن وضعك المالي؟				
73	ما مقدار قدرتك في الحصول على رعاية طبية جيدة وبطريقة سهلة؟				
74	ما مقدار رضاك عن حصول على الخدمات الصحية؟				
75	ما مقدار رضاك عن خدمات الرعاية الإجتماعية؟				
76	كيف تقدر مستوى الخدمات الإجتماعية المتوفرة لك؟				
77	ما مدى توافر المعلومات التي تحتاج إليها في حياتك؟				
78	إلى أي مدى تتوفر لك الفرصة على المعلومات؟				
79	ما مقدار رضاك عن الفرص المتاحة لك في إكتساب المهارات؟				
80	ما مقدار رضاك عن الفرص المتاحة لك في تعلم معلومات جديدة؟				
81	ما مقدار تمتعك بأوقات فراغك؟				
82	إلى أي مدى تتاح لك الفرصة في ممارسة النشاطات؟				
83	ما مقدار قدرتك على الإسترخاء والتمتع؟				
84	ما مقدار رضاك عن أساليب قضائك لأوقات الفراغ؟				
85	ما مدى صحة بيئتك الطبيعية؟				
86	هل تنشغل بالضوضاء المحيطة بالمنطقة التي تعيش فيها؟				

87	ما مقدار رضاك عن بيئتك الطبيعية (التلوث، المناخ، الضوضاء، الجاذبية)؟.				
88	ما مقدار رضاك عن مناخ المكان الذي تتواجد فيه؟.				
89	إلى أي مدى تواجهك مشكلات متعلقة بوسائل المواصلات؟.				
90	إلى أي مدى تقيدك الصعوبات المتعلقة بالمواصلات في حياتك؟.				
91	هل لديك وسائل مواصلات كافية؟.				
92	ما مقدار رضاك عن وسائل المواصلات الخاصة بك؟.				
مجال المعتقدات الدينية					
93	هل معتقداتك الشخصية تعطي معنى لحياتك؟.				
94	إلى أي مدى تشعر بأن حياتك ذات مغزى؟.				
95	إلى أي مدى تعطيك معتقداتك الشخصية القوة للمواجهة؟.				
96	إلى أي مدى تساعدك معتقداتك الشخصية في فهم صعوبات الحياة؟.				
مجال نوعية الحياة والصحة العامة					
97	كيف تقدر جودة الحياة بالنسبة لك؟.				
98	هل أنت راض عن نوعية الحياة التي تعيشها؟.				
99	ما مقدار رضاك عن جودة حياتك بشكل عام؟.				
100	ما مقدار رضاك عن صحتك؟.				

Tableau croisé

Effectif

		fresol			Total
		1,00	2,00	3,00	
classification	1,00	108	33	51	192
	2,00	134	32	19	185
Total		242	65	70	377

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	17,313 ^a	2	,000
Rapport de vraisemblance	17,870	2	,000
Association linéaire par linéaire	15,998	1	,000
Nombre d'observations valides	377		

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 31,90.

Mesures symétriques

		Valeur	Erreur standard asymptotique ^a	T approximé ^b	Signification approximée
Nominal par Nominal	Phi	,214			,000
	V de Cramer	,214			,000
	Coefficient de contingence	,210			,000
Intervalle par Intervalle	R de Pearson	-,206	,049	-4,082	,000 ^c
Ordinal par Ordinal	Corrélation de Spearman	-,193	,050	-3,819	,000 ^c
Nombre d'observations valides		377			

Tableau croisé

Effectif

		fsporsoc			Total
		1,00	2,00	3,00	
classification	1,00	122	31	39	192
	2,00	31	37	117	185
Total		153	68	156	377

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	24,033 ^a	2	,000
Rapport de vraisemblance	24,298	2	,000
Association linéaire par linéaire	18,336	1	,000
Nombre d'observations valides	377		

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 41,71.

Mesures symétriques

		Valeur	Erreur standard asymptotique ^a	T approximé ^b	Signification approximée
Nominal par Nominal	Phi	,252			,000
	V de Cramer	,252			,000
	Coefficient de contingence	,245			,000
Intervalle par Intervalle	R de Pearson	,221	,050	4,385	,000 ^c
Ordinal par Ordinal	Corrélation de Spearman	,232	,050	4,612	,000 ^c
Nombre d'observations valides		377			

Tableau croisé

Effectif

		categorieproblem			Total
		1,00	2,00	3,00	
classification	1,00	57	60	75	192
	2,00	49	82	54	185
Total		106	142	129	377

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	17,303 ^a	2	,000
Rapport de vraisemblance	17,330	2	,000
Association linéaire par linéaire	16,675	1	,000
Nombre d'observations valides	377		

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 52,02.

Mesures symétriques

	Valeur	Erreur standard asymptotique ^a	T approximé ^b	Signification approximée
Nominal par Nominal	Phi	,239		,000
	V de Cramer	,239		,000
	Coefficient de contingence	,238		,000
Intervalle par Intervalle	R de Pearson	-,042	,051	,000 ^c
Ordinal par Ordinal	Corrélation de Spearman	-,046	,052	,000 ^c
Nombre d'observations valides	377			

العلاقة بين الأنماط السلوكية (أ) (ب) وأسلوب التجنب لدى المرضى المزمنين

Tableau croisé

Effectif

		feviter			Total
		1,00	2,00	3,00	
classification	1,00	121	26	45	192
	2,00	33	55	97	185
Total		154	81	142	377

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	60,735 ^a	2	,000
Rapport de vraisemblance	62,726	2	,000
Association linéaire par linéaire	48,502	1	,000
Nombre d'observations valides	377		

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 39,75.

Mesures symétriques

	Valeur	Erreur standard asymptotique ^a	T approximé ^b	Signification approximée
Nominal par Nominal	Phi	,401		,000
	V de Cramer	,401		,000
	Coefficient de contingence	,372		,000
Intervalle par Intervalle	R de Pearson	,359	,047	,000 ^c
Ordinal par Ordinal	Corrélation de Spearman	,365	,048	,000 ^c
Nombre d'observations valides	377			

Tableau croisé

Effectif

		feval			Total
		1,00	2,00	3,00	
classification	1,00	32	59	101	192
	2,00	99	46	40	185
Total		131	105	141	377

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	62,158 ^a	2	,000
Rapport de vraisemblance	64,709	2	,000
Association linéaire par linéaire	59,981	1	,000
Nombre d'observations valides	377		

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 51,53.

Mesures symétriques

	Valeur	Erreur standard asymptotique ^a	T approximé ^b	Signification approximée
Nominal par Nominal				
Phi	,406			,000
V de Cramer	,406			,000
Coefficient de contingence	,376			,000
Intervalle par Intervalle				
R de Pearson	-,399	,046	-8,437	,000 ^c
Ordinal par Ordinal				
Corrélation de Spearman	-,399	,046	-8,416	,000 ^c
Nombre d'observations valides	377			

Tableau croisé

Effectif

		fblam			Total
		1,00	2,00	3,00	
classification	1,00	132	32	28	192
	2,00	52	48	85	185
Total		184	80	113	377

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	66,628 ^a	2	,000
Rapport de vraisemblance	69,178	2	,000
Association linéaire par linéaire	64,757	1	,000
Nombre d'observations valides	377		

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 39,26

Mesures symétriques

	Valeur	Erreur standard asymptotique ^a	T approximé ^b	Signification approximée
Nominal par Nominal				
Phi	,420			,000
V de Cramer	,420			,000
Coefficient de contingence	,388			,000
Intervalle par Intervalle				
R de Pearson	,415	,046	8,833	,000 ^c
Ordinal par Ordinal				
Corrélation de Spearman	,419	,046	8,930	,000 ^c
Nombre d'observations valides	377			

Tableau croisé

Effectif

		femotio			Total
		1,00	2,00	3,00	
classification	1,00	31	59	102	192
	2,00	106	43	36	185
Total		137	102	138	377

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	28,103 ^a	2	,000
Rapport de vraisemblance	28,724	2	,000
Association linéaire par linéaire	27,241	1	,000
Nombre d'observations valides	377		

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 58,40.

Mesures symétriques

		Valeur	Erreur standard asymptotique ^a	T approximé ^b	Signification approximée
Nominal par Nominal	Phi	,273			,000
	V de Cramer	,273			,000
	Coefficient de contingence	,263			,000
Intervalle par Intervalle	R de Pearson	,269	,049	5,412	,000 ^c
Ordinal par Ordinal	Corrélation de Spearman	,268	,049	5,392	,000 ^c
Nombre d'observations valides		377			

Tableau croisé

Effectif

		fcors			Total
		1,00	2,00	3,00	
classification	1,00	122	33	37	192
	2,00	45	103	37	185
Total		167	136	74	377

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	23,322 ^a	2	,000
Rapport de vraisemblance	23,330	2	,000
Association linéaire par linéaire	21,097	1	,000
Nombre d'observations valides	377		

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 36,31.

Mesures symétriques

		Valeur	Erreur standard asymptotique ^a	T approximé ^b	Signification approximée
Nominal par Nominal	Phi	,394			,000
	V de Cramer	,394			,000
	Coefficient de contingence	,393			,000
Intervalle par Intervalle	R de Pearson	,254	,031	,048	,000 ^c
Ordinal par Ordinal	Corrélation de Spearman	,265	,031	,048	,000 ^c
Nombre d'observations valides		377			

Tableau croisé

Effectif

		fpsych			Total
		1,00	2,00	3,00	
classification	1,00	130	44	18	192
	2,00	36	130	19	185
Total		166	174	37	377

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	20,697 ^a	2	,000
Rapport de vraisemblance	20,698	2	,000
Association linéaire par linéaire	19,060	1	,000
Nombre d'observations valides	377		

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 18,16.

Mesures symétriques

		Valeur	Erreur standard asymptotique ^a	T approximé ^b	Signification approximée
Nominal par Nominal	Phi	,343			,000
	V de Cramer	,343			,000
	Coefficient de contingence	,343			,000
Intervalle par Intervalle	R de Pearson	-,313	,011	-,244	,000 ^c
Ordinal par Ordinal	Corrélation de Spearman	-,322	,011	-,419	,000 ^c
Nombre d'observations valides		377			

Tableau croisé

Effectif

		findpd			Total
		1,00	2,00	3,00	
classification	1,00	89	47	56	192
	2,00	81	36	68	185
Total		170	83	124	377

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	2,867 ^a	2	,239
Rapport de vraisemblance	2,872	2	,238
Association linéaire par linéaire	1,268	1	,260
Nombre d'observations valides	377		

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 40,73.

Mesures symétriques

		Valeur	Erreur standard asymptotique ^a	T approximé ^b	Signification approximée
Nominal par Nominal	Phi	,087			,239
	V de Cramer	,087			,239
	Coefficient de contingence	,087			,239
Intervalle par Intervalle	R de Pearson	,058	,051	1,127	,261 ^c
Ordinal par Ordinal	Corrélation de Spearman	,055	,051	1,066	,287 ^c
Nombre d'observations valides		377			

Tableau croisé

Effectif

		fvsocl			Total
		1,00	2,00	3,00	
classification	1,00	84	37	71	192
	2,00	79	33	73	185
Total		163	70	144	377

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	,280 ^a	2	,869
Rapport de vraisemblance	,280	2	,869
Association linéaire par linéaire	,144	1	,704
Nombre d'observations valides	377		

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 34,35.

Mesures symétriques

		Valeur	Erreur standard asymptotique ^a	T approximé ^b	Signification approximée
Nominal par Nominal	Phi	,027			,869
	V de Cramer	,027			,869
	Coefficient de contingence	,027			,869
Intervalle par Intervalle	R de Pearson	,020	,052	,379	,705 ^c
Ordinal par Ordinal	Corrélation de Spearman	,019	,052	,372	,710 ^c
Nombre d'observations valides		377			

العلاقة بين الأنماط السلوكية (أ) (ب) ونوعية الحياة (المجال البيئي) لدى المرضى المزمنين

Tableau croisé

Effectif

		fenvmm			Total
		1,00	2,00	3,00	
classification	1,00	111	50	31	192
	2,00	45	107	33	185
Total		156	157	64	377

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	52,269 ^a	2	,000
Rapport de vraisemblance	52,269	2	,000
Association linéaire par linéaire	50,045	1	,000
Nombre d'observations valides	377		

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 31,41.

Mesures symétriques

		Valeur	Erreur standard asymptotique ^a	T approximé ^b	Signification approximée
Nominal par Nominal	Phi	,327			,000
	V de Cramer	,327			,000
	Coefficient de contingence	,327			,000
Intervalle par Intervalle	R de Pearson	,311	,052	5,212	,000 ^c
Ordinal par Ordinal	Corrélation de Spearman	,307	,052	5,131	,000 ^c
Nombre d'observations valides		377			

Tableau croisé

Effectif

		frelig			Total
		1,00	2,00	3,00	
classification	1,00	44	79	69	192
	2,00	36	96	53	185
Total		80	175	122	377

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	4,421 ^a	2	,110
Rapport de vraisemblance	4,430	2	,109
Association linéaire par linéaire	,264	1	,608
Nombre d'observations valides	377		

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 39,26.

Mesures symétriques

		Valeur	Erreur standard asymptotique ^a	T approximé ^b	Signification approximée
Nominal par Nominal	Phi	,108			,110
	V de Cramer	,108			,110
	Coefficient de contingence	,108			,110
Intervalle par Intervalle	R de Pearson	-,026	,051	-,513	,608 ^c
Ordinal par Ordinal	Corrélation de Spearman	-,032	,052	-,617	,538 ^c
Nombre d'observations valides		377			

Tableau croisé

Effectif

		fsante			Total
		1,00	2,00	3,00	
classification	1,00	113	40	39	192
	2,00	43	103	39	185
Total		156	143	156	377

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	13,622 ^a	2	,000
Rapport de vraisemblance	13,635	2	,000
Association linéaire par linéaire	11,829	1	,000
Nombre d'observations valides	377		

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 46,13.

Mesures symétriques

		Valeur	Erreur standard asymptotique ^a	T approximé ^b	Signification approximée
Nominal par Nominal	Phi	,398			,000
	V de Cramer	,398			,000
	Coefficient de contingence	,398			,000
Intervalle par Intervalle	R de Pearson	,247	,041	1,910	,000 ^c
Ordinal par Ordinal	Corrélation de Spearman	,249	,042	1,940	,000 ^c
Nombre d'observations valides		377			

Test-t

Statistiques de groupe

الجنس	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
النمط_أ	1,00	36,5826	9,28778	,86609
2,00	75	31,1333	9,00500	1,03981

Test d'échantillons indépendants

	Test de Levene sur l'égalité des variances	Test-t pour égalité des moyennes							
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence	Différence écart-type	Intervalle de confiance 95% de la différence
									Inférieure Supérieure
Hypothèse de variances égales	,210	,647	4,001	190	,000	5,44928	1,36214	2,76223	8,13632
Hypothèse de variances inégales			4,027	161,758	,000	5,44928	1,35326	2,77694	8,12161

Test-t

Statistiques de groupe

الجنس	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
النمط_ب	1,00	9,4079	2,79131	,32019
2,00	109	9,4495	2,34318	,22444

Test d'échantillons indépendants

	Test de Levene sur l'égalité des variances	Test-t pour égalité des moyennes							
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence	Différence écart-type	Intervalle de confiance 95% de la différence
									Inférieure Supérieure
Hypothèse de variances égales	5,648	,019	-,110	183	,913	-,04165	-,37904	-,78950	-,70621
Hypothèse de variances inégales			-,107	142,857	,915	-,04165	-,39101	-,81456	-,73127

[Ensemble_de_données1] C:\Users\pc\Documents\données b globale.sav

Statistiques de groupe

sexe	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
resoprob	1,00	18,2240	6,34661	,45803
2,00	185	13,1838	3,59480	,26429
assisocia	1,00	10,1198	3,44154	,24837
2,00	185	12,2595	3,87827	,28514
consprobl	1,00	28,2604	6,11965	,44165
2,00	185	25,3730	5,56936	,40947
evitemen	1,00	13,4688	5,58879	,40334
2,00	185	20,7622	4,18430	,30764
reevaluti	1,00	13,4531	4,12728	,29786
2,00	185	12,8108	3,80244	,27956

selfcritic	1,00	192	8,5156	3,61205	,26068
	2,00	185	12,7838	2,75380	,20246
emotion	1,00	192	35,4167	7,14351	,51554
	2,00	185	46,2811	6,36541	,46799
corps	1,00	192	26,2188	8,00354	,57761
	2,00	185	27,6432	9,46517	,69589
psychy	1,00	192	39,1979	12,09138	,87262
	2,00	185	36,8432	13,03433	,95830
independ	1,00	192	42,6823	12,54137	,90510
	2,00	185	40,3405	13,11685	,96437
relatisoci	1,00	192	34,2396	9,99659	,72144
	2,00	185	34,8919	10,15902	,74691
environem	1,00	192	60,7656	27,00053	1,94860
	2,00	185	66,3351	26,35246	1,93747
religion	1,00	192	13,4531	2,57004	,18548
	2,00	185	13,4541	2,92651	,21516
santéglo	1,00	192	10,6354	3,15605	,22777
	2,00	185	10,4973	3,20347	,23552

Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes				
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type
resoprob	Hypothèse de variances égales	98,938	,000	9,440	375	,000	5,04017	,53390
	Hypothèse de variances inégales			9,531	304,342	,000	5,04017	,52881
	Hypothèse de variances égales	6,710	,010	-5,671	375	,000	-2,13967	,37731
assisocia	Hypothèse de variances inégales	1,944	,164	-5,658	366,106	,000	-2,13967	,37814
	Hypothèse de variances égales			4,786	375	,000	2,88744	,60331
	Hypothèse de variances inégales	9,738	,002	4,794	373,792	,000	2,88744	,60226
consprobl	Hypothèse de variances égales			-14,303	375	,000	-7,29341	,50993
	Hypothèse de variances inégales	9,738	,002	-14,303	375	,000	-7,29341	,50993
	Hypothèse de variances égales			-14,303	375	,000	-7,29341	,50993

	Hypothèse de variances inégales			-14,378	353,635	,000	-7,29341	,50727
	Hypothèse de variances égales	7,122	,008	1,570	375	,117	,64231	,40913
reevaluti	Hypothèse de variances inégales			1,572	374,254	,117	,64231	,40850
	Hypothèse de variances égales	17,497	,000	-12,868	375	,000	-4,26816	,33170
selfcritic	Hypothèse de variances inégales			-12,931	356,338	,000	-4,26816	,33007
	Hypothèse de variances égales	1,834	,176	-15,570	375	,000	-10,86441	,69776
emotion	Hypothèse de variances inégales			-15,604	372,744	,000	-10,86441	,69627
	Hypothèse de variances égales	4,109	,043	-1,580	375	,115	-1,42449	,90158
corps	Hypothèse de variances inégales			-1,575	360,175	,116	-1,42449	,90438
	Hypothèse de variances égales	,099	,753	1,819	375	,070	2,35467	1,29427
psychy	Hypothèse de variances inégales			1,817	370,348	,070	2,35467	1,29608
	Hypothèse de variances égales	,724	,395	1,772	375	,077	2,34175	1,32147
independ	Hypothèse de variances inégales			1,771	372,493	,077	2,34175	1,32258
	Hypothèse de variances égales	,029	,864	-,628	375	,530	-,65231	1,03812
relatisoci	Hypothèse de variances inégales			-,628	373,936	,530	-,65231	1,03843
	Hypothèse de variances égales	,000	,992	-2,026	375	,043	-5,56951	2,74912
environem	Hypothèse de variances inégales			-2,027	374,937	,043	-5,56951	2,74788

	Hypothèse de variances égales	2,991	,085	-,003	375	,997	-,00093	,28339
religion	Hypothèse de variances inégales			-,003	364,935	,997	-,00093	,28407
	Hypothèse de variances égales	,279	,597	,422	375	,674	,13812	,32755
santéglo	Hypothèse de variances inégales			,422	373,983	,674	,13812	,32764

A 1 facteur

ANOVA à 1 facteur

النمط أ

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	79,927	2	39,964	,437	,647
Intra-groupes	17102,683	189	91,458		
Total	17182,611	191			

Tests post hoc

Comparaisons multiples

Variable dépendante: النمط أ

LSD

(I) السن	(J) السن	Différence de moyennes (I-J)	Erreur standard	Signification	Intervalle de confiance à 95%	
					Borne inférieure	Borne supérieure
1,00	2,00	1,48333	1,95212	,448	-2,3677	5,3343
	3,00	1,35000	1,59390	,398	-1,7943	4,4943
2,00	1,00	-1,48333	1,95212	,448	-5,3343	2,3677
	3,00	-,13333	1,81732	,942	-3,7184	3,4518
3,00	1,00	-1,35000	1,59390	,398	-4,4943	1,7943
	2,00	,13333	1,81732	,942	-3,4518	3,7184

الفروق في النمط (ب) تعزى لمتغير العمر لدى المرضى المزمنين

A 1 facteur

النمط ب

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	70,015	2	35,008	5,754	,004
Intra-groupes	1107,390	182	6,085		
Total	1177,405	184			

Tests post hoc

Comparaisons multiples

Variable dépendante: النمط ب

LSD

(I) السن	(J) السن	Différence de moyennes (I-J)	Erreur standard	Signification	Intervalle de confiance à 95%	
					Borne inférieure	Borne supérieure
1,00	2,00	-,46576	,38790	,231	-1,2311	,2996
	3,00	1,76586*	,68637	,011	,4116	3,1201
2,00	1,00	,46576	,38790	,231	-,2996	1,2311
	3,00	2,23162*	,66328	,001	,9229	3,5403
3,00	1,00	-1,76586*	,68637	,011	-3,1201	-,4116
	2,00	-2,23162*	,66328	,001	-3,5403	-,9229

*. La différence moyenne est significative au niveau 0.05.

IA 1 facteu

ANOVA à 1 facteur

		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
حل المشكل	Inter-groupes	156,003	2	78,002	2,370	,095
	Intra-groupes	12308,559	374	32,911		
	Total	12464,562	376			
الدعم الاجتماعي	Inter-groupes	160,317	2	80,159	5,656	,004
	Intra-groupes	5300,818	374	14,173		
	Total	5461,135	376			
المركزة على المشكل	Inter-groupes	13,197	2	6,599	,181	,834
	Intra-groupes	13632,569	374	36,451		
	Total	13645,767	376			
التجنب	Inter-groupes	1033,025	2	516,513	14,672	,000
	Intra-groupes	13166,115	374	35,204		
	Total	14199,141	376			
إعادة التقييم المعرفي	Inter-groupes	269,407	2	134,704	8,864	,000
	Intra-groupes	5683,420	374	15,196		
	Total	5952,828	376			
لوم الذات	Inter-groupes	803,017	2	401,508	31,280	,000
	Intra-groupes	4800,665	374	12,836		
	Total	5603,682	376			
المركزة على الإنفعال	Inter-groupes	2131,777	2	1065,888	15,220	,000
	Intra-groupes	26191,284	374	70,030		
	Total	28323,061	376			

Tests post hoc

Comparaisons multiples

LSD

Variable dépendante	(I) age	(J) age	Différence de moyennes (I-J)	Erreur standard	Signification	Intervalle de confiance à 95%	
						Borne inférieure	Borne supérieure
حل المشكل	1,00	2,00	1,44657	,69804	,039	,0740	2,8191
		3,00	,32459	,75339	,667	-1,1568	1,8060
	2,00	1,00	-1,44657	,69804	,039	-2,8191	-,0740
		3,00	-1,12198	,73527	,128	-2,5678	,3238
	3,00	1,00	-,32459	,75339	,667	-1,8060	1,1568
		2,00	1,12198	,73527	,128	-,3238	2,5678
الدعم الاجتماعي	1,00	2,00	-1,47039	,45809	,001	-2,3711	-,5696
		3,00	-,34287	,49441	,488	-1,3150	,6293
	2,00	1,00	1,47039	,45809	,001	,5696	2,3711
		3,00	1,12752	,48252	,020	,1787	2,0763
	3,00	1,00	-,34287	,49441	,488	-,6293	1,3150
		2,00	-1,12752	,48252	,020	-2,0763	-,1787
المركزة على المشكل	1,00	2,00	-,35812	,73462	,626	-1,8026	1,0864
		3,00	-,43293	,79287	,585	-1,9920	1,1261
	2,00	1,00	,35812	,73462	,626	-1,0864	1,8026
		3,00	-,07481	,77381	,923	-1,5964	1,4467
	3,00	1,00	,43293	,79287	,585	-1,1261	1,9920
		2,00	-,07481	,77381	,923	-1,4467	1,5964
التجنب	1,00	2,00	-3,59135	,72195	,000	-5,0109	-2,1718
		3,00	-,43750	,77919	,575	-1,9696	1,0946
	2,00	1,00	3,59135	,72195	,000	2,1718	5,0109
		3,00	3,15385	,76045	,000	1,6585	4,6491
	3,00	1,00	-,43750	,77919	,575	-1,0946	1,9696
		2,00	-3,15385	,76045	,000	-4,6491	-1,6585
إعادة التقييم المعرفي	1,00	2,00	1,03857	,47433	,029	,1059	1,9713
		3,00	-1,05808	,51194	,039	-2,0647	-,0514
	2,00	1,00	-1,03857	,47433	,029	-1,9713	-,1059
		3,00	-2,09665	,49963	,000	-3,0791	-1,1142
	3,00	1,00	1,05808	,51194	,039	,0514	2,0647
		2,00	2,09665	,49963	,000	1,1142	3,0791
لوم الذات	1,00	2,00	-2,76623	,43594	,000	-3,6234	-1,9090
		3,00	,47833	,47051	,310	-,4468	1,4035
	2,00	1,00	2,76623	,43594	,000	1,9090	3,6234
		3,00	3,24456	,45919	,000	2,3416	4,1475
	3,00	1,00	-,47833	,47051	,310	-1,4035	,4468
		2,00	-3,24456	,45919	,000	-4,1475	-2,3416
المركزة على الإنفعال	1,00	2,00	-5,31157	1,01825	,000	-7,3138	-3,3094
		3,00	-1,07975	1,09899	,326	-3,2407	1,0812
	2,00	1,00	5,31157	1,01825	,000	3,3094	7,3138
		3,00	4,23182	1,07256	,000	2,1228	6,3408
	3,00	1,00	1,07975	1,09899	,326	-1,0812	3,2407
		2,00	-4,23182	1,07256	,000	-6,3408	-2,1228

*. La différence moyenne est significative au niveau 0.05.

الفروق في نوعية الحياة تعزى لمتغير السن لدى المرضى المزمنين

A 1 facteur

ANOVA à 1 facteur

		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
الجسم	Inter-groupes	42,509	2	21,254	,275	,759
	Intra-groupes	28867,942	374	77,187		
	Total	28910,451	376			
النفس	Inter-groupes	447,378	2	223,689	1,412	,245
	Intra-groupes	59259,943	374	158,449		
	Total	59707,321	376			
الاستقلال	Inter-groupes	8,079	2	4,039	,024	,976
	Intra-groupes	62207,757	374	166,331		
	Total	62215,836	376			
العلاقات_الاجتماعية	Inter-groupes	328,061	2	164,031	1,623	,199
	Intra-groupes	37788,846	374	101,040		
	Total	38116,907	376			
البيئة	Inter-groupes	8732,899	2	4366,450	6,252	,002
	Intra-groupes	261213,350	374	698,431		
	Total	269946,249	376			
المعتقدات	Inter-groupes	47,690	2	23,845	3,197	,042
	Intra-groupes	2789,747	374	7,459		
	Total	2837,438	376			
الصحة_العامة	Inter-groupes	15,893	2	7,947	,787	,456
	Intra-groupes	3776,632	374	10,098		
	Total	3792,525	376			

Tests post hoc

Comparaisons multiples

LSD

Variable dépendante	السن (I)	السن (J)	Différence de moyennes (I-J)	Erreur standard	Signification	Intervalle de confiance à 95%	
						Borne inférieure	Borne supérieure
الجسم	1,00	2,00	,11757	1,06901	,912	-1,9845	2,2196
		3,00	,80071	1,15378	,488	-1,4680	3,0694
	2,00	1,00	-,11757	1,06901	,912	-2,2196	1,9845
		3,00	,68314	1,12603	,544	-1,5310	2,8973
	3,00	1,00	-,80071	1,15378	,488	-3,0694	1,4680
		2,00	-,68314	1,12603	,544	-2,8973	1,5310
النفس	1,00	2,00	-,09736	1,53164	,949	-3,1091	2,9143
		3,00	2,36999	1,65308	,152	-,8805	5,6205
	2,00	1,00	,09736	1,53164	,949	-2,9143	3,1091
		3,00	2,46734	1,61333	,127	-,7050	5,6397
	3,00	1,00	-2,36999	1,65308	,152	-5,6205	,8805
		2,00	-2,46734	1,61333	,127	-5,6397	,7050
الاستقلال	1,00	2,00	-,25847	1,56927	,869	-3,3442	2,8272
		3,00	-,35274	1,69370	,835	-3,6831	2,9776
	2,00	1,00	,25847	1,56927	,869	-2,8272	3,3442
		3,00	-,09427	1,65297	,955	-3,3446	3,1560
	3,00	1,00	,35274	1,69370	,835	-2,9776	3,6831
		2,00	,09427	1,65297	,955	-3,1560	3,3446
العلاقات_الاجتماعية	1,00	2,00	1,92231	1,22309	,117	-,4827	4,3273
		3,00	2,02919	1,32007	,125	-,5665	4,6249
	2,00	1,00	-1,92231	1,22309	,117	-4,3273	,4827
		3,00	,10687	1,28832	,934	-2,4264	2,6401
	3,00	1,00	-2,02919	1,32007	,125	-4,6249	,5665
		2,00	-,10687	1,28832	,934	-2,6401	2,4264
البيئة	1,00	2,00	-4,50880	3,21569	,004	-10,8319	1,8143
		3,00	7,44885	3,47066	,002	,6244	14,2733
	2,00	1,00	4,50880	3,21569	,004	-1,8143	10,8319
		3,00	11,95765	3,38720	,000	5,2973	18,6180
	3,00	1,00	-7,44885	3,47066	,002	-14,2733	-,6244
		2,00	-11,95765	3,38720	,000	-18,6180	-5,2973
المعتقدات	1,00	2,00	,81414	,33232	,015	,1607	1,4676
		3,00	,23379	,35867	,515	-,4715	,9391
	2,00	1,00	-,81414	,33232	,015	-1,4676	-,1607
		3,00	-,58035	,35005	,098	-1,2687	,1080
	3,00	1,00	-,23379	,35867	,515	-,9391	,4715
		2,00	,58035	,35005	,098	-,1080	1,2687
الصحة_العامة	1,00	2,00	-,11369	,38666	,769	-,8740	,6466
		3,00	-,50398	,41732	,228	-1,3246	,3166
	2,00	1,00	,11369	,38666	,769	-,6466	,8740
		3,00	-,39029	,40728	,339	-1,1911	,4106
	3,00	1,00	,50398	,41732	,228	-,3166	1,3246
		2,00	,39029	,40728	,339	-,4106	1,1911

ANOVA à 1 facteur

النمط أ

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	132,843	2	66,422	,729	,484
Intra-groupes	17049,767	189	91,175		
Total	17182,611	191			

Tests post hoc

Comparaisons multiples

Variable dépendante: النمط أ

LSD

(I) الإقتصاد	(J) الإقتصاد	Différence de moyennes (I-J)	Erreur standard	Signification	Intervalle de confiance à 95%	
					Borne inférieure	Borne supérieure
1,00	2,00	-1,69896	1,60659	,292	-4,8683	1,4704
	3,00	-1,83712	1,81133	,312	-5,4104	1,7362
2,00	1,00	1,69896	1,60659	,292	-1,4704	4,8683
	3,00	-,13816	1,76044	,938	-3,6110	3,3347
3,00	1,00	1,83712	1,81133	,312	-1,7362	5,4104
	2,00	,13816	1,76044	,938	-3,3347	3,6110

ANOVA à 1 facteur

النمط ب

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	50,579	2	25,290	4,085	,018
Intra-groupes	1126,826	182	6,191		
Total	1177,405	184			

Tests post hoc

Comparaisons multiples

Variable dépendante: النمط ب

LSD

(I) الإقتصاد	(J) الإقتصاد	Différence de moyennes (I-J)	Erreur standard	Signification	Intervalle de confiance à 95%	
					Borne inférieure	Borne supérieure
1,00	2,00	-,57421	,43163	,185	-1,4258	,2774
	3,00	,74887	,45838	,104	-,1556	1,6533
2,00	1,00	,57421	,43163	,185	-,2774	1,4258
	3,00	1,32308*	,46294	,005	,4097	2,2365
3,00	1,00	-,74887	,45838	,104	-1,6533	,1556
	2,00	-1,32308*	,46294	,005	-2,2365	-,4097

*. La différence moyenne est significative au niveau 0.05.

ANOVA à 1 facteur

		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
حل المشكل	Inter-groupes	396,192	2	198,096	6,139	,002
	Intra-groupes	12068,370	374	32,268		
	Total	12464,562	376			
الدعم الاجتماعي	Inter-groupes	149,716	2	74,858	5,271	,006
	Intra-groupes	5311,420	374	14,202		
	Total	5461,135	376			
المركزة على المشكل	Inter-groupes	219,046	2	109,523	3,051	,049
	Intra-groupes	13426,720	374	35,900		
	Total	13645,767	376			
التجنب	Inter-groupes	547,023	2	273,512	7,493	,001
	Intra-groupes	13652,118	374	36,503		
	Total	14199,141	376			
إعادة التقييم المعرفي	Inter-groupes	392,967	2	196,484	13,217	,000
	Intra-groupes	5559,860	374	14,866		
	Total	5952,828	376			
لوم الذات	Inter-groupes	87,817	2	43,909	2,977	,052
	Intra-groupes	5515,864	374	14,748		
	Total	5603,682	376			
المركزة على الإنفعال	Inter-groupes	923,939	2	461,970	6,306	,002
	Intra-groupes	27399,122	374	73,260		
	Total	28323,061	376			

Tests post hoc

Comparaisons multiples

LSD

Variable dépendante	(I) economie	(J) economie	Différence de moyennes (I-J)	Erreur standard	Signification
حل المشكل	1,00	2,00	-1,89526	,68532	,006
		3,00	-2,38879	,74644	,001
	2,00	1,00	1,89526	,68532	,006
		3,00	-,49353	,73838	,504
	3,00	1,00	2,38879	,74644	,001
		2,00	,49353	,73838	,504
الدعم الاجتماعي	1,00	2,00	,22446	,45465	,622
		3,00	1,51712	,49519	,002
	2,00	1,00	-,22446	,45465	,622
		3,00	1,29266	,48985	,009
	3,00	1,00	-1,51712	,49519	,002
		2,00	-1,29266	,48985	,009
المركزة على المشكل	1,00	2,00	-1,76559	,72286	,015
		3,00	-,64940	,78732	,410
	2,00	1,00	1,76559	,72286	,015
		3,00	1,11619	,77883	,153
	3,00	1,00	,64940	,78732	,410
		2,00	-1,11619	,77883	,153
التجنب	1,00	2,00	2,75415	,72890	,000
		3,00	2,00176	,79390	,012
	2,00	1,00	-2,75415	,72890	,000
		3,00	-,75240	,78534	,339
	3,00	1,00	-2,00176	,79390	,012
		2,00	,75240	,78534	,339
إعادة التقييم المعرفي	1,00	2,00	-1,70276	,46516	,000
		3,00	,74071	,50664	,145
	2,00	1,00	1,70276	,46516	,000
		3,00	2,44347	,50118	,000
	3,00	1,00	-,74071	,50664	,145
		2,00	-2,44347	,50118	,000
لوم الذات	1,00	2,00	,78416	,46331	,091
		3,00	1,18466	,50463	,019
	2,00	1,00	-,78416	,46331	,091
		3,00	,40050	,49919	,423
	3,00	1,00	-1,18466	,50463	,019
		2,00	-,40050	,49919	,423
المركزة	1,00	2,00	1,89902	1,03261	,067
	2,00	1,00	-1,89902	1,03261	,067

	3,00	2,08928	1,11257	,061
3,00	1,00	-3,98829	1,12470	,000
	2,00	-2,08928	1,11257	,061

A 1 facteur

[Ensemble_de_données2]

Descriptives

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard
1,00	134	25,4104	7,57341	,65424
2,00	141	27,8156	9,21226	,77581
3,00	102	27,6569	9,40139	,93088
Total	377	26,9178	8,76867	,45161
1,00	134	43,4851	14,56525	1,25825
2,00	141	34,6809	10,17091	,85655
3,00	102	35,5392	10,34424	1,02423
Total	377	38,0424	12,60143	,64901
1,00	134	42,4179	13,29780	1,14876
2,00	141	40,9716	12,83296	1,08073
3,00	102	41,1471	12,37884	1,22569
Total	377	41,5332	12,86342	,66250
1,00	134	34,3358	10,53312	,90992
2,00	141	35,6525	9,78701	,82421
3,00	102	33,3431	9,76201	,96658
Total	377	34,5597	10,06850	,51855
1,00	134	72,4552	30,39010	2,62530
2,00	141	56,6950	20,98263	1,76706
3,00	102	61,1373	25,87672	2,56218
Total	377	63,4987	26,79444	1,37998
1,00	134	13,3657	2,78703	,24076
2,00	141	13,6312	2,41546	,20342
3,00	102	13,3235	3,11547	,30848
Total	377	13,4536	2,74707	,14148
1,00	134	10,6866	3,38155	,29212
2,00	141	10,8936	2,90738	,24485
3,00	102	9,9608	3,19939	,31679
Total	377	10,5676	3,17593	,16357

ANOVA à 1 facteur

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	473,830	2	236,915	3,116	,045
Intra-groupes	28436,621	374	76,034		
Total	28910,451	376			
Inter-groupes	6201,869	2	3100,935	21,675	,000
Intra-groupes	53505,452	374	143,063		
Total	59707,321	376			
Inter-groupes	164,558	2	82,279	,496	,609
Intra-groupes	62051,278	374	165,913		
Total	62215,836	376			
Inter-groupes	326,057	2	163,029	1,613	,201
Intra-groupes	37790,850	374	101,045		
Total	38116,907	376			
Inter-groupes	17845,053	2	8922,527	13,237	,000
Intra-groupes	252101,196	374	674,067		
Total	269946,249	376			
Inter-groupes	7,209	2	3,605	,476	,621
Intra-groupes	2830,228	374	7,567		
Total	2837,438	376			
Inter-groupes	54,442	2	27,221	2,723	,067
Intra-groupes	3738,083	374	9,995		
Total	3792,525	376			

Tests post hoc

ANOVA à 1 facteur

النمط أ

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	284,220	2	142,110	1,573	,210
Intra-groupes	16898,390	189	90,366		
Total	17182,611	191			

*. La différence moyenne est significative au niveau 0.05.

[Ensemble_de_données0]

Tests post hoc

Comparaisons multiples

Variable dépendante: النمط أ

LSD

(I) الدراسة (J)	Différence de moyennes (I-J)	Erreur standard	Signification	Intervalle de confiance à 95%	
				Borne inférieure	Borne supérieure
1,00 2,00	-1,76275	1,60601	,274	-4,9310	1,4055
1,00 3,00	-3,00859	1,74161	,086	-6,4443	,4271
2,00 1,00	1,76275	1,60601	,274	-1,4055	4,9310
2,00 3,00	-1,24584	1,79845	,489	-4,7937	2,3020
3,00 1,00	3,00859	1,74161	,086	-,4271	6,4443
3,00 2,00	1,24584	1,79845	,489	-2,3020	4,7937

ANOVA à 1 facteur

النمط ب

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	15,331	2	7,666	1,201	,303
Intra-groupes	1162,074	182	6,385		
Total	1177,405	184			

Tests post hoc

Comparaisons multiples

Variable dépendante: النمط ب

LSD

(I) الدراسة (J)	Différence de moyennes (I-J)	Erreur standard	Signification	Intervalle de confiance à 95%	
				Borne inférieure	Borne supérieure
1,00 2,00	-,63377	,50666	,213	-1,6335	,3659
1,00 3,00	-,06877	,50315	,891	-1,0615	,9240
2,00 1,00	,63377	,50666	,213	-,3659	1,6335
2,00 3,00	,56500	,41691	,177	-,2576	1,3876
3,00 1,00	,06877	,50315	,891	-,9240	1,0615
3,00 2,00	-,56500	,41691	,177	-1,3876	,2576

A 1 facteur

[Ensemble_de_données2]

Descriptives

		N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard
المجال الجسمي	1,00	116	27,1207	9,06801	,84194
	2,00	137	27,4818	8,71535	,74460
	3,00	124	26,1048	8,55096	,76790
	Total	377	26,9178	8,76867	,45161
المجال النفسي	1,00	116	40,4310	12,64789	1,17433
	2,00	137	37,8978	13,01090	1,11160
	3,00	124	35,9677	11,78737	1,05854
	Total	377	38,0424	12,60143	,64901
الاستقلالية	1,00	116	39,7241	12,73584	1,18249
	2,00	137	43,9927	12,32137	1,05269
	3,00	124	40,5081	13,24472	1,18941
	Total	377	41,5332	12,86342	,66250
العلاقات الإجتماعية	1,00	116	33,3621	9,18448	,85276
	2,00	137	34,6715	10,27855	,87816
	3,00	124	35,5565	10,57555	,94971
	Total	377	34,5597	10,06850	,51855
البيئة	1,00	116	60,2759	24,63634	2,28743
	2,00	137	62,8248	28,31049	2,41873
	3,00	124	67,2581	26,76695	2,40374
	Total	377	63,4987	26,79444	1,37998
المعتقدات	1,00	116	13,2931	2,89833	,26910
	2,00	137	13,7080	2,55861	,21860
	3,00	124	13,3226	2,80403	,25181
	Total	377	13,4536	2,74707	,14148
الصحة العامة	1,00	116	10,8707	3,02893	,28123
	2,00	137	10,7226	2,96730	,25351
	3,00	124	10,1129	3,49264	,31365
	Total	377	10,5676	3,17593	,16357

ANOVA à 1 facteur

		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
المجال الجسمي	Inter-groupes	130,299	2	65,150	,847	,430
	Intra-groupes	28780,152	374	76,952		
	Total	28910,451	376			
المجال النفسي	Inter-groupes	1198,432	2	599,216	3,830	,023
	Intra-groupes	58508,889	374	156,441		
	Total	59707,321	376			
الاستقلالية	Inter-groupes	1338,678	2	669,339	4,112	,017
	Intra-groupes	60877,157	374	162,773		
	Total	62215,836	376			
العلاقات الإجتماعية	Inter-groupes	291,290	2	145,645	1,440	,238
	Intra-groupes	37825,617	374	101,138		
	Total	38116,907	376			
البيئة	Inter-groupes	3019,539	2	1509,770	2,115	,122
	Intra-groupes	266926,710	374	713,708		
	Total	269946,249	376			
المعتقدات	Inter-groupes	13,985	2	6,993	,926	,397
	Intra-groupes	2823,452	374	7,549		
	Total	2837,438	376			
الصحة العامة	Inter-groupes	39,586	2	19,793	1,972	,141
	Intra-groupes	3752,940	374	10,035		
	Total	3792,525	376			

Tests post hoc

Comparaisons multiples

LSD

Variable dépendante	(I) scolaire	(J) scolaire	Différence de moyennes (I-J)	Erreur standard	Signification
المجال الجسمي	1,00	2,00	-,36106	1,10683	,744
		3,00	1,01585	1,13312	,371
	2,00	1,00	,36106	1,10683	,744
		3,00	1,37691	1,08733	,206
	3,00	1,00	-1,01585	1,13312	,371
		2,00	-1,37691	1,08733	,206
المجال النفسي	1,00	2,00	2,53322	1,57814	,109
		3,00	4,46329	1,61563	,006
	2,00	1,00	-2,53322	1,57814	,109
		3,00	1,93007	1,55033	,214
	3,00	1,00	-4,46329	1,61563	,006
		2,00	-1,93007	1,55033	,214
الاستقلالية	1,00	2,00	-4,26856	1,60976	,008
		3,00	-,78393	1,64800	,635
	2,00	1,00	4,26856	1,60976	,008
		3,00	3,48464	1,58140	,028
	3,00	1,00	,78393	1,64800	,635
		2,00	-3,48464	1,58140	,028
العلاقات الإجتماعية	1,00	2,00	-1,30946	1,26890	,303
		3,00	-2,19438	1,29904	,092
	2,00	1,00	1,30946	1,26890	,303
		3,00	-,88492	1,24654	,478
	3,00	1,00	2,19438	1,29904	,092
		2,00	,88492	1,24654	,478
البيئة	1,00	2,00	-2,54896	3,37079	,450
		3,00	-6,98220	3,45085	,044
	2,00	1,00	2,54896	3,37079	,450
		3,00	-4,43325	3,31138	,181
	3,00	1,00	6,98220	3,45085	,044
		2,00	4,43325	3,31138	,181
المعتقدات	1,00	2,00	-,41493	,34668	,232
		3,00	-,02948	,35491	,934
	2,00	1,00	,41493	,34668	,232
		3,00	,38545	,34057	,258
	3,00	1,00	,02948	,35491	,934
		2,00	-,38545	,34057	,258
الصحة العامة	1,00	2,00	,14806	,39969	,711
		3,00	,75779	,40918	,065
	2,00	1,00	-,14806	,39969	,711
		3,00	,60972	,39264	,121
	3,00	1,00	-,75779	,40918	,065
		2,00	-,60972	,39264	,121

Matrice

[Ensemble_de_données1] C:\Users\Administrateur\Documents\données b globale.sav
Run MATRIX procedure:

***** PROCESS Procedure for SPSS Release 2.15 *****

Written by Andrew F. Hayes, Ph.D. www.afhayes.com
Documentation available in Hayes (2013). www.guilford.com/p/hayes3

Model = 3
Y = typmal
X = santégl
M = resoprob
W = clatype

Sample size
377

Outcome: typmal

Model Summary

	R	R-sq	MSE	F	df1	df2	p
	,50533	,25536	,51446	33,19200	7,00000	369,00000	,00000

Model

coeff	se	t	p	LLCI	ULCI	
constant	2,03666	,03976	51,22817	,00000	1,95849	2,11484

resoprob	-,03337	,00748	-4,45994	,00001	-,04809	-,01866
santégl	,10452	,01100	9,50155	,00000	,08289	,12616
int_1	-,00190	,00208	-,91098	,36290	-,00599	,00220
clatype	,19036	,07962	2,39091	,01731	,03380	,34693
int_2	,06117	,02190	2,79347	,00549	,01811	,10424
int_3	-,02186	,01510	-1,44781	,14852	-,05155	,00783
int_4	,00390	,00417	,93469	,35056	-,00430	,01210

Covariance matrix of regressionparameterestimates

	constant	resoprob	santégl	int_1	clatype	int_2	int_3
int_4							
constant	,00158	,00007	,00008	,00002	,00020	-,00002	,00023
resoprob	,00007	,00006	,00002	,00001	,00023	,00003	,00005
santégl	,00008	,00002	,00012	,00000	-,00002	-,00006	,00003
int_1	,00002	,00001	,00000	,00000	,00003	,00001	,00001
clatype	,00020	,00023	-,00002	,00003	,00634	,00032	,00029
int_2	-,00002	,00003	-,00006	,00001	,00032	,00048	,00008
int_3	,00023	,00005	,00003	,00001	,00029	,00008	,00023
int_4	,00003	,00001	,00001	,00000	,00008	,00001	,00004

Product terms key:

int_1santégl X resoprob
int_2santégl X clatype
int_3resoprob X clatype
int_4santégl X resoprob X clatype

R-square increase due to three-way interaction:

	R2-chng	F(1,df2)	df2	p
int_4	,00159	,87364	369,00000	,35056

Conditional effect of X on Y at values of the moderator(s):

clatype	resoprob	Effect	se	t	p	LLCI	ULCI
-,49072	-6,75066	,10023	,02704	3,70665	,00024	,04706	,15340
-,49072	-4,75066	,09261	,02300	4,02673	,00007	,04738	,13783
-,49072	-1,75066	,08118	,01850	4,38718	,00002	,04479	,11756
-,49072	4,24934	,05831	,01974	2,95339	,00334	,01949	,09714
-,49072	9,24934	,03926	,02929	1,34042	,18093	-,01833	,09685
5,0928	-6,75066	,13508	,01850	7,30013	,00000	,09869	,17146
5,0928	-4,75066	,13526	,01426	9,48723	,00000	,10722	,16329
5,0928	-1,75066	,13552	,01178	11,50086	,00000	,11235	,15870
5,0928	4,24934	,13606	,02301	5,91256	,00000	,09081	,18131
5,0928	9,24934	,13650	,03720	3,66897	,00028	,06334	,20966

Values for quantitative moderators are 10th, 25th, 50th, 75th, and 90th percentiles
Values for dichotomous moderators are the two values of the moderator.

Conditional effect of X*M interaction at values of W:

clatype	Effect	se	t	p	LLCI	ULCI
-,49072	-,00381	,00279	-1,36546	,17294	-,00930	,00168
5,0928	,00009	,00310	,02871	,97711	-,00601	,00619

Data for visualizing conditional effect of X on Y

Paste text below into a SPSS syntax window and execute to produce plot.

DATA LIST FREE/santéglclatypeeresoprobtypmal.
BEGIN DATA.

-,456764 -,49072 -6,75066 1,63831
-1,56764 -,49072 -6,75066 1,93900
-,56764 -,49072 -6,75066 2,03923
2,43236 -,49072 -6,75066 2,33993
3,43236 -,49072 -6,75066 2,44016

```

-4,56764      -,49072      -4,75066      1,62783
-1,56764      -,49072      -4,75066      1,90566
-,56764        -,49072      -4,75066      1,99827
2,43236        -,49072      -4,75066      2,27610
3,43236        -,49072      -4,75066      2,36871
-4,56764      -,49072      -1,75066      1,61211
-1,56764      -,49072      -1,75066      1,85564
-,56764        -,49072      -1,75066      1,93682
2,43236        -,49072      -1,75066      2,18035
3,43236        -,49072      -1,75066      2,26152
-4,56764      -,49072      4,24934      1,58067
-1,56764      -,49072      4,24934      1,75560
-,56764        -,49072      4,24934      1,81392
2,43236        -,49072      4,24934      1,98885
3,43236        -,49072      4,24934      2,04716
-4,56764      -,49072      9,24934      1,55447
-1,56764      -,49072      9,24934      1,67224
-,56764        -,49072      9,24934      1,71150
2,43236        -,49072      9,24934      1,82927
3,43236        -,49072      9,24934      1,86853
-4,56764      ,50928      -6,75066      1,81707
-1,56764      ,50928      -6,75066      2,22230
-,56764        ,50928      -6,75066      2,35738
2,43236        ,50928      -6,75066      2,76261
3,43236        ,50928      -6,75066      2,89769
-4,56764      ,50928      -4,75066      1,72724
-1,56764      ,50928      -4,75066      2,13301
-,56764        ,50928      -4,75066      2,26827
2,43236        ,50928      -4,75066      2,67404
3,43236        ,50928      -4,75066      2,80929
-4,56764      ,50928      -1,75066      1,59251
-1,56764      ,50928      -1,75066      1,99908
-,56764        ,50928      -1,75066      2,13460
2,43236        ,50928      -1,75066      2,54117
3,43236        ,50928      -1,75066      2,67669
-4,56764      ,50928      4,24934      1,32303
-1,56764      ,50928      4,24934      1,73120
-,56764        ,50928      4,24934      1,86726
2,43236        ,50928      4,24934      2,27543
3,43236        ,50928      4,24934      2,41149
-4,56764      ,50928      9,24934      1,09847
-1,56764      ,50928      9,24934      1,50798
-,56764        ,50928      9,24934      1,64448
2,43236        ,50928      9,24934      2,05399
3,43236        ,50928      9,24934      2,19049

```

END DATA.

GRAPH/SCATTERPLOT=santégl WITH typmal BY resoprob/PANEL ROWVAR=clatype.

***** ANALYSIS NOTES AND WARNINGS *****

Level of confidence for all confidence intervals in output:
95,00

NOTE: The following variables were mean centered prior to analysis:
santéglresoprobclatype

NOTE: All standard errors for continuous outcome models are based on the HC3 estimator

NOTE: The Johnson-Neyman method cannot be used with a dichotomous moderator

----- END MATRIX -----

Analyse factorielle

[Ensemble_de_données3] C:\Users\Administrateur\Downloads\السكري مرضي.sav

Indice KMO et test de Bartlett^a

Mesure de précision de l'échantillonnage de Kaiser-Meyer-Olkin.		,383
Khi-deux approximé		1640,459
Test de sphéricité de Bartlett	ddl	120
Signification de Bartlett		,000

a. Seules les observations pour lesquelles typmal = 3 sont utilisées dans la phase d'analyse.

Qualité de représentation^a

	Initial	Extraction
age	1,000	,724
typeAB	1,000	,778
resoprob	1,000	,832
assisoci	1,000	,676
consprob	1,000	,982
evitemen	1,000	,795
reevalu	1,000	,670
selfcriti	1,000	,767
emotion	1,000	,961
corps	1,000	,691
psychy	1,000	,619
indepen	1,000	,862
relatiso	1,000	,866
environ	1,000	,462
religion	1,000	,656
santégl	1,000	,627

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

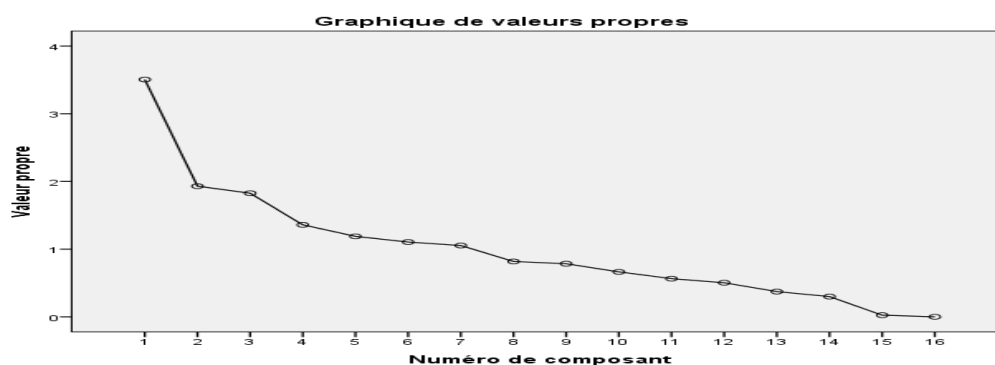
- a. Seules les observations pour lesquelles typmal = 3 sont utilisées dans la phase d'analyse.

Variance totale expliquée^a

Composante	Valeurs propres initiales			Extraction Sommes des carrés des facteurs retenus			Somme des carrés des facteurs retenus pour la rotation		
	Total	% de la variance	% cumulés	Total	% de la variance	% cumulés	Total	% de la variance	% cumulés
1	3,505	21,909	21,909	3,505	21,909	21,909	3,354	20,963	20,963
2	1,930	12,063	33,972	1,930	12,063	33,972	1,956	12,226	33,190
3	1,826	11,415	45,387	1,826	11,415	45,387	1,842	11,514	44,704
4	1,359	8,495	53,881	1,359	8,495	53,881	1,322	8,260	52,964
5	1,189	7,430	61,311	1,189	7,430	61,311	1,232	7,700	60,663
6	1,105	6,906	68,217	1,105	6,906	68,217	1,136	7,097	67,761
7	1,053	6,584	74,800	1,053	6,584	74,800	1,126	7,040	74,800
8	,818	5,114	79,914						
9	,785	4,904	84,818						
10	,664	4,150	88,968						
11	,564	3,527	92,495						
12	,503	3,147	95,641						
13	,373	2,331	97,972						
14	,299	1,872	99,844						
15	,025	,153	99,997						
16	,000	,003	100,000						

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

- a. Seules les observations pour lesquelles typmal = 3 sont utilisées dans la phase d'analyse.



Matrice des composantes^{a,b}

	Composante						
	1	2	3	4	5	6	7
emotion	,959						
evitemen	,837						
selfcriti	,803						
assisoci	,613	,409					
reevalu	,590		,381				
consprob	,310	,929					
resoprob		,873					
typeAB			,762				,312
age	,331		,656				-,364
environe			-,515				
psychy				,693			
santégl				-,557		,447	
religion					,698		
corps			-,349		,584		,306
indepen						,831	
relatiso				,417	-,410		,720

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

a. 7 composantes extraites.

b. Seules les observations pour lesquelles typmal = 3 sont utilisées dans la phase d'analyse.

Matrice des composantes après rotation^{a,b}

	Composante						
	1	2	3	4	5	6	7
emotion	,961						
evitemen	,881						
selfcriti	,841						
assisoci	,536	,500					
consprob		,975					
resoprob		,857					
typeAB			,861				
reevalu	,468		,614				
age			,597		-,381	-,401	
environe	,320		-,416				-,320
psychy				,697			
santégl	-,301			-,685			
religion				,544	,463		
corps					,780		
relatiso						,918	
indepen							,912

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

Méthode de rotation : Varimax avec normalisation de Kaiser.^{a,b}

a. La rotation a convergé en 8 itérations.

b. Seules les observations pour lesquelles typmal = 3 sont utilisées dans la phase d'analyse.

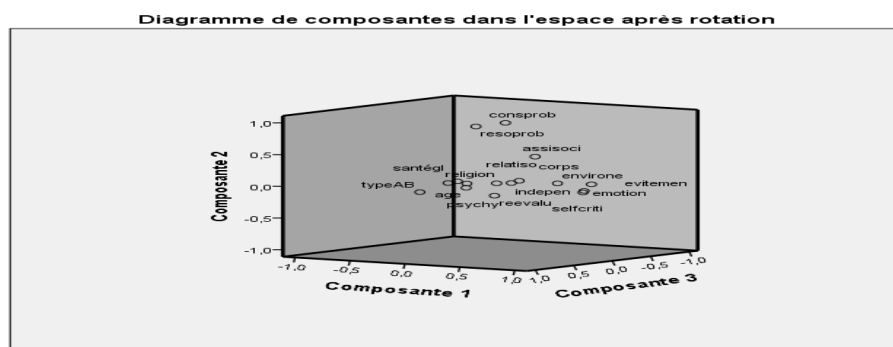
Matrice de tranformation des composantes^a

Composante	1	2	3	4	5	6	7
1	,958	,149	,220	-,039	,061	-,073	-,020
2	-,106	,976	-,176	,070	-,023	,020	-,008
3	-,204	,122	,904	,189	-,295	-,062	,025
4	,133	-,087	-,172	,830	-,180	,387	,274
5	-,099	,019	,142	,339	,823	-,375	,189
6	-,001	,039	,051	-,358	-,009	,143	,921
7	-,036	,041	,228	-,164	,445	,824	-,201

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

Méthode de rotation : Varimax avec normalisation de Kaiser.^a

a. Seules les observations pour lesquelles typmal = 3 sont utilisées dans la phase d'analyse.



Analyse factorielle

[Ensemble_de_données4] C:\Users\Administrateur\Downloads\الدم ضغط مرضي.sav

Indice KMO et test de Bartlett

Mesure de précision de l'échantillonnage de Kaiser-Meyer-Olkin.		,589
Khi-deux approximé		1407,144
Test de sphéricité de Bartlett	ddl	120
Signification de Bartlett		,000

Qualité de représentation

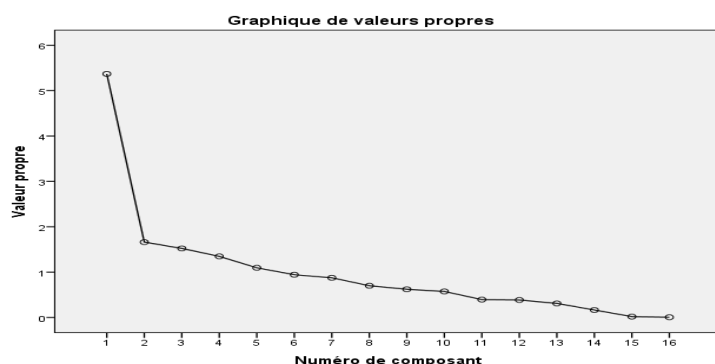
	Initial	Extraction
age	1,000	,718
typeAB	1,000	,674
resoprob	1,000	,799
assisoci	1,000	,829
consprob	1,000	,844
evitemen	1,000	,891
reevalu	1,000	,673
selfcriti	1,000	,812
emotion	1,000	,808
corps	1,000	,710
psychy	1,000	,643
indepen	1,000	,490
relatiso	1,000	,501
environne	1,000	,455
religion	1,000	,610
santégl	1,000	,542

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

Variance totale expliquée

Composante	Valeurs propres initiales			Extraction Sommes des carrés des facteurs retenus			Somme des carrés des facteurs retenus pour la rotation		
	Total	% de la variance	% cumulés	Total	% de la variance	% cumulés	Total	% de la variance	% cumulés
1	5,369	33,559	33,559	5,369	33,559	33,559	4,950	30,935	30,935
2	1,662	10,388	43,947	1,662	10,388	43,947	1,722	10,765	41,700
3	1,523	9,518	53,465	1,523	9,518	53,465	1,564	9,775	51,475
4	1,348	8,424	61,889	1,348	8,424	61,889	1,461	9,132	60,607
5	1,096	6,850	68,739	1,096	6,850	68,739	1,301	8,132	68,739
6	,943	5,895	74,634						
7	,876	5,472	80,107						
8	,700	4,378	84,484						
9	,623	3,892	88,377						
10	,575	3,592	91,969						
11	,395	2,469	94,438						
12	,387	2,418	96,856						
13	,311	1,942	98,799						
14	,166	1,035	99,834						
15	,020	,126	99,959						
16	,007	,041	100,000						

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

Matrice des composantes^a

	Composante				
	1	2	3	4	5
evitemen	,909				
selfcriti	,892				
resoprob	-,848				
emotion	,815				
reevalu	-,789				
typeAB	-,703				,402
consprob	-,662		,539		
psychy	,456	,313	,328		,438
independ	-,450	,402	,314		
environe	,438				
age		,728	-,376		
santégl		,607			
assisoci	,350	,338	,536	,343	-,433
relatiso			,481		,414
corps			,394	-,688	
religion				,679	

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

a. 5 composantes extraites.

Matrice des composantes après rotation^a

	Composante				
	1	2	3	4	5
evitemen	,925				
emotion	,867				
resoprob	-,850				
selfcriti	,844				
consprob	-,759		,407		
reevalu	-,696	,330			
typeAB	-,569		-,484		
age		,828			
santégl		,724			
assisoci			,866		
environe		-,367	,457		
corps				,815	
religion				-,694	,350
relatiso					,651
psychy	,500				,599
independ	-,372	,312		,329	,382

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

Méthode de rotation : Varimax avec normalisation de Kaiser.^a

a. La rotation a convergé en 6 itérations.

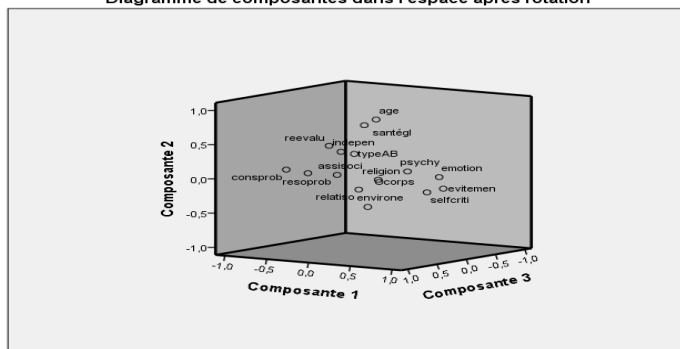
Matrice de tranformation des composantes

Composante	1	2	3	4	5
1	,946	-,161	,253	-,110	-,047
2	,154	,891	,176	,358	,154
3	-,145	-,347	,597	,372	,603
4	-,124	,245	,311	-,849	,327
5	,210	-,022	-,672	-,011	,709

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

Méthode de rotation : Varimax avec normalisation de Kaiser.

Diagramme de composantes dans l'espace après rotation



Analyse factorielle

[Ensemble_de_données1] C:\Users\Administrateur\Downloads\مرضى القلب.sav

Matrice de corrélation^{a,b}

- a. Déterminant = ,000
b. Cette matrice n'est pas définie positive.

Qualité de représentation^a

	Initial	Extraction
typeAB	1,000	,775
resoprob	1,000	,907
assisoci	1,000	,719
consprob	1,000	,984
evitemen	1,000	,839
reevalu	1,000	,719
selfcriti	1,000	,838
emotion	1,000	,876
corps	1,000	,660
psychy	1,000	,723
independ	1,000	,560
relatiso	1,000	,436
environe	1,000	,612
religion	1,000	,673
santégl	1,000	,559

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

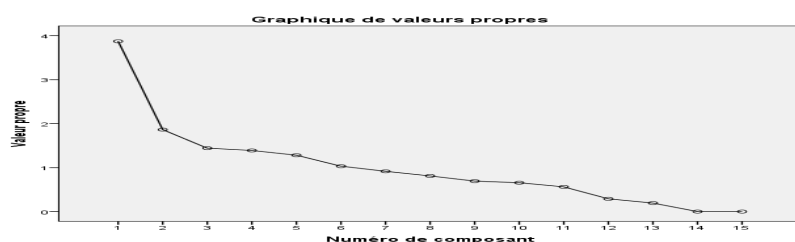
a. Seules les observations pour lesquelles typmal = 1 sont utilisées dans la phase d'analyse.

Variance totale expliquée^a

Composante	Valeurs propres initiales			Extraction Sommes des carrés des facteurs retenus			Somme des carrés des facteurs retenus pour la rotation		
	Total	% de la variance	% cumulés	Total	% de la variance	% cumulés	Total	% de la variance	% cumulés
1	3,872	25,815	25,815	3,872	25,815	25,815	3,592	23,950	23,950
2	1,863	12,419	38,234	1,863	12,419	38,234	1,835	12,234	36,183
3	1,442	9,614	47,848	1,442	9,614	47,848	1,495	9,965	46,148
4	1,390	9,265	57,113	1,390	9,265	57,113	1,412	9,411	55,559
5	1,282	8,544	65,657	1,282	8,544	65,657	1,287	8,580	64,140
6	1,032	6,880	72,536	1,032	6,880	72,536	1,260	8,397	72,536
7	,915	6,103	78,639						
8	,811	5,404	84,044						
9	,693	4,619	88,663						
10	,656	4,371	93,034						
11	,562	3,744	96,778						
12	,290	1,934	98,711						
13	,193	1,289	100,000						
14	-1,001E-013	-1,006E-013	100,000						
15	-1,002E-013	-1,016E-013	100,000						

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

a. Seules les observations pour lesquelles typmal = 1 sont utilisées dans la phase d'analyse.



Matrice des composantes^{a,b}

	Composante					
	1	2	3	4	5	6
emotion	,902					
selfcriti	,871					
evitemen	,860					
typeAB	-,786				,310	
assisoci	,589		,357		,418	
consprob		,928				
resoprob		,871				
reevalu			,726		,302	
environe	,443		,465	,309		
psychy				,812		
indepen				-,487	-,323	
corps			-,434	-,446	,397	
religion			,354		-,540	,447
relatiso					,441	,432
santégl	-,312					,630

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

a. 6 composantes extraites.

b. Seules les observations pour lesquelles typmal = 1 sont utilisées dans la phase d'analyse.

Matrice des composantes après rotation^{a,b}

	Composante					
	1	2	3	4	5	6
selfcriti	,894					
evitemen	,875					
emotion	,866		,319			
typeAB	-,843					
consprob		,960				
resoprob		,885				
reevalu	-,325		,741			
assisoci	,414		,609			
environe	,367		,574			
psychy				,829		
indepen				-,681		
corps					,753	
relatiso					,632	
religion						,762
santégl						,687

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

Méthode de rotation : Varimax avec normalisation de Kaiser.^{a,b}

a. La rotation a convergé en 6 itérations.

b. Seules les observations pour lesquelles typmal = 1 sont utilisées dans la phase d'analyse.

Matrice de tranformation des composantes^a

Composante	1	2	3	4	5	6
1	,945	-,024	,191	-,126	,114	-,205
2	,042	,973	-,115	-,169	,038	,096
3	-,060	,057	,833	-,136	-,389	,360
4	,176	,158	-,038	,881	-,407	-,015
5	-,225	,143	,504	,319	,618	-,437
6	,145	-,068	-,038	,242	,535	,793

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

Méthode de rotation : Varimax avec normalisation de Kaiser.^a

a. Seules les observations pour lesquelles $\text{typmal} = 1$ sont utilisées dans la phase d'analyse.

