جامعة الجزائر -2- أبو القاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

مخبر علم نفس الصحة والوقاية ونوعية الحياة

دور المواجهة الاستباقية ومركز الضبط الصحي في التخفيف من شدة الالم وتحسين نوعية الحياة لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه (ل.م.د) في تخصص علم النفس الصحة

إعداد الطالبة

مسعودي ضاوية

إشراف الاستاذة

أ.د زناد دليلة

السنة الجامعية 2021- 2022

كلمة شكر

إذا كان الشكر هو الاعتراف بفضل من كان في عوننا فالشكر الأول والخاص إلى الأستاذة الاستثنائية والبروفيسورة **"زناد دليلة"** التي لها الفضل الأعظم في إنجاز هذا العمل ضمن العديد من الإنجازات في علم النفس الصحة.

إلى كل أساتذة علم النفس الصحة الكرام.

إلى أساتذة الطب ورؤساء المصلحة الاستشفائية لجراحة الأعصاب "علي آيت إيدير" ومستشفى "مصطفى باشا".

إلى كل من لم تنساهم ذاكرتي ونسيتهم مذكرتي.

مسعودي ضاوية

إهداء

الحمد لله والشكر لله

أهدي ثمرة مجهوداتي إلى أعظم وأكرم ما أملك والذي حفضهما الله ورعاهما **"أبي وأمي"**.

إلى أختي "هبة الرحمان" وأخي "أحمد أمين" وأسرتي التي لا تعوض "أبي فريد وخالتي وأبنائهم".

إلى كل مرضاي شفاهم الله.

إلى كل من ساندني ولو بكلمة طيبة أهدي لكم عملي المتواضع مرفقة بشكري لجميلكم.

مسعودي ضاوية

ملخص الدراسة باللغة العربية

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على اختلاف درجة الشعور بالألم ومستوى نوعية الحياة لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي، كما تهدف إلى الكشف على الدور الذي تلعبه استراتيجية المواجهة الاستباقية ومركز الضبط الصحي في التخفيف من شدة الألم لدى هذه الفئة، واعتمدنا في هذه الدراسة على المنهج الوصفي الاحصائي وللتحقق من فرضيات الدراسة تم تطبيق مجموعة من المقاييس: مقياس المواجهة الاستباقية PCI ومقياس مركز الضبط الصحي لـــ Wallston وسلم الألم EVA ومقياس نوعية الحياة SF-12 على عينة متكونة من 85 حالة، وقد خلصت النتائج إلى أن: مرضى السرطان المتلقين العلاج الكيميائي يعانون من مستوى ألم من متوسط إلى شديد ومن تقدير مستوى نوعية الحياة مختلف بين هؤلاء المرضى، وأسفرت النتائج إلى تأكيد دور كل أبعاد استراتيجية المواجهة الاستباقية عدى استراتيجية التجنب في التخفيف من درجة الشعور بالألم وأن مركز الضبط الصحي الخارجي ببعديه النفوذ والحظ مسؤول عن درجات الشعور بالألم المرتفعة، كما توصلنا أيضا إلى تأكيد العلاقة بين استراتيجية المواجهة الاستباقية ومركز الضبط الصحي ومدى تأثيرهما في تحسين نوعية الحياة لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي.

الكلمات المفتاحية:

المواجهة الاستباقية، مركز الضبط الصحي، الالم، نوعية الحياة، السرطان، العلاج الكيميائي.

ملخص الدراسة باللغة الأجنبية

The current study aimed to identify the difference in the degree of pain feeling and the level of quality of life among cancer patients undergoing chemotherapy, and also aims to reveal the role of the proactive coping strategy and the locus of health control in alleviating the severity of pain in this group, and we relied in this study on the descriptive approach and Statistical, also in order to verify the hypotheses of the study, a set of measures were applied: the PCI Proactive Coping Scale, the Wallston locus of health Control Scale, the EVA Pain Scale, and the SF-12 Quality of Life Scale on a sample of 85 cases. The results concluded that: Cancer patients receiving chemotherapy suffer from moderate to severe pain and a different assessment of quality of life among these patients. External health control, with its two dimensions the influence of others and of a luck, is responsible for the high degrees of pain. We got too to confirm the relationship between the proactive coping strategy and the locus of health control and their impact on improving the quality of life for cancer patients undergoing chemotherapy.

keywords:

proactive coping, locus of Health Control, Pain, quality of life, cancer, Chemotherapy.

فهرس المحتويات

العنوان	الصفحة
إهداء وشكر	//
ملخص باللغة العربية	أ
ملخص باللغة الأجنبية	ب
فهرس المحتوى	ت
قائمة الجداول	ذ
قائمة الأشكال والمخططات	ص
مقدمة	1
الجانب النظري	
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
1. الإشكالية	8
2. فرضيات الدراسة	15
3. تحديد المفاهيم	16
4. أهمية وأهداف الدراسة	19
الفصل الثاني: المواجهة الاستباقية	
تمهيد	23
1. نظرة تاريخية حول الضغط والمواجهة	24
2. مفهوم استراتيجيات المواجهة	42
3. التناولات النظرية لاستراتيجيات المواجهة	43
4. التوجهات الحديثة في مجال المواجهة	49
5. الفرق بين المواجهة التقليدية والحديثة –الاستجابة والاستباقية–	50
6. نظرية المواجهة الاستباقية	52
7. مفهوم ومميزات المواجهة الاستباقية	62

8. علاقة استراتيجيات المواجهة والمواجهة الاستباقية بالصحة والمرض	68
خلاصة	71
الفصل الثالث: مركز الضبط الصحي	
تمهيد	74
1. تعريف مركز الضبط	75
2. مركز الضبط ونظرية التعلم الاجتماعي	76
3. أنواع مركز الضّبط	79
4. صفات فئتي الضبط	80
5. المتغيرات المرتبطة بمفهوم مركز الضبط	82
6. تأثير مركز الضبط على الصحة	85
7. لماذا مركز الضبط الصحي وليس مركز الضبط بمفهومه الكلاسيكي؟	87
8. تعريف مركز الضبط الصحي	90
9. أنماط مركز الضبط الصحي	90
10. العلاقة بين مركز الضبط الصحي والضغط والمرض الجسدي	92
خلاصة الفصل	96
الفصل الرابع: الألم	
تمهيد	99
1. تعريف الألم	100
2. فيزيولوجية الألم	102
3. تصنيف الألم	105
4. النظريات المفسرة للألم	106

5. النماذج المفسرة للألم	111
6. ألم السرطان و أسبابه	118
7. تقييم الألم	121
8. علاج ألم السرطان	122
9. دور التدخل النفسي في علاج الألم	125
خلاصة	128
الفصل الخامس: نوعية الحياة	
تمهيد	131
1. لمحة تاريخية لمفهوم نوعية الحياة	132
2. تعريف نوعية الحياة	136
3. مجالات نوعية الحياة	140
4. التوجهات النظرية لنوعية الحياة	144
5. قياس نوعية الحياة	149
6. تأثير السرطان على نوعية الحياة	152
خلاصة الفصل	155
الفصل السادس: السرطان والعلاج الكيميائي	
تمهيد	158
1. تعريف مرض السرطان	159
2. نشأة السرطان	160
3. تصنيف السرطان	163
4. أعراض السرطان	166
5. عوامل ظهور مرض السرطان	168

6. العوامل النفسية الاجتماعية ومرض السرطان	170
7. الآليات المفسرة للعلاقات بين الضغط والتعامل والسرطان	173
8. علاج مرض السرطان	174
9. خصائص العلاج الكيميائي	177
10. انعكاسات السرطان والعلاج على الصحة النفسية	180
خلاصة	186
الجانب التطبيقي	
الفصل السابع: منهجية البحث	
تمهيد	190
1. منهج الدراسة	191
2. الدراسة الاستطلاعية	191
3. العينة وخصائصها	193
4. أدوات الدراسة	195
5. الخصائص السيكومترية لأدوات البحث	201
6. الأدوات الإحصائية	214
7. الاطار المكاني والزماني للبحث	214
8. إجراءات البحث	215
خلاصة	216
الفصل الثامن: عرض ومناقشة نتائج البحث	
تمهيد	219
1. عرض ومناقشة نتائج فرضيات البحث	220
1.1. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى للبحث	220
1.2. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية للبحث	221
1.3. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة للبحث	222
1.4. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة للبحث	248

1.5. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة للبحث	263
1.6. عرض ومناقشة نتائج الفرضية السادسة للبحث	272
1.7. عرض ومناقشة نتائج الفرضية السابعة للبحث	287
2. تفسير نتائج فرضيات البحث	289
3. استنتاج عام	299
4. التوصيات	302
خاتمة	303
قائمة المراجع	306
قائمة الملاحق	//

قائمة الجداول

رقم الجدول	العنوان	الصفحة
01	طرق المواجهة مع الآليات المستخدمة من قبل لازروس، وآخرون Ways of Coping Mechanisms used by Lazarus, et al	36
02	طرق التعامل مع الآليات المستخدمة من قبل كارفر، وآخرون	38
03	طرق 15 للأنشطة التي حددها كارفر Carver المواجهة المركزة على الانفعال والمشكلة	39
04	الفرق بين المواجهة الاستجابية Reactive والاستباقية Proactive	52
05	المجالات الثمانية لنوعية الحياة بالنسبة لنظرية Schalok	146
06	الفروق بين تنشؤ الورم الحميد والخبيث	164
07	الآثار الجانبية الجسدية للعلاج الكيميائي	178
08	توزيع عينة البحث حسب عامل الجنس	193
09	توزيع عينة البحث حسب عامل السن	193
10	توزيع عينة البحث حسب عامل المستوى التعليمي	194
11	توزيع عينة البحث حسب نوع السرطان	194
12	توزيع عينة البحث حسب مدة العلاج	195
13	نتائج صدق الاتساق الداخلي لارتباط البنود ببعد التهيؤ للمواجهة	202
14	نتائج صدق الاتساق الداخلي لارتباط البنود ببعد التأمل للمواجهة	202
15	نتائج صدق الاتساق الداخلي لارتباط البنود ببعد التخطيط الاستراتيجي	203
16	نتائج صدق الاتساق الداخلي لارتباط البنود ببعد المواجهة الوقائية	203
17	نتائج صدق الاتساق الداخلي لارتباط البنود ببعد الدعم الوسيلي	204
18	نتائج صدق الاتساق الداخلي لارتباط البنود ببعد البحث عن الدعم الوجداني	204
19	نتائج صدق الاتساق الداخلي لارتباط البنود ببعد تجنب المواجهة	205

20	نتائج معامل ثبات الاتساق الداخلي لمقياس المواجهة الاستباقية بمعادلة الفا كرونباخ	206
21	نتائج صدق الاتساق الداخلي لارتباط البنود ببعد مركز الضبط الصحي الداخلي	207
22	نتائج صدق الاتساق الداخلي لارتباط البنود ببعد مركز الضبط الصحي نفوذ الاخرين	207
23	نتائج صدق الاتساق الداخلي لارتباط البنود ببعد الحظ لمركز الضبط	208
24	نتائج معامل ثبات الاتساق الداخلي لمقياس مركز الضبط الصحي بمعادلة الفا كرونباخ	208
25	نتائج الصدق التمييزي بطريقة المقارنة الطرفية لدرجات سلم الألم	209
26	نتائج ارتباط درجات سلم الألم بين التطبيق الأول والثاني	210
27	نتائج صدق الاتساق الداخلي لارتباط البنود بأبعاد مقياس نوعية الحياة	211
28	نتائج صدق الاتساق الداخلي لارتباط الابعاد الفرعية بالأبعاد الرئيسية	212
29	نتائج صدق الاتساق الداخلي لارتباط الابعاد الرئيسية بالمقياس الكلي	212
30	نتائج معامل ثبات الاتساق الداخلي لمقياس مركز الضبط الصحي بمعادلة الفا كرونباخ	213
31	نتائج اختبار كاف تربيع لدلالة الفرق في مستوى الألم الذي يشعر به المرضى	220
32	نتائج اختبار كاف تربيع لدلالة الفرق في مستوى نوعية الحياة لدى المرضى	221
33	اختبار مدى وساطة درجة الشعور بالألم لعلاقة استراتيجية التهيؤ للمواجهة بنوعية الحياة	223

34	التحقق من طبيعة الوساطة	225
35	اختبار مدى وساطة درجة الشعور بالألم لعلاقة استراتيجية التأمل للمواجهة بنوعية الحياة لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي	227
36	التحقق من طبيعة الوساطة	229
37	اختبار مدى وساطة درجة الشعور بالألم لعلاقة استراتيجية التخطيط الاستراتيجي بنوعية الحياة لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي	231
38	التحقق من طبيعة الوساطة	233
39	اختبار مدى وساطة درجة الشعور بالألم لعلاقة استراتيجية المواجهة الوقائية بنوعية الحياة	235
40	التحقق من طبيعة الوساطة	237
41	اختبار مدى وساطة درجة الشعور بالألم لعلاقة استراتيجية الدعم الوسيلي بنوعية الحياة	239
42	التحقق من طبيعة الوساطة	241
43	اختبار مدى وساطة درجة الشعور بالألم لعلاقة استراتيجية الدعم الوجداني بنوعية الحياة	243
44	التحقق من طبيعة الوساطة	245
45	اختبار مدى وساطة درجة الشعور بالألم لعلاقة استراتيجية التجنب للمواجهة بنوعية الحياة	247
46	اختبار مدى وساطة درجة الشعور بالألم لعلاقة مركز الضبط الصحي الداخلي بنوعية الحياة	249
47	التحقق من طبيعة الوساطة	251
48	اختبار مدى وساطة درجة الشعور بالألم لعلاقة الضبط الصحي الخارجي نفوذ الاخرين بنوعية الحياة	254

49	التحقق من طبيعة الوساطة	256
50	اختبار مدى وساطة درجة الشعور بالألم لعلاقة مركز الضبط الصحي الخارجي الحظ بنوعية الحياة	258
51	التحقق من طبيعة الوساطة	260
52	نتائج الانحدار المتعدد للضبط الصحي الداخلي واستراتيجيات المواجهة الاستباقية على نوعية الحياة	263
53	نتائج الانحدار المتعدد للضبط الصحي الخارجي نفوذ الاخرين واستراتيجيات المواجهة الاستباقية على نوعية الحياة	266
54	نتائج الانحدار المتعدد للضبط الصحي الخارجي الحظ واستراتيجيات المواجهة الاستباقية على نوعية الحياة	269
55	نتائج تحليل التباين الاحادي نوعية الحياة عامة بدلالة مستوى استراتيجية التهيؤ للمواجهة	272
56	نتائج اختبار scheffe للمقارنات المتعددة بين المتوسطات	273
57	نتائج تحليل التباين الاحادي نوعية الحياة عامة بدلالة مستوى استراتيجية التأمل للمواجهة	274
58	نتائج اختبار scheffe للمقارنات المتعددة بين المتوسطات	275
59	نتائج تحليل التباين الاحادي نوعية الحياة عامة بدلالة مستوى التخطيط الاستراتيجي	277
60	نتائج اختبار scheffe للمقارنات المتعددة بين المتوسطات	278
61	نتائج تحليل التباين الاحادي نوعية الحياة عامة بدلالة مستوى المواجهة الوقائية	279
62	نتائج اختبار scheffe للمقارنات المتعددة بين المتوسطات	280
63	نتائج تحليل التباين الاحادي نوعية الحياة عامة بدلالة مستوى استراتيجية الدعم الوسيلي	281
64	نتائج اختبار scheffe للمقارنات المتعددة بين المتوسطات	282

65	نتائج تحليل التباين الاحادي نوعية الحياة عامة بدلالة مستوى الدعم الوجداني	283
66	نتائج اختبار scheffe للمقارنات المتعددة بين المتوسطات	284
67	نتائج تحليل التباين الاحادي نوعية الحياة عامة بدلالة مستوى تجنب المواجهة	285
68	نتائج تحليل التباين الاحادي نوعية الحياة عامة بدلالة نمط مصدر الضبط الصحي	287
69	نتائج اختبار scheffe للمقارنات المتعددة بين المتوسطات	288

قائمة الأشكال والمخططات

رقم الشكل أو المخطط	العنوان	الصفحة
1	الخطوط العريضة لنظرية المواجهة الاستباقية	54
2	علاقة مركز الضبط الصحي والضغط والمرض الجسدي	94
3	نموذج "الخوف" – التجنب الذي وضعه Vlaeyen & Linton (2000)	113
4	النموذج النفسي البيولوجي الاجتماعي المفسر للألم	117
5	تفاعل العوامل النفسية مع ألم السرطان	120
6	تصنيف مسكنات ألم السرطان حسب المنظمة العالمية للصحة OMS	123
7	النموذج الإدماجي لمفهوم نوعية الحياة	139
8	جودة الحياة المدركة وفق مفهوم طبيعة البيئة	145
9	نموذج نوعية الحياة لدى مرضى السرطان	154
10	موقع الوظائف المعرفية العصبية من الدماغ	179
11	وساطة درجة الشعور بالألم للعلاقة بين التهيؤ للمواجهة ونوعية الحياة	226
12	وساطة درجة الشعور بالألم للعلاقة بين استراتيجية التأمل للمواجهة ونوعية الحياة	230
13	وساطة درجة الشعور بالألم للعلاقة بين استراتيجية التخطيط الاستراتيجي ونوعية الحياة	234
14	درجة الشعور بالألم للعلاقة بين المواجهة الوقائية ونوعية الحياة	238
15	وساطة درجة الشعور بالألم للعلاقة بين الدعم الوسيلي ونوعية الحياة	242

16	وساطة درجة الشعور بالألم للعلاقة بين الدعم الوجداني ونوعية الحياة	246
17	وساطة درجة الشعور بالألم للعلاقة بين مركز الضبط الصحي الداخلي ونوعية الحياة	253
18	وساطة درجة الشعور بالألم للعلاقة بين مركز الضبط الصحي الخارجي ذو نفوذ ونوعية الحياة	257
19	وساطة درجة الشعور بالألم للعلاقة بين مركز الضبط الصحي الخارجي الحظ ونوعية الحياة	261
20	نموذج يفسر الألم لدى مرضى السرطان في ظلّ بعض متغيرات علم النفس الصحة	300

مقدمة

مقدمة

يعرف العالم تضاعف كبير في عدد الإصابات بمرض السرطان فقد كان السبب الرئيسي لوفاة 10 ملايين شخص تقريبا في سنة 2020، وتشير الأرقام إلى إصابة 4200 حالة جديدة للسرطان سنويا في الجزائر مع أكثر من 25000 حالة وفاة، كما أن مرض السرطان يزيد سنويا ب 7 % في الجزائر وبمعدل 103 حالات لكل 100 ألف نسمة.

يتخذ الألم الناجم عن الإصابة بالسرطان مشكلة صحية أساسية خاصة إذا كانت متعددة العوامل، فيعتمد مستوى الألم الذي يشعر به المصاب بالسرطان على نوع الورم وتموضعه ومرحلة تطوره حيث يعاني حوالي نصف الأشخاص المصابين بالسرطان من الألم ويعاني ثلثي المصابين به في المراحل المتقدمة من آلام شديدة تؤثر على نومهم، مزاجهم وعلاقاتهم الاجتماعية بما يؤثر سلبا على نوعية حياتهم، إذ تشير الإحصاءات الطبية إلى أن الألم يظهر بأنماط متفاوتة بين 30 %إلى 40 % من المرضى المعالجين من السرطان وأن معدل انتشاره عالي ما بين 60 % إلى 80 % من مرضى السرطان في مراحله المتقدمة. **(جمعية آدم للسرطان، 01، 2010)**

كما يعتبر العلاج الكيميائي من أهم علاجات السرطان المسببة للألم ومن بين آثاره الجانبية الأكثر انتشارا والأكثر تعقيدا.

فانطلاقا من دراستنا الاستطلاعية وكأخصائية نفسانية عيادية ممارسة في مصلحة طب وجراحة الأعصاب بمستشفى مصطفى باشا لاحظنا أن معاناة مريض السرطان في الغالب ما يكون مصدرها الألم كخبرة متعددة العوامل وخاصة أن هذه الخبرة تختلف من مريض إلى آخر حتى لدى الحالات التي تعاني من نفس الورم والتي تتلقى نفس العلاج، مما يجعلنا نبحث في العوامل والسيرورات النفسية المتدخلة والتي تؤثر في شدة الألم كعرض أو أثر جانبي للمرض وللعلاج في حد ذاته، وتعتبر خبرة الألم موقف ضاغط او بمثابة صدمة نفسية خاصة عندما يكون ناجما عن مرض مزمن كالسرطان، ففي دراسة نشرت في صحيفة "جورنال سايكولوجيكال ساينس" توصل باحثون نفسيون إلى أن

المواقف المؤلمة المرتبطة بالانفعالات السلبية تكون أكثر إيلاما من تلك المتعلقة بالألم الجسدي وتتسبب في مستويات نوعية حياة نفسية متدنية.

فمن خلال دراستنا الحالية سنحاول التعرف على طبيعة نوعية الحياة لدى الأفراد الذين يعانون من مرض السرطان وعلاقة كل من متغير استراتيجية المواجهة الاستباقية ومتغير مركز الضبط الصحي في التحسين من مستويات هذه الأخيرة.

إلا ان هدف دراستنا الحالية لا يتوقف على الكشف عن العلاقة بين هذين المتغيرين بل يتعداها بالبحث عن دور كل من استراتيجيات المواجهة ومركز الضبط الصحي في التخفيف من شدة الألم كعاملين ذات تأثير إيجابي وفعال ومدى تأثيرهما في تحسين نوعية الحياة لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي.

وللإلمام بالموضوع تم تقديمه عبر ثمانية فصول تنقسم بين النظري والمنهجي والتطبيقي:

الفصل الأول التمهيدي: مخصص لإشكالية الدراسة وتساؤلاتها والتي من خلالها يقدم الموضوع في سياق نظري متسلسل لطرح المشكلة المراد دراستها مع وضع فرضيات واضحة وقابلة للتحقق وتسطير أهداف وأهمية الدراسة بالإضافة إلى المفاهيم الأساسية للموضوع اصطلاحا وإجرائيا.

الفصل الثاني: مخصص للمواجهة الاستباقية تناولنا فيه نبذة تاريخية حول الضغط والمواجهة وتحديد مفهوم استراتيجيات المواجهة والتناولات النظرية المفسرة، لها كما تطرقنا إلى التناولات الحديثة في مجال المواجهة ووضع الفروق بين المواجهة كاستجابة والمواجهة الاستباقية، كما خصصنا عرضا لنظرية المواجهة الاستباقية ومفهومها ومميزاتها ثم تطرقنا إلى علاقة المواجهة الاستباقية بالصحة والمرض.

الفصل الثالث: مخصص للتعريف بمركز الضبط وأنواعه وصفات فئتي الضبط والتعريف بمركز الضبط من خلال نظرية التعلم الاجتماعي وعرض المتغيرات المرتبطة بمركز الضبط، ومن جهة أخرى التعريف بمركز الضبط الصحي وتحديد أنماطه والتفسير

لماذا مركز الضبط الصحي وليس مركز الضبط بمفهومه الكلاسيكي مع توضيح العلاقة بين مركز الضبط الصحي والضغط والمرض الجسدي وفي الأخير عرض تأثير مركز الضبط على الصحة.

الفصل الرابع: مخصص للتعريف بالألم ومكوناته وذكر الفيزيولوجيا الخاصة به وتصنيفه كما سنتطرق الى مختلف النظريات والنماذج المفسرة للألم، وسوف ندرج ألم السرطان خصيصا ومختلف أسبابه وننتهي بذكر وسائل التقييم ومختلف الطرق العلاجية مسلطين الضوء على التقنيات النفسية.

الفصل الخامس: مخصص لنوعية الحياة بذكر لمحة تاريخية وتحديد مفهومها ومجالاتها ومختلف النظريات المفسرة لها، كما قدمنا طرق قياس نوعية الحياة وتأثير السرطان على نوعية الحياة.

الفصل السادس: المخصص لمرض السرطان تعريفه ونشأته ومختلف تصنيفاته وأعراضه مع ذكر العوامل المتسببة في ظهوره وأيضا العوامل النفسية والاجتماعية المتدخلة في تطوره، بالإضافة إلى الآليات المفسرة للعلاقة بين المتغيرات النفسية وهذا المرض وذكر العلاجات الخاصة بمرض السرطان مع تحديد خصائص العلاج الكيميائي.

الفصل السابع: مخصص لمنهجية البحث وميدان البحث والدراسة الاستطلاعية وعرض العينة ومختلف أدوات الدراسة.

الفصل الثامن: مخصص لعرض ومناقشة وتفسير نتائج البحث والتي تتمثل في عرض المعطيات الكمية المتحصل عليها من خلال التطبيق الميداني ومعالجتها وتفسيرها وفقا لإشكالية وفرضيات البحث مع تقديم استنتاج عام واقتراحات.

وفي الأخير انتهى البحث بخاتمة لخصت أهم النقاط التي أسفرت عليها الدراسة بالنتائج كما تم الحاق النتائج بمجمل المراجع والملاحق المستخدمة في الدراسة.

الجانب النظري

الفصل الأول
الإطار العام للدراسة

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

1. الاشكالية
2. فرضيات الدراسة
3. تحديد المفاهيم
4. أهمية وأهداف الدراسة

1. الاشكالية

حظي التفاعل بين النفس والجسم باهتمام الفلاسفة والعلماء لقرون عدة وفي كل حقبة ظهرت نماذج لتفسير هذه العلاقة وتأثيرها على الصحة والمرض.

ففي بداية القرن الماضي كانت الأمراض المعدية كمرض السل، الالتهاب الرئوي إحدى الأمراض الرئيسية للمرض والموت، أما الآن فقد أصبحت الأمراض المزمنة خاصة أمراض القلب والسرطان والسكري تشكل السبب الرئيسي للإعاقة والوفاة فهي أمراض متطورة ولا يمكن الشفاء منها. **(العاسمي، 2016، ص 24)**

حيث تشير الأرقام إلى 90% من الزيارات الطبية المنزلية و83% من الوصفات الطبية و80% من أيام الاقامة في المستشفى و66% من زيارات الأطباء و55% من الزيارات لأقسام الطوارئ هي من نصيب المرضى المزمنين. **(تايلور، 2013، ص616)**

فهذه النسب المرتفعة والمتزايدة الأمراض المزمنة قادت للبحث عن العوامل المتسببة في حدوثها وتطورها، غير العوامل العضوية البحتة التي كانت تعتمد عليها النماذج الأحادية التفسير كالنموذج الطبي مما أدى إلى ظهور نموذج تفاعلي وهو النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي Biopsychosocial الذي يرى أن الصحة والمرض ينشآن من تفاعل مركب بين العوامل الحيوية النفسية والاجتماعية.

من خلال هذا النموذج التعاقدي التكاملي لعلم النفس الصحة نحاول تسليط الضوء على مرضى السرطان باعتباره السبب الثاني للوفيات في العالم، وحسب المنظمة العالمية للصحة فإنه سجل سنة 2012 14,1 مليون حالة جديدة لمرضى السرطان وعدد الوفيات 8,2 مليون نسمة ونسبة الاصابة بمرض السرطان في تزايد مستمر ومن المتوقع أن تصل عدد الاصابات سنة 2020 الى 15 مليون أما عن الوفيات فيمكن أن تبلغ 10 ملايين وفاة في العالم.

والجزائر كغيرها من دول العالم فقد عرفت تزايد مستمر لهذا المرض حيث قدر سنة 1990 إصابة 90 شخص مقابل 100 ألف مواطن وفي 2010 أكثر من 130 حالة مقابل 100 ألف مواطن، وحاليا قدر حوالي 45000 حالة اصابة جديدة ووفاة 24000 حالة جديدة في العام. **(Plan national cancer 2015-2019, 2014, PP 17-18)**

وفي ظل هذا الانتشار المتزايد لمرض السرطان وما ينجم عنه وعن علاجاته من مضاعفات، وضعت الجزائر سنة 2014 أول مخطط وطني للسرطان 2015- 2019 الذي يسعى إلى هدف أساسي وهو تخفيف نسبة الوفيات الناجمة عن السرطان ومن أهم خصائصه التكفل بمريض السرطان وفق فريق متعدد التخصصات، خاصة ما يصاحبه المرض والعلاج من مشكلات تؤثر على المستوى الجسمي النفسي والاجتماعي للمريض مثل الألم، إذ يعد ألم السرطان بوجه خاص من أكثر المشكلات الصحية السائدة بين مرضى السرطان ومن أكثر الشكاوي المرـــية شيوعا وهذا نظرا لتأثيره على نوعية حياة المرضى وعلى أداء مهامهم اليومية.

إذ تشير الإحصاءات الطبية بأن الألم يظهر بأنماط متفاوتة بين 30% إلى 40% من مرضى السرطان ويتراوح من المتوسط إلى الشديد. **(جمعية آدم للسرطان، 01، 2010)**

فألم السرطان يعتبر خبرة حسية انفعالية لحالة من الانزعاج والضيق وما يسببه من عجز كبير على العديد من الوظائف الجسدية والنفسية ويمثل بذلك أكبر الصعوبات التي يتعامل معها المريض، إذ يعاني 8 ملايين من الأشخاص من ألم السرطان المزمن كما يقدر استهلاك العالم للمسكنات حوالي7.7 بليون دولار ويزداد بمعدل 7% سنويا، كما أن للألم ودلالته السيكولوجية فعند سؤال المريض حول أكثر الأشياء التي تخيفه فيما يتعلق بالمرض والعلاج غالبا ما تكون اجابته: الألم. كما أن خوفه من عدم التخفيف من معاناته يولد لديه شعورا بالقلق ربما اكثر مما تثيره الجراحة أو فقدان احد الأطراف أو حتى الموت فيكون المريض المعاني من الألم في حلقة مفرغة بين انعكاسات الألم النفسية وتأثير هذه الأخيرة في ارتفاع شدة الألم. **(تايلور، 2013، ص ص 580-581)**

وإذا ما رجعنا إلى النموذج البيوطبي التقليدي والذي كـــان مسيطرا لفترة طويلة على آراء الباحثين والأطباء في الميدان الطبي والذي كان ينظر إلى خبرة الألم على أنه خبرة حسية تعتمد بشكل أساسي على درجة التضرر الذي يحدث على مستوى النسيج الحي أو درجة نشاط المرض، ولم يول اهتماما بدور العوامل النفسية ومدى ثيرها على إدراك الألم وعلى الرغم من التقدم الهائل الذي أحدثه هذا النموذج، إلا أنه ظلت بعض ظواهر الألم لم يستطع هذا النموذج تقديم تفسيرا لها كدرجة استجابة للألم بين الأفراد وطرق التغلب عليه، فالألم مشكلة كبيرة ليس بسبب ما يولده من ضيق ومعاناة للمريض فحسب وإنما بسبب ما يترتب عليه من كلفـــة اقتصادية أيضا لذا كثيرا ما يواجه العاملون في ميدان الرعاية الصحية والمختصون في علم النفس إلحاحا في طلب تحديد أسباب الألم. **(تايلور، 2008، ص525)**

وفي هذا الصدد ظهر النموذج البيو نفسي اجتماعي الأكثر شمولا وتفسيرا لآلام السرطان، حيث بين هذا الأخير أن للعوامل الحيوية والنفسية والاجتماعية جميعها ذات أهمية في تقرير الصحة والمرض، ومن خلال هذا توجب الانتباه إلى العوامل المهملة في الألم والمتمثلة في العوامل النفسية كما يقول "ميلزاك وكاس" casy وMilzek حيث أشاروا إلى أن الألم لا يمكن معالجته فقط عن طريق محاولة قطع المسارات الألم أو باستخدام المسكنات أو الإجراءات الجراحية وما شابه ولكن يجب معرفة ما مدى تأثير العوامل الوجدانية والدافعية والمعرفية.

ويتضح جليا في تعريف الألم من قبل "الجمعية الدولية لدراسة الألم" (IASP) بأنه: "خبرة حسية وانفعالية غير سارة مرتبطة عادة بتلف الأنسجة الحقيقية أو المحتملة أو توصفا من حيث هذا الضرر، إن للمتغيرات النفسية دور في التخفيف او الزيادة من شدة الالم لدى مرضى السرطان".

ومن بين هذه المتغيرات التي لها دور في تحديد مستوى الألم استراتيجيات المواجهة والتي لها علاقة مهمة بالمشكلات المرتبطة بمرض السرطان وخاصة الألم فقد وجدت الدراسات أن استراتيجيات المواجهة الإيجابية (جهود العمل رغم الألم، أو صرف الانتباه من الألم، اهمال الألم) مرتبطة بتكيف وظيفي وأن استراتيجيات المواجهة السلبية (كالاعتماد على الغير للمساعدة والتحكم في الألم، ونشاطات مقيدة) مرتبطة بألم اكبر واكتئاب. **(Nezu et Al 2003, P303)**

كما وجد في دراسة قام بها "جيل واخرون" gilet et al سنة 2000 أن التدريب المختصر على مهارات المواجهة المعرفية بما فيها التشتيت وإعادة تفسير الألم استطاع ان يعزز استراتيجيات المواجهة مع الألم. **(Nezu et Al, 2003, P607)**

ومن بين استراتيجيات المواجهة نجد المواجهة الاستباقية إذ تشير المواجهة الإستباقية حسب أعمال (Aspinwall & Taylor 1997) وهم من أصحاب التوجه الحديث في المواجهة إلى أن: الجهود المبذولة قبل وقوع الحدث الضاغط المحتمل بهدف الوقاية منه أو تحوير شكله قبل وقوعه.

فالمواجهة الاستباقية للألم تعنى أن المريض المصاب بالسرطان يستبق مضاعفات العلاج الكيميائي قبل وقوعها وأن يستعين بموارده الشخصية بما في ذلك الدعم الاجتماعي ليساعد نفسه على التنبؤ بما سيؤول إليه الوضع مستقبلا، وبالتالي اتخاذ كل التدابير والإجراءات اللازمة التي من شأنها أن تساعد المريض في التخفيف من شدة الألم.

ولأهمية هذه الظاهرة جاءت العديد من الدراسات التي تناولت علاقة المتغيرات النفسية بمرض السرطان وشدة الألم من بينها الدراسة التي توصل فيها كل من Marshall (1991) وTaylor (1995) إلى أن لمركز الضبط الداخلي منافع كثيرة جدا سواء على المستوى النفسي أو الجسمي، اذ يساهم في الشفاء السريع لمرضى تعرضوا لعملية جراحية كما يقلص من حدة الآلام المزمنة، كما أسفرت دراسة Bremer وآخرون (1997) ودراسة Janne وآخرون (2001) أن الداخليون يتمتعون بصحة جسدية وأسلوب حياة صحي مقارنة بالخارجيين (ذوي سلطة والحظ).

ويعد مفهوم مركز الضبط متغير أساسي من متغيرات الشخصية و لقد نشأ هذا المفهوم من خلال أعمال "روتر" Rotter في الستينات ونشره عام 1966 بعنوان "التوقعات المعممة الضبط الداخلي – الخارجي للتعزيز" ويعرفه Nicole Diboi على أنه: "كيفية تفسير الأحداث والحالات الانفعالية التي يؤثر فيها الفرد والآخرين ومصدر الضبط هو عملية عقلية تتمثل في عمليات وميكانيزمات يلجأ إليها الفرد لتفسير أسباب سلوكه وسلوك الآخرين أو لمعرفة أسباب الحوادث المختلفة". **(بشير، 2009، ص 5)**

وطوره كل من "والستون ومعاونوه" في مجال المواضيع المتعلقة بالصحة وذلك من خلال العلاقة الخاصة الموجودة بين طبيعة اعتقادات المريض إزاء حالته الصحية، حيث جاء في دراسة لهم أن تشجيع الأطباء لمرضاهم المصابين بالسكري على تبني الاعتقادات الموصوفة ضمن مركز الضبط الداخلي جعلهم يتحسنون صحيا، الأمر الذي حفزهم على تصميم أداة تقيس مركز الضبط في سياق تصوري جديد مرتبط بالصحة والمرض وهو "مركز الضبط الصحي" سنة 1973، مرتبط بالمعتقدات الخاصة بالصحة والمرض بصفتها مداخل لمخرجات السلوك الصحي و مسؤولة عن الفرد مع المرض والعلاج.

ووضحت دراسة Nicholson وآخرون (2007) في نفس المنحى والتي استخلص فيها "باندوي" مركز الضبط الخارجيين (الحظ) الذين يعانون من الصداع النصفي يبذلون جهدا أقل في التعامل مع الالم ولديهم ملائمة علاجية منخفضة مقارنة بالداخليين ويرى أن مركز الضبط الخارجي بعد الآخرين ذوي سلطة لديه أثار ضارة على الصحة الجسدية والنفسية على العموم.

كما ركزت دراسة اسبانية قام بها كل من "اراراس وآخرون" سنة 2002 على طرق إدارة الألم من خلال أسلوب المواجهة ومركز الضبط الصحي والسلوكات المرتبطة بالألم على عينة شملت 51 مريضا من مرضى السرطان، توصلوا من خلالها إلى أنه هناك فروق دالة احصائيا بين سلوك الألم ومركز الضبط الصحي بين أفراد عينة مرضى السرطان ومرضى آخرون، وسجلت مجموعة المرضى الغير مصابين بالسرطان درجات

شعور بالأم جد منخفضة وقيمة عالية في مركز الضبط الصحي ذات البعد الداخلي مقارنة بمرضي السرطان.

فمرضى آلام السرطان يكونون غالبا غير قادرين على التفاعل بإيجابية في مسارهم العلاجي والتكيف معه خاصة إذا كان اعتقادهم ان حالتهم الصحية راجعة لعوامل خارجية غير متحكم فيها، مما يتسبب في ظهور مشـــاكل في جميـــع الجوانـــب الجسمية والشخصية، والأسرية، والحياة الاجتماعية، والتي تؤدي إلى تدني نوعية الحياة لديهم سواء على الصعيد التشخيصي أو العلاجي وحتى في مرحلة المتابعة.

وفي هذا السياق تشكل نوعية الحياة لدى مريض السرطان أحد المحاور الأساسية التي تدور حولها البحوث المتعلقة بهذا المرض بسبب الآثار المرتبطة بالمرض والعلاج، حيث قدم كل من Razavi وDelvaux سنة 1994 امثلة عن هذه الدراسات كالتي اقيمت على 463 مصابة بسرطان الثدي والتي توصل فيها الى إيجاد نوعية حياة متدنية لدى النساء اللواتي خضعن للعلاج الكيميائي وحده مقارنة باللواتي خضعن لعلاج كيميائي وعلاجات اخرى معدلة لمضاعفات العلاج الكيميائي. **(Gustave et Al, 2014, P157)**

كما توصلت دراسة Yanez سنة 2011 بمراجعة الدراسات التي تناولت نوعية الحياة لدى المصابات بسرطان الثدي لدى المريضات من أصل لاتيني في الولايات المتحدة، وتمّ اختيار 20 دراسة من بين 375 مقالا تم العثور عليها بعضها نوعي والآخر كمي وتم التركيز على الجوانب الجسدية والنفسية والجنسية لنوعية الحياة، ودلت النتائج على مستويات مختلفة لدى افراد العينة وانخفاض واضح في نوعية الحياة النفسية لدى المريضات.

وفي دراسة عربية ل"حيدر نجاد وزملائه" (2011) التي تستكشف العوامل المؤثرة في نوعية الحياة لدى المصابين بالسرطان وتحت العلاج الكيميائي في إيران على عينة متكونة من 200 مريض باستعمال EORTCQLQ-C30، وأشارت النتائج إلى وجود ارتباط بين نوع السرطان وبين كل من شدة الألم واستراتيجيات المواجهة ولم ترتبط بالعوامل الديموغرافية مثل السن ومستوى التعليم.

في ضوء مثل هذه الدراسات أصبح يفترض أن نوعية الحياة تشمل العناصر التالية: الوظائف الجسمية، الوضع النفسي، الوظائف الاجتماعية والأعراض ذات الصلة بالمرض و العلاج، كما أشار kleither وزملاؤه سنة 2007 إلى تدني نوعية الحياة لدى مرضى السرطان الذي اكدته بحوث كثيرة، غير أن الاختلاف بين المرضى في تقدير نوعية حياتهم كبير ومرتبط بزمن التشخيص ومرحلة المرض وموارد المريض الجسدية والنفسية والاجتماعية. **(Ogden, 2014, P530)**

وعلى هذا الأساس نجد أن معظم جهود الباحثين انصبت في محاولة إيجاد العوامل النفسية كموارد نفسية ذاتية والتي تلعب دورا رئيسيا في التخفيف من شدة الألم وتتدخل في تحديد مستوى نوعية الحياة والتي اخترنا منها المتغيرات السابقة الذكر، وانطلاقا من هذا ومن الدراسات السابقة الذكر ونظرا لأهمية الموضوع جاءت فكرة تصميم هذا البحث، ومنه يمكن صياغة مشكلة الدراسة بطرح التساؤلات التالية:

- ✓ هل يعاني مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي من مستويات مرتفعة للألم؟
- ✓ هل يوجد اختلاف بين مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي في مستوى نوعية حياتهم؟
- ✓ هل تتوسط درجة الشعور بالألم العلاقة بين أبعاد استراتيجية المواجهة الاستباقية لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي؟
- ✓ هل تتوسط درجة الشعور بالألم العلاقة بين مركز الضبط الصحي (داخلي / خارجي نفوذ الاخرين / خارجي الحظ) ونوعية الحياة لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي؟
- ✓ هل توجد علاقة بين مركز الضبط الصحي والمواجهة الاستباقية في التحسين من نوعية الحياة لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي المعانين من الألم؟
- ✓ هل تؤثر أبعاد استراتيجية المواجهة الاستباقية في تحسين نوعية الحياة لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي؟

- ✓ هل يؤثر مركز الضبط الصحي (داخلي / خارجي نفوذ الاخرين / خارجي الحظ) في تحسين نوعية الحياة لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي؟

2. فرضيات الدراسة

- ✓ يعاني مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي من مستويات مرتفعة للألم.
- ✓ يوجد اختلاف بين مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي في مستوى نوعية حياتهم.
- ✓ تتوسط درجة الشعور بالألم العلاقة بين أبعاد استراتيجية المواجهة الاستباقية لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي.
- ✓ تتوسط درجة الشعور بالألم العلاقة بين مركز الضبط الصحي (داخلي / خارجي نفوذ الاخرين / خارجي الحظ) ونوعية الحياة لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي.
- ✓ توجد علاقة بين مركز الضبط الصحي والمواجهة الاستباقية في التخفيف من شدة الألم لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي المعانين من الألم.
- ✓ تؤثر أبعاد استراتيجية المواجهة الاستباقية في تحسين نوعية الحياة لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي.
- ✓ يؤثر مركز الضبط الصحي (داخلي / خارجي نفوذ الاخرين / خارجي الحظ) في تحسين نوعية الحياة لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي.

3.تحديد المفاهيم

➢ استراتيجيات المواجهة (Stratégie de Coping)

يعرف "lazarus et folkman" استراتيجيات المواجهة: "هي مجموعة من الجهود الانفعالية، السلوكية، والمعرفية المتغيرة باستمرار والتي تهدف إلى تسير متطلبات داخلية وخارجية محددة تقيم على انها عبئ على الشخص أو تفوق امكانياته".
(Lazarus,1984, P42)

التعريف الاجرائي

تشير المواجهة عند المصابين بالسرطان المعانون من الألم إلى مجموعة من العمليات والاستراتيجيات والجهود التي يستخدمها هؤلاء المرضى لمقاومة خبرة المرض المزمن وكذلك الاعراض الناتجة عن العلاج الكيميائي.

➢ المواجهة الاستباقية (Coping Proactif)

يشير التعامل الاستباقي حسب (Aspinwall & Taylor 1997) إلى: "الجهود المبذولة قبل وقوع الحدث الضاغط المحتمل بهدف الوقاية منه أو تحوير شكله قبل وقوعه".

التعريف الاجرائي

استباق المواجهة مع الألم الذي تكون قد ظهرت بعض مؤشراته الابتدائية ويقتضي أن يكون المريض مدركا لخصائص المرض وأن يستعين بموارده الشخصية بما في ذلك الدعم الاجتماعي ليساعد نفسه على التنبؤ بما سيؤول إليه الوضع مستقبلا، و بالتالي اتخاذ كل التدابير والإجراءات اللازمة التي من شأنها أن تساعد على التخفيف من الألم وتسيير الأعراض المصاحبة للعلاج الكيميائي وذلك حسب الدرجة المتحصل عليها بتطبيق مقياس المواجهة الاستباقية PCI.

➢ مركز الضبط الصحي (Lieu de Contrôle de la Santé)

إدراك الفرد بأن صحته تخضع لتأثير الضبط الذاتي وضبط الآخرين الذين يملكون السلطة مثل الأطباء أو أنها تتقرر بفعل عوامل خارجية بما في ذلك عوامل الصدفة.

(تايلور، 2013، ص888)

التعريف الاجرائي

تشير الدرجة الكلية المتحصل عليها من مجموعة من بنود مقياس "والستون" لمصدر الضبط الصحي إلى درجة الضبط الداخلي أو الخارجي الحظ والنفوذ لدى مرضى السرطان المعانون من الألم والخاضعين للعلاج الكيميائي .

➢ الألم (La Douleur)

يعرف الألم من قبل "الجمعية الدولية لدراسة الألم" (IASP) بأنه: "خبرة حسية وانفعالية غير سارة مرتبطة عادة بتلف الأنسجة الحقيقية أو المحتملة او توصفا من حيث هذا الضرر".

التعريف الإجرائي

ان قياس الألم وتحديد مستواه لدى الراشد المصاب بمرض السرطان والخاضع للعلاج الكيميائي سوف يعتمد في بحثنا على التقييم الذي يضعه هؤلاء المرضى للألم من خلال مقياس EVA.

➢ تعريف نوعية الحياة (Qualité de Vie)

تشير نوعية الحياة إلى أن الفرد يتمتع بتوظيف عضوي ونفسي (صحة بدنية ونفسية) أي أن الفرد لا يعاني من مرض عضوي ولا نفسي، حيث تعرف "المنظمة العالمية للصحة" نوعية الحياة بأنها: "انطباع الفرد اتجاه حياته ضمن النسق والمعايير الثقافية في مجتمعه، ومستوى العلائقي بين تحقيق أهدافه وتوقعاته وفق مفاهيم معيارية محددة لديه،

ومن جهة أخرى هي عملية الدمج الاعتمادية والعلاقات الاجتماعية وعلاقة ذلك بما يبرز في المستقبل من أحداث بيئية". **(Gustav.n, 2002, P296)**

التعريف الاجرائي

إن قياس نوعية الحياة لدى مرضى السرطان المعانون من الألم والخاضعين للعلاج الكيميائي يعتمد على تقييم هؤلاء المرضى لحالتهم الصحية حيث يعبرون عن توظيفهم العضوي والآثار الناجمة عن المرض والعلاج (النفسية والجسمية) وذلك من خلال مجموع الدرجات المتحصل عليها في مقياس نوعية الحياة SF-12.

- **السرطان (Le Cancer)**

هو مجموعة من الأمراض التي تتميز خلاياها بالعدائية أي النمو والانقسام العشوائي والغير محدود، وقدرة هذه الخلايا المنقسمة على غزو أنسجة مجاورة وتدميرها أو الانتقال الى أنسجة بعيدة، حسب "المنظمة العالمية للصحة السرطان" مصطلح يدل على التكاثر الخبيث الذاتي والعشوائي للخلايا و يؤدي الى تشكيل الأورام التي يمكن تغزو الأعضاء القريبة او البعيدة محطمة الانسجة السليمة. **(Lisa hess and Al , 2019, P17)**

التعريف الاجرائي

وسيعرف مرضى السرطان في هذه الدراسة التي سنقوم بها: على أنهم المرضى الذين شخصت حالتهم بمرض السرطان من قبل أطباء مختصين في علم الاورام السرطانية، وذلك بعد القيام بفحوصات اكلينيكية والمخبرية اللازمة والمسجلون لدى مصلحة مكافحة السرطان "بيار ماري كوري" و"لمين زيغوت" بالإضافة الى مستشفى طب الأعصاب "علي آيت ادير" بالجزائر العاصمة والذين يخضعون للعلاج الكيميائي.

4. أهمية وأهداف الدراسة

تكمن أهمية الدراسة في مدى حيوية الموضوع إذ يعتبر مرض السرطان من اهتمامات الصحة العمومية وخاصة الألم الذي يعتبر أحد المواضيع المعقدة التي يعاني منها المصاب بالسرطان والذي يخضع إلى العلاج الكيميائي الذي بدوره تنجم عنه أعراض ومضاعفات أهمها الألم.

إلا أن مستوى الألم يختلف من مريض لآخر وهنا تكمن أهمية الدراسة من الناحية التطبيقية في الكشف على مدى تأثير العوامل النفسية التي لها علاقة بالألم ونوعية الحياة كإستراتيجية المواجهة الاستباقية ومركز الضبط الصحي لدى مريض السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي.

كما تبرز الأهمية التطبيقية لهذه الدراسة أيضا من خلال التأكيد على التدخل والتكفل العلاجي السيكولوجي للألم لدى هؤلاء المرضى، بوضع تفسير لإشكالية الألم و اقتراح نموذج يلخص نتائج الدراسة وفق النموذج التعاقدي التكاملي، النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي.

وهكذا يدخل هذا البحث في إطار علم النفس الصحة وبالتحديد علم النفس السرطاني وهي من أحدث التخصصات والتي جاءت في المخطط الوطني للسرطان ويعتبر أيضا من أحدث البحوث الرائدة في الجزائر.

يمكن إيجاز اهداف البحث الذي سنقوم به من خلال ما يلي:

- تسليط الضوء على معاناة الألم لدى مرضى السرطان في إطار المخطط الوطني للسرطان 2015-2019.
- التعرف على مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي.
- الكشف على دور استراتيجية المواجهة الاستباقية في التخفيف من درجة الشعور بالألم لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي.

- الكشف على دور مركز الضبط الصحي في التخفيف من درجة الشعور بالألم لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي.
- تحديد العلاقة بين كل مركز الضبط الصحي والمواجهة الاستباقية في التحسين من نوعية الحياة لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي.
- التعرف على مدى تأثير أبعاد استراتيجية المواجهة الاستباقية في تحسين نوعية الحياة لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي.
- التعرف على مدى تأثير أبعاد مركز الضبط الصحي (داخلي / خارجي نفوذ الاخرين / خارجي الحظ) في تحسين نوعية الحياة لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي.

الفصل الثاني
المواجهة الاستباقية

الفصل الثاني: المواجهة الاستباقية

تمهيد

1. نظرة تاريخية حول الضغط والمواجهة
2. مفهوم استراتيجيات المواجهة
3. التناولات النظرية لاستراتيجيات المواجهة
4. التوجهات الحديثة في مجال المواجهة
5. الفرق بين المواجهة التقليدية والحديثة –الاستجابة والاستباقية–
6. نظرية المواجهة الاستباقية
7. مفهوم ومميزات المواجهة الاستباقية
8. علاقة استراتيجيات المواجهة والمواجهة الاستباقية بالصحة والمرض

خلاصة

تمهيد

من بين المواقف الحياتية الضاغطة الأكثر تأثيرا الإصابة بالمرض وخاصة ما يمكن ان ينجم عنه من خبرات أكثر تأثيرا كخبرة الألم التي يلجأ الفرد من خلالها إلى إستراتيجيات مواجهة لهذه المواقف بغرض التّكيّف معها والتخفيف من شدّتها أو حدتها.

وعلى هذا الأساس تم الاهتمام بدراسة هذا المتغير وبالتحديد نوع من أنواع إستراتيجيات المواجهة وهو المواجهة الاستباقية ودورها في التّخفيف من شدّة الألم، وتحسين نوعية الحياة ولذلك تمّ تخصيص فصل لهذا الأخير.

1.نظرة تاريخية حول الضغط Stress والمواجهة Coping

كما هو الحال مع العديد من الكلمات فإن مصطلح الضغط Stress يسبق استخدامه المنهجي أو العلمي، كان يستخدم في وقت مبكر من القرن (14) الرابع عشر ليعني: المعاناة، الضيق، المحنة، أو بلاء ومصيبة.

في أواخر القرن (17) السابع عشر استخدم "هوك" (Hook) الضغط Stress في سياق العلوم الفيزيائية، على الرغم من أن هذا الاستخدام لم يتم بشكل منهجي حتى أوائل القرن (19)التاسع عشر. **(Lazarus & Folkman, 1984, P2)**

لا يوجد اتفاق بشأن اشتقاق مصطلح "الضغط Stress" حيث اقترحت بعض المصادر أن المصطلح مشتق من الكلمة اللاتينية "Stringer" بمعنى: "الربط بإحكام Bindtightly".

كما تؤكد مصادر أخرى أن المصطلح مشتق من الكلمة الفرنسية: Destress (الإنجليزية: Distress) واقترحت أن البادئة (prefix) "dis" قد تم حذفها في النهاية بسبب التداخل كما في حالة الكلمة لأنه في بعض الأحيان يصبح سببا.

(Baqutayan, 2015, P484)

مصطلح "الضغط Stress" أصوله في الفيزياء بدلا من علم النفس وعلم وظائف الأحياء (Physiologie)، في الأساس كان مصطلح يستخدم في الهندسة لوصف تأثير القوة الميكانيكية التي تضع قوة أو ضغطا على جسم ما، غالبا ما يكون المرض نتيجة للمجهود أو الطلب الذي يتم إجراؤه على نظام فيزيولوجي معين ومع ذلك، قد يلعب الاستعداد البيولوجي أو الوراثي دورا مهما في المرض.

وصف سيلي "Selye" "الضغط Stress" بأنه: "استجابة غير محددة للجسم لأي مطالب مطروحة عليه". **(Frydenberg, 2014, P83)**

ببساطة يجب إيضاح هذه النقطة من الصعب قبول المصطلح قبل 1940 كان المصطلح غير معروف تقريبا خارج مهنة الهندسة.

(Cary L, Cooper, Philip J. Dewe, 2004, P1)

في عام 1925 لاحظ "هانز سيلي" (Selye Hans) الطبيب الأوروبي الذي تدرب في الجامعة الألمانية في براغ Prague أن جميع مرضاه أظهروا نفس الأعراض بما في ذلك: التعب، آلام العظام والمفاصل، الحمى، الشهية وفقدان الوزن.

(Baquatayan, 2015, P484)

للإشارة فقط "هانز سيلي" (Hans Selye) طبيب غدد صماء كندي مجري المولد (1907–1982)، قدم "هانز سيلي" Selye Hans لأول مرة مصطلح الضغط Stress في لغة علم النفس الصحي في عام 1926، على الرغم من أن مصطلح الضغط Stress هو كلمة منزلية إلا أن سيلي Selye استخدم في الواقع المصطلح الوصفي "Strain" (الضغط على نظام أو علاقة لأنه يتم وضع مطالب كبيرة عليه) للدلالة على مفهومه، لأنه اقترح تغييرات بنيوية بينما أكد الضغط على العوامل الخارجية. بالنسبة له "الضغط Stress" يتألف من "جميع التغييرات غير المحددة (داخل الكائن الحي) الناتجة عن الوظيفة أو الضرر"، أو ببساطة أكثر يقول سيلي Seley: The rate of wear and tear in the body" وهنا يقصد سيلي Seley الضرر الذي يحدث لجسم في الاستخدام العادي خلال فترة أو الأضرار التي لحقت بالأشياء نتيجة الاستخدام العادي، ثم من نقطة بداية هانز وسيلي Selye & Hans، استخدم الباحثون مصطلح الضغط Stress كمؤشر للملخصات النفسية في عام 1944. **(Baquatayan, 2015, P479)**

في أوائل 1950 نشر "سيلي" Selye تقريرا سنويا عن الضغط Stress (1950، 1951–1956) عن بحثه، تم تجميع هذا العمل معا في عام 1956 في كتاب رئيسي يسمى: ضغوط الحياة، "The Stress of Life".

بحلول ذلك الوقت كانت الأدبيات المتعلقة بفيزيولوجيا الضغط (Physiologie of stress) قد بلغت بالفعل ما يقرب من ستة (6) آلاف منشور سنويا، كما ساعد الخطاب الذي دعا إليه "سيلي" Selye جمعية علم النفس الأمريكية American Psychological Association (APA) في عام 1955 على نشر الاهتمام بالمفهوم من علم وظائف الأعضاء إلى علم النفس والعلوم السلوكية الأخرى، على الرغم من أن الحجم الهائل للعمل على إفرازات الضغط الهرموني التي نشأت عن عمل "سيلي" Selye كانت له آثار واضحة على المستويات الاجتماعية والنفسية للتحليل إلا أنه لم يوضح في الواقع العمليات الأخيرة، ومع ذلك لعب عمل "سيلي" Selye وفروعه دورا مهيمنا في التوسع الأخير في الاهتمام بالضغط Stress. **(Lazarus & Folkman, 1984, P3)**

لذا نجد أنه حتى في نهاية عقد 1950 تم الاعتراف بالضغط Stress كموضوع شرعي للبحث الأكاديمي، وحتى في ذلك الوقت كان يجري الإعراب عن الشكوك حول ما إذا كان المصطلح بل الموضوع برمته مجرد بدعة أخرى، في ذلك الوقت أشارت ندرة الأدلة العلمية للتحقق من صحتها إلى أنها لا تستحق مقدار الحماس الذي كانت تجتذبه.

(Philip J. Dewe, 2010, P2)

بحلول نهاية عام 1950 وصل الضغط Stress كموضوع شرعي للدراسة الأكاديمية بحلول هذا الوقت أصبح مفهوم الضغط راسخا أيضا في مجال علم النفس.

(Cary L. Cooper, Philip J. Dewe, 2004, P38)

جادل بعض الكتاب مثل: "بولوك" Pollock بأن استخدام مصطلح "الضغط Stress" حديث نسبيا، لكنها أشارت إلى أنه على الرغم من استخدامه إلى حد ما طوال القرن (19) التاسع عشر وكان مرتبطا بشكل غير وثيق باعتلال الصحة (Illhealth)، إلا أنه لم يصبح مصطلحا ثابتا إلا في العقود القليلة الماضية.

غير أن نيوتن Newton لم يوافق على أن المصطلح حديث المنشأ حيث وجد تعريفات للضغط Stress في قاموس أوكسفورد الإنجليزي وهي قريبة جدا من فهمنا الحالي للمصطلح، والذي يعود تاريخه إلى القرنين (16–17) السادس عشر والسابع عشر ومع ذلك يبدو أن هناك إجماعا عاما على أن شعبية هذا المفهوم اكتسبت أرضية تصاعدية من الحرب العالمية الثانية. **(Baquatayan, 2015, P479)**

من هنا كانت الانطلاقة لمصطلح الضغط Stress في الأدبيات في علم النفس لكن تناقضت التعريفات واختلفت التناولات بسبب تصاعد وتيرة الأبحاث فأحدثت الجدل الكبير، لذا نجد أن "سيلي" Selye يقول:

"الضغط Stress هو شيء نواجهه جميعا من وقت لآخر ولكننا نواجه صعوبة في تحديده إذا طلب من الناس التحدث عن ذلك، فإنهم يميلون إلى وصف شعورهم أو ما يجعلهم يفعلون ذلك لكنهم بالكاد يستطيعون قول ما هو عليه أو ما هي ماهيته".

وفقا ل"هانس سيلي" Selye Hans الكاتب غزير الإنتاج حول موضوع الضغط Stress على مدار (50) الخمسين عامًا الماضية، فإن هذا الضغط Stress هو: "استجابة غير محددة من الجسم لأي طلب عليه".

من خلال هذا هناك استجابة مشتركة لأنواع مختلفة من الضغوطات وأطلق على هذه المجموعة من الاستجابات متلازمة التكيف العامة The General Adaptation Syndrome (GAS).

يشير المصطلح غير المحدد إلى حقيقة أن مجموعة متنوعة من المطالب أو الضغوطات تؤدي إلى استجابة مشتركة، حددت ثلاث مراحل في (GAS) ترتبط كل منها بالتغيرات في وظائف الجهاز العصبي والغدد الصماء: رد فعل الإنذار، مرحلة المقاومة ومرحلة الإرهاق. **(Baquatayan, 2015, P484)**

كان لدى الكثير التباس كبير لمفهوم معنى الضغط Stress ذلك لأن مرجع بعض الضغوط يمكن أن يكون محفزا ويدفع الناس إلى ما وراء الحدود لما يعتقدون أنهم يستطيعون فعله هذا من جهة، ومن جهة أخرى حسب نوعية أو مكان التعرض للضغط Stress وطبيعته.

لتجنب هذه المعضلة قدم "هانز سيلي" Hans Selye مصطلح "الكرب" "Distress" ومصطلح "يوستريس" "Eustress".

حسب سيلي Selye فإن الضيق Distress هو ضغط ضار أو غير سار مزعج معبرا عنه بهذه المصطلحات: الضغط يشبه إلى حد كبير حالة من القلق، الخوف، الهم Worry، أو الإثارة والهيجان، جوهر التجربة النفسية سلبي، مؤلم، شيء يجب تجنبه. تجارب ممتعة ومرضية يأتي مما يسميه "سيلي" Selye "يوستريس" Eustress (الاستجابة الإيجابية للضغط)، المشاركة في حفل زفاف، وتوقع المنافسة في حدث رياضي كبير، والأداء في إنتاج مسرحي هي أمثلة على "يوستريس" Eustress هذا هو الضغط الإيجابي حتى أننا نسمع عن فرحة الضغط (Joy of stress) وهي عبارة يستخدمها البعض للتأكيد على الخير الذي يمكن أن يأتي من الضغط.
(Baquatayan, 2015, P480)

"يوستريس" Eustress استجابة الضغط الإيجابية التي تنطوي على المستويات المثلى من التحفيز: نوع من الضغط الذي ينتج عن المهام الصعبة ولكن يمكن تحقيقها، ممتعة أو جديرة بالاهتمام على سبيل المثال: المشاركة في حدث رياضي، وإلقاء خطاب له تأثير مفيد من خلال توليد شعور بالوفاء أو الإنجاز وتسهيل النمو، التطوير، الإتقان ومستويات عالية من الأداء. مقارنة بالكرب (الضيق) Distress. **(Vanden Bos, 2015, P388)**

كما أعطى (Hinkle) دورا مهمًا في تطور مفهوم الضغط Stress في الطب ل "هارولد جي وولف" Harold G. Wolff الذي كتب عن ضغوط الحياة والمرض في 1940 و1950، ك"سيلي وكانون" Selye & Cannon الذين تصوروا الضغط Stress كرد فعل لكائن حي محاصر بالمطالب البيئية والعوامل الضارة، يبدو أن وولف قد اعتبر

الضغط Stress حالة من الجسم على الرغم من أنه لم يحاول تعريفه بشكل منهجي كما فعل سيلي Selye. **(Lazarus & Folkman, 1984, P3)**

كما عرف "ماكغراث" (Mc Grath) الضغط Stress بأنه: "اختلال كبير بين الطلب البيئي والقدرة على الاستجابة البنية المركزية للكائن الحي".

في حين أن "كابلان" (Kaplan)عرف الضغط Stress بأنه عدم قدرة الشخص على إحباط الإدراك المتناقص، التذكر، الترقب، وخيال الظروف غير المقيمة، تلك التي تدل في الواقع أو الخيال على مسافة كبيرة و/أو متزايدة من الحالات التجريبية المرغوبة (القيمة)، وبالتالي تثير الحاجة إلى تقريب الحالات القيمة.

يمكن للمرء أن يجمع بين تعريفات "كابلان وماكغراث" Kaplan & McGrath للضغط Stress ويخرج بنموذج وتعريف كاملين إلى حد ما، مثل: تعريف "هوبفول" (Hobfoll) للضغط Stress على أنه: "الحالة التي يحكم فيها الأفراد على قدراتهم على الاستجابة على أنها غير قادرة على مواجهة التهديد بفقدان الحالات التجريبية المرغوبة الحالات التي يوجهها تقييمهم وتوقعاتهم". **(Baquatayan, 2015, P484)**

تنوعت التعريفات والرؤى حول مفهوم الضغط وأبحاثه حتى جاءت بعد ذلك أعمال "لازاريس وفولكمان" Lazarus & Folkman التي أعطت النور لبث فهم كامل وجيد للضغط النفسي Stress والمقاومة Coping.

كان عمل "لازاريس" Lazarus للجيش الذي بدأ ما كان ليصبح مدى الحياة مكرسا لكشف عملية الضغط Stress، من هذا العمل اكتشف هو وزملاؤه بسرعة أن رد فعل شخص ما على الظروف الضاغطة لا يعني بالضرورة أن الآخرين سيتفاعلون بنفس الطريقة. **(Cary L. Cooper, Philip J. Dewe, 2004, P86)**

أحد النماذج المفيدة في فهم الضغط Stress هو نموذج الشخص والبيئة، وفقا لأحد أشكال هذا النموذج يمكن للفرد تقييم الأحداث الضاغطة على أنها "تحديات" أو "تهديد".

(Baquatayan, 2015, P484)

وفقا لنظرية التعاقد Transactional theory للضغط والمقاومة Stress & coping التي طورها لازاروس وفولكمان Lazarus & Folkman مفيدة بشكل خاص في تشكيل أبحاث الضغط والمقاومة Stress & coping على مدى العقود الخمسة (50) الماضية.

(Cary L. Cooper, 2017, 2017, P351)

ويمكن تعريف الضغط كالتالي:

في العلوم الطبية الحيوية (Biomedical sciences) يفهم الضغط على أنه استجابة الكائن الحي للتحفيز الضار، ومع ذلك في علم النفس عادة ما يكون الضغط Stress هو العملية التي يتفاعل فيها الشخص والبيئة حيث يركز البحث أحيانا على طبيعة الضغط Stress، يدرس علماء النفس الصحي التأثيرات المشتركة للشخص والبيئة على علم الأمراض جنبا إلى جنب مع عوامل التوسط والاعتدال مثل: المقاومة Coping والدعم الاجتماعي. **(Ralf Schwarzer, Steffen Taubert, 2002, P1)**

أما بالنسبة إلى المواجهة Coping:

في شكل أو آخر كان مفهوم المواجهة Coping معنا لفترة طويلة على الرغم من أنه بدأ في الظهور بشكل رسمي خلال 1960 و1970 إلى جانب الاهتمام المتزايد بالضغط Stress، إذا فكرنا في المواجهة Coping كمفهوم عام يتضمن دفاعات الأنا Ego defenses التي تتعامل مع التهديدات للسلامة النفسية للفرد فمن الواضح أن اهتمام المحلل النفسي بالدفاع كان سلفه. **(Lazarus R. S, 1993, P234)**

في عام 1960 بدأ خط بحث جديد يتعلق في البداية بالعمل الذي تم إجراءه على آليات الدفاع Défense mécanismes في الاندماج تحت تسمية "المواجهة Coping"، قبل هذه الفترة تم استخدام كلمة المواجهة Coping بشكل غير رسمي في أدبيات العلوم الطبية والاجتماعية. **(Moshe Zeidner, Norman S Endler, 1996)**

لذا يعود تاريخ البحث فيها إلى بدايات حركة التحليل النفسي في مطلع القرن (19) التاسع عشر، ولكن بدأ ينظر إليها فقط على أنها عملية في 1970 و1980 من خلال عمل المنظرين مثل: "بيرلين وشولر" Pearlin & Schooler، "لازاريس وفولكمان" Lazarus & Folkman، "بيلينغز وموس" Billings & Moos، و"كوباسا" Kobasa. **(Frydenberg, 2014, P83)**

المواجهة Coping لها جذورها في العديد من التقاليد النظرية المختلفة حيث ركزت المقاربة النفسية الديناميكية الأصلية Psycho dynamic approach على آليات الدفاع Défense méchanisms، كما حددتها "آنا فرويد" (Anna Freud) والتي تم تعريفها على أنها: "الوسائل اللاواعية إلى حد كبير التي من خلالها يتجنب الأنا Ego القلق الناتج عن النزاعات بين الأنا العليا Super ego والهو Id. **(Folkman, 2011, P21)**

بإتباع أدبيات التحليل النفسي التقليدية حول موضوع الدفاع طور "هان" (Haan) تعريفات لـــ 20 "آليات للأنا Ego mechanisms": 10 آليات دفاع Defense mechanisms (مثلا: الإنكار Denial، الإسقاط Projection والقمع Repression) و10 آليات للمقاومة. **(Moshe Zeidner, Norman S Endler, 1996, P6)**

وفي هذا الصدد يقول "هان" (Hann): "لتلخيص الأساس المنطقي للتصنيفات: يتميز سلوك المواجهة Coping behavior عن السلوك الدفاعي Defensive behavior، لأن الأخير بحكم تعريفه جامد، مجبر، مشوه الواقع، وغير متمايز، في حين أن الأول مرن، هادف، موجه نحو الواقع، ومتباين. **(Hann, 1965)**

يبدو أن عمل "هان" (Hann) كان مصدر إلهام لتطوير العديد من أنظمة التصنيف الأخرى على مدى العقدين الماضيين.

(Moshe Zeidner, Norman S Endler, 1996, P6)

من خلال هذا التصور قدم "هان" (Hann) مفهوم جديد سماه: سلوك المواجهة Coping behavior، و كان بعيد نوعا ما عن لغز Enigma التحليل النفسي وميز بينه وبين التصور التقليدي التحليلي لمفهوم المواجهة الذي طرحه "فرويد" Freud والذين جاءوا من بعده وكان موصول مباشرة بآليات الدفاع والسلوك الدفاعي للفرد، هذا التمايز في الطرح وربطه بالسلوك ساهم بشكل كبير في تطور وتحديد مفهوم المواجهة Coping بشكل كبير، في هذه الحقبة من الزمن وفي هذه الأثناء كان تطور ملحوظ يحدث على مستوى علم النفس على كل الأصعدة.

فبحلول الستينيات والسبعينيات (60–70) من القرن الماضي (1960 و1970) كان نموذج تحفيز– استجابة (ت– إ) The stimulus–response model (S–R) في علم النفس الذي كان وريث السلوكية بدأ يتم وضعه جانباً ببطء يوصف بأنه "اختزالي"، وينقل "نظرة ضيقة إلى حد ما"، تم تحويل نموذج: تحفيز واستجابة (ت– إ) (S–R) إلى نموذج: تحفيز– كائن – استجابة Stimulus–Organism–Response (S-O–R) الذي يعتبر أكثر تطلعا إلى المستقبل. **(Cary L. Cooper, Philip J. Dewe, 2004, P58)**

هذا التحول كان له آثار هائلة على تغير مستوى البحث ليس فقط في المواجهة Coping لكن حتى في الحياة اليومية بصفة عامة.

بالنسبة لعدد من الباحثين في 1960 وأوائل 1970 أدى العمل الأولي على الدفاعات التكيفية Adaptive défenses إلى اهتمام مستقل بدراسة الاستراتيجيات الواعية The conscious strategies المستخدمة من قبل الأفراد الذين يواجهون مواقف ضاغطة أو مزعجة، تم تصور الاستراتيجيات الواعية Conscious strategies للتفاعل مع المواقف الضاغطة أو المزعجة في هذه الأدبيات الجديدة على أنها استجابات المواجهة Coping responses بسرعة كبيرة، أصبح هذا النوع من أبحاث المواجهة Coping منطقة بحث

كبيرة ومكتفية ذاتيا متميزة عن الأدبيات القديمة حول آليات الدفاع Defense mechanisms. **(Moshe Zeidner, Norman S Endler, 1996, P9)**

في إحدى المحاولات المبكرة لتعريف المواجهة Coping اقترح فولكمان ولازاريس Folkman and Lazarus أن المواجهة Coping هي: "كل الجهود المعرفية والسلوكية لإتقان المطالب أو تقليلها أو تحملها، لا فرق بين ما إذا كانت المطالب مفروضة من الخارج (من قبل العائلة، الأصدقاء، الوظيفة أو المدرسة على سبيل المثال) أو من الداخل (أثناء المصارعة مع صراع عاطفي أو وضع معايير عالية بشكل مستحيل، على سبيل المثال)، تسعى المواجهة Coping بطريقة ما إلى تخفيف تأثير المطالب".

(Baquatayan, 2015, P481)

كمصطلح المواجهة Coping استخدم لأول مرة في عام 1967 في الملخصات النفسية، منذ ذلك الحين زادت المنشورات التي تستخدم مصطلح المواجهة Coping ككلمة رئيسية بشكل مطرد وشكلت 0.35 ٪ من الأدبيات المدرجة في (Psyc INFO) في عام 1967، مقارنة بـــ 3.15 ٪ في عام 1999. **(Hartmann, 2007, P286)**

المواجهة Coping كمفهوم هو جديد نسبيا يشير إلى: "الجهود المعرفية والسلوكية المتغيرة باستمرار والتي تهدف إلى إدارة متطلبات خارجية و/أو داخلية محددة ينظر إليها على أنها تهدد أو تفيض بموارد الشخص".

نشأ هذا المفهوم من مفهوم تفاعلي للضغط Stress والذي بموجبه لا يكون الضغط سمة من سمات المواقف وليس سمة من سمات الأفراد، ولكن معاملة معينة بين الشخص والبيئة التي يتم فيها تقييم الموقف من قبل الشخص على أنه يتجاوز موارده ويهدد رفاهيته.

(F Cousson, M Bruchon-Schweitzer, B Quintard, J Nuisseir, N Rascle, 1996, P2)

مصطلح المواجهة Coping هذا ليس له ما يعادله باللغة الفرنسية (To à cope Faireface)، (المواجهة: توضع في مواجهة مع) فإنه يترجم بمصطلحات "استراتيجية التعديل" أو "استراتيجية التكيف".

المواجهة Coping هي جزء من نموذج النظرية المعرفية للضغط التي بدأها "لازاروس وفولكمان" (Lazarus et Folkman) فيما يتعلق بأول بحث حول آليات المواجهة. **(Hartmann, 2007, P286)**

وفقا لنظرية "لازاروس وفولكمان" (Lazarus et Folkman) للتعاقد Transaction حول الضغط والمواجهة Stress & Coping، يقوم الأفراد باستمرار بتقييم المحفزات داخل بيئتهم.

تولد عملية التقييم Appraisal هذه الانفعالات وعندما يتم تقييم المحفزات على أنها تهديد تحدي أو ضرر (أي الضغوطات)، فإن الضيق (الكرب) الناتج يبدأ باستخدام استراتيجيات المواجهة Coping strategies لإدارة الانفعالات أو محاولة معالجة الضغوطات نفسها بشكل مباشر.

تنتج عمليات المواجهة Coping نتيجة (أي تغيير في العلاقة بين الشخص والبيئة) والتي يتم إعادة تقييمها على أنها مواتية أو غير مواتية أو لم يتم حلها.

يثير الحل الإيجابي للضغوطات الانفعالات الإيجابية بينما تثير القرارات التي لم يتم حلها أو غير المواتية الضيق، استنفار الفرد للنظر في المزيد من خيارات المواجهة Coping لمحاولة حل الضغوطات.

وفقا لهذا المنظور يتم الدفاع عن الضغط على أنه التعرض للمنبهات التي يتم تقييمها على أنها ضارة أو مهددة أو صعبة والتي تتجاوز قدرة الفرد على المواجهة.

(Cary L, Cooper, 2017, P352)

يحدد "لازاروس" Lazarus نوعين من التقييم: الأول يصف بأنه التقييم الأساسي Primary appraisal، التقييمات الأولية هي حيث يقيم الفرد ويعطي معنى شخصيا للأحداث وينظر في أهمية: "ما هو على المحك Whatis at stake"، من حيث الضرر، التهديد أو التحدي.

الفرد يبني هذه المعاني من الأحداث نفسها في جوهرها هو الاعتراف بأن الأحداث تنطوي على شيء ذي أهمية للفرد، إنه كما يقترح "باركر وديكوتيس" Parker & DeCotiis مستوى من التقدير أنه في تجربة الفرد هناك بعض التأثير على الأداء الطبيعي، ومع ذلك فإن التقييم الأولي Primary appraisal ليس كافيا في حد ذاته لتحديد أهمية الحدث.

التقييم الثانوي Secondary appraisal يحسن المعنى المحيط بالحدث ويعالج السؤال: "ماذا يمكنني أن أفعل حيال ذلك؟ What can I do about it? " إنه المكان الذي يقيم فيه الفرد مدى توافر موارد المواجهة Coping للتعامل مع تقييم الضرر أو التهديد أو التحدي. **(Philip J. Dewe, 2010, P4)**

المواجهة Coping تجعل من الممكن تنظيم بطرق مختلفة التفاعل وضعية أفراد، إما عن طريق تعديل الوضع أو عن طريق تعديل الفرد، وعلى وجه الخصوص حالته المعرفية الانفعالية.

يأخذ التصنيف الأكثر كلاسيكية الذي اقترحه "لازاروس" Lazarus وزملاؤه في الاعتبار هذين النوعين من التنظيم، ويميز:

- **المواجهة المركزة حول المشكلة**

كل الجهود المبذولة لمواجهة الموقف (البحث عن المعلومات، وسائل العمل، خطط العمل، الإجراءات الفعالة.. إلخ).

وفقا "للازروس وفولكمان" Lazarus & Folkman فإن المواجهة التي تركز على المشكلة تشمل: مقاومة المواجهة Confrontative Coping، طلب الدعم الاجتماعي Seeking Social Support، التخطيط لحل المشكلات بالكامل Plan full Problem-Solving، السعي للحصول على الدعم الاجتماعي Seeking Social Support.

- **المواجهة المركزة على الانفعال**

مجموعة من المحاولات المبذولة للسيطرة على التوتر الانفعالي الناجم عن الوضعية (تجنب، إعادة التقييم الإيجابية، التعبير الانفعالي، لوم الذات، طلب الدعم...).
(F Cousson, M Bruchon-Scheitzer, B Quintard, J Nuissier, N Rascle, 1996, P2)

في حين أن المواجهة التي تركز على الانفعال تشمل: ضبط النفس Self-Control، طلب الدعم الاجتماعي Seeking Social Support، التباعد Distancing، التقييم الإيجابي Positive Appraisal، قبول المسؤولية Accepting Responsibility، والهروب/التجنب Escape/Avoidance.

الجدول رقم (01): طرق المواجهة مع الآليات المستخدمة من قبل لازروس، وآخرون
Ways of Coping Mechanisms used by Lazarus, et al

المواجهة المركزة حول المشكلة Problem-focused coping	المواجهة المركزة على الانفعال Emotion-focused coping
• مقاومة المواجهة. • طلب الدعم الاجتماعي. • خطة كاملة لحل المشاكل.	• ضبط النفس. • طلب الدعم الاجتماعي. • التباعد. • تقييم إيجابي. • قبول المسؤولية. • الهروب / التجنب.

إضافة إلى ذلك وفقا "لكارفر ووينتروب" Carver & Weintraub فإن:

المواجهة Coping التي تركز على المشكلة تشمل: المواجهة الفعالة Active coping، التخطيط، كبح المواجهة Restraint coping، السعي للحصول على الدعم الاجتماعي لأسباب مفيدة Seeking social support for instrumental reasons، وقمع الأنشطة المتنافسة Suppression of competingactivities.

في حين أن المواجهة Coping التي تركز على الانفعال هي: إعادة التفسير الإيجابي والنمو Positive reinterpretation and growth، الدين Religion، الفكاهة Humor، التقبل Acceptance، والسعي للحصول على الدعم الاجتماعي لأسباب انفعالية Seeking social support for emotionalreasons.

علاوة على ذلك أضاف نموذجا آخر اسمه المواجهة غير الفعالة Dysfunctional coping والذي تركز عليه المحتويات وتنفيس العواطف Venting of emotions، والإنكار Denial، وفك الارتباط السلوكي Behavioral disengagement، وفك الارتباط العقلي Mental disengagement، وتعاطي الكحول/المخدرات /Alcohol drug use.

الجدول رقم (02): طرق التعامل مع الآليات المستخدمة من قبل كارفر، وآخرون

Ways of Coping Mechanisms Used by Carver, et al

المواجهةالمركزة حول المشكلة Problem-focused coping	المواجهةالمركزة على الانفعال Emotion- focused coping	المواجهة الغير فعالة Dysfunctional coping
• المواجهة الفعالة. • التخطيط. • قمع الأنشطة التنافسية. • كبح المواجهة. • طلب الدعم الاجتماعي لأسباب مفيدة.	• طلب الدعم الاجتماعي لأسباب انفعالية. • التعزيز الإيجابي والنمو. • القبول. • التحول إلى الدين. • الفكاهة.	• التركيز على الانفعالات والتنفيس عنها. • فك الارتباط السلوكي. • فك الارتباط العقلي. • تعاطي الكحول والمخدرات • الإنكار.

حاولت هذه الأدبيات تجميع كلا الطريقتين لآليات المواجهة التي استخدمها "لازروس وفولكمان" Lazarus & Folkman (المواجهة المركزة على الانفعال والمشكلة) في واحدة، باستثناء أن طرق 15 للأنشطة التي حددها "كارفر" Carver المتميزة كانت مكملة في هاتين الفئتين من آليات المواجهة.

الجدول رقم (03): طرق 15 للأنشطة التي حددها كارفر Carver المواجهة المركزة على الانفعال والمشكلة

المواجهة المرتكزة على المشكل Problem-focused coping	المواجهة المرتكزة على الانفعال Emotion-focused coping
• المواجهة الفعالة Active coping. • التخطيط. • قمع الأنشطة التنافسية. • كبح المواجهة. • –طلب الدعم الاجتماعي لأسباب مفيدة. • فك الارتباط السلوكي.	• طلب الدعم الاجتماعي لأسباب انفعالية. • إعادة تفسير إيجابي والنمو • القبول. • الإنكار. • التحول إلى الدين. • –التركيز على الانفعالات والتنفيس عنها. • فك الارتباط العقلي. • فكاهة. • تعاطي الكحول والمخدرات.

(Baqutayan, 2015, PP 482-483)

يظهر البحث عن الدعم الاجتماعي كاستراتيجية ثالثة لبعض المؤلفين.

(Hartmann, 2007, P286)

يجادل بعض المؤلفين بأن الدعم الاجتماعي هو مورد متاح للموضوع وليس إستراتيجية تعديل، على العكس من ذلك يرى آخرون أن البحث عن الدعم الاجتماعي يعني حقيقة التماس المساعدة والحصول عليها من الآخرين، فيما يرى آخرون العكس من ذلك هو بالفعل إستراتيجية المواجهة Coping طورها الموضوع وليس سمة من سمات السياق الاجتماعي (الذي نفضل أن نسميه الشبكة الاجتماعية).

(F Cousson, M Bruchon-Scheitzer, B Quintard, J Nuissier, N Rascle, 1996, P3)

لهذا أصبحت نظرية الحفاظ على الموارد Conservation of Resources (COR) واحدة من اثنين من النظريات الرائدة حول الضغط والصدمات النفسية في السنوات ال 20 الماضية جنبا إلى جنب مع النظرية الرائدة للازروس وفولكمان Lazarus & Folkman.

وبالتالي فإن المواجهة Coping هي نقطة دخول حاسمة لحماية الصحة العقلية والجسدية من الآثار الضارة للضغط Stress. **(Folkman, 2011, P453)**

على الرغم من المكاسب الكبيرة التي تم تحقيقها في فهم المواجهة Coping في حد ذاتها يبدو أننا فقط خدشنا سطح فهم الطرق التي تؤثر بها المواجهة فعليا على النتائج النفسية، الفيزيولوجية والسلوكية على المدى القصير والطويل، مهمة الاكتشاف ليست بسيطة، المواجهة Coping ليست ظاهرة قائمة بذاتها، إنها جزء لا يتجزأ من عملية ضغط ديناميكية معقدة تتضمن الشخص والبيئة والعلاقة بينهما.

(Folkman S, Moskowitz J. T, 2004, P748)

قام الباحثين في المجال من إعطاء مفاهيم واتجاهات جديدة لحدود الضغط والمواجهة Stress & Coping من أجل المضي قدما في المجال، من خلال التوجه الزمني المذكور أعلاه في نموذج المقاومة تطور البحث في استراتيجيات المواجهة من المبحث في المواجهة الاستجابية (التفاعلية) Reactive coping إلى المواجهة الفعلية To active coping، إيجاد أحسن إستراتيجية المواجهة كان السؤال الجوهري الذي طالما غزى تفكير الباحثين في الميدان بالإضافة إلى ما هي أفضل مواجهة ممكن أن يتحصل عليها الفرد؟.

لذا يقدم التوجه المستقبلي أفضل وعد بالتكيف الناجح لأنه يستفيد من القدرة البشرية على الخيال والإسقاط والتخطيط، المواجهة الاستباقية Proactive coping أو التهيؤ للمقاومة Anticipatory coping ممكنة بسبب هذا التوجه.

والدرس المستفاد من الزمن هو أن المستقبل يجب ألا يركز تركيزا ضيقا يجب توسيع المستقبل ليشمل الصورة الكبيرة للأشخاص الآخرين وللإنسانية.

(Paul T P Wong, Lilian C J Wong, 2007, PP 8-9)

أما بالنسبة للمقاومة فقد:

تم تحديد الأنواع الرئيسية التالية من المواجهة من خلال البحث:

- المواجهة المركزة حول المشكلة مقابل المواجهة المرتكزة على الانفعال Problem- focused vs emotion- focused coping**.**
- الاقتراب مقابل التجنب Approach vs avoidance.
- التحكم الأساسي مقابل التحكم الثانوي Primary control vs secondary control.
- السيطرة مقابل معنى المواجهة Mastery vs meaning coping.
- الدعم الانفعالي مقابل الدعم الاجتماعي الملموس Emotional vs tangible social support. **(Paul T P Wong, Lilian, 2007, PP 241-242)**

ننوه فقط أن المقاومة الاستباقية Proactive coping تندرج تحت مضمون المواجهة الإيجابية Creative coping أو المواجهة الإبداعية Positive coping في بعض الأدبيات.

2. مفهوم استراتيجيات المواجهة

ويعرفها "فولكمان ولازاروس" (1984) (Lazarus et Folkman) بأنها: "الجهود السلوكية والمعرفية المتغيرة باستمرار والتي يتخذها الفرد في التعامل مع الأحداث التي يعيشها وإدارة مطالب الموقف والتي يتم تقديرها من جانب الفرد على أنها شاقة ومرهقة وتتجاوز مصادره وإمكاناته.

حيث أشار "فولكمان ولازاروس" إلى أن الضغوط تحدث عندما يدرك الفرد أن المصادر الداخلية والخارجية لديه تكون غير كافية للتوافق والتعامل مع المطالب البيئية وكذلك يشعر بالتهديد، وعلى ذلك تنتج الضغوط بعد أن يقوم الفرد بنوعين من عمليات التقييم المعرفي: وهي عملية التقييم الأولي وتحدث عندما يقيم الفرد الموقف على أنه ضاغط ومهدد له، في حين أن التقييم الثانوي يحدد ما إذا كانت مصادر المواجهة المتاحة لدى الفرد سوف تخفض الموقف الضاغط أو لا وستعمل على خفض الانفعالات السلبية التي يحدثها الموقف الضاغط أم لا، و على هذا الأساس فالمواجهة طبقا للنموذج التفاعلي عن الضغوط عند "لازاروس وفولكمان" هي عملية و ليست سعة وهي أيضا عملية أكثر من كونها نتيجة. **(طه، 2006، ص78)**

وحسب القاموس الكبير لعلم النفس فهي: "سيرورة فعالة يقوم من خلالها الفرد عن طريق تقديره الذاتي لقدراته الخاصة ودوافعه بمواجهة الحياة، وبالخصوص الوضعيات الضاغطة و ينجح في التحكم فيها.

(Grand Dictionnaire de la Psychologie, 2005, P218)

تعرف من طرف (Dantcher) 1998 على أن: "أساليب المواجهة عبارة عن نشاط فكري معرفي وسلوكي هادف يوجه قدرات الفرد بغية التوافق مع المؤثرات المهددة له".

أما (Barois) فقدم عدة تعاريف مع افتراض فكرة أن المواجهة هي أن يواجه الفرد ما تفرضه عليه الحالة ويتحكم في محيطه:

- استراتيجيات المواجهة هي مجموعة من الأفعال البيولوجية وخاصة السيكولوجية ذات المدى القصير أو الطويل التي تهدف لحل المشكل الناتج عن الصدمة النفسية.
- المواجهة هي الوجه النشط من الاستجابة للضغط بل عادة هي المعنى الإيجابي للمصطلح ولكنها ليست مرادفة لمصطلح التكيف. **(طه، 2006، ص30)**

كما يعرفها أيضا (1977) (Carol Damiani) بأن: "الواجهة هي الوجه النشط والإيجابي للاستجابة للضغط وهي القدرة على مواجهة حالة طارئة ضاغطة بطريقة مكيفة يشير إلى أن الأفراد لهم قدرات ضعيفة أو مهمة على المواجهة ولكن يتضح أنه من أصعب تقيمها بالتحديد. **(Damini,1997, P10)**

3. التناولات النظرية لمفهوم استراتيجيات المواجهة

اختلف مفهوم المواجهة وتعددت تعاريف من باحث لآخر تبعا للتوجيهات النظرية التي ينتمي إليها كل واحد منهم، حيث تعتبر النظرية هي المنبع الأساسي لهم لذا سنتناول أهم النظريات التي فسرت مفهوم المواجهة.

❖ نظرية "فرويد" في الشخصية

ترجع الأصول النظرية لمفهوم المواجهة في علم النفس إلى أفكار "فرويد" حول الشخصية الإنسانية والآليات الدفاعية والتي قدمها "فرويد" (1920-1936) وتلاميذه، ولكن قبل عرض هذه الآليات الدفاعية وإبراز معالمها ودورها المشابه لمفهوم المواجهة في معالجة الصراعات والضغوط نجد أنه من الضروري تقديم عرض موجز لنظرية "فرويد" في الشخصية لفهم الصراعات والضغوط التي يواجهها الفرد وكيفية معالجته لها.

قسم "فرويد" (1933) الشخصية الإنسانية إلى ثلاثة بنيات وهي:

✓ **البنية الأولى: الهو**

تختص بنية الهو بكل ما هو موروث وغريزي ويعد الهو أساس الشخصية ومصدر طاقة هذا النظام، حيث تسعى هذه الغرائز الناتجة عن مصادر حيوية وجسمية للإشباع من خلال مصدر خارجي وذلك لتقليل التوتر الناتج عنها.

وينتج التوتر وعدم الراحة مع زيادة هذه الطاقة الناتجة عن تنبيه داخلي والتي لا يستطيع الهو تحمله، وبالتالي يبحث الهو عن الخفض الفوري لهذا التوتر دون اهتمام بقيم المجتمع ومعاييره ويسمى هذا الميل نحو الإشباع الفوري بمبدأ اللّذة، ويقسم "فرويد" هذه الغرائز إلى الغريزة الجنسية وغريزة الموت وغريزة العدوان مع محاولات الهو للإشباع الفوري للهو يتطور وينشأ الأنا.

✓ **البنية الثانية: الأنا**

يعتبر الأنا الوصلة المباشرة مع العالم الخارجي ويسعى الأنا لتحقيق التوازن بين العالم الخارجي بمعاييره وضوابطه وبين عالم الهو الغريزي برغباته واندفاعاته، وهذه المهمة من جهة نظر "فرويد" من أصعب المهام ويتحكم في وظائف الأنا مبدأ الواقعية والذي يعمل على إشباع وتفريغ التوتر الناشئ عن الغرائز في ضوء ظروف بيئية واجتماعية وأخلاقية مناسبة.

✓ **البنية الثالثة: الأنا الأعلى**

يعد الأنا الأعلى بمثابة القاضي والحاكم على صحة الأشياء وخطئها فهو يسعى إلى المثالية والمعايير والأخلاق التي تصبح فيما بعد جزءا من العالم الداخلي للفرد أثناء تطور الشخصية. **(Freud.S, 1947, PP19-44)**

فبينما يطلب الهو المتعة الفورية، ويختبر الأنا الواقع، ويطلب الأنا الأعلى الكمال من هنا ينشأ الصراع الناتج عن التفاعل المستمر والصدمات المتتالية بين هذه المكونات الثلاثة وتسمى هذه التفاعلات بمصطلح الديناميات.

من خلال سعي الهو إلى الإشباع الفوري لرغباته العاكسة لطبيعة الإنسان تؤدي هذه الرغبات الموروثة إلى تصادم بين الفرد والبيئة حيث لا تسمح البيئة بمعاييرها وأخلاقها بهذا الإشباع وبالتالي لا يرضى الأنا وكذلك الأنا الأعلى، وينتج عن هذا الصراع القلق ولأن القلق يسبب الألم فإن الفرد يسعى إلى تقليل هذا الألم بأسرع ما يمكن لذا يلجأ لاستخدام ما يسمى بالآليات الدفاعية التي تعمل كوسيلة لإخفاء هذه الصراعات المؤلمة.

وقد حدد "فرويد" استخدام هذه الأليات الدفاعية في المواجهة ومعالجة مصادر الضغوط الداخلية وهي الصراعات الجنسية والعدائية، بينما اتجه نظر "إدلر" (1930) ليقتصر استخدام هذه الآليات الدفاعية في مواجهة مصادر الضغوط الخارجية والتهديدات البيئية ثم قدمت "أنا فرويد" Anna Freud (1936) رؤية تجمع بين التوجيهين معا حيث أشارت إلى أن الآليات الدفاعية تستخدم في مواجهة كل من المهددات الداخلية والمهددات الخارجية. **(Synder, C.R & Dinoff, B.I,1999, P7)**

هذا عن القلق الناجم عن الصراعات المثيرة للضغط النفسي من منظور نظرية "فرويد" في الشخصية، أما عن الآليات الدفاعية التي يقدمها الأنا لتحقيق التوافق بين الهو والأنا الأعلى، فهي تتمثل فيما يلي :

- **الكبت**

ويقصد بالكبت في نظرية "فرويد" في الشخصية بأنه "نمط خاص من الإنكار".

(Freud .A, 1942, P45)

ويعرفه "وايت" White (1964) بأنه: "نسيان أو طرح الذكريات المؤلمة أو المهددة من الشعور، ويحدث الطرح في مواجهة الدوافع الغريزية التي تقابل بمعارضة اجتماعية وأخلاقية فيسعى الكبت إلى كف الدوافع المهددة من خلال ردها إلى اللاشعور".

(Mischel .W, 1999, P45)

➢ **الإنكار**

استخدم "فرويد" الإنكار ليصف الآلية التي يرفض بها الفرد إدراك الواقع بالإضافة إلى أن هذه الآلية تحدث عندما لا يستطيع الفرد الهروب أو مواجهة مصدر التهديد خاصة عندما يكون مصدر الألم مؤلما بدرجة كبيرة فأفضل خيار له هو إنكار هذا الألم.

(Clonniger. S.C, 1996, P209)

➢ **التثبيت**

من خلال آلية التثبيت يثبت الفرد على مرحلة من مراحل التطور بسبب أن المرحلة التالية مخملة بالتوتر والقلق، ويحدث التثبيت لدى الطفل لكي يحمي نفسه من القلق بسبب تعلمه الاستقلال والاعتماد على نفسه في المرحلة القادمة.

➢ **التبرير**

ويعد التبرير شكلا آخر من أشكال الآليات الدفاعية وهو محاولة تبرير المشاعر من خلال إعطاء تبريرات وأعذار، فالشخص الذي لا يطيق تصرفات زوجته قد لا يرجع هذا الضيق إلى ضغط العمل وليس بتصرفات زوجته. **(Mischel.W, 1999, P45)**

من خلال عرض أهم الآليات الدفاعية التي وضعها كل من "فرويد" وتلاميذه والتي كان الهدف منها التخفيف من القلق والتقليل من التوتر عند الفرد إلا أنها ليست مشابهة تماما لمفهوم المواجهة.

❖ **النموذج التفاعلي**

ارتبط هذا النموذج بإسهاماته وبحوث كل من "لازاروس وفولكمان" Lazarus & Folkman (1984) وقد جاء كرد فعل على النموذج السيكو – دينامي الذي استمر في دراسته المواجهة في سياق المرض النفسي، حيث أكد هذا الاتجاه بأن الفرد يتمكن من حل مشاكله كلما كانت ميكانيزمات التكيف مع البيئة بعقلانية وشعورية بدلا من أن تكون لا شعورية ولا إرادية.

أكد هذا النموذج أن استجابة الضغوط تظهر كنتيجة التفاعل بين المطالب البيئية وتقييم الفرد لهذه المطالب حسب المصادر الشخصية لديه، حيث تمثل عملية التقييم المعرفي مفهوما أساسيا في هذا النموذج. **(طه، 2006، ص ص 89-90)**

فهذا النموذج يرى أن الفرد أثناء مواجهة الضغوط أو المواقف الصعبة يستخدم ثلاثة أنواع من التقييم والتي تمثلت فيما يلي:

- **التقييم الأولي (المبدئي)**

تهدف هذه المرحلة إلى تقديم معنى للموقف أو للحدث الذي يتعرض له الفرد ويساعد على تقديم هذا المعنى خبرة معرفة الفرد السابقة.

وعرف "فولكمان" (1982) التقييم الأولي بأنه: "العملية التي تختص بتقييم الأفراد لأهمية الموقف أو الحدث ".

كما أوضح كوكس "Cox" (1987) أن هذه العملية تسعى للإجابة عن التساؤلين التاليين:

- ماذا يعني هذا الموقف بالنسبة للفرد؟
- وهل سيصبح هذا الموقف مثير للمشقة أم لا؟ **(Cox, 1995, P25)**

وقد قدم "لازاروس" و"سبايسمان" Lazarus & Speisman (1964) تجربة كلاسيكية لتوضيح مدى تنوع واختلاف الأفراد في الاستجابة لموقف ما، والتي تعتمد على عملية التقييم الأولى والتي تسهم في تشكيلها خبرة الفرد ومعارفه ودافعيته وتقييمه لذاته، وتدور التجربة حول مشاهدة فيلم لعملية جراحية لذكر بعنوان "تحت الجرح" وتم تقسيم الأفراد إلى أربعة مجموعات.

حيث ترى المجموعة الأولى الفيلم بدون استخدام مؤثرات صوتية، أما المجموعة الثانية فتشاهد الفيلم مع مؤثرات صوتية تبرز الألم والخطر أثناء إجراء العملية الجراحية، أما المجموعة الثالثة فتسمع المرضى وهم ينكرون ألمهم ويصفونه في صور وتعبيرات مضحكة، أما المجموعة الرابعة تسمع وتشاهد الفيلم في صورة أقرب ما تكون لمحاضرة عملية عن الجراحة.

وبعد مشاهدة الفيلم بهذه الطرق الأربعة تمّ تسجيل وتقييم درجة المشقة لكل مجموعة من خلال استخدام التقارير الذاتية والمقاييس الجسمية مثل ضربات القلب وضغط الدم أثناء وبعد مشاهدة الفيلم، وجاءت النتائج لتوضح أن المجموعة التي رأت الفيلم بدون مؤثرات صوتية، والمجموعة التي سمعت تعبيرات إنكار المرضى لألمهم، والمجموعة التي شاهدت المحاضرة العلمية كانوا أقل مشقة سواء كانت ذاتية أن جسمية من المجموعة التي شاهدت الفيلم باستخدام المثيرات الصوتية.

(Taylor, 1993, P72 & Lazarus, 1996, P46)

- **التقييم الثانوي**

فيشير إلى قدرة الفرد على تحديد مصادر التعامل مع الموقف الضاغط نظرية الاختيار والتقييم إذ يتم التقويم بطرق التعامل المتاحة ونتائج اختيار أي منها واحتمال نجاحها، وعلى الرغم من أهمية التقييم الأولى إلى أن التقييم الثانوي يكتسب أهمية كبرى لدى "لازاروس".

4. التوجهات الحديثة في مجال المواجهة

في الماضي كان ينظر إلى المواجهة Coping على أنها استجابة تكيفية للتجارب الضاغطة وكان ينظر إليها على أنها استجابية Reactive، وهي إستراتيجية يجب استخدامها بمجرد تجربة الضغط Stress.

تشير المواجهة الاستجابية Reactive coping إلى نموذج المواجهة الذي طرحه "لازاروس وفولكمان" Lazarus & Folkman.

(Esther R. Greenglass, Lisa Fiksenbaum, 2009, P29)

ركزت الأبحاث التقليدية بشكل حصري تقريبا على ما نسميه المواجهة الاستجابية Reactive coping، لأن عملية المواجهة Coping تنجم عن لقاء مرهق.

(Paul T P Wong, Lilian C J Wong, 2007, P242)

تقليديا تميزت الأبحاث حول المواجهة بين التركيز على المشكلة المواجهة التي تركز على الانفعال، ينظر إلى المواجهة التي تركز على المشكلة على أنها تتكون من جهود تهدف إلى تغيير معاملة الشخص والبيئة أو تغيير مصدر التوتر أو إدارته، وتهدف المواجهة التي تركز على العاطفة إلى تنظيم الاستجابات العاطفية التي أثارها الموقف.

(Esther Greenglass, Ralf Schwarzer, Dagmara Jakubiec, Lisa Fiksenbaum, Stefen Taubert, 1999, P2)

بينما تميل أبحاث الضغط Stress التقليدية إلى التأكيد على الأشياء التي يمكننا القيام بها عندما نكون تحت الضغط Stress، تركز أحدث أبحاث المواجهة Coping على اتخاذ الإجراءات التي يمكن اتخاذها قبل حدوث الأحداث الضاغطة، وقد تحقق هذا بشكل خاص بعد التصور الجديد للمواجهة Coping بسبب تأثير حركة علم النفس الإيجابي.

(Ersen O, Biligic R, 2018, P2)

وبالتالي فإن المواجهة الاستباقية Proactive Coping هي تطور مهم في أدبيات المواجهة التي تؤكد على دور الفرد في التخطيط من أجل تحقيق أقصى قدر من النتائج للأحداث التي لم تحدث بعد. **(Frydenberg, 2019, P22)**

في المواجهة الاستباقية Proactive coping تتلاشى الفروق بين مجموعتي العمليات لأن الأحداث الضاغطة لم تحدث بعد أو لم تتقدم إلى مستويات تخضع فيها الموارد للإرهاق. **(Lisa G Apinwall, helley E Taylor, 1997, P419)**

يختلف التحول الشخصي Personal transformation عن إعادة الصياغة المعرفية Cognitive reframing، فهو استباقي Proactive وليس تفاعليا Reactive.

تحدث إعادة الصياغة المعرفية عادة في مواجهة موقف إشكال معين في حين أن التحول الشخصي عادة ما يكون عملية تغيير شاملة ومستمرة.

(Paul T P Wong, Lilian C J Wong, 2007, P3)

5. الفرق بين المواجهة التقليدية والحديثة (المواجهة الاستجابية والاستباقية)

أولا

تميل أشكال المواجهة التقليدية إلى أن تكون تفاعلية Reactive في التعامل مع الأحداث الضاغطة التي حدثت بالفعل، بهدف التعويض عن الخسارة أو الضرر في الماضي.

المقاومة الاستباقية أكثر توجها نحو المستقبل نظرا لأن الأحداث الضاغطة قد حدثت بالفعل، فإن جهود المقاومة الاستجابية Reactice coping موجهة إما للتعويض عن الخسارة أو التخفيف من الضرر.

بشكل عام هذا هو نوع المواجهة Coping الذي تم تقييمه في الكثير من الأبحاث حول المواجهة حتى الآن، في المقابل يتم توجيه المواجهة الاستباقية Proactive coping أكثر نحو المستقبل وهو يتألف من الجهود المبذولة لبناء الموارد العامة التي تسهل تعزيز الأهداف الصعبة والنمو الشخصي.

ثانيا

الفرق الثاني بين المواجهة الاستجابية Reactive coping والمواجهة الاستباقية Proactive coping هو أن المواجهة الاستجابية Reactive coping قد تم اعتبارها إدارة المخاطر المواجهة الاستباقية Proactive coping هو إدارة الأهداف.

في المواجهة الاستباقية Proactive coping يكون لدى الناس رؤية إنهم يرون المخاطر والمطالب والفرص في المستقبل، لكنهم لا يقيمونها على أنها تهديدات أو ضرر أو خسارة، بدلا من ذلك ينظرون إلى المواقف الصعبة على أنها تحديات، تصبح والمواجهة الاستباقية Proactive coping إدارة الأهداف بدلا من إدارة المخاطر.

ثالثا

الدافع إلى المواجهة الاستباقية Proactive coping هي أكثر إيجابية مما هو عليه في المواجهة التقليدية Traditional coping من حيث أنها مستمد من إدراك المواقف على أنها صعبة ومحفزة، في حين أن المواجهة الاستجابية Reactive coping تنبع من تقييم المخاطر أي يتم تقييم المتطلبات البيئية بشكل سلبي كتهديدات.

(Beyond Coping: Meeting Goals, Visions, and Challenges, 2003, P38)

يمكن تلخيص الفروق بينهما في الجدول التالي:

الجدول رقم (04): الفرق بين المواجهة الاستجابية Reactive والاستباقية Proactive

	المواجهة الاستجابية Reactive coping	المواجهة الاستباقية Proactive coping
من حيث الشكل	التعويض عن الخسارة أو التخفيف من الضرر في الماضي.	يتم توجيه المواجهة الاستباقية أكثر نحو المستقبل.
من حيث إدارة الإستراتيجيات	إدارة المخاطر.	إدارة الأهداف.
من حيث الدافع	تنبع من تقييم المخاطر أي تقييم المتطلبات البيئية بشكل سلبي كتهديدات.	إنها مستمد من إدراك المواقف على أنها صعبة ومحفزة.

6.نظرية المواجهة الاستباقية The proactive coping theory

إلى جانب عوامل أخرى تعتمد المواجهة Coping على المنظور الزمني للمطالب والتأكد الذاتي للأحداث، غالبا ما تم إهمال الجانب الزمني للتكيف The temporal aspect of coping، يمكن للمرء أن يواجه (Cope) قبل حدوث حدث ضاغط بينما يحدث (مثال: أثناء تقدم المرض)، بعد ذلك يميز "بيهر وماكغراث"Beehr & Mc Grath خمس (5) مواقف تخلق سياقا زمنيا معينا:

- **المواجهة الوقائية Preventive coping**

قبل وقت طويل من حدوث حدث ضاغط أو قد يحدث (مثال: قد يتوقف المدخن في الوقت المناسب لتجنب خطر الإصابة بسرطان الرئة).

- **المواجهة الاستباقية Proactive Coping**

عندما يتوقع الحدث قريبا (مثال: قد يأخذ شخص ما مهدئا أثناء انتظار الجراحة).

- **التكيف الديناميكي Dynamic coping**

في حين أن الحدث مستمر (مثال: تحويل الانتباه للحد من الألم المزمن).

- **المواجهة الاستجابية Reactive coping**

بعد حدوث الحادث (مثال: تغيير حياة المرء بعد أحد الأطراف بترت).

- **المواجهة المتبقية Residual coping**

بعد فترة طويلة من حدوث الحدث من خلال التنافس مع الآثار طويلة المدى (مثال: السيطرة على الأفكار المتطفلة بعد سنوات من وقوع حادث صادم).

(Frydenbeg, 2003, P26)

يمكن أن تعكس المطالب الضاغطة خسارة مؤلمة في وقت سابق أو مواجهة ضارة مستمرة أو أحداث في المستقبل القريب أو البعيد، تبدو هذه المطالب مهددة لشخص يشعر بأنه غير قادر على مطابقة المهام القادمة مع موارد المواجهة Coping resources المتاحة.

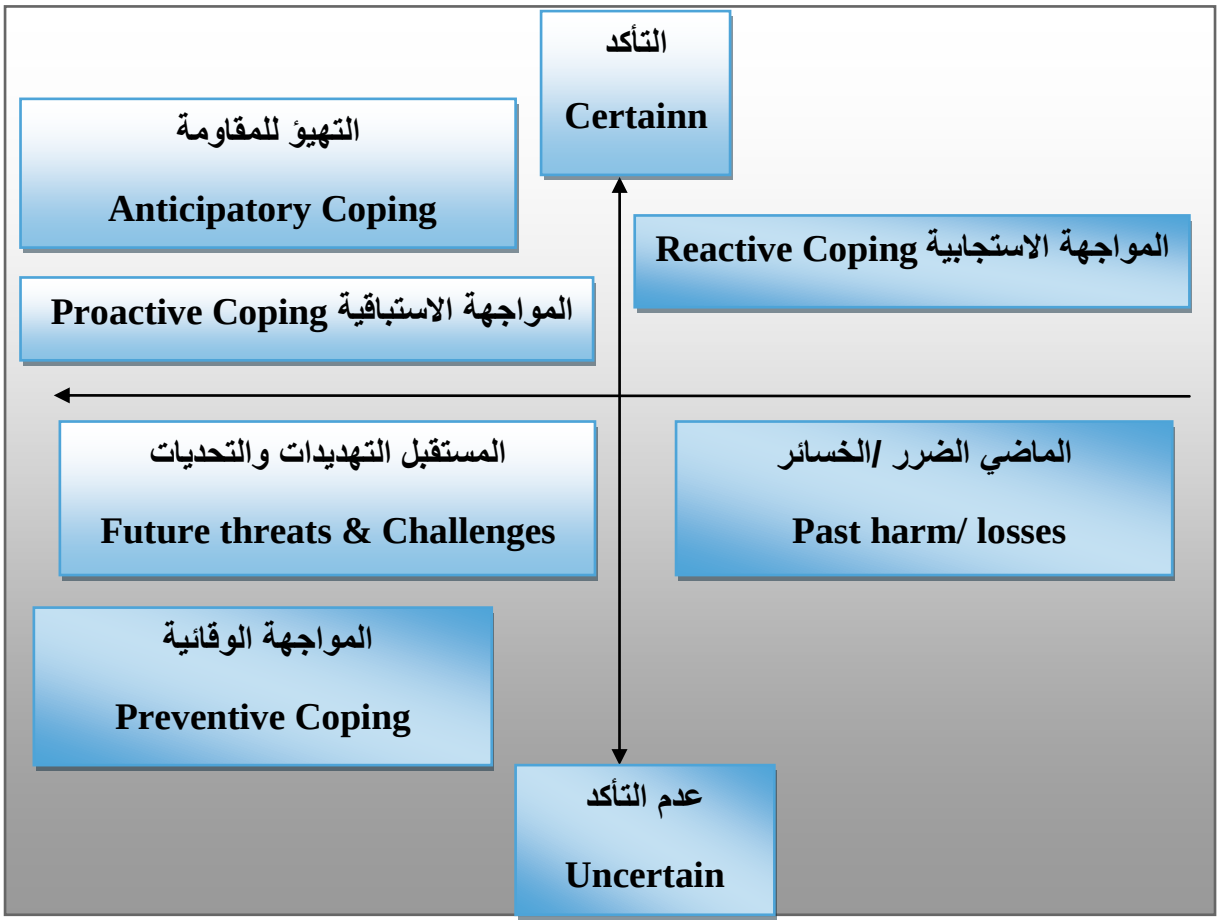
في ضوء تعقيد الحلقات الضاغطة في السياقات الاجتماعية لا يمكن اختزال المواجهة البشرية Human coping إلى أشكال بدائية، مثل: استجابات القتال، الهروب أو الاسترخاء.

تعتمد المواجهة Coping على المنظور الزمني للمطالب والتأكد (اليقين) الشخصي للأحداث لتقديم منظور جديد، نحن نميز بين: الاستجابة Reactive، التهيؤ Anticipatory، الوقاية Preventive، المواجهة الاستباقية Proactive coping، وكيف يساعدنا كل نوع من أنواع المواجهة Coping على التعامل مع أحداث الماضي، الحاضر والمستقبل.

تشير المواجهة الاستجابية Active coping إلى الضرر أو الخسارة التي حدثت في الماضي، في حين أن المواجهة الاستباقية Proactive coping: تتعلق بالتهديد الوشيك في المستقبل القريب، المواجهة الوقائية Preventive coping: تنذر بإمكانية تهديد غير مؤكدة في المستقبل البعيد، والمواجهة الاستباقية Proactive coping تنطوي على تحديات قادمة يحتمل أن تعزز نفسها Self-promoting.

(Shane J Lopez, C R Snyder, 2003, P394)

نستعرض هذا المنظور الجديد من خلال الشكل التالي:



المخطط رقم (01): الخطوط العريضة لنظرية المواجهة الاستباقية

(Frydenberg, 2003, P26)

بالنسبة للمواجهة الاستباقية إذا لم تكن بالضرورة مستبقة بتنسيق سلبي (فقدان أو تهديد) للفرد الذي يستعملها فيتوقع بصفة عامة كل ما يمكن أن يحدث من مخاطر والفرص التي بإمكانها أن تحدث في المستقبل.

أيضا الاستراتيجيات المستعملة التوقعية الوقائية والاستباقية وضعت لمواجهة المواقف الضاغطة الحاضرة أو الماضية فقط ولكن لمواجهة المواقف قريبة الحدوث والمستقبلية حيث يمكن أن تولد سلوكيات مثل البرمجة، تجميع الموارد أو تطوير الذات، حسب Schwarzer Taubert فهذه الاستراتيجيات تكون مسبقة ببعض التقييمات خاصة التحدي الذي يدفع الفرد ويساعده على تكوين المواجهة الاستباقية غير أن التهديد والفقدان الممكن حدوثه هما اللذان يدفعانه إلى استعمال المواجهة التوقعية والمواجهة الوقائية.

يطرح (Schwarzer & Steffen Taubert) مفهوم أعمق وجديد للتصور حول مفهوم وفهم المواجهة الاستباقية Proactive coping ويميزان وجود أربع (4) استراتيجيات مهمة في تموقع زمني ترتيبي محدد (ماضي، حاضر ومستقبل) هذا المنظور الجديد للمقاومة من حيث التوقيت والتأكد (اليقين) يعتبر نموذج أولي في فهم عمل السيرورات النفسية.

سوف نتطرق للتعريف بهم و شرحهم فيما يلي:

❖ **المواجهة الاستجابية (التفاعلية) Reactive coping**

حسب قاموس الجمعية علم النفس الأمريكية لعلم النفس (APA Dictionary of Psychology APA): "أنها إستراتيجية إدارة الضغط التي تنطوي على الجهود المبذولة للتعامل مع الوضعية الضاغطة في الماضي أو الحاضر (على سبيل المثال، حل الزواج، وفقدان وظيفة واحدة) عن طريق التعويض أو قبول الضرر أو الخسارة المرتبطة بها، قد تتضمن المقاومة الاستجابية (التفاعلية) Reactive coping أيضا جهودا لإعادة ضبط الأهداف أو العثور على فائدة أو البحث عن المعنى". **(Vanden Bos, 2015, P884)**

يمكن تعريف المواجهة الاستجابية (التفاعلية) Reactive coping على أنها محاولة للتعامل مع لقاء مرهق في الماضي أو الحاضر أو للتعويض عن الضرر أو الخسارة أو قبولها، أمثلة على الضرر: حدوث طلاق، التعرض للانتقاد من قبل الوالدين أو الأصدقاء، التعرض لحادث، أداء ضعيف في مقابلة عمل يتم تخفيض رتبته أو فقدان وظيفته، كل هذه الأحداث وقعت في الماضي بيقين (بتأكد) مطلق وبالتالي يتعين على الفرد إما التعويض

عن الخسارة أو الضرر الناجم، خيار آخر هو إعادة ضبط الأهداف، العثور على المنفعة أو البحث عن معنى لإعادة تصور حياة المرء.

قد تكون المواجهة الاستجابية (التفاعلية) Reactive coping مركزة حول المشكلة أو مركزة على الانفعالات أو مركزة على الدعم الاجتماعي للتعامل مع الخسارة أو الأذى، يجب أن يكون الناس مرنين لأنهم يهدفون إلى التعويض أو الاسترداد، فهم بحاجة إلى الكفاءة الذاتية للتعافي اعتقادا متفائلا بشكل خاص بقدرتهم على التغلب على العقبات.

(Frydenberg, 2019, PP 26-27)

❖ **التهيؤ للمواجهة Anticipatory coping**

حسب قاموس الجمعية علم النفس الأمريكية لعلم النفس (APA Dictionary of Psychology APA): "إستراتيجية لإدارة الضغط يسعى فيها المرء إلى تجنب أو تقليل المشاكل المرتبطة بحدث حرج يحدث في المستقبل القريب ينطوي على مخاطر محتملة.

تتضمن أمثلة هذه الأحداث: خطابا عاما مجدولا، مقابلة عمل، امتحان أو ترقية، وبالتالي يمكن فهم التهيؤ للمواجهة Anticipatory coping على إنها إدارة المخاطر المعروفة والتي تنطوي على جهود لحل المشاكل الفعلية (مثال: من خلال زيادة الضغط، من خلال طلب المساعدة، من خلال استثمار الموارد الأخرى) أو الشعور بالرضا على الرغم من المخاطر (مثال على ذلك: من خلال إعادة تعريف الوضع على انه أقل تهديدا عن طريق الإلهاء من خلال الصول على الطمأنينة من الآخرين) من المفترض أن يزداد مع تقدم العمر والشيخوخة. **(Vanden Bos, 2015, P63)**

يختلف التهيؤ للمواجهة Anticipatory coping اختلافا جوهريا لأن الحدث الحرج (الخطير) لم يحدث بعد، يمكن اعتباره محاولة للتعامل مع التهديد الوشيك في التهيؤ للمواجهة Anticipatory coping، يواجه الأفراد حدثا حاسما مؤكدا أو مؤكد إلى حد ما في المستقبل القريب.

ومن الأمثلة على ذلك: خطاب في مكان عام، موعد مع طبيب أسنان، التكيف مع الأبوة (أي أن يصبح الشخص أبا)، الامتحان، مقابلة العمل، زيادة عبء العمل، الترقية، وتقليص حجم الشركة (كتسريح نصف العمال)، التقاعد.. إلخ.

هناك خطر من أن الحدث القادم قد يسبب ضررا أو خسارة في وقت لاحق وبالتالي يتعين على الشخص إدارة هذا الخطر المتصور، يتم تقييم الوضع Appraised على أنه تهديد أو تحدي، أو يرتبط بالاستفادة أو بعض من كل منهم.

قد تكمن وظيفة المواجهة Coping في حل المشكلة الفعلية المطروحة مثل زيادة الجهد، أو طلب المساعدة أو استثمار الموارد الأخرى. وظيفة أخرى في الشعور بالرضا على الرغم من المخاطر، على سبيل المثال: من خلال إعادة تعريف الموقف على أنه أقل تهديدا، أو عن طريق الإلهاء، أو عن طريق الحصول على الطمأنينة من الآخرين. وبالتالي يمكن فهم التهيؤ للمواجهة Anticipatory coping على أنها إدارة المخاطر المعروفة، والتي تشمل استثمار موارد الفرد لمنع أو مكافحة الضغوطات أو لتحقيق أقصى فائدة متوقعة، أحد عوامل الموارد الشخصية هو موقف محدد "المواجهة للكفاءة الذاتية" Coping self-efficacy وهو اعتقاد ذاتي متفائل بالقدرة على التعامل بنجاح مع الموقف المعين في متناول اليد. **(Frydenberg, 2003, P27)**

❖ المواجهة الوقائية Preventive coping

إستراتيجية لإدارة الضغط يستعد فيها المرء للأحداث المحتملة على المدى الطويل من خلال بناء الموارد للمساعدة في تقليل شدة تأثيرها، ومن الأمثلة على هذه الأحداث التي قد تحدث أو لا تحدث في المستقبل البعيد فقدان الوظيفة أو التقاعد القسري أو الجريمة أو المرض أو الفقر.

يحفز الغموض المتصور مجموعة واسعة من السلوكيات التي تهدف إلى إبراز نقاط القوة النفسية للفرد، تجميع الثروة، الروابط الاجتماعية والمهارات "فقط في حالة" (على سبيل المثال: الحفاظ على حساب التوفير، قفل الأبواب عندما تكون بعيدا عن المنزل، تحمل التأمين الصحي).

لا تولد المواجهة الوقائية Preventive coping من حالة الضغط الحاد Acute stress situation أو الاحتراق النفسي Born out بل من القلق المعقول بشأن المخاطر الكامنة في الحياة اليومية. **(Vanden Bos, 2015, P828)**

يمكن النظر إلى المواجهة الوقائية Preventive coping على أنه جهد للتحضير لعدم التأكد (اليقين) على المدى الطويل، هذا يتعارض مع التهيؤ للمقاومة وهي مشاركة قصيرة المدى مع أحداث عالية التأكد (اليقين).

الهدف هو بناء موارد مقاومة Resistance resources عامة تؤدي إلى ضغط Stress أقل في المستقبل عن طريق تقليل شدة التأثير، مع عواقب أقل حدة للضغط Stress في حالة حدوثه، أو البداية الأقل احتمالا للأحداث الضاغطة في المقام الأول.

في المواجهة الوقائية Preventive coping يعتبر الأفراد حدثا حرجا قد يحدث أو لا يحدث في المستقبل البعيد، ومن الأمثلة على هذه الأحداث: فقدان الوظيفة، التقاعد القسري، الجريمة، المرض، الإعاقة الجسدية، الكوارث أو الفقر، عندما يحمل الناس مفتاحا احتياطيا يقفلون أبوابهم مرتين، لديهم تأمين صحي جيد، يوفرون المال، يحافظون على الروابط الاجتماعية، فإنهم يتعاملون بطريقة وقائية A preventiveway ويبنون الحماية دون معرفة ما إذا كانوا سيحتاجون إليها. لا يجب أن يقتصر تصور الغموض على الأحداث الفردية، يمكن أن يكون هناك حذر غامض من أن: "شيئا ما قد يحدث"، مما يحفز المرء على الاستعداد لـــ "كل شيء" يتوقع الفرد أحداث الحياة غير المعيارية التي يتم تقييمها على أنها أكثر أو أقل تهديدا.

المواجهة Coping هنا هو نوع من إدارة المخاطر لأنه يتعين على المرء إدارة العديد من المخاطر غير المعروفة في المستقبل البعيد، يحفز الغموض المتصور مجموعة واسعة من سلوكيات المقاومة Coping behaviors، لأن كل أنواع الضرر أو الخسارة يمكن أن تتحقق في يوم من الأيام، يبني الفرد موارد المقاومة Resistance العامة من خلال إبراز نقاط قوته النفسية، تراكم الثروة، الروابط الاجتماعية، المهارات فقط في "حالة حدوث

شيء ما"، مثال على ذلك: هي عملية المواجهة Coping التي قد تساعد على منع المتاعب المحتملة.

لا تولد المواجهة الوقائية Preventive coping من حالة الضغط الحاد لا يثار عن طريق حالة القلق بدلا من مستوى معين سمة الهم worry، أو على الأقل بعض الاهتمامات المعقولة حول مخاطر الحياة يبدو أن "المواجهة للكفاءة الذاتية" (Coping self- efficacy) العامة هي شرط أساسي شخصي جيد لتخطيط وبدء إجراءات وقائية متنوعة بنجاح تساعد على بناء المرونة ضد أحداث الحياة غير المعيارية المهددة في المستقبل البعيد. **(Frydenberg, 2003, PP 27-28)**

❖ **المواجهة الاستباقية Proactive Coping**

إستراتيجية لإدارة الضغط تعكس الجهود المبذولة لبناء الموارد التي تسهل التقدم نحو الأهداف الصعبة والنمو الشخصي، يتم تحفيز الأفراد الاستباقيين لمواجهة التحديات وهم يلتزمون بمعاييرهم العالية، إنهم يرون المطالب والفرص في المستقبل البعيد ويشرعون في مسار بناء للعمل نحوه، يتم تفسير الضغط Stress على أنه "يوستريس" Eustress – أي الإثارة الإنتاجية والطاقة الحيوية– وبالتالي تصبح المواجهة Coping إدارة الأهداف بدلا من إدارة المخاطر.

على عكس الأنواع الثلاثة الأخرى من المواجهة Coping التي اقترحها علماء النفس الألمان "غالف شفاغزغ" (Ralf Schwarzer) (1943) و"نينا نول" (Nina Knoll) لا تنشأ المقاومة الاستباقية من أي سلبية. **(Vanden Bos, 2015, P836)**

يذهب "آسيبنول وتايلور" Aspinwall & Taylor إلى القول بأن المواجهة الاستباقية Proactive Coping هي: "الجهود المبذولة قبل حدث يحتمل أن يكون مرهقا لمنعه أو لتعديل شكله قبل حدوثه، كما تختلف المقاومة الاستباقية Proactive Coping عن التعامل مع الأحداث المجهدة ومن التهيؤ للمقاومة بطرق مهمة".

(L G Aspinwall, S E Taylor, 1997, P417)

لا يسبق المواجهة الاستباقية Proactive Coping تقييمات سلبية مثل: الضرر، الخسارة، التهديد، يمكن اعتبار المواجهة الاستباقية Proactive Coping بمثابة جهد لبناء الموارد العامة التي تسهل الترويج نحو الأهداف الصعبة والنمو الشخصي.

في المواجهة الاستباقية Proactive Coping يكون لدى الناس رؤية إنهم يرون المخاطر والمطالب والفرص في المستقبل البعيد، لكنهم لا يقيمونها على أنها تهديد أو ضرر أو خسارة، بدلا من ذلك ينظرون إلى المواقف الصعبة على أنها تحديات شخصية، يصبح التعامل إدارة الأهداف بدلا من إدارة المخاطر الأفراد ليسوا متفاعلين (ليس لديهم استجابة)، لكنهم استباقيون بمعنى أنهم يبدؤون مسار عمل بناء ويخلقون فرصا للنمو.

يسعى الفرد الاستباقي إلى تحسين الحياة ويبني الموارد التي تضمن التقدم وجودة الأداء إن خلق ظروف معيشية أفضل ومستويات أداء أعلى بشكل استباقي يعتبر فرصة لجعل الحياة ذات مغزى أو لإيجاد هدف في الحياة يتم تفسير الضغط على أنه "يوستريس– Eustress".

تتجلى المواجهة الوقائية والاستباقية Preventive & proactive coping جزئيا في نفس أنواع السلوك العلني، مثل: تنمية المهارات، تراكم الموارد والتخطيط طويل الأجل، ومع ذلك يمكن أن ينبع الدافع إما من تقييم التهديد أو من تقييم التحدي مما يحدث فرقا، مستويات هم Worrylevels أعلى في السابق وأقل في الأخير يتم تحفيز الأفراد الاستباقيين لمواجهة التحديات ويلتزمون بمعايير الجودة الشخصية.

(Frydenberg, 2003, P28)

❖ السلوك الاستباقي Proactive behavior

تشير البيانات الإضافية إلى أن الأشخاص غالبا ما يكونون قادرين على التعرف على الإشارات التي تشير إلى وجود مشكلة في الطريق ويتخذون خطوات للتعامل معها قبل حدوثها.، يمكن اعتبار العمليات التي يتوقع الناس من خلالها أو يكتشفون الضغوطات المحتملة ويتصرفون مسبقا لمنعها سلوكا استباقيا إلى الحد الذي يعوض فيه الأفراد أو يزيلون أو يقللون أو يعدلون الأحداث المجهدة الوشيكة، يمكن للسلوك الاستباقي أن يزيل

قدرا كبيرا من التوتر قبل حدوثه، وتشمل المهارات المرتبطة بهذا السلوك التخطيط وتحديد الأهداف والتنظيم والمحاكاة العقلية. **(Aspinwall & Taylor, 1997)**

وفقا لنظرية المواجهة الاستباقية "لشفاغزغ" Schwarzer's Proactive Coping Theory يسعى الفرد الاستباقي إلى تحسين حياته وبيئته بدلا من التفاعل بشكل أساسي مع الشدائد السابقة أو المتوقعة.

(Esther Greenglass, Ralf Schwarzer, Dagmara Jakubiec, Lisa Fikssenbaum, Steffen Taubert, 1999, P3)

تدمج نظرية المواجهة الاستباقية الجوانب الزمنية للمواجهة وعلى وجه الخصوص التأقلم في مواجهة الأحداث المستقبلية تتضمن نظرية المواجهة الاستباقية كلاً من استراتيجيات تحقيق الأهداف ذاتية التنظيم ومفهوم التطور الشخصي.

(Aspinwall and Taylor,1997, Schwarzer, 2000, Schwarzer et al, 2002, Schwarzer & Taubert, 2002)

لفهم نظرية المواجهة الاستباقية يجدر التذكير أن "المواجهة الاستباقية" هي أحد جوانب ما يسميه "شوارزر ومساعدوه" "المواجهة الإيجابية"، تجد هذه النظرية جذورها في التعارض بين التكيف المدرك والتكيف التكيفي Brandtstdter (1992) الأول يهدف إلى تعديل البيئة من أجل متابعة الأهداف والثاني يهدف إلى تعديل نفسه مع التكيف المرن مع الأهداف.

حيث تم التفكير في المواجهة وفقا للمنظور الاستباقي أو الوقائي الذي يتدخل حتى قبل حدوث المرحلة الضاغطة Aspinwall وTaylor 1997 توجّهوا إلى الإطار النظري الذي يهدف إلى التنبؤ بالتغيرات السلوكية المتعلقة بالصحة.

كانوا من الأوائل الذين تكلموا عن المواجهة الاستباقية جاءت سيرورة عملية تخطيط السلوكيات لتكملة الفراغ بين التوقع والسلوك.

وقد سمي من طرفهم السلوك المبرمج أو أيضا المواجهة المبرمجة أيضا لترقب النشاط أو السلوك يمكن أن يسمح للأفراد لتحضير مصدر أو منبع (إذن بطريقة استباقية) بعض استراتيجيات مواجهة حاضرة وجاهزة للاستعمال في الوقت المناسب أين يمكن استخدامها.

7. مفهوم وخصائص المواجهة الاستباقية

واحد من التطورات الجديدة في مجال المواجهة التي تهتم بالطرق التي يتعامل بها الناس مسبقا لوقاية أو إسكات وقع الأحداث الضاغطة المحتملة، مثل التوقيف عن العمل أو عملية طبية أعيد برمجتها أو التعامل مع نتائج الامتحان التي سيعلن عنها لاحقا، تعرف هذه الاستجابات للضغوطات المحتملة بالمواجهة الإستباقية.

(Folkman & Moskowitz, 2004)

تشير المواجهة الإستباقية حسب (Aspinwall & Taylor 1997) إلى: "الجهود المبذولة قبل وقوع الحدث الضاغط المحتمل بهدف الوقاية منه أو تحوير شكله قبل وقوعه.

تقترح (Aspinwall, 2003) في هذا السياق نموذج لخمسة 05 عناصر مترابطة لمسار المواجهة الإستباقية:

- بناء احتياطي من الموارد بما في ذلك (الموارد الزمنية و المالية و الاجتماعية) التي يمكن استخدامها للوقاية من أو إزاحة الخسائر المستقبلية.
- التعرف على الضغوطات المحتملة.
- تقييم أولي للضغوطات المحتملة.
- جهود التعامل التحضيرية.
- استنباط واستخدام التغذية الراجعة عن نجاح الجهد المبذول.

أما (Schwarzer & knoll, 2003, 2009) فيعتبران المواجهة الإستباقية مجهودا لتعبئة الموارد العامة التي تيسر الترقي باتجاه تحدي الأهداف الصعبة والنمو الشخصي.

يملك الناس في المواجهة الإستباقية رؤية حيث يرون المخاطر والمتطلبات والفرص في المستقبل البعيد، إلا أنهم لا يقيمونها كتهديدات أو ضرر أو خسارة بل على العكس يدركون الأحداث الصعبة على أنها تحديات.

هكذا تأخذ المواجهة شكل تدبر الغايات بدلا من تدبر المخاطر فالأفراد هنا ليسوا تفاعليين بل استباقيين بمعنى الشروع في نهج عملي بناء و خلق فرص للنمو، يجتهد الفرد الإستباقي لتطوير الحياة أو العمل و يعبئ الموارد التي تضمن التقدم و نوعية الأداء، مثلا الاستباق بوضع ظروف عمل أفضل وإمكانية تجريب مستويات عليا من الأداء كفرصة لجعل الحياة ذات معنى أو إيجاد هدف لها يؤول الضغط على أنه الضغط الطيب eustress أي استثارة مثمرة و طاقة حيوية.

اختلف كل من (Aspinwall & Taylor, 1997) و (Schwarzer and knoll, 2003, 2009) في تصورهما و فهمهما للمواجهة الإستباقية، حيث اعتبرها الفريق الأول مجهودا يبدل قبل وقوع الحدث الضاغط المحتمل بهدف الوقاية منه أو تحوير شكله، بينما يراها الفريق الثاني مجهودا لتعبئة الموارد العامة التي تيسر الترقي باتجاه تحدي الأهداف الصعبة و النمو الشخصي.

وقد اعتبر (Schwarzer and knoll) أن تصور (Aspinwall, 2003) إنما يقصد المواجهة الوقائية وليس الإستباقية، و بالعودة إلى التحديد الذي وضعه Aspinwall & Taylor 1997 وما استخلصته (Aspinwall, 2003) من العناصر المميزة لمسار المواجهة الإستباقية التي ذكرناها سابقا يمكن أن نقول أنها كانت أقرب إلى المواجهة الإستباقية.

تستخدم Aspinwall & Taylor (1997) مفهوم الوقاية في تحديدها للتعبير عن إبطال و كف تأثير الوضع الضاغط (حل المشكلة الضاغطة قبل اكتمال حدوثها)، لأنها تسترسل قائلة في تحديدها – أو تحوير شكله – أي التأثير في وجهته بقصد التخفيف من وقعه إذا كان لا يمكن إيقافه كلية.

كما تعكس تلك العناصر الوجهة الصحيحة للمواجهة الإستباقية مقارنة بما حدده (Schwarzer and knoll, 2003, 2009)، فبينما يتحدث (Schwarzer & knoll) عن تحضير الفرد الإستباقي نفسه وحشد الموارد والإمكانيات بقصد الترقي باتجاه تحدي الأهداف الصعبة والنمو الشخصي.

تتحدث (Aspinwall, 2003) موضحة عناصر المسار الإستباقي عن فكرة التحضير وحشد الموارد وتزيد على ذلك متميزة عنهما، التعرف عن الضغوطات المحتملة وتقييمها الابتدائي ثم التحضير للمواجهة.

يعبر هذا التصور بهذا المعنى عن امتداد صريح للمواجهة التفاعلية كما يحدده (Lazarus &Fokman, 1984) الذي يبنى على أساس التقييم الابتدائي الذي يعبر عن مجهود الفرد لفهم الوضع الضاغط ومكوناته المختلفة ثم تحديده كتحد أو تهديد أو مرتبة بينهما. **(بوالطمين، 2012)**

وعليه لا يمكن الحديث عن المواجهة إستباقية إلا إذا توفرت شروط معينة أي إذا توفرت مؤشرات محددة يأتي الشخص على إثرها إلى تقييم ابتدائي سابق (primarypre-appraisal).

فالتقييم الابتدائي السابق يعبر عن أول مرحلة في مسار المواجهة الإستباقية و يعني قدرة الشخص على إدراك و تقييم الأحداث الضاغطة من منطلق تلك المؤشرات من خلال شبه عملية إغلاق (perceptual closure). **(Hirshman, et al, 1990)**

يستكمل الشخص من خلالها صورة الحدث الضاغط قبل حدوثه فعليا فالخبرات الحياتية السابقة والمعارف العامة والخاصة لا شك تلعب دورا محددا في هذه العملية التمهيدية بقصد استباق الأحداث بحشد كل الموارد الضرورية وتقييم الخسارة والربح المحتملة من خلال استنباط واستخدام التغذية الراجعة عن نجاح الجهد المبذول.

(بوالطمين، 2012)

مثلا استباق التعامل والمواجهة مع مرض ظهرت بعض مؤشراته الابتدائية يقتضي أن يكون الشخص ذو ثقافة في المجال الصحي وأن يستعين بموارده الشخصية بما في ذلك الدعم الاجتماعي ليساعد نفسه على التنبؤ بما سيؤول إليه الوضع مستقبلا، و بالتالي اتخاذ كل التدابير والإجراءات اللازمة التي من شأنها قطع الطريق على تطور المرض نحو المراحل المرضية الفعلية التي يضطر فيها زيارة الطبيب أو المستشفى.

بهذا المعنى يمكن القول أن (Aspinwall, 2003) جمعت في عرضها لعناصر مسار المواجهة الاستباقية بين الاستباق والوقاية لأنه يبدو أن الهدف الأساسي من المواجهة الاستباقية ليس فقط مسار تحضير وإنما كذلك الاستباق بجمع المعطيات والتنبه للمنذرات بالأوضاع الضاغطة المستقبلية وحشد الموارد والإمكانيات بقصد تحديها والوقاية من تبعاتها الانفعالية والصحية على العموم، مقارنة بـ (Schwarzer & knoll) اللذين ميزا بينهما و جعلا لكل منهما مسارا مستقلا، بينما يبدو أنهما يحدثان ضمن مسار أحادي.

❖ **مميزات المواجهة الاستباقية**

تم تسمية المواجهة الاستباقية أو الديناميكية من قبل المؤلفين حسب "النموذج الأولي" للتكيف الإيجابي، إنها تكيف يشير إلى الجهود المبذولة لبناء موارد عامة موجهة نحو تحقيق التحديات والتطور الشخصي مما يسمح بالحاجة إلى مواجهة الضغوطات المستقبلية المحتملة، نموذج Aspinwall et al (1997) تم تناوله أيضا (Schwarzer et al) (2002) لتطوير نظريتهم.

يشتمل هذا النموذج على 5 مكونات ذات صلة: أهمية بناء الموارد، ومعرفة الضغوط المحتملة، والتقييم الأولي لهذه الضغوطات، وجهود المواجهة الأولية، والحصول على الملاحظات واستخدامها على هذه الجهود، لا ينظر إلى المخاطر والمطالب والفرص المستقبلية على أنها تهديدات أو خسائر محتملة بل على أنها تحديات يصبح التكيف إدارة الهدف بدلاً من إدارة المخاطر، يبادر الأفراد إلى اتخاذ إجراءات بناءة وخلق فرص للتطور وإعطاء معنى لحياتهم وتحقيق التقدم وجودة الأداء.

يتم تفسير الإجهاد على أنه "إجهاد إيجابي" ينتج عنه الإثارة والطاقة الحيوية مثل المواجهة الوقائية يتضمن التأقلم الاستباقي تطوير المهارات، وتجميع الموارد، والتخطيط على المدى الطويل، تفترض هذه الاستراتيجيات السعي الدؤوب لتحقيق أهداف طموحة (التنظيم الذاتي لتحقيق الهدف).

تختلف المواجهة الاستباقية عن التعامل مع الأحداث الضاغطة وعن المواجهة التوقعية بخصائص مهمة.

أولا

أن المواجهة الاستباقية تسبق زمنيا المواجهة التوقعية حيث ينطوي على تراكم الموارد واكتساب المهارات المصممة لا للتوجه نحو مصدر ضغط معين وإنما للتحضير على العموم على اعتبار أن الضغوطات لا مفر منها وأن تكون مسلحا يعني أنك محضر جيدا.

ثانيا

تحتاج المواجهة الاستباقية إلى مهارات مختلفة مقارنة بالتعامل مع الضغوطات الموجودة أو الحالية، مثلا نظرا لكون أنشطة المواجهة الاستباقية ليست موجهة إلى وضع ضاغط معين فإن المهارات المتعلقة بالقدرة على تحديد مصادر محتملة للضغط قبل حدوثها تكتسب أهمية في أنشطته.

ثالثا

مقارنة بالتعامل مع الضغوطات الموجودة أو الحالية يحتمل أن تكون المهارات والأنشطة المختلفة أكثر نجاحا بالنسبة للمواجهة الاستباقية.

أما الأنواع الأخرى من المواجهة فتختلف عن المواجهة الاستباقية كما يلي:

- **المواجهة التفاعلية:** تعني مجهودمعالجة الوضع الضاغط الحالي أم السابق كما قد يهدف إلى التعويض عن ضرر أو خسارة أو الرضا بأحدهما.
- المواجهة التوقعية: يعني محاولة مواجهة تهديد سيقع في المستقبل القريب مثل إلقاء كلمة أمام جمع من الناس، أو دخول امتحان صعب، أو الخضوع الاضطراري لإجراءات طبية، أو توقع زيادة أعباء العمل.
- **المواجهة الوقائية:** فيمكن تحديدها على أنها مجهود لبناء موارد المواجهة العامة التي تؤدي إلى أقل توتر في المستقبل (تقليل شدة الوقع)، وأقل حدة عواقب المعاناة المحتملة، وتخفيض عام لمخاطر الأحداث الضاغطة، يواجه الأفراد في المواجهة الوقائية حدثا محرجا قد يحدث أو لا يحدث في المستقبل البعيد. مثلا، توقع فقدان وظيفة، أو اعتلال جسدي، أو كارثة (فشل في الامتحان)، أو انفصال، أو فقر.

يخطط الفرد لحدوث مثل هذه الأحداث الحياتية غير المعتادة التي تقيم على أنها مهددة، ولما كان من الممكن لكل أنواع الضرر أو الخسارة أن تتجسد في يوم ما، فإن الفرد يعبئ مواردالمواجهة العامة مثل زيادة الثروة، والروابط الاجتماعية، والمهارات.

كما يختلف (Schwarzer and knoll, 2003, 2009) عن (Aspinwall & Taylor 1997) التي تخلط بين المواجهة الوقائية والاستباقية وتعتبرهما نوعا واحدا، في حين يميز (Schwarzer and knoll) بين المواجهة الوقائية الذي يحضر الفرد نفسه فيها لوقاية نفسه من خطر محتمل الوقوع (كارثة طبيعية، انهيار اقتصادي عام، فشل في الامتحان)، بينما يحضر الفرد الاستباقي نفسه ويحشد الموارد والإمكانيات بقصد الترقي باتجاه تحدي الأهداف الصعبة والنمو الشخصي.

8. علاقة استراتيجيات المواجهة والمواجهة الاستباقية بالصحة والمرض

إن دراسة فعالية المواجهة على الصّحة الجسدية تبدو صعبة التقييم حسب "لازاروس وفولكمان" 1984 ويرى هذان الباحثان أن المقاومة تستطيع أن تؤثر على الصحة الجسدية بثلاث طرق مختلفة وهي :

- تستطيع أن تؤثر على تكرار شدة ومدة الاستجابات العصبية الكيميائية للضغط في حالة ما إذا كان الفرد غير متمكن من التحكم في العوامل المحيطة الضاغطة بسبب عدم توافق استراتيجيات التعامل المركزة على المشكل أو في حالة لا يستطيع الفرد تنظيم انفعالاته أمام حدث غير متحكم فيه ويتعلق الأمر بعدم فعالية استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال كتبني إستراتيجية تأنيب الذات التي ترفع من الشعور الانزعاج.
- يمكن أن تؤثر مباشرة و سلبا على الصحة كزيادة خطر الوفيات بالاستعمال المفرط للمواد الضارة (مثلا السجائر و المخدرات) أو عندما يؤدي الفرد نشاطات ذات خطورة عالية (مثل سرعة القيادة).
- يمكن لأشكال المقاومة المركزة حول الانفعال أن تحقق التكيف أو تهدد الصحة وتعيق وضع السلوك التكيفي كما في حالة الإنكار أو التجنب الذي يستطيع أن يؤدي بالفرح إلى عدم إدراك الأعراض أولا يستشير الطبيب إلا في وقت جد متأخر. **(Lazarus, et al, 1984, PP 216-217)**

كانت استراتيجيات المواجهة وارتباطها بالصحة العقلية والجسدية موضوع العديد من الدراسات التي من خلالها نجد آليات عمل معينة للمواجهة كالآليات السلوكية، الانفعالية والمناعية أو مزيج من الثلاثة.

على المستوى السلوكي العديد من الباحثين Folkman 2001 Billings, Acree et Moskowitz 2000 يعتبرون موضوع الملائمة العلاجية كنقطة أساسية ونتيجة العلاقة بين المواجهة والصحة، وكذلك الأمر بالنسبة للأمراض المزمنة والمواجهة تعتبر ذات تأثير غير مباشر، فالمواجهة النشيطة الفعالة أو العكس التجنبية يمكن أن تأثر على المستوى الوقائي من المرض أو على المسار العلاجي للمريض.

ما من شك أن صيرورة المواجهة الاستباقية بالمعنى الذي رأيناه يساعد الشخص على حسن تدبير أموره الصحية، حيث أنه يستبق الأحداث قبل وقوعها فالزيارات الدورية للطبيب وإجراء التحاليل الدموية بوجود أو عدم وجود مؤشرات مرضية لا شك تكون من السلوكيات العادية بالنسبة للاستباقيين وتساهم في وقايتهم من الوقوع في المرض.

كما أظهرت الأبحاث وجود روابط بين المواجهة والجهاز المناعي عبر الخلايا اللمفاوية، الخلايا اللمفاوية هي واحدة من ثلاثة أنواع من خلايا الدّم البيضاء أو الكريات البيضاء التي تشارك في التفاعلات المناعية المرتبطة بإنتاج الأجسام المضادة.

وفي مجال الألم أجريت العديد من الدراسات التي تناولت استراتيجيات مواجهة الألم وأظهرت نتائج هذه الأخيرة أن استراتيجيات المواجهة الإيجابية مثل المشاركة في النشاط وتجاهل الألم ترتبط بمستويات ألم منخفضة وتوافق جيد معه، وتعرف استراتيجيات الإيجابية باعتبارها استجابات تتطلب التدريب على بعض الأفعال التي تساعد على انخفاض تقدير شدة الألم وزيادة تحمله، أما الاستراتيجيات السلبية فتتضمّن الانسحاب أو تجنب القيام بالنشاطات والاعتماد على الآخرين والعجز الوظيفي والاكتئاب.

(Jensen et al, 1991, P450)

أن للمواجهة الاستباقية كغيرها من استراتيجيات المواجهة علاقة كبيرة بالصحة: فما من شك أن سيرورة المواجهة الاستباقية بالمعنى الذي رأيناه يساعد الشخص على حسن تدبير أموره الصحية، حيث أنه يستبق الأحداث قبل وقوعها، فالزيارات الدورية للطبيب وإجراء التحاليل الدموية بوجود أو عدم وجود مؤشرات مرضية لا شك تكون من السلوكيات العادية بالنسبة للاستباقيين، وتساهم في وقايتهم من الوقوع في المرض أو حتى مضاعفات المرض، ومع ذلك تبقى الأبحاث في العلاقة بين المواجهة الاستباقية والصحة مفقودة وقليلة.

خلاصة

من خلال عرضنا لفصل المواجهة الاستباقية فان موضوع المواجهة من أهم المتغيرات التي تنال اهتمام الباحثين، سواء فيما يخص التناولات النظرية الأولى للمواجهة كالتناول الذي تتجه إليه النظرية المعرفية للضغط أو الحديثة التي ظهرت في هذا السياق.

وحسب ما سلطنا عليه الضوء في محتويات هذا الفصل فان التوجهات الحديثة في المواجهة أخذت مسار المواجهة الإيجابية بما في ذلك نظرية المواجهة الاستباقية، التي بإمكانها كتوجه نظري حديث أن تغير منحى وسيرورة المواجهة والتكيف من جهة نظرا أن الشخص الاستباقي يعمل دائما على استباق الأحداث الضاغطة المهددة لاطمئنانه وصحته، مما يحافظ على نوعية حياة جيدة، من جهة أخرى تطوير البحث في مجال المواجهة وعلاقتها بالصحة.

الفصل الثالث

مركز الضبط الصحي

الفصل الثالث: مركز الضبط الصحي

تمهيد

1. تعريف مركز الضبط
2. مركز الضبط ونظرية التعلم الاجتماعي
3. أنواع مركز الضبّط
4. صفات فئتي الضبط
5. المتغيرات المرتبطة بمفهوم مركز الضبط
6. تأثير مركز الضبط على الصحة
7. لماذا مركز الضبط الصحي وليس مركز الضبط بمفهومه الكلاسيكي؟
8. تعريف مركز الضبط الصحي
9. أنماط مركز الضبط الصحي
10. العلاقة بين مركز الضبط الصحي والضغط والمرض الجسدي

خلاصة الفصل

تمهيد

يعتبر مفهوم مركز الضبط الصحي من المفاهيم التي لها علاقة كبيرة بالأمراض المزمنة والتي جلبت اهتمام الباحثين في علم نفس الصحة، حيث أكدت دراسات عديدة تأثير هذا الأخير على الصحة الجسمية والنفسية للفرد.

لذا سنحاول في هذا الفصل التطرق إلى مفهوم مركز الضبط، أنواع مركز الضبط، صفات فئتي الضبط، المتغيرات المرتبطة بمفهوم الضبط ثم تحديد مفهوم مركز الضبط الصحي وأنماطه والعلاقة بين مركز الضبط الصحي والضغط والمرض الجسدي وفي الأخير تأثير مركز التحكم على الصحة.

1.تعريف مركز الضبط

يرى علماء النفس المهتمون بنظرية التعلم الاجتماعي أن مركز الضبط هو متغير أساسي من المتغيرات الشخصية، و لقد نشا هذا المفهوم من خلال أعمال "روتر" (Rotter) 1954-1957 في التعلم الاجتماعي والتي تستند إلى مدرسين كبيرتين من مدارس علم النفس هما المدرسة السلوكية والمدرسة المعرفية، وقد طور من قبل من طرف كل »فارس وجيمس" (Phares et Gemes) حيث احتل مكانة جد هامة في دراسات الشخصية منذ ذلك الحين. **(عزوز، 2008 ، ص17)**

ويعرف "نيكول ديبوا" (Nicole Diboi) على أنه: "كيفية تفسير وترجمة الأحداث والحالات الانفعالية التي يؤثر فيها الفرد أو الآخرين، العزو السببي أو مركز الضبط هو عملية عقلية تتمثل في عمليات وميكانيزمات يلجأ إليها الفرد لتفسير أسباب سلوكه وسلوك الآخرين أو لمعرفة أسباب الحوادث المختلفة. **(سرار، 2011، ص17)**

كما أشار "ليفكورت" (Lefcourt) 1984 إلى أن مركز الضبط: "يعتبر بعدا من الأبعاد الشخصية و يؤثر في العديد من أنواع السلوك، وأن الاعتقاد لدى الفرد بأنه يستطيع التحكم والسيطرة في أموره الخاصة والعامة، يسمح له بالاستمرار على قيد الحياة دون ضغط و يتمتع بحياته وثم يمكنه التوافق مع البيئة التي يعيش فيها.

(مرازقة، 2008، ص45)

يعرف "صفوف فرج" مركز الضبط على أنه: "متغير أساسي من متغيرات الشخصية يتعلق بتفكير الفرد وأي العوامل هي الأقوى والأكثر تحكما في النتائج الهامة في حياته، العوامل الذاتية من المهارات وقدرة وكفاءة، العوامل الخارجية عن نطاق الفرد كالمصادفة والآخرين الأقوياء. **(عزوز، 2008، ص19)**

حسب "ارسنول ودولان" (Arsenault et Dolan) 1983 فان تقسيم الاشخاص إلى فئة مركز ضبط داخلي وفئة مركز ضبط خارجي، يسمح بوصف الأشخاص حسب ميولهم لعزو ما يحدث لهم إما لسلوكهم الشخصي وهو مركز ضبط داخلي أو بالعكس إلى عوامل خارجية أخرى مركز ضبط خارجي مثل الحظ، الحتمية، نفوذ الآخرين وغيرها.

(Roques, 2000, P3)

2.مركز الضبط ونظرية التعلم الاجتماعي

يعتبر مفهوم مركز الضبط أحد أهمّ المفاهيم التي اقترحتها نظرية التعلم الاجتماعي "لروتر" (Rotter) والتي قامت بالبحث في سلوك الأفراد في المواقف الاجتماعية المختلفة، وقد قدمت هذه النظرية متغيرات أساسية تساهم في فهم أفضل للسلوكات التي يتم تعلمها، وتتمثل هذه المتغيرات في:

- ✓ **الطاقة السلوكية Behavior Potential**

يعرف "روتر" الطاقة السلوكية بأنها: "إمكانية حدوث السلوك في موقف أو مواقف معينة بأي تعزيز واحد أو مجموعة من التعزيزات".

الطاقة السلوكية مفهوم نسبي حيث يحسب الفرد إمكانية حدوث أي سلوك بالارتباط مع بدائل أخرى متوفرة.

- ✓ **التوقع Expectancy**

هو المكون الرئيسي لهذه النظرية وهو التوقع بأن أنواعا معينة من السلوك سوف تؤدي إلى إشباعات أو أهداف لها قيمتها لدى الفرد.

ويعرف التوقع على أنه الاحتمالية الموجودة لدى الفرد بأن تعزيا معينا سوف يحدث كوظيفة لسلوك معين يصدر عنه في موقف أو مواقف معينة.

✓ **قيمة التعزيز Reinforcement Value**

يعرفها "روتر" على أنها درجة تفضيل الفرد لحدوث أي تعزيز معين إذا كانت إمكانيات الحدوث لهذه التعزيزات متساوية جميعا.

✓ **الموقف السيكولوجي Psychological situation**

هو تلك البيئة أو ذلك الموقف الذي يحفز الفرد أو يثيره لكي يتعلم كيف يمكن الوصول إلى أفضل التعزيزات في ظروف معينة. **(موسى، 1998، ص ص 323-326)**

وتبعا لنظرية "روتر" التوقعات هي نتيجة للتعزيزات أي فعل مقارنة بالآخر يزيد أو ينقص توقعات أن السلوك الشخصي يؤدي إلى تعزيز، بالإضافة إلى أن تعميم التوقعات يحدث إذا كان مدى إدراك وضعية معينة مشابه لوضعية أخرى لذلك فإن توقعات وضعية معينة هي عمل سلسلة تعزيزات وتعميم التوقعات مرتبط بسياق من نوع سلوك – تعزيز.

(Siori et al, 2007)

إن تأثير التعزيز الذي يتلو بعض السلوكيات فيما يتعلق بالكائن الإنساني لا يدعو أن يكون بسيطا ولكنه يعتمد على ما إذا كان الفرد يدرك أن هناك علاقة سببية بين سلوكه والتعزيز الذي يحصل عليه.

ويختلف هذا الإدراك من فرد لآخر كما يختلف أيضا في ذات الفرد باختلاف الوقت واختلاف المواقف. **(الذواد، 2002، ص 120)**

فالفرد يتلقى جراء سلوكاته المختلفة في المواقف والظروف المتباينة التي يتعرض لها تعزيزا، ويكون هذا التعزيز إيجابيا عندما يعزو الفرد نجاحاته وانجازاته أو فشله وإحباطاته إلى قدراته المعرفية وإلى مهاراته وإمكاناته الخاصة.

لكن التعزيز الذي يتلقاه الفرد يكون سلبيا عندما يعزو سلوكاته ونشاطاته الناجحة منها أو غير الناجحة إلى الصدفة والحظ والقدر وسواها من المتغيرات الأخرى.

وهكذا نكون أمام نوعين من المواقف التي يتم من خلالها اكتساب السلوك أو تعلمه، فالمتعلم الذي يدرك العلاقة السببية بين سلوكاته والتعزيزات الداعمة لها سواء كانت هذه التعزيزات إيجابية أو سلبية وينشأ لديه اعتقاد في الضبط الداخلي، ويولي المهارة مكانة هامة في تعلمه مختلف أساليب السلوك في مختلف المواقف التي يمر بها إن لم يكن فيها كافة.

أما المتعلم الذي لا يدرك العلاقة السببية بين سلوكاته والتعزيزات الداعمة لها ينشأ لديه اعتقاد في الضبط الخارجي ويولي الصدفة الدور الأكبر في تعلمه أساليب السلوك المختلفة. **(الأحمد، 2001، ص 250)**

ومن هنا يمكن القول أن الضبط بعد يميز الأفراد بناءا على الدرجة التي يقبلون فيها المسؤولية الشخصية لما يحدث لهم، لذا فإن الأفراد ذوي الاعتقاد في الضبط الخارجي لديهم توقع معمم على كل التعزيزات التي ليست تحت هيمنتهم من خلال المواقف المختلفة بعكس الأفراد ذوي الاعتقاد في الضبط الداخلي الذين لديهم تحكم وهيمنة على قدراتهم ومصائرهم. **(موسى، 1998، ص 322)**

3. أنواع مركز الضبط

يميز علماء النفس بين نوعين أساسيين من مركز الضبط ويتم صياغتها في عقولنا لكي نوضح بها سلوكياتنا وسلوكيات الآخرين، ولقد وضع "جوليان روتر" 1966 (Julian Rotter) تصورا نظريا وعملية لتفسير الفروق الفردية في الإحساس بالتحكم الذاتي، حيث فرق بين فئتين من الأفراد و ذلك وفقا لإدراكهم لمصدر التدعيم أي العلاقة بين سلوكهم وما يرتبط بها من نتائج، هذه الفئتين أو النوعين هما:

- ✓ **مركز التحكم الداخلي**

يتعلق بالفرد حين يقرر أنه المسؤول عن سلوكه وهو الذي يوضح السلوك من خلال جانب معين في الشخصية، وغالبا ما يكون هذا الجانب يمثل السمة أو النزعة أو الميل وكذلك فإن العزو السببي الداخلي يسمى أحيانا العزو الميولي.

ويرى "روتر" أن الضبط الداخلي يصف الفرد الذي يعتقد في موقف معين أو مجموعة من المواقف بأن ما حدث أو يحدث أو سيحدث مرتبط ارتباطا مباشرا بأفعاله، فهو يرجع الأحداث الجيدة لما بذله من جهد وما أظهره من مهارة عالية، وإذا حدثت أحداث سيئة فهو يشعر أيضا بالمسؤولية تجاه هذه الأحداث وأنه مسؤول عن فشله وسوء حظه في الماضي والحاضر والمستقبل. **(معمرية، 2009، ص23)**

- ✓ **مركز التحكم الخارجي**

يوجد حين يقرر الفرد أن ظروفه هي المسؤولة عن سلوكه أي يوضح السلوك من خلال الموقف أو المحتوى الاجتماعي حوله وذلك يشار إليه بأنه عزو موقفي.

ويصف مركز التحكم الخارجي الفرد الذي يعتمد أن ما حدث له مواقف معينة ليس مرتبطا بما يفعل في هذه المواقف بل مرتبط بأنه محظوظ، أو أن القدر بجانبه أو سبب تدخل أشخاص ذوي نفوذ و تأثير أو لهذه الأشياء جميعها.

في حين يعزو الأحداث السيئة التي تحدث له إلى قوى خارجية ابعد من قدرته على الفهم أو التحكم وهو لا يعزو الفشل أو العقاب لأفعاله أو لافتقاره القدرة أو الكفاءة، ويرتبط الاعتقاد في الضبط الخارجي بشدة بفكرة انه ليس هناك فائدة كما يرتبط بافتقار الفرد للثقة في قدرته على ضبط ما يحدث له. **(العامسي، 2016، ص267)**

4. صفات فئتي الضبط

✓ صفات ذوي الضبط الداخلي

يتميز الأشخاص ذوي الضبط الداخلي بأنهم أكثر حذرا أو انتباها لتلك النواحي المختلفة من البيئة التي تزودهم بمعلومات مفيدة لسلوكهم المستقبلي يأخذون خطوات تتسم بالفعالية والتمكن لتحسين حال بيئتهم، كما يتصفون بالبحث والاستكشاف للوصول إلى المعلومات، ثم باستخدام هذه المعلومات بفعالية في الوصول إلى حل المشكلات للتي تعترض البيئة فضلا عن قدرتهم على استرجاع هذه المعلومات ومعالجتها بشكل أو أشكال مختلفة، القدرة على تأجيل الإشباع ومقاومة المحاولات المغرية للتأثير عليهم.

المودة و الصداقة في علاقاتهم مع الآخرين فهم أكثر حبا احتراما من قبل الآخرين وأكثر تعاونا ومشاركة للآخرين وأكثر تأكيدية تجاه الآخرين.

العمل والأداء المهني حيث تبين ان لديهم معرفة شاملة بعالم العمل الذي يعملون فيه والبيئة المحيطة بهم، كما أنهم أكثر إشباعا ورضا عن عملهم وأكثر انهماكا بهذا العمل بالإضافة غلى التحصيل والأداء الأكاديمي حيث تبين ارتفاع مستوى تحصيلهم الدراسي وأساليبهم في حل المشكلات، كما أنهم أكثر تفتحا ومرونة في التفكير وأكثر تحملا للمسائل والمشكلات الغامضة وأكثر توقعا للإجابات الصحيحة.

كما نجد عندهم الصحة النفسية والتوقعات لأنهم أكثر احتراما للذات وأكثر قناعة ورضا عن الحياة، و أكثر اطمئنانا وهدوء وأكثر ثقة بالنفس وثباتا انفعاليا، وأقل قلقا واكتئابا وإصابة بالأمراض النفسية. **(أبو ناهية، 1987، ص59)**

✓ **صفات ذوي الضبط الخارجي**

يرى "روتر" أن الضبط الخارجي يصف الفرد الذي يعتقد أن ما يحدث له في مواقف معينة ليس مرتبطا بما يفعل في هذا الموقف فهو يحصل على الإشباع أو التعزيز لأنه محظوظ، أو لأن القدر بجانبه، أو بسبب تدخل الأشخاص ذوي التأثير والنفوذ أو لهذه الأشياء جميعا، في حين يعزو الأحداث السيئة التي له إلى قوى خارجية أن قدرته على الفهم أو التحكم أو إلى عوامل يصعب التنبؤ بها، فالفشل في الحصول على الأهداف المرغوبة أو العقاب من أي نوع يعزو لأي شيء عدا أفعاله الخاصة أو افتقاره للقدرة والكفاءة.

هذا ومن التعريف السابق ل"روتر" يمكن استخلاص بأن أصحاب مركز الضبط الخارجي يتصفون بمجموعة من الصفات والخصائص راجعة لاعتقادهم بالحظ والصدفة وتأثير الآخرين في كل ما يحصل لهم في الماضي والحاضر والمستقبل والتي تميزهم عن غيرهم من ذوي مركز الضبط الداخلي.

إذ يذكر "روتر" أن ذوي الضبط الخارجي يكونون اقل ثقة بالنفس وأقل جرأة كما أن لديهم إدراك منخفض عن النجاح، ويكونون أكثر كبتا وحذرا وسريعي الامتعاض وأنانيين ويبدون اهتماما صغيرا لحاجات واهتمامات الآخرين، كما يتسمون بالارتباط وتنقصهم الأصالة في التفكير.

ولقد أوضحت دراسة "سفرونس وسكوت (Severance et scott) 1975 أن ذوي الضبط الخارجي أكثر عرضة للإصابة بالوسواس المرضي والكآبة والانطواء، بينما ذوي المركز الداخلي يتميزون بارتفاع قوة الأنا، والشعور بالمسؤولية والمثابرة والشعور بالطمأنينة.

ويمتاز ذوي الضبط الخارجي كذلك وفق "فوقية رضوان ونجوى خلال وآخرون" 1995 بالرضا بالواقع وعدم تقبل المخاطرة ولا توجد لهم الرغبة بالمثابرة و التحمل، الشعور بالملل والتعب وعدم الراحة والوتر النفسي، ضعف الدافعية للإنجاز والميل إلى السالبة العامة وقلة للإنتاج، كذلك يتميزون بالميل إلى مقاومة الآراء والأفكار الأخرى

والتصلب في التفكير لتقيدهم بوجهة عقلية محددة، انخفاض الإحساس بالمسؤولية الشخصية عن نتائج أفعالهم الخاصة، بالإضافة إلى إرجاع الأحداث السلبية إلى ما وراء الضبط الشخصي والافتقار إلى الإحساس بوجود سيطرة داخلية على هذه الأحداث، الشعور بالنقص وعدم الثقة بالنفس والعصابية. **(احمان، 2011، ص ص 145-146)**

5. المتغيرات المرتبطة بمفهوم مركز الضبط

هناك متغيرات تؤثر في مركز الضبط الصحي ويمكن تقسيمها إلى قسمين وهما:

❖ **المتغيرات الموقفية**

هي عبارة عن متغيرات تحدث في موقف محدد مثل وفاة عزيز أو مواجهة أزمة معينة وقد تكون على مستوى فردي أو جماعي، وما يترتب على هذه المتغيرات هو زيادة معدل الضبط الخارجي لدى الفرد وذلك لشعوره بالعجز عن تلك المواقف ولكن بعد انتهاء الأزمة والتغلب عليها يعود المعدل إلى المستوى الذي كان عليه قبل الأزمة.

❖ **المتغيرات المستمرة**

وهي متغيرات تؤثر على وجهة الضبط داخلي / خارجي بصفة شبه مستمرة وقد صنفها بعض الباحثون إلى ثلاث فئات: التنشئة الاجتماعية، حالات العجز الطويلة، التمييز الاجتماعي بين الطبقات الاجتماعية.

ويعتبر كل من متغير السن والجنس من المتغيرات التي قد تؤثر على مركز الضبط بشكل شبه مستمر، لذا يمكن تصنيفها ضمن المتغيرات المستمرة. ويمكن إيجاز تأثير هذين المتغيرين بالإضافة إلى متغير التنشئة الاجتماعية كما يلي:

- **السن**

يؤكد "صلاح الدين أبو ناهية" 1987 إلى الدراسات التي تشير إلى ارتباط التحول في اتجاه الضبط الخارجي إلى الضبط الداخلي مع العمر خلال مرحلة الطفولة، فمع تقدم نمو الأطفال وزيادة نضجهم المعرفي والشخصي يزداد إدراكهم لقدراتهم كما تنمو قدراتهم على إدراك العلاقة السببية على ما يقومون به من مجهود وما يحصلون عليه من نتائج، كما تبين من دراسات أخرى أن هناك زيادة بالحساس في الكفاءة والفعالية الشخصية في مرحلة الشباب إلى مرحلة الرشد ويكون في مرحلة متوسطة العمر 30–40 سنة أكثر استقرار ونضجا. **(مفتاح، 2010، ص155)**

- **الجنس**

لقد كانت أول إشارة للفروق بين الجنسين في الضبط ما جاء في بحث "روتر" 1984 الأول عن الموضوع، وقد اقر بأن الفروق بين الجنسين في الضبط الداخلي / الخارجي كانت ضئيلة ولم تصل إلى حد الدلالة إلا في دراسة واحدة وقد توالت بعد ذلك عدة دراسات تناولت الفروق بين الجنسين في الضبط الداخلي / الخارجي، وقد تباينت نتائجها بين النتيجة التي توصلت إليها "روتر" و بين وجود فروق دالة إحصائيا بين الإناث والذكور في مركز الضبط، ومن بين هذه الدراسات المؤيدة لنتيجة "روتر" دراسة كل من "روهنر وآخرون" (Rohner et al) 1980، "ليفشيتز" (Lifshitz) 1978 والتي أسفرت نتائجها عن عدم وجود أي علاقة جوهرية للجنس على أبعاد الضبط.

(جبالي، 2007، ص55)

وهناك دراسات وجدت أن هناك اختلاف في مركز الضبط بين الجنسين منها دراسات توصلت إلى أن الإناث أكثر ضبطا داخليا من الذكور مثل دراسة "خانا وخانا" (Khana et khana 1979) في الهند التي أجريت على عينة تتكون من 386 تلميذا وتلميذة من مدارس ثانوية، أخذت ثلاث مجموعات دينية: هندوس، مسلمين ومسيحيين واستخدم مقياس "روتر" لجمع بيانات الدراسة فكشفت النتائج عن وجود فروق دالة بين الجنسين داخل كل مجموعة، حيث كانت الإناث أكثر داخلية من الذكور.

دراسة "فؤاد محمد علي" 1994 التي بينت أن الإناث أكثر توجيها للضبط الداخلي من الذكور، وهناك دراسات توصلت إلى أن الإناث أكثر ضبطا خارجيا من الذكور منها دراسة "ماهلر" (Mahler) 1974 التي أجريت على طلاب يابانيين وأمريكيين باستخدام مقياس "روتر" ولقد توصلت إلى أن الإناث أكثر ضبطا خارجيا من الذكور و بفرق ذي دلالة، دراسة "زيرقا وآخرون" (Zirga et al) 1976 التي أجريت على 541 تلميذا من التعليم الثانوي وقد تم استخلاص مقياس "روتر" فتبين من نتائجها أن الإناث خارجيات الضبط والذكور داخليي الضبط. **(احمان، 2011، ص ص 137-138)**

- **التنشئة الاجتماعية**

تعد التنشئة الاجتماعية من العوامل الأساسية المساهمة في نشوء ونمو وتطور مركز الضبط، وهي تتخذ شكلين رئيسيين: التنشئة المباشرة وتشمل التنشئة التي يتلقاها الفرد من الأسرة والمدرسة، التنشئة الاجتماعية غير المباشرة وتشمل التنشئة النابعة من المسجد ووسائل الإعلام وغيرها من المؤسسات التي تسهم في عملية التنشئة.

ولقد حظيت أساليب التنشئة الاجتماعية باهتمام كبير من قبل الباحثين والعلماء الذين اهتموا بدراسة مدى تأثيرها في تحديد وجهة الضبط لدى الأفراد وهو ما يبدو جليا فيما يلي:

أكد "زو" (Zoe) 1982 على دور المجتمعات في تحديد وجهة الضبط لدى أفرادها فالمجتمعات التي تركز على قيم معينة كالأصالة في الشخصية تدفع أفرادهم إلى أن يكونوا ذو وجهة ضبط داخلية، كما تزداد وتتدعم وجهة الضبط الداخلية لدى الأفراد الذين ينشؤون في مجتمعات تنمي لديهم الاستقلالية وتشجع فيهم القدرات الفردية.

كما تشير بعض الدراسات إلى أهمية الظروف الأسرية وخصائص العائلة مثل حجمها ومستواها الاقتصادي والاجتماعي، ترتيب الأطفال، ثقافة الأسرة، العمر، طبيعة إدراك الجنس وما يرتبط به من أدوار اجتماعية وتوقعات في تشكيل اتجاه الضبط داخليا كان أو خارجيا لدى أبنائها.

بالنسبة للدور الذي تلعبه الأسرة في تشكيل مركز الضبط داخلي / خارجي لدى أبنائها فقد أوضحت الدراسات أن مركز الضبط الداخلي يتشكل لدى الأبناء الذين تتسم أسرهم بالحب، الديمقراطية، القبول، الحماية، التوجيه والتشجيع، في حين يتشكل مركز الضبط الخارجي لدى الأبناء الذين تتسم أسرهم بالقسوة، العقاب، العدائية، الرفض، الإهمال، قلة التوجيه، النقد اللاذع والسخرية.

من بين هذه الدراسات دراسة "ولسون ورامي" (Wilson et Ramey) 1972 التي أظهرت أن الأفراد المعتقدين في الضبط الداخلي يأتون غالبا من أسر تتسم بالحب والديمقراطية والنظام والمعايرة المستقرة، في حين أن الأفراد المعتقدين في الضبط الخارجي يصفون آبائهم بأنهم يبالغون في عقابهم بدنيا وانفعاليا ويحرمونهم حقوقا كثيرة.

(احمان، 2011، ص ص 139-140)

6. تأثير مركز الضبط على الصحة

لمركز الضبط تأثير على الصحة النفسية والجسدية وهذا ما أكدته كل الدراسات التي أجريت حول هذا الموضوع وهذه التأثيرات قد تكون مباشرة أو غير مباشرة وهذا ما سنتطرق إليه.

- ✓ **التأثير المباشر**

لمركز الضبط تأثيرات مباشرة وتظهر هذه التأثيرات من خلال العلاقة التي تربطه مع نشاط مختلف الأنظمة كالجهاز العصبي والجهاز الغدي والجهاز المناعي.

إن المحاولات الفعالة للفرد لإبقاء التحكم في موقف مستقر يتزامن مع نشاط مفرط في الجهاز السمبتاوي والذي يكون محور المجهود، المواجهة، الانسحاب، ومع زيادة في نسبة "الكاتكولانر" (Catécholanaire) بينما فقدان التحكم والموضوع يتزامن مع النشاط المفرط في المحور المحيطي الذي يعتبر محور الضيق والشدة.

كما أن فقدان التحكم يتزامن مع زيادة نسبة "الكورتيزول" في الدم cortisol plasmatique والتي تؤدي إلى نقص فعالية الجهاز المناعي وهذا ما يسمح بنمو الأورام وكذلك تطور بعض التعفنات وحسب "راينر وآخرون" 1995 (Rayynear et al) فإن مركز الضبط يقوم بتنبيه الدفاعات المناعية التي تقوم بدورها في مقاومة الأمراض والأورام.

✓ **التأثير غير المباشر**

لقد ثبت أن مركز التحكم يرتبط ويتوافق توافقا انفعاليا حسنا مع الاضطرابات التي سببها المرض و نجد أن المريض في حالة صحيحة أحسن في الظروف الضاغطة، ولذلك فان مركز الضبط يحمي الأفراد من التأثيرات السلبية والمقلقة للموقف الضاغط وهذا ما يجعل المصابين الذين يعتقدون أن تحكمهم في المرض يقودهم إلى أحسن النتائج هم أكثر تقبلا من الآخرين ويظهرون استجابات اكتئابية اقل كما أنهم يبدون مشاعر اقل إحباطا وحصرا. **(Shweitzer, 2002, P161)**

وحسب "واطسون وآخرون" 1990 (Watson and all) فان مركز الضبط شمل الاعتقاد النسبي في الأحداث المستقلة وهي تسهل دون شك استراتيجيات دفاعية متمركزة حول المشكل، تهدف إلى مواجهة المرض والتحكم الداخلي في مواجهة مرض السرطان مشاعر اقل إحباطا وحصرا.

أما دراسات "واطسون" 1994 (Wallston) فيشير إلى أن الاعتقادات الخاصة بإمكانية التحكم في المرض تؤثر عموما على تبني السلوكيات الصحية السوية وذلك عن طريق الاعتناء بالصحة والقيام بالتمارين الرياضية والتتبع للعلاج ...الخ، ولكن رغم هذا فإن التأثير الايجابي لمركز الضبط غير المنتظم يرتبط ببعض مميزات الفرد كالاعتقادات الخاصة بالصحة والفعالية الذاتية المدركة وكذلك مميزات خاصة بالموقف مثل: المكان، المدة والشدة وسوء الحظ ولهذا نجد أن لمركز الضبط تأثير سلبي خصوصا على الراحة الذاتية، حيث أن بعض الأفراد ذو مركز الضبط العالي يظهرون مشاعر الضيق والشدة

لأن اعتقاداتهم الداخلية عززت اتهام الذات والإحساس بالذنب عندهم فنجدهم يظهرون سلوكيات لا توافقية مع المرض واتجاه الكفالة المقدمة لهم من طرف الهيئات الطبية.

(Schweitzer, 2002, P162)

وفي السنوات الخيرة انبثق من مفهوم مركز الضبط مفهوم جديد وهو مركز الضبط الصحي وهذا في مجال الصحة.

7.لماذا مركز الضبط الصحي وليس مركز الضبط بمفهومه الكلاسيكي؟

يعد "جوليان روتر" (Rotter Julian) أول من قدم مفهوم مركز الضبط سنة 1954 من خلال نظرية التعلم الاجتماعي، وتم توظيف هذا المفهوم في دراسة مخرجات السلوك البشري في عدة مجالات كعلم الإجرام، الصحة، التربية والتعليم...الخ.

ومن جملة ما هو شائع ومتفق عليه بين الباحثين المهتمين بموضوع مركز الضبط أن سواء الفرد بشكل عام يرتبط بقوة أناه ونضجه الشخصي ومدى الاستقلالية التي يتمتع بها في التعامل مع الأحداث، كما أن مرضه واضطراب سلوكه عادة ما يرتبط بضعف الأنا وشخصية مضطربة وتبعية لاواعية في معالجته للأحداث والمواقف الحياتية.

فالخلفية المعرفية التي يقوم عليها بناء مفهوم مركز الضبط تأخذ معناها من تلك المفاهيم التي تقر بسواء الفرد أو مرضه من خلال ميكانيزمات التعامل المتبناة، فإذا عبرت عن اعتقاد في المسؤولية الفردية الواعية عن القرارات المتخذة وفي تفسير الواقع ومواجهته وأن لا دخل للآخر في ذلك الواقع إلا من خلال ما يؤكد بموضوعية، وصفت تلك الحالة بملكيتها لمركز تحكم داخلي أي بما يملكه الفرد كذات مستقلة وقادرة على التعامل مع الواقع بموضوعية بينما يكون العكس في الحالة التي يفتقد فيها الفرد لذات مستقلة، حيث يكون الاعتقاد الغالب لديه هو أنه رهن للآخر وأنه مغلوب على أمره بحكم وجود قوى تأثر عليه وترسم مصيره وهي موجودة خارج إطار قدرته ومجال سيطرته، وهذه حالة توصف بملكيتها لمركز ضبط خارجي عاجزة عن إدراك الواقع كما هو مبررة

ذلك بقوى لا تملك معها أي قدرة كالسحر، الصدفة، القضاء والقدر، أصحاب السلطة والنفوذ...الخ، وفي سياق هذا التوصيف لمركز الضبط في علاقته بالسلوك تظهر المؤشرات العامة لفكرة مصدر التحكم في مخرجات السلوك بشكل عام مع إعطاء صبغة لذلك المصدر وفق سياق المجال المستهدف من البحث من حيث أنه تربوي أو صحي أو اجتماعي.

لقد ساعد التراكم المعرفي الأساسي والتطبيقي في موضوع مركز الضبط – خاصة الدراسات والبحوث التي استهدفت عينات من المرضى– على لفت انتباه "والستون" ومعاونوه عن العلاقة الخاصة الموجودة بين طبيعة اعتقادات المريض إزاء حالته الصحية، وهذا ما أقره "زينك وستورم" 2019 (Storm & Zirk) من أن الصحة تحددها الذات وأن زيادة الضبط الداخلي المدرك يؤدي إلى نتائج صحية أفضل، وفي المقابل أوضحا بأن الصحة تحددها عوامل في البيئة المحيطة مثل القدر أو الصدفة وهي ما ينعت بمركز الضبط الصحي الخارجي.

وهو نفس ما أشار إليه "تايلور" أن شعور الفرد بالقدرة على التحكم بالأحداث الضاغطة مرتبط بالصحة الانفعالية، ومن جملة ما لاحظه "والستون" ومعاونيه أن تشجيع الأطباء لمرضاهم المصابين بالسكري على تبني الاعتقادات الموصوفة ضمن مركز الضبط الداخلي جعلهم يتحسنون صحيا، الأمر الذي حفزهم على تصميم أداة تقيس مركز الضبط في سياق تصوري جديد مرتبط بالصحة والمرض نعتوه بـــــ: "مركز الضبط الصحي".

وكخطوة أولى قام معدوا المقياس بنقل اهتمامهم إلى المؤتمر السنوي للجمعية النفسية الأمريكية في سان فرانسيسكو سنة 1973 حيث قدموا ورقة بحثية للتعريف بالمقياس وإبراز قيمته العلمية والعملية. **(تايلور، 2008، ص584)**

لقد سعى الباحثون منذ البداية لتوظيف مفهوم مركز الضبط الصحي في البحوث المرتبطة بالصحة للتنبؤ بالسلوكيات الصحية والمساهمة الإيجابية في مجال الرعاية الصحية من خلال إقرار برامج وقائية.

وحسب "نافيو وآخرون" (Naviaux et al) 2020 هناك إحصاءات تشير إلى الكم الكبير من الدراسات والبحوث التي أصبحت تهتم بدراسة العلاقة بين مركز الضبط والصحة ومتغيرات أخرى ذات العلاقة، حيث أشار إلى أنه تم انجاز 460 بحثا في عام 2019 و104 بحثا في أوائل مارس 2020، وهذا ما يدل على أهمية توظيف مفهوم مركز الضبط في مجال البحوث المرتبطة بالصحة.

إن الطرح الجديد الذي جاء به والستون ومعاونيه لم يأتي للرد على الانتقادات التي تخص البنية المعرفية لمفهوم مركز الضبط، وبعض الإشكالات المتعلقة بماهية مركز الضبط في تداخله مع بعض مفاهيم الشخصية واستراتيجيات التصرف إزاء المواقف الحياتية، كما أنهم لم يجعلوا من مفهوم مركز الضبط الصحي بديلا لمفهوم مركز الضبط، وإنما استنبطوا مقياسا من صلب نفس البناء المعرفي لمركز الضبط ولكن في سياق خاص مرتبط فقط بالمعتقدات الخاصة بالصحة والمرض بصفتها مداخل لمخرجات السلوك الصحي وما هو ملاحظ حتى من حيث الشك، أنهم حافظوا على نفس الإطار المحدد لمصادر الضبط أو التحكم من حيث أنه داخلي أو خارجي، فالهدف هو الانتقال من العام إلى الخاص وذلك بربط مجال اعتقاد الفرد ومركز الضبط لديه بمجال وسياق خصوصيات موضوع البحث. **(قينان وبن طاهر، 2022، ص ص 268-269)**

8. تعريف مركز الضبط الصحي

قام العديد من الباحثين والدارسين بتطبيق مفهوم مركز الضبط في مجال الصحة السلوكية، وتوصلت نتائج البحث بان السلوك الصحي للفرد يتأثر بمعتقداته حول مصدر صحته.

مركز الضبط الصحي هو درجة اعتقاد الأشخاص أن صحتهم متحكم بها عن طريق عوامل داخلية أو خارجية، فعلى نحو نموذجي تقدير مدى قبول معارضة الأشخاص من حيث سلسلة من المعتقدات أو التعبير مثل أنا المسؤول المباشر فيما يتعلق بصحتي، أشخاص آخرون يلعبون دور كبير فيما يتعلق ببقائي معافى أو مريض، بقائي بصحة جيدة مجرد حظ.

عرف مفهوم مركز الضبط تطورا ملحوظا في العقود الثلاثة الماضية حيث قام العديد من الباحثين والدارسين بتطبيقه في مجال الصحة السلوكية. **(عزوز، 2008، ص27)**

9. أنماط مركز الضبط الصحي

لقد قام العديد من الباحثين بإنشاء نماذج لقياس مركز الضبط انطلاقا من الأعمال التي قدمها "روتر" بهذا الشأن فقد أعد "ليفينسون" (Levenson) نموذج ثنائي البعد داخلي / خارجي والذي يتكون بدوره من نوعين من المعتقدات.

يعتمد أحد نوعي المعتقدات على فكرة أم العالم تحكمه الصدفة، والثاني يركز على أن العالم يوجهه ذوي النفوذ والقوة.

ويرى "ليفنسون" أنه إذا أدرك الفرد الانتظام والضبط في الأفعال فإن بإمكانه التفكير في الحصول على ما يريد أي تعزيزات من خلال أفعاله الخاصة في حين أن البعد الخارجي يبدو مرتبطا بالإحساس بالعجز، وميز "ليفينسون" ثلاثة أنواع من التوقعات:

- توقعات في التحكم الذاتي وهو مركز ضبط داخلي.

- توقعات في تحكم ذوي النفوذ وهو مركز ضبط ذوي نفوذ.
- توقعات غياب التحكم وهو مركز ضبط الحظ.

(Schweitzer et Boujit, 2014, PP 295-296)

ركزت معظم الدراسات التي تناولت مركز الضبط الصحي في أبعاده الثلاثة منفصلة أن الدرجات المتحصل عليها بعد استخدام مقياس الضبط الصحي تقسم الأفراد إلى ثلاثة أنماط محتملة كما يقترح "والستون وآخرون" (Wallston et al) 1978 انطلاقا من الدرجات العليا والدنيا التي يمكن أن يتحصل عليها الفرد وهذه الأنماط هي كالتالي:

- **داخلي خالص**

درجات مرتفعة على مركز الضبط الداخلي ومنخفضة على بعد نفوذ الآخرين والحظ.

- **نفوذ الآخرين خالص**

درجات عالية على مركز الضبط ذو بعد نفوذ الآخرين ومنخفضة على بعد الحظ والبعد الداخلي.

- **حظ أو صدفة خالص**

درجات عالية على مركز الضبط ذو بعد الصدفة ومنخفضة على بعد نفوذ الآخرين والبعد الداخلي.

- **خارجي مزدوج**

درجات مرتفعة في بعدي الحظ ونفوذ الآخرين ومنخفضة على البعد الداخلي.

- **الاعتقاد في الضبط**

درجات مرتفعة في بعدي الداخلي و نفوذ الآخرين ودرجات منخفضة في بعد الحظ.

- **النمط السادس**

درجات مرتفعة في بعدي الداخلي ونفوذ الآخرين ودرجات منخفضة في بعد الحظ.

المجيبين بنعم: درجات مرتفعة في كل الأبعاد.

المجيبين بلا: درجات منخفضة في كل الأبعاد. **(عزوز، 2008، ص30)**

10. العلاقة بين مركز الضبط الصحي والضغط والمرض الجسدي

إن تأثير مركز الضبط الصحي تم تأكيده من خلال عدة دراسات خاصة فيما يخص الأمراض المزمنة مثل السكري، السرطان، الأمراض القلبية التاجية وغيرها، حيث أظهرت النتائج أن مركز الضبط الصحي الداخلي اعتقاد الشخص أن سلوكياته يمكن أن تؤثر على مسار المرض والنتائج العلاجية مشير إلى تسيير أفضل للمرض من مركز ضبط خارجي مثل الوراثة، العمر، أشخاص آخرين أو عامل الصدفة.

إن احتمال الامتثال للعلاج يقل إذا كان المريض يعتقد أن الأحداث المتعلقة بصحته يتحكم فيها الحظ أو قوى أخرى. **(Baudrant-Boga, 2009, P 67)**

يشير "اشوس" (Eachus) 1991 إلى انه قد تم فحص دور مركز الضبط من عدة أوجه، وقد تبين انه عامل وسيط في حدوث المرض كما تبين أن له أهمية في التنبؤ بقبول العلاج ومتابعته كما انه عامل مساهم في التنبؤ بالسلوك الوقائي من المرض وهو عامل دال في السلوك التفاعلي بين المريض والمشتغلين في مجال الصحة.

حيث بينت العديد من الدراسات أن الأفراد ذوي مركز الضبط الصحي الداخلي والذين يعتقدون أن لهم التحكم في صحتهم هم أكثر الأشخاص الذين يسلكون سلوكا صحيا وقائيا من غيرهم من ذوي الضبط الصحي الخارجي أو الذين يعتقدون في تأثير القدر أو الحظ أو تأثير الآخرين في مسارهم الصحي.

ولقد كانت العديد من الدراسات التي تناولت العلاقة بين مركز الضبط الصحي الداخلي والسلوكيات الصحية إذ أظهرت دراسة "فارس" 1978 أن الأفراد داخلي الضبط غالبا ما يبحثون عن معلومات عن حالتهم الجسمية ويمتلكون هذه المعلومات، فهم أكثر

ميلا إلى الإقلاع عن التدخين والبحث عن طرق الوقاية لأسنانهم ويلبسون حزام السلامة عند قيادة سيارتهم وغير ذلك. **(جبالي، 2007، ص61)**

أما الأشخاص ذوي مركز الضبط الخارجي يدركون الأحداث الضاغطة على أنها أحداث خارجة عن السيطرة ولا يمكن التحكم فيها، وذلك لكونهم يشعرون بالعجز واليأس وضعف المسؤولية الشخصية عن ما يحدث في حياتهم وعالمهم الخاص، ومن ثم فهم يقدرون المواقف الضاغطة على أنها شديدة الضغط الأمر الذي يترتب عليه ظهور أعراض الضغط المختلفة والتي من بينها: الإحساس بالانفعالات السلبية كالضيق والكدر، والتي تقوم بدورها على تحريض الاستجابات الفيزيولوجية للضغط.

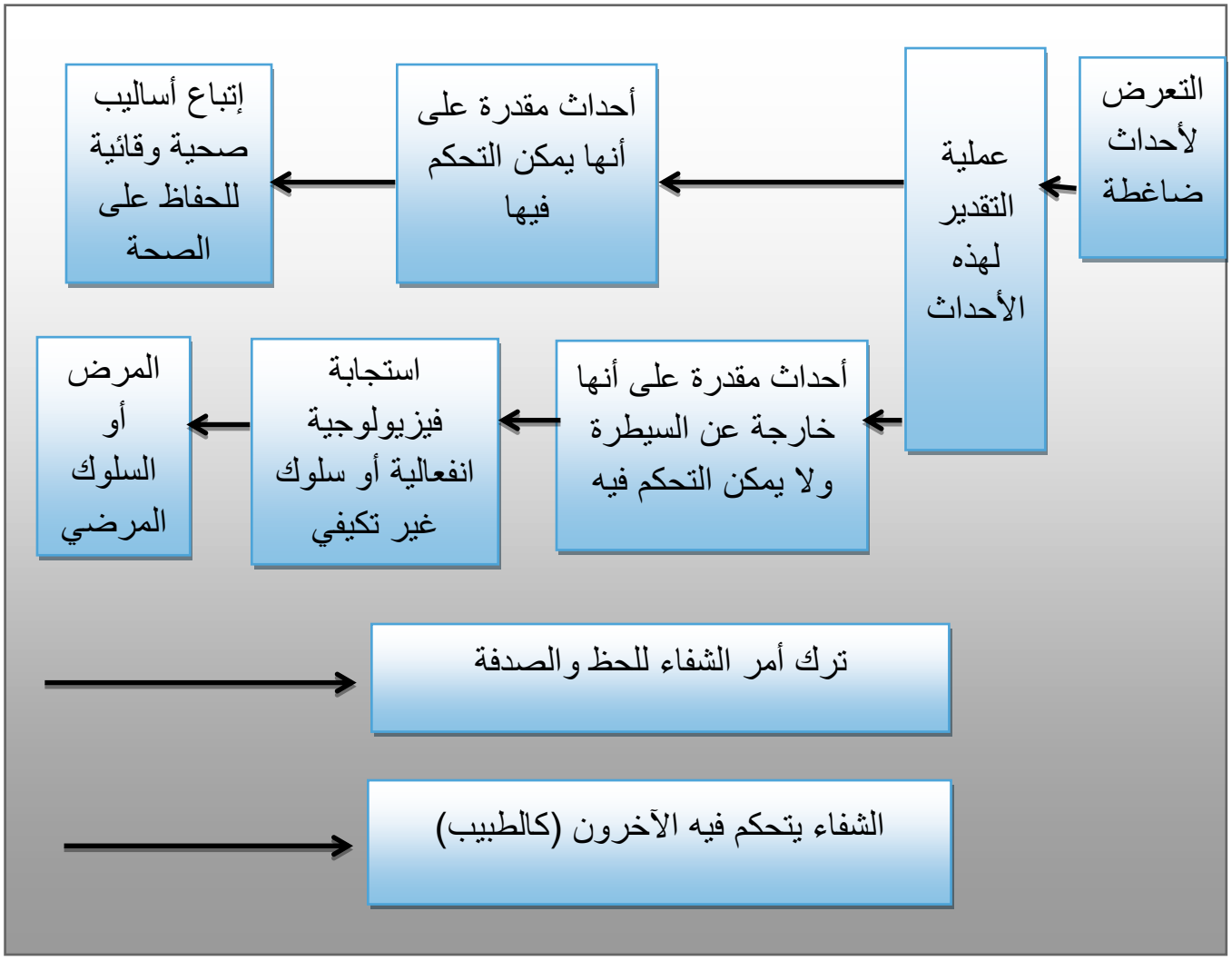
وهذه الاستجابات يترتب عنها ظهور الأمراض المختلفة وهو ما تؤكده دراسة "دوبراندور وآخرون" (De Brander et al) 1996 والتي توصلت إلى أن الأشخاص ذوي الضبط الخارجي أكثر تعرضا للإصابة بأعراض الضغط، ونظرا لكون الأشخاص ذوي مركز الضبط الخارجي يعتقدون بان صحتهم محصلة الحظ أو الصدفة أو تأثير الآخرين كالأسرة والأطباء، فهم بعد الإصابة بالمرض إما أن يتركوا أمر شفائهم للحظ أو الصدفة أو لاعتمادهم على الطبيب أو من يعتقدون انه يؤثر على صحتهم.

وهذا ما تؤكده دراسات اجريت في هذا المجال والتي من بينها دراسة "جيليبراند وفلين" (Gillibrand et Flynn)2001 والتي هدفت لوصف وكشف العلاقة بين إدراك المصابين لمركز الضبط الصحي والإصابة بداء السكري، وقد كشفت النتائج أن السكريين يتمتعون بمركز ضبط صحي خارجي على بعد نفوذ الآخرين يعود لاعتمادهم على الأطباء.

دراسة "سيموني ومينج" (Simoni et Ming) 2002 والتي حاولت التعرف على دور مركز الضبط الصحي كمتغير وسيط لدى عينة من المصابين بالسيدا، وقد أظهرت النتائج ارتفاع درجات المفحوصين على بعدي اختبار مركز الضبط الصحي الحظ ونفوذ الآخرين وانخفضت نتائجهم على بعد الضبط الداخلي.

وفي دراسة "جرانفيلد وآخرون" (Grunfeld et al) 2003 التي هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين مركز الضبط وأعراض الدوران على عينة من المصابين باضطرابات عصبية، فقد أظهرت النتائج ارتفاع درجة المفحوصين على بعد الحظ ودرجات منخفضة على بعدي الضبط الداخلي وتأثير الآخرين وهو ما يعني أن المرضى يعتقدون أن الإصابة والشفاء من المرض مسالة حظ. **(احمان، 2011، ص ص 146-150)**

فيما يلي مخطط يمثل العلاقة بين مركز الضبط الصحي والضغط والمرض الجسدي:



المخطط رقم (02) يمثل: علاقة مركز الضبط الصحي والضغط والمرض الجسدي

وعليه فإن مركز الضبط الصحي يقوم على افتراض مفاده أن الطريقة التي يسلك بها الفرد تتأثر إلى حد بعيد بما يدرك من علاقات سببية بين السلوك وتوابعه، باعتباره أحد العوامل التي تحدد سلوكه الصحي مما يؤدي إلى تسهيل اتخاذ السلوكات الوقائية اتجاه المشكلات الصحية، كما أن الأفراد ذوي الضبط الصحي الداخلي والذين يعتقدون أنهم يتحكمون في صحتهم هم الأشخاص الأكثر استخداما للسلوكات الوقائية والأكثر توظيفا للموارد الذاتية في تسيير حالتهم المرضية في المقابل ذوي الضبط الخارجي الذين يتميزون بعدم الاعتماد على النفس في تسيير حالتهم الصحية.

خلاصة

يعد مركز الضبط الصحي عاملا معدلا لتأثير الضغط النفسي على الصحة الجسمية والعديد من الدراسات أثبتت أهميته في الحفاظ على الصحة وحدوث المرض لدى الفرد، فإذا كان مركز الضبط خارجيا فهو يؤثر سلبا على الصحة أما إذا كان مركز الضبط داخليا فله تأثير ايجابي على صحة الفرد من تطبيق للتعاليم الطبية والامتثال للعلاج وإتباع السلوكيات الصحية التي من شانها أن تؤدي إلى التخفيف من مخاطر الأمراض وتطورها ومن بين هذه الأمراض: الألم الناتج عن العلاج الكيميائي لمرض السرطان الذي سوف نتطرق إليه في الفصل الموالي.

الفصل الرابع
الألم

الفصل الرابع: الألم

تمهيد

1. تعريف الألم
2. فيزيولوجية الألم
3. تصنيف الألم
4. النظريات المفسرة للألم
5. النماذج المفسرة للألم
6. ألم السرطان و أسبابه
7. تقييم الألم
8. علاج ألم السرطان
9. دور التدخل النفسي في علاج الألم

خلاصة

تمهيد

يعاني ثلث المصابين بمرض السرطان من آلام السرطان خلال فترة المرض ويشعر حوالي 75% من المصابين بآلام شديدة في مراحل تطور المرض، كما أنه لا يشعر جميع المرضى بالسرطان بنفس درجة الألم بالإضافة إلى أن علاج الألم يكون نسبي الفعالية يختلف من مريض لآخر وهذا راجع للخصائص الذاتية للفرد.

وعليه خصصنا هذا الفصل للتعريف بالألم ومكوناته وذكر فيزيولوجيته وتصنيفه كما سنتطرق الى مختلف النظريات والنماذج المفسرة للألم، وسوف نتطرق إلى ألم السرطان خصيصا ومختلف أسبابه وننتهي بذكر وسائل التقييم ومختلف الطرق العلاجية مسلطين الضوء على التقنيات النفسية.

1.تعريف الألم

هناك عدة تعاريف للألم وفيما يلي بعض منها:

الألم هو: "إحساس غير سار وهو معاناة في الجسم أو العقل مرتبط بضرر أو مرض، يمكن أن يسبب الألم حالة من الجمود للفرد وشعور بالضغط والإرهاق".

الألم عبارة عن: "خبرة غير مقبولة من المشاعر والأحاسيس مرتبطة بتضرر حاد أو كامن في النسيج الحي". **(Strong et al, 1999, P216)**

الألم: "هو ظاهرة معقدة يشير إلى خبرة حسية وانفعالية غير سارة مرتبطة بضرر نسيجي حقيقي أو كامن، والألم هو خبرة ذاتية أين تكون المكونات الحسية المرتبطة بصورة دقيقة بالمكونات الانفعالية معدلة من طرف العوامل المعرفية والمحيطية".

وتؤكد "الجمعية الدولية لدراسة الألم" (IASP) 2020 علـــى أن الألم: "هو معاش وتجربة حسية ووجدانية غير مرغوبة مرتبطة بجرح حقيقي أو كامن أو وصف لكلمة جرح، هذا يعني أن الألم هو ألم إذا كان الموضوع المتكلم عنه يتعلق بمصطلح جرح حتى ولو كان هذا الجرح مخفيا".

انطلاقا مما سبق نستخلص أن الألم هو عبارة: "عن إحساس مصاحب بانفعال مزعج يرتبط بوجود ضرر حقيقي أو كامن، وهو ظاهرة معقدة تلعب فيها العوامل النفسية والفيزيولوجية دورا مهما، كما أن للألم مكونات تشمل المكون الحسي، المكون الانفعالي، المكون المعرفي، والمكون السلوكي نعرضهم في ما يلي:

- **الألم هو إحساس**

للألم مظهر حسي حيث يبدأ الإحساس بالألم من خلال نظام حسي خاص الذي يعلم الفرد عن محيطيه وعـــن حالة جسمه، يعطي هذا النظام نشأة لإحساسات التي من خلالها يسمح هذا المكون الحسي بمعرفة الطوبوغرافيا، المدة (مستمرة، متقطعة)، شدة المثير الألمي، نوعية الرسالة (حرق، التواء، طعنة خنجر) الألم في هذا المستوى عبارة عن نظام إحساس– رد فعل.

- **الألم هو انفعال**

الألم أيضا هو انفعال مؤلم وغير مستحب أول حركة لنا هي قمع هذا الانفعال، رفضه حالما يظهر من خلال هذا الرفض أو القمع يحـــدث انتقال الإحساس الذي لا يتوافق مع أي تأثير إلى الإدراك ويترافق هذا مع حكم قيم الذي يعتبر كل تجاربنا السابقة.
(Dobson et al, 2010, P10)

- **الألم هو عملية معرفية**

أو بطريقة أخرى هو استعمال الوظائف المعرفيـــة كالوظـــائف المتعلقـــة بالذاكرة والإحساس، والانتباه المسؤولة عن تبليـــغ وترجمـــة أو إدراك الألم وتعبيره.

وقد أظهرت تجارب مختلفة أن مدى الألم يختلف باختلاف الانتباه وانحرافه فإذا ركز الفرد انتباهه على خبرة مؤلمة بقوة فإنه سيدرك الألم بشدة أكبر من ما هو عليه طبيعيا.

وقد كشف "هيل وستريد" (Hill et Stride) أن وجودا بسيطا وعادي لكلمة ألم في التعليمات المقدمة قاد الأفراد القلقين إلى الإحساس بـــشدة كهربائية بصورة مؤلمة، واختلف الإدراك عند غياب هذه الكلمة في نفس شدة الصدمة الكهربائية إذا إن توقعا وحيدا للألم يكفي لرفع مستوى القلق، وبناء على هـــذا يتم الإحساس بشدة الألم.
(Vissers kcp et al, 2010, P89)

- **الألم هو سلوك**

يضم المكون السلوكي مجموعة من التظاهرات اللفظية وغير اللفظية لدى الفرد الذي يعاني من أنين، شكوى، تأوهات، إيماءات...، تركز هذه التظاهرات الانعكاسية لمثير ألمي على وظيفة الاتصال مع المحيط وتقوم وظيفة المحيط العائلي، الثقافي، وما تعلمه الفرد خلال تجاربه السابقة والمعايير الاجتماعية المرتبطة بالجنس والسن بتعديل ردود فعل الفرد، وقد يلجأ المريض إلى المجتمع بحيث يعبر عن ألمه بقصد التعرف عن عجزه أو بقصد التعويض عن خسارته.

وفي الألم يجعل الانزعاج والانفعال السلبي الفرد في حالة إنذار ويعلمه بالخطر إنه الانزعاج الحسي الذي يدفع الفرد لتفادي سبب الألم، و يكون هذا الإحساس المزعج الحد

بين الإحساس الجسدي والألم الذي يعتبر انفعال يعني إحساس مليء بعاطفة سلبية، عندما يصل الإحساس إلى درجة معينة يصبح مختلفا ويأخذ اسم انفعال الذي يعتبر حالة نافذة للإحساس الجسدي.

وعندما تصل درجة الإحساس إلى درجة الألم تنطلق ردود فعل حيوية (جسمية) حيث يجرب الجسم طبيعيا الاحتماء، وهذا أول ميكانيزم دفاعي يظهر (مثل حذف اليد التي تحترق)، بمجرد ظهور الآلية الأولى هذا يدل أنه ليست هناك ضرورة لوجود الشعور إنه رد فعل آلي يلاحظ أثناء النوم أيضا. **(Salamagne, 1994, PP 60-66)**

2. فيزيولوجية الألم

تشتمل المنظومة العصبية لتمثل الألم عند الإنسان على تأثير معقد للبنى العصبية والفيزيو عصبية والبيوكيميائية، ففي كل أعضاء العضوية الإنسانية توجد ما تسمى بمستقبلات الألم Nociceptors بصورة مختلفة الكثافة والتي هي عبارة عن نهايات عصبية (مستقبلات محيطية)، تستجيب إلى المؤثرات الآلية أو الحرارية أو الكيميائية التي تبلغ شدة عالية وتتعدل قابلية هذه المستقبلات للإثارة Reagibility من قبل مواد بيوكيميائية (وسائط داخلية المنشأ كالسيروتونين) التي تتحرر عند إصابات بنى الخلايا، ويمكن لهذه المواد الألمية Elegatical substance أن تصدر المؤلمات Nociception بصورة مباشرة أو تخفض من موجة المثير لمستقبلات الألم.

ويتم تحويل الدفقات الحسية للألم في الجهاز العصبي المحيطي من خلال ألياف عصبية خاصة (ألياف دلتا A وألياف C اللانخاعية Delta A fibers and myelinated C fibers) إلى القرون الخلفية للنخاع الشوكي، وهنا توصل أليـاف دلتا A ما يسمى بالألم الأول المميز للألم الحاد (واضح، واخز، متموضع ، يهدأ بصورة سريعة نسبيا).

في حين أن ألياف C تثير الألم الثاني المهم بالنسبة لحالات الألم المزمنة (عميق، صعب الموضعة، يهدأ بصورة بطيئـــة)، وتنتقل دفعة الألم على مستوى النخاع الشوكي بمساعدة النواقل العصبية من الجهاز العصبي المحيطي إلى الجهاز العصبي المركزي وفي أثناء ذلك تثار استجابات انعكاسية حركية في الوقت نفسه.
(Brocher et al, 2006, P22)

ومن خلال مسارات ألم خاصة يتم التحويل إلى الدماغ حيث تصل دفعة الألم بعد التأثير الخارجي إلى المهاد (الثلاموس) وهناك يتم تجميع كل مثيرات المحيط وتحويلها إلى باقي الدماغ وفي حالة الضرورة استثارة استجابة هجوم أو هروب.

وهناك القليل من المعرفة حول التمثيل العصبي المركزي للألم فعلى العكس من منظومات الحس الأخرى لا يوجد مركز ألم قشري، وإنما هناك بنى وظيفية عصبية وتشريحية عصبية مختلفة كليا تسهم في هذه السيرورة المعقدة منها:

- جذع الدماغ (تنظيم العمليات الإعاشية كالتنفس والدورة الدموية).
- منظومة الغدة النخامية – الهيبوثلاموس (تنظيم المنظومة الغدية، طرح الهرمونات والأندروفين).
- التشكل الشبكي (توجيه الانتباه – استجابات التوجه).
- الجهاز اللمبي (مركز المشاعر، المركبات الانفعالية لخبرة الألم، نوعية الألم).
- اللحاء الجديد Noecortex (وعي الألم، الموضعة، التفسير والتقييم، توجيه التصرفات)

وعند إثارة الألم تبدأ في الدماغ سيرورة تنظيم معاكس تعـــدل تمثل مثيرات الألم من خلال آليات مسكنه داخلية المنشأ، وذلك من خلال تخفيض تحرير المواد المثيرة في الجهاز العصبي المحيطي أو رفع المواد الكابحة على سبيل المثال وعند باحات دماغية محددة (في الدماغ الأوسط) تتحرر مواد بيوكيماوية (أندروفين Endrophin).

وهذه تنشط مسارات عصبية هابطة تـــصل إشـــاراتها الكهربائية إلى النخاع الشوكي وهناك يتم تحرير مواد أخرى في المشابك العصبية كالسيروتين التـــي تكف من جهتها تحرير مواد ناقلة للألم (المادة P)، ومن خلال ذلك يتم كبح نشاط عصبونات القرينات الخلفية المسؤولة عن توصيل الألم في النخاع الشوكي وفي الوقت نفسه تتم مواصلة تحرير الأندروفينات في الدماغ التي تخفض بصورة إضافية من نقل الألم.

وتتضح المركبات التشريحية والوظيفية والكيماوية العصبية المختلفة لمنظومة الألم في أثناء النشوء الإنساني وبسرعات مختلفة وتكون عند الولادة مكتملة بصورة كافية من أجل الإدراك التفريقي للألم.

كما وتتطور القدرة على تذكر مثيرات الألم قبل الولادة على ما يبدو إذ أثبتت دراسات حديثة وجود ذاكرة ألم ووعي بدائي له عند المواليد الجدد والأجنة.

(Treede rd et Al,2008, P29)

3.تصنيف الألم

هناك نوعان من الألم الإكلينيكي: الألم الحاد والألم المزمن.

- **الألم الحاد**

ينتج هذا النوع من الألم عـــن إصابات معينة تؤدي إلى حدوث تلـــق بالأنسجة كالجروح والكسور وهو عادة يدوم لمدة قصيرة، ومـــن المعروف أنـــه قـــد يدوم لفترة مدتها ستة أشهر يولد لدى الفرد إحساسا بالقلق الذي يدفعه إلى طلب العلاج وتناول الأودية وفي حالة شفاء الفرد يزول القلق ويخف الألم.

- **الألم المزمن**

وتكون بدايته عادة بنوبة حادة ويختلف عن الألم الحاد في أنه لا يخف بالعلاج أو بمرور الزمن، وللألم المزمن أنواع منها:

- ✓ **الألم المزمن الحميد**

الذي يدوم في العادة مدة ستة أشهر أو أكثـــر يمتـــاز بـــصعوبة علاجـــه وتباين شدته ومن أمثلته آلام أسفل الظهر المزمنة.

- ✓ **الألم الحاد المتكرر**

الذي يشمل سلسلة من نوبات الألم المتقطعة والتي تكون ذات طبيعة حادة ومزمنة من حيث استمرارها لمدة تتجاوز ستة أشهر ومن أمثلته الصداع النصفي.

- ✓ **الألم المزمن المتقدم (المتوالي)**

الذي يمتاز بطول مدته وازدياد شدته مع مرور الوقت كما يرتبط عادة بالأمراض الخبيثة كالتهاب المفاصل أو السرطان. **(تايلر، 2008، ص ص 591-590)**

4. النظريات المفسرة للألم

منذ فترة طويلة سادت وجهات النظر الطبية في تفسير ومعالجة الألم غير أنها لم تلق النجاح الكبير وذلك بفعل تعقد ظاهرة الألـــم وتعدد جوانبه، وبذلك أخذت النماذج التي تراعي فـــي تفسيرها ومعالجتها للألم عدة عوامل مختلفـــة اهتماما متزايدا، ومن بينها:

- **نظرية بوابة التحكم**

اقترحت نظرية بوابة التحكم مـــن قبل "ملـــزاك ووول" Malzeck and Wall سنة 1965 وكان لهذه النظرية تأثير هام في فهم الألم السريري لأنها حاولت سد الفجوات المختلفة ووحدت كلا من الآليات النفسية والبيولوجية.

ولقد افترض "ملزاك ووول" وجود آلية تبويب واقعة في منطقة مادة Gelatinosa في القرن الخلفي للحبل الشوكي التي تنتهي فيها كل من الألياف العصبية الواردة الكبيرة والصغيرة القطر. **(Kazrian, Evans ,2001 ,P246)**

وتقترح النظرية أن نقل الاندفاعات العصبية من الألياف العصبية الواردة إلى الخلايا الناقلة (T) في الحبل الشوكي منظمة بواسطة آلية التبويب هذه الآلية تتأثر بالكمية النسبية لنشاط الألياف الكبيرة والصغيرة القطر.

حيث أن الألياف الكبيرة القطر تميل إلى منع الإرسال (غلق البوابة) بينما الألياف الصغيرة القطر تميل إلى تسهيل النقل (فتح البوابة) كما أن هذه الآلية تتأثر بالاندفاعات العصبية النازلة من الدماغ. **(Hadjstavropouls, Craig, 2004, P17)**

بالإضافة إلى افتراض آلية التبويب الشوكية في القرون الخلفية اقترح "ملزاك ووول" مجموعة متخصصة من الألياف واقعة في جذع الدماغ والبنيات اللحائية التي تعمل على تنشيط العمليات النفسية المختلفة المرتبطة بالعاطفة المعرفة، الانتباه، وكمثال: العمليات المعرفية المتأثرة بالذاكرة، تجارب الألم السابقة، الثقافة، القلق، الانتباه، تتوسط آلية التبويب الـــشوكية من خلال الألياف الهرمية الواقعة على القرون الخلفية.

(Kazrian, Evans, 2001, P247)

وعندما تكون الكفاءة الشخصية منخفضة يستجيب المرضى للأنشطة التي تستثير زيادة الألم وينظر إلى سلوك المرضى باعتباره سلوكا تجنبيا له تأثيره على استمرارية مشكلة الألم. **(بول، 2000، ص ص 226-222)**

- **نظرية التعلم الاجتماعي (Social Learning Theory)**

تفترض النظرية وجود تأثير للمتغيرات النفسية المعرفية والاجتماعية على اكتساب الفرد الخبرة وأنماط السلوك الصادرة عنه، وعند تناول خبرة الشعور بالألم في ضوء نظرية التعلم الاجتماعي ينصب الاهتمام على كيفية استجابة الفرد للبيئة المحيطة به وكيفية اكتسابه المعلومات وتنظيمها لاستخدامها في التغلب على الآلام التي يشعر بها، ويتحدد في ضوئها الاستراتيجيات التي يتبعها في هذا الصدد حيث يشير الألم عادة إلى وجود إصابة فعلية في أحد أنسجة الجسم ويمثل مصدر تهديد بالنسبة للفرد، فالألم يعد عرضا مهما لكثير من الأمراض والإصابات ويسعى الأفراد إلى فهم أصل وطبيعة الألم الذي يشعرون به ويحاولون قدر استطاعتهم التغلب على مصدره باعتباره مهددا لحياتهم.

وتعتمد سلوكيات الفرد في هذا الشأن على ما يتعلمه من خلال أفراد أسرته والمجتمع الذي يخبر في ظله التنبيهات المثيرة للشعور بالألم والاحساسات التي يدركها على أنها مهددة أو منذرة بوقوع ضرر، وكيف يسلك عندما يتعرض لإصابات أو أمراض معينة والمهارات الاجتماعية والسلوكية والمعرفية التي يمكن من خلالها تحقيق الشعور بالألم أو التقليل منه بقدر الإمكان. **(عشماوي، 1994، ص ص 41، 42)**

ووفقا لنظرية التعلم الاجتماعي فالفرد يمكن أن يكتسب سلوكيات الألم من خلال التعلم بالملاحظة أو من خلال التعلم بالنمذجة، فالأطفال ترتقي لديهم الاتجاهات نحو الصحة والرعاية وتفسيراتهم للأعراض المرضية من خلال الوالدين والبيئة المحيطة ويتعلمون الاستجابة المناسبة.

واعتمادا على نظرية التعلم الاجتماعي فقد أجريت دراسات معملية عديدة وتوصلت نتائجها إلى ان أطفال الأفراد الذين يعانون من الألم الزمن يتعلمون من خلال الملاحظة كيفية الاستجابة للمنبهات المؤلمة. **(Turk & Okifugi, 2003, PP 297-298)**

فيتعلم الفرد من خلال ملاحظته لشخص يعاني من الألم كيف يستجيب عندما يمر بخبرة مماثلة دون التعرض المباشر لخبرة الألم، ومن أكثر الأساليب فعالية في تخفيف الألم تقديم نماذج لأفراد يعانون من الألم وتوضح لهم كيفية التوافق مع آلام فعلية، وتتمثل فائدة هذه النماذج في تقديم معلومات للأفراد عمّا سيحدث لهم وكيف يسلكون عندما يمرون بهذه الخبرة فالأفراد الذين يعانون آلاما نتيجة أسباب طبية يكون قدر معاناتهم قليل عندما يخبرون بالآلام المتوقعة ويتعلمون كيفية التحكم في هذه الآلام.

وكذلك يمكن التعلم من خلال النمذجة إذ تشير الدراسات التجريبية والإكلينيكية إلى أن النمذجة تعد واحدة من أهم الأساليب المؤثرة في استجابة الأفراد للتنبيهات المؤلمة، حيث أنها تمكن للفرد من التعرف على نتائج الموقف أو التنبيه المؤلم الذي يتعرض له.

كما أن مشاهدة الفرد شخصا آخر يتعرض لتنبيه مؤلم يستطيع التحكم فيه وتحمله يقلل من درجة قلقه ويخفض من استجابته الخاصة بالمشكلة والشعور بالألم، مما يجعله أكثر تكيفا وتوافقا مع التنبيه المؤلم الذي يتعرض له. **(عشماوي، 1994، ص 43)**

ولنظرية التعلم الاجتماعي أهمية كبيرة في تفسير العديد من التناقضات والتي تتعلق بأن هناك مرضى يعانون من الألم المزمن ويمارسون أنشطتهم بشكل طبيعي ولا يحدث لديهم عجز جوهري، بينما هناك مرضى آخرون يقرون أن الألم لديهم بسيط على الرغم من أنهم يعانون من عجز وعدم القدرة على ممارسة أنشطتهم بشكل طبيعي وذلك من خلال ظهور نموذج الفاعلية الذاتية الذي انبثق عن نظرية التعلم الاجتماعي، وهذا النموذج عبارة عن إطار تصوري استخدم في مجال بحوث السلوك الصحي ووفقا له فإن العمليات المعرفية (المعتقدات، الاتجاهات) والسلوك والعوامل البيئية من شأنها أن تتدخل في تشكيل السلوك الصحي للأفراد.

ولدت نظرية التعلم الاجتماعي – والنموذج الذي انبثق عنها– تطبيقات عملية في مجال المشكلات الصحية، على سبيل المثال: التوقف عن التدخين، ومشكلات السمنة، وأمراض القلب والأوعية الدموية، وتعاطي الكحوليات، والألم المزمن...الخ، ولنموذج الفاعلية الذاتية أهمية كبيرة في إدراك المرضى لطبيعة المهام التي يقومون بها في

مواجهة المرض وفي إدراكهم للتحكم في الألم، وقد تمكنت عدة بحوث من الكشف عن القدرة التنبئية للفعالية الذاتية في نطاق وظائف العمود الفقري وأوضحت نتائجها أن الفعالية الذاتية منبئ جيد ليس فقط بالعجز المترتب على الألم بل أيضا بالأحكام التي يضعها الأفراد حول قدرتهم على الأداء. **(Jeffry et Carosella, 1999, P26)**

- **نظرية العزو (Attribution Theory)**

توضح النظرية أن الفرد في حياته اليومية يحاول تفسير أي سلوك يصدر عنه أو عن الآخرين في ضوء ما هو متوفر لديه من معلومات، وتهتم النظرية بكيفية إدراك الشخص أسباب سلوكه وسلوك الآخرين وذلك أن الأفراد لا يعزون السببية للآخرين فقط ولكنهم يعزونها أيضا للبيئة وتحدد العلل السببية سلوكنا واتجاهاتنا نحو أنفسنا والآخرون.

ويفترض منظور العزو أن هناك دورا مهما للمعارف والمعلومات في عملية العزو حيث يسعى الفرد إلى تفسير وفهم الأحداث والوقائع ومحاولة التنبؤ بها أحيانا عن طريق هذه المعارف، ولذلك يركز الباحثون في هذا المجال على العزو المعرفي السببي على اعتبار أن المعرفة لا تؤثر فقط في عملية العزو (التفسير) ولكنها تشتمل أيضا على السلوك والأفعال. **(خليفة، 2001، ص ص 285-287)**

ويوضح "ديفيدسون" (Davidson) و"فالينز" (Valins) من خلال النظرية كيف يمكن زيادة تحمل الأفراد للألم من خلال تعليمهم عزو الألم الذي يشعرون به إلى أسباب ترجع إليهم أكثر مما ترجع إلى البيئة والظروف الخارجية وتتوقف على حالتهم ومجهودهم للتحكم فيه كمقابل لتأثير العقاقير.

ويعد العزو إلى العوامل الداخلية عاملا مهما في علاج مرض ألم أسفل الظهر حيث يظهر مرضى العزو الخارجي درجة مرتفعة من العجز المكتسب نتيجة للعزو المترتب على الألم واعتمادهم على الآخرين وعلى عقاقير، وهنا يتم تعليم هؤلاء المرضى التنظيم الذاتي والاعتماد على النفس أكثر من التنظيم بالعقاقير والاعتماد على الآخرين وذلك للتغلب على مشكلاتهم كجزء من برنامجهم العلاجي. **(عشماوي، 1994، ص45)**

➢ **نظرية التشريط الكلاسيكي**

تنطلق هذه الرؤية في تفسير الألم من أن الفرد يتعرض في حياته اليومية للعديد من المنبهات بعضها يثير الشعور بالألم وبعضها محايد، ومع تكرار التعرض لهذه المنبهات المحايدة في صحبة المنبهات المثيرة للألم تصبح المنبهات المحايدة في حد ذاتها مثيرة للألم في غياب المنبهات الأصلية، أي يصبح لدى الفرد ارتباط شرطي بين تلك المنبهات والشعور بالألم، وتنطبق هذه القاعدة على استخدام بعض المفاهيم والكلمات المرتبطة بالشعور بالألم التي مع تكرار استخدامها تصبح منبهات شرطية مثيرة للألم.

(Safarino, 2008, PP 318-319)

ويظهر دور الارتباط الشرطي بشكل خاص في العلاجات الطبيعية على سبيل المثال تزيد خبرة الشعور بالألم لدى المرضى الذين يعانون من الألم أثناء الجلسات العلاجية الطبيعية فيمكن أن يحدث ارتباط شرطي بين وجود المعالج والاستجابة الانفعالية السيئة (التقلبات المزاجية)، وقد تؤدي هذه الانفعالات إلى حدوث بعض التوترات العضلية لدى المرضى وهذا مثال على الارتباط الشرطي الذي تترتب عليه استجابات سلبية، وقد تكون هناك بعض الأنشطة الممتعة التي يمارسها مرضى الألم المزمن في الحياة اليومية قد تؤدي بدورها إلى خفض الشعور بشدة الألم ومع تكرار ممارسة هذه الأنشطة يحدث ارتباط شرطي بينها وبين خفض الشعور بشدة الألم.

(Turk et Okifugi, 2003, PP 295-296)

وبناءا على ما سبق فيمكن القول أن الهدف من أسلوب العلاج بالتشريط هو إضعاف الرابطة الشرطية بين الكلمات والعبارات التي يستخدمها الفرد من جهة والإحساس بالألم من جهة أخرى ومساعدة المرضى في خفض الاعتماد على الأدوية وممارسة الأنشطة اليومية بشكل أفضل.

5. النماذج المفسرة للألم

➢ النموذج الحسي للألم (ثنائية ديكارت)

يرجع أصل هذا النموذج إلى الإغريق القدماء ولكنه طور في القرن 17 مع ديكارت حيث قام بتفسير النموذج من منظور ثنائية (العقل والجسم) فالألم خبرة حسية تعتمد على المثيرات الحسية الضارة التي يتعرض لها الفرد بشكل أساسي، وبالنسبة لهذا النموذج توجد نهايات للألم وتعتبر المدخلات الحسية إحدى هذه النهايات والتي تؤثر مباشرة على النهاية الأخرى للمخ، وبذلك يمكن القول أن الإثارة الواقعة على المناطق المحيطية تؤدي مباشرة إلى إثارة في الجانب الآخر. **(Main C.J.et Al, 2000, P29)**

فهذا النموذج يفترض أن الألم إحساس خاص ومتميز ويختلف عن الأحاسيس الأخرى وينتج عن مستقبلات الألم المحيطية الواقعة في مكان الإصابة. **(Turk,1997, P128)**

فحسب هذا النموذج فإن درجة الألم التي يخبرها الفرد تعتمد بشكل مباشر على درجة التضرر الواقع عليه، كما أن تقييم الألم يركز على إيجاد أسباب الألم والعلاج يقوم على أساس إزالة السبب أو قطع أو غلق مسارات الألم المتخصصة بالطرق الجراحية أو الدوائية.

ظل هذا النموذج مسيطر على تفسير آلية الألم حتى بداية القرن العشرين حيث رسخت فكرة أن الألم يعتبر نتيجة مباشرة لتلف النسيج الحي، ولكن نظرا لقصوره في تفسير معظم القضايا المتعلقة بالألم بشكل عام والألم المزمن بشكل خاص دفع بعض الباحثين إلى البحث عن نماذج بديلة.

➢ نموذج الدافعية Motivational Model

نظرا للتباين في وجهات النظر النفسية المنشأ والجسمية المنشأ في تفسير الألم المزمن اقترح البعض وجهة نظر ثالثة تقوم على افتراض مؤداه: هو أنه عندما لا يكون هناك دليل طبي واضح لتفسير الألم الذي يعاني منه الفرد فيمكن أن تكون الشكوى من الألم زائفة أو أنها نوع من التمارض للحصول على مكاسب مالية أو غير ذلك، وقد أدى هذا الاعتقاد إلى استخدام أساليب ملاحظة متطورة وآلات مصممة خصيصا لتميز التضارب

في الأداء الوظيفي للأفراد وقد وجد أن صدق هذه الوسائل غير كاف، كما أنها لم تلق قبولا من الباحثين بالإضافة إلى ذلك لم تجر دراسات للتأكد من وجود تحسن في تقارير الألم من المرضى بعد استلام مكافأة مالية أو الحصول على مكاسب معينة.

(Main C.J.et Al, 2000, p37)

- **نموذج النظم الثلاثة**

قدم هذا النموذج "فـــورديس" Fordyce ســـنة 1978 وهو يرى أن النشاط في النظام الفيزيولوجي يدرك على مستوى ذاتي من حيث هو إحساس (كالاحتراق، أو الوخز) ومن حيث هو تأثير غير سار (مثال الكدر، عدم الراحة).

وهو يرى بالإضافة إلى ذلك أن هـــذا التأثير السلبي يمارس دورا واقعيا لسلوك الألم (تعاطي الأقراص مثلا)، والـــذي يهـــدف علـــى توصـــيل خبـــرة الألـــم لأولئك المحيطين بالشخص وإلى خفض شدة معاناة الألم.

وبقدر البعد عن مستوى الألم بقدر احتمال زيادة نشاط العوامل الأخرى التي توجد إلى جانب مستوى النشاط الفيزيولوجي لأن تتضمن في خبرة الألم مثل ذلك أن المتغيرات الاجتماعية والحضارية تميل للتأثير في سلوك الألم ربما بالقدر نفسه من نشاط أنسجة الألم، ومن هنا فإن الانسجام بين هذه النظم الثلاثة الفيزيولوجية والذاتية والسلوكية يمكن أن يتباين.

- **نموذج كارولي Karoly**

قام "كارولي" سنة 1985 بتوسيع نموذج النظم الثلاثة لكي يتضمن عاملين إضافيين هما: تأثير نمط الحياة (مثال ذلك الكدر الزواجي، التغيرات الوظيفية) وعمليات تـــداول المعلومات، أو التحكم المركزي (مثال ذلك نمط مواجهة المشكلات، مهارات حل المشكلات والمعتقدات الصحية).

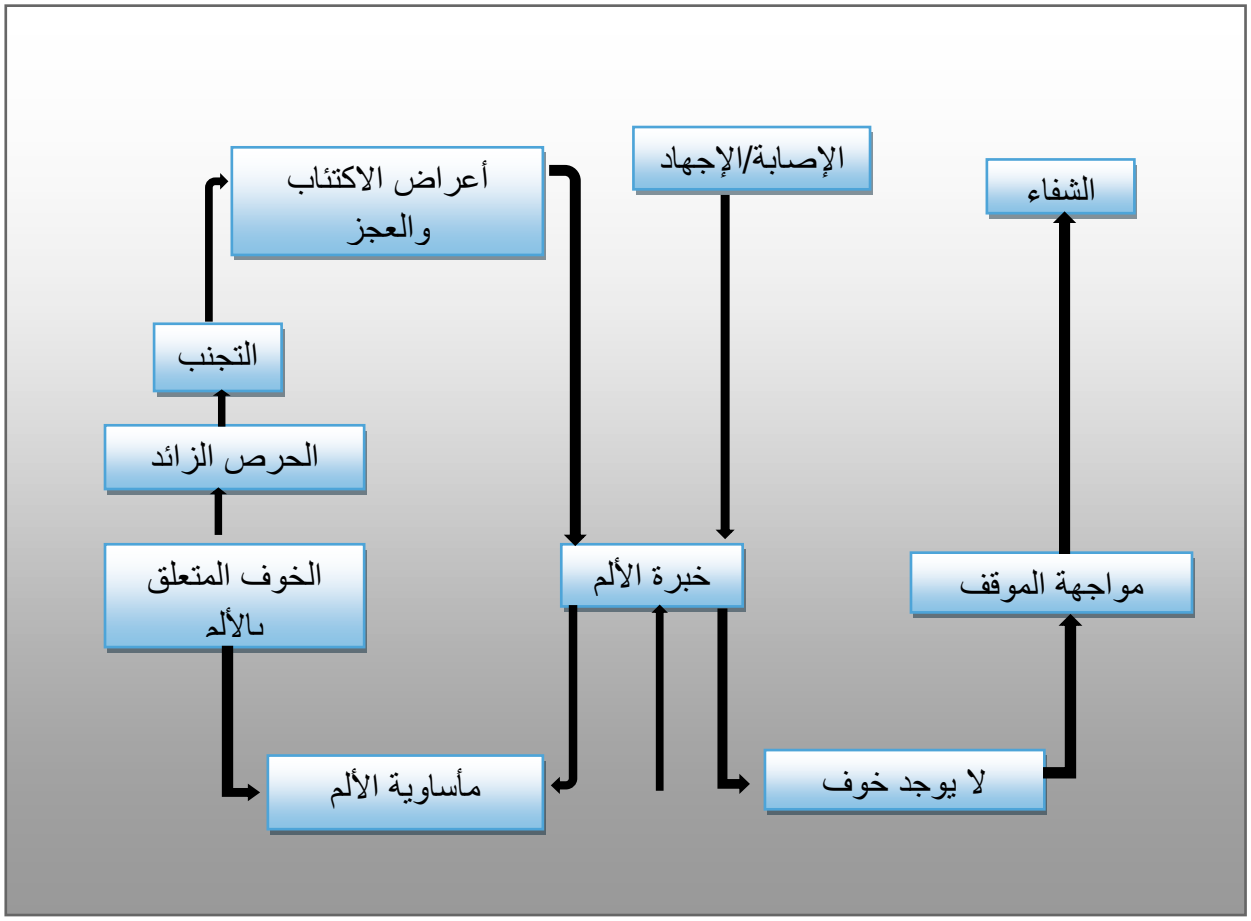
➢ **نموذج فيلبس Philips**

قدم فيلبس 1987 الخطوط العريضة لنموذج يتعامل مع العلاقة بين مستويين للاستجابة في نموذج كارولي، حيث يصف التأثير المعرفي على أسلوب الألم مؤكدا توقعات المرضى حول تأثيرات أفعالهم ومعتقداتهم عن إمكاناتهم على التحكم في نوبات الألم.

➢ **النموذج المعرفي للخوف والتجنب المرتبط بالألم**

وهو نموذج قدمه (Lethem, Slade, Troup & Bentley) (1983) والذي اقترحه في وقت سابق (Philips & Hunter) (1981) ولكنه مرتبط أكثر بأعمال كل من John Vlaemen وزملائه في جامعة Maastricht.

(Vlaeyen & Linton, 2000, 2012; Vlaeyen & Al 1999,…)



المخطط رقم (03): نموذج "الخوف" – التجنب الذي وضعه Vlaeyen & Linton (2000)

هذا واحد من النماذج السريرية الأكثر تأثيرا واستخداما اليوم وهو ذو أهمية خاصة لشرح الآليات التي يطور بها بعض الأفراد العجز عن الحركة، واستنادا إلى السياق المفاهيمي لمرض الرهاب البسيط يفترض أصحاب هذا النموذج وجود نوعين مختلفين من تقديرات الألم:

حيث يتضمن النوع الأول الأفراد الذين لديهم ميل أكبر للتأثير السلبي وقد يكون كارثيا أو "يفكرون بسوء" في تجربتهم، حيث أن الأفراد بعد أن تفسر آلامهم بطريقة مأساوية يصبحون خائفين وتظهر لديهم يقظة مفرطة عن تجربتهم من الألم ثم يتجنبون المواقف والحركات التي تنطوي على خطر التعرض للألم، ومن ثم يصبحون أكثر عرضة لتطور الإهمال والاكتئاب والعجز بالمقابل هذا يغذي العودة لتجربة الألم إلا أن تفسر مرة أخرى على أنه تهديد مما يديم الدورة السلبية.

أما النوع الثاني يشمل الفرد الذي يعاني من الألم ولكنه لا يطور الخوف وبالتالي يكون قادرا على مواجهة الحركات وتعاقب الأحداث والمواقف مما يسمح في نهاية المطاف بالشفاء والتعافي.

وفي المجالات الحديثة لهذا النموذج وبعد اثني عشر عاما من العرض الأخير من قبل نفس المؤلفين "فاليان وليبتون" (Vlaeyen & Linton) (2012)، يشيران إلى أنه بالرغم من أن هناك العديد من الدراسات التجريبية التي تدعم هذا النموذج فإنه لم يكن هناك حتى الآن تفسير عن كيفية حدوث المرض أو الخوف المتعلق بالألم في المقام الأول، بالإضافة إلى ذلك يوضح كل من "فاليان وليبتون" (Vlaeyen & Linton) (2012) بأن بعض سمات الألم المزمن والخوف المرتبط بالألم تؤثر بشكل مختلف على التجنب، على سبيل المثال: هنالك مسارات متعددة يقوم الفرد من خلالها بتطوير الخوف:

✓ **الخبرة المباشرة**

حيث يعتبر الألم حافز غير مرغوب فيه ينشط استجابة دفاعية مما يتسبب الشخص في ربط الإشارات المحايدة (أو التحفيز المشروط –المكيف–) مع التحفيز الغير المشروط، أو الألم، ثم يتم استدعاء استجابة مكيفة (التجنب، وكذلك زيادة الإثارة الفيزيولوجية والمشاعر السلبية) في وجود التحفيز المكيف من دون الحاجة إلى الشعور بالألم، مثلا بخصوص الخبرة المباشرة يحدث بعد لمس السياج الكهربائي الذي يستخدم لاحتواء الماشية بطريق الخطأ في المرات القادمة غالبا ما يصدر الخوف والتردد عند الاقتراب من السياج.

✓ **التعلم غير المباشر**

أو التعلم من خلال استجابات أو ردود الأفراد الآخرين يمكن أيضا إثارة الخوف من خلال التحفيز الذي يعتقد أن يثير الألم، مثلا عندما يرى شخص آخر حصول صدمة من السياج الكهربائي يؤدي ذلك إلى تردده في الاقتراب من السور.

✓ **المعلومات اللفظية**

مثلا يقال أن أسلاك السور سوف تؤدي لصدمة كهربائية مع عواقب مماثلة للشرطين السابقين، ويشير "فاليان وليبتون" Vlaeyen & Linton (2012) إلى أنه قد تكون هناك تفاعلات بين مسارات التعلم المختلفة، بحيث أن التحذيرات اللفظية السابقة حول السياج الكهربائي يليها تلقي الصدمة وقد تعزز الاستجابة المستفادة، كما يناقش دور عدم القدرة على التنبؤ في توليد الخوف المرتبط بالألم والتجنب مشيرا إلى العجز لدى الأفراد الذين يعانون من الألم مزمن المنتشر بدلا من الأفراد الذين يتجنبون تحديد بعض الأنشطة أو الحركات، ويشير "فاليان وليبتون" Vlaeyen & Linton (2012) إلى أن هذا قد يحدث لأنه يصعب على الأفراد الذين يعانون من الألم ولا يمكن التنبؤ به لتطوير سلوكيات السلامة التي يمكن أن تؤدي إلى خفض أو تجنب حدوث الألم لدى بعض الأفراد وهذا يمكن أن يؤدي إلى العجز المكتسب. **(Samwel & Al, 2007, PP237-241)**

ونظرا للتعارض بين النماذج النفسية المنشأ والنماذج الحسية وكذلك نموذج الدافعية ظهرت نماذج تكاملية بين العوامل النفسية والعوامل الاخرى لتفسير خبرة الألم ومن هذه النماذج ما يلي:

- ✓ **النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي للألم**

لقد كانت البحوث في العقود السابقة تعتمد على النموذج البيولوجي الطبي الذي يفترض أن الألم ينتج أساسا عن الضرر الجسمي، وكانت العلاجات تصاغ بناءا على هذا الافتراض وكان من أهم الانتقادات التي وجهت لهذا النموذج أنه لم يأخذ بعين الاعتبار دور العوامل النفسية والاجتماعية التي تتدخل في تشكيل خبرة الألم وتأثيراته على الفرد.

(Turk & Okifuji ,2002)

ولقد نادى الباحث "جورج انجل" George Engel سنة 1977 بالدعوة إلى الحاجة لنظرة جديدة يمكن من خلالها تفسير الألم المزمن بدلا من النظرة البيولوجية الطبية هذه النظرة الجديدة تأخذ في اعتبارها العوامل المتعددة لخبرة الألم وترتب على نمو الاهتمام بالطب السلوكي وعلم نفس الصحة.

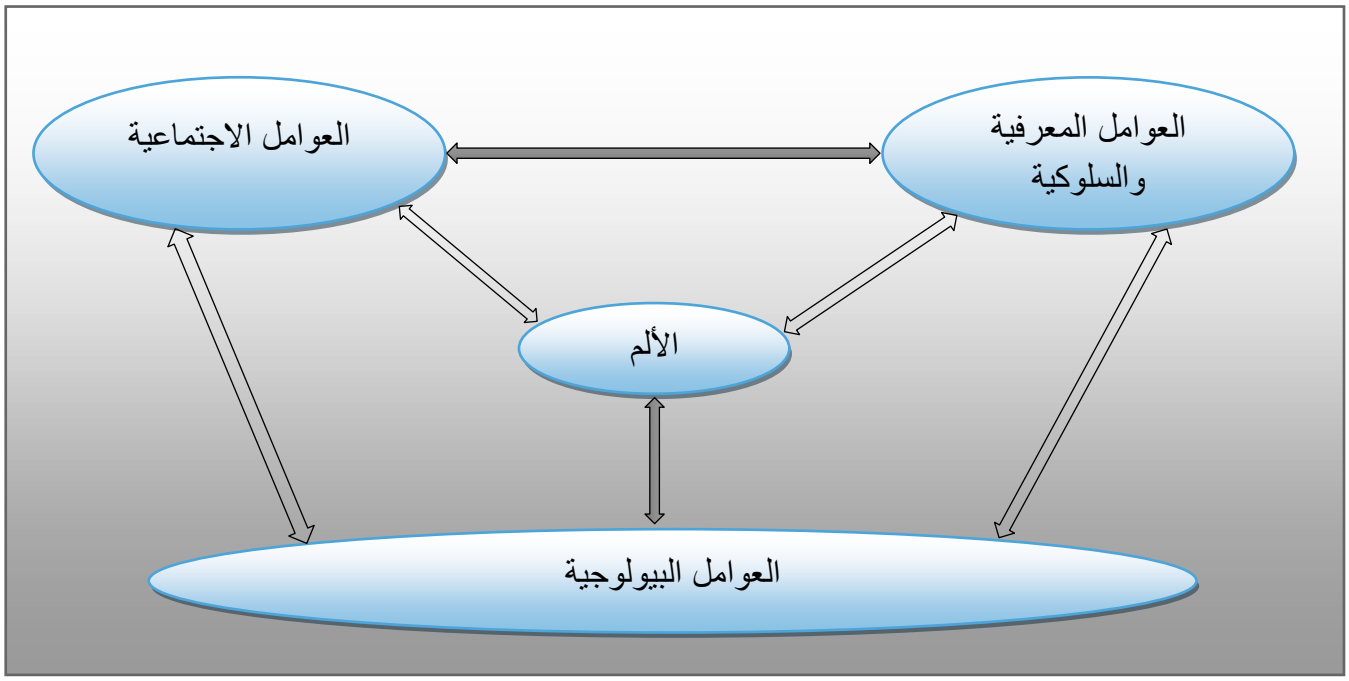
وفي عام 1982 قدم "لويسر" (Loeser) نموذجا عاما وضع من خلاله أربعة جوانب أساسية لخبرة الألم، ويتمثل **الجانب الأول** في أعراض الألم وهي ترجع إلى المثيرات التي تقع على الجهاز العصبي، أما **الجانب الثاني** فيتمثل في العوامل الوجدانية التي سببته، **والجانب الثالث** في سلوك الألم، **والجانب الرابع** هو المعاناة الشديدة من الألم وهو الجانب الأخير لخبرة الألم. **(Gatchel, et al 2007, p58)**

وفي عام 1987 قام "وودل" (Waddell) بوضع الشكل النهائي للنموذج البيولوجي النفسي والاجتماعي من خلال المقارنة التي أجراها "لويسر" (Loeser) والنموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي الذي وضعه "أنجل" (Engel)، ولقد أوضح في نموذجه أنه لكي يتم فهم خبرة الألم لابد من أن نأخذ بعين الاعتبار عددا من العوامل التي تتفاعل معا لتشكيل خبرة الألم كالعوامل البيولوجية والوجدانية، وإدراك الشخص لخبرة الألم وكيفية

استجابته لهذه الخبرة والعوامل التي يمكن أن تضخم أو تعظم فكرة أو خبرة الألم لدى الشخص. **(Ravichandran et Al, 2001, P66)**

ويقوم النموذج على افتراض وجود تفاعل دينامي بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية التي تشكل استجابة الفرد لخبرة الألم، على سبيل المثال: التغيرات التي تحدث في العضلات والأوتار والمفاصل والتي ينتج عنها نوع آخر من أنواع الألم، وكذلك معتقدات الشخص واتجاهاته نحو الألم ودور الثقافة والتفاعل الاجتماعي والدور الاجتماعي للفرد. **(Waxman, 2006, PP12-13)**

وقد أوضحت الممارسة الاكلينيكية والبحوث الاكاديمية الحديثة ضرورة تبني النموذج متعدد الأبعاد القائم على إسهام العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية، وبناءا على ما افترضه النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي تطور منحى العلاج المعرفي السلوكي للألم المزمن. **(Ann, 2002, PP12-12)**



المخطط رقم (04): النموذج النفسي البيولوجي الاجتماعي المفسر للألم

6. ألم السرطان و أسبابه

ألم السرطان يمر بنفس الممرات العصبية للألم غير السرطاني هذه العملية من الإحساس تشمل تنشيط الواردات الحسية عن طريق المثيرات المستمرة الضارة، النقل، التعديل، والإدراك.

وينشأ الألم عادة من ثلاث مناطق مختلفة في الجسم هي الجلد والنسيج العميق بما فيها العظم والأعضاء (الأحشاء)، وعند حدوث الإصابة تعمل النهايات العصبية الطرفية على تحسسها أولا ثم تستجيب بإطلاق نواقل كيميائية إلى الحبل الشوكي ثم تمرره مباشرة إلى البناء الشبكي التلاموس فإلى القشرة الدماغية، ثم تقوم هذه المناطق الدماغية بدورها بتحديد موقع الإصابة فترسل سائلها عبر العمود الفقري وتقود إلى تقلصات عضلية يمكن أن تساعد على منع الألم ومنع التغيرات في الوظائف الجسمية، أي أن الدماغ يقوم بتفسير هذه الأحاسيس أثناء انتقالها من النهايات العصبية الطرفية إلى القشرة الدماغية مما يؤدي إلى إدراك الألم. **(تايلور، 2008، ص587)**

ومن أهم ما يتعلق بأسباب ألم السرطان ما يأتي:

- ✓ **الورم**

تسبب الأورام الألم عن طريق سحق أو اختراق الأنسجة مما يؤدي إلى عدوى أو التهاب أو إطلاق مواد كيميائية تجعل المؤثرات غير المؤلمة عادة مؤلمة، ويعد السبب الأكثر انتشارا للألم الناجم عن مرض السرطان هو آلام العظام التي تنطوي على ورم نقيلي (metastasic) أو أولي في العظم، كما يمكن للتطور السريع للورم في أحد الأعضاء الداخلية في الجسم أن يسبب الألم مثل النقائل في الكبد اونخرو موت الخلايا (necrosis) او إفراز مواد كيماوية مؤلمة كما هو الحال في سرطان البنكرياس.

(svendsen kb, 2005, P195)

✓ **علاجات مرض السرطان**

تعد الإصابة العصبية الناتجة عن إجراء عملية جراحية أو جراء العلاج الكيماوي (chemotherapy) والذي غالبا ما يرتبط مع العلاج باعتلال الأعصاب المحيطية والتهاب الغشاء المخاطي، وآلام المفاصل، وآلام العضلات، وآلام في البطن بسبب الإسهال أو الإمساك، أو العلاج بالأشعة (radiotherapy) أحد أسباب ألم السرطان.

✓ **الإجراءات التشخيصية**

يمكن لبعض الإجراءات التشخيصية مثل البزل القطني، صداع ثقب الجافية، وبزل الوريد، وبزل الصدر أن تكون مؤلمة. **(Morgenszten and al, 2020, P108)**

✓ **العامل النفسي**

يمكن للعوامل النفسية أن تؤثر بشكل بالغ في كيفية إدراك الألم فرغم أن الألم يكون ذات منشأ فيزيولوجي إلا أن بعض العوامل النفسية كالقلق والاكتئاب المرتبط بالسرطان إلى تعزيز درجة الشعور بالألم، إذ تجعل المريض أقل قدرة في السيطرة على أعراضه وتكيفه مع العلاج ومع الحياة اليومية مما يتسبب في نوعية حياة منخفضة ويمكن وصف هذا الألم بالألم ذو المنشأ النفسي Psychogenic Pain.

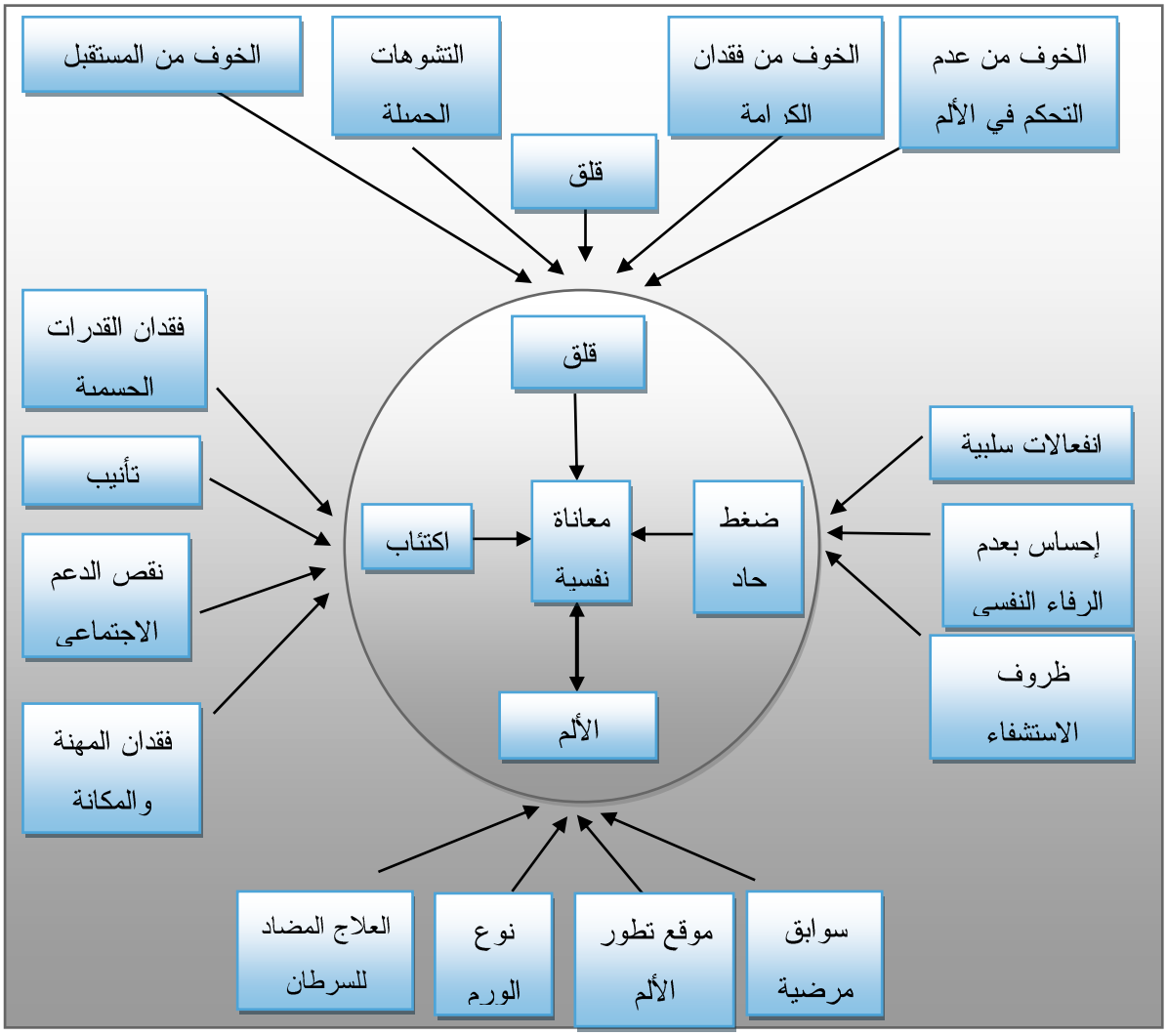
حيث يمكن تلخيص العلاقة ين العوامل السيكولوجية والألم من خلال نموذج يبين ردود الفعل والمضاعفات المختلفة اتجاه الألم عبر عدة مراحل، فقد طور Gatchel نموذجا متعدد المراحل يسمح لنا بفهم المرحلة الوسيطية الانتقالية بين الألم الحاد إلى الألم المزمن من خلال الانعكاسات النفسية المصاحبة له.

حيث أثبت أنه حينما يصبح الألم مزمنا يواجه المرضى تغيرات سيكولوجية ينتج عنها مشاكل سلوكية ونفسية أبعد من تجربة الألم في حد ذاتها، المراحل الأولى تكون مرتبطة بردود أفعال انفعالية مثل الخوف والقلق في مواجهة الألم، وإذا دام الألم مدّة أطول من

شهرين إلى أربعة أشهر ينتقل المريض إلى المرحلة الثانية وهي المرحلة المرتبطة بالانعكاسات النفسية المرضية وهنا تكون هذه الأخيرة مسؤولة عن مضاعفة درجة الألم.

وهنا يؤكد Gatchel تعلق الألم بالموارد النفسية والشخصية بالفرد ودور التسيير الذاتي للألم إذ يأخذ هذا النموذج بعين الاعتبار تفاعل السوابق النفسية وطبيعة الألم في تحديد نوع معاناة الألم. **(Nicole Delvaux, 2019, P201)**

ونعرض في ما يلي مخطط نوضح من خلاله الدور النفسي المتدخل في الحساس بالألم لدى مريض السرطان:



مخطط رقم (05): تفاعل العوامل النفسية مع ألم السرطان

7. تقييم الألم

أصبحت عملية تقييم المريض الذي يعاني من الألم قضية غاية في التعقيد ويهدف التقييم إلى التعبير اللفظي عن خطة العلاج ولتحقيق ذلك لابد من أن يكون المقيم يتميز بقدرة الإدراك. **(كفافي وعلاء الدين، 2000، ص75)**

يخضع المريض لتقييم دقيق ويكون هــذا التقييم عادة بالقياس الكيفي والكمي للألم بما في ذلك موقعه، وخصائصه الحسية، وشدته، والمدة التي يستغرقها، إضافة إلى بدايته، ثم يتم قياس الجوانب الوظيفية، إضافة إلى كيفية مواجهة المريض للألم وتكيفه معه في الماضي يساعد على وضع أهداف للمستقبل كما يتم تقييم المرضى أيضا من حيث وظائفهم الانفعالية والعقلية. **(تايلور، 2008، ص ص 611-612)**

لذا فعملية التقييم وتطبيق المقاييس مهمة جدا بهدف قياس الأعراض النفسية ومعرفة سلوك المريض، ودرجة القصور النفسي والوظيفي، يعتبر جزءا مهما في مرحلة التدخل العلاجي لإدارة آلام السرطان من أجل التشخيص والتنبؤ بالمرض إضافة إلى تحديد نوع التــدخل العلاجــي المناســب.

وفي هــذا السياق تتوفر عدة مقاييس تساعد المختصين الوصول إلى بروفيل شامل لمرضى السرطان والذين يعانون مــن آلام مزمنــة ويقــيس مــدى استجابة المريض للتدخلات العلاجية منها:

- المقياس البصري التماثلي (VAS).
- مقياس التصنيف الرقمي (NRS).
- المقياس اللفظي الوصفي (VDS).

8. علاج ألم السرطان

يمكن علاج آلام السرطان وتخفيفها بعدة طرق ويعتمد ذلك على سبب الألم وشدته حيث يمكن أن يشمل العلاج ما يأتي:

- **الأدوية**

هناك عدة أنواع من هذه الأدوية منها ما يكون سريع التأثير وقصير الأمد ومنها ما يكون بطيء التأثير وطويل الأمد، لذلك عادة ما يتم استخدام مزيج من النوعين للحصول على تسكين بأسرع وقت ولأطول وقت ممكن:

- الأسبرين (Aspirin).
- الأيبوبروفين (Ibuprofen).
- الأسيتامينوفين (Acetaminophen).
- الأدوية أفيونية المفعول (Opioids).

يتم اللجوء إلى استخدام الأدوية أفيونية المفعول لعلاج حالات الألم المتوسطة إلى الشديدة ومن أمثلة هذه الأدوية ما يأتي:

- المورفين (Morphine).
- الأُوكسيكودون (Oxycodone). **(Morgensztен and Al, 2020, P342)**

ونعرض في ما يلي مستويات علاج الألم في طب الأورام حسب منظمة الصحة العالمية:



مخطط رقم (06): تصنيف مسكنات ألم السرطان حسب المنظمة العالمية للصحة OMS

- **حصر إشارات الألم**

يمكن اللجوء إلى إجراء حصر إشارات الألم في الحالات الشديدة حيث يتم منع إشارات الألم من الوصول إلى الدماغ، ويكون ذلك من خلال حقن مادة مخدرة حول العصب وداخله.

- **الاشعاع**

يستخدم العلاج الإشعاعي عندما يفشل العلاج الدوائي في السيطرة على ألم الورم المتزايد في النمو كما يحدث في النقيلة العظمية (وهي الأكثر شيوعًا)، أو اختراق الأنسجة الرخوة، أو ضغط الأعصاب الحسية، في كثير من الأحيان تكون

الجرعات المنخفضة كافية لإنتاج تسكين للألم ويعتقد أنه كان بسبب انخفاض في الضغط أو ربما تدخل في إنتاج الورم للمواد الكيميائية المعززة الألم.

تستخدم الأدوية المشعة التي تستهدف أورامًا محددة لعلاج ألم الأمراض السرطانية المنتشرة قد يزول الألم في غضون أسبوع من العلاج وقد يستمر من شهرين إلى أربعة أشهر. **(Svendsen kb, 2005, PP 205-206)**

- **مضخة داخل القراب**

تطلق المضخة داخل القراب أشباه أفيونيات مثل المورفين مباشرة في الفراغ المملوء بالسائل (التجويف تحت العنكبوتية) بين الحبل الشوكي وغمده الواقي، مما يوفر تسكينا محسنا مع تأثيرات جانبية جهازية منخفضة يمكن لهذا أن يقلل من مستوى الألم في الحالات المستعصية، يمكن أيضا استخدام مسكن مضاد للقلق أو مسكن غير أفيوني ومواد التخدير الموضعية مع أشباه الأفيونات.

- **استئصال النخامية**

يتم في استئصال النخامية تدمير الغدة النخامية وخفض الألم في بعض حالات انتشار سرطان الثدي وسرطان البروستات لها. **(Vissers kcp et al, 2010, P85)**

- **جراحة الاعصاب**

نادرا ما يستخدم القطع الجراحي أو تدمير الأنسجة العصبية المركزية أو الطرفية في علاج الألم وتشمل الإجراءات بضع العصب، وقطع النخاع، ودخول الجذر الظهري لمنطقة الآفة، وبضع التلفيف الحزامي.

يستخدم قطع الأعصاب أو استئصالها (استئصال العصب) في الأشخاص المصابين بألم السرطان الذين لديهم عمر متوقع قصير وغير مناسبين للعلاج بالعقاقير بسبب عدم فعالية الأدوية أو عدم تحملهم.

➢ **العلاجات التكميلية**

يتم اللجوء إلى عدة أنواع من العلاجات التكميلية للتخفيف من الألم مثل: الوخز بالإبر، والتدليك، والعلاج الطبيعي. **(Vissers kcp et al, 2010, P93)**

9.دور التدخل النفسي في علاج الألم

هناك العديد من الاستراتيجيات لسيطرة على الألم والتي تستخدم بهدف الـتحكم في الألم أو التخفيـف منـه، وحـديثا ازداد الاعتمـاد علـى الاسـتراتيجيات التي تأخذ البعد النفسي بعين الاعتبار و نذكر في ما يلي أهمها:

✓ **إستراتيجيات المواجهة**

تؤثر الطريقة التي يستجيب بها الشخص للألم على شدة الألم (باعتدال) ودرجة الإعاقة التي يتعرضون لها وتأثير الألم على نوعية حياتهم، تشمل الإستراتيجيات التي يستخدمها الناس لمواجهة ألم السرطان تجنيد مساعدة الآخرين والاستمرار بالقيام بالمهمات على الرغم من الألم، والإلهاء، وإعادة التفكير في الأفكار السيئة التي تؤثر على التكيف والصلاة أو غيرها من السلوكيات التكيفية.

يميل بعض الأشخاص الذين يعانون من الألم إلى التركيز على مبالغة وتضخيم معنى التهديد الناجم عن الألم وتقدير قدرتهم على التعامل مع الألم على أنها فقيرة وضعيفة وهذا التوجه كارثي، حيث وجدت دراستين أن الأشخاص المصابين بألم السرطان الذين لديهم أهداف واضحة ودافع ووسائل لتحقيق هذه الأهداف، لديهم مستويات أقل بكثير من الألم والتعب، والاكتئاب.

كما يتمكن الأشخاص المصابين بالسرطان الذين يثقون في فهمهم لحالتهم ومعالجتهم ويثقون في قدرتهم على السيطرة على أعراضهم، التعاون بنجاح مع مقدمي الفريق الطبي المختص، ولذلك يجب على الأطباء اتخاذ خطوات لتشجيع وتسهيل التواصل الفعال ويجب أن يأخذوا بعين الاعتبار مختلف التدخلات النفسية. **(Nicole and al, 2019, P508)**

✓ **العلاج المعرفي السلوكي**

لقد أظهرت العديد من الدراسات أن الاستراتيجيات المعرفية السلوكية تساعد المرضى في خفض الألم عندما تكون مجتمعة معا وتكون أكثر فعالية في خفض الألم وتدبره، كما أن فعاليتها معا توازي فعالية العلاج الدوائي ونذكر بعضها في ما يلي:

- **طريقة صرف الانتباه**

هي تقنية يتم من خلالها تركيز الانتباه على مثيرات غير مؤلمة كاللوحات والمناظر الطبيعية، وبالتالي إبعاد الانتباه عن مثيرات الألم المزعجة في بيئة المعالجة، ولكن ليس جميع محاولات صرف الانتباه فعالة ومفيدة في تسكين الألم أو خفض الشعور به فقد أظهرت بعض البحوث التي أجريت على الألم أن هذه التقنية تكون فعالة وذات فائدة حين يكون الألم خفيف أو متوسط. **(الشيخ حمود، 2015، ص356)**

- **إعادة البناء الادراكي**

وهنا يتم التعامل مع الألم وتدبره من خلال استبدال المعتقدات والأفكار الخاطئة عن الألم بالأفكار والمعتقدات الصحيحة والموضوعية، ومن الأفكار الخاطئة عن الألم أنه الذي تسيطر على مشاعر التهديد والخطر والإيذاء. **(Daniela et al, 2011, P41)**

- **الاسترخاء والتنويم المغناطيسي**

يعتبر طريقة لعلاج الألم حيث يعمل على مساعدة المريض على تعلم الاسترخاء الفعلي مما يقود إلى تقليل الضغوطات التي تعود إلى القلق والألم، وهناك طريقة من الاسترخاء تسمى الاسترخاء العضلي التقدمي حيث يركز المريض فيه على الشد والاسترخاء لكل جزء من جسمه، من أجل تمكين المرضى من التعامل مع الضغوط والألم وتخفيفه، علاوة على ذلك يمكن للاسترخاء أن يؤثر في الألم مباشرة فالتخفيف من توتر العضلات أو تحويل تدفق الدم الذي يمكن أن ينجم من خلال عملية الاسترخاء قد يخفف من الألم المرتبط بهذه العمليات الفيزيولوجية فيمكن للمريض أن يتدرب على هذه التقنية ويستعملها حين يواجه الضغط النفسي مما يعمل بالتالي على خفض الألم لديه والتحكم به. **(تايلور، 2008، ص ص 611-612)**

وتشير "آلترك فرنانيز" إلى أنه هناك ثلاث طرق يمكن أن يكون العلاج المعرفي السلوكي فعالا لتخفيف آلام السرطان:

- تغيير السلوكيات غير قادرة على التكيف.
- تغيير البيانات الذاتية والصور والمشاعر التي تتداخل مع الحياة اليومية.
- تغيير الافتراضات والمعتقـدات التي تؤدي إلى أفكار غـير مفيدة عن نفسه، مثـل: أنا عـاجز، وعـن الألم مثل: لا يمكن السيطرة عليه.

(العاسمي، 2016، ص329)

- **الدعم النفسي الاجتماعي**

تؤثر التدخلات النفسية الاجتماعية على مستوى الألم الذي يعيشه المريض يدعم كل من المعهد الأمريكي للطب وجمعية الألم الأمريكية إدراج الرعاية النفسية والاجتماعية الخبيرة كجزء من معالجة ألم السرطان، ويعتمد تكيف الشخص مع مرض السرطان وأعراضه بشكل حيوي على دعم أسرته ومقدمي الرعاية الآخرين كما يمكن أن يعرقل الألم بشكل كبير هذه العلاقات، لذا تفاعل الأشخاص المصابين بالسرطان والمعالجين في إشراك أفراد الأسرة وغيرهم ممن يمثل دعم اجتماعي مدرك للمريض في التدخلات العلاجية النفسية – الاجتماعية له دور أساسي في نجاح المسار العلاجي.

(Delvaux and al, 2019, P502)

خلاصة

من خلال العرض السابق لمختلف ما يدور حول الألم وخاصيته لدى مريض السرطان نستنتج ان هذا الأخير من المشكلات الصحية الأكثر تعقيدا سواءا من ناحية التقييم والتشخيص أو من ناحية طرق علاجه، والذي له انعكاسات واضحة على نوعية حياة المريض ونجاح العلاج، كما يعتبر الألم متعدد المحاور التي تساهم في ظهوره وتحديد شدته، فمختلف المتغيرات البيولوجية والنفسية والاجتماعية تعتبر عوامل مسببة في حدوث الألم او مساعدة على تسييره.

الفصل الخامس
نوعية الحياة

الفصل الخامس: نوعية الحياة

تمهيد

1. لمحة تاريخية لمفهوم نوعية الحياة
2. تعريف نوعية الحياة
3. مجالات نوعية الحياة
4. التوجهات النظرية لنوعية الحياة
5. قياس نوعية الحياة
6. تأثير السرطان على نوعية الحياة

خلاصة الفصل

تمهيد

تعتبر نوعية الحياة من أهم المتغيرات في ميدان علم النفس الصحة الذي ظهر بعد منتصف القرن العشرين رغم عدم اتفاق الباحثين على تعريفها ومكوناتها والمتغيرات الفاعلة فيها إلا أن المقاربات المعتمدة على النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي تبقى الأنسب لفهم هذا المتغير وفق مؤشرات جاءت وليدة دراسات عديدة تشمل عدة مجالات خاصة النفسية والطبية.

وفي هذا الفصل المخصص بمتغير نوعية الحياة سيتم التطرق إلى بعض التعريفات والاتجاهات النظرية المفسرة لها والمجالات التي تخصها مع ذكر أبعادها المختلفة ومؤشرات قياسها لدى الفرد.

1.لمحة تاريخية عن مفهوم نوعية الحياة

يعتبر مفهوم "نوعية الحياة" مفهوم قديم ومفهوم عالمي رغم حداثته فيرجع الاهتمام بهذا المصطلح إلى الفلسفة اليونانية، حيث اهتم أرسطو من خلال أعماله بتوضيح الأسباب والعوامل المؤدية إلى الحياة الجيدة ويأتي على رأسها السعادة.

يعد "أرسطو" من أوائل الذين تحدثوا مبكرا عن نوعية الحياة وذلك في كتابه "الأخلاق" (322-284 ق.م) إذ قال: أن كل العامة أو الدهماء وأصحاب الطبقة العالية يدركون الحياة الجيدة بطريقة واحدة وهي أن يكونوا سعداء، ولكن الحياة الجيدة ومكونات السعادة عليها خلاف، إذ يقول بعض الناس شيئا ما في حين يقول آخرون أشياء مختلفة ومن الشائع كذلك أن الفرد نفسه يقول أشياء مختلفة في مختلف الأوقات فعندما يقع فريسة المرض فإنه يعتقد أن السعادة هي الصحة وعندما يكون فقيرا يرى السعادة في الغنى ويرى أرسطو أن الحياة الطيبة WELL-BEING تعني حياة شعورية ونوعا من النشاط وما ذلك بالتعبير الحديث سوى نوعية الحياة. **(Fayers & Machinm, 2007, P5)**

وقد نقل أيضا عن "سقراط" في قوله: "اهتم بنوعية حياتي أكثر باهتمامي بعدد الأيام التي أعيشها". **(Auquier, 2004, P9)**

وهذا إن دل على شيء فإنه يدل على الاهتمام الذي كان يولى لهذا المفهوم منذ القدم وتطور مفهوم "نوعية الحياة" في 1950 بعد الحرب العالمية الثانية كمفهوم عام ومرجعية هذا المصطلح كانت بالخصوص في مستوى الحياة الأمثل، ظروف أو شروط الرخاء المادي التي يجب أن يتمكن كل فرد أن يصل إليها.

في بداية الأمر استعمله الرئيس الأمريكي "جونسون" (Lyndon.B.Johnson) سنة 1964 في خطاب له بلغة علمية ليبرز اهتمامه بنوعية حياة شعبه، ثم تمدد هذا المفهوم تدريجيا ليشمل المستوى الاجتماعي والفردي وبداية استعماله في الدراسات الطبية منذ السبعينيات.

وفي هاته المرحلة تمحورت أبحاث معظم الباحثين حول الفرد العامل في حالة النشاط (على سبيل المثال الوقاية من حوادث العمل أو حوادث المرور الطرقات) وحول الأرباح الإنتاجية في الإجراءات الطبية المناسبة، إلا أنه لم يكن هناك اهتمام بالفئة الغير عاملة وبالخصوص الأفراد المسنين، لم يتم أخذهم بعين الاعتبار في هاته الدراسات وحتى العينة المريضة (أي الأفراد المرضى).

أما الأهمية التي يعطيها العالم الطبي لنوعية الحياة منذ سنوات 1980 يمكن شرحها بعدة طرق:

حيث سمح التطور التكنولوجي الطبي في المجتمعات الغربية خلال القرن 20 م بزيادة طول عمر الأفراد ولكن في نفس الوقت نجد أن معظم الشعوب تعرضت لارتفاع مفاجئ للأمراض المزمنة، والأمراض التنكسية أو التدريجية (كالزهايمر) التي لا يملك الطب لمواجهتها علاج فعال، ولكن في بعض الاختصاصات (كالأورام السرطانية الذي يعتبر كأول ميدان تم الاهتمام به) تعددت العلاجات الخاصة به كالعلاجات الغازية (Invasifs) ومختلف آثارها الجانبية والآثار النفسية والاجتماعية الرئيسية (مثل: استئصال الثدي بالنسبة للمصابين بالسرطان) هذا ما أدى بالباحثين للتساؤل عن أهمية هذه التقنية وثمنها وحول القيمة الحقيقية لفوائد العلاج على المريض.

فالهدف من التساؤلات الذي وضعه الباحثون هو معرفة ما إذا كان إطالة الوجود في سنوات الحياة المكتسبة يرافقه الحفاظ على نوعية الحياة أم لا.

إضافة إلى ذلك اقترح المعالجون علاجات لمعظم الأمراض المزمنة ذات الأعراض القليلة (مثل: ارتفاع الضغط الدموي) والتي يمكن أن تولد بعض الآثار الثانوية المزعجة (مثل التأثير على الطاقة الجنسية)، حيث لم تعد فعاليتها على المرض كافية لإثبات تفوقها مقارنة بالآخرين.

وفي هذا الإطار اعتبرت المؤشرات التقليدية المتاحة للصحة (كالأعراض، العلاج، الموت) لا تسمح بالتأكيد على الفروق ذات الصلة بين العلاجات والترجمة الضمنية لوجهة النظر الطبية للتقييم. **(Mailhan, 2003, P19)**

في نفس الوقت عملت (Association Active) الجمعية النشطة على تسجيل القرارات التي يضعها المفحوصين حول العلاج وأحكامهم الذاتية، مما أدى بالأطباء للأخذ بعين الاعتبار تصورات وميولات هؤلاء المرضى واهتمامهم بنوعية حياتهم.

كما سمحت مقاييس نوعية الحياة بتغييرات وجهة النظر لتبني وجهة نظر المريض حيث أضيف للمقياس نوعية الحياة البدائية أو الأولوية مقاييس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة على الأقل، تحليل نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لم يقم في معظم الأوقات إلا بإضافة مكونات كالسعادة والرضا عن الحياة والتي تهتم إلا بالمظاهر التي مسها المرض أو علاج المريض وغالبا ما تمتد إلى النتائج غير مباشرة للمرض تحت الإنتاجية (البطالة، المالية).

هذا المنظور إذا لا يأخذ بعين الاعتبار العلاقات الوثيقة بين الحالة الصحية والمظاهر الأخرى كصورة الذات والاستراتيجيات الشخصية. **(Leplége, 2001, P15)**

كما سمح مصطلح Santé Conceptuelle أو الصحة الذاتية المطور من طرف (Bucquet) (1991) باجتياز مرحلة إضافية وبتوسيع مفهوم الذاتية إلى مجال قياس أوسع، فالفعل فهو يدمج إحساس المفحوص باتجاه مرضه (في التكامل مع مرضه الحقيقي ومرضه الموضوعي أو المشخص)، كما هو الحال بالنسبة لنوعية الحياة المرتبطة بالصحة فهو يأخذ بعين الاعتبار تقدير المفحوصين حول نتائج صحتهم مثلما يدركونها هم بحد ذاتهم فبالتالي هنا يستخدم المفحوص نظامه التقييمي وأولويته.

(Mailhan, 2003, P20)

ويقول "باسكال اكيير" (Pascal Auquier) أن المستحدث أو المستجد ليس البحث في نوعية الحياة وإنما الإرادة الطبية في استعمال أداة للقياس تسمح بتكميم نوعية الحياة هذه من خلال استجابات المريض عن الأسئلة المطروحة.

وصرح "بارجي جونسن" (Bergt Johnsson) أنه بينما كان الاهتمام في السبعينيات ينصب حول القيمة الميزانية الطبية والمداخيل وفوائد الربح المحققة من التقدم الطبي، فإنه بالموازاة بعيدا عن النشاطات العادية في المستشفيات والعيادات الطبية كانت تقام دراسات إبيديمولوجية، استغلت لفهم تراجع أو تباطؤ المرض أو بالعكس استفحاله في أواخر الثمانينات في 1987 لكن دون توفر مقياس معياري يعتمد عليه، حيث ظهر بداية مقياس (QALY): Years Quality Ajusted Life ليترجم إلى اللغة الفرنسية (AVAQ): Années de vie Ajustées sur la Qualité ثم تم توسيع اهتمامات نوعية الحياة إذ لم يعد يحدد في أسئلة تقنية تخص القياس فقط وأصبحت أدواتها تجد معناها في رؤية تمس جوانب الفرد ككل كوحدة ينتمي لمجتمع معين ليصبح بعدها مسألة سياسية متجذرة وعميقة. **(Peslin, 2004, PP.12-13)**

2.تعريف نوعية الحياة

ظهر مصطلح جودة الحياة (QOL) في الولايات المتحدة في منتصف الستينيات إنه مفهوم متعدد الأبعاد يعرّف بأنه: "تصور أن للفرد مكانته في الحياة في سياق الثقافة ونظام القيم الذي يعيش فيه فيما يتعلق بأهدافه وتوقعاته ومعاييره".

إنه مفهوم واسع للغاية يمكن أن يتأثر بطريقة معقدة بالصحة الجسدية للشخص وحالته النفسية ومستوى استقلاليته وعلاقاته الاجتماعية وكذلك فيما يتعلق بالعناصر الأساسية لبيئتها. **(منظمة الصحة العالمية، 1993)**

وتعرف على أنها: "نتيجة لتفاعل بين شروط او ظروف الحياة لشخص ما و الطريقة التي يدرك بها هذا الشخص هذه الشروط أو الظروف. **(زناد، 2013، ص222)**

إن مفهوم "نوعية الحياة" يحمل معاني متعددة ستخدم في سياقات مختلفة فعلماء البيئة يهتمون بنوعية البيئة التي تحمي الحياة وتحافظ عليها، ومن جهات النظر الاجتماعية والاقتصادية والسياسية ينصب الاهتمام على هناء المجتمع، وتستخدم معدلات الجريمة والانتحار والعنف والتفكك الأسري ومعدل الدخل القومي بوصفها مقاييس الرفاهية في أي مجتمع، ومن الناحية الطبية تُقاس من خلال مؤشرات وبائية مثل معدل الوفيات والأمراض والأعمار المتوقعة. **(شويعل، 2018، ص ص 14-15)**

وفي السياق الطبي المتعلق بالصحة يجدر الذكر أن (Bruchon-schweitzer, 2002) قد أشارت إلى أنه غالبا ما يتم الخلط بين نوعية الحياة ونوعية الحياة المتعلقة بالصحة، فيتطلب التحليل الشامل لنوعية الحياة المتعلقة بالصحة فهمها في حالة المرض وفي غيابه أيضا.

وعليه حددها (Patrick & Erickson, 1993) على أنها: "القيمة التي تعزى إلى طول العمر وفقا للإعاقة والمستوى الوظيفي والإدراكات والفرص الاجتماعية التي تم التعديل والتغيير فيها بواسطة المرض أو الإصابة أو العلاج أو السياسات الصحية.

(Louel, 2007, P4)

وعليه تعددت دلالات المصطلح بطريقة مفتوحة مما جعلت (Moons, 2006) يصفه بالمصطلح المظلة (Umbrella term) لتغطيته أو تضمينه مصطلحات أخرى مثل الأداء الوظيفي والوضع الصحي وإدراكات الفرد وخبراته المعاشة، وظروف حياته وسلوكه العام ونمط معاشه، والأعراض التي تظهر عليه السعادة والهناء وطيب العيش وغيرها مما يزيد المفهوم غموضا. **(زعطوط، 2014، ص243)**

ومن بين التعاريف المحددة لمفهوم نوعية الحياة نذكر:

يعرفها (Haas,1999) على أنها: "تقييم متعدد الأبعاد لظروف الحياة الحالية للشخص في سياق ثقافته التي يحيا فيها والقيم التي يتبناها، وهي في المقام الأول شعور ذاتي بالرفاه وحسن الحال متضمنة أبعادا جسدية ونفسية واجتماعية وروحية، وفي بعض الظروف يمكن أن تسهم المؤشرات الموضوعية في هذا الادراك والتقييم لتقريب المعنى".

(زعطوط، 2014، ص27)

يعتبر (Cummins, 2005) مفهوم نوعية الحياة على أنه مفهوم متعدد العوامل متأثر بعدة عوامل شخصية وبيئية وتفاعلهما فيما بينهما، والتي يمكن أن تقيم بطريقة موضوعية و/أو ذاتية. **(Bruchon-Schweitzer, Boujut, 2014, P40)**

في حين يعرفها "دينز" (2009) بأنّها: "الإدراكات الحسية للفرد تجاه مكانته في الحياة من الناحية الثقافية، ومن منظومة القيم في المجتمع الذي يعيش فيه الفرد وكذلك علاقته بأهدافه وتوقعاته وثوابه ومعتقداته وتشمل أوجه الحالة النفسية ومستوى الاستقلال الشخصي".

وبالرغم من اختلاف التعاريف فإنه يوجد نقاط مشتركة بينها وهي: المفاهيم العامة والمتضمنة لعدة أبعاد (الصحة الجسمية، النفسية، الاجتماعية...)، المقيمة موضوعيا (كحالة الصحة مثلا) و/أو الذاتية (كالرضا عن مجال معين مثلا).

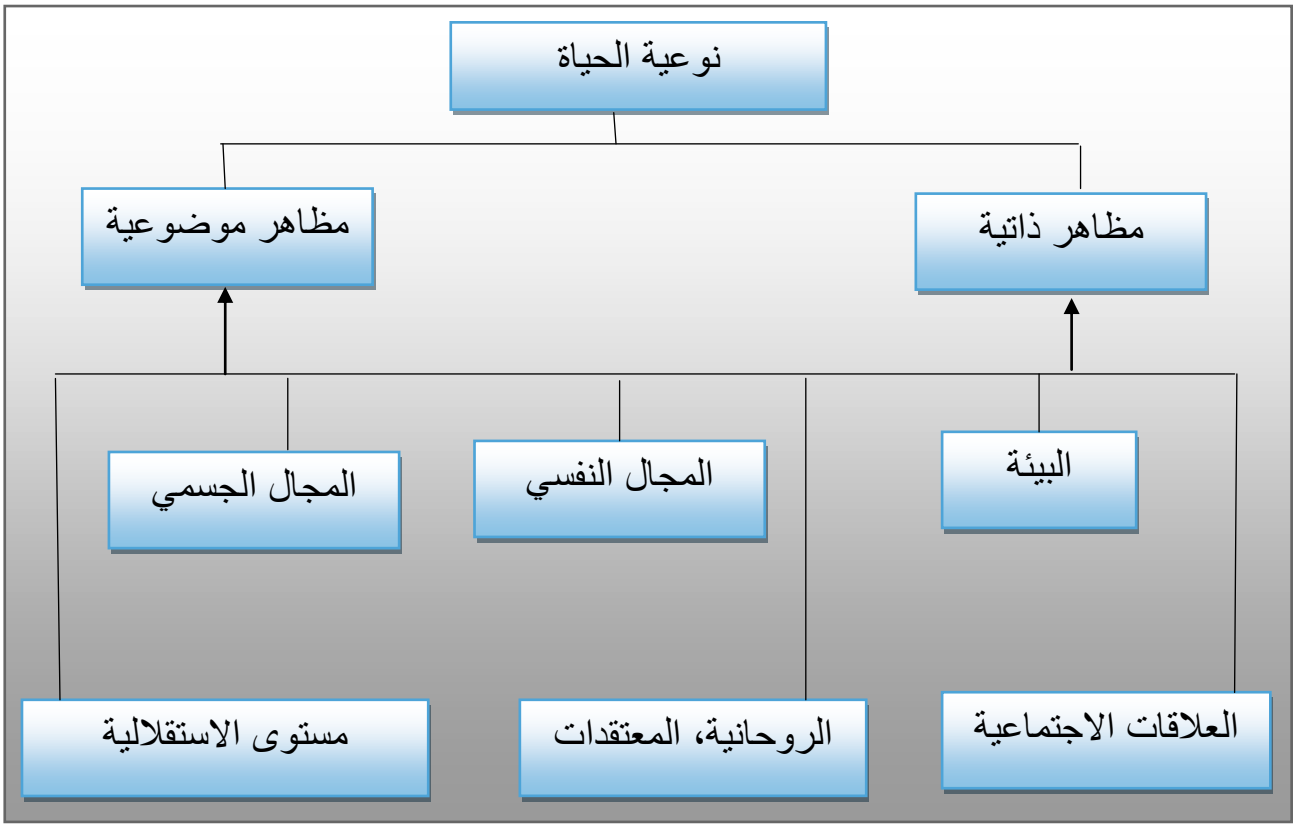
(Bruchon-Schweitzer, Boujut, 2014, P40)

وحسب (أبو حلاوة، 2010) عادة ما يشار في أدبيات المجال إلى تعريف منظمة الصحة العالمية وهو التعريف الشامل للحالة الجسمية والاستقلالية الجسدية والحالة النفسية والوظيفة النفسية، والرفاهية، والتفاعلات الاجتماعية والأنشطة المهنية والموارد الاقتصادية.

كما تم تعريفها أيضا على أنها: "إدراك الفرد لمكانته الوجودية في السياق والثقافة ونظام القيم حيث يتعايش وكذا علاقته مع أهدافه وتطلعاته وانشغالاته، وهو مفهوم مدمج واسع متأثر بطريقة معقدة بالصحة الجسمية للفرد وحالته النفسية واستقلاليته بالإضافة لعلاقاته الاجتماعية وعلاقته بالخصائص الأساسية لبيئته، وبالتالي فهو مفهوم متأثر بعوامل عامة (البيئة، الثقافة..) وذاتية (القواعد، القيم، السلوكات، المعتقدات..).

(Marilou Bruchon-Schweitzer & Emilie Boujut, 2014, P40)

وفي الشكل التالي نجد العوامل التي تساهم في تكوين مفهوم نوعية الحياة وما تشمله من أبعاد جسمية، نفسية واجتماعية في حيز بيئي قائم على التفاعلات الاجتماعية بكل ما تتضمنه من معتقدات وأفكار واتجاهات تندرج تحت إطار الاستقلالية والحرية في ممارسة مجالات الحياة ودرجة رضا الفرد عنها، وهي عوامل يتم تقييمها إما ذاتيا من طرف الفرد أو موضوعيا من طرف الباحثين والمنظمات المسؤولة في هذا المجال بالاعتماد على مؤشرات متّفق عليها خاضعة لدراسات ميدانية لتقييم وتقديم مفهوم نوعية الحياة.



المخطط رقم (07): النموذج الإدماجي لمفهوم نوعية الحياة

(حسب تعريف OMS، 1996)

(Bruchon-Schweitzer, Boujut, 2014, P45)

يتضح لنا من الشكل رقم (07) أن منظمة الصحة العالمية كوّنت نموذجا إدماجيا لمكونات نوعية الحياة المقيّمة ذاتيا وموضوعيا، والتي تظهر في المجال الجسمي والنفسي والعلاقات الاجتماعية والروحانية، إضافة إلى المعتقدات ومستوى استقلالية الفرد في الاستجابة لمتطلباته وتكون هذه المجالات في عملية تأثير مع البيئة والسياق المجتمعي للفرد.

نستنتج مما ذكر في التعريفات السابقة أن نوعية الحياة هو: "إدراك الفرد لمجالات حياته الجسمية والنفسية والاجتماعية والروحية والاقتصادية وتقييمه لها وفق معتقدات ومعايير محددة ضمن السياق المجتمعي الذي يتفاعل معه والتي ترمي إلى الوصول لدرجة الاستقلالية والرفاهية والرضا عن حالته".

3.مجالات ومكونات نوعية الحياة

يتفق معظم الباحثين المختصين في مجال الصحة أن نوعية الحياة هي مفهوم مركب ومعقد يضم مجالات عديدة جسمية، عقلية واجتماعية وهذه المجالات تقدر حسب معيارين:

- موضوعي من ظرف الملاحظ أو فاحص، تشخيص طبي شمولي، فحوص شبه عيادية، أشعة، تخطيط دماغ، تحاليل.
- وآخر ذاتي من قبل المريض ذاته أو ما يعرف بالصحة المدركة وذلك بهدف الوصول إلى تقدير أكثر دقة وموضوعية.

وحسب منظمة الصحة العالمية OMS ترى أن نوعية الحياة تستند إلى أبعاد مقبولة إلى حد ما والتي تتمثل في: الصحة الجسمية، الصحة النفسية الذاتية، العلاقات الاجتماعية والبيئية وهناك أيضا من يضيف الجانب الروحي.

ومن أهم المجالات نوعية الحياة ما يلي:

❖ **المجال الجسمي لنوعية الحياة**

يضم هذا المجال عناصر عديدة للصحة أهمها الصحة الجسمية الوظيفية والكفاءات الوظيفية التي تنقسم بدورها إلى مكونات جد دقيقة، فالصحة الجسمية تضم الطاقة الحيوية (التعب، النوم، الراحة ، الآلام ، الأعراض ومختلف المؤشرات البيولوجية) في حين تشمل القدرات الوظائفية: الوضعية الوظيفية، حركية الفرد، النشاطات اليومية التي بإمكانه القيام بها ومدى استقلالية أو ارتباطه (حاجته للمساعدة)، لذا يظهر أن فصل الاختلال النفسي عن الجسمي والاجتماعي في تداخلهم وتأثيراتهم المتبادلة افتراضي أو اصطناعي لتسهيل التداول لا غير.

والأدوات المرتبطة بهذا المجال لا توضح في أغلب الأحيان أن المفهوم يرتبط بـــ QDVS وفي معظم الأوقات نجدها في تسميات مختلفة (كالإرتياح، الصحة، المرض، نوعية الحياة) كمقياس QWB, MOS-SF36 (Quality of Well Being scale)،

SIP (Sickness Impact Profile) فهي مقاييس تعطي أهمية كبيرة للاستقلالية الوظيفية (تأدية المهام اليومية والأدوار العائلية والاجتماعية والمهنية).

إذن فنوعية الحياة المرتبطة بالصحة هي مفهوم جد خاص اذ لا تتعلق بالأداء العام للأفراد كما هو الحال بالنسبة لنوعية الحياة العامة.

فالمجال الجسمي لنوعية الحياة يتضمن جانبين: جانب الصحة البدنية (الحالة الصحية) التي تضم: الطاقة، الحيوية، التعب، النوم، الراحة، الألم، ومختلف الأعراض والعوامل البيو–طبية وكذلك جانب القدرات الأدائية (الاستقلالية)، وهذين الجانبين يمكن تقييمهما خارجيا من خلال : "الصحة والقدرات الأدائية الذاتية" وبعد مدة من الزمن يمكن استعمال البيانات أو المعطيات الخارجية في تقييم نوعية الحياة المرتبطة بالصحة ولكن نعطي الأهمية الكبيرة لجانب التقويم الذاتي. **(M.Bruchon-Schweitzer, 2014, P49)**

❖ **المجال النفسي لنوعية الحياة**

هذا المجال يضم مجموعة من الجوانب التي تتميز بالخصوصية فهنالك مقاييس عديدة اهتمت بهذا الجانب كمقياس WHOQOL-100 الذي يحتوي على 06 جوانب بما فيها الصحة النفسية التي تتقسم بدورها إلى 05 مكونات: العواطف الإيجابية، العواطف السلبية، تقدير الذات، القدرات المعرفية (الذاكرة، التفكير، التركيز، قدرات التعلم)، صورة الجسد، المظاهر المدركة، وفي معظم الأحيان نجد أن المجال النفسي يضم الجانب الروحاني والمعتقدات الشخصية والجانب الديني كجزء منه.

فالمجال النفسي لنوعية الحياة يضم الانفعالات والحالة العاطفية الإيجابية وكذلك غياب أو ضعف شدة الوجدانية السلبية (حصر، اكتئاب) وهم بذلك يقتربون أكثر من مفهوم الصحة النفسية أو الراحة الذاتية كمفاهيم واسعة نوعا ما، لأنها تضم تفعيلات معرفية كالرضا عن الحياة، أما الكفاءات العصبية النفسية المعرفية والنفس الحركية فيصفها بعض الباحثين في البعد النفسي وآخرون ضمن بند الصحة الجسمية والقدرات الوظيفية، حيث ترى (M.Bruchon): "نظمن أنه من الأكثر وضوحا تصنيف كل الاختلالات

والاضطرابات المتعلقة بالتوظيف النفسي للفرد أو بالعلاجات التي يتلقاها بعض الباحثين لإضافة مفاهيم ديناميكية فاعلة مثل: (النمو الشخصي، تحديد وتحقيق الذات، إبداع معنى الحياة الأخلاقية، الحياة الروحية وفهم العالم ...)، في حين يقترح آخرون وضع قيم الإنسان في بعد إضافي خاص".

وأخيرا ولضمان تقدير ذاتي جيد للبعد النفسي لنوعية الحياة يقترح المختصون إضافة وسائل تقدير مكملة كالاختبارات التي تقيس الفقدان أو الفعاليات المتعلقة بالقدرات العقلية بواسطة الملاحظة مثلا، أو سلالم تقدير موضوعية من قبل ملاحظين آخرين لتقديم توضيحات وتفسيرات للأعراض أو المشكلات النفسية.

(M.Bruchon-Schweitzer, 2014, P50)

❖ **المجال الاجتماعي لنوعية الحياة**

تمثل العلاقات والنشاطات الاجتماعية الميدان الثالث لنوعية الحياة والذي يعد من أهم المجالات كذلك عموما تتعارض الحياة الاجتماعية مع الانعزال والإنسحابية، وهذا في جوانب عديدة: (عائلية، صداقات، مهنية ،...) هذا اعتبارا من أن التوظيف الاجتماعي يفترض شبكة علاقات كيفية مثل: (الاندماج الاجتماعي الفعلي)، وكيفا (المساعدة الاجتماعية).

لهذا الغرض وضعت سلاليم عديدة لتقدير وقياس الصحة الاجتماعية والتي تعرف بالمشاركة في النشاطات الاجتماعية: (عائلية، صداقة، تسلية،...) والأمر يتعلق بسلم (WHOQOL-26 ou 100, le NHP).

نوعية الحياة الاجتماعية تقدر في معظم الأحيان بوسائل عامة مع وجود وسائل خاصة تبحث عن التوظيف الاجتماعي للأفراد، الذي يمكن تقديره من طرف الشخص نفسه كتقدير ذاتي كما هو الحال في سلم SAS (Social Adjustement Scale) ل (Weissman,Bothwell,1976)، أو سلم (Social Functioning Questionnaire) لـــ Tyrer et al 2005.

لذا فمن المهم تقدير التوظيف الاجتماعي للأفراد من خلال تكييف التقنيات والوسائل القياس ووجهات النظر المختلفة.

❖ **المجالات الأخرى لنوعية الحياة**

بالإضافة إلى المجالات الثلاثة المشكلة لنوعية الحياة يضيف المختصرون عنصر البيئة ففي مقياس WHOQOL-100 تعتبر البيئة بعد يشتمل على مجموعة من الجوانب الخاصة، فهناك جوانب تخص الارتياح المادي للأفراد (الدخل، نوعية السكن ...) وأخرى تخص المكان الذي يقيم فيه الفرد "الحيّ أو المدينة " وما تشتمل عليه هذه الأخيرة من: (أمن وحرية، تسهيلات وتوفر مراكز العلاج، نوعية العلاجات، الجو، الضوضاء، التلوث، وسائل النقل ...).

وفيما يخص أبعاد الارتياح المقترحة من طرف علم النفس الإيجابي مثل:(الازدهار، تحقيق الذات، معنى الحياة ، الالتزام...) فهي تتلاءم والمحتويات الإيجابية للأبعاد النفسية، الجسدية والاجتماعية لنوعية الحياة. **(M.Bruchon-Schweitzer, 2014, P53)**

وبهذا نرى أنها طرحت العديد من التعاريف حول نوعية الحياة تختلف باختلاف المدارس والتوجيهات واختلاف موضوع القياس والأهداف التي يسعى لتحقيقها، وتبقى على أنها مفهوم يصعب إعطاء تعريف محدد لها كونها ذاتية وضمنية ومتعددة العوامل.

(Leplége,1999, P13)

4. التوجيهات النظرية لنوعية الحياة

نظرا لتعدد تعاريف الحياة من طرف العديد من الباحثين والعلماء وكذلك بالنسبة للفلاسفة القدماء من خلال ضبط المسار التاريخي لهذا المفهوم الذي أدى إلى تعدد وظهور العديد من الاتجاهات التي تفسر هذا المصطلح وهي:

- **التوجه المعرفي**

يرتكز هذا المنظور في تفسيره لنوعية الحياة على الفكرتين الآتيتين:

الأولى:

إن طبيعة إدراك الفرد هي التي تحدد درجة شعوره بنوعية الحياة.

الثانية:

وفي إطار الاختلاف الإدراكي الحاصل بين الأفراد فإن العوامل الذاتية هي الأقوى أثرا من العوامل الموضوعية في درجة شعورهم بنوعية الحياة، ووفق ذلك وفي هذا المنظور تبرز لدينا نظريتان حديثتان في تفسير نوعية الحياة.

- ✓ **نظرية "لاوتن" (Lawton Theory) 1997**

طرح "لاوتن" مفهوم طبعة البيئة ليوضح فكرته عن جودة الحياة وهي تدور حول الآتي إن إدراك الفرد لنوعية حياته يتأثر بظرفان هما:

- **الظرف المكاني**

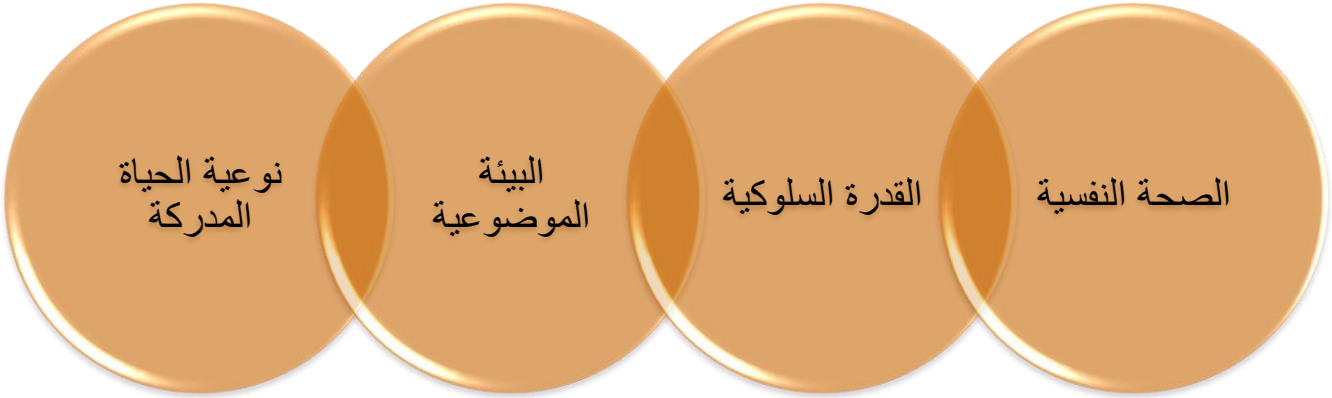
إن هناك تأثير للبيئة المحيطية بالفرد على إدراكه لجودة حياته وطبعا البيئة في الظرف المكاني لها تأثيرات أحدهما مباشرة على حياة الفرد كالتأثير على الصحة مثلا والآخر تأثيره غير مباشر إلا أنه يحمل مؤشرات إيجابية كرضى الفرد على البيئة التي يعيش فيها.

- **الظرف الزماني**

إن إدراك الفرد لتأثير طبيعة البيئة على جودة حياته يكون أكثر إيجابيا كلما تقدم في العمر فكلما تقدم الفرد في عمره كلما كان أكثر سيطرة على ظروف بيئته.

(Argyle, 1999, PP 353-373)

والشكل التالي يبين أثر طبعة البيئة على إدراك الفرد لنوعية حياته وتأثيره قدرته السلوكية وصحته النفسية بهذا التأثير.



المخطط رقم (08): جودة الحياة المدركة وفق مفهوم طبيعة البيئة (Brown, 2009, P25)

✓ **نظرية شالوك 2002 (Schalok theory)**

قام Schalok 2002 بإعطاء تحليل مفصل لمفهوم نوعية الحياة على أنه يتكون من ثمانية مجالات وكل مجال يتكون من ثالثة مؤشرات، تؤكد جميعها على أثر الأبعاد الذاتية كونها المحددات الأكثر أهمية من الأبعاد الموضوعية في تحديد درجة شعور الفرد بنوعية الحياة، على أن هناك نسبة درجة هذا الشعور فالعامل الحاسم في ذلك يكمن في طبيعة إدراك الفرد لنوعية حياته.

والجدول الآتي يوضح المجالات الثمانية التي تطرق إليها Schalok في نظريته:

جدول رقم (05): يوضح المجالات الثمانية لنوعية الحياة بالنسبة لنظرية Schalok

	المجالات							
المؤشرات	السعادة الوجدانية	العلاقة بين الشخصية	السعادة المادية	النمو الشخصي	السعادة البدنية	تقرير المصير	الاندماج الاجتماعي	الحقوق البشرية والقانونية
	الرضا مفهوم الذات انخفاض الضغوط	التفاعلات العلاقات الإسناد	الحالة المادية العمل المسكن	التعليم الكفاءة الشخصية الأداء	الصحة الأنشطة اليومية وقت الفراغ	الاستقلالية الاختبارات الأهداف	الترابط الاجتماعي الأدوار الاجتماعية التكامل	الحقوق الفردية والجماعية القانون

- **التوجه الإنساني**

حيث يرى أن التوجه أن نوعية الحياة مرتبطة بعنصرين هامين وهما:

- وجود كائن حي مناسب.
- توفر بيئة جديدة يعيش فيها هذا الكائن.

وذلك لأن ظاهرة الحياة تظهر من خلال التأثير المتبادل بين العنصرين فهنالك بيئة وما تتوفر عليه من موارد طبيعية التي تشكل مقومات حيات الفرد، والناحية الثانية البيئة الاجتماعية والتي تقوم بضبط سلوك الأفراد والجماعات طبقا للمعايير السائدة في المجتمع، فجودة البيئة الاجتماعية تتحقق بمقدار امتثال الأفراد لهذه الأسس ودعم خروجهم عنها.

(رضوان، 2006، ص ص 96-99)

وقد أكد هذا المنظور في تفسيره لنوعية الحياة على مفهوم الذات Self Concept وقد بين أن حقيقة الحياة الإنسانية تنطوي على إمكانيات هائلة لتحقيق أفضل المستويات للتطور والارتقاء في الحياة. **(Rebecca, 2000, P39)**

ومن أكثر نظريات هذا التوجه حداثة ما يلي:

✓ **نظرية رايف 1999 (Ryff Theory)**

حيث اهتمت هذه النظرية بمفهوم السعادة النفسية «Psychological Happiness» إذ أن شعور الفرد بنوعية الحياة ينعكس في درجة إحساسه بالسعادة التي حددها "رايف" Ryff بستة أبعاد يضم كل بعد ستة صفات تمثل هذه الصفات نقاط التقاء لتحديد معنى السعادة النفسية الذي يتمثل في وظيفة الفرد الإيجابي في تخسين مراحل حياته، وهذه الأبعاد هي:

- البعد الأول: الاستقلالية Autonomy.
- البعد الثاني: التمكن البيئي Environmental mastery.
- البعد الثالث: النمو الشخصي Personal growth.
- البعد الرابع: العلاقات الإيجابية مع الآخرين Positive relation with others.
- البعد الخامس: تقبل الذات Self – Acceptance.
- البعد السادس: الهدف من الحياة Purpose in life.

- **التوجه التكاملي**

✓ **نظرية اندرسون 2003 (Anderson Theory)**

طرح "اندرسون" Anderson (2003) شرحا تكامليا لنوعية الحياة حيث أخذ بعين الاعتبار عدة عوامل فضل عن العوامل الموضوعية مثل: السعادة Hapiness، معنى الحياة Meaning of life، نظام المعلومات البيولوجي The biological information system، الحياة الواقعية Realizing life، وتحقيق الحاجات fullfilement of needs من أجل إعطاء إطار نظري شامل ومتكامل لتفسير نوعية الحياة. **(Ventegot, 2003, P141)**

لقد أشار "اندرسون" Anderson إلى أن إدراك الفرد لحياته يجعله يقيم شخصيا ما يدور حوله كما يمكنه من أن يكوّن أفكارا كي يصل إلى الرضا عن الحياة Life satisfaction، وأن هناك ثلاث سمات مجتمعة معا تؤدي للشعور بنوعية الحياة:

الأولى: وهي تتعلق بالأفكار ذات العلاقة بالهدف الشخصي الذي يسعى الفرد إلى تحقيقه.

الثانية: المعنى الوجودي الذي ينتصف العلاقة بين الأفكار والأهداف.

الثالثة: الشخصية والعمق الداخلي.

ومن خلال هذه السمات فإن التوجه التكاملي يضع مجموعة من المؤشرات التي تدل على نوعية الحياة.

إن شعور الفرد بالرضا هو الذي يشعره بنوعية حياته وإن هذا الشعور يتحقق بالتالي:

- أن نضع أهداها واقعية نكون قادرين على تحقيقها.
- أن يسعى إلى تغيير ما حولنا لكي يتلاءم مع أهدافنا.
- إن اشباع الحاجات لا يؤدي بالضروري إلى رضا الفرد وإلى شعوره بنوعية الحياة ذلك انه أمر نسبي يختلف باختلاف الأفراد واختلاف الثقافة التي يعيش فيها.

إن استغلال الفرد لإمكانياته في نشاطات إبداعية وعلاقات اجتماعية جيدة وأهداف ذات معنى وبعائلة تبث فيه الإحساس بالحياة هو الذي يشعره بنوعية الحياة.

(Anderson, 1991, p.28)

5.قياس نوعية الحياة

كان موضوع تقييم نوعية الحياة موضوع جدل كبير خاصة فيما يتعلق بالكمي والنوعي، بالخصوص أنه في أغلب الأوقات يتم القياس على عناصر ذاتية (رأي المفحوص)، وفي الآونة الأخيرة نم تطوير العديد من السلالم المرتبطة بمنهجية صارمة وهي صالحة لحد الآن في العديد من السلالم الثابتة والمستعملة لقياس نوعية الحياة.

فتقييم نوعية الحياة يمكن أن يكون من خلال تقييم ذاتي (Auto-évaluation) أو تقييم مغاير (Hétéroévaluation).

فيما يخص أدوات قياس نوعية الحياة فقد تم إحصاء حوالي 80 أداة في نهاية 1980 وقد بلغ عددها 500 أداة بعد 20 سنة من ذلك التاريخ وهناك نوعان من السلاليم العامة والخاصة.

- **وسائل القياس العامة (Générique)**

تم تطوير هاته الوسائل لكي تصلح لأكبر عدد من الأفراد والمجتمعات وتغطي مظاهر عديدة من الوجود منها الجسمية، العقلية والاجتماعية للأفراد وللطريقة التي يقيم بها هؤلاء حياتهم. إذ سمحت هذه السلاليم بدراسة ومقارنة مجموعات جد مختلفة إلا أنها جد طويلة ويمكن أن تؤثر على الإجابات، من بين هاته السلالم بعضها ما يتعلق بجودة الحياة العامة وأخرى بجودة الحياة المرتبطة بالصحة وبعضها يكون من نوع تقييم ذاتي.

واليوم يعتبر questionnaire de santé SF-36 Short Form-36 Health (survey questionnary) أكثر المقاييس استعمالا في العالم، وكما يوضح اسمه هو استبيان يركز أكثر على الجانب الجسمي، ومن المؤسف أنه يهمش الجانب النفسي لنوعية الحياة.

ونجد أيضا هناك العديد من المقاييس العامة لنوعية الحياة مثل: SIP(Sickness Impact Profile) لـ (Bergner et al 1976)، NHP (Nottingham Health Profile) لـ (Hunt,1981)، EQ-5D (European Quality of LifeInstrument) لـ (EuroQol group,1990)، (Word Organisation Quality of Life) لـ WHOQOL 100 et WHOQOL 26 (WHOQOL Group, 1994) .

(Leplège et al , 2001, P21)

- **وسائل قياس خاصة**

نوعية الحياة المرتبطة بالصحة العامة أو الخاصة قد انبثقت عن العديد من المحاولات العيادية، والشيء الإيجابي في وسائل القياس العامة انها تسمح بمقارنات بين المجتمعات المختلفة، في حين المقاييس الخاصة تبدو أكثر حساسية لاكتشاف تأثير المرض والعلاجات على مختلف ميادين الحياة بالنسبة لمختلف الأمراض.

(M.Bruchon-schweitzer, 2014, P59)

ومن بين أنواع هاته الاستبيانات ما يلي:

- ✓ **(AIMS) Arthritis Impact Measurement Scale ل (Meenan et al 1982)**

يقيس نوعية الحياة عند الأشخاص المصابين بالتهاب المفاصل بمركز بحث في جامعة بوسطن Boston كان يحتوي في البداية على 57 بند و9 سلالم (الحركية، النشاطات الجسمية، النشاطات اليومية، الأعراض، الصحة المدركة العامة، الإصابة الوظيفية، شدة الالتهاب...إلخ)، تم تحكيم هذه الوسيلة على عينة من 625 مفحوصين حث الباحثين على التعديل والتحسين منه، واقتراح نسخة أو طبعة ثانية AIMS2 أكثر طولا من الأولى ويحتوي على 78 بند و 12 بعدا ثم وضعت نسخة أخرى مطورة ومختصرة ل AIMS2 تحتوي على 26 بندا.

- **ل (QLQ-C30) Quality of Life for Cancer Patients (Aaronson et al 1993)**

تم اقتراحه من طرف (European Organization for Research and Treatment of l'EORTC) من أجل تقييم نوعية حياة الأشخاص المصابين بسرطان الرئة ثم كيف مع المصابين بالسرطان، ويحتوي على 30 بند ويقيس 09 أبعاد لنوعية الحياة الخاصة (الحالة النفسية، النشاطات المحدودة، الحالة المعرفية، الحالة الانفعالية، العلاقات الاجتماعية، الغثيان، التعب، الألم والحالة الصحية العامة)، وقد قدمت دراسات عام 1994 على 500 مريضة مصابة بسرطان الثدي، حيث أكدت استقرار هذا البناء العالمي وتجانسه واستقرار المقاييس.

- **الاستبيانات على شكل تقييم ذاتي**

وهو نوع من الاستبيانات التي تسمح بمقاربة ذاتية لنوعية الحياة وفي مثل هذه الاستبيانات المفحوصين هم من يقومون بملء السلالم وتكون في شروط موحدة قدر الإمكان، وهذا النوع من التقييم تظهر إيجابياته في سهولة وبساطة استعماله كما أنه صالح للاستعمال في الدراسات الطويلة دون خطر إدخال حكم طرف ثالث كما يمكن أن يحدث في السلالم الخاصة بالتقييم المغاير (Hétéroévaluation).

تسمح هاته المقاربة بتقييم نوعي لنوعية الحياة وهذا بالتركيز على النتيجة الكاملة النهائية وكذلك النتيجة الخاصة بكل بعد سواء كان (نفسي، جسمي، اجتماعي...)، كما تسمح سلالم التقييم الذاتي لنوعية الحياة للمفحوص بعرض مشاكله وصعوباته النفسية، المادية، الاجتماعية، الروحانية وحتى الجسمية، ولكن يجب الأخذ بعين الاعتبار الأفراد الذين هم مصابون بمرض عصبي ولهم أعراض على المستوى المعرفي ويجب الحذر عند تقييمهم.

✓ **الاستبيانات على شكل تقييم مغاير**

تكون فيها المقاربة أكثر موضوعية يتم ملء الاستبيان من طرف الأخصائي في إطار المقابلة وهو أكثر سهولة في الدراسات الاكلينيكية، لكن لا يمكن الوصول إلى ذاتية المفحوص من خلاله. **(Christophe.C, 2010, PP129-130)**

6.تأثير السرطان على نوعية الحياة

أظهرت دراسة أجراها قسم الأبحاث والدراسات والتقييم والإحصاء في فرنسا DREES 2006 (حول نوعية حياة المرضى بعد عامين من تشخيص السرطان أن أكثر من 40٪ من المرضى أصيبوا بالسرطان حاليا، اثنان بعد سنوات من التشخيص، درجات جودة الحياة الجسدية والعقلية) التي تم قياسها بواسطة (SF-36 أقل من النسب المئوية الخامسة والعشرين من عامة السكان من نفس الجنس وفي نفس العمر، مع نفس أمراض السرطان، مستوى من التعليم وترتبط المهن العليا بجودة حياة أفضل، أكثر المجالات تدهورا في نوعية الحياة هي "القيود بسبب الحالة البدنية" و"الحيوية"، في المقابل يبدو أن مجال "الحياة والعلاقة مع الآخرين" هو الأقل تأثراً بمرض السرطان".

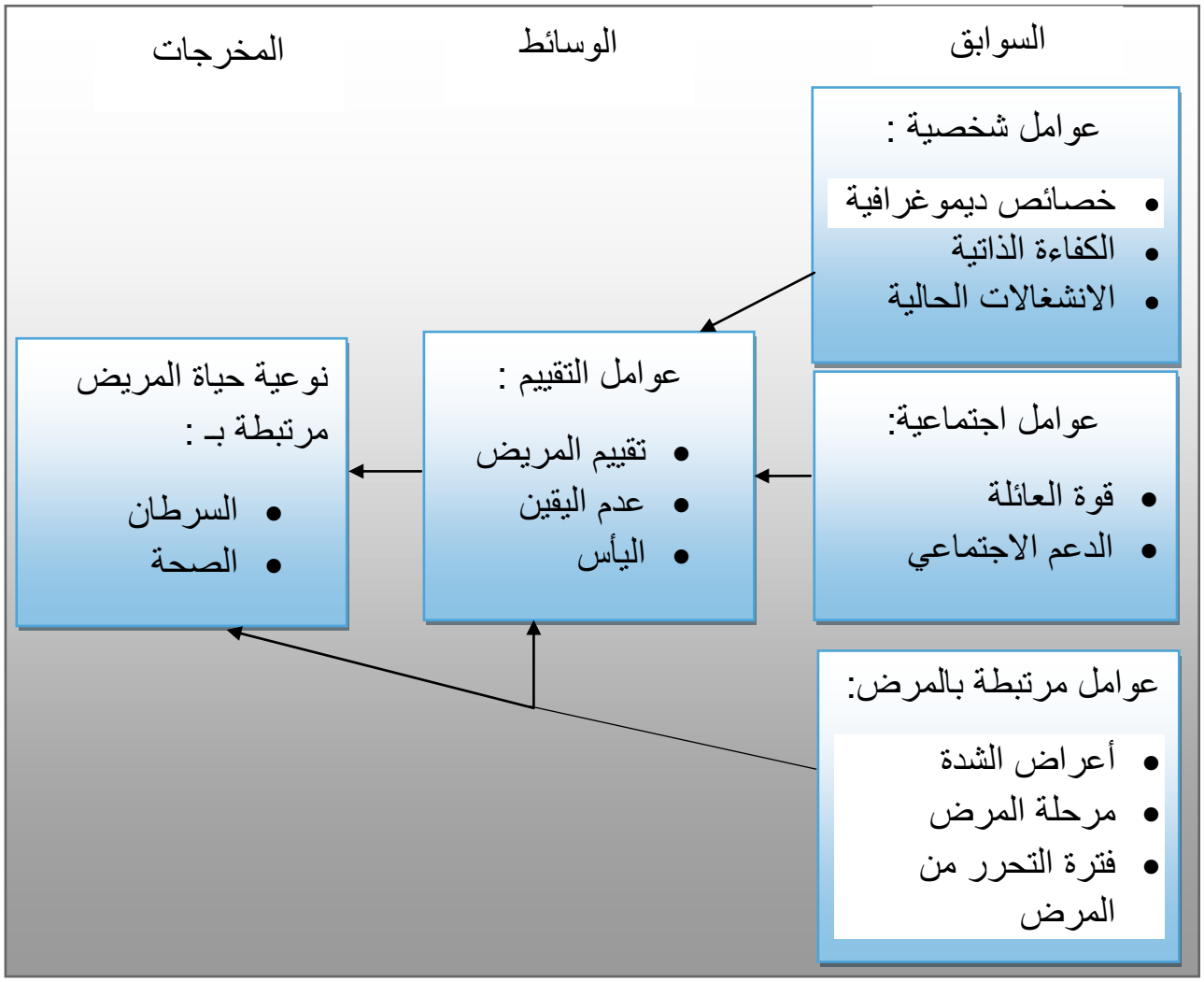
تتمحور نوعية حياة مرضى سرطان حول الآثار الجانبية للعلاج والأثر النفسي وكذا العواقب الجسدية المرتبطة بالجراحة والعلاج الكيميائي كالوذمة الليمفاوية الشديدة والمتوسطة أو المتوسطة (أي تورم الأنسجة الناجم عن انسداد الأوعية أو الغدد الليمفاوية القريبة)، واعتلال الضفيرة (وهو ألم الضفيرة العضدية)، وكسر الضلع، ونخر الأنسجة الرخوة، والالتهاب الرئوي، ساركوما، أمراض القلب، محدودية حركة الكتف...وغيرها من الآثار، حيث أظهرت دراسة DREES أن 54٪ من المرضى أبلغوا عن اثار جانبية محرجة للغاية بعد عامين من التشخيص، بينما أبلغ 46٪ عن عدم وجود آثار بسيطة أو معدومة.

الآثار الجانبية الرئيسية على المدى المتوسط والطويل من العلاج الكيميائي هي العصبية وزيادة الوزن، وانقطاع الدورة الشهرية وانقطاع الطمث، والسكتة القلبية، والسرطان الثاني (المرتبط بالأدوية)، والتعب والمشاكل المعرفية.

تظهر هذه الدراسة أن نوعية الحياة النفسية هي الأكثر تدهورًا لدى مرضى سرطان الانعكاسات النفسية للمرض هي الضغط النفسي والاكتئاب والقلق والصعوبات الجنسية التي تؤدي إلى اضطرابات التكيف والاكتئاب والقلق (25٪ إلى 30٪ في 1 و 2 سنة)، أو حتى حالة من اضطراب ما بعد الصدمة. **(Schraub et al, 2002, P10)**

وقد درس GRAY وزملاؤه (2011) العوامل الثابتة والمتحولة المنبئة بنوعية الحياة لدى المصابين بمرض السرطان على عينة متكونة من 496 مريضا، تم تقييم نوعية الحياة والأداء الوظيفي والأداء المعرفي والعوامل الاجتماعية حيث اثبتت الدراسة انخفاض في نوعية الحياة لدى الإناث وأهم المتغيرات المحدد لها هي التعب والاكتئاب والمعتقدات المرتبطة بالمرض.

كما استخلصت دراسة Northouse وزملاؤه 2002 على عينة من المصابات بسرطان الثدي تأثير المرض على مستوى نوعية حياتهم، ونعرض فيما يلي النموذج الذي استعمله الباحث والذي يعتمد على أسس نظرية ومنهجية هامّه كالنموذج التفاعلي لـــ Lazarus.



المخطط رقم (09): نموذج نوعية الحياة لدى مرضى السرطان

يتضمن هذا النموذج المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية والحيوية ويأتي متوافقا مع النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي.

كما قام BRAUN وزملاؤه (2012) باستكشاف دور نوعية الحياة في مآل السرطان على عينة من 673 مصاب بسرطان البروستاتا ما بين 2001 و 2008 بالمنهج التتبعي باستعمال مقياس الاتحاد الأوربي لنوعية الحياة EORTCQLQ C30، وكانت الابعاد المنبئة بطول أمد الحياة هي الجانب الجسدي والانفعالي والاجتماعي حيث استنتج الباحثون أن مستوى نوعية الحياة في بداية المرض يمكن ان يستعمل كمؤشر لأمد و طول الحياة لدى مريض السرطان. **(زعطوط. 2014، ص ص 42-43)**

خلاصة الفصل

يشير مفهوم نوعية التقييم الذاتي للفرد عن مجالات حياته الجسمية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية والتي تنطلق من معتقدات وأهداف يسعى إليها باستخدام الموارد البيئية التي يملكها بهدف إشباع احتياجاته وتحقيق استقلالية الوصول إلى درجة الرفاهية والرضا عن الوضع والذات.

وتكون نوعية الحياة محددة بعناصر اتفق عليها معظم الباحثين وهي الإحساس الداخلي بالرضا عن الحياة الفعلية والقدرة على رعاية الذات وتحقيقها وتقييم هذا المفهوم لا يخرج من مكوناته ومحتوياته، فكل مقياس لنوعية الحياة يجب أن يشمل مختلف النواحي التي يدركها الفرد على أساس أنها امتداد لحياته.

الفصل السادس

السرطان والعلاج الكيميائي

الفصل السادس: السرطان والعلاج الكيميائي

تمهيد

1. تعريف مرض السرطان
2. نشأة السرطان
3. تصنيف السرطان
4. أعراض السرطان
5. عوامل ظهور مرض السرطان
6. العوامل النفسية الاجتماعية ومرض السرطان
7. الآليات المفسرة للعلاقات بين الضغط والتعامل والسرطان
8. علاج مرض السرطان
9. خصائص العلاج الكيميائي
10. انعكاسات السرطان والعلاج على الصحة النفسية

خلاصة

تمهيد

يعتقد في أغلب الأحيان أن السرطان هو عبارة عن مرض واحد إلا أنه في الحقيقة تعبير يستعمل لوصف ما يزيد عن 200 مرض مختلف، حيث أن السرطان هو اسم يطلق على مجموعة من الأمراض التي تسيطر على الجسم والتي تتصف بتكاثر الخلايا على نحو غير منتظم على شكل ورم Tumeur يغزو نسيج العضو المصاب، وإذا لم يوضع لها حد فإن هذه الخلايا التي تتكاثر تغزو الأنسجة المجاورة لها وتتلفها ويعتبر العلاج الكيميائي من بين العلاجات الأساسية الفعالة في توقيف هذه الأخيرة.

1.تعريف مرض السرطان

هو اسم يطلق على الأمراض التي تصبح فيها خلايا الجسم خلايا غير طبيعية وتنقسم بدون تحكم في هذا الانقسام، وتقوم هذه الخلايا السرطانية بمهاجمة الأنسجة القريبة أو المجاورة لها وقد تنتشر عن طريق الأوعية الدموية واللمفاوية إلى أجزاء أخرى من الجسم.

وهو كذلك نمو غير طبيعي للخلايا التي تميل إلى التكاثر بطريقة غير متحكم فيها وفي بعض الحالات تنتشر في الجسم، أي نمو خبيث أو ورم ينتج بواسطة انقسام (غير متحكم) لخلايا غير طبيعية والذي قد ينتشر إلى أجزاء أخرى من الجسم.

(Nezu et al, 2003, P265)

كما يعرف بأنه طائفة من الأمراض أو الاعتلالات تتميز بانقسام غير متحكم فيه للخلايا مع القدرة لهذه الخلايا على الانتشار إما بالنمو المباشر داخل الأنسجة القريبة عن طريق الغزو والاجتياح لها أو عن طريق الإنزراع في الأجزاء البعيدة بواسطة (Metastasis).

وهذا المصطلح يمثل المظلة الأكثر من مائة مرض تتميز بعدم التحكم والنمو غير الطبيعي للخلايا الخبيثة والتي تنتشر إلى الأنسجة القريبة بعيدا عن طريق الأوعية الدموية أو اللمفية، ويعني ذلك أن السرطان هو عبارة عن نمو غير منظم للخلايا الورمية المتشابهة في نمط سلوكها والتي تنشأ داخل خلايا الجسم.

(lisa hess et al, 2019, P215)

كما يعرف السرطان بأنه انقسام مضاعف لخلية مفردة بمعدل سريع وغير عادي ثم تبدأ هذه الخلايا السرطانية بمجابهة الأنسجة السليمة وتدميرها.

(lisa hess et al, 2019, P214)

وتعرف "الموسوعة العربية الميسرة" (1986) السرطان بأنه: "ورم خبيث ناتج عن تحول أو تغير يصيب الخلايا البشرية ولا يعرف على وجه التحديد سبب هذا التغير في نمو الخلايا وتكاثرها والذي يحدث هذا المرض، هو أن الخلايا البشرية يحث لها تغيير مرضي يجعلها تنمو وتتكاثر بسرعة وبطريقة غير منظمة وتغزو الأنسجة المحيطة بها ثم تنتشر عن طريق الأوعية الليمفاوية والأوعية الدّموية إلى الغدد اللّمفاوية وأعضاء الجسم الأخرى.

2. نشأة السرطان

ينشأ السرطان حين تنقلب خلايا نسيج ما بالجسم لتصبح شاذة تنمو وتتكاثر دون تحكم وتخرج عن خط النمو والتبدل الطبيعي، وبدلا من أن تموت في طورها النهائي تستمر في النمو والتكاثر نتيجة خلايا شاذة جديدة وتتكدس الخلايا السرطانية وتكون كتلة أو تضخما يسمى بالورم، يقوم عند تقدم نموه بالضغط على الأنسجة المجاورة وإزاحتها ويمكنه أن يغزو ويدمر الخلايا الطبيعية يستثنى من ذلك بعض الأنواع مثل خلايا سرطان ابيضاض الدم، التي لا تكون كتلا ورمية وإنما تنشأ في الأعضاء المنتجة للدم (النخاع العظمي والجهاز الليمفاوي) وتنتقل عبره إلى بعض الأنسجة والأعضاء الحيوية الأخرى.

ويمكن لبعض من الخلايا الورمية أن تخرج من محيطها وتنتقل إلى أعضاء أخرى بالجسم لتواصل نموها الشاذ وغير الطبيعي والخارج عن التحكم حيث تستقر وتستنسخ نفسها لتكون أوراما مثيلة في الموضع الجديد.

ويسمى هذا الانتقال بالانتشار أو الانبثاث Métastasis وتسمى الأورام الناتجة عقب الانتقال عادة بالأورام المنتقلة أو الثانوية تمييزا لها عن الأورام الأصلية.

تنشأ الخلايا السرطانية عند حدوث اختلال أو عطب بالحمض النووي DNA للخلايا الطبيعية وهذا الحمض هو المادة الكيميائية التي تحمل التعليمات الموجهة لنظام ودورة حياة الخلايا، ويقوم بالتحكم في كل نشاطاتها بما في ذلك تكوين البروتينات والأنزيمات اللازمة للعمليات الحيوية مثل عمليات الأيض والتكاثر والنمو كما يحتوي على جميع الشفرات الوراثية.

وثمة أجزاء من الحمض النووي تعرف بالمورثات أو الجينات (Genes) والتي يحتوي بعض منها على التعليمات التي تتحكم في آلية النمو والانقسام وبالتالي التضاعف والتكاثر لإنتاج خلايا جديدة ومنها مورثات معينة تحدث وتعدل عمليات انقسام الخلية.

وتسمى اصطلاحا بطليعة المورثات الورمية ومورثات أخرى تبطئ وتكبح الانقسام والتكاثر، أو تعطي التعليمات للإفناء الذاتي للخلية وتسمى بالمورثات الكابحة للتورم.

وقد يحدث السرطان نتيجة اختلال أو عطب أو تغير جذري ببنية الحمض النووي مما يدفع إلى تشغيل طليعة المورث الورمي دون ضوابط، مما يفقده القدرة على التحكم في نمو الخلية وتكاثرها أو يبطل عمل الجينات الكابحة للتورم. **(Danl Longo, 2018, P105)**

وبمعنى آخر تقوم الخلايا بالتكاثر والانقسام والنمو بتوجيه من برنامج مشفر بحمضها النووي وتتلقى إشارة بالتوقف عند حد معين حيث يتوفر الكم المطلوب من الخلايا فيتوقف الانقسام والتكاثر، ويتم تشغيل برامج تالية توجه الخلايا لإنتاج البروتينات اللازمة لتصبح خلايا بالغة قادرة على القيام بالمهام المنوطة بها أي أن نظام الانقسام والنمو والعمل يتوقف ويبدأ وينشط حسب نظام متسلسل تعاقبي وخال من الأخطاء لينتج خلايا طبيعية سليمة، وثمة عدة أوجه لعرقلة ومقاطعة تقدم هذا النظام المنهجي فمثلا أن حدث قصور في إشارة التوقف ولم تعمل لسبب ما تستمر الخلايا في الانقسام والتكاثر دون ضوابط وتكون كتلة شاذة متضخمة أو عند حدوث قصور في عمل الموروثات الكابحة التي تنتج بروتينا معينا يكون مسؤولا عن توقيف الخلية عند وجود عطب بالحمض النووي، سواء لإصلاح الخلل أو لإفنائها ذاتيا عند تعذر الاصطلاح.

فحين لا يعمل هذا البروتين لسبب ما تستمر الخلايا ذات الحمض النووي المعطوب في الانقسام وإنتاج خلايا جديدة، مسببة المزيد من العطب في الموروثات الأخرى التي يأتي دورها تاليا في العمليات الحيوية والتي تتحكم في نمو وتطور الخلايا وينتهي الأمر بنشوء السرطان. **(العاسمي، 2016، ص160)**

3.تصنيف السرطان

قبل الإشارة إلى تصنيف السرطانات لابد من التطـــرق إلـــى التـــسميات التـــي عادة تطلق على أي نمو غير طبيعي:

- **الورم Tumor**

هـــو أي نمـــو أو تـــضخم غيـــر طبيعـــي أو ظهـــور كتلـــة غريبة في الجسم ويعتبر الـــورم مـــرادف لكلمـــة تنـــشؤ Neoplasm، ولكـــن يقصد بالورم التنشؤ الصلب وتوجد تنـــشؤات غيـــر صلبـــة مثـــل الليوكيميـــا لا تنتج أوراما.

- **التنشؤ Neoplasm**

وهي كلمة انجليزية تعتبر أكثـــر دقـــة مـــن كلمـــة ورم وتعني تكاثر الخلايا ذات الطفرات الجينية والخلايا المتنشئة نوعان:

- ✓ **تنشؤ ورم حميـــد Begnin**

وهـــو تنـــشؤ يتـــصف بـــأن نمـــوه وتكـــاثره محدود وغيـــر غـــازي ولا يتميـــز بالانتـــشار يمكن استئـــصاله دون أن يعـــود للنمو ثانية في أغلب الأحوال والأهم مـــن ذلـــك أنـــه نـــادرا مـــا يعـــد مهـــددا للحياة.

- ✓ **تنشؤ ورم خبيث Malignant**

وهو ما يقصد به السرطـــان Cancer وهـــو النوع الخطر الذي يتميز إضافة إلى البنية والنمو الشاذين بالمقدرة علـــى غـــزو الأنسجة أو الأعضاء الحيوية سواء المجاورة لموضع نشوئه أو البعيدة والتأثير عليها، وأحيانا تدميرها وذلك لمقدرة خلاياه على اختراق الأنسجة والانتشار والانتقال من مواضع نشوئها إلى مواضع أخرى بالجسم وفي الأغلب يتم انتقالها إلى المواضع البعيدة عبر الدورة الدموية والجهاز الليمفاوي.

(Danl longo, 2018, P105)

والجدول التالي يوضح الفروق بين تنشؤ الورم الحميد والخبيث:

الجدول رقم (06): يوضح الفروق بين تنشؤ الورم الحميد والخبيث

	الأورام الحميدة	الأورام الخبيثة
توضع الورم	يدفع بالنسيج الطبيعي جانبا يكون محاطا بمحفظة وواضح الحدود.	يغزو النسيج الطبيعي المحيط به لا يكون محاطا بمحفظة وتكون حدوده مختلطة مع النسيج الطبيعي.
مدى انتشاره	يقتصر على الكتلة الورمية ونموها.	قد يؤدي إلى حدوث التموضعات في العقد اللمفية القريبة والبعيدة كما يصيب الورم أعضاء أخرى.
سرعة النمو	بطيئة.	قد تكون سريعة أو بطيئة.
النتيجة	عادة حميدة.	قد تكون مميتة إذا لم يعالج الورم.
العلاج	الجراحة شافية.	قد لا تكون الجراحة وحدها شافية وتحتاج إلى علاج كيميائي أو شعاعي داعم.

حيث أن العلماء اكتشفوا أكثر من (100) نوع من الأورام السرطانية في جسم الانسان ويكون تصنيف السرطانات بناءا على التشابه بين الخلية السرطانية والخلية السليمة، لكن هذه الأنواع تقسم إلى أربع مجموعات وهي:

- **التسرطن (Carcinomas)**

وهي الأورام الناشئة عن خلايا النسيج الظاهري Epithelial cells كما هو الحال في الأورام الخبيثة التي تصيب خلايا الجلد، وفي أعضاء الجسم كالغدد وأجهزة الهضم والتنفس والتناسل، وتمثل هذا النوع (85%) من حالات السرطانات المختلفة وهي تشكل

أكبر مجموعة من السرطانات وخصوصا سرطان الثدي والبروستاتا والرئة والبنكرياس.

- **السرطان اللمفاوي (Lymphomas)**

وهي الأورام التي تصيب الجهاز اللمفاوي.

- **السرطان اللّحمي والعضلي (Sarcomas)**

وهي الأورام المشتقة من النسيج الضام Connective Tissue ومن خلايا اللحمة المتوسطة Mesenchymal cells، كما هو الحال في الأورام التي تصيب العضلات والغضاريف و العظام.

- **سرطان الدم أو اللوكيميا (Leukemia)**

وهو السرطان الذي يصيب المواد التي تشكل الدم مثل نقي العظام، والسرطان الذي يصيب خلايا الدم.

- **ميلوما (Myeloma)**

وهو تنشؤ خبيث ينشأ في خلايا البلازما للنخاع العظمي.

(lisa hess, 2019, P311)

4. أعراض السرطان

هناك مجموعة من الأعراض المرتبطة بمرض السرطان يمكن تصنيفها على النحو التالي:

❖ **أعراض ناتجة عن النمو السريع وغير الطبيعي للخلايا**

تؤدي وتيرة النمو السريع وغير الطبيعي للخلايا السرطانية إلى استهلاك طاقة الجسم بشكل كبير واستنزاف موارده لتغذية هذه الوتائر المتسارعة للنمو على حساب احتياجات بقية أعضاء الجسم ووظائفها الحيوية وهذا قد يسبب:

- فقد الدم نتيجة الاستهلاك المتزايد.
- الإنهاك والتعب (الخطيب).
- نقصان الوزن والنحول.
- فقدان الشهية.
- عسر الهضم.
- إمساك أو إسهال.
- حرارة غير عادية مع ضعف الحالة العامة للجسم، التي يصعب التحكم فيها بالعلاج بالمضادات الحيوية.
- آلام متناقلة متواترة الحدوث دون أسباب معينة.

(Schweitzer et al, 2003, P03)

❖ **أعراض ناتجة عن فقدان وظيفة العضو المصاب**

إن الخلايا السرطانية لا تؤدي وظائفها الطبيعية إنما تؤديها بشكل مضطرب على هيئة:

- زيادة غير طبيعية في معدلات العمل مثل: الإفراز الزائد لبعض الغدد مثل الغدة الدرقية أو البنكرياس.

- نقص في الأداء أو توقفه بشكل كامل مثلما يحدث بالفشل الكلوي أو الرئوي أو قصور الكبد، أو تحلل مكونات الدم.
- القي والسعال.
- قد تتجمع هذه الخلايا بسبب النمو السريع مشكلة كتلة تحتل حيزا ليس لها فتعرقل عمل العضو المصاب، كأن تتشكل كتلة في الأمعاء فتحدث بها انسدادا أو كتلة داخل الرأس تضغط على المناطق الأخرى فتعطلها.
- ظهور كتل ليفية على مستوى الثدي أو الغدة الدرقية.

(Schweitzer et al, 2003 ,P3)

❖ **أعراض ناتجة عن الانتشار والتأثير على الأعضاء الأخرى**

- الغزو المباشر أي أن تنمو الخلايا مخترقة الأنسجة إلى أنسجة أخرى مجاورة وفي طريقها قد تصطدم بأي شيء يقف في طريقها.
- حدوث تمزقات في الأوعية الدموية ومن ثم نزيف.
- ضغط على المناطق العصبية وحدوث آلام شديدة.
- نفث دم متكرر، نزيف رحمي، بيلة دموية، نزيف شرجي.
- تقرحات جلدية وتقرحات مخاطية. **(Schweitzer et al, 2003, P3)**

5. عوامل ظهور مرض السرطان

هناك مجموعة من العوامل المسببة والمسهلة لحدوث مرض السرطان نذكر منها:

✓ **العوامل الكيميائية**

وهي مواد تحدث طفرات تسمى بالمواد المطفرة وعند تراكم عدة طفرات في الخلية قد تصبح سرطانية وتسمى المواد التي تحدث سرطانات بالمواد المسرطنة، هناك مواد محددة مرتبطة بسرطانات محددة مثل: التدخين المرتبط بسرطان الرئة والمثانة والتعرض لحجر الأسبوتس قد يؤدي إلى حدوث أورام الميزوثيليوما Mesothelioma، أما الكحول فهو من المواد المسرطنة وغير المطفرة، ويعتقد أن هذه المواد تؤثر على الانقسام الميتوزي وليس على المادة المورثة فهي تسرع من انقسام الخلايا الذي يمنع أي تدارك لإصلاح أي تلف في المادة المورثة.

✓ **العوامل الإشعاعية**

التعرض إلى الأشعة قد يسبب السرطان ومثال ذلك الإشعاع ات المنبعثة من الرادون أو التعرض إلى الأشعة فوق البنفسجية من الشمس.

(Nezu et al, 2003, P270)

✓ **أمراض معدية**

قد تتبع بعض السرطانات من عدوى فيروسية ومن أهم الفيروسات المرتبطة بالسرطانات هي فيرس الورم الحليمي البشري والتهاب الكبد الوبائي "ب" والتهاب الكبد الوبائي "C"، وفيروس اللمفومة وابيضاض الدم البشري، تنقسم السرطانات التي سببها عدوى فيروسية بحسب تغيير الفيروس الخلية

السليمة إلى خلية سرطانية إلى قسمين أولهما سرطانات فيروسية حادة التغير وثانيهما سرطانات فيروسية بطيئة التغير.

في السرطانات الفيروسية حادة التغير يحمل الفيروس جين يحفز من إنتاج بروتين من جين ورمي وعندها تتحول الخلية السليمة إلى خلية سرطانية.

وفي المقابل تتكون السرطانات الفيروسية بطيئة التغير عندما يلتحم جينوم الفيروس في مكان قريب من جين ورمي أولي في الخلية السليمة، وبما أن الفيروس يقوم بتشفير جيناته فبسبب تجاور الجين الفيروسي والجين الورمي يتم أيضا تشفير الجين الورمي.

وقد تم مؤخرا اكتشاف ارتباط بين سرطان المعدة وبكتيرية الملوية البوابية Helicobacter pylori والتي تحدث التهاب في جدار المعدة وقد تؤدي إلى إصابتها بالسرطان. **(Danial morgenszten et Al, 2020, P254)**

✓ **عوامل هرمونية**

قد يحدث الخلل الهرموني آثار تشبه آثار المسرطنات غير المطفرة فهي تزيد من سرعة نمو الخلايا وتعد زيادة الاستروجين التي تعزز حدوث سرطان بطانة الرحم من أحسن الأمثلة على ذلك.

✓ **العوامل الوراثية**

وهي انتقال جين يحمل طفرة من أحد الأبوين إلى الابن وتعد من أهم المسببات لمعظم السرطانات من أمثلة السرطانات المرتبطة بطفرات مورثة:

- داء السلائل الغدي العائلي وهو مرض وراثي قد يؤدي إلى سرطان القولون.

- متلازمـــة داون وهـــي حمـــل كرومـــوزوم 21 زائـــد، تتطـــور إلـــى ســـرطان الليسيميا أو سرطان الخصية.

(Danial morgenszten et Al, 2020, P255)

6. العوامل النفسية الاجتماعية ومرض السرطان

قام بعض الباحثين بإجراء دراسات من نوع جديد معتمدة رؤيا مختلفة كليا عن الدراسات السابقة وتناولت فكرة وجود شخصية ذات استعداد للإصابة بالسرطان، فلقد سادت ولعقود طويلة فكرة معينة لدى بعضهم تتبنى وجود أنماط معينة من الشخصية تكون مهيأة للإصابة بالسرطان أكثر من غيرها، كالنمط سهل الانقياد والخانع، والنمط الذي يميل إلى كبت عواطفه كي لا تتدخل بأدائه لوظائفه الاجتماعية والعاطفية، وقام الكوميدي الأمريكي "وودي ألن" (Woody Allen) في فيلمه الشهير "مانهاتن" بالتعبير عن هذه الفكرة حيث قال: "لا أستطيع التعبير عن غضبي وهذه إحدى المشاكل التي أواجهها، لكنني بدلا من ذلك سأطور سرطانا".

فالشخص المعرض للإصابة بالسرطان يتميز بمعاناته من الكف وبأنه محافظ اجتماعيا واذعاني، وقهري ومكتئب، إضافة إلى أنه شخص لا يواجه صعوبة في التعبير عن توتره وغضبه أو قلقه فقط، وإنما نجده يظهر بمظهر الشخص المبتهج والمغتبط وهادئ الطبع والمطيع السلبي (Bahnson,1981) (Renneker, 1981).

وحسب "باهنسون" فإن مرضى السرطان يلجؤون إلى ميكانزمات دفاعية معينة كالإنكار والكبت ويعبرون عن عواطفهم بصورة غير سوية (Bahnson,1981)، فما يسمى النمط "C" أو النمط ذي الاستعداد للسرطان يوصف بأنه يستجيب للضغوط بالاكتئاب واليأس والاحتفاظ بالعواطف السلبية ولجمها.

(Nicole delvaux et Al, 2019, P86)

لقد عانت الدراسات التي تناولت سمات الشخصية وعلاقتها بالسرطان من عدد من المشكلات المنهجية، بحيث بات من الصعب تحديد فيما إذا كان لمرض السرطان ارتباط مباشر بعوامل الشخصية هذه أم أن هذه العوامل تتطور كنتيجة للسرطان؟، أي بما معناه هل السّبب أم النتيجة؟.

لقد كشف بعض الأبحاث عن وجود ارتباط إيجابي بين الاكتئاب والسرطان.

(Eg Dattore et Al, 1980, Persky et Al, 1987)

وعند وجود صلة ولو أنها متواضعة بين نشوء السرطان واستخدام الانكار أو استراتيجيات الكبت (Mckenna et Al, 1999) بينما فشلت دراسات أخرى في التعرف على أية مؤشرات نفسية اجتماعية تتنبأ بالسرطان.

(Eg: Joffres et Al,1985, Keene, 1980)

قام بعض الباحثين بتناول العلاقة بين الضغط والسرطان وفق منهج يركز عن الضغط الذي يتسبب عن الأحداث الرّئيسية في الحياة وعلاقته بتطوّر السرطان، فالدراسات التي أجريت على الحيوان أشارت إلى وجود مثل هذه الصلة فالحيوانات التي تعرضت لضغوط الازدحام مثلا أظهرت نسبة أعلى من الإصابة بالأورام الخبيثة.

(Eg Amkraut & Al, 1971)

أما بالنسبة للإنسان فلا يوجد دراسات علمية عميقة تجعلنا نجزم بوجود مثل هذه العلاقات بين الضغط الناجم عن أحداث لا يمكن التحكم بها والسرطان.

(Mckenna et al, 1981)

ويعتقد أيضا أن نقص المساندة الاجتماعية بشكل خاص يؤثر نشوء السرطان وتطوره فغياب الروابط العائلية خلال مرحلة الطفولة يعتبر من المؤشرات التي يمكنها التنبأ بالعديد من الأمراض المزمنة مثل ارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب التاجية، كما ارتبط عدم ارتباط الشخص بشبكة من العلاقات الاجتماعية المساندة بنسبة أعلى من الإصابة بالسرطان.

ويتسارع تطور المرض أيضا وأظهرت احدى الدراسات الطويلة التي أجريت في كاليفورنيا حول العوامل المرتبطة بحدوث السرطان ومعدل الوفيات والتحليل المستقبلي للمرض، أن العوامل الخطورة التي تؤدي للوفاة بسبب السرطان كانت أعلى بل وبمستوى ذات دلالة لدى النساء اللّواتي عانين طويلا من العزلة اجتماعية.

(العاسمي، 2016، ص161)

7. الآليات المفسّرة للعلاقات بين الضغط والتعامل والسرطان
Mechanisms Linking stress, coping and cancer

ترى ما هي الصلة بين الأحداث الضاغطة والسرطان؟ هناك من الباحثين من يعتقد بوجود علاقة بالجهاز المناعي حيث أن باستطاعة المناعة الخلوية والخلايا الطبيعية القاتلة (NK) بصورة خاصة أن تقوم بوظيفة الرقابة في الجسم والقضاء على الخلايا السرطانية والخلايا المصابة بالفيروس، ويمكن للضغط النّفسي أن يحد من قدرة الخلايا القاتلة (NK) في القضاء على الأورام السرطانية.

(Eg Glaser, et Al 1986, Locke , Kraus & Leserman , 1984)

وتدل هذه النتيجة على أهمية نشاط الخلايا القاتلة في المحافظة على بقاء بعض مرضى السرطان على قيد الحياة وبوجه الخصوص مرضى سرطان الثدي المبكر.

(S.M, Levy, et Al, 1991)

وإجمالا فإن الكفاءة المناعية تتدنى لدى مرضى السرطان كما أن نجاح العلاج والشفاء يعتمد بدوره على نجاح أساليب تعزيز المناعة لديهم.

(G.F.Solomon, et Al, 1974)

وبدأ الباحثون أيضا باستكشاف المسارات التي يمكن أن تأثر من خلالها أساليب التعامل على سير مرض السرطان فوجدوا أن الأنترلوكين (Interleukin-6 (IL-6)) كان مؤشرا على تقدم المرض في أمراض السرطان النّسائية.

أما المسارات التي من خلالها تؤثر الضغوط في ظهور السرطان وتطوره فسيبقى من موضوعات البحث المهمة والحيوية وربما سيظلّ كذلك لعقود طويلة قادمة أيضا.

8. علاج مرض السرطان

يعتبر مرض السرطان عبارة عن مجموعة من الأمراض ومن المؤكد أن العلاج من هذا المرض يتضمن مجموعة من العلاجات والتي تختلف حسب مكان السرطان ودرجته ومرحلته وحالة المريض، وفيما يلي ذكر لأهم هذه العلاجات:

- **العلاج الجراحي**

يعتمد على حجم الورم ومدى انتشار المرض حيث يستهدف العمل الجراحي الوصول إلى موضع الورم من أقصر الطرق وأقلها تأثيرا على أنسجة الجسم السليمة ومن ثم التحقق من تسرطن الورم، عبر استخلاص خزعة من أنسجته وتحليلها تمهيدا لاستئصال أكبر كم ممكن من النسيج السرطاني وبأقل أضرار ممكنة وباستخدام كافة التقنيات المتوفرة، مع مراعاة تأثير ذلك على الأعضاء الحيوية المجاورة إضافة إلى إزالة مساحة معينة من الأنسجة والأعضاء القريبة خصوصا الغدد الليمفاوية أو أي مواضع من المعتاد انتقال خلايا الورم موضوع الجراحة إليها.

- **العلاج الكيميائي**

هو نوع من الأدوية التي تثبط نمو الخلايا وتمنع انقسامها وانتشارها وهو نوع من السمية للخلايا، حيث تصيب الخلايا النامية بالتلف ومشكلة العلاج الكيميائي أن سميته تطال الخلايا السرطانية وغير السرطانية وبالذات الخلايا ذات النشاط الحيوي والمتجددة مثل: الشعر (يؤثر على نموه وتساقطه).

- الخلايا ذات النشاط الجنسي مثل البويضات والحيوانات المنوية.
- الخلايا الدورية مثل خلايا الدم حيث يثبط العلاج نمو واستبدال الخلايا ما يحدث نقص بالمناعة بسبب هبوط كريات الدم البيضاء، فقر الدم بسبب الأثر على الكريات الحمراء، النزيف بسبب الأثر على الصفائح الدموية.

وقد يستعمل العلاج الكيميائي تلطيفيا لتصغير الأورام ولتخفيف الألم وتقليل الأعراض كما قد يستعمل قبل الجراحة أو بعدها. **(Danl longo, 2018, 525)**

- **العلاج الإشعاعي**

يوظف العلاج الإشعاعي التطبيقات المختلفة للإشعاع في تدمير بنية الخلايا السرطانية ومعالجة الأورام سواء باستخدام العناصر والنظائر المشعة، أو توليد دفق إشعاعي عالي الطاقة وتسليطه على الأنسجة والخلايا الورمية بغية القضاء عليها نهائيا أو تقليص كتلة الورم لتخفيف تأثيراته.

وتكمن فعالية هذا العلاج في قدرته على تدمير جزيئات DNA في الخلايا السرطانية ما يؤدي إلى موتهم وأثناء العلاج الإشعاعي تتأثر الخلايا السليمة بالإشعاع ما يؤدي إلى تدميرها والذي يؤدي بدوره إلى أعراض جانبية، لكن رغم هذا يمكن لهذه الخلايا أن تتجدد لأن لديها القدرة على تصليح نفسها يمكن أن يحدث العلاج الإشعاعي آثار جانبية مثل الغثيان، التقيؤ، إسهال، فقدان الشعر، فقر الدم، يمكن لهذه الآثار الجانبية أن تتبدد بعد أن تأخذ الخلايا وقتا لتجدد وتستأنف نشاطها الطبيعي. **(Nezu et al, 2003, P269)**

- **العلاج المناعي**

يعرف أيضا بالعلاج الحيوي أو العلاج المعدل للاستجابة الحيوية وهو علاج بتوظيف آليات عمل الجهاز المناعي المختلفة خصوصا الآليات المتعلقة بتمييز الخلايا الدخيلة وإثارة ردود الفعل المناعي، وآليات رفع معدل إنتاج الخلايا المناعية وتعزيزها، بغية دعم وتحفيز جهاز المناعة بشكل مباشر أو غير مباشر سواء لمقاومة الأمراض ومكافحة العدوى أو لمعاملة الخلايا السرطانية كخلايا عدوة وتدميرها أو للمساعدة في إدارة التأثيرات الجانبية لعلاج الأورام، وذلك باستخدام مركبات حيوية تفرزها خلايا المنظومة المناعية طبيعيا. **(Danl longo, 2018, P516)**

- **علاجات أخرى**

✓ **العلاج بواسطة زراعة النخاع العظمي**

يستهدف هذا العلاج استبدال خلايا المنشأ بالنخاع المصاب بالسرطان أو المحـــبط بالعلاجات بخلايا سليمة ومعافاة قادرة على النمو والتكاثر وإنتاج خلايا الدم.

✓ **العلاج الهرموني**

يعمل هذا الأسلوب العلاجي على منع الخلايا السرطانية من تلقي واستقبال الهرمونات الضرورية لنموها وهو يتم عن طريق تعاطي عقاقير تغير عمل الهرمونات أو عن طريق إجراء جراحة لاستئصال الأعضاء المنتجة للهرمونات مثل المبايض، فيستعمل لبعض الأورام المتأثرة بالنشاط الهرموني مثل عـــلاج التـــامو كـــسفين لـــسرطان الثدي، علاج البروجسترون (هرمون أنثوي) لسرطان البروستات.

✓ **العلاج الجيني**

ويستهدف هذا العلاج الجينات التي تؤدي طفرة التحول السرطاني.

(Danl longo, 2018, P517)

9. خصائص العلاج الكيميائي

✓ آلية عمل العلاج الكيميائي

تمتلك أدوية العلاج الكيميائي المختلفة آليات عمل مميزة تستخدم لاستهداف أنواع معينة من السرطان، يكون بروتكول العلاج الكيميائي إما قبل الجراحة لتقليص حجم الورم الكبير أو لمجرد توقيف نمو الخلايا السرطانية بشكل عام أو لعلاج السرطان الذي انتشر في أجزاء مختلفة من الجسم أو للقضاء على جميع الخلايا السرطانية المتحولة والمتنامية بسرعة لمنع المزيد من الانتكاس في المستقبل كما تستعمل حتي مع حالات الرعاية الملطفة.

يوجد اليوم أكثر من 100 دواء للعلاج الكيميائي معتمدة لأنواع مختلفة من السرطانات تشمل الفئات المختلفة لأدوية العلاج الكيميائي مضادات الأيض والقلويدات النباتية والمضادات الحيوية المضادة للأورام ومثبطات توبويزوميراز، يتخذ اختصاصي الأورام قرارا بشأن دواء العلاج الكيميائي الذي يجب استخدامه لعلاج مريض السرطان بناء على عوامل مختلفة. وتشمل هذه:

- نوع ومرحلة السرطان و موقع السرطان في الجسم.
- العمر والظروف الطبية الحالية للمريض مع السوابق المرضية.

(Danl longo, 2018, P391)

➢ الآثار الجانبية الجسدية للعلاج الكيميائي

العلاج الكيميائي هو العلاج الأساسي لمعظم أنواع السرطان وفي مختلف مراحله إلا أنه مرتبط بالعديد من الآثار الجانبية قصيرة وطويلة المدى. يمكن أن تؤثر بشكل كبير على نوعية حياة المريض.

الجدول رقم (07): يمثل الآثار الجانبية الجسدية للعلاج الكيميائي

الآثار قصيرة المدى	الآثار طويلة المدى
الألم – تساقط الشعر– استفراغ و غثيان – فقدان الشهية – الإمساك أو الإسهال– إرهاق – اضطرابات النوم – مشكلة في التنفس –تغيرات الجلد – أعراض تشبه أعراض الانفلونزا – التهاب المريء – قروح الفم –مشاكل الكلى والمثانة – فقر الدم – عدوى –مشاكل تخثر الدم – زيادة النزيف.	– خطر الإصابة بالسرطان الثاني. – الألم المزمن. – مخاطر الإصابة بأمراض القلب. – مخاطر الإصابة بأمراض الرئة. – خطر السكتة الدماغية اللّاحقة. – خطر الإصابة بهشاشة العظام. – أمراض الجهاز المناعي.

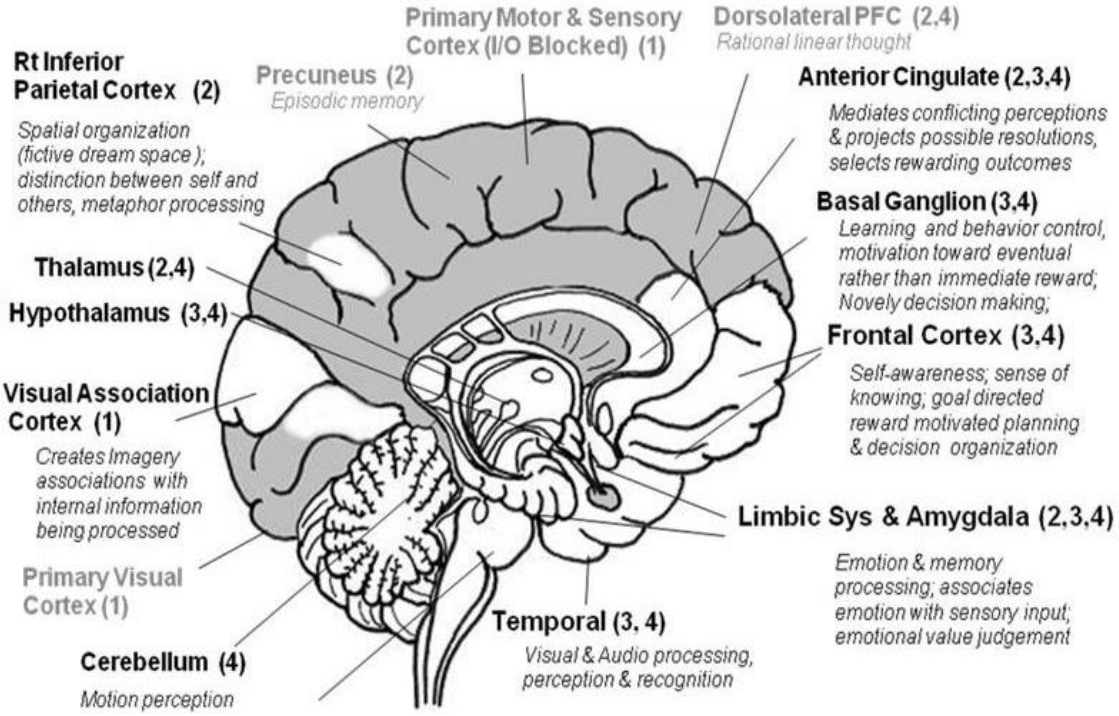
(Danial et Al, 2020, P401)

- **الآثار الجانبية النفسية العصبية للعلاج الكيميائي**

يطرأ على مرضى السرطان تغيرات نفسية عصبية أثناء العلاج خاصة العلاجات الكيميائية الوريدية العالية التأثير مثل: (ميثوتريكسيت – سيتربين) وأيضا استخدام الأدوية المضادة للألم، وقد تكون هذه التغيرات أو التأثيرات مؤقتة أو طويلة الأمد كاضطرابات الوظائف الادراكية واضطرابات الذاكرة مع نقص الأداء الوظيفي.

ويكون ظهور الاضطرابات المعرفية أثناء العلاج الكيميائي أو بعده راجعا إلى التغيير الذي يحصل في المادة البيضاء الموجودة في الدماغ والتي تتكون من الميالين والذي يقوم بنوع من العزل للألياف العصبية ويسمح للإشارات للانتقال بسرعة بين الخلايا العصبية، وأيضا ظهور اختلالات في المادة الرمادية للدماغ في مناطق معينة من الدماغ مثل قرن أمون والحصين وهي مناطق مسؤولة في عملية الذاكرة والانفعالات.

(Bénédicte et al, 2015, p4)



شكل رقم (10): موقع الوظائف المعرفية العصبية من الدماغ

ويمكن لهذه الاضطرابات المعرفية أن يكون لها تأثير كبير على الحالة الانفعالية للمريض وعلى الحياة المهنية والاجتماعية للمريض، كما أسفر بحث "Taphourn" وزملاؤه سنة 2000 عن مستوى نوعية الحياة لدى المصابين بالأورام الدماغية وذلك باستعمال استبيان المنظمة الأوروبية لبحوث علاج السرطان وهو EORTCQLQ-C30 وكذا التقييم الوظيفي لعلاج السرطان FACT حيث يؤكد هذا الأخير على المجالات النفسية والاجتماعية أكثر منه على الأعراض الطبية وأكد الباحثون على أثر الجراحة والعلاج الكيميائي على نوعية الحياة وعلى الأداء المعرفي للمرضى.

(Nicole delvaux et Al, 2019, P149)

وجاء أيضا في دراسة "عبد الله ومنصور" (2012) فقد قاما بدراسة أثر العلاج الكيميائي على نوعية الحياة لدى المصابين بابيضاض الدم المزمن على عينة من 131 مصابا، واستعمل الباحثان نسخة مختصرة من مقياس نوعية الحياة الخاص بمنظمة الاتحاد الأوروبي المتعلقة بالسرطان، وأظهرت الدراسة ارتباطا إحصائيا دالا بين الجنس ومؤشر الزحمة والحالة الزوجية والمهنية ومدة المرض تطوره والأداء الوظيفي مع نوعية الحياة، ولم يظهر هذا الارتباط مع العمر والمستوى التعليمي والحالة الاجتماعية والاقتصادية.

(العاسمي، 2016، ص 165)

10. انعكاسات السرطان والعلاج على الصحة النفسية

يحمل تعبير الآثار النفسية لمرض السرطان جانبين: من جهة الآثار النفسية للمرض لحظة اكتشافه، ومن جهة أخرى آثار العلاج، وطرق تكيف المرضى مع العلاجات الشاقة والطويلة المدى. وفي هذين المستويين فإنه يمكن أن تؤدي الاضطرابات النفسية والتكيف غير المناسب إلى ارتفاع المعاناة التي يعبر عنها المريض عن طريق كلمة "ألم" وامتثال سيء للعلاج الذي يعرض فرص شفاء ومآل المريض للخطر يمكن أن تجتمع التظاهرات المتتالية لتهديد مرض السرطان في مجموعات أساسية والمتمثلة في:

- **قلق الموت**

يبدأ من خلال كلمة "سرطان" التي تدعى في ذهنيات بالمرض الخطير القاتل وفي هذا السياق المعلومات المنقولة وغير المنقولة إلى المريض خلال مختلف مراحل مرضه لها شطرين يمكن لها أن تساعده على العيش كما هو أو أن تحمل له معاناة وفقدانات.

فبالإضافة إلى ما يعيشه المريض من إحساس بالفقد فقد ينتابه إحساس آخر وهو عدم الأمان بسبب الخطر الداهم والمستقبل المجهول، فالعيش في أجواء غياب التيقن وعدم الثقة في المستقبل من المشاعر التي تتولد بقوة لدى مرضى السرطان. **(Salamagne,1994, P17)**

- **الخوف من المعاناة**

يظهر مرتبطا بمفهوم أن مرض السرطان هو مرض قاتل "على نار هادئة" ويتدعم هذا الخوف من المعاناة من خلال حقيقة أن الآلام لا تزال غير هادئة كفاية مما يولد صعوبات مع المحيط.

إن رؤية المريض لمعاناة أقربائه غير محتملة وتولد عدة سلوكات دفاعية ويعيش المعالجون من جهتهم شعور بالفشل والإخفاق، العجز، الذنب نتيجة عدم التحكم في آلام مرضاهم حيث يظهرون شعورا بالإحباط في العلاقة مع المريض الذي فقد الثقة في المعالج نتيجة ثبات واستمرار الآلام .

- **الاكتئاب**

ويحدث التشاؤم بنسبة عالية لدى مرضى السرطان وذلك من خلال تركيز اهتماماتهم وحصرها على الاحتمالات السلبية للأحداث القادمة، وتخيل الجانب السلبي في النص وهذا التشاؤم أو التوقع السلبي للأحداث قد يثبط عزائمهم.

بالإضافة إلى هذا يتعامل بعض المرضى مع المرض بإنكاره أصلا ويرفضون التحدث عنه مع الآخرين وبعد التشخيص مباشرة ويشعرون بالرفض بشكل كبير للاعتقاد بأنه خطأ في التشخيص أو خطأ في نتائج الفحص، وقد يستمر هذا الإحساس بالرفض حتى أثناء بدء العلاج.

حيث يعد الاكتئاب خبرة مشتركة بين مرضى السّرطان على الرغم من أن نسبة انتشاره تختلف من دراسة إلى أخرى، فقد توصل "كريستنسن" وآخرون (Christensen et al) إلى نسبة (13.7%) كنسبة انتشار للاكتئاب الكبير.

وضمن عينة دنماركية مصابة بسرطان الثدي في مرحلة مبكرة بلغ عددها 3232 لوحظ ارتفاع نسبة انتشار الاكتئاب لدى من هم في سن شبابي إذ بلغت 17.9% ما بين سن 18–35 سنة، وبصورة عكسية لدى المسنين إذ بلغت النسبة 11.2% ما بين سن 60 – 69 سنة.

ويمكن للاكتئاب أن يرتبط بالاختلالات البدنية عقب المرض وعند الطور المتقدم منه وخلال تواجد الألم، كما أن العلاج الكيميائي والجراحي قد يشكل مصدرا لإحداث الاكتئاب لديهم بسبب الآثار الجانبية السلبية كاضطراب الصورة الجسمية والأعراض البدنية.

وقد توصل كل من "واطسون" (Watson) و"هافيلاند" (Haviland) و"جرير" (Greer) و"دافيدسون" (Davidson) أن مستويات الاكتئاب تكون مرتبطة وبصورة دالة مع ارتفاع نسبة الوفاة عقب 5 سنوات بين مجموعة مرضى السرطان الذين هم على قيد الحياة. **(Nicole delvaux, et Al, 2019, P629)**

- **الخوف من تغير صورة الجسم**

يتأثر المريض بالعبارات والكلمات التي توجه إليه والمتعلقة بتأثير سمية العلاج الكيميائي والعلاج بالأشعة على جسمه تدرك التغيرات الجسمية على الجسم بالنسبة للمعالجيــن ظاهرة روتينية، في حين يعيش المحيط العائلي والاجتماعي هذه التغيرات كسمــة وأثــر لمرض السرطان وككشف عن مرض خطير ومهدد.

يمكن أن تـــضطرب شخـــصية المـــريض بـــسبب تغيـــرات صورته الجسمية وتؤدي إلى رفـــض العـــلاج الكيميـــائي أو حتى الانتحـــار في بعض الحالات.

(Salamagne,1994, P18)

- **اضطرابات الصورة الجسمية**

مشكلات الصورة الجسمية تعد من أعمق الانعكاسات النفسية الناتجة عن علاجات السرطان، لاسيما إن تركت العلاجات آثارا أو جروحا أو ندبات تذكر المريض بتجربة مؤلمه مما يولد ضغطا واكتئابا تنعكس على مجالات حياته المختلفة سواء مع عائلته أو أشخاص آخرين.

فالمرأة التي خضعت لجراحة الثدي (استئصال) تتأثر بهذه العملية وتنشغل حول ما استجد على صورتها الجسمية إذ يترتب على ذلك أسى وتشعر بانخفاض على مستوى الجاذبية، ففي دراسة لـــــــــ 546 مريضة تتراوح أعمارهن ما بين 22–50 سنة خضعن لعلاج جراحي على مستوى الثدي (Fabian et al, 2006) فأسفرت الدراسة أن ما يزيد عن نصف العينة نقلن تجربتهن حول مشكلات تتعلق بالصورة الجسمية بعد عملية الاستئصال حول حياتهن الجنسية لاسيما مشكلات فهم الشريك مشكلات في فهم وجدانات المرأة، وفقدان الشعر الناجم عن العلاج الكيماوي انخفاض لتقدير الذات، وانشغالات حول اكتساب الوزن. **(Nicole delvaux, et Al, 2019, P603)**

- **اضطراب في الوظيفة الجنسية**

قد يفرز السّرطان مشكلات على مستوى الوظيفة الجنسية وهذا حسب نوع السرطان وموقعه وباختلاف الجنسين، فقد أشار "فوبار" (Fobair) و"سبيجال" (Spiegel) 2009 بالنسبة للمصابات بسرطان الثدي الذين ظلوا على قيد الحياة تحدثن عن مشكلاتهم الجنسية إذ تراوحت النسبة ما بين 50–47 %.

تتضمن مشاكل الوظيفة الجنسية فقدان الرغبة الجنسية لدى كل من الرجل أو المرأة، اختلال في وظيفة الانتصاب لدى الرجل من الرجل أو المرأة، اختلال في وظيفة الانتصاب لدى الرجل، آلام في العلاقة، وقد تستمر اختلالات الوظيفة الجنسية حتى سنوات من العلاج كما يمكن أن تفرز بعض العلاجات مثلا كاستئصال البروستات أو الرحم العقم. إن مثل هذه الاختلالات قد تعزى أيضا إلى العلاج الكيميائي، الاشعاعي، الجراحي، مضادات الألم، مضادات الاكتئاب والذهان.

(Nicole delvaux et Al, 2019, P614)

- **الهذيان**

الهذيان مشكل سيكاتري ينجم عن الآثار المباشرة للسرطان على الجهاز العصبي والآثار غير المباشرة لتعقيدات المرض والعلاج الكيماوي، إن ضعف الوظائف المعرفية من انتباه وتركيز ووعي إضافة إلى الاستثارة الهيجانية تعد منبئة ودالة على الهذيان هذا ما أشار إليه "كيلي" (Kelly) و"لجيبيسفلجرفيك" (Ljubisavljevic).

- **مشكلات اجتماعية**

مما لاشك فيه أن تداعيات السرطان لا تنحصر في الفرد وبصورة فردية ولكن تتعداها إلى الجانب العلائقي مصاب – عائلة، مصاب – طبيب، مصاب – فرقة طبية، وبسبب الوضع النفسي والصحي الذي يكون عليه المريض قد تتأثر وتضطرب العلاقة فانشغال وقلق العائلة قد ينقل إلى المريض وتظهر مظاهره في سلوكياتهم فيدرك أن الوضع خطير جدّا وتزداد حالته تأزما.

وعلى أهل المريض وعلى الطبيب وعلى الفرقة المعالجة معرفة الوضع النفسي للمريض بالموازاة مع وضعه الصحي من أجل أفضل تكفل نفسي وطبي.

(Lisa hess, et Al, 2019, P86)

حيث يمس السرطان الدور الاجتماعي لاسيما العائلي والمهني للمريض مثل كل الأمراض الخطيرة ويدرك المرضى منذ بداية مرضهم النتائج الأكثر إثارة للقلق والمتعلقة بالسرطان، مثل التراجع في الدور الحياتي الذي كان يؤديه المريض، كأب، ابن، أم.... كما يفقد المريض سيطرته على مقدرات حياته ويصبح جزءا كبيرا منها خاضع لمقتضيات المرض والعلاج ويتبع فقدان السيطرة، فقدان الاستقلالية بما يعني تزايد اعتماد المرضى على الآخرين.

وأيضا فقدان القدرة على ذواتهم وعلى محيطهم وفي الواقع يجر مرض السرطان غالبا انقطاع في الوضعية الاجتماعية ومشاكل مالية، ويؤدي التوقف عن العمل وفقدان الدور العائلي بالمريض إلى الإحساس بعدم الجدوى والنفع.

وعلى الرغم من أثار مرض السرطان هاته على الحياة النفسية والاجتماعية للمريض والتي تؤثر عليه بصورة سلبية، فإن هذا الأخير يجد نفسه أمام وضعيات تدفعه إلى التعامل مع هذه الآثار وذلك لتقبل المرض والتكيف معه.

خلاصة

إذا كانت الوقاية خير من العلاج فإن الكشف المبكر خير وسيلة للتخلص من هذا المرض إذا لم يكن الابتعاد والوقاية ممكنين وكانت إحدى أهم المواقف الضاغطة لا المرض بحد ذاته بل الخوف من المرض وعلاجه وفي بعض الأحيان يؤدي بصاحبه إلى تجنب مواجهته حيث يقول الدكتور "اندرفون اسكنباك" رئيس المعهد القومي للسرطان: "أن الناس لا يموتون لأنهم مصابون بالسرطان وإنما يموتون عندما يعرفون أنهم مصابون بالسرطان ولو نكتشفه في توقيت مبكر لأمكننا أن نفعل له شيئا"، فالغرض من العلاج والكشف المبكر هو ضمان لشفاء مرضى السرطان وتمديد امد حياتهم وتحسين نوعية حياتهم وتتسم بعض أنواع السرطان الأكثر شيوعا مثل سرطان الثدي، سرطان عنق الرحم وسرطان القلون بمعدل شفاء مرتفع عندما يتم الكشف عنها في مراحل مبكرة وعلاجها، كما تستند معظم حالات السرطان إلى العلاج الكيميائي الذي بدوره يحتاج بروتوكولات طبية ونفسية متعددة التخصصات مرافقة لما يحدثه من آثار جانبية مثل الألم.

الجانب التطبيقي

الفصل السابع
منهجية البحث

الفصل السابع: منهجية البحث

تمهيد

1. منهج الدراسة
2. الدراسة الاستطلاعية
3. العينة وخصائصها
4. أدوات الدراسة
5. الخصائص السيكومترية لأدوات البحث
6. الأدوات الإحصائية
7. الاطار المكاني والزماني للبحث
8. إجراءات البحث

خلاصة

تمهيد

لا يخلو بحث ميداني من جانب نظري باعتباره أساس قاعدي له يتبع بجانب تطبيقي إذ يشكل هذا الفصل مدخلا منهجيا للبحث الميداني حيث سنتناول فيه أولا المنهج المستخدم والدراسة الاستطلاعية للبحث، بالإضافة إلى العينة مع ذكر خصائصها والأدوات المستخدمة في هذه الدراسة مع تحديد الخصائص السيكومترية ومختلف الأدوات الإحصائية المستخدمة التي تتناسب مع موضوع البحث وفرضياته وهذا ما سيرد ذكره في هذا الفصل.

1. منهج الدراسة

يتحدد منهج الدراسة من خلال طبيعة الموضوع وأهدافه: "فالمنهج هو الطريق المؤدي إلى الكشف عن الحقيقة في العلوم بواسطة طائفة من القواعد العامّة المصوغة من أجل الوصول إلى الحقيقة في العمل". **(الذنيبات وآخرون، 2001، ص102)**

أما المنهج المستخدم في الدراسة هو المنهج الوصفي الإحصائي حيث يقوم هذا المنهج على جمع كل ما يتعلق بالظاهرة، موضوع الدراسة باستخدام الملاحظة والمقابلة والاستبيانات والمقاييس، ثم تصنيف المعلومات في جداول وإعدادها للاستقراء واستخلاص النّتائج كما انه يسمح بتعميم النتائج المتحصل عليها. **(دويدار، 2000، ص274)**

ان اختيار المنهج يكون مرتبط بكيفية تناول الباحث لموضوعه فالبحث الذي يعتمد على دراسة الواقع أو الظاهرة كما توجد في الواقع، ويهتم بوصفها وصفا دقيقا من خلال التعبير النوعي الذي يصف الظاهرة و يوضح خصائصها أو التعبير الكمي الذي يعطي وصفا رقميا يوضح مقدار وحجم الظاهرة. **(عباس وآخرون، 2007، ص74)**

2. الدراسة الاستطلاعية

تعد الدراسة الاستطلاعيّة ذات أهمية بالغة في البحث العلمي لأنها تعد الباحث للتعرف على الظروف التي سيتم فيها إجراء البحث والصعوبات التي تواجهه في تطبيق أدواته.

إن الهدف من الدراسة الاستطلاعيّة هو:

- التأكد من وجود عينة البحث في الميدان من خلال المقابلات الأولية التي أجريناها مع المرضى المعانون من الآلام المزمنة.
- التعرف على أدوات البحث وقدرتها على قياس متغيرات البحث.
- التأكد من فهم مجموعة البحث لأدوات البحث من حيث التعليمة وعبارات البنود.
- التعرف على الصعوبات التي قد يتعرض لها الباحث ليتفاداها في إجراءات الدراسة الأساسية.

قبل التأكد والحسم في اختيار الموضوع الذي نحن بصدد دراسته وكأخصائية نفسانية في مصلحة طب الاعصاب وحسب ملاحظتنا المسبقة لحالات المرضى المعانون من الألم تم التأكد من إمكانية الوصول الى عينة البحث التي ستجرى بها الدراسة، حيث تم إجراء عدة مقابلات مع عينة تكونت من 35 مرضى معانين من الألم ولاحظنا من خلالها ان أغلب المرضى يعانون من حالات نفسية كالقلق، الخوف من المستقبل، الإحباط والضغط النفسي فتم التطبيق معهم مقياس الألم ومقياس المواجهة الاستباقية ومقياس مركز الضبط الصحي ومقياس نوعية الحياة وذلك للتأكد من صلاحية قياسها لمتغيرات البحث، كما تم الشرح لهم الهدف من الدراسة بعد ان أبدوا الرغبة في المشاركة.

حيث سمحت لنا هذه الدراسة الاستطلاعية بالتأكد من وجود القدر الكافي للعينة الخاصة بالدراسة وبالتالي مواصلة البحث كما تمكنا من:

- تحديد العيّنة و ضبطها.
- تحديد الإشكالية تحديدا دقيقا مع إعادة ضبط مفاهيم البحث و فرضياته.
- تحديد أدوات البحث بدقة.

3. العينة وخصائصها

تم التعامل في البحث الحالي بالعينة اللاعشوائية نظرا لصعوبة ضبط وتحديد المجتمع الأصلي وسحب عينة بطريقة عشوائية منه، وبالتالي بلغ العدد الإجمالي لعينة البحث 85 مريضا مصابا بالسرطان خاضع للعلاج الكيميائي.

❖ **من حيث عامل الجنس**

الجدول رقم (08): توزيع عينة البحث حسب عامل الجنس

الجنس	العدد	النسبة المئوية
ذكر	49	%57,6
انثى	36	%42,4
المجموع	85	%100

❖ **من حيث عامل السن**

الجدول رقم (09): توزيع عينة البحث حسب عامل السن

الفئات السنية	العدد	النسبة المئوية
من 18 سنة الى 29 سنة	17	%20
من 30 سنة الى 45 سنة	18	%21,2
من 46 سنة الى 60	27	%31,8
أكثر من 60 سنة	23	%27,1
المجموع	85	%100

❖ من حيث عامل المستوى التعليمي

الجدول رقم (10): توزيع عينة البحث حسب عامل المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	العدد	النسبة المئوية
ابتدائي / متوسط	40	%47,1
ثانوي	22	%25,9
جامعي	23	%27,1
المجموع	85	%100

❖ من حيث نوع السرطان

الجدول رقم (11): توزيع عينة البحث حسب نوع السرطان

نوع السرطان	العدد	النسبة المئوية	نوع السرطان	العدد	النسبة المئوية
سرطان بروستاتا	2	%3,5	سرطان الثدي	14	%16,5
سرطان الدماغ	10	%11,8	سرطان الرحم	5	%5,9
سرطان الجلد	2	%2,4	سرطان المعدة	4	%4,7
سرطان الدم	14	%16,5	سرطان القولون	6	%7,1
سرطان الكلية	5	%5,9	سرطان البنكرياس	3	%3,5
سرطان الرئة	7	%8,2	سرطان العظام	4	%7,4
سرطان الكبد	8	%9,4	المجموع	85	%100

❖ **من حيث مدة العلاج**

الجدول رقم (12): توزيع عينة البحث حسب مدة العلاج

مدة العلاج	العدد	النسبة المئوية
أكثر من 6 أشهر	47	%55,3
من 6 أشهر فأقل	38	%44,7

4. أدوات الدراسة

نظرا لطبيعة المتغيرات المدروسة ونوعية الفرضيات المطروحة فلقد اعتمدنا على خمسة أدوات أساسية:

- المقابلة العيادية.
- مقياس المواجهة الاستباقية PCI.
- مقياس مصدر الضّبط الصّحي لـــ والستون.
- سلم الألم EVA.
- مقياس نوعية الحياة SF 12 v2.

✓ **المقابلة العياديّة**

وهي من أهم الوسائل المستخدمة في البحوث النفسية والاجتماعية كما أنها تعتبر المحور الأساسي الذي تدور حوله عملية الفحص والعلاج النّفسي، فهي تتيح الفرصة للفاحص كي يتمكن من الحصول على المعلومات حول المفحوص وذلك وفق خطة وأسس معينة.

تعرف Collette Chiland المقابلة بأنها: "علاقة ثنائية تستلزم حضور الفاحص والمفحوص، و يمكن أن تدخل هذه التقنية في إطار علاقة مساعدة لما تتميز به من حيث تركيزها على الشخص في فرديته ووحدته". **(C.Chiland, 1989, P120)**

كما تعرف بأنها: "لقاء بين شخصين أو أكثر هدفها تسجيل المعلومات أو الوصول إلى أكبر قدر منها من أجل الوصول إلى تحقيق هدف شخصي أو تقييمي أو تقويمي".

(زغبوش، 2011، ص115)

حيث اعتمدنا في الدراسة الحالية على المقابلة العيادية كوسيلة أساسية لجمع البيانات واستنادا إلى طبيعة الموضوع المدروسة وعينة البحث وجدنا أنه من الأفضل أن نعتمد على "المقابلة النصف موجهة"، التي تعتمد على أن تقدم للمفحوص دليل المقابلة أو مجموعة من المقاييس التي تقيس فروض البحث وذلك لتوجيه المريض نحو المعطيات التي نريد الحصول عليها مع اعطائه درجة من الحرية في التعبير عن معاشه المرضي .

وقد عملنا على تسيير هذه المقابلة بصياغة مجموعة من الأسئلة وضعناها في صورة دليل المقابلة الذي يحتوي على محاور وكل محور يضم مجموعة من الأسئلة وتمثلت المحاور في:

- **المحور الأول**

بيانات عامّة حول المصاب بمرض السرطان والخاضع للعلاج الكيميائي.

- **المحور الثاني**

المرض والعلاج (تاريخ تشخيص المرض، الأعراض الأولى، استطلاع معاناة الألم، الفحوص الطبية، طبيعة الاستشفاء والعلاج)، جعل المريض يتحدث عن خبرته الفيزيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية المتعلقة بالمرض بالإضافة الى الاستعانة بالملف الطبي لكل مريض ومختلف لقاءات واجتماعات الفريق الطبي التي تدرس حالات المرضى.

- **المحور الثالث**

الطلب من المريض التّعبير عن حالته النّفسية ثمّ التّطبيق عليه مقياس المواجهة الاستباقية PCI.

➢ **المحور الرابع**

حول نوع مركز الضّبط الصحي الّذي يستعمله المرضى ويتم طرح أسئلة تتعلق بالسلوكات الصحية الّتي يتبعها المرضى، تم تطبيق مقياس مصدر الضبط الصحي ل"والستن وآخرون" (Wallston et al).

➢ **المحور الخامس**

حول تقييم مستوى الألم الذي يعاني منه هؤلاء المرضى اثناء تلقي العلاج الكيميائي حيث يحدد المفحوص درجة الألم بمساعدة السلم الرقمي للألم (EVA).

➢ **المحور السادس**

حول نوعية الحياة الخاصة بهذه الفئة من المرضى وذلك بتطبيق مقياس نوعية الحياة لمرضى السرطان بصيغته المختصرة SF 12 v2.

✓ **مقياس المواجهة الاستباقية PCI**

مقياس المواجهة الاستباقية الذي طوره مجموعة من علماء النفس الكنديين: Ralf Schwarzer , Esther Greenglass وSteffen Taubert أداة بحث متعددة الأبعاد يتكوّن من 55 بند.

ويحتوي المقياس على 7 مقاييس فرعية:

- التهيؤ للمواجهة (14 بند) Proactive Coping.
- التأمل للمواجهة (11 بند) Reflective Coping.
- التخطيط الاستراتيجي (4 بنود) Strategic Planing.
- المواجهة الوقائية (10 بنود) Preventive Coping.
- البحث عن الدّعم الوسيلي (8 بنود) Instrumental Support Seeking.
- البحث عن الدعم الوجداني (5بنود) Emotional Support Seeking.
- تجني المواجهة (3بنود) Avoidance Coping.

- **طريقة تصحيح الإجابات**

غير صحيح تمامًا =1، غير صحيح إلى حد ما = 2، صحيح إلى حد ما = 3، صحيح تمامًا = 4.

البند (2 – 19– 14) بنود سالبة تصحّح عكس بقية البنود.

(E. Greenglass and all, 1999, P2)

✓ **مقياس مركز الضبط الصحي ل"والستن"**

يعد مقياس مصدر الضبط الصحي الذي أعده "والستون وآخرون" Wallston et al والذي كيفه وقننه على البيئة الجزائرية جبالي نور الدين 2006، من أهم مقاييس مصدر الضبط النوعية استخداما في مجال الصحة وعلم النفس.

يهدف مقياس مصدر الضبط الصحي متعدد الأبعاد إلى قياس وكشف تقديرات الفرد الذاتية حول صحته، بحيث يميل بعض الأفراد إلى الاعتقاد بدورهم في مقاومة المرض ضبط داخلي، بينما يعتقد الآخرون في القدر وتأثير الآخرين كالأطباء وأفراد عائلاتهم في تحديد صحتهم و مرضهم.

يتكون مقياس مصدر الضبط من 18 عبارة من عبارات التقدير الذاتي حيث تنقسم العبارات إلى ثلاثة مقاييس فرعية هي:

- مصدر الضّبط الصحي الداخلي IHLC ويتضمن: 1– 6– 8– 12– 13– 17.
- مصدر الضبط نفوذ الآخرين PHLC ويتضمن : 3– 5– 7– 10– 14– 18.
- مصدر الضّبط الخارجي الحظّ CHLC و يتضمن: 2– 4– 9– 11– 15– 16.

- **طريقة التصحيح**

وتتم الإجابة على بنود الاختبار وفق خمسة اختيارات:

(5) نقاط إذا كانت الإجابة موافقة تماما، (4) نقاط إذا كانت الإجابة موافق، (3) إذا كانت الإجابة غير متأكد، (2) إذا كانت الإجابة غير موافق، (1) إذا كانت الإجابة غير موافق تماما.

وتعتبر الدّرجات المحصّل عليها في كل مقياس الدّليل على اتجاه الفرد في مصدر ضبطه الصحي.

✓ **سلم الالم EVA (échelle d'évaluation analogique)**

وهو مقياس وضعه Huskisson في 1974 هو مقياس التقييم الذاتي للألم يتميز بالحساسية و التي يمكن الاعتماد عليها والتحقق من صحتها في كل من حالات الألم المزمن و الحاد، استعماله يعرف بكثرة في تقييم الألم لدى المصابين بالسرطان كما تم تمديد استعماله مع الالام المصاحبة لأمراض أخرى.

يتكون المقياس من وجهين: الأول يخص المريض والوجه الآخر يحتوي على سلم من 0 إلى 10، والذي يتم وضع علامة على طرفيه على التوالي: من غياب الألم إلى ألم حاد.

0: لا يوجد ألم.

1-3: ألم خفيف.

4-6: ألم متوسط.

7-10: ألم شديد.

✓ **مقياس نوعية الحياة SF 12 v2**

هو مقياس مختصر لمقياس SF 36 يستعمل بكثرة باللغة الإنجليزية ترجم إلى عدة لغات أكثر من 10 لغات، من خصائص هذا المقياس يسمح بقياس درجتين من نوعية الحياة:

- درجة لنوعية الحياة العقلية.
- ودرجة لنوعية الحياة الجسدية.

كما أن المقياس يضم 12 بندا تتوزع على 08 مقاييس فرعية نذكرها كالتالي:

- التوظيف العضوي Physical Fonctioning.
- دور الجسم Role Physical.
- الآلام الجسدية Bodely Pain.
- الصحة العامة General Health.
- الحيوية Vitality.
- التوظيف الاجتماعي Social Fonctioning.
- دور الانفعال Role Emotional.
- الصحة العقلية Mental Health.

والمقياس عبارة عن تقرير ذاتي يستغرق تطبيقه حوالي 15 دقيقة حيث الدرجة 100 هي أعلى درجة وتشير إلى نوعية حياة جيدة أي توظيف عقلي وجسمي مرتفع، وتشير الدرجة 50 فما تحت إلى نوعية حياة رديئة.

5. الخصائص السيكو مترية لأدوات البحث

➢ **الخصائص السيكو مترية لمقياس المواجهة الاستباقية**

- **الصدق**

تم تحديد صدق المقياس بطريقتين هما:

✓ **صدق المحتوى أو صدق المحكمين**

بناءا على آراء المحكمين والذي أسفرت نتائجه على الإبقاء على كل البنود وعدم الحذف منها وتم الاتفاق التام على سلامة الترجمة (انظر الملحق رقم 5)، وتم حساب صدق المحكمين أيضا من حيث ان العبارة تترجم ما جاء في العبارة الاصلية بالطريقة التالية:

- **طريقة "لاوشي" Lawshe**

وقد أظهرت النتائج باستخدام "لاوشي" بأن متوسط درجات صدق محتوى عبارات المقياس المترجمة ككل CVR = 0.92 وهذا يعني أن الترجمة ملائمة وبالتالي يمكن تطبيق المقياس على افراد العينة.

- **صدق الاتساق الداخلي**

لتقدير مدى وجود تماسك داخلي بين البنود ونظرا لخصوصية المقياس كون كل بعد أو استراتيجية مستقلة عن الاخرى ولا يتعامل المقياس بالدرجة الكلية، تم تحديد صدق الاتساق الداخلي بحساب معامل ارتباط بيرسون لكل بند ببعده، وتمثلت النتائج على النحو الاتي:

البعد الأول: التهيؤ للمواجهة

جدول رقم (13): نتائج صدق الاتساق الداخلي لارتباط البنود ببعد التهيؤ للمواجهة

رقم البند	قيمة الارتباط ودلالته	رقم البند	قيمة الارتباط ودلالته
1	0,54	8	0,52
2	0,45	9	0,54
3	0,53	10	0,58
4	0,72	11	0,38
5	0,51	12	0,73
6	0,66	13	0,50
7	0,57	14	0,38

يتضح لنا من الجدول أن قيم معامل ارتباط البنود ببعدها التهيؤ للمواجهة تراوحت بين 0,38 و0,73 وكل هذه القيم دالة إحصائيا تعكس تشبع البنود بالبعد، أي أن البنود الأربع عشر تقيس كلها التهيؤ للمواجهة وسيحتفظ بها في البحث.

البعد الثاني: التأمل للمواجهة

جدول رقم (14): نتائج صدق الاتساق الداخلي لارتباط البنود ببعد التأمل للمواجهة

رقم البند	قيمة الارتباط ودلالته	رقم البند	قيمة الارتباط ودلالته
15	0,55	20	0,68
16	0,36	21	0,31
17	0,63	22	0,54
18	0,62	23	0,56
19	0,57	24	0,61
		25	0,70

يظهر من الجدول أعلاه أن قيم ارتباط البنود ببعد التأمل للمواجهة تراوحت بين 0,36 و0,70 وهي كلها قيم دالة إحصائيا تعكس تشبع البنود بالبعد، بالتالي سيحتفظ بها ما عدى البند 21 الذي قدرت قيمة معامل ارتباطه بالبعد 0,31 وهي غير دالة احصائيا لذلك سيتم حذفه في البحث.

البعد الثالث: التخطيط الاستراتيجي

جدول رقم (15): نتائج صدق الاتساق الداخلي لارتباط البنود ببعد التخطيط الاستراتيجي

رقم البند	قيمة الارتباط ودلالته	رقم البند	قيمة الارتباط ودلالته
26	0,55	28	0,73
27	0,60	29	0,58

يتضح لنا من الجدول أن قيم معامل ارتباط البنود ببعدها التخطيط الاستراتيجي تراوحت بين 0,55 و 0,73 وكل هذه القيم دالة احصائيا تعكس تشبع البنود بالبعد، أي أن البنود الأربعة كلها تقيس التخطيط الاستراتيجي وسيحتفظ بها في البحث.

البعد الرابع: المواجهة الوقائية

جدول رقم (16): نتائج صدق الاتساق الداخلي لارتباط البنود ببعد المواجهة الوقائية

رقم البند	قيمة الارتباط ودلالته	رقم البند	قيمة الارتباط ودلالته
30	0,08	35	0,48
31	0,38	36	0,39
32	0,41	37	0,18
33	0,60	38	0,51
34	0,61	39	0,69

يظهر من الجدول أعلاه أن قيم ارتباط البنود ببعد المواجهة الوقائية تراوحت بين 0,38 و0,69 وهي كلها قيم دالة احصائيا تعكس تشبع البنود بالبعد بالتالي سيحتفظ بها، ما عدى بندي 30 الذي قدرت قيمة معامل ارتباطه بالبعد 0,08 والبند 37 الذي قدرت قيمة ارتباطه بالبعد 0,18 وهي غير دالة احصائيا لذلك سيتم حذفهما في البحث.

البعد الخامس: البحث عن الدعم الوسيلي

جدول رقم (17): نتائج صدق الاتساق الداخلي لارتباط البنود ببعد الدعم الوسيلي

رقم البند	قيمة الارتباط ودلالته	رقم البند	قيمة الارتباط ودلالته
40	0,49	44	0,52
41	0,43	45	0,37
42	0,41	46	0,60
43	0,37	47	0,8

يتضح لنا من الجدول أن قيم معامل ارتباط البنود ببعدها تراوحت بين 0,37 و0,80 وكل هذه القيم دالة إحصائيا تعكس تشبع البنود بالبعد أي أن البنود الثمانية كلها تقيس التهيؤ للمواجهة وسيحتفظ بها في البحث.

البعد السادس: البحث عن الدعم الوجداني

جدول رقم (18): نتائج صدق الاتساق الداخلي لارتباط البنود ببعد البحث عن الدعم الوجداني

رقم البند	قيمة الارتباط ودلالته	رقم البند	قيمة الارتباط ودلالته
48	0,40	50	0,42
49	0,06	51	0,63
		52	0,36

يظهر من الجدول أعلاه أن قيم ارتباط البنود ببعد الدعم الوجداني تراوحت بين 0,36 و0,63 وهي كلها قيم دالة احصائيا تعكس تشبع البنود بالبعد بالتالي سيحتفظ بها، ما عدى البند 49 الذي قدرت قيمة معامل ارتباطه بالبعد 0,06 وهي غير دالة احصائيا لذلك سيتم حذفه في البحث.

البعد السابع: تجنب المواجهة

جدول رقم (19): نتائج صدق الاتساق الداخلي لارتباط البنود ببعد تجنب المواجهة

رقم البند	قيمة الارتباط ودلالته	رقم البند	قيمة الارتباط ودلالته
53	0,38	54	0,46
		55	0,10

يظهر من الجدول أعلاه أن قيم ارتباط البنود ببعد تجنب المواجهة تراوحت بين 0,38 و0,46 وهي كلها قيم دالة احصائيا تعكس تشبع البنود بالبعد بالتالي سيحتفظ بها، ما عدى البند 55 الذي قدرت قيمة معامل ارتباطه بالبعد 0,10 وهي غير دالة احصائيا لذلك سيتم حذفه في البحث.

بالرجوع للنتائج الواردة في الجداول (13)، (14)، (15)، (16)، (17)، (18) و(19) التي أبرزت ارتباط البنود بأبعادها الأمر الذي يعكس التماسك الداخلي للبنود بأبعادها أي تميز المقياس بالصدق، ما عدى البنود: 21، 30، 37، 49، 55 فهي غير مشبعة بأبعاد المقياس لذلك سيتم خذفها في الدراسة الاساسية للبحث.

- **الثبات**

تم اعتماد ثبات الاتساق الداخلي بطريقة التباين وذلك بتطبيق معادلة الفا كرونباخ Alphade cronbach وتمثلت النتائج كما هي موضحة في الجدول الموالي:

جدول رقم (20): نتائج معامل ثبات الاتساق الداخلي لمقياس المواجهة الاستباقية بمعادلة الفا كرونباخ

البعد	قيمة معامل الثبات	البعد	قيمة معامل الثبات
التهيؤ للمواجهة	0,87	المواجهة الوقائية	0,75
التهيؤ للمواجهة	0,85	البحث عن الدعم الوسيلي	0,79
التخطيط الاستراتيجي	0,79	البحث عن الدعم الوجداني	0,67
		تجنب المواجهة	0,79

حسب ما يظهره الجدول أعلاه تراوحت قيمة معامل الثبات بين 0,67 و0,87 وهذه القيم تعكس تميز المقياس بالثبات من حدود المقبول الى الجيد.

- **الخصائص السيكو مترية لمقياس مركز الضبط الصحي**
  - **الصدق**

صدق المحتوى

تم استطلاع آراء المحكمين لاختبار صدق المقياس فطلب من مجموعة متكوّنة من 8 أساتذة مختصين جمعوا بين العمل الأكاديمي والممارسة العيادية حيث قاموا بـــ: تقييم عبارات المقياس ومدى تطابق محتوى البنود بين النسخة الأصلية باللغة الإنجليزية والنسخة المترجمة للعربية، تقييم المقياس من خلال وضوحه في صياغته اللّغوية ومدى علاقته بالموضوع الذي يقيسه ووضوح التعليمية وسهولة التّنقيط والتصحيح وتم الموافقة من طرف كل الأستاذة على صلاحيّة المقياس لموضوع البحث.

صدق الاتساق الداخلي

لتقدير مدى وجود تماسك داخلي بين البنود ونظرا لخصوصية المقياس كون كل بعد مستقل عن الاخر ولا يتعامل المقياس بالدرجة الكلية، تم تحديد صدق الاتساق الداخلي بحساب معامل ارتباط بيرسون لكل بند ببعده وتمثلت النتائج على النحو الآتي:

البعد الأول: مركز الضبط الصحي الداخلي

جدول رقم (21): نتائج صدق الاتساق الداخلي لارتباط البنود ببعد مركز الضبط الصحي الداخلي

رقم البند	قيمة الارتباط ودلالته	رقم البند	قيمة الارتباط ودلالته
1	0,48	12	0,66
6	0,51	13	0,72
8	0,50	17	0,70

يتضح لنا من الجدول أن قيم معامل ارتباط البنود ببعدها مركز الضبط الصحي الداخلي تراوحت بين 0,48 و0,72 وكل هذه القيم دالة احصائيا تعكس تشبع البنود بالبعد، أي أن البنود الستة تقيس كلها المصدر الداخلي للضبط الصحي وسيحتفظ بها في البحث.

البعد الثاني: مركز الضبط الصحي نفوذ الاخرين

جدول رقم (22): نتائج صدق الاتساق الداخلي لارتباط البنود ببعد مركز الضبط الصحي نفوذ الاخرين

رقم البند	قيمة الارتباط ودلالته	رقم البند	قيمة الارتباط ودلالته
3	0,74	10	0,68
5	0,61	14	0,72
7	0,58	18	0,75

يتضح لنا من الجدول أن قيم معامل ارتباط البنود ببعدها مركز الضبط الصحي نفوذ الآخرين تراوحت بين 0,58 و0,75 وكل هذه القيم دالة احصائيا تعكس تشبع البنود بالبعد، أي أن البنود الستة تقيس كلها مصدر نفوذ الاخرين للضبط الصحي وسيحتفظ بها في البحث.

البعد الثالث: مركز الضبط الصحي الحظ

جدول رقم (23): نتائج صدق الاتساق الداخلي لارتباط البنود ببعد الحظ لمركز الضبط الصحي

رقم البند	قيمة الارتباط ودلالته	رقم البند	قيمة الارتباط ودلالته
2	0,39	11	0,41
4	0,40	15	0,61
9	0,52	16	0,03

يظهر من الجدول أعلاه أن قيم ارتباط البنود ببعد الحظ لمركز الضبط الصحي تراوحت بين 0,39 و0,61 وهي كلها قيم دالة احصائيا تعكس تشبع البنود بالبعد، بالتالي سيحتفظ بها ما عدى البند 16 الذي قدرت قيمة معامل ارتباطه بالبعد 0,03 وهي غير دالة احصائيا لذلك سيتم حذفه في البحث.

- **الثبات**

ثبات الاتساق الداخلي

تم اعتماد ثبات الاتساق الداخلي بطريقة التباين وذالك بتطبيق معادلة الفا كرونباخ Alphade cronbach، وتمثلت النتائج كما هي موضحة في الجدول الموالي:

جدول رقم (24): نتائج معامل ثبات الاتساق الداخلي لمقياس مركز الضبط الصحي بمعادلة الفا كرونباخ

مقياس مركز الضبط الصحي	قيمة معامل الثبات
البعد الداخلي	0,81
بعد نفوذ الاخرين	0,87
بعد الحظ	0,72

تراوح قيم معامل ثبات ابعاد مقياس مركز الضبط الصحي بين 0,72 و0,87 وهي قيم جد مقبولة وجيدة تعكس لنا تميز المقياس بالثبات.

- **الخصائص السيكومترية لسلم الألم**
  - **الصدق التمييزي**

تم تعيينه بطريقة المقارنة الطرفية من خلال المقارنة بين نتائج 27% من أعلى توزيع درجات سلم الألم للعينة الاستطلاعية، ونتائج 27% من أدنى توزيع درجات سلم الالم للعينة الاستطلاعية بتطبيق اختبار t وتمثلت نتائجه كما هي موضحة في الجدول الموالي:

جدول رقم (25): نتائج الصدق التمييزي بطريقة المقارنة الطرفية لدرجات سلم الألم

المتغير	المجموعات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار t	الدلالة الاحصائية
سلم الالم	الفئة العليا	7,5	1,19	10,48	دال احصائيا عند 0,01 α
	الفئة الدنيا	2,75	0,46		

يظهر من الجدول اعلاه أن الفرق في متوسط درجات الالم بين نتائج فئة اعلى توزيع (7,5) وفئة أدنى توزيع (2,75) حقيقية، إذ قدرت قيمة اختبار t ب 10,48 وهي دالة احصائيا أي أن المقياس قادر على التمييز بين نتائج اعلى توزيع وأدناه بالتالي فهو صادق.

- **الثبات**

ثبات الاستقرار

تم اعتماد ثبات الاستقرار بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق بحيث تم تطبيق سلم الالم على العينة الاستطلاعية وبعد أسبوعين تم تطبيق نفس السلم على نفس العينة، وتم احتساب اختبار t لدلالة الفرق بين متوسطين وتمثلت النتائج كما هي موضحة في الجدول الموالي:

جدول رقم (26): نتائج ارتباط درجات سلم الألم بين التطبيق الأول والثاني

الارتباط بين درجات	قيمة معامل الارتباط	الدلالة الاحصائية
التطبيق الاول لسلم الالم	0,92	دال احصائيا عند 0,01 α
التطبيق الثاني لسلم الالم		

من النتائج الواردة في الجدول رقم (26) يتضح لنا أنه يوجد ارتباط بين درجات سلم الألم في التطبيق الأول وفي التطبيق الثاني إذ قدرت قيمته ب 0,92 وهي دالة إحصائيا، الأمر الذي يعكس استقرار النتائج بالتالي يتميز المقياس بالثبات.

- **الخصائص السيكو مترية لمقياس نوعية الحياة**
  - **الصدق**

صدق المحتوى

وقد تمت دراسة صدق المقياس بعد ترجمته من اللغة الفرنسية إلى اللغة العربية عن طريق استطلاع رأي المحكمين، حيث قام بعض أساتذة علم النفس وأساتذة في الطب بتقييم كل عبارة من عبارات المقياس من حيث الصيغة اللغوية وعلاقتها بالموضوع الذي وضعت من أجله، ووضوح التعليمة وتناسب مدة التطبيق وجاء رأي المحكمين بإمكانية تطبيق المقياس على عينة البحث.

صدق الاتساق الداخلي

لتقدير مدى وجود تماسك داخلي بين البنود ونظرا لخصوصية المقياس كون كل بعد أو استراتيجية مستقلة عن الاخرى ولا يتعامل المقياس بالدرجة الكلية تم تحديد صدق الاتساق الداخلي بحساب معامل ارتباط بيرسون بين البنود وأبعاد المقياس الفرعية، وبعد تحويل درجات الأبعاد الفرعية الى درجات المحولة تم احتساب أيضا ارتباط الأبعاد الفرعية بالأبعاد الرئيسية وأخيرا احتساب الارتباط بين الابعاد الرئيسية والمقياس ككل لنوعية الحياة، وتمثلت النتائج على النحو الآتي:

✓ من جانب ارتباط البنود بالأبعاد الفرعية لنوعية الحياة

جدول رقم (27): نتائج صدق الاتساق الداخلي لارتباط البنود بأبعاد مقياس نوعية الحياة

الابعاد	رقم البند	قيمة الارتباط ودلالته	الابعاد	رقم البند	قيمة الارتباط ودلالته
البعد الأول: التوظيف العضوي	2	0,60	البعد الخامس: الحيوية	11	1,00
	3	0,60	البعد السادس: التوظيف الاجتماعي	12	1,00
البعد الثاني: دور الجسم	4	0,52	البعد السابع: دور الانفعال	6	0,46
	5	0,52		7	0,46
البعد الثالث: الآلام الجسمية	8	1,00	البعد الثامن: الصحة العقلية	9	-0,43
البعد الرابع: الصحة العامة	1	1,00		10	-0,43

يتضح لنا من الجدول أن قيم معامل ارتباط البنود بأبعادها تراوحت بين 0,43 و0,60 وكل هذه القيم دالة احصائيا تعكس تشبع البنود بالبعد ما عدى البنود 8، 1، 11، 12 نجد الارتباط تام كون كل بعد من هذه الابعاد لا يتضمن إلا بندا واحدا، في حين نجد بندي بعد الصحة العقلية يرتبطان بالبعد لكن العلاقة عكسية وهذا يرتبط بطبيعة الحال بمحتوى البندين كون البند 9 يشير للشعور بالهدوء والرضا، بينما البند 10 يشير للشعور بالحزن والاكتئاب فهما متعاكسان.

✓ من جانب ارتباط الابعاد الفرعية بالأبعاد الرئيسية لمقياس لنوعية الحياة

جدول رقم (28): نتائج صدق الاتساق الداخلي لارتباط الابعاد الفرعية بالأبعاد الرئيسية

الصحة الجسمية		الصحة العقلية	
الابعاد	قيمة الارتباط ودلالته	الابعاد	قيمة الارتباط ودلالته
التوظيف العضوي	0,59	الحيوية	0,12-
دور الجسم	0,46	التوظيف الاجتماعي	0,46
الآلام الجسمية	0,75	دور الانفعال	0,65
الصحة العامة	0,36	الصحة العقلية	0,40

يتضح لنا من الجدول أن قيم معامل ارتباط الابعاد الفرعية لمقياس نوعية الحياة بأبعاده الرئيسية تراوحت بين 0,36 و0,65 وكل هذه القيم دالة إحصائيا تعكس التماسك الداخلي للأبعاد الفرعية ببعدها الرئيسي أي أن التوظيف العضوي، ودور الجسم والآلام الجسمية والصحة العامة تقيس جانب الصحة الجسمية من نوعية الحياة، والتوظيف الاجتماعي، دور الانفعال، والصحة العقلية تقيس جانب الصحة العقلية من نوعية الحياة ما عدى بعد الحيوية قدرت قيمة ارتباطه بالصحة العقلية -0,12 وهي غير دالة إحصائيا لذلك سيتم الغاؤه في البحث الحالي.

✓ من جانب ارتباط الابعاد الرئيسية بمقياس نوعية الحياة

جدول رقم (29): نتائج صدق الاتساق الداخلي لارتباط الابعاد الرئيسية بالمقياس الكلي

الابعاد الرئيسية	قيمة الارتباط ودلالته
الصحة الجسمية	0,41
الصحة العقلية	0,50

يتضح لنا من النتائج الواردة في الجدول أعلاه ارتباط الصحة الجسمية بمقياس نوعية الحياة إذ قدرت قيمة الارتباط ب 0,41 وهي دالة احصائيا، وارتباط ايضا الصحة العقلية بمقياس نوعية الحياة إذ قدرت قيمة معامل الارتباط 0,50 وهي دالة احصائيا.

بالرجوع للنتائج الواردة في الجداول (27)، (28)، (29) يتضح لنا أن مقياس نوعية الحياة يقيس فعلا من جانب الصحة الجسدية، وتظهر مؤشراتها في: التوظيف العضوي، الآلام الجسمية، دور الجسم والصحة العامة، أما من جانب الصحة العقلية تظهر مؤشراته في: التوظيف الاجتماعي، دور الانفعال، والصحة العقلية، أما بعد الحيوية فلا يمثلها لذلك سيتم حذفه في الدراسة الأساسية للبحث.

ثبات الاتساق الداخلي

تم اعتماد ثبات الاتساق الداخلي بطريقة التباين وذالك بتطبيق معادلة الفا كرونباخ Alpha de cronbach وتمثلت النتائج كما هي موضحة في الجدول الموالي:

جدول رقم (30): نتائج معامل ثبات الاتساق الداخلي لمقياس مركز الضبط الصحي بمعادلة الفا كرونباخ

الابعاد الرئيسية لمقياس نوعية الحياة	معامل الثبات
الصحة الجسمية	0,74
الصحة العقلية	0,67

يظهر من الجدول أن قيمة معامل الثبات تراوحت بين 0,67 و0,74 وهي قيم جد مقبولة تعكس تميز المقياس بالثبات.

6. الأدوات الاحصائية

بعد التأكد من اعتدالية التوزيع وخطية العلاقة بين المتغيرات (انظر الملحق) وللتحقق من صحة فرضيات البحث تم الاعتماد على الأساليب الاحصائية الاتية :

- **معامل الارتباط بيرسون (r):** لتحديد صدق الاتساق الداخلي لمقاييس البحث.
- صدق المحكمين (طريقة لاوشي)
- **معادلة الفا كرونباخ:** لتحديد ثبات المقاييس.
- **اختبار كاف تربيع (χ^2):** للتحقق من صحة الفرضية الاولى والثانية للبحث.
- **الانحدار المتعدد (Regression multiple):** للتحقق من صحة الفرضية الخامسة للبحث.
- **اختبار الوساطة لكل من Baron وKenny سنة 1986:** لاختبار الوساطة (التحقق من المتغير الوسيط) باعتماد الانحدار البسيط والمتعدد للتحقق من صحة الفرضية الثالثة والرابعة للبحث.
- **اختبار (F) لتحليل التباين الاحادي لعامل واحد:** للتحقق من صحة الفرضية الخامسة والسادسة للبحث.

7. الإطار المكاني والزماني للبحث

انطلق البحث التطبيقي في شهر مارس 2018 الى غاية شهر افريل 2021 في ثلاث مؤسسات استشفائية متخصصة في طب الأورام بالجزائر العاصمة (المستشفى الخاص بمكافحة السرطان le centre Pierre et Marie Curie والمركز الخاص بمكافحة السرطان la clinique d'oncologie médicale Amin Zirout) بالإضافة إلى مستشفى "علي ايت ادير" وهو مؤسسة استشفائية متخصصة في طب وجراحة الاعصاب بالجزائر العاصمة وهي المؤسسة التي تعمل فيها الباحثة مما سهل لنا الإجراءات التطبيقية رغم ظروف العمل في ظل جائحة Covid-19.

8. إجراءات البحث

سمحت لنا الدّراسة الاستطلاعية ومن خلال المقابلة الأولى التي أجريناها مع مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي المعانون من الألم بتحديد إجراءات التطبيق وذلك اعتمادا على البيانات المتعلقة بإشكالية البحث وعلى المنهج الوصفي الذي نعتمده في دراستنا الحالية، وبالتالي أقيمت الدراسة وفق الخطوات الآتية:

- إلقاء الضوء على بعض الأطر النظرية والدراسات السابقة المتعلقة بمتغيرات الدراسة.
- إعداد ملفات فرديّة خاصّة بكل فرد من أفراد العينة والتي تضمّ استمارة خاصة بالبيانات العامة، دليل المقابلة نصف موجهة التي ذكرناها في أدوات القياس وذلك لجمع البيانات النوعية والكمية المتعلقة بالحالات التي تمثل موضوع الدراسة.
- تم تطبيق أدوات الدراسة المتمثلة في مقياس المواجهة الاستباقية PCI ومقياس مركز الضّبط الصحي ل"واتسون" وسلم الألم EVA بالإضافة الى مقياس نوعية الحياة SF12 على عينة استطلاعية مكونة من (35) مرضى السرطان معانين من الألم والخاضعين للعلاج الكيميائي بوحدة الالم بمصلحة طب الاورام التّابعة لمركز مكافحة السرطان في الجزائر العاصمة وذلك للتأكد من امكانية تطبيق المقاييس على عيّنة الدّراسة وتحديد مختلف الصعوبات.
- تم تطبيق أدوات الدّراسة الحالية على العينة الأساسية للتحقق من فروض الدراسة والمكونة من (85) مريضا من مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي بطريقة فردية بعد تقديم التعليمات وشرح محتوى البنود مع مراعات رغبة وراحة المفحوص اثناء المشاركة.
- وضع الجداول والبيانات واستخلاص النتائج وتفسيرها ومناقشتها.
- صياغة التوصيات والمقترحات في ضوء نتائج الدراسة المتحصّل عليها.

خلاصة

ما نستخلصه في نهاية هذا الفصل انه لتحقيق من فرضيات بحثنا هذا او نفيها يستلزم علينا الاعتماد على بطارية من المقاييس من بينها مقياس المواجهة الاستباقية، مقياس مركز الضبط الصحي وسلم الألم كأدوات ضبط لتعزيز مدى مصداقية وفعالية المعطيات المحصل، للوصول إلى التحقق من طبيعة العلاقة القائمة بين جميع هذه المتغيرات وبالتالي الوصول إلى حلول للتخفيف من معاناة خبرة الألم لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي.

الفصل الثامن

عرض ومناقشة نتائج البحث

الفصل الثامن: عرض ومناقشة نتائج البحث

تمهيد

1. عرض ومناقشة نتائج فرضيات البحث

1.1 عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى للبحث

2.1 عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية للبحث

3.1 عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة للبحث

4.1 عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة للبحث

5.1 عرض ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة للبحث

6.1 عرض ومناقشة نتائج الفرضية السادسة للبحث

7.1 عرض ومناقشة نتائج الفرضية السابعة للبحث

2. تفسير نتائج فرضيات البحث

3. استنتاج عام

4. التوصيات

تمهيد

بعد صياغة الإشكالية وطرح الفرضيات وتدعيمها بالمادة النظرية ثمَّ تطبيق الخطوات المنهجية لجمع البيانات المطلوبة، وفي هذا الفصل سيتم عرض مختلف النتائج المتحصل عليها من خلال التحليلات الإحصائية لبيانات الأدوات الموظّفة بهدف الإجابة على تساؤلات البحث الحالي واختبار فرضياته في الميدان.

1. عرض ومناقشة نتائج فرضيات البحث

1.1. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الاولى للبحث

نصت على أنه: "يعاني مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي من مستويات مرتفعة للألم"، وللتأكد من صحتها تم اختبارها احصائيا باختبار كاف تربيع (χ^2) لحسن التطابق، وتمثلت النتائج كما هي موضحة في الجدول الموالي:

جدول رقم (31): نتائج اختبار كاف تربيع لدلالة الفرق في مستوى الألم الذي يشعر به المرضى

مستوى الشعور بالألم	التكرار	النسبة المئوية	قيمة اختبار (χ^2)	الدلالة الإحصائية
مستوى خفيف	11	%12,9	17,03	دالة احصائيا عند 0,01 α
مستوى متوسط	41	%48,2		
مستوى شديد	33	%38,8		
المجموع	85	%100		

يتضح من الجدول أعلاه أن أعلى نسبة من الشعور بالألم بين المرضى سجلتها المستوى المتوسط بنسبة 48,2% تقابلها نسبة 38,8% من المستوى الشديد، في حين نجد 12,9% فقط من المرضى الذين يشعرون بالألم بمستوى منخفض أو بسيط وللتأكد من صحة هذا التباين تم اختبارها احصائيا باختبار(χ^2) الذي قدرت قيمته ب 17,03 وهي دالة احصائيا عند مستوى الدلالة 0,01، وهذا ما يؤكد صحة الفرضية الاولى للبحث أي أن مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي يشعرون بالألم من مستوى المتوسط الى حدود الشديد وهذا ما يؤكد صحة الفرضية الاولى.

2.1. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية للبحث

نصت على انه: "يوجد اختلاف بين مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي في مستوى نوعية حياتهم"، وللتأكد من صحتها تم اختبارها احصائيا باختبار كاف تربيع (χ^2) لحسن التطابق، وتمثلت النتائج كما هي موضحة في الجدول الموالي:

جدول رقم (32): نتائج اختبار كاف تربيع لدلالة الفرق في مستوى نوعية الحياة لدى المرضى

المتغير وابعاده	المستوى Rze	التكرار	النسبة المئوية	قيمة اختبار (χ^2)	الدلالة الإحصائية
نوعية الحياة عامة	سيء	15	%17,6	11,17	دالة احصائيا عند 0,01 α
	متوسط	40	%47,1		
	جيد	30	%35,3		
نوعية الحياة من جانب الصحة الجسدية	سيء	15	%17,6	9,41	دالة احصائيا عند 0,01 α
	متوسط	35	%41,1		
	جيد	35	%41,1		
نوعية الحياة من جانب الصحة العقلية	سيء	16	%18,8	8,21	دالة احصائيا عند 0,01 α
	متوسط	36	%42,4		
	جيد	33	%38,8		

يتضح من الجدول أعلاه أن أعلى نسبة من تقييم المرضى لمستوى نوعية لديهم سجلتها المستوى المتوسط بنسبة 47,1% تقابلها نسبة 35,3% من المستوى المتوسط، في حين نجد 17,6% فقط من المستوى الضعيف أو السيء، وللتأكد من صحة هذا التباين تم اختبارها احصائيا باختبار(χ^2) الذي قدرت قيمته ب 11,17 وهي دالة احصائيا عند مستوى الدلالة 0,01 وهذا ما يؤكد صحة الفرضية الثانية للبحث التي تشير الى وجود اختلاف بين مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي في تقييم مستوى نوعية الحياة لديهم، بالتالي فهي تتراوح بين المستوى المتوسط الى المقبول والجيد، ونفس الشيء فيما يخص أبعاد نوعية الحياة (الجسدية والعقلية) وهذا ما يؤكد صحة الفرضية.

3.1. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة للبحث

نصت الفرضية على أنه: "تتوسط درجة الشعور بالألم العلاقة بين أبعاد استراتيجية المواجهة الاستباقية لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي المعانين من الألم"، وللتحقق من صحتها تم اختبارها احصائيا باختبار الوساطة الخاص بنموذج كل من (Kenny وBarron, 1986) القائم على الانحدار البسيط والمتعدد، وتمثلت النتائج الخاصة بكل بعد من ابعاد المواجهة الاستباقية على حدى، كما هي موضحة في الجداول الموالية:

➢ من جانب استراتيجية التهيؤ للمواجهة

جدول رقم (33): اختبار مدى وساطة درجة الشعور بالألم لعلاقة استراتيجية التهيؤ للمواجهة بنوعية الحياة

معادلات اختبار الوساطة	قيمة معامل الارتباط ودلالته	قيمة معامل التحديد	قيمة معامل الانحدار أو معامل التأثير ودلالته	التحقق من المعادلات	القرار عن الوساطة
معادلة 1 تأثير استراتيجية التهيؤ للمواجهة على درجة الشعور بالألم	0,75-	0,563 (106,95 F) دال احصائيا	-Beta 0,750 0,232- B - T) (10,34 دال احصائيا	(1) تحققت المعادلة1	توجد وساطة أي أن درجة الشعور بالألم تتوسط العلاقة بين التهيؤ للمواجهة ونوعية الحياة
معادلة2 تأثير استراتيجية التهيؤ للمواجهة على نوعية الحياة	0,534	0,285 (37,06 F) دال احصائيا	Beta 0,534 1,304 B (5,74 T) دال احصائيا	(1) تحققت المعادلة2	
معادلة3 تأثير درجة الشعور بالألم على نوعية الحياة بوجود التهيؤ للمواجهة	0,599	0,358 (22,89 F) دال احصائيا	-Beta 0,410 3,244- B 3,06- T دال احصائيا	(1) تحققت المعادلة3	

يظهر لنا جليا من النتائج الواردة في الجدول أعلاه تحقق معادلات الوساطة الثلاث والتي تشير الى أن:

- تأثير استراتيجية التهيؤ للمواجهة على درجة الشعور بالألم دال احصائيا إذ قدر معامل الانحدار أو التأثير ب - 0,23 وهو دال احصائيا، أي كلما زادت استراتيجية التهيؤ بدرجة نقص معها الشعور بالألم ب 0,23 درجة، كما قدرت قيمة الارتباط ب-0,75 ارتباط دال احصائيا يعني كلما زاد الميل للتهيؤ للمواجهة نقص معها الشعور بالألم، أما معامل التحديد فيشير الى أن 56 % من التغيرات التي تطرأ على الشعور بالألم من تناقص ترجع لاستراتيجية التهيؤ للمواجهة.
- التأثير الكلي لاستراتيجية التهيؤ للمواجهة على نوعية الحياة دال احصائيا إذ قدر معامل الانحدار أو التأثير ب 1,3 وهو دال احصائيا أي كلما زاد التهيؤ للمواجهة بدرجة زادت معه نوعية الحياة ب 1,3 درجة، كما قدرت قيمة الارتباط ب 0,53 وهو دال احصائيا يعني كلما زاد الميل للتهيؤ للمواجهة زادت معه نوعية الحياة، أما معامل التحديد فيشير إلى أن 28 % من التغيرات التي تطرأ على نوعية الحياة من تحسن ترجع لاستراتيجية التهيؤ للمواجهة.
- تأثير درجة الشعور بالألم على نوعية الحياة بوجود استراتيجية التهيؤ للمواجهة إذ قدر معامل الانحدار أو التأثير B ب -3,24 وهو دال احصائيا أي كلما نقص الشعور بالألم بدرجة زادت معه نوعية الحياة ب 3,24 درجة وذلك بوجود التهي للمواجهة، كما قدرت قيمة الارتباط ب 0,59 وهو دال احصائيا، أما معامل التحديد فيشير الى أن 35,8 % من التغيرات التي تطرأ على نوعية الحياة ترجع للشعور بالألم بوجود استراتيجية التهيؤ للمواجهة.

تحقيق المعادلات الثلاث يعكس تحقق الوساطة أي أن الشعور بالألم يتوسط العلاقة بين استراتيجية التهيؤ للمواجهة ونوعية الحياة، ولتحديد نوعية الوساطة تم تحديدها على النحو الآتي:

- تحقيق المعادلات الثلاث يعكس تحقق الوساطة أي أن الشعور بالألم يتوسط العلاقة بين استراتيجية التهيؤ للمواجهة ونوعية الحياة، إذ يظهر لنا جليا ارتفاع طفيف في الارتباط الأمر الذي يعكس تأثير تدخل العامل الوسيط في العلاقة الارتباطية.

جدول رقم (34): التحقق من طبيعة الوساطة

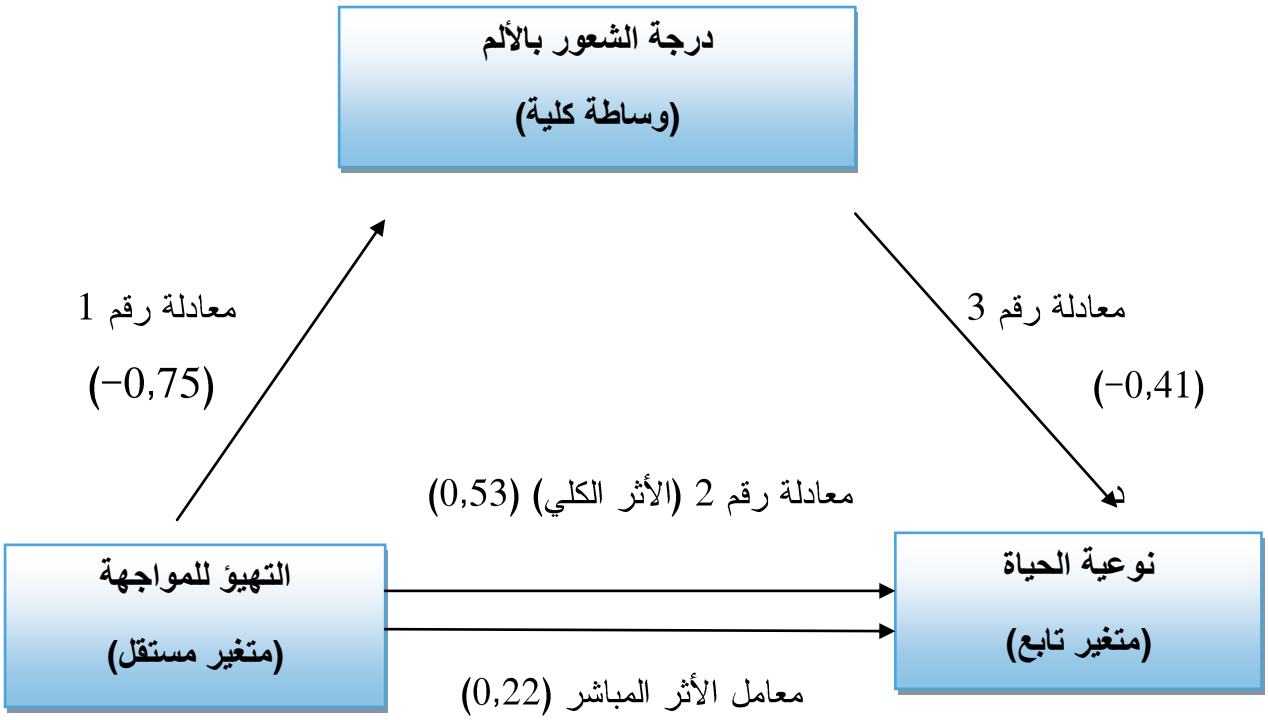
شروط نوع الوساطة: المقارنة بين معامل الأثر الكلي (تأثير استراتيجية التهيؤ على نوعية الحياة) ومعامل الأثر المباشر (تأثير درجة الشعور بالألم على نوعية الحياة بوجود استراتيجية التهيؤ)		النتيجة
شرط1	**شرط2**	
• معامل الاثر المباشر 0,226. • معامل الأثر الكلي 0,534. قيمة معامل الأثر المباشر اقرب للصفر منه عن قيمة معامل الأثر الكلي ⬇ الشرط 1 تحقق (1)	قيمة معامل الأثر المباشر (0,226) 1,68 t غير دال ⬇ الشرط الثاني لم يتحقق (0)	**وساطة كلية**

الاستنتاج

بالرجوع للنتائج الواردة في الجدولين (33) و(34) يتضح لنا ما يلي :

- وجود ارتباط موجب ومقبول ودال احصائيا بين التهيؤ للمواجهة ونوعية الحياة (0,53)، أي أن التهيؤ للمواجهة ساهمت في تحسين مستوى نوعية الحياة.
- وجود ارتباط سالب وقوي ودال احصائيا بين المواجهة الوقائية والشعور بالألم (-0,75)، أي أن التهيؤ للمواجهة ساهمت في التخفيض من الشعور بالألم لدى المرضى.
- وجود ارتباط بين الشعور بالألم ونوعية الحياة بوجود الدعم الوسيلي (0,59).
- تغير طفيف لقيمة الارتباط بين نوعية الحياة الدعم الوسيلي دون وجود الوسيط (0,53) وبوجود الوسيط (0,59)، بالتالي توسط درجة الشعور بالألم العلاقة بين التهيؤ للمواجهة ونوعية الحياة كان كليا يعني التهيؤ للمواجهة لم يؤثر على نوعية الحياة كثيرا بوجود الوسيط (الشعور بالألم) بحيث تأثيره كان كليا وسلبي.

ويمكن توضيح ذلك في المخطط الموالي :



مخطط رقم (11): وساطة درجة الشعور بالألم للعلاقة بين التهيؤ للمواجهة ونوعية الحياة

➢ من جانب استراتيجية التأمل للمواجهة

جدول رقم (35): اختبار مدى وساطة درجة الشعور بالألم لعلاقة استراتيجية التأمل للمواجهة بنوعية الحياة لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي

معادلات اختبار الوساطة	قيمة معامل الارتباط	قيمة معامل التحديد	قيمة معامل الانحدار أو معامل التأثير	التحقق من المعادلات	القرار عن الوساطة
معادلة 1 تأثير استراتيجية التأمل للمواجهة على درجة الشعور بالألم	0,698−	0,488 (79,04 F) دال احصائيا	Beta 0,698- 0,312- B (8,89− T) دال احصائيا	(1) تحققت المعادلة1	توجد وساطة أي أن درجة الشعور بالألم تتوسط العلاقة التأمل للمواجهة ونوعية الحياة
معادلة 2 تأثير استراتيجية التأمل للمواجهة على نوعية الحياة	0,541	0,293 (34,35 F) دال احصائيا	Beta 0,541 1,9 B (5,86 T) دال احصائيا	(1) تحققت المعادلة2	
معادلة 3 تأثير درجة الشعور بالألم على نوعية الحياة بوجود التأمل للمواجهة	0,610	0,372 (24,31 F) دال احصائيا	Beta -0,394 3,114- B 3,223− T دال احصائيا	(1) تحققت المعادلة3	

يظهر لنا جليا من النتائج الواردة في الجدول أعلاه تحقق معادلات الوساطة الثلاث والتي تشير الى أن:

- تأثير استراتيجية التأمل للمواجهة على درجة الشعور بالألم دال احصائيا إذ قدر معامل الانحدار أو التأثير ب - 0,31 وهو دال احصائيا أي كلما زادت استراتيجية التأمل للمواجهة بدرجة نقص معها الشعور بالألم ب 0,31 درجة، كما قدرت قيمة الارتباط ب-0,69 ارتباط دال احصائيا يعني كلما زاد الميل للتأمل للمواجهة نقص معها الشعور بالألم، أما معامل التحديد فيشير إلى أن 48 % من التغيرات التي تطرأ على الشعور بالألم من تناقص ترجع لاستراتيجية التأمل للمواجهة.
- التأثير الكلي لاستراتيجية التهيؤ للمواجهة على نوعية الحياة دال احصائيا إذ قدر معامل الانحدار أو التأثير ب 1,9 وهو دال إحصائيا، أي كلما زاد التأمل للمواجهة بدرجة زادت معه نوعية الحياة ب 1,9 درجة، كما قدرت قيمة الارتباط ب 0,54 وهو دال احصائيا يعني كلما زاد الميل للتأمل للمواجهة زادت معه نوعية الحياة، أما معامل التحديد فيشير إلى أن 29 % من التغيرات التي تطرأ على نوعية الحياة من تحسن ترجع لاستراتيجية التأمل للمواجهة.
- تأثير درجة الشعور بالألم على نوعية الحياة بوجود استراتيجية التأمل للمواجهة إذ قدر معامل الانحدار أو التأثير B ب -3,11 وهو دال احصائيا أي كلما نقص الشعور بالألم بدرجة زادت معه نوعية الحياة ب 3,11 درجة وذلك بوجود التأمل للمواجهة، كما قدرت قيمة الارتباط ب 0,61 وهو دال احصائيا، أما معامل التحديد فيشير الى أن 37 % من التغيرات التي تطرأ على نوعية الحياة ترجع للشعور بالألم بوجود التهيؤ للمواجهة.

تحقيق المعادلات الثلاث يعكس تحقق الوساطة أي أن الشعور بالألم يتوسط العلاقة بين استراتيجية التأمل للمواجهة ونوعية الحياة، ولتحديد نوعية الوساطة تم تحديدها على النحو الاتي:

جدول رقم (36): التحقق من طبيعة الوساطة

شروط نوع الوساطة: المقارنة بين معامل الأثر الكلي (تأثير مركز الضبط الصحي الداخلي على نوعية الحياة)، ومعامل الأثر المباشر (تأثير درجة الشعور بالألم على نوعية الحياة بوجود مركز الضبط الداخلي).		النتيجة
شرط 1	**شرط 2**	
• معامل الاثر المباشر 0,262. • معامل الأثر الكلي 0,541. قيمة معامل الأثر المباشر اقرب للصفر منه عن قيمة معامل الأثر الكلي ⬇ الشرط 1 تحقق (1)	قيمة معامل الأثر المباشر (0,226) 2,175 t دال احصائيا ⬇ الشرط الثاني تحقق (1)	**وساطة جزئية**

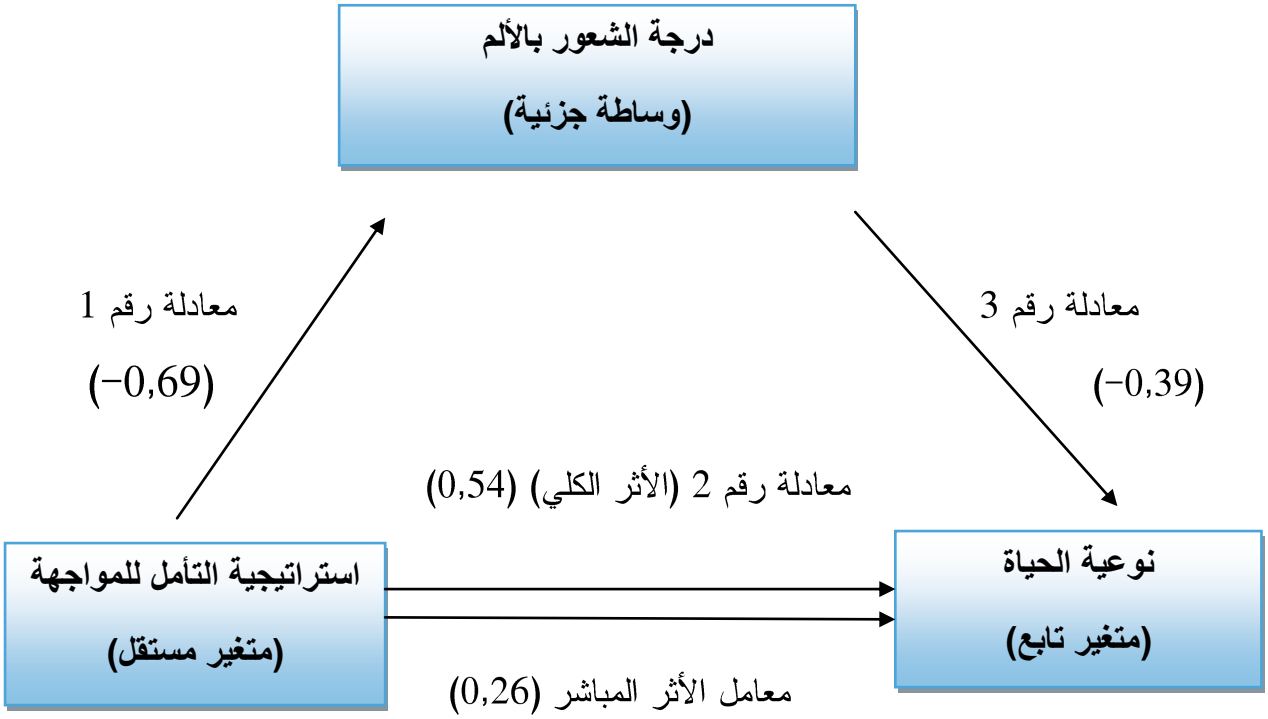
الاستنتاج

بالرجوع للنتائج الواردة في الجدولين (35) و(36) يتضح لنا ما يلي:

- وجود ارتباط موجب ومقبول ودال احصائيا بين التأمل للمواجهة ونوعية الحياة (0,54) أي أن التأمل للمواجهة ساهم في تحسين الحياة.
- وجود ارتباط سالب وقوي ودال احصائيا بين التأمل للمواجهة والشعور بالألم (-0,69) أي أن التأمل للمواجهة ساهم بشكل قوي في تخفيض الشعور بالألم لدى المرضى.
- وجود ارتباط قوي نوعا ما بين الشعور بالألم ونوعية الحياة بوجود التأمل للمواجهة (0,61) بوجود الوسيط، ساهم التأمل للمواجهة أكثر في تحسين نوعية الحياة عندما خفض من الشعور بالألم لدى المرضى.
- ارتفاع طفيف للارتباط بين نوعية الحياة و التأمل للمواجهة دون وجود الوسيط (0,54) وبوجود الوسيط (0,61)، بالتالي توسط الشعور بالألم العلاقة بين التأمل للمواجهة ونوعية الحياة بشكل جزئي بحيث جزء من علاقة التأمل للمواجهة

ونوعية الحياة تمر بشكل مباشر والجزء الآخر يمر عبر الشعور بالألم / مشكلا وساطة جزئية.

ويمكن توضيح ذلك في المخطط الموالي:



مخطط رقم (12): وساطة درجة الشعور بالألم للعلاقة بين استراتيجية التأمل للمواجهة ونوعية الحياة

➢ من جانب استراتيجية التخطيط الاستراتيجي للمواجهة

جدول رقم (37): اختبار مدى وساطة درجة الشعور بالألم لعلاقة استراتيجية التخطيط الاستراتيجي بنوعية الحياة لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي

معادلات اختبار الوساطة	قيمة معامل الارتباط	قيمة معامل التحديد	قيمة معامل الانحدار أو معامل التأثير	التحقق من المعادلات	القرار عن الوساطة
معادلة 1 تأثير التخطيط الاستراتيجي على درجة الشعور بالألم	0,654−	0,428 (62,09 F) دال احصائيا	0,654-Beta 0,60- B (7,880− T) دال احصائيا	(1) تحققت المعادلة 1	توجد وساطة أي أن درجة الشعور بالألم تتوسط العلاقة بين التخطيط الاستراتيجي ونوعية الحياة
معادلة 2 تأثير التخطيط الاستراتيجي على نوعية الحياة	0,534	0,285 (33,11 F) دال احصائيا	0,534Beta 3,87 B (6,75 T) دال احصائيا	(1) تحققت المعادلة 2	
معادلة 3 تأثير درجة الشعور بالألم على نوعية الحياة بوجود التخطيط الاستراتيجي	0,615	0,378 (24,90 F) دال احصائيا	0,403-Beta 3,18- B 3,49− T دال احصائيا	(1) تحققت المعادلة 3	

جليا يظهر لنا من النتائج الواردة في الجدول أعلاه تحقق معادلات الوساطة الثلاث والتي تشير الى أن:

- تأثير استراتيجية التخطيط الاستراتيجي على درجة الشعور بالألم دال احصائيا إذ قدر معامل الانحدار أو التأثير ب – 0,6 وهو دال احصائيا أي كلما زادت استراتيجية التخطيط الاستراتيجي بدرجة نقص معها الشعور بالألم ب 0,6 درجة، كما قدرت قيمة الارتباط ب–065 ارتباط دال احصائيا يعني كلما زاد الميل للتخطيط الاستراتيجي نقص معها الشعور بالألم، أما معامل التحديد فيشير الى أن 42 % من التغيرات التي تطرأ على الشعور بالألم من تناقص ترجع لاستراتيجية التخطيط الاستراتيجي.
- التأثير الكلي لاستراتيجية التخطيط الاستراتيجي على نوعية الحياة دال احصائيا إذ قدر معامل الانحدار أو التأثير ب 3,87 وهو دال احصائيا أي كلما زاد التخطيط الاستراتيجي بدرجة زادت معه نوعية الحياة ب 3,87 درجة، كما قدرت قيمة الارتباط ب 0,53 وهو دال احصائيا يعني كلما زاد الميل للتهيؤ للمواجهة زادت معه نوعية الحياة، أما معامل التحديد فيشير الى أن 28 % من التغيرات التي تطرأ على نوعية الحياة من تحسن ترجع لاستراتيجية التخطيط الاستراتيجي.
- تأثير درجة الشعور بالألم على نوعية الحياة بوجود استراتيجية التخطيط الاستراتيجي إذ قدر معامل الانحدار أو التأثير B ب –3,18 وهو دال احصائيا أي كلما نقص الشعور بالألم بدرجة زادت معه نوعية الحياة ب 3,18 درجة وذلك بوجود التخطيط الاستراتيجي، كما قدرت قيمة الارتباط ب 0,61 وهو دال احصائيا أما معامل التحديد فيشير الى أن 37,8% من التغيرات التي تطرأ على نوعية الحياة ترجع للشعور بالألم بوجود استراتيجية التخطيط الاستراتيجي.

تحقيق المعادلات الثلاث يعكس تحقق الوساطة أي أن الشعور بالألم يتوسط العلاقة بين استراتيجية التخطيط الاستراتيجي ونوعية الحياة، ولتحديد نوعية الوساطة تم تحديدها على النحو الاتي:

جدول رقم (38): التحقق من طبيعة الوساطة

شروط نوع الوساطة: المقارنة بين معامل الأثر الكلي (تأثير مركز الضبط الصحي الداخلي على نوعية الحياة)، ومعامل الأثر المباشر (تأثير درجة الشعور بالألم على نوعية الحياة بوجود مركز الضبط الداخلي).		النتيجة
شرط 1	**شرط 2**	
• معامل الاثر المباشر 0,271 • معامل الأثر الكلي 0,534 قيمة معامل الأثر المباشر اقرب للصفر منه عن قيمة معامل الأثر الكلي ⬇ الشرط 1 تحقق (1)	قيمة معامل الأثر المباشر (0,271) 2,35 t دال احصائيا ⬇ الشرط الثاني لم يتحقق (0)	**وساطة جزئية**

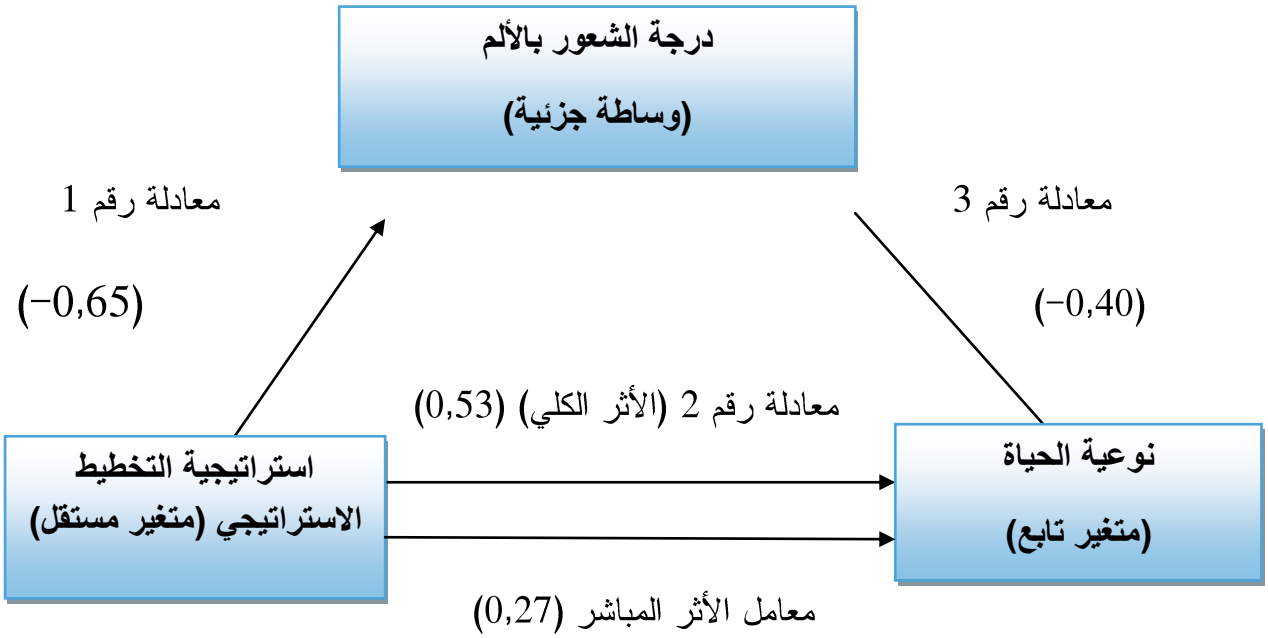
الاستنتاج

بالرجوع للنتائج الواردة في الجدولين (37) و(38) يتضح لنا ما يلي:

- وجود ارتباط موجب ومقبول ودال احصائيا بين التخطيط الاستراتيجي ونوعية الحياة (0,53) أي أن التخطيط الاستراتيجي ساهم في تحسين الحياة.
- وجود ارتباط سالب وقوي ودال احصائيا بين الضبط الداخلي والشعور بالألم (-0,65) أي أن التخطيط الاستراتيجي ساهم بشكل قوي في تخفيض الشعور بالألم لدى المرضى.
- وجود ارتباط قوي نوعا ما بين الشعور بالألم ونوعية الحياة بوجود التأمل للمواجهة (0,61) بوجود الوسيط، ساهم التخطيط الاستراتيجي أكثر في تحسين نوعية الحياة عندما خفض من الشعور بالألم لدى المرضى.

- ارتفاع للارتباط بين نوعية الحياة والتخطيط الاستراتيجي دون وجود الوسيط (0,53) وبوجود الوسيط (0,61)، بالتالي توسط الشعور بالألم العلاقة بين التخطيط الاستراتيجي ونوعية الحياة بشكل جزئي بحيث جزء من علاقة التخطيط الاستراتيجي ونوعية الحياة تمر بشكل مباشر والجزء الآخر يمر عبر الشعور بالألم / مشكلا وساطة جزئية.

ويمكن توضيح ذلك في المخطط الموالي:



تأثير الشعور بالألم على نوعية الحياة بوجود استراتيجية تأمل المواجهة

مخطط رقم (13): وساطة درجة الشعور بالألم للعلاقة بين استراتيجية التخطيط الاستراتيجي ونوعية الحياة

➢ من جانب استراتيجية المواجهة الوقائية

جدول رقم (39): اختبار مدى وساطة درجة الشعور بالألم لعلاقة استراتيجية المواجهة الوقائية بنوعية الحياة

معادلات اختبار الوساطة	قيمة معامل الارتباط	قيمة معامل التحديد	قيمة معامل الانحدار أو معامل التأثير	التحقق من المعادلات	القرار عن الوساطة
معادلة 1 تأثير استراتيجية المواجهة الوقائية على درجة الشعور بالألم	0,732-	0,536 (96,01 F) دال احصائيا	0,732-Beta 0,366- B (9,79- T) دال احصائيا	(1) تحققت المعادلة 1	توجد وساطة أي أن درجة الشعور بالألم تتوسط العلاقة بين المواجهة الوقائية ونوعية الحياة
معادلة2 تأثير استراتيجية المواجهة الوقائية على نوعية الحياة	0,497	0,247 (27,21 F) دال احصائيا	0,497Beta 1,964 B (6,217 T) دال احصائيا	(1) تحققت المعادلة 2	
معادلة3 تأثير درجة الشعور بالألم على نوعية الحياة بوجود المواجهة الوقائية	0,589	0,436 (21,81 F) دال احصائيا	0,465-Beta 3,67- B 3,552- T دال احصائيا	(1) تحققت المعادلة 3	

يظهر لنا جليا من النتائج الواردة في الجدول أعلاه تحقق معادلات الوساطة الثلاث والتي تشير الى أن:

- تأثير استراتيجية المواجهة الوقائية على درجة الشعور بالألم دال احصائيا إذ قدر معامل الانحدار أو التأثير ب – 0,36 وهو دال احصائيا أي كلما زادت استراتيجية المواجهة الوقائية بدرجة نقص معها الشعور بالألم ب 0,36 درجة، كما قدرت قيمة الارتباط ب –0,73 ارتباط دال احصائيا يعني كلما زاد الميل للمواجهة الوقائية نقص معها الشعور بالألم، أما معامل التحديد فيشير الى أن 53 % من التغيرات التي تطرأ على الشعور بالألم من تناقص ترجع لاستراتيجية المواجهة الوقائية.
- التأثير الكلي لاستراتيجية المواجهة الوقائية على نوعية الحياة دال احصائيا إذ قدر معامل الانحدار أو التأثير ب 1,96 وهو دال احصائيا أي كلما زاد المواجهة الوقائية بدرجة زادت معه نوعية الحياة ب 1,96 درجة، كما قدرت قيمة الارتباط ب 0,49 وهو دال احصائيا يعني كلما زاد الميل المواجهة الوقائية زادت معه نوعية الحياة، أما معامل التحديد فيشير الى أن 24,7 % من التغيرات التي تطرأ على نوعية الحياة من تحسن ترجع لاستراتيجية المواجهة الوقائية.
- تأثير درجة الشعور بالألم على نوعية الحياة بوجود استراتيجية المواجهة الوقائية إذ قدر معامل الانحدار أو التأثير B ب –3,67 وهو دال احصائيا أي كلما نقص الشعور بالألم بدرجة زادت معه نوعية الحياة ب 3,67 درجة وذلك بوجود المواجهة الوقائية كما قدرت قيمة الارتباط ب 0,58 وهو دال احصائيا، أما معامل التحديد فيشير الى أن 35,6 % من التغيرات التي تطرأ على نوعية الحياة ترجع للشعور بالألم بوجود المواجهة الوقائية.

تحقيق المعادلات الثلاث يعكس تحقق الوساطة أي أن الشعور بالألم يتوسط العلاقة بين استراتيجية المواجهة الوقائية ونوعية الحياة، ولتحديد نوعية الوساطة تم تحديدها على النحو الاتي:

جدول رقم (40): التحقق من طبيعة الوساطة

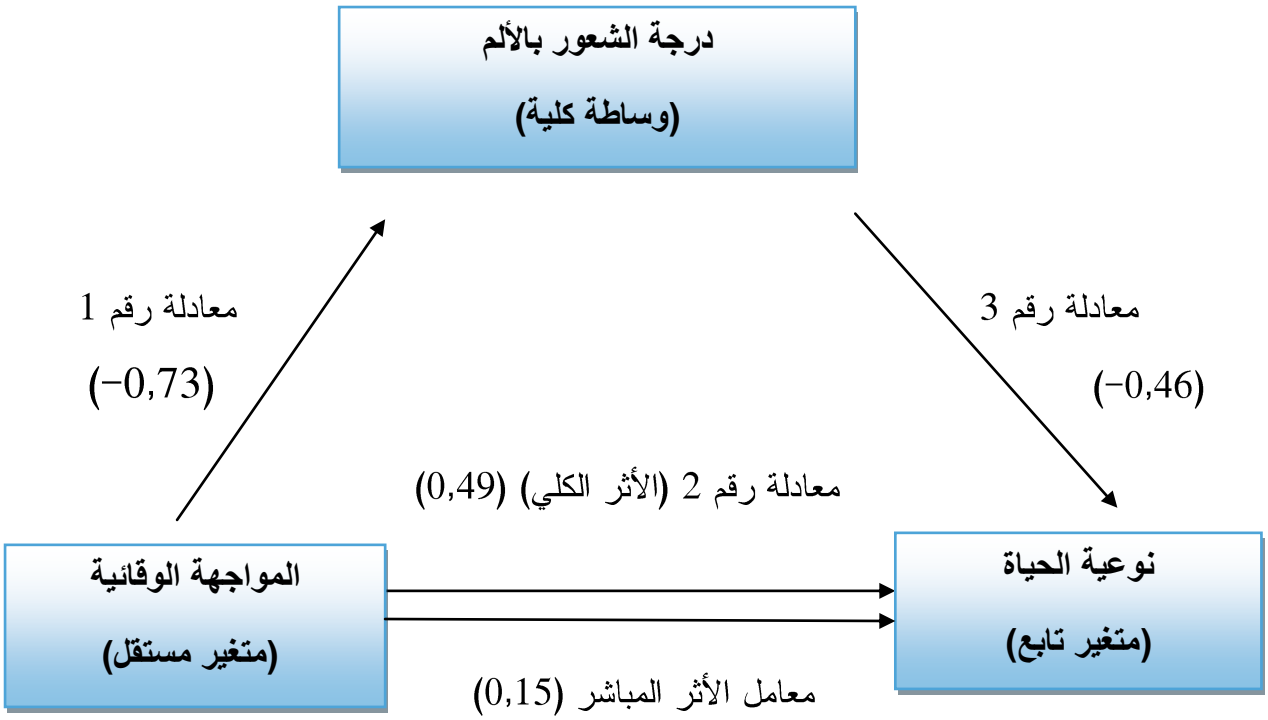
شروط نوع الوساطة: المقارنة بين معامل الأثر الكلي (تأثير استراتيجية المواجهة الوقائية على نوعية الحياة) ومعامل الأثر المباشر (تأثير درجة الشعور بالألم على نوعية الحياة بوجود المواجهة الوقائية)		النتيجة
شرط 1	شرط 2	
• معامل الاثر المباشر 0,156. • معامل الأثر الكلي 0,497. قيمة معامل الأثر المباشر اقرب للصفر منه عن قيمة معامل الأثر الكلي ⬇ الشرط 1 تحقق (1)	قيمة معامل الأثر المباشر (0,156) 1,192 t غير دال ⬇ الشرط الثاني لم يتحقق (0)	**وساطة كلية**

الاستنتاج

بالرجوع للنتائج الواردة في الجدولين (39) و(40) يتضح لنا ما يلي:

- وجود ارتباط موجب ومقبول ودال احصائيا بين المواجهة الوقائية ونوعية الحياة (0,49) أي أن المواجهة الوقائية ساهمت في تحسين مستوى نوعية الحياة.
- وجود ارتباط سالب وقوي ودال احصائيا بين المواجهة الوقائية والشعور بالألم (-0,73) أي أن المواجهة الوقائية ساهمت في التخفيض من الشعور بالألم لدى المرضى.
- وجود ارتباط بين الشعور بالألم ونوعية الحياة بوجود المواجهة الوقائية (0,58).
- تغير طفيف لقيمة الارتباط بين نوعية الحياة والمواجهة الوقائية دون وجود الوسيط (0,49) وبوجود الوسيط (0,58)، بالتالي توسط الشعور بالألم العلاقة بين المواجهة الوقائية ونوعية الحياة كان كليا، يعني المواجهة الوقائية لم يؤثر على نوعية الحياة كثيرا بوجود الوسيط (الشعور بالألم) بحيث تأثيره كان كليا وسلبي.

ويمكن توضيح ذلك في المخطط الموالي:



مخطط رقم (14): وساطة درجة الشعور بالألم للعلاقة بين المواجهة الوقائية ونوعية الحياة

➢ من جانب استراتيجية الدعم الوسيلي

جدول رقم (41): اختبار مدى وساطة درجة الشعور بالألم لعلاقة استراتيجية الدعم الوسيلي بنوعية الحياة

معادلات اختبار الوساطة	قيمة معامل الارتباط	قيمة معامل التحديد	قيمة معامل الانحدار أو معامل التأثير	التحقق من المعادلات	القرار عن الوساطة
معادلة 1 تأثير استراتيجية الدعم الوسيلي على درجة الشعور بالألم	0,640−	0,410 (57,7 F) دال احصائيا	0,640−Beta 0,309− B (7,59− T) دال احصائيا	(1) تحققت المعادلة 1	توجد وساطة أي أن درجة الشعور بالألم تتوسط العلاقة بين الدعم الوسيلي ونوعية الحياة
معادلة 2 تأثير استراتيجية الدعم الوسيلي على نوعية الحياة	0,452	0,204 (21,26 F) دال احصائيا	0,452Beta 1,724 B (4,61 T) دال احصائيا	(1) تحققت المعادلة 2	
معادلة 3 تأثير درجة الشعور بالألم على نوعية الحياة بوجود الدعم الوسيلي	0,589	0,347 (21,78 F) دال احصائيا	0,492−Beta 3,89− B 4,23− T دال احصائيا	(1) تحققت المعادلة 3	

يظهر لنا جليا من النتائج الواردة في الجدول أعلاه تحقق معادلات الوساطة الثلاث والتي تشير الى أن:

- تأثير استراتيجية الدعم الوسيلي على درجة الشعور بالألم دال احصائيا إذ قدر معامل الانحدار أو التأثير ب – 0,3 وهو دال احصائيا أي كلما زادت استراتيجية الدعم الوسيلي بدرجة نقص معها الشعور بالألم ب 0,3 درجة، كما قدرت قيمة الارتباط ب –0,64 ارتباط دال احصائيا يعني كلما زاد الميل للدعم الوسيلي نقص معها الشعور بالألم، أما معامل التحديد فيشير إلى أن 41,6 % من التغيرات التي تطرأ على الشعور بالألم من تناقص ترجع لاستراتيجية الدعم الوسيلي.
- التأثير الكلي لاستراتيجية الدعم الوسيلي على نوعية الحياة دال احصائيا إذ قدر معامل الانحدار أو التأثير ب 1,72 وهو دال احصائيا أي كلما زاد الدعم الوسيلي بدرجة زادت معه نوعية الحياة ب 1,72 درجة، كما قدرت قيمة الارتباط ب 0,45 وهو دال احصائيا يعني كلما زاد الميل للدعم الوسيلي زادت معه نوعية الحياة، أما معامل التحديد فيشير إلى أن 20,4 % من التغيرات التي تطرأ على نوعية الحياة من تحسن ترجع لاستراتيجية الدعم الوسيلي.
- تأثير درجة الشعور بالألم على نوعية الحياة بوجود استراتيجية الدعم الوسيلي إذ قدر معامل الانحدار أو التأثير B ب –3,89 وهو دال احصائيا أي كلما نقص الشعور بالألم بدرجة زادت معه نوعية الحياة ب 3,24 درجة وذلك بوجود الدعم الوسيلي، كما قدرت قيمة الارتباط ب 0,58 وهو دال احصائيا، أما معامل التحديد فيشير الى أن 34,7 % من التغيرات التي تطرأ على نوعية الحياة ترجع للشعور بالألم الدعم الوسيلي.

تحقيق المعادلات الثلاث يعكس تحقق الوساطة أي أن الشعور بالألم يتوسط العلاقة بين استراتيجية الدعم الوسيلي ونوعية الحياة، ولتحديد نوعية الوساطة تم تحديدها على النحو الاتي:

جدول رقم (42): التحقق من طبيعة الوساطة

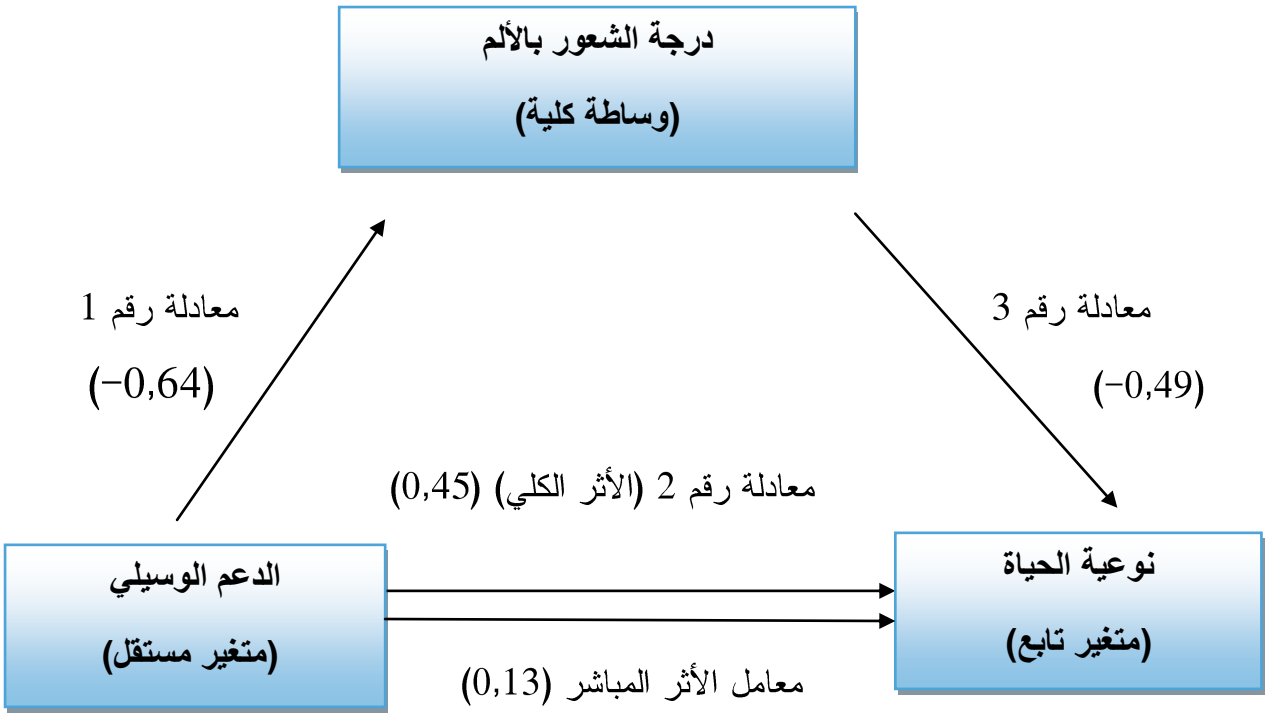
شروط نوع الوساطة: المقارنة بين معامل الأثر الكلي (تأثير مركز الضبط الصحي الداخلي على نوعية الحياة) ومعامل الأثر المباشر (تأثير درجة الشعور بالألم على نوعية الحياة بوجود مركز الضبط الداخلي)		النتيجة
شرط 1	شرط 2	
• معامل الاثر المباشر 0,136. • معامل الأثر الكلي 0,452. قيمة معامل الأثر المباشر اقرب للصفر منه عن قيمة معامل الأثر الكلي ⬇ الشرط 1 تحقق (1)	قيمة معامل الأثر المباشر (0,136) 1,173 t غير دال ⬇ الشرط الثاني لم يتحقق (0)	**وساطة كلية**

الاستنتاج

بالرجوع للنتائج الواردة في الجدولين (41) و(42) يتضح لنا ما يلي:

- وجود ارتباط موجب ومقبول ودال احصائيا بين الدعم الوسيلي ونوعية الحياة (0,45) أي أن الدعم الوسيلي ساهم في تحسين مستوى نوعية الحياة.
- وجود ارتباط سالب وقوي ودال احصائيا بين المواجهة الوقائية والشعور بالألم (−0,64) أي أن الدعم الوسيلي ساهم في التخفيض من الشعور بالألم لدى المرضى.
- وجود ارتباط بين الشعور بالألم ونوعية الحياة بوجود الدعم الوسيلي (0,58).
- تغير طفيف لقيمة الارتباط بين نوعية الحياة الدعم الوسيلي دون وجود الوسيط (0,45) وبوجود الوسيط (0,58)، بالتالي توسط الشعور بالألم العلاقة بين الدعم الوسيلي ونوعية الحياة كان كليا يعني الدعم الوسيلي لم يؤثر على نوعية الحياة كثيرا بوجود الوسيط (الشعور بالألم) بحيث تأثيره كان كليا وسلبي.

ويمكن توضيح ذلك في المخطط الموالي:



مخطط رقم (15): وساطة درجة الشعور بالالم للعلاقة بين الدعم الوسيلي ونوعية الحياة

➢ من جانب استراتيجية الدعم الوجداني

جدول رقم (43): اختبار مدى وساطة درجة الشعور بالألم لعلاقة استراتيجية الدعم الوجداني بنوعية الحياة

معادلات اختبار الوساطة	قيمة معامل الارتباط	قيمة معامل التحديد	قيمة معامل الانحدار أو معامل التأثير	التحقق من المعادلات	القرار عن الوساطة
معادلة 1 تأثير استراتيجية الدعم الوجداني على درجة الشعور بالألم	0,657-	0,432 (63,17 F) دال احصائيا	-Beta 0,657 B -0,577 (T -7,94) دال احصائيا	(1) تحققت المعادلة 1	توجد وساطة أي أن درجة الشعور بالألم تتوسط العلاقة بين الدعم الوجداني ونوعية الحياة
معادلة 2 تأثير استراتيجية الدعم الوجداني على نوعية الحياة	0,405	0,164 (16,25 F) دال احصائيا	0,405Beta 2,807 B T) (4,035,74 دال احصائيا	(1) تحققت المعادلة 2	
معادلة 3 تأثير درجة الشعور بالألم على نوعية الحياة بوجود الدعم الوجداني	0,581	0,337 (20,64 F) دال احصائيا	-Beta 0,552 B -4,366 T -4,62 دال احصائيا	(1) تحققت المعادلة 3	

يظهر لنا جليا من النتائج الواردة في الجدول أعلاه تحقق معادلات الوساطة الثلاث والتي تشير الى أن:

- تأثير استراتيجية الدعم الوجداني على درجة الشعور بالألم دال احصائيا إذ قدر معامل الانحدار أو التأثير ب – 0,57 وهو دال احصائيا أي كلما زادت استراتيجية الدعم الوجداني نقص معها الشعور بالألم ب 0,57 درجة، كما قدرت قيمة الارتباط ب–0,65 ارتباط دال احصائيا يعني كلما توفر الدعم الوجداني نقص معها الشعور بالألم، أما معامل التحديد فيشير الى أن 43 % من التغيرات التي تطرأ على الشعور بالألم من تناقص ترجع لاستراتيجية الدعم الوجداني.
- التأثير الكلي لاستراتيجية الدعم الوجداني على نوعية الحياة دال احصائيا إذ قدر معامل الانحدار أو التأثير ب 2,8 وهو دال احصائيا أي كلما زاد الدعم الوجداني بدرجة زادت معه نوعية الحياة ب 2,3 أي 3 درجات، كما قدرت قيمة الارتباط ب 0,40 وهو دال احصائيا يعني كلما زاد توفر الدعم الوجداني زادت معه نوعية الحياة، أما معامل التحديد فيشير إلى أن 16 % فقط من التغيرات التي تطرأ على نوعية الحياة من تحسن ترجع لاستراتيجية الدعم الوجداني.
- تأثير درجة الشعور بالألم على نوعية الحياة بوجود استراتيجية الدعم الوجداني إذ قدر معامل الانحدار أو التأثير B ب –4,36 وهو دال احصائيا أي كلما نقص الشعور بالألم بدرجة زادت معه نوعية الحياة ب 3,24 درجة وذلك بوجود التهي للمواجهة كما قدرت قيمة الارتباط ب 0,58 وهو دال احصائيا، أما معامل التحديد فيشير إلى أن 33,7 % من التغيرات التي تطرأ على نوعية الحياة ترجع للشعور بالألم بوجود الدعم الوجداني.

تحقيق المعادلات الثلاث يعكس تحقق الوساطة أي أن الشعور بالألم يتوسط العلاقة بين استراتيجية الدعم الوجداني ونوعية الحياة، ولتحديد نوعية الوساطة تم تحديدها على النحو الآتي:

جدول رقم (44): التحقق من طبيعة الوساطة

شروط نوع الوساطة: المقارنة بين معامل الأثر الكلي (تأثير مركز الضبط الصحي الداخلي على نوعية الحياة) ومعامل الأثر المباشر (تأثير درجة الشعور بالألم على نوعية الحياة بوجود مركز الضبط الداخلي).		النتيجة
شرط 1	شرط 2	
• معامل الاثر المباشر 0,042. • معامل الأثر الكلي 0,405. قيمة معامل الأثر المباشر اقرب للصفر منه عن قيمة معامل الأثر الكلي ⬇ الشرط 1 تحقق (1)	قيمة معامل الأثر المباشر (0,042) t 0,349 غير دال ⬇ الشرط الثاني لم يتحقق (0)	وساطة كلية

الاستنتاج

بالرجوع للنتائج الواردة في الجدولين (43) و(44) يتضح لنا ما يلي:

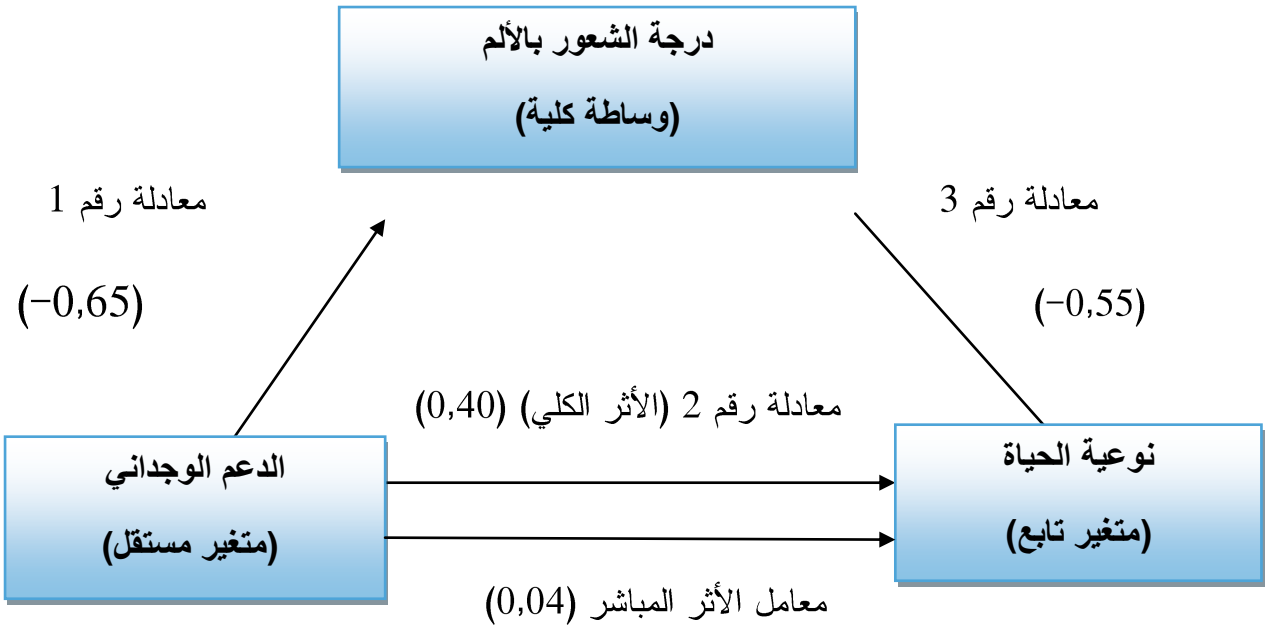
وجود ارتباط موجب ومقبول ودال احصائيا بين الدعم الوجداني ونوعية الحياة (0,40) أي أن الدعم الوجداني ساهم في تحسين مستوى نوعية الحياة.

وجود ارتباط سالب وقوي ودال احصائيا بين المواجهة الوقائية والشعور بالألم (-0,65) أي أن الدعم الوجداني ساهم في التخفيض من درجة الشعور بالألم لدى المرضى.

وجود ارتباط بين درجة الشعور بالألم ونوعية الحياة بوجود الدعم الوسيلي (0,58).

تغير طفيف لقيمة الارتباط بين نوعية الحياة الدعم الوسيلي دون وجود الوسيط (0,40) وبوجود الوسيط (0,58) بالتالي تتوسط درجة الشعور بالألم العلاقة بين الدعم الوجداني ونوعية الحياة كان كليا، يعني الدعم الوجداني لم يؤثر على نوعية الحياة كثيرا بوجود الوسيط (الشعور بالألم) بحيث تأثيره كان كليا وسلبي.

ويمكن توضيح ذلك في المخطط الموالي:



مخطط رقم (16): وساطة درجة الشعور بالألم للعلاقة بين الدعم الوجداني ونوعية الحياة

➢ **من جانب استراتيجية التجنب للمواجهة**

جدول رقم (45): اختبار مدى وساطة درجة الشعور بالألم لعلاقة استراتيجية التجنب للمواجهة بنوعية الحياة

معادلات اختبار الوساطة	قيمة معامل الارتباط ودلالته	قيمة معامل التحديد	قيمة معامل الانحدار أو معامل التأثير ودلالته	التحقق من المعادلات	القرار عن الوساطة
معادلة 1 تأثير استراتيجية التجنب على درجة الشعور بالألم	0,283− (7,47 F) دال احصائيا	0,08	0,283−Beta 0,443− B (2,78− T) دال احصائيا	(1) تحققت المعادلة1	لا توجد وساطة أي أن الشعور بالألم لا يتوسط العلاقة بين استراتيجية التجنب ونوعية الحياة
معادلة 2 تأثير استراتيجية التجنب للمواجهة على نوعية الحياة	0,007 F) (0,005 غير دال	0,00	0,007Beta 1,304 B (0,069 T) دال احصائيا	(1) لم تتحقق المعادلة2	
معادلة 3 تأثير درجة الشعور بالألم على نوعية الحياة بوجود التجنب للمواجهة	ــــــــــ	ــــــــــ	ــــــــــــــــــــــــــ	ــــــــــــــــــــــــــ	

يتضح لنا من الجدول رقم (45) أن الارتباط بين استراتيجية التجنب ونوعية الحياة غير دال احصائيا بهذا الشرط الخاص بالمعادلة الثانية الذي لم يتحقق، لا داعي من التحقق من المعادلات الأخرى ويمكننا استنتاج عدم وجود وساطة لأن الشرط الأساسي لتحقق الوساطة هو تحقق المعادلات الثلاث معا، ومنه الشعور بالألم لا يتوسط العلاقة بين استراتيجية التجنب ونوعية الحياة ، لأنه أصلا نوعية الحياة لا ترتبط باستراتيجية التجنب.

بالرجوع للنتائج الواردة في الجداول التي عرضناها يتضح لنا تحقق الفرضية الثالثة للبحث التي تشير الى توسط درجة الشعور بالألم العلاقة بين ابعاد استراتيجية المواجهة الاستباقية لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي، بحيث تبين لنا أن درجة الشعور بالألم تتوسط العلاقة بين كل ابعاد المواجهة الاستباقية الا بعد استراتيجية التجنب ونوعية الحياة.

4.1. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة للبحث

نصت الفرضية على أنه: "تتوسط درجة الشعور بالألم العلاقة بين مركز الضبط الصحي (داخلي / خارجي نفوذ الاخرين / خارجي الحظ) ونوعية الحياة لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي"، وللتحقق من صحتها تم اختبارها احصائيا باختبار الوساطة الخاص بنموذج كل من (Barron, 1986 وKenny) القائم على الانحدار البسيط والمتعدد وتمثلت النتائج الخاصة بكل بعد من ابعاد مركز الضبط الصحي على حدى، كما هي موضحة في الجداول الموالية:

➢ من جانب مركز الضبط الصحي الداخلي

جدول رقم (46): اختبار مدى وساطة درجة الشعور بالألم لعلاقة مركز الضبط الصحي الداخلي بنوعية الحياة

معادلات اختبار الوساطة	قيمة معامل الارتباط ودلالته	قيمة معامل التحديد ودلالته	قيمة معامل الانحدار أو معامل التأثير ودلالته	التحقق من المعادلات	القرار عن الوساطة
معادلة 1 تأثير مركز الضبط الصحي الداخلي على درجة الشعور بالألم	0,74-	0,55 (101,37 F) دال احصائيا	0,742- Beta 0,320- B (10,06- T) دال احصائيا	(1) تحققت المعادلة 1	توجد وساطة أي أن درجة الشعور بالألم تتوسط العلاقة بين مركز الضبط الصحي الداخلي ونوعية الحياة
معادلة 2 تأثير مركز الضبط الصحي الداخلي على نوعية الحياة	0,556	0,309 (37,06 F) دال احصائيا	0,556Beta 1,893 B (6,29 T) دال احصائيا	(1) تحققت المعادلة 2	
معادلة 3 تأثير درجة الشعور بالألم على نوعية الحياة بوجود مركز الضبط الداخلي	0,609	0,370 (24,2 F) دال احصائيا	0,372-Beta 2,945- B 2,854- T دال احصائيا	(1) تحققت المعادلة 3	

يظهر لنا جليا من النتائج الواردة في الجدول أعلاه تحقق معادلات الوساطة الثلاث والتي تشير الى أن:

- تأثير مركز الضبط الصحي الداخلي على درجة الشعور بالألم دال احصائيا إذ قدر معامل الانحدار أو التأثير ب -0,32 وهو دال احصائيا أي كلما زاد الضبط الصحي الداخلي بدرجة نقصت معه الشعور بالألم ب 0,32 درجة، كما قدرت قيمة الارتباط ب -0,74 ارتباط عكسي وقوي ودال احصائيا يعني كلما زادت الميل للضبط الداخلي نقص الشعور بالألم، أما معامل التحديد فيشير إلى أن 55 % من التغيرات التي تطرأ على الشعور بالألم ترجع للضبط الصحي الداخلي.
- التأثير الكلي للضبط الصحي الداخلي على نوعية الحياة دال احصائيا إذ قدر معامل الانحدار أو التأثير ب 1,893 وهو دال احصائيا أي كلما زاد الضبط الصحي الداخلي بدرجة زادت معه نوعية الحياة ب 1,89 درجة أي درجتين، كما قدرت قيمة الارتباط ب 0,55 وهو دال احصائيا يعني كلما زاد الميل للضبط الداخلي كلما زادت معه نوعية الحياة، أما معامل التحديد فيشير الى أن 30,9 % من التغيرات التي تطرأ على نوعية الحياة ترجع للضبط الصحي الداخلي.
- تأثير درجة الشعور بالألم على نوعية الحياة بوجود مركز الضبط الداخلي إذ قدر معامل الانحدار أو التأثير ب -2,94 وهو دال احصائيا أي كلما نقص الشعور بالألم بدرجة زادت معه نوعية الحياة ب 2,94 درجة أي 3 درجات وذلك بوجود الضبط الداخلي، كما قدرت قيمة الارتباط ب 0,60 وهو دال احصائيا، أما معامل التحديد فيشير إلى أن 37,1 % من التغيرات التي تطرأ على نوعية الحياة ترجع لانخفاض الشعور بالألم بوجود الضبط الداخلي.

تحقيق المعادلات الثلاث يعكس تحقق الوساطة أي أن الشعور بالألم يتوسط العلاقة بين الضبط الصحي الداخلي ونوعية الحياة، إذ يظهر لنا جليا ارتفاع طفيف في الارتباط الأمر الذي يعكس تأثير تدخل العامل الوسيط في العلاقة الارتباطية.

ولتحديد نوعية الوساطة تم تحديدها على النحو الآتي:

جدول رقم (47): التحقق من طبيعة الوساطة

<table>
<tr><td rowspan="2">النتيجة</td><td colspan="2">شروط نوع الوساطة:
المقارنة بين معامل الأثر الكلي (تأثير مركز الضبط الصحي الداخلي على نوعية الحياة) ومعامل الأثر المباشر (تأثير درجة الشعور بالألم على نوعية الحياة بوجود مركز الضبط الداخلي).</td></tr>
<tr><td>شرط 2</td><td>شرط 1</td></tr>
<tr><td>وساطة جزئية</td><td>قيمة معامل الأثر المباشر (0,27)
2,14 : T
دال احصائيا
قيمة معامل الاثر المباشر دالة احصائيا
⬇
الشرط الثاني تحقق (1)</td><td>• معامل الاثر المباشر 0,27 (ارتباط الضبط الصحي الداخلي بنوعية الحياة بوجود الشعور بالألم).
• معامل الأثر الكلي 0,55 (ارتباط الضبط الصحي الداخلي ونوعية الحياة، دون وجود الشعور بالألم).
قيمة معامل الأثر المباشر اقرب للصفر منه عن قيمة معامل الأثر الكلي
⬇
الشرط الاول تحقق (1)</td></tr>
<tr><td colspan="3">معناه جزء من علاقة الضبط الصحي الداخلي ونوعية الحياة تمر بشكل مباشر وجزء اخر يمر عبر الشعور بالألم.</td></tr>
</table>

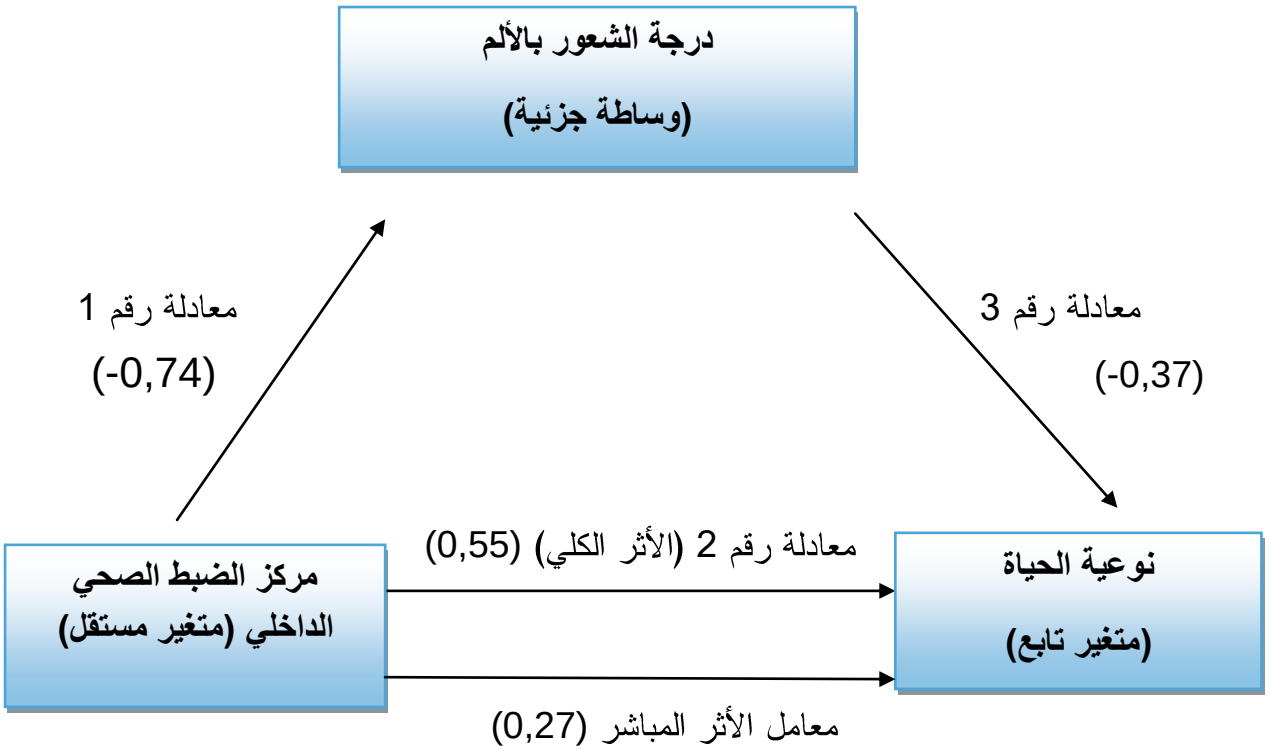
النتائج الواردة في الجدول اعلاه تعكس لنا وجود علاقة جزئية أي الشعور بالألم يتوسط العلاقة بين الضبط الصحي الداخلي ونوعية الحياة بشكل جزئي، وهذا معناه أن جزء من علاقة الضبط الصحي الداخلي ونوعية الحياة تمر بشكل مباشر وجزء اخر يمر عبر الشعور بالألم.

الاستنتاج

بالرجوع للنتائج الواردة في الجدولين (46) و(47) يتضح لنا ما يلي:

- وجود ارتباط موجب ومقبول ودال احصائيا بين الضبط الداخلي ونوعية الحياة (0,55) أي أن الضبط الصحي الداخلي ساهم في تحسين الحياة.
- وجود ارتباط سالب وقوي ودال احصائيا بين الضبط الداخلي والشعور بالألم (-0,74) أي أن الضبط الصحي الداخلي ساهم بشكل قوي في تخفيض الشعور بالألم لدى المرضى.
- وجود ارتباط قوي نوعا ما بين الشعور بالألم ونوعية الحياة بوجود الضبط الداخلي (0,60) بوجود الوسيط، ساهم الضبط الداخلي أكثر في تحسين نوعية الحياة عندما خفض من الشعور باللم لدى المرضى.
- ارتفاع طفيف للارتباط بين نوعية الحياة والضبط الداخلي دون وجود الوسيط (0,55) وبوجود الوسيط (0,60) بالتالي توسط الشعور بالألم العلاقة بين الضبط الداخلي ونوعية الحياة بشكل جزئي، بحيث جزء من علاقة الضبط الصحي ونوعية الحياة تمر بشكل مباشر والجزء الآخر يمر عبر الشعور بالألم / مشكلا وساطة جزئية.

ويمكن توضيح ذلك في المخطط الموالي:



تأثير الشعور بالألم على نوعية الحياة بوجود استراتيجية إنكار الألم

مخطط رقم (17): وساطة درجة الشعور بالألم للعلاقة بين مركز الضبط الصحي الداخلي ونوعية الحياة

➢ من جانب مركز الضبط الصحي الخارجي نفوذ الآخرين

جدول رقم (48): اختبار مدى وساطة درجة الشعور بالألم لعلاقة الضبط الصحي الخارجي نفوذ الاخرين بنوعية الحياة

معادلات اختبار الوساطة	قيمة معامل الارتباط ودلالته	قيمة معامل التحديد ودلالته	قيمة معامل الانحدار أو معامل التأثير ودلالته	التحقق من المعادلات	القرار عن الوساطة
معادلة 1 تأثير مركز الضبط الصحي الداخلي على درجة الشعور بالألم	0,369	0,136	0,369Beta 0,178 B (3,622 T) دال احصائيا	(1) تحققت المعادلة 1 0,294−Beta 1,118− B (2,798− T) دال احصائيا	توجد وساطة أي أن درجة الشعور بالألم تتوسط العلاقة بين مركز الضبط الصحي الخارجي (نفوذ الاخرين) ونوعية الحياة
		(7,83 F) دال احصائيا			
معادلة 2 تأثير مركز الضبط الصحي الداخلي على نوعية الحياة	0,29−	0,086	0,546−Beta 4,31− B 5,566− T دال احصائيا	(1) تحققت المعادلة 3 0,369Beta 0,178 B (3,622 T) دال احصائيا	
		(7,83 F) دال احصائيا			
معادلة 3 تأثير درجة الشعور بالألم على نوعية الحياة بوجود مركز الضبط الداخلي	0,586	0,343	0,294−Beta 1,118− B (2,798− T) دال احصائيا	(1) تحققت المعادلة 2	
		(21,43 F) دال احصائيا			

يظهر لنا جليا من النتائج الواردة في الجدول أعلاه تحقق معادلات الوساطة الثلاث والتي تشير الى أن:

- تأثير مركز الضبط الصحي الخارجي (نفوذ الاخرين) على درجة الشعور بالألم دال احصائيا إذ قدر معامل الانحدار أو التأثير ب 0,178 وهو دال احصائيا أي كلما زاد الضبط الصحي الخارجي نفود الآخرين بدرجة زادت معه الشعور بالألم ب 0,178 درجة، كما قدرت قيمة الارتباط ب 0,36 ودال احصائيا يعني كلما زادت الميل للضبط الخارجي نفوذ الاخرين كلما زاد معها الشعور بالألم، أما معامل التحديد فيشير الى أن 13,6 % من التغيرات التي تطرأ على الشعور بالألم ترجع للضبط الصحي الخارجي (نفوذ الاخرين).
- التأثير الكلي للضبط الصحي الخارجي نفوذ الاخرين على نوعية الحياة دال احصائيا إذ قدر معامل الانحدار أو التأثير ب -1,11 وهو دال احصائيا أي كلما زاد الضبط الصحي الخارجي نفوذ بدرجة نقصت معه نوعية الحياة ب 1,11 درجة، كما قدرت قيمة الارتباط ب -0,29 وهو دال احصائيا يعني كلما زاد الميل للضبط الخارجي نفود كلما نقصت معه نوعية الحياة، أما معامل التحديد فيشير الى أن 8,9% من التغيرات التي تطرأ على نوعية الحياة ترجع للضبط الصحي الخارجي (نفوذ الاخرين) قوة التنبؤ هنا ضعيفة جدا.
- تأثير درجة الشعور بالألم على نوعية الحياة بوجود مركز الضبط الخارجي (نفوذ الاخرين) إذ قدر معامل الانحدار أو التأثير ب -4,31 وهو دال احصائيا أي كلما نقص الشعور بالألم بدرجة زادت معه نوعية الحياة ب 4,31 درجة وذلك بوجود الضبط الخارجي (نفوذ الاخرين)، كما قدرت قيمة الارتباط ب 0,58 وهو دال احصائيا، أما معامل التحديد فيشير الى أن 34 % من التغيرات التي تطرأ على نوعية الحياة من تدهور ترجع لتزايد الشعور بالألم بوجود الضبط الصحي الخارجي (نفوذ الاخرين).

تحقيق المعادلات الثلاث يعكس تحقق الوساطة أي أن الشعور بالألم يتوسط العلاقة بين الضبط الصحي الخارجي (نفوذ الاخرين) ونوعية الحياة، إذ يظهر لنا جليا ارتفاع طفيف في الارتباط الأمر الذي يعكس تأثير تدخل العامل الوسيط في العلاقة الارتباطية.

ولتحديد نوعية الوساطة تم تحديدها على النحو الاتي:

جدول رقم (49): التحقق من طبيعة الوساطة

شروط نوع الوساطة: المقارنة بين معامل الأثر الكلي (تأثير مركز الضبط الصحي الداخلي على نوعية الحياة) ومعامل الأثر المباشر (تأثير درجة الشعور بالألم على نوعية الحياة بوجود مركز الضبط الداخلي).		**النتيجة**
شرط 1	شرط 2	
• معامل الاثر المباشر –0,092. • معامل الأثر الكلي –0,294. قيمة معامل الأثر المباشر اقرب للصفر منه عن قيمة معامل الأثر الكلي ⬇ الشرط 1 تحقق (1)	قيمة معامل الأثر المباشر (–0,092) t –0,956 غير دال احصائيا ⬇ الشرط الثاني لم يتحقق (0)	**وساطة كلية**

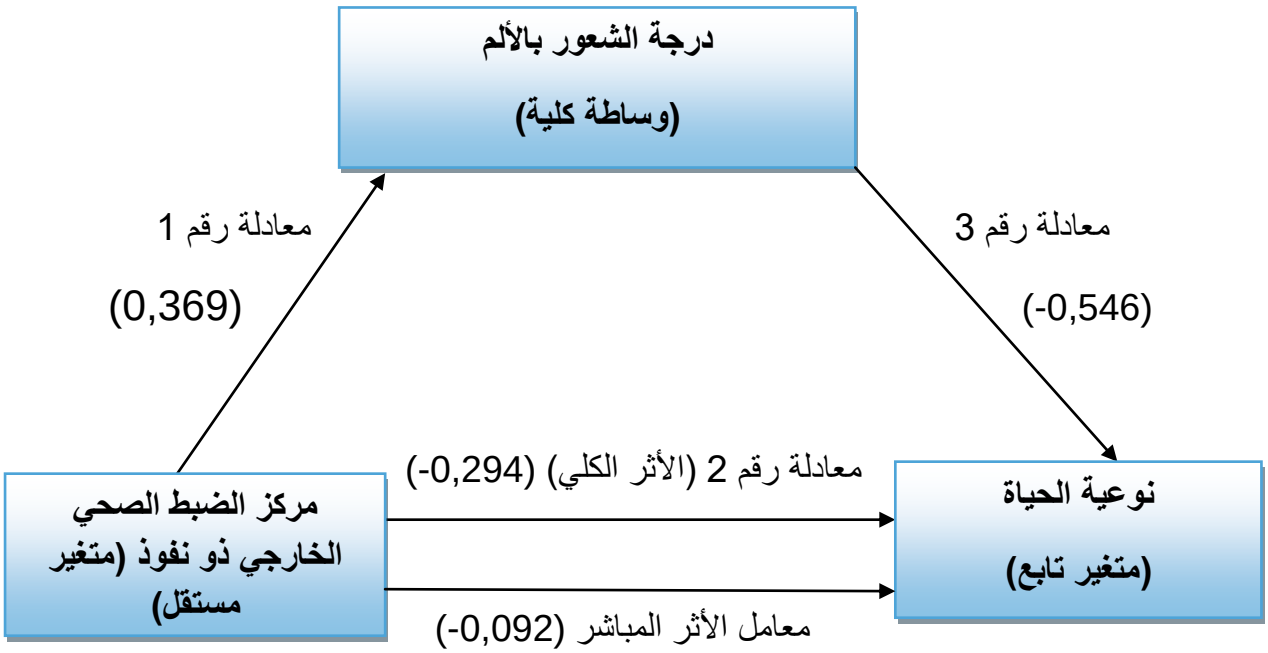
النتائج الواردة في الجدول اعلاه تعكس لنا وجود علاقة جزئية أي الشعور بالألم يتوسط العلاقة بين الضبط الصحي الداخلي ونوعية الحياة بشكل جزئي، وهذا معناه أن جزء من علاقة الضبط الصحي الداخلي ونوعية الحياة تمر بشكل مباشر وجزء اخر يمر عبر الشعور بالألم.

الاستنتاج

بالرجوع للنتائج الواردة في الجدولين (48) و(49) يتضح لنا ما يلي:

- وجود ارتباط سالب ومقبول نوعا ما ودال احصائيا بين الضبط الخارجي (نفوذ الآخرين) ونوعية الحياة (0,29-) أي أن الضبط الصحي الخارجي (نفوذ) ساهم في تخفيض المستوى الجيد لنوعية الحياة.
- وجود ارتباط موجب ومقبول ودال احصائيا بين الضبط الخارجي (نفوذ) والشعور بالألم (0,36) أي أن الضبط الصحي الخارجي (الحظ) ساهم في الرفع من الشعور بالألم لدى المرضى.
- وجود ارتباط قوي نوعا ما بين الشعور بالألم ونوعية الحياة بوجود الضبط الخارجي (نفود) (0,58) بوجود الوسيط ازدادت نوعية الحياة سوءا.
- تغير قيمة الارتباط بين نوعية الحياة والضبط الخارجي (نفوذ الاخرين) دون وجود الوسيط (0,29-) وبوجود الوسيط (0,58-) بالتالي توسطت درجة الشعور بالألم العلاقة بين الضبط الخارجي (نفوذ) ونوعية الحياة كان كليا، يعني الضبط الخارجي (نفوذ) لم يؤثر على نوعية الحياة بقدر ما أثر الوسيط (الشعور بالألم) بحيث تأثيره كان كليا وسلبي كون تأثير الضبط الصحي الخارجي (نفوذ) لم يخفض في الشعور بالألم بل ساهم في رفعه.

ويمكن توضيح ذلك في المخطط الموالي:



تأثير الشعور بالألم على نوعية الحياة بوجود استراتيجية إنكار الألم

مخطط رقم (18): وساطة درجة الشعور بالألم للعلاقة بين مركز الضبط الصحي الخارجي ذو نفوذ ونوعية الحياة

- **من جانب مركز الضبط الصحي الخارجي الحظ**

جدول رقم (50): اختبار مدى وساطة درجة الشعور بالألم لعلاقة مركز الضبط الصحي الخارجي الحظ بنوعية الحياة

معادلات اختبار الوساطة	قيمة معامل الارتباط ودلالته	قيمة معامل التحديد	قيمة معامل الانحدار أو معامل التأثير ودلالته	التحقق من المعادلات	القرار عن الوساطة
معادلة 1 تأثير مركز الضبط الصحي الخارجي الحظ على درجة الشعور بالألم	0,589	0,347	0,589Beta 0,241 B (6,63 T) دال احصائيا	(1) تحققت المعادلة 1	توجد وساطة أي أن درجة الشعور بالألم تتوسط العلاقة بين مركز الضبط الصحي الخارجي (الحظ) ونوعية الحياة
		(44,07 F) دال احصائيا			
معادلة 2 تأثير مركز الضبط الصحي الخارجي الحظ على نوعية الحياة	0,477-	0,227	Beta 0,477- 1,54- B (4,94- T) دال احصائيا	(1) تحققت المعادلة 2	
		(24,41 F) دال احصائيا			
معادلة 3 تأثير درجة الشعور بالألم على نوعية الحياة بوجود مركز الضبط الخارجي الحظ	0,603	0,364	Beta 0,458- 3,617- B 4,2- T دال احصائيا	(1) تحققت المعادلة 3	
		(23,47 F) دال احصائيا			

يظهر لنا جليا من النتائج الواردة في الجدول أعلاه تحقق معادلات الوساطة الثلاث والتي تشير الى أن:

- تأثير مركز الضبط الصحي الخارجي (الحظ) على درجة الشعور بالألم دال احصائيا إذ قدر معامل الانحدار أو التأثير ب 0,24 وهو دال احصائيا أي كلما زاد الضبط الصحي الخارجي (الحظ) بدرجة زاد معه الشعور بالألم ب 0,24 درجة، كما قدرت قيمة الارتباط ب0,58 ارتباط دال احصائيا يعني كلما زاد الميل للحظ زادت معه الشعور بالألم، أما معامل التحديد فيشير إلى أن 34 % من التغيرات التي تطرأ على الشعور بالألم من تزايد ترجع للضبط الصحي الخارجي (الحظ).
- التأثير الكلي للضبط الصحي الخارجي (الحظ) على نوعية الحياة دال إحصائيا إذ قدر معامل الانحدار أو التأثير ب –1,54 وهو دال إحصائيا أي كلما زاد الضبط الصحي الخارجي (الحظ) بدرجة نقصت معه نوعية الحياة ب 1,54 درجة أي بدرجتين تقريبا، كما قدرت قيمة الارتباط ب –0,47 وهو دال احصائيا يعني كلما زاد الميل للضبط الخارجي (الحظ) كلما نقصت معه نوعية الحياة، أما معامل التحديد فيشير الى أن 30,9 % من التغيرات التي تطرأ على نوعية الحياة من تراجع وتدهور ترجع للضبط الصحي الخارجي (الحظ).
- تأثير درجة الشعور بالألم على نوعية الحياة بوجود مركز الضبط الخارجي (الحظ) إذ قدر معامل الانحدار أو التأثير B ب –3,61 وهو دال احصائيا أي كلما زاد الشعور بالألم بدرجة نقصت معه نوعية الحياة ب 3,61 درجة أي 4 درجات تقريبا وذلك بوجود الضبط الخارجي (الحظ)، كما قدرت قيمة الارتباط ب 0,60 وهو دال احصائيا، أما معامل التحديد فيشير الى أن 36,4 % من التغيرات التي تطرأ على نوعية الحياة للشعور بالألم بوجود الضبط الداخلي.

تحقيق المعادلات الثلاث يعكس تحقق الوساطة أي أن درجة الشعور بالألم يتوسط العلاقة بين الضبط الصحي الداخلي ونوعية الحياة، إذ يظهر لنا جليا ارتفاع طفيف في الارتباط الأمر الذي يعكس تأثير تدخل العامل الوسيط في العلاقة الارتباطية.

ولتحديد نوعية الوساطة تم تحديدها على النحو الاتي:

جدول رقم (51): التحقق من طبيعة الوساطة

شروط نوع الوساطة: المقارنة بين معامل الأثر الكلي (تأثير مركز الضبط الصحي الداخلي على نوعية الحياة) ومعامل الأثر المباشر (تأثير درجة الشعور بالألم على نوعية الحياة بوجود مركز الضبط الداخلي)		**النتيجة**
شرط 1	شرط 2	
• معامل الاثر المباشر –0,207. • معامل الأثر الكلي –0,477. قيمة معامل الأثر المباشر اقرب للصفر منه عن قيمة معامل الأثر الكلي ⬇ الشرط 1 تحقق (1)	قيمة معامل الأثر المباشر (–0,207) t –1,902 غير دال احصائيا ⬇ الشرط الثاني لم يتحقق (0)	**وساطة كلية**

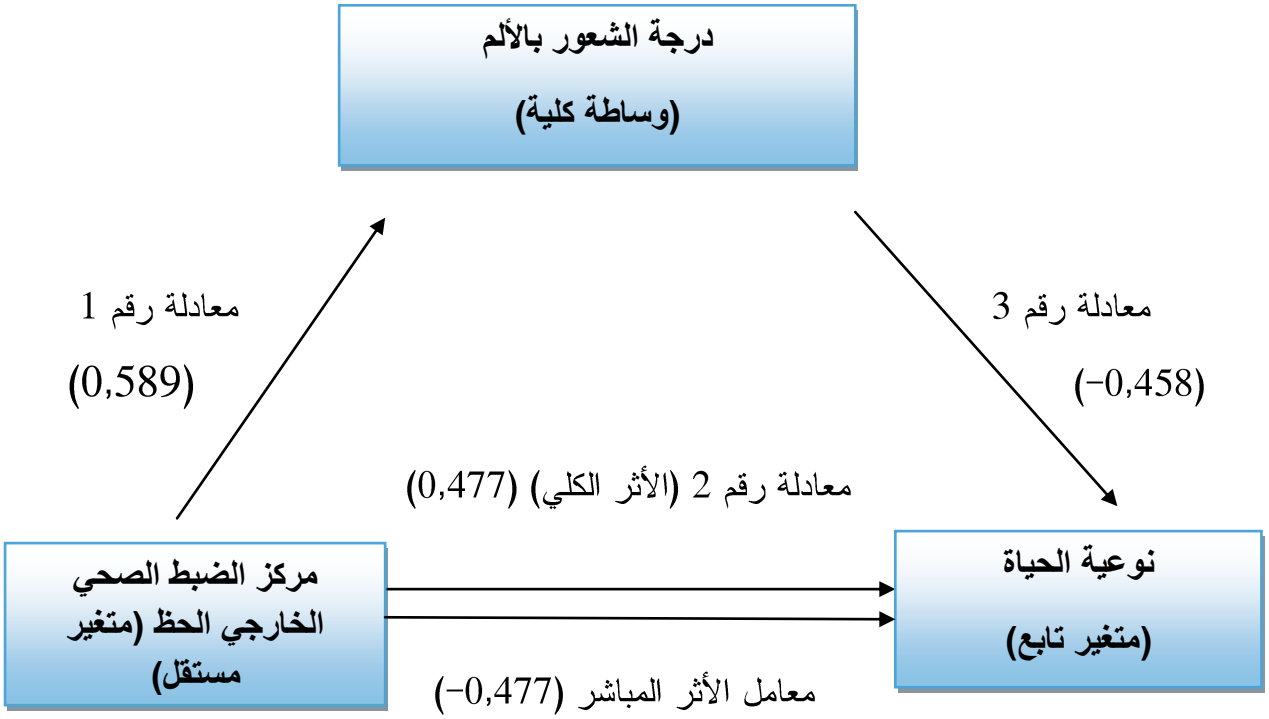
الاستنتاج

بالرجوع للنتائج الواردة في الجدولين (50) و(51) يتضح لنا ما يلي:

- وجود ارتباط سالب ومقبول نوعا ما ودال احصائيا بين الضبط الخارجي (الحظ) ونوعية الحياة (–0,47) أي أن الضبط الصحي الخارجي (الحظ) ساهم في تحفيض المستوى الجيد لنوعية الحياة.
- وجود ارتباط موجب ومقبول ودال احصائيا بين الضبط الخارجي (الحظ) ودرجة الشعور بالألم (0,58) أي أن الضبط الصحي الخارجي (الحظ) ساهم في الرفع من الشعور بالألم لدى المرضى.
- وجود ارتباط قوي نوعا ما بين الشعور بالألم ونوعية الحياة بوجود الضبط الخارجي (الحظ) (0,60) بوجود الوسيط ازدادت نوعية الحياة سوءا.

- تغير قيمة الارتباط بين نوعية الحياة والضبط الخارجي (الحظ) دون وجود الوسيط (−0,47) وبوجود الوسيط (−0,60)، بالتالي توسط درجة الشعور بالألم العلاقة بين الضبط الخارجي (الحظ) ونوعية الحياة كان كليا يعني الضبط الخارجي (الحظ) لم يؤثر على نوعية الحياة بقدر ما أثر الوسيط (الشعور بالألم) بحيث تأثيره كان كليا وسلبي كون تأثير الضبط الصحي الخارجي (الحظ) لم يخفض في الشعور بالألم بل ساهم في رفعه.

ويمكن توضيح ذلك في المخطط الموالي:



مخطط رقم (19): وساطة درجة الشعور بالألم للعلاقة بين مركز الضبط الصحي الخارجي الحظ ونوعية الحياة

بالرجوع للنتائج الواردة في الجداول يتبين لنا تحقق الفرضية الرابعة للبحث "تتوسط درجة الشعور بالألم العلاقة بين مركز الضبط الصحي (داخلي / خارجي نفوذ الاخرين / خارجي الحظ) ونوعية الحياة لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي" على النحو الاتي:

بالنسبة لتوسط درجة الشعور بالألم للعلاقة بين الضبط الصحي الداخلي ونوعية الحياة يفسر بوجود ارتباط سالب وقوي ودال احصائيا بين الضبط الداخلي والشعور بالألم (–0,74)، أي أن الضبط الصحي الداخلي ساهم بشكل قوي في تخفيض الشعور بالألم لدى المرضى.

بالنسبة لتوسط درجة الشعور بالألم للعلاقة بين الضبط الصحي الخارجي نفوذ الاخرين ونوعية الحياة إذ أن تغير قيمة الارتباط بين نوعية الحياة والضبط الخارجي (نفوذ الآخرين) دون وجود الوسيط (–0,29) وبوجود الوسيط (–0,58) بالتالي توسطت درجة الشعور بالألم العلاقة بين الضبط الخارجي (نفوذ) ونوعية الحياة كان كليا، يعني الضبط الخارجي (نفوذ) لم يؤثر على نوعية الحياة بقدر ما أثر الوسيط (الشعور بالألم) بحيث تأثيره كان كليا وسلبي.

بالنسبة لتوسط درجة الشعور بالألم للعلاقة بين الضبط الصحي الخارجي الحظ ونوعية الحياة فكان تغير قيمة الارتباط بين نوعية الحياة والضبط الخارجي (الحظ) دون وجود الوسيط (–0,47) وبوجود الوسيط (–0,60)، بالتالي توسط درجة الشعور بالألم العلاقة بين الضبط الخارجي (الحظ) ونوعية الحياة كان كليا، يعني مركز الضبط الخارجي (الحظ) لم يؤثر على نوعية الحياة بقدر ما أثر الوسيط (الشعور بالألم) بحيث تأثيره كان كليا وسلبي.

5.1. عرض ومناقشة الفرضية الخامسة للبحث

نصت الفرضية الخامسة للبحث على أنه: "توجد علاقة بين مركز الضبط الصحي والمواجهة الاستباقية في التحسين من نوعية الحياة لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي"، وللتأكد من صحتها تم اختبارها احصائيا بالانحدار المتعدد، وتمثلت النتائج فيما يخص كل استراتيجية على حدى كما هي مبينة في الجداول الموالية:

- **الضبط الصحي الداخلي واستراتيجيات المواجهة الاستباقية**

جدول رقم (52): نتائج الانحدار المتعدد للضبط الصحي الداخلي واستراتيجيات المواجهة الاستباقية على نوعية الحياة

المتغير التابع	المتغيرات المستقلة: • مركز الضبط الصحي الداخلي. • استراتيجيات المواجهة الاستباقية.	معامل الارتباط	معامل التحديد	معامل الانحدار أو التأثير
نوعية الحياة	الضبط الداخلي/التهيؤ للمواجهة	0,53/0,55 0,59	0,359	0,72/1,23
	الضبط الداخلي/ التأمل للمواجهة	0,54/0,55 0,61	0,382	1,16/1,24
	الضبط الداخلي/ المواجهة الوقائية	0,49/0,55 0,58	0,339	0,91/1,37
	الضبط الداخلي/ التخطيط الاستراتيجي	0,53/0,55 0,60	0,370	2,26/1,23
	الضبط الداخلي/ دعم وسيلي	0,45/0,55 0,58	0,347	0,87/1,49
	الضبط الداخلي/ دعم وجداني	0,40/0,55 0,56	0,315	0,71/1,67
	الضبط الداخلي/ التجنب	0,009/0,55 0,56	0,318	1,21-/1,95

يتضح لنا من النتائج الواردة في الجدول أعلاه في ما يخص تأثير التفاعل بين الضبط الصحي الداخلي واستراتيجيات المواجهة الاستباقية ما يلي:

- التأثير الايجابي للتفاعل بين الضبط الداخلي واستراتيجية التهيؤ للمواجهة لتحسين نوعية الحياة إذ قدرت قيمة ارتباط المعنوي بين المتغيرات 0,59، إذ ساهم المتغيران معا في إحداث التغيير في نوعية الحياة بنسبة 35,9%، غير أن اسهام الضبط الداخلي كان أكثر من استراتيجية التهيؤ، إذ أحدث الضبط الداخلي مع تغيره بدرجة زيادة نوعية الحياة ب 1,23 درجة، بينما التهيؤ للمواجهة ب 0,72 درجة.
- التأثير الايجابي للتفاعل بين الضبط الداخلي واستراتيجية التأمل للمواجهة لتحسين نوعية الحياة إذ قدرت قيمة ارتباط المعنوي بين المتغيرات 0,61، إذ ساهم المتغيران معا في إحداث التغيير في نوعية الحياة بنسبة 38,2% بحيث كان اسهام كل الضبط الداخلي واستراتيجية التأمل بنفس المستوى، إذ أحدت الضبط الداخلي مع تغيره بدرجة زيادة نوعية الحياة ب 1,24 درجة بينما التهيؤ للمواجهة ب 1,16 درجة.
- التأثير الايجابي للتفاعل بين الضبط الداخلي واستراتيجية التخطيط الاستراتيجي لتحسين نوعية الحياة إذ قدرت قيمة ارتباط المعنوي بين المتغيرات 0,60 إذ ساهم المتغيران معا في إحداث التغيير في نوعية الحياة بنسبة 37%، غير أن اسهام التخطيط الاستراتيجي كان أكثر من الضبط الداخلي، إذ أحدث التخطيط مع تغيره بدرجة زيادة نوعية الحياة ب 2,28 درجة بينما الضبط الداخلي ب 1,24 درجة.
- التأثير الايجابي للتفاعل بين الضبط الداخلي واستراتيجية المواجهة الوقائية لتحسين نوعية الحياة إذ قدرت قيمة ارتباط المعنوي بين المتغيرات 0,58 إذ ساهم المتغيران معا في احداث التغيير في نوعية الحياة بنسبة 33,9%، غير أن اسهام الضبط الداخلي كان أكثر من المواجهة الوقائية، إذ أحدث الضبط الداخلي مع تغيره بدرجة زيادة نوعية الحياة ب 1,37 درجة بينما التهيؤ للمواجهة ب 0,91 درجة.
- التأثير الايجابي للتفاعل بين الضبط الداخلي واستراتيجية الدعم الوسيلي لتحسين نوعية الحياة إذ قدرت قيمة ارتباط المعنوي بين المتغيرات 0,58، إذ ساهم المتغيران معا في إحداث التغيير في نوعية الحياة بنسبة 34,7%، غير أن اسهام الضبط الداخلي كان أكثر

من الدعم الوسيلي، إذ أحدث الضبط الداخلي مع تغيره بدرجة زيادة نوعية الحياة ب 1,49 درجة بينما الدعم الوسيلي ب 0,87 درجة.

- التأثير الايجابي للتفاعل بين الضبط الداخلي واستراتيجية الدعم الوجداني لتحسين نوعية الحياة إذ قدرت قيمة ارتباط المعنوي بين المتغيرات 0,56، إذ ساهم المتغيران معا في احداث التغيير في نوعية الحياة بنسبة 31,5%، غير أن اسهام الضبط الداخلي كان السائد من الدعم الوجداني، إذ أحدث الضبط الداخلي مع تغيره بدرجة زيادة نوعية الحياة ب 1,67 درجة بينما الدعم الوجداني تأثيره لم يكن معنوي بوجود الضبط الداخلي.
- التأثير الايجابي للتفاعل بين الضبط الداخلي واستراتيجية التجنب للمواجهة لتحسين نوعية الحياة إذ قدرت قيمة ارتباط المعنوي بين المتغيرات 0,56 إذ ساهم المتغيران معا في احداث التغيير في نوعية الحياة بنسبة 31,8%، غير أن اسهام الضبط الداخلي كان كليا نظرا لعدم ارتباط التجنب بنوعية الحياة إذ أحدث الضبط الداخلي مع تغيره بدرجة زيادة نوعية الحياة ب 1,95 درجة.

➢ الضبط الصحي الخارجي (نفوذ الاخرين) واستراتيجيات المواجهة الاستباقية

جدول رقم (53): نتائج الانحدار المتعدد للضبط الصحي الخارجي نفوذ الاخرين واستراتيجيات المواجهة الاستباقية على نوعية الحياة

المتغير التابع	المتغيرات المستقلة: • مركز الضبط الصحي الخارجي: نفوذ الاخرين. • استراتيجيات المواجهة الاستباقية.	معامل الارتباط	معامل التحديد	معامل الانحدار أو التأثير
نوعية الحياة	نفوذ الآخرين /التهيؤ للمواجهة	0,53/0,29- 0,54	0,294	1,2/0,93-
	نفوذ الآخرين / التأمل للمواجهة	0,54/0,29- 0,57	0,328	1,77/*0,72-
	نفوذ الآخرين /المواجهة الوقائية	0,49/0,29- 0,50	0,258	1,78/0,43-
	نفوذ الآخرين /التخطيط الاستراتيجي	0,53/0,29- 0,55	0,313	3,56/0,65-
	نفوذ الآخرين /دعم وسيلي	0,45/0,29- 0,48	0,238	1,53/0,72-
	نفوذ الآخرين /دعم وجداني	0,40/0,29- 0,45	0,204	2,45/0,78-
	نفوذ الآخرين /التجنب	0,003/0,29- 0,29	0,088	0,5-/1,14-

يتضح لنا من النتائج الواردة في الجدول أعلاه في ما يخص تأثير التفاعل بين الضبط الصحي الخارجي (نفوذ الآخرين) واستراتيجيات المواجهة الاستباقية ما يلي :

- التأثير الايجابي للتفاعل بين نفوذ الآخرين واستراتيجية التهيؤ للمواجهة لتحسين نوعية الحياة إذ قدرت قيمة ارتباط المعنوي بين المتغيرات 0,54 إذ ساهم المتغيران معا في احداث التغيير في نوعية الحياة بنسبة 29,4% ارتباط ضعيف نوعا ما، غير أن اسهام التهيؤ للمواجهة كان سائدا من نفوذ الاخرين إذ أحدثت التهيؤ للمواجهة مع تغيرها بدرجة زيادة نوعية الحياة ب 1,20 درجة، بينما نفوذ الاخرين تأثيره لم يكن معنوي بوجود التهيؤ للمواجهة.
- التأثير الايجابي للتفاعل بين نفوذ الآخرين واستراتيجية التأمل للمواجهة لتحسين نوعية الحياة إذ قدرت قيمة ارتباط المعنوي بين المتغيرات 0,57 إذ ساهم المتغيران معا في احداث التغيير في نوعية الحياة بنسبة 32,8%، بحيث كان اسهام التأمل للمواجهة إيجابي وأقوى من نفوذ الاخرين الذي كان مخفضا لها إذ أحدت التأمل للمواجهة مع تغيره بدرجة زيادة نوعية الحياة ب 1,77 درجة بينما نفوذ الاخرين خفض منها بمقدار 0,72 درجة.
- التأثير الايجابي للتفاعل بين نفوذ الآخرين واستراتيجية التخطيط الاستراتيجي لتحسين نوعية الحياة قدرت قيمة ارتباط المعنوي بين المتغيرات 0,55 إذ ساهم المتغيران معا في احداث التغيير في نوعية الحياة بنسبة 31,3% ارتباط ضعيف نوعا ما، غير أن اسهام التخطيط الاستراتيجي كان سائدا من نفوذ الاخرين إذ أحدث التخطيط الاستراتيجي مع تغيره بدرجة زيادة نوعية الحياة ب 3,56 درجة بينما نفوذ الاخرين تأثيره لم يكن معنوي بوجود التخطيط الاستراتيجي.
- التأثير الايجابي للتفاعل بين نفوذ الآخرين واستراتيجية المواجهة الوقائية لتحسين نوعية الحياة إذ قدرت قيمة ارتباط المعنوي بين المتغيرات 0,50 إذ ساهم المتغيران معا في احداث التغيير في نوعية الحياة بنسبة 25,8% ارتباط ضعيف نوعا ما، غير أن اسهام المواجهة الوقائية كان سائدا من نفوذ الاخرين إذ أحدثت المواجهة الوقائية مع تغيرها بدرجة زيادة نوعية الحياة ب 1,78 درجة بينما نفوذ الاخرين تأثيره لم يكن معنوي بوجود المواجهة الوقائية.

- التأثير الايجابي للتفاعل بين نفوذ الآخرين واستراتيجية الدعم الوسيلي لتحسين نوعية الحياة إذ قدرت قيمة ارتباط المعنوي بين المتغيرات 0,48 إذ ساهم المتغيران معا في احداث التغيير في نوعية الحياة بنسبة 23,8% ارتباط ضعيف نوعا ما، غير أن اسهام الدعم الوسيلي كان سائدا من نفوذ الاخرين إذ أحدث الدعم الوسيلي مع تغيره بدرجة زيادة نوعية الحياة ب 1,53 درجة بينما نفوذ الاخرين تأثيره لم يكن معنوي بوجود الدعم الوسيلي.
- التأثير الايجابي للتفاعل بين نفوذ الاخرين واستراتيجية الدعم الوجداني لتحسين نوعية الحياة إذ قدرت قيمة ارتباط المعنوي بين المتغيرات 0,45 إذ ساهم المتغيران معا في احداث التغيير في نوعية الحياة بنسبة 20,4%، بحيث كان اسهام الدعم الوجداني ايجابي وأقوى من نفوذ الاخرين الذي كان مخفضا لها، إذ أحدث الدعم الوجداني مع تغيره بدرجة زيادة نوعية الحياة ب 2,45 درجة بينما نفوذ الاخرين خفض منها بمقدار 0,78 درجة.
- التأثير الايجابي للتفاعل بين نفوذ الاخرين واستراتيجية التجنب للمواجهة لتحسين نوعية الحياة إذ قدرت قيمة ارتباط المعنوي بين المتغيرات 0,29 إذ ساهم المتغيران معا في احداث التغيير في نوعية الحياة بنسبة 8,8% فقط، غير أن اسهام نفوذ الاخرين كان سالب (عكسي) وكليا نظرا لعدم ارتباط التجنب بنوعية الحياة، يعني خفض من مستوى الجيد لنوعية الحياة إذ أحدث نفوذ الاخرين مع تغيره بدرجة انخفاض نوعية الحياة ب 1,14 درجة.

➢ الضبط الصحي الخارجي (الحظ) واستراتيجيات المواجهة الاستباقية

جدول رقم (54): نتائج الانحدار المتعدد للضبط الصحي الخارجي الحظ واستراتيجيات المواجهة الاستباقية على نوعية الحياة

المتغير التابع	المتغيرات المستقلة : • مركز الضبط الصحي الخارجي: الحظ. • استراتيجيات المواجهة الاستباقية	معامل الارتباط	معامل التحديد	معامل الانحدار أو التأثير
نوعية الحياة	الحظ /التهيؤ للمواجهة	0,53/ 0,47- 0,58	0,340	0,95/0,88-
	الحظ / التأمل للمواجهة	0,54/0,47- 0,59	0,352	1,42/0,9-
	الحظ /المواجهة الوقائية	0,49/0,47- 0,56	0,322	1,38/1-
	الحظ /التخطيط الاستراتيجي	0,53/0,47- 0,59	0,35	2,88/0,93-
	الحظ /دعم وسيلي	0,45/0,47- 0,55	0,311	1,2/1,14-
	الحظ /دعم وجداني	0,40/0,47- 0,51	0,264	1,52/1,18-
	الحظ /التجنب	0,009/0,47- 0,48	0,238	1,33-/1,61-

يتضح لنا من النتائج الواردة في الجدول أعلاه في ما يخص تأثير التفاعل بين الضبط الصحي الخارجي (الحظ) واستراتيجيات المواجهة الاستباقية ما يلي:

- التأثير الايجابي للتفاعل بين الحظ واستراتيجية التهيؤ للمواجهة لتحسين نوعية الحياة إذ قدرت قيمة ارتباط المعنوي بين المتغيرات 0,58 إذ ساهم المتغيران معا في احداث التغيير في نوعية الحياة بنسبة 34%، بحيث كان اسهام التهيؤ للمواجهة إيجابي من الحظ الذي كان مخفضا لها إذ أحدت التهيؤ للمواجهة مع تغيره بدرجة زيادة نوعية الحياة ب 0,95 درجة بينما الحظ خفض منها بمقدار 0,88 درجة.
- التأثير الإيجابي للتفاعل بين الحظ واستراتيجية التأمل للمواجهة لتحسين نوعية الحياة إذ قدرت قيمة ارتباط المعنوي بين المتغيرات 0,59 إذ ساهم المتغيران معا في إحداث التغيير في نوعية الحياة بنسبة 35,2%، بحيث كان إسهام التأمل للمواجهة إيجابي من الحظ الذي كان مخفضا لها إذ أحدت التأمل للمواجهة مع تغيره بدرجة زيادة نوعية الحياة ب 4,42 درجة، بينما الحظ خفض منها بمقدار 0,90 درجة.
- التأثير الايجابي للتفاعل الحظ واستراتيجية التخطيط الاستراتيجي لتحسين نوعية الحياة قدرت قيمة ارتباط المعنوي بين المتغيرات 0,59 إذ ساهم المتغيران معا في إحداث التغيير في نوعية الحياة بنسبة 35%، بحيث كان إسهام التأمل للمواجهة ايجابي من الحظ الذي كان مخفضا لها إذ أحدت التخطيط مع تغيره بدرجة زيادة نوعية الحياة ب 2,88 درجة بينما الحظ خفض منها بمقدار 0,93 درجة.
- التأثير الايجابي للتفاعل بين الحظ واستراتيجية المواجهة الوقائية لتحسين نوعية الحياة إذ قدرت قيمة ارتباط المعنوي بين المتغيرات 0,56 إذ ساهم المتغيران معا في إحداث التغيير في نوعية الحياة بنسبة 32,2%، بحيث كان إسهام المواجهة الوقائية ايجابي من الحظ الذي كان مخفضا لها، إذ أحدثت المواجهة الوقائية مع تغيره بدرجة زيادة نوعية الحياة ب 1,38 درجة بينما الحظ خفض منها بمقدار 1 درجة هذا يعني أن الحظ والمواجهة الوقائية يتجهان في الاتجاه المعكوس.

- التأثير الايجابي للتفاعل بين الحظ واستراتيجية الدعم الوسيلي لتحسين نوعية الحياة إذ قدرت قيمة ارتباط المعنوي بين المتغيرات 0,55 إذ ساهم المتغيران معا في إحداث التغيير في نوعية الحياة بنسبة 31,1%، بحيث كان إسهام الدعم الوسيلي إيجابي من الحظ الذي كان مخفضا لها إذ أحدت الدعم الوسيلي مع تغيره بدرجة زيادة نوعية الحياة ب 1,2 درجة، بينما الحظ خفض منها بمقدار 1,14 درجة هذا يعني أن الحظ والدعم الوسيلي يتجهان في الاتجاه المعكوس.
- التأثير الإيجابي للتفاعل بين الحظ واستراتيجية الدعم الوجداني لتحسين نوعية الحياة إذ قدرت قيمة ارتباط المعنوي بين المتغيرات 0,51 إذ ساهم المتغيران معا في إحداث التغيير في نوعية الحياة بنسبة 26,4%، بحيث كان إسهام الدعم الوجداني إيجابي من الحظ الذي كان مخفضا لها إذ أحدت الدعم الوجداني مع تغيره بدرجة زيادة نوعية الحياة ب 1,52 درجة، بينما الحظ خفض منها بمقدار 1,18 درجة هذا يعني أن الحظ الدعم الوسيلي يتجهان في الاتجاه المعكوس.
- التأثير الإيجابي للتفاعل بين الحظ واستراتيجية التجنب للمواجهة لتحسين نوعية الحياة إذ قدرت قيمة ارتباط المعنوي بين المتغيرات 0,48 إذ ساهم المتغيران معا في إحداث التغيير في نوعية الحياة بنسبة 23,8% فقط، غير أن إسهام الحظ كان سالب (عكسي) وكليا نظرا لعدم ارتباط التجنب بنوعية الحياة، يعني خفض من مستوى الجيد لنوعية الحياة إذ أحدث الحظ مع تغيره بدرجة انخفاض نوعية الحياة ب 1,61 درجة.

بالرجوع للنتائج الواردة في الجداول (52)، (53)، و(54) يتضح لنا تحقق الفرضية الخامسة للبحث التي نصت على: "وجود علاقة بين مركز الضبط الصحي والمواجهة الاستباقية في التحسين من نوعية الحياة لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي"، من الجوانب الآتية:

- من جانب الضبط الصحي الداخلي واستراتيجية المواجهة الاستباقية في إحداث التغيير في نوعية الحياة: فكان تأثير التفاعل بين المتغيرين إيجابيا مع كل الابعاد السبعة للمواجهة الاستباقية.

- من جانب الضبط الصحي الخارجي نفوذ الآخرين واستراتيجيات المواجهة الاستباقية إحداث التغيير في نوعية الحياة: فكان تأثير التفاعل بين المتغيرين إيجابيا مع كل الابعاد السبعة للمواجهة الاستباقية.
- من جانب الضبط الصحي الخارجي الحظ واستراتيجيات المواجهة الاستباقية في إحداث التغيير في نوعية الحياة: فكان تأثير التفاعل بين المتغيرين إيجابيا مع كل الابعاد السبعة للمواجهة الاستباقية.

6.1. عرض ومناقشة نتائج الفرضية السادسة للبحث

نصت الفرضية السادسة للبحث على أنه: تؤثر استراتيجية المواجهة الاستباقية في تحسين نوعية الحياة لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي، وللتأكد من صحتها تم اختبارها احصائيا باختبار F لتحليل التباين الاحادي لعامل واحد، وتمثلت النتائج فيما يخص كل استراتيجية على حدى كما هي مبينة في الجداول الموالية:

- **من حيث استراتيجية التهيؤ للمواجهة**

الجدول رقم (55): نتائج تحليل التباين الاحادي نوعية الحياة عامة بدلالة مستوى استراتيجية التهيؤ للمواجهة

المتغير	مستوى استراتيجية التهيؤ للمواجهة	العدد	المتوسط الحسابي	نتائج تحليل التباين				
				مصدر التباين	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة اختبار F	الدلالة الاحصائية
نوعية الحياة	منخفض	16	41,14	بين المجموعات	5198,74	2599,37	9,43	دالة احصائيا عند α 0,01
	متوسط	54	56,08	داخل المجموعات	22593,69	275,53		
	مرتفع	16	66,73	الكلي	27792,43			
	المجموع	85						

يظهر لنا جليا من النتائج الواردة وجود اختلاف في متوسط درجات نوعية الحياة بين المرضى الذين يتميزون بمستوى مرتفع لاستراتيجية التهيؤ للمواجهة والذي قدر ب(66,73)، والذين يتميزون بمستوى متوسط لاستراتيجية التهيؤ للمواجهة والذي قدر ب (56,08) الذين يتميزون بمستوى منخفض لاستراتيجية التهيؤ للمواجهة والذي قدر ب (41,14)، إذ قدرت قيمة اختبار F لتحليل التباين ب 9,43 وهي دالة احصائيا، بالتالي يوجد اختلاف بين المرضى في تقدير نوعية الحياة حسب مستوى استراتيجية التهيؤ للمواجهة (منخفض، متوسط، مرتفع).

ولتحديد هذا الاختلاف إلى أي مجموعة تعزى يجرى إجراء المقارنات المتعددة بين المتوسطات بتطبيق اختبار scheffe للمقارنات المتعددة، على النحو الآتي:

جدول رقم (56): نتائج اختبار scheffe للمقارنات المتعددة بين المتوسطات

المقارنة بين المجموعات من حيث مستوى التهيؤ للمواجهة	الفرق بين المتوسطات	قيمة الفرق	قيمة الاختبار	الدلالة الاحصائية
منخفض / متوسط	56,08-41,14	14,94-	4,72	دال احصائيا عند 0,05α
منخفض / مرتفع	66,73-41,14	25,59-	5,96	دال احصائيا عند 0,05α
متوسط / مرتفع	66,73-56,08	10,65-	4,84	غير دال احصائيا

يظهر لنا جليا من الجدول ما يلي:

- الفرق في درجات نوعية الحياة بين المرضى الذين يتميزون بمستوى منخفض لاستراتيجية التهيؤ للمواجهة والذين يتميزون بالمستوى متوسط لهذه الاستراتيجية دال احصائيا، أي أن المرضى الذين يتميزون بالمستوى المتوسط لاستراتيجية التهيؤ للمواجهة هم الذين يتميزون بمستوى نوعية الحياة أحسن مقارنة بالذين يتميزون بالمستوى المنخفض.

- الفرق في درجات نوعية الحياة بين المرضى الذين يتميزون الذين يتميزون بمستوى منخفض لاستراتيجية التهيؤ للمواجهة والذين يتميزون بالمستوى مرتفع لهذه الاستراتيجية دال إحصائيا، أي أن المرضى الذين يتميزون بالمستوى المرتفع لاستراتيجية التهيؤ للمواجهة هم الذين يتميزون بمستوى نوعية الحياة أحسن مقارنة بالذين يتميزون بالمستوى المنخفض.
- الفرق في درجات نوعية الحياة بين المرضى الذين يتميزون الذين يتميزون بمستوى متوسط لاستراتيجية التهيؤ للمواجهة والذين يتميزون بالمستوى المرتفع لهذه الاستراتيجية غير دال إحصائيا، أي أن المرضى الذين يتميزون بالمستوى المتوسط إلى حدود المستوى المرتفع لاستراتيجية التهيؤ للمواجهة هم الذين يتميزون بمستوى نوعية الحياة أحسن مقارنة بالذين يتميزون بالمستوى المنخفض.

بالتالي يوجد اختلاف في تقدير مستوى نوعية الحياة بدلالة مستوى استراتيجية التهيؤ للمواجهة، إذ تتحسن أكثر عند المرضى الذين يتميزون بالمستوى المرتفع الى حدود المتوسط.

➢ **من حيث استراتيجية التأمل للمواجهة**

الجدول رقم (57): نتائج تحليل التباين الاحادي نوعية الحياة عامة بدلالة مستوى استراتيجية التأمل للمواجهة

المتغير	مستوى استراتيجية تأمل المواجهة	العدد	المتوسط الحسابي	نتائج تحليل التباين				
				مصدر التباين	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة اختبار F	الدلالة الاحصائية
نوعية الحياة	منخفض	12	37,41	بين المجموعات	7362,27	3681,13	14,77	دالة احصائيا عند α 0,01
	متوسط	41	52,43	داخل المجموعات	20430,16	249,14		
	مرتفع	32	65,28	الكلي	27792,43			
	المجموع	85						

يظهر لنا جليا من النتائج الواردة وجود اختلاف في متوسط درجات نوعية الحياة بين المرضى الذين يتميزون بمستوى مرتفع لاستراتيجية التأمل للمواجهة والذي قدر ب (65,28)، والذين يتميزون بمستوى متوسط لاستراتيجية التأمل للمواجهة والذي قدر ب(52,43)، الذين يتميزون بمستوى منخفض لاستراتيجية التأمل للمواجهة والذي قدر ب (37,41)، إذ قدرت قيمة اختبار F لتحليل التباين ب 14,77 وهي دالة احصائيا بالتالي يوجد اختلاف بين المرضى في تقدير نوعية الحياة حسب مستوى استراتيجية التأمل للمواجهة (منخفض، متوسط، مرتفع).

ولتحديد هذا الاختلاف إلى أي مجموعة تعزى يجرى إجراء المقارنات المتعددة بين المتوسطات بتطبيق اختبار scheffe للمقارنات المتعددةعلى النحو الآتي:

جدول رقم (58): نتائج اختبار scheffe للمقارنات المتعددة بين المتوسطات

المقارنة بين المجموعات من حيث مستوى استراتيجية التأمل للمواجهة	الفرق بين المتوسطات	قيمة الفرق	قيمة الاختبار	الدلالة الاحصائية
منخفض / متوسط	52,43-37,41	15,02-	5,18	دال احصائيا عند 0,05α
منخفض / مرتفع	65,28-37,41	27,87-	5,34	دال احصائيا عند 0,05α
متوسط / مرتفع	65,28-52,43	12,84-	3,72	دال احصائيا عند 0,05α

يظهر لنا جليا من الجدول ما يلي:

- الفرق في درجات نوعية الحياة بين المرضى الذين يتميزون بمستوى منخفض لاستراتيجية التأمل للمواجهة والذين يتميزون بالمستوى متوسط لهذه الاستراتيجية دال احصائيا، أي أن المرضى الذين يتميزون بالمستوى المتوسط لاستراتيجية التأمل للمواجهة هم الذين يتميزون بمستوى نوعية الحياة أحسن مقارنة بالذين يتميزون بالمستوى المنخفض.
- الفرق في درجات نوعية الحياة بين المرضى الذين يتميزون الذين يتميزون بمستوى منخفض لاستراتيجية التأمل للمواجهة والذين يتميزون بالمستوى مرتفع لهذه الاستراتيجية دال احصائيا، أي أن المرضى الذين يتميزون بالمستوى المرتفع لاستراتيجية التأمل للمواجهة هم الذين يتميزون بمستوى نوعية الحياة أحسن مقارنة بالذين يتميزون بالمستوى المنخفض.
- الفرق في درجات نوعية الحياة بين المرضى الذين يتميزون الذين يتميزون بمستوى متوسط لاستراتيجية التأمل للمواجهة والذين يتميزون بالمستوى المرتفع لهذه الاستراتيجية دال احصائيا، أي أن المرضى الذين يتميزون بالمستوى المرتفع لاستراتيجية التأمل للمواجهة هم الذين يتميزون بمستوى نوعية الحياة أحسن مقارنة بالذين يتميزون بالمستوى المتوسط.

بالتالي يوجد اختلاف في تقدير مستوى نوعية الحياة بدلالة مستوى استراتيجية التأمل للمواجهة إذ تتحسن أكثر عند المرضى الذين يتميزون بالمستوى المرتفع.

- من حيث استراتيجية التخطيط الاستراتيجي

الجدول رقم (59): نتائج تحليل التباين الاحادي نوعية الحياة عامة بدلالة مستوى التخطيط الاستراتيجي

المتغير	مستوى التخطيط الاستراتيجي	العدد	المتوسط الحسابي	نتائج تحليل التباين				
				مصدر التباين	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة اختبار F	الدلالة الاحصائية
نوعية الحياة	منخفض	10	35,36	بين المجموعات	7662,9	3831,45	15,6	دالة احصائيا عند α 0,01
	متوسط	29	49,53	داخل المجموعات	20129,53	245,48		
	مرتفع	46	62,99	الكلي	27792,43			
	المجموع	85						

يظهر لنا جليا من النتائج الواردة وجود اختلاف في متوسط درجات نوعية الحياة بين المرضى الذين يتميزون بمستوى مرتفع لاستراتيجية التخطيط الاستراتيجي والذي قدر ب(62,99)، والذين يتميزون بمستوى متوسط لاستراتيجية التخطيط الاستراتيجي والذي قدر ب (49,53)، الذين يتميزون بمستوى منخفض لاستراتيجية التخطيط الاستراتيجي والذي قدر ب (35,36)، إذ قدرت قيمة اختبار F لتحليل التباين ب 15,6 وهي دالة إحصائيا بالتالي يوجد اختلاف بين المرضى في تقدير نوعية الحياة حسب مستوى استراتيجية التخطيط الاستراتيجي (منخفض، متوسط، مرتفع).

ولتحديد هذا الاختلاف الى أي مجموعة تعزى، يجرى اجراء المقارنات المتعددة بين المتوسطات بتطبيق اختبار scheffe للمقارنات المتعددة على النحو الآتي:

جدول رقم (60): نتائج اختبار scheffe للمقارنات المتعددة بين المتوسطات

المقارنة بين المجموعات من حيث مستوى التخطيط الاستراتيجي	الفرق بين المتوسطات	قيمة الفرق	قيمة الاختبار	الدلالة الاحصائية
منخفض / متوسط	49,53-35,36	14,16-	5,74	دال احصائيا عند 0,05α
منخفض / مرتفع	62,99-35,36	27,63-	5,46	دال احصائيا عند 0,05α
متوسط / مرتفع	62,99-49,53	13,46-	3,71	دال احصائيا عند 0,05α

يظهر لنا جليا من الجدول ما يلي:

- الفرق في درجات نوعية الحياة بين المرضى الذين يتميزون بمستوى منخفض لاستراتيجية التخطيط الاستراتيجي والذين يتميزون بالمستوى متوسط لهذه الاستراتيجية دال احصائيا، أي أن المرضى الذين يتميزون بالمستوى المتوسط لاستراتيجية التخطيط لاستراتيجي هم الذين يتميزون بمستوى نوعية الحياة أحسن مقارنة بالذين يتميزون بالمستوى المنخفض.
- الفرق في درجات نوعية الحياة بين المرضى الذين يتميزون بمستوى منخفض لاستراتيجية التخطيط الاستراتيجي والذين يتميزون بالمستوى مرتفع لهذه الاستراتيجية دال احصائيا، أي أن المرضى الذين يتميزون بالمستوى المرتفع لاستراتيجية التأمل للمواجهة هم الذين يتميزون بمستوى نوعية الحياة أحسن مقارنة بالذين يتميزون بالمستوى المنخفض.

- الفرق في درجات نوعية الحياة بين المرضى الذين يتميزون الذين يتميزون بمستوى متوسط لاستراتيجية التأمل للمواجهة والذين يتميزون بالمستوى المرتفع لهذه الاستراتيجية دال احصائيا، أي أن المرضى الذين يتميزون بالمستوى المرتفع لاستراتيجية التأمل للمواجهة هم الذين يتميزون بمستوى نوعية الحياة أحسن مقارنة بالذين يتميزون بالمستوى المتوسط.

بالتالي يوجد اختلاف في تقدير مستوى نوعية الحياة بدلالة مستوى استراتيجية التأمل للمواجهة إذ تتحسن أكثر عند المرضى الذين يتميزون بالمستوى المرتفع.

- **من حيث استراتيجية المواجهة الوقائية**

الجدول رقم (61): نتائج تحليل التباين الاحادي نوعية الحياة عامة بدلالة مستوى المواجهة الوقائية

المتغير	مستوى استراتيجية المواجهة الوقائية	العدد	المتوسط الحسابي	نتائج تحليل التباين				
				مصدر التباين	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة اختبار F	الدلالة الاحصائية
نوعية الحياة	منخفض	28	41,57	بين المجموعات	7731,67	3865,83	15,8	دالة احصائيا عند α 0,01
	متوسط	38	61,29	داخل المجموعات	20060,76	30244,64		
	مرتفع	19	62,88	الكلي	27792,43			
	المجموع	85						

يظهر لنا جليا من النتائج الواردة وجود اختلاف في متوسط درجات نوعية الحياة بين المرضى الذين يتميزون بمستوى مرتفع لاستراتيجية المواجهة الوقائية والذي قدر ب (62,88)، والذين يتميزون بمستوى متوسط لاستراتيجية المواجهة الوقائية والذي قدر ب (61,29)، الذين يتميزون بمستوى منخفض لاستراتيجية المواجهة الوقائية والذي قدر ب (41,57)، إذ قدرت قيمة اختبار F لتحليل التباين ب 15,8 وهي دالة احصائيا، بالتالي

يوجد اختلاف بين المرضى في تقدير نوعية الحياة حسب مستوى استراتيجية المواجهة الوقائية (منخفض، متوسط، مرتفع).

ولتحديد هذا الاختلاف الى أي مجموعة تعزى يجرى اجراء المقارنات المتعددة بين المتوسطات بتطبيق اختبار scheffe للمقارنات المتعددة على النحو الآتي:

جدول رقم (62): نتائج اختبار scheffe للمقارنات المتعددة بين المتوسطات

المقارنة بين المجموعات من مستوى المواجهة الوقائية	الفرق بين المتوسطات	قيمة الفرق	قيمة الاختبار	الدلالة الاحصائية
منخفض / متوسط	61,29-41,57	19,72-	3,89	دال احصائيا عند 0,05α
منخفض / مرتفع	62,88-41,57	21,31-	4,64	دال احصائيا عند 0,05α
متوسط / مرتفع	62,88-61,29	1,58-	4,39	غير دال احصائيا

يظهر لنا جليا من الجدول ما يلي:

- الفرق في درجات نوعية الحياة بين المرضى الذين يتميزون بمستوى منخفض لاستراتيجية المواجهة الوقائية والذين يتميزون بالمستوى متوسط لهذه الاستراتيجية دال احصائيا، أي أن المرضى الذين يتميزون بالمستوى المتوسط لاستراتيجية المواجهة الوقائية هم الذين يتميزون بمستوى نوعية الحياة أحسن مقارنة بالذين يتميزون بالمستوى المنخفض.
- الفرق في درجات نوعية الحياة بين المرضى الذين يتميزون بمستوى منخفض لاستراتيجية المواجهة الوقائية والذين يتميزون بالمستوى مرتفع لهذه الاستراتيجية دال احصائيا، أي أن المرضى الذين يتميزون بالمستوى المرتفع لاستراتيجية المواجهة الوقائية هم الذين يتميزون بمستوى نوعية الحياة أحسن مقارنة بالذين يتميزون بالمستوى المنخفض.
- الفرق في درجات نوعية الحياة بين المرضى الذين يتميزون بمستوى متوسط لاستراتيجية المواجهة الوقائية والذين يتميزون بالمستوى المرتفع لهذه الاستراتيجية

غير دال احصائيا، أي أن المرضى الذين يتميزون بالمستوى المتوسط الى حدود المستوى المرتفع لاستراتيجية المواجهة الوقائية هم الذين يتميزون بمستوى نوعية الحياة أحسن مقارنة بالذين يتميزون بالمستوى المنخفض.

بالتالي يوجد اختلاف في تقدير مستوى نوعية الحياة بدلالة مستوى استراتيجية المواجهة الوقائية إذ تتحسن أكثر عند المرضى الذين يتميزون بالمستوى المرتفع إلى حدود المتوسط.

- **من حيث استراتيجية الدعم الوسيلي**

الجدول رقم (63): نتائج تحليل التباين الاحادي نوعية الحياة عامة بدلالة مستوى استراتيجية الدعم الوسيلي

المتغير	مستوى الدعم الوسيلي	العدد	المتوسط الحسابي	نتائج تحليل التباين				
				مصدر التباين	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة اختبار F	الدلالة الاحصائية
نوعية الحياة	منخفض	22	41,9	بين المجموعات	5305,66	2652,83	9,67	دالة احصائيا عند α 0,01
	متوسط	38	58,78	داخل المجموعات	22486,77	274,22		
	مرتفع	25	61,29	الكلي	27792,43			
	المجموع	85						

يظهر لنا جليا من النتائج الواردة وجود اختلاف في متوسط درجات نوعية الحياة بين المرضى الذين يتميزون بمستوى مرتفع لاستراتيجية الدعم الوسيلي والذي قدر ب (61,29)، والذين يتميزون بمستوى متوسط لاستراتيجية الدعم الوسيلي والذي قدر ب (58,78)، الذين يتميزون بمستوى منخفض لاستراتيجية الدعم الوسيلي والذي قدر ب (41,9)، إذ قدرت قيمة اختبار F لتحليل التباين ب 9,67 وهي دالة احصائيا بالتالي

يوجد اختلاف بين المرضى في تقدير نوعية الحياة حسب مستوى استراتيجية الدعم الوسيلي (منخفض، متوسط، مرتفع).

ولتحديد هذا الاختلاف الى أي مجموعة تعزى يجرى اجراء المقارنات المتعددة بين المتوسطات بتطبيق اختبار scheffe للمقارنات المتعددة على النحو الآتي:

جدول رقم (64): نتائج اختبار scheffe للمقارنات المتعددة بين المتوسطات

المقارنة بين المجموعات من حيث مستوى الدعم الوسيلي	الفرق بين المتوسطات	قيمة الفرق	قيمة الاختبار	الدلالة الاحصائية
منخفض / متوسط	58,78-41,9	16,88-	4,43	دال احصائيا عند 0,05α
منخفض / مرتفع	61,29-41,9	19,38-	4,84	دال احصائيا عند 0,05α
متوسط / مرتفع	61,29-58,78	2,5-	4,26	غير دال احصائيا

يظهر لنا جليا من الجدول ما يلي:

- الفرق في درجات نوعية الحياة بين المرضى الذين يتميزون بمستوى منخفض لاستراتيجية الدعم الوسيلي والذين يتميزون بالمستوى متوسط لهذه الاستراتيجية دال احصائيا، أي أن المرضى الذين يتميزون بالمستوى المتوسط لاستراتيجية الدعم الوسيلي هم الذين يتميزون بمستوى نوعية الحياة أحسن مقارنة بالذين يتميزون بالمستوى المنخفض.
- الفرق في درجات نوعية الحياة بين المرضى الذين يتميزون الذين يتميزون بمستوى منخفض لاستراتيجية الدعم الوسيلي والذين يتميزون بالمستوى مرتفع لهذه الاستراتيجية دال احصائيا، أي أن المرضى الذين يتميزون بالمستوى المرتفع لاستراتيجية الدعم الوسيلي هم الذين يتميزون بمستوى نوعية الحياة أحسن مقارنة بالذين يتميزون بالمستوى المنخفض.
- الفرق في درجات نوعية الحياة بين المرضى الذين يتميزون الذين يتميزون بمستوى متوسط لاستراتيجية الدعم الوسيلي والذين يتميزون بالمستوى المرتفع

لهذه الاستراتيجية غير دال احصائيا، أي أن المرضى الذين يتميزون بالمستوى المتوسط الى حدود المستوى المرتفع لاستراتيجية الدعم الوسيلي هم الذين يتميزون بمستوى نوعية الحياة أحسن مقارنة بالذين يتميزون بالمستوى المنخفض.

بالتالي يوجد اختلاف في تقدير مستوى نوعية الحياة بدلالة مستوى استراتيجية الدعم الوسيلي، إذ تتحسن أكثر عند المرضى الذين يتميزون بالمستوى المرتفع الى حدود المتوسط.

- **من حيث استراتيجية الدعم الوجداني**

الجدول رقم (65): نتائج تحليل التباين الاحادي نوعية الحياة عامة بدلالة مستوى الدعم الوجداني

المتغير	مستوى الدعم الوجداني	العدد	المتوسط الحسابي	نتائج تحليل التباين				
				مصدر التباين	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة اختبار F	الدلالة الاحصائية
نوعية الحياة	منخفض	26	42,14	بين المجموعات	6361,24	3180,62	12,17	دالة احصائيا عند α 0,01
	متوسط	35	60,34	داخل المجموعات	21431,19	261,35		
	مرتفع	24	61,67	الكلي	27792,43			
	المجموع	85						

يظهر لنا جليا من النتائج الواردة وجود اختلاف في متوسط درجات نوعية الحياة بين المرضى الذين يتميزون بمستوى مرتفع لاستراتيجية الدعم الوجداني والذي قدر ب (61,67)، والذين يتميزون بمستوى متوسط لاستراتيجية الدعم الوجداني والذي قدر ب (60,34)، الذين يتميزون بمستوى منخفض لاستراتيجية الدعم الوجداني والذي قدر ب (42,14)، إذ قدرت قيمة اختبار F لتحليل التباين ب 12,17 وهي دالة احصائيا، بالتالي

يوجد اختلاف بين المرضى في تقدير نوعية الحياة حسب مستوى استراتيجية الدعم الوجداني (منخفض، متوسط، مرتفع).

ولتحديد هذا الاختلاف الى أي مجموعة تعزى يجرى اجراء المقارنات المتعددة بين المتوسطات بتطبيق اختبار scheffe للمقارنات المتعددة على النحو الآتي:

جدول رقم (66): نتائج اختبار scheffe للمقارنات المتعددة بين المتوسطات

المقارنة بين المجموعات من حيث مستوى الدعم الوجداني	الفرق بين المتوسطات	قيمة الفرق	قيمة الاختبار	الدلالة الاحصائية
منخفض / متوسط	60,34-42,14	18,19-	4,18	دال احصائيا عند 0,05α
منخفض / مرتفع	61,67-42,14	19,52-	4,57	دال احصائيا عند 0,05α
متوسط / مرتفع	61,67-60,34	1,33-	4,28	غير دال احصائيا

يظهر لنا جليا من الجدول ما يلي:

- الفرق في درجات نوعية الحياة بين المرضى الذين يتميزون بمستوى منخفض لاستراتيجية الدعم الوجداني والذين يتميزون بالمستوى متوسط لهذه الاستراتيجية دال احصائيا، أي أن المرضى الذين يتميزون بالمستوى المتوسط لاستراتيجية الدعم الوجداني هم الذين يتميزون بمستوى نوعية الحياة أحسن مقارنة بالذين يتميزون بالمستوى المنخفض.
- الفرق في درجات نوعية الحياة بين المرضى الذين يتميزون الذين يتميزون بمستوى منخفض لاستراتيجية الدعم الوجداني والذين يتميزون بالمستوى مرتفع لهذه الاستراتيجية دال احصائيا، أي أن المرضى الذين يتميزون بالمستوى المرتفع لاستراتيجية الدعم الوجداني هم الذين يتميزون بمستوى نوعية الحياة أحسن مقارنة بالذين يتميزون بالمستوى المنخفض.
- الفرق في درجات نوعية الحياة بين المرضى الذين يتميزون بمستوى متوسط لاستراتيجية الدعم الوجداني والذين يتميزون بالمستوى المرتفع لهذه الاستراتيجية

غير دال احصائيا، أي أن المرضى الذين يتميزون بالمستوى المتوسط الى حدود المستوى المرتفع لاستراتيجية الدعم الوجداني هم الذين يتميزون بمستوى نوعية الحياة أحسن مقارنة بالذين يتميزون بالمستوى المنخفض.

بالتالي يوجد اختلاف في تقدير مستوى نوعية الحياة بدلالة مستوى استراتيجية الدعم الوجداني إذ تتحسن أكثر عند المرضى الذين يتميزون بالمستوى المرتفع الى حدود المتوسط.

- **من حيث استراتيجية تجنب المواجهة**

الجدول رقم (67): نتائج تحليل التباين الاحادي نوعية الحياة عامة بدلالة مستوى تجنب المواجهة

المتغير	مستوى استراتيجية تجنب المواجهة	العدد	المتوسط الحسابي	نتائج تحليل التباين				
				مصدر التباين	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة اختبار F	الدلالة الاحصائية
نوعية الحياة	منخفض	10	50,72	بين المجموعات	364,64	182,32	0,545	غير دال احصائيا
	متوسط	46	56,83	داخل المجموعات	27427,79	334,48		
	مرتفع	29	54	الكلي	27792,43			
	المجموع	85						

يظهر لنا جليا من النتائج الواردة عدم وجود اختلاف في متوسط درجات نوعية الحياة بين المرضى الذين يتميزون بمستوى مرتفع لاستراتيجية التجنب للمواجهة والذي قدر ب (54)، والذين يتميزون بمستوى متوسط لاستراتيجية التجنب للمواجهة والذي قدر ب (56,83)، الذين يتميزون بمستوى منخفض لاستراتيجية التجنب للمواجهة والذي قدر ب (50,72)، إذ قدرت قيمة اختبار F لتحليل التباين ب 0,545 وهي غير دالة احصائيا

بالتالي لا يوجد اختلاف بين المرضى في تقدير نوعية الحياة حسب مستوى استراتيجية التجنب للمواجهة (منخفض، متوسط، مرتفع).

بالرجوع للنتائج الواردة في الجداول من الجدول(55) إلى غاية الجدول رقم (67) يتبن لنا صحة الفرضية السادسة التي تنص على "تؤثر ابعاد استراتيجية المواجهة الاستباقية في تحسين نوعية الحياة لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي" وذلك بوجود اختلاف بين المرضى في تقدير نوعية حياتهم حسب مستوى (منخفض، متوسط، مرتفع) لكل من استراتيجية: التهيؤ للمواجهة، التأمل للمواجهة، التخطيط الاستراتيجي، الدعم الوسيلي، الدعم الوجداني والمواجهة الوقائية ما عدى اسراتجية تجنب المواجهة.

ويمكن توضيح أهم نتائجها على النحو الآتي:

- يوجد اختلاف في تقدير مستوى نوعية الحياة بدلالة مستوى استراتيجية التهيؤ للمواجهة إذ تتحسن أكثر عند المرضى الذين يتميزون بالمستوى المرتفع الى حدود المتوسط.
- يوجد اختلاف في تقدير مستوى نوعية الحياة بدلالة مستوى استراتيجية التأمل للمواجهة إذ تتحسن أكثر عند المرضى الذين يتميزون بالمستوى المرتفع.
- يوجد اختلاف في تقدير مستوى نوعية الحياة بدلالة مستوى استراتيجية التأمل للمواجهة إذ تتحسن أكثر عند المرضى الذين يتميزون بالمستوى المرتفع.
- يوجد اختلاف في تقدير مستوى نوعية الحياة بدلالة مستوى استراتيجية المواجهة الوقائية إذ تتحسن أكثر عند المرضى الذين يتميزون بالمستوى المرتفع الى حدود المتوسط.
- يوجد اختلاف في تقدير مستوى نوعية الحياة بدلالة مستوى استراتيجية الدعم الوسيلي إذ تتحسن أكثر عند المرضى الذين يتميزون بالمستوى المرتفع الى حدود المتوسط .
- يوجد اختلاف بين المرضى في تقدير نوعية الحياة حسب مستوى استراتيجية الدعم الوجداني (منخفض، متوسط، مرتفع).

- لا يوجد اختلاف بين المرضى في تقدير نوعية الحياة حسب مستوى استراتيجية التجنب للمواجهة (منخفض، متوسط، مرتفع).

7.1. عرض ومناقشة نتائج الفرضية السابعة للبحث

نصت الفرضية السابعة للبحث على أنه: "يؤثر مركز الضبط الصحي (داخلي / خارجي نفوذ الاخرين / خارجي الحظ) في تحسين نوعية الحياة لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي"، وللتأكد من صحتها تم اختبارها احصائيا باختبار F لتحليل التباين الاحادي لعامل واحد، وتمثلت النتائج فيما يخص عامل نوعية الحياة عامة وبدلالة بعديها كما هي مبينة في الجداول الموالية:

الجدول رقم (68): نتائج تحليل التباين الاحادي نوعية الحياة عامة بدلالة نمط مصدر الضبط الصحي

المتغير	مستوى مركز الضبط الصحي الداخلي	العدد	المتوسط الحسابي	نتائج تحليل التباين				
				مصدر التباين	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة اختبار F	الدلالة الاحصائية
نوعية الحياة	داخلي	37	66,55	بين المجموعات	8574,53	4287,26	18,29	دالة احصائيا عند α 0,01
	خارجي (نفوذ الاخرين)	22	47,56	داخل المجموعات	19217,9	234,36		
	خارجي (الحظ)	26	45,35	الكلي	27792,43			
	المجموع	85						

يظهر لنا جليا من النتائج الواردة وجود اختلاف في متوسط درجات نوعية الحياة بين المرضى الذين يتميزون بالضبط الصحي الداخلي والذي قدر ب (66,55)، والذين يتميزون بالضبط الخارجي (نفوذ الاخرين) قدر ب (47,56)، الذين يتميزون بالضبط الخارجي (الحظ) ب (45,35)، إذ قدرت قيمة اختبار F لتحليل التباين ب 18,29 وهي دالة احصائيا، بالتالي يؤثر نمط مركز الضبط الصحي (داخلي، نفوذ الاخرين، الحظ) في التحسين من نوعية الحياة لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي.

ولتحديد هذا الاختلاف الى أي مجموعة تعزى يجرى اجراء المقارنات المتعددة بين المتوسطات بتطبيق اختبار scheffe للمقارنات المتعددة على النحو الآتي:

جدول رقم (69): نتائج اختبار scheffe للمقارنات المتعددة بين المتوسطات

المقارنة بين المجموعات من حيث مستوى الضبط الصحي الداخلي	الفرق بين المتوسطات	قيمة الفرق	قيمة الاختبار	الدلالة الاحصائية
داخلي / نفوذ	47,56-66,55	18,99	4,12	دال احصائيا عند 0,05α
داخلي / حظ	45,35-66,55	21,2	3,91	دال احصائيا عند 0,05α
نفوذ / حظ	45,35-47,56	2,2	4,43	غير دال احصائيا

يظهر لنا جليا من الجدول ما يلي:

- الفرق في درجات نوعية الحياة بين المرضى الذين يتميزون بالضبط الصحي الداخلي والذين يتميزون بالضبط الصحي الخارجي (الحظ) دال احصائيا، أي أن المرضى الذين يتميزون بالضبط الصحي الداخلي هم الذين يتميزون بمستوى نوعية الحياة أحسن مقارنة بالذين يتميزون بالضبط الصحي الخارجي (الحظ).
- الفرق في درجات نوعية الحياة بين المرضى الذين يتميزون بالضبط الصحي الخارجي (الحظ) والذين يتميزون بالضبط الصحي الخارجي (نفوذ الاخرين) غير دال احصائيا، أي أن المرضى الذين يتميزون بالضبط الصحي الخارجي (نفوذ

الاخرين)، والذين يتميزون بالضبط الخارجي (الحظ) لا يختلفون فيما يخص تقديرهم لمستوى نوعية الحياة لديهم.

بالتالي يوجد اختلاف في تقدير مستوى نوعية الحياة بدلالة نمط مركز الضبط الصحي إذ تتحسن أكثر عند المرضى الذين يتميزون بالضبط الصحي الداخلي وهذا ما يؤكد تحقق الفرضية.

2.تفسير نتائج فرضيات البحث

بعد عرض التحليل الإحصائي ومناقشة نتائج فرضيات البحث السبعة المنبثقة من الإشكالية التي عبرت على الطرح النظري لمشكلة بحثنا والمتمثلة في "دور المواجهة الاستباقية ومركز الضبط الصحي في التخفيف من شدة الألم وتحسين نوعية الحياة لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي"، سنحاول في هذا الجزء تفسير أهم النتائج التي توصل إليها بحثنا باعتماد الدراسات السابقة والتناول النظري.

✓ **معاناة مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي من مستويات مرتفعة للألم**

أشارت نتائج التحليل الإحصائي إلى أن مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي يشعرون بالألم من مستوى المتوسط الى حدود الشديد، ويمكن توضيح ذلك بتعميق تحليلنا النظري لهذه النتائج على النحو الآتي:

فقد سبق وأعلنت منظمة الصحة العالمية أن 40% من مرضى السرطان يعانون من الألم في مرحلة العلاج الكيميائي وتتفع نسبة معاناة هذه الفئة من المرضى من 60% الى 40% في المراحل المتقدمة من المرض، كما سبق أن أعلنت كندا على غيرها من الدول في سبتمبر 2010 في دراسة إحصائية طولية على مدة 40 سنة أن سبب الفحوصات في طب الأورام الأكثر تداولا يعود للألم بنسبة 33% بعد العلاج وبنسبة 59% اثناء العلاج الكيميائي و64% في حالات تقدم المرض. **(Danl longo, 2018, P85)**

وتوافقت نتيجة التحليل الاحصائي للفرضية الأولى للبحث مع عدَّة دراسات اجنبية وعربية كدراسة (M.H.J.van den beuken et at, 2007) التي نشرت في مجلة طب الأورام الامريكية والتي خلصت الى ان استهلاك الادوية المضادة للألم لدى عينة متكونة من 1780 مريض من مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي كان بنسبة 56%

الى 82%، أيضا في دراسة أخرى عربية مغربية سنة 2008 حول درجة الألم لدى مرضى السرطان في وحدة سرطانات الدم بمستشفى "كزبلنكا" بمساعدة السلم الرقمي لتقييم الألم على عينة متكونة من 14 مريض في بداية العلاج الكيميائي، وأسفرت الدراسة مستوى الألم في الدرجة الخفيفة بنسبة 13% والدرجة المتوسطة بنسبة 67% والدرجة الحادة بنسبة 20%.

كما جاء في دراسة تحليلية ل"محمد مخلصي وآخرون" 2015 لأكثر من 32 مقال اين استخلص ان 70% من مرضى السرطان اثناء تلقي العلاج الكيميائي يعانون من عرض أساسي وهو الألم.

وفي هذا السياق تتفق هذه النتائج مع نتائج دراسات أخرى ويمكن تفسير معاناة هذه الفئة من الالم بدرجات متفاوتة بين المتوسطة والمرتفعة الى نوع الورم نفسه وموقعه تطوره كأورام العظام، أو إلى التسمم الذي يحدثه العلاج الكيميائي كما يمكن ان يكون نفسي المصدر douleur psychogène او متعدد العوامل douleur mixte وهو ما كان سائدا لدى عينة بحثنا، و قد جاءت دراسة جزائرية في هذا المجال ل"براهمية جهاد وبوشلاق نادية" في 2018 على عينة مكونة من 230 مريض ومريضة بمركز سرطان لتؤكد العلاقة بين مستوى الاكتئاب، القلق والضغط النفسي ومستوى الألم مع و جود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغط لحساب المرضى الذين يتلقون العلاج الكيميائي، فرغم تعدد عوامل الألم لدى مريض السرطان ومستوياته الا انه مشكل أساسي.

✓ **مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي**

أشارت نتائج التحليل الإحصائي إلى وجود اختلاف في مستوى نوعية حياة لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي ونعزز تفسيرنا لنتائج هذه الفرضية من خلال ما يلي:

حيث اتفقت نتائج دراستنا مع العديد من الدراسات كدراسة Taphourn وزملائه في 2000 عن نوعية الحياة لدى المصابين بأورام دماغية وذلك باستعمال استبيان نوعية الحياة الخاص بأورام دماغية، وأكد الباحثون على أهمية الاستبيان الذي أنشأته المنظمة الأوربية لبحوث علاج السرطان وهو EORTCQLQ-C30 وكذا التقييم الوظيفي لعلاج السرطان FACT، حيث يركز هذا الأخير على المجالات النفسية والاجتماعية أكثر منه

على الطبية ولاحظ الباحثون أثر الجراحة والعلاج الكيميائي على نوعية الحياة وعلى الأداء المعرفي للمرضى.

كما توصلت دراسة Yanez سنة 2011 بمراجعة الدراسات التي تناولت نوعية الحياة لدى المصابات بسرطان الثدي لدى المريضات من أصل لاتيني في الولايات المتحدة، وتم اختيار 20 دراسة من بين 375 مقالا تم العثور عليها بعضها نوعي والآخر كمي وتم التركيز على الجوانب الجسدية والنفسية والجنسية لنوعية الحياة، ودلت النتائج على مستويات مختلفة لدى افراد العينة و انخفاض واضح في نوعية الحياة النفسية لدى المريضات.

أما من الدراسات العربية قامت "وفاء العطار" (2005) بتقييم نوعية الحياة لدى المصابين بسرطان القلون المستقيم لدى 50 مريضا من مشافي بغداد مستعملة استمارة خاصة لتقييم نوعية الحياة لدى المصابين بسرطان القلون، وأشارت النتائج إلى أن نوعية الحياة متعلقة بالمشي والحركة والشعور بالألم والإرهاق.

كما قد وصل "عبد الله ومنصور" (2012) إلى دراسة أثر العلاج الكيميائي على نوعية الحياة لدى مرضى سرطان الدم على عينة متكوّنة من 130 مصاب، واستعمل الباحثان النسخة المختصرة من مقياس نوعية الحياة الخاص بمنظمة الاتحاد الأوروبي للسرطان أين أظهرت الدراسة ارتباطا احصائيا دالا بين الجنس والحالة المهنية ومدة المرض والأداء الوظيفي مع نوعية الحياة ولم يظهر هذا الارتباط مع العمر والمستوى التعليمي والحالة الاجتماعية.

وفي إطار الدراسات التي تستكشف العلاقة بين مرض السرطان ومستوى نوعية الحياة دراسة Braun وزملاؤه 2012 باستكشاف دور نوعية الحياة في مال مريض السرطان على عينة متكونة من 673 مصاب بمرض البروستاتا ما بين 2001 و2008 بالمنهج التتبعي وباستعمال مقياس الاتحاد الأوروبي لنوعية الحياة EORTCQLQ-C30 وكانت الأبعاد المنبئة بطول أمد الحياة هي: الجانب الجسدي والانفعالي والاجتماعي والشعور بالتعب والألم والأرق وفقدان الشهية واستنتج الباحثون أن مستوى نوعية الحياة في بداية المرض يمكن أن يستعمل كمؤشر لأمد الحياة لدى فئة مرضى السرطان.

✓ **دور استراتيجية المواجهة الاستباقية في التخفيف من شدة الألم لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي**

أشارت نتائج التحليل الإحصائي إلى دور استراتيجية المواجهة الاستباقية في التخفيف من شدة الألم لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي.

كما جاء في نفس سياق نتائج دراسة بحثنا دراسة حيدر نجّاد وزملائه (2011) التي تستكشف العوامل المؤثرة في نوعية الحياة لدى المصابين بالسرطان وتحت العلاج الكيميائي في إيران على عينة متكونة من 200 مريض باستعمال EORTCQLQ-C30، وأشارت النتائج إلى وجود ارتباط بين نوع السرطان وبين كل من شدة الألم واستراتيجيات المواجهة ولم ترتبط بالعوامل الديموغرافية مثل السن ومستوى التعليم.

ودراسة "تايلور وآخرون" 1991 على 603 مريض بالسرطان والتي كشفت دور استراتيجيات المواجهة المستخدمة في حل المشكلات وكانت نتائج الدراسة هو أن المرضى يستخدمون خاصة استراتيجية الدعم الاجتماعي وحل مباشر للمشكلات كاستراتيجيات فعالة في تسيير أعراض السرطان.

ففيما يخص متغير استراتيجية المواجهة الاستباقية باعتبارها استراتيجية مواجهة تكيفية إيجابية فنتائج الدراسة الحالية جاءت في نفس سياق الدراسات السابقة التي أسفرت على تأكيد دور هذا المتغير في تسيير الألم ومواجهة المرض إلا بعد التجنب في استراتيجية المواجهة الاستباقية، وقد سبق أن أشارت العديد من الدراسات إلى التأثير السلبي الذي تحدثه هذه الاستراتيجية في تسيير الضغوط النفسية والتّكيّف مع مختلف المواقف، وفي هذا الإطار بيّنت دراسة Falagas وآخرون سنة 2007 أن الطريقة التي يواجه بها الأفراد المواقف وينظمون بها انفعالاتهم لا تؤثر فقط على تكيفهم النفسي والجسدي من حيث ظهور الألم ولكن كذلك على مسار نتائج السرطان.

كما استعرض "الدولين وآخرون" (2003) العديد من الدراسات المخبرية والميدانية أظهرت هذه الأخيرة من ناحية أن كبت المشاعر يرتبط بمستويات عالية من الكورتيزول، ومن ناحية أخرى فإن تجنب التعامل وقمع المشاعر مرتبط بزيادة استجابة القلب والأوعية الدموية وضعف وظيفة المناعة، في الوقت نفسه ترتبط المواجهة النشيطة بمستويات أعلى

من الخلايا الطبيعية القاتلة وخلايا CD4 ومستوى أعلى من الكوليسترول الجيد التي تعتبر كعوامل فيزيولوجية وقائية من السرطان وأمراض أخرى.

(Aldwin.C.M, 2003, PP 88-89)

وفي مجال الألم أجريت العديد من الدراسات التي تناولت استراتيجيات مواجهة الألم وأظهرت نتائج هذه الأخيرة أن استراتيجيات المواجهة الإيجابية مثل المشاركة في النشاط وتجاهل الألم ترتبط بمستويات ألم منخفضة وتوافق جيد معه، وتعرف استراتيجيات الإيجابية باعتبارها استجابات تتطلب التدريب على بعض الأفعال التي تساعد على انخفاض تقدير شدة الألم وزيادة تحمّله، أمّا الاستراتيجيات السلبية فتتضمن الانسحاب أو تجنب القيام بالنشاطات والاعتماد على الآخرين والعجز الوظيفي والاكتئاب.

وعليه فان صيرورة المواجهة الاستباقية بالمعنى الذي رأيناه في الجانب النظري وفي تحليلنا الاحصائي لنتائج فرضيات البحث تساعد الشخص على حسن تدبير أموره الصحية، حيث أنه يستبق الانعكاسات التي تكون ناجمة عن مرض السرطان، فتوظيف الموارد الشخصية و بطريقة استباقية بوجود أو عدم وجود مؤشرات عرض الالم لا شك تساهم في التخفيف منه.

وعلى هذا كلَّما ارتبطت المواجهة استباقية بمستويات اقل ارتفعت التقييمات المعرفية والانفعالية السلبية التي لها دور كبير مسؤول على ارتفاع درجة الشعور بالألم فتصبح تهديداً بدلاً أن تكون عاملا إنقاذيا معدلا لمستوى الالم.

- ✓ **دور مركز الضبط الصحي في التخفيف من شدة الألم لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي**

أشارت نتائج التحليل الإحصائي إلى دور استراتيجية المواجهة الاستباقية في التخفيف من شدة الألم لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي.

وفي نفس السياق من النتائج توصل كل من Marshall (1991) وTaylor (1995) ان لمركز الضبط الداخلي منافع كثيرة جدا سواء على المستوى النفسي او الجسمي، اذ يساهم في الشفاء السريع لمرضى تعرضوا لعملية جراحية كما يقلص من حدة الالام المزمنة.

وضحت دراسة Nicholson وآخرون (2007) بان الخارجيين (الحظ) الذين يعانون من الصداع النصفي يبذلون جهدا اقل في التعامل مع الألم و لديهم ملائمة علاجية منخفضة مقارنة بالداخليين، ويرى ان مركز الضبط الخارجي بعد الاخرين ذوي سلطة لديه أثار ضارة على الصحة الجسدية والنفسية على العموم.

كما ركزت دراسة اسبانية قام بها كل من "اراراس وآخرون" سنة 2002 على طرق إدارة الألم من خلال أسلوب المواجهة ومركز الضبط الصحي والسلوكات المرتبطة بالألم على عينة شملت 51 مريضا من مرضى السرطان، توصلوا من خلالها الى انه هناك فروق دالة احصائيا بين سلوك الألم ومركز الضبط الصحي بين افراد عينة مرضى السرطان ومرضى اخرون، وسجلت مجموعة المرضى الغير مصابين بالسرطان درجات شعور بالأم جد منخفضة وقيمة عالية في مركز الضبط الصحي ذات البعد الداخلي مقارنة بمرضي السرطان

حسب "اشوس" Eachus 1991 انه قد تم فحص دور مصدر الضبط من عدة اوجه وقد تبين انه عامل وسيط في حدوث المرض كما تبين ان له اهمية في التنبؤ بقبول العلاج ومتابعته، كما انه عامل مساهم في التنبؤ بالسلوك الوقائي من المرض وهو عامل دال في السلوك التفاعلي بين المريض والمشتغلين في مجال الصحة.

حيث بينت العديد من الدراسات ان الافراد ذوي مركز الضبط الصحي الداخلي والذين يعتقدون ان لهم التحكم في صحتهم هم اكثر الاشخاص الذين يسيرون الألم من غيرهم من ذوي الضبط الصحي الخارجي او الذين يعتقدون في تأثير القدر او الحظ او تأثير الاخرين في مسارهم الصحي.

ولقد كانت العديد من الدراسات التي تناولت العلاقة بين مصدر الضبط الصحي الداخلي والسلوكيات الصحية اذ اظهرت دراسة "فارس" 1978 ان الافراد داخلي الضبط غالبا ما يبحثون عن معلومات عن حالتهم الجسمية و يمتلكون هذه المعلومات فهم الى تسيير المرض و البحث عن طرق الوقاية، وعلى هذا يمكن اعتبار مركز الضبط الصحي الداخلي ذات تأثير إيجابي مباشر وغير مباشر في تسيير الألم لدى مرضى السرطان.

- ✓ **العلاقة التفاعلية بين مركز الضبط الصحي واستراتيجية المواجهة الاستباقية في التحسين من نوعية الحياة**

ونتائج الدراسة الحالية جاءت متوافقة مع العديد من الدراسة كدراسة Seeman وSeemen 1983 التي أسفرت على أن ذوي الضبط الخارجي أُقل تكيفا مع الضغوط النفسية واستعدادا وميلا لتنفيذ السلوكيات الصحية، أما ذوي الضبط الداخلي فإن لديهم فعالية في توظيف استراتجيات مواجهة الضغوط ويميلون إلى تنفيذ سلوكيات صحية وقائية أفضل من ذوي الضبط الخارجي

إلى جانب هذه الدراسة دراسة كل من Mclead et Hoehn 1985 ودراسة Brosschor وآخرون 1994 التي توصل فيها إلى ارتباط بين الضبط الخارجي وارتفاع مستوى الضغط النفسي وبين الاعتقاد في الضبط الخارجي وأساليب المواجهة الغير توافقية في مواجهة الموقف الضاغط.

كما اتفقت نتائج الدراسة مع ما توصل اليه "يونجر" Younger (1995) في دراسته التي هدفت الى الكشف عن العلاقة بين مصدر الضبط الصحي واستراتجيات المواجهة، واجريت الدراسة على عينة قوامها 111 فردا من المصابين بمرض مزمن ولقد طبق على العينة كل من مقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط ومقياس الضبط الصحي وقد

بينت النتائج وجود علاقة بين استراتيجيات المواجهة الإيجابية والضبط الداخلي والتغلب على الضغوط.

وفي نفس السياق توصلت نتائج دراسة Chamberlain et Quintard سنة 2001 ودراسة Gillirand et Stevenson سنة 2006 إلى أن أصحاب الضبط الداخلي أقل تعرضا للضغط النفسي ولتطور المرض من أصحاب الضبط الخارجي.

وتوصل كل من Horner (1998) وHan وآخرون (2005) الى ان مصدر الضبط الداخلي يعتبر عامل وقائي (Facteur Protecteur) بينما يرتبط الضبط الخارجي باضطرابات انفعالية كالاكتئاب، القلق، الضيق والتوتر، اضطرابات المزاج، تقدير منخفض للذات واستراتيجيات مواجهة غير فعالة.

كما أثبتت دراسة Williams وآخرون 2004 أن الطريقة التي يواجه بها الفرد أعراض المرض تؤثر وتتفاعل مع نوع مصدر الضبط الصحي الذي يستعمله المرضى المزمنين كما توصل إلى أن مركز الضبط الصحي مرتبط باستراتيجيات المواجهة الفعالة واستراتيجيات المواجهة الوقائية والتأملية، بالإضافة إلى أن المرضى الذين لديهم مركز ضبط داخلي يرتبطون بمستويات مرتفعة لنوعية الحياة العقلية وامتثال أفضل للعلاج.

حيث أنَّ المرضى الذين يحرصون على المواظبة الطبية وإتباع تعليمات صحيَّة في تعاملهم مع المرض (ذوي الضبط الصحي الداخلي) هم الذين يميلون لاستخدام الاستراتيجيات المواجهة النشطة في حلِّ الموقف الضاغط والتي من شأنها أن تنعكس إيجاباً على نوعية حياتهم، فالمواجهة الاستباقية لأحداث الحياة الضاغطة كمرض السرطان من شأنها أن ترتبط بالسلوكات الإيجابية في التكيف مع المرض من خلال توظيف الموارد الذاتية في التكيف مع المرض، وبالتالي تحسين نوعية الحياة.

بالنظر إلى ما توصلت إلي الدراسات السابقة والدراسة الحالية فإن التفاعل الايجابي بين أبعاد استراتيجية المواجهة الاستباقية ونمط مركز الضبط الصحي تعزّز الدور المعدّل الذي تلعبه هذه الأخيرة كمتغيرات نفسية مساعدة في تحسين نوعية الحياة لدى مرضى السرطان.

✓ **تأثير استراتيجية المواجهة الاستباقية في تحسين نوعية الحياة لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي**

أشارت نتائج التحليل الإحصائي إلى وجود تأثير ابعاد استراتيجية المواجهة الاستباقية (التهيؤ للمواجهة، التأمل للمواجهة، التخطيط الاستراتيجي، الدعم الوسيلي، الدعم الوجداني والمواجهة الوقائية، تجنب المواجهة) في تحسين نوعية الحياة لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي.

وتتفق نتائج هذا البحث مع دراسة Anne Hartman سنة 2007 على عينة لـــ 38 مصابة بمرض سرطان الثدي والخاضعات للعلاج الكيميائي أن الاستعمال المتعدد لاستراتيجية المواجهة الاستباقية لديه تأثير على بعض أبعاد نوعية الحياة بعد 6 أشهر من تشخيص المرض، والعكس فإن انخفاض في مستوى استعمال استراتيجية المواجهة الاستباقية يؤثر بالسلب على أبعاد نوعية الحياة لدى عينة دراسته، كما استنتج أن استراتيجية المواجهة الاستباقية التجنبية ليست دائما ذات مفعول مساعد لتحسين نوعية الحياة، وجاء هذا موافقا لدراسة Dunkel Schetter سنة 1992 على عينة متكونة من 603 مريض سرطان متعدد الأنواع 22% منهم رجال والتي استخلصت نتائجها أن استراتيجية البحث عن الدعم الوجداني والاجتماعي مرتبطة بمستويات نوعية حياة مرتفعة مقارنة باستراتيجية التجنب.

وفيما يخص غياب تأثير بعد التجنب في استراتيجية المواجهة الاستباقية في دراستنا الحالية، فقط جاء مماثلا لدراسة Avila وآخرون سنة 2015 لدى النساء المصابات بسرطان الثدي والتي خلصت إلى أنّه استراتيجية التجنب وعدم التسيير الانفعالي ترتبط بعدم التكيّف النفسي و أعراض الاكتئاب وخاصة بنوعية حياة منخفضة.

(Pais Brandao.T. R, 2017, P16)

عموما تفسير هذه النتائج يبرز لنا بوضوح ان نقص توظيف استراتيجية المواجهة الاستباقية خاصة بعد التهيؤ للمواجهة وبعد الخطيط الاستراتيجي وبعد التأمل للمواجهة لدى مرضى السرطان ينعكس على مستوى نوعية حياتهم بالسلب، في حين كلما استعملت المواجهة الاستباقية بفعالية خاصة كل من بعد التهيؤ للمواجهة وبعد الخطيط الاستراتيجي وبعد التأمل للمواجهة كلما كانت نوعية حياة المريض أكثر توازنا وإيجابية، ويكون ذلك

عن طريق تبني استراتيجيات تسبق الحدث الضاغط كالمعاناة من الاثار الجانبية الغير مرغوب فيها للعلاج الكيميائي او الشعور بالألم بأفكار إيجابية وقائية تسبق الوقوع في خبرة الألم مثلا بالإضافة الى اتباعها بسلوكات صحية سليمة.

- ✓ **تأثير مركز الضبط الصحي في تحسين نوعية الحياة لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي**

أشارت نتائج التحليل الإحصائي إلى وجود تأثير مركز الضبط الصحي في تحسين نوعية الحياة لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي.

حيث تم دراسة علاقة مركز الضبط الداخلي بالصحة في العديد من الدراسات التتبعية الطويلة والتي اجريت على عينات كبيرة ففي دراسة اجريت في المانيا من قبل Amelang, Hasselbach, Sturner (2006) على عينة قوامها 5114 امرأة تراوح سنهن بين 40–65 سنة كن بصحة جيدة عند بداية البحث ثم تم متابعتهن مدة 8 سنوات ونصف، اظهرت النتائج ان الداخليات (مركز ضبط داخلي) اظهرن حالات مرضية اقل من الخارجيات و(مركز ضبط خارجي) ونوعية حياة جيدة خلال مدة المتابعة، وعند مواجهة مرض مزمن يظهر ان الداخليات اقل اضطرابا من الخارجيات وذات نوعية حياة افضل.

وقد درس Gray وزملاؤه 2011 العوامل الثانية والمتحولة المنبئة بنوعية الحياة لدى المصابين بمرض السرطان على عينة متكونة من 496 مريضا، تم تقييم نوعية الحياة والأداء الوظيفي والأداء المعرفي والعوامل الاجتماعية، وظهر انخفاض في نوعية الحياة لدى الإناث وأهم ما خلصت إليه هذه الدراسة العامل التنبئي لمركز الضبط الصحي الداخلي والمعتقدات المرتبطة بالمرض في تحديد مستوى نوعية الحياة.

3. استنتاج عام

من خلال الدراسة التي قمنا بها والتي تهدف الى الكشف عن دور كل من استراتيجية المواجهة الاستباقية ومركز الضبط الصحي في التخفيف من الألم وكذا الكشف عن العلاقة بين ابعاد استراتيجية المواجهة الاستباقية وابعاد مركز الضبط الصحي في تحسين نوعية الحياة بالإضافة الى محاولة التعرف على مدى تأثير استراتيجية المواجهة الاستباقية ومركز الضبط الصحي في تحسين نوعية الحياة بنوعيها الجسمية والعقلية لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي.

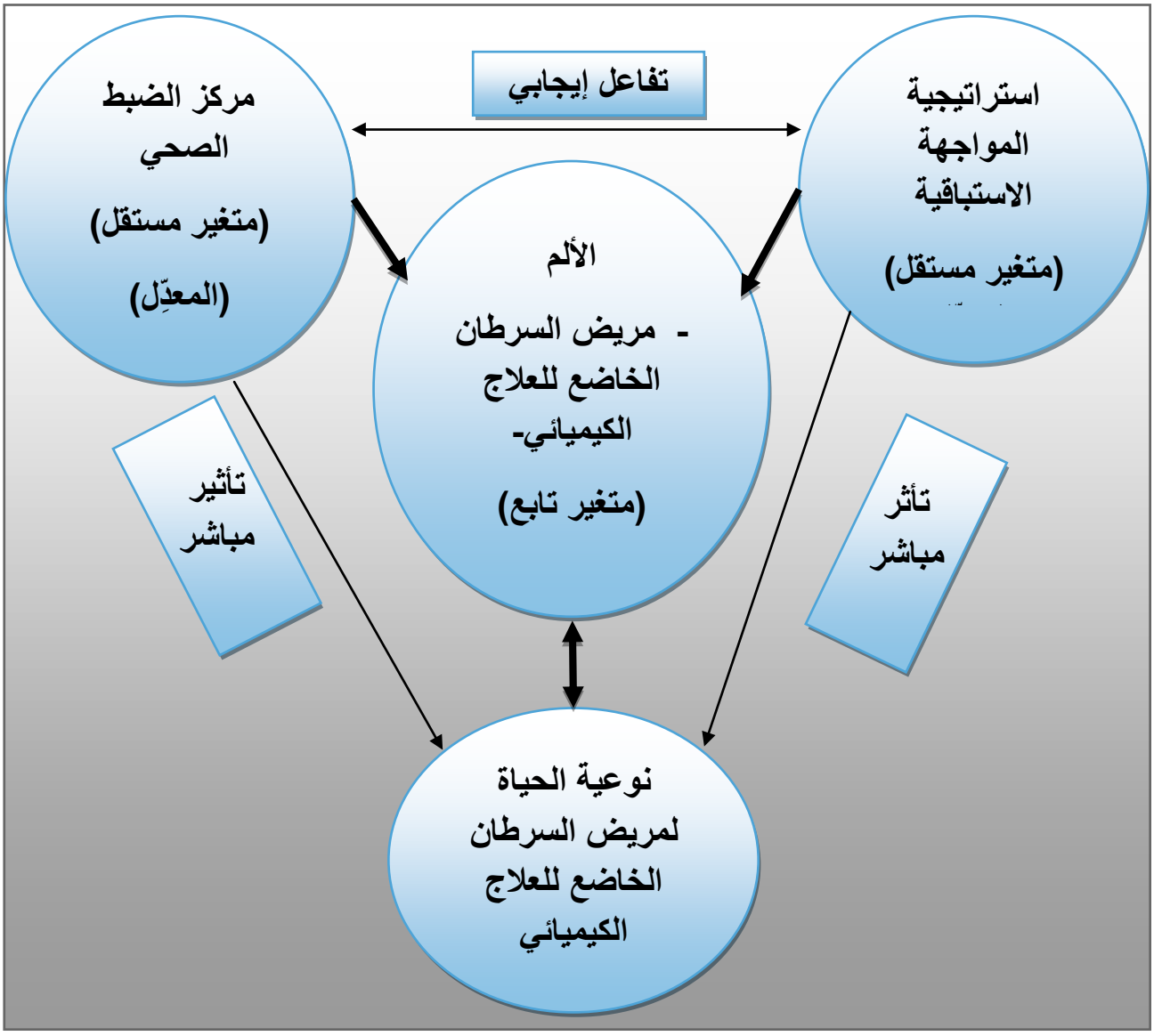
إذ تبين من خلال المعالجة الإحصائية اللازمة ما يلي:

- يعاني مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي من مستويات مرتفعة للألم.
- يوجد اختلاف بين مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي في مستوى نوعية حياتهم.
- تتوسط درجة الشعور بالألم العلاقة بين مركز الضبط الصحي (داخلي / خارجي نفوذ الاخرين / خارجي الحظ) ونوعية الحياة لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي.
- توسط درجة الشعور بالألم العلاقة بين ابعاد استراتيجية المواجهة الاستباقية لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي.
- توجد علاقة بين مركز الضبط الصحي والمواجهة الاستباقية في التحسين من نوعية الحياة لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي.
- تؤثر ابعاد استراتيجية المواجهة الاستباقية في تحسين نوعية الحياة لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي الا بعد التجنب.
- يؤثر نمط مركز الضبط الصحي (داخلي، نفوذ الاخرين، الحظ) في التحسين من نوعية الحياة لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي.

وعليه تشير هذه النتائج إلى ضرورة التركيز على هذه العوامل النفسية بالتحديد استراتيجية المواجهة الاستباقية ومركز الضبط الصحي، مما قد تساعد المصاب بمرض السرطان وخاضع لجرعات العلاج الكيميائي في التخفيف من الألم وتسييره والتكيف مع المرض وكذا تحقيق مستويات نوعية حياة أفضل.

وبالتالي تسهيل عملية التكفل العلاجي وجعلها أكثر فعالية من خلال تعزيز هذه المصادر النفسية.

ونلخص نتائج الدراسة في النموذج الموالي:



مخطط رقم (20): نموذج يفسر الألم لدى مرضى السرطان في ظلّ بعض متغيرات علم النفس الصحة

ومن خلال طرح هذا النموذج يمكن اعتبار المتغيرات النفسية (المواجهة الاستباقية ومركز الضبط الصحي) كعوامل إنقاذيه معدلة لدرجة الشعور بالألم ومساعدة على تحسين نوعية الحياة لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي.

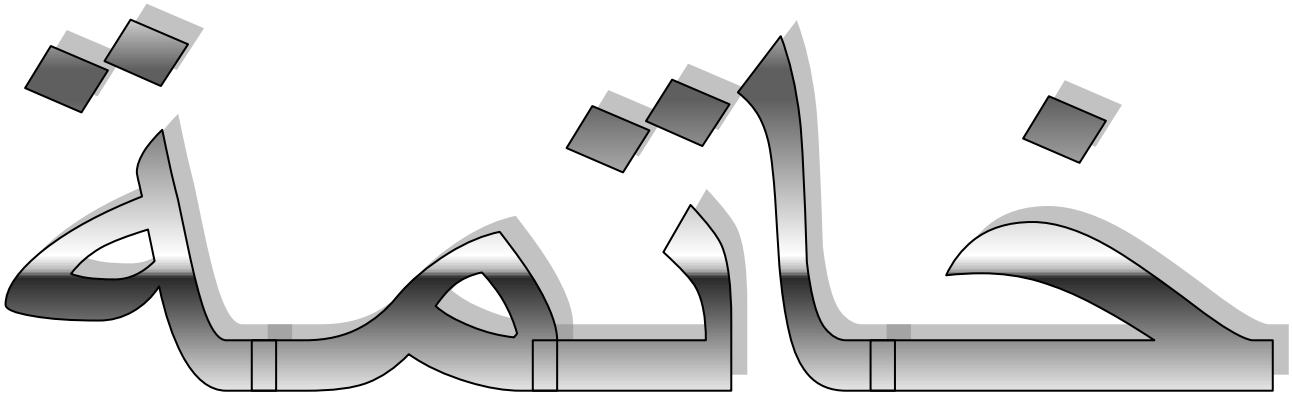
وبذلك جاءت الدراسة الحالية في نفس المنحى للعديد من الدراسات التي تفسر اختلاف درجة الإحساس بالألم والتمتع بمستوى نوعية حياة متفاوت إلى العوامل نفسية المنشأ، وبالتحديد إمكانية إدراك الفرد لموارده الشخصية في تسيير المواقف والخبرات الضاغطة التي تنجم عن المرض وتوظيفه الاستباقي لتسييرها والتخفيف منها ومن ذلك الألم، وكذلك من ارتباط الضبط الصحي للفرد و إمكانية التحكم في سلوكه من خلال العوامل الداخلية.

وبالتالي فإن ظهور الأثر المباشر لكل من متغير المواجهة الاستباقية ومركزالضبط الصحي على نوعية الحياة في مرحلة تلقي العلاج الكيميائي لمريض السرطان مع توسط درجة الشعور بالألم علاقة التأثير، يجعلنا نركز على أهمية العامل النفسي في تفسير الألم وتحديد نوعية الحياة لدى مريض السرطان بدلا من الاعتماد على المؤشرات العضوية البحتة ومن ذلك الأخذ بهذا النموذج ضمن النموذج التفاعلي البيو حيوي – النفسي – الاجتماعي.

4. التوصيات

استكمالا لنتائج الدّراسة تعرض جملة من التوصيات التي نلخصها فيما يلي :

- ✓ تشجيع البحث العلمي في طب الأورام خاصة الأبعاد النفسية والاجتماعية ذات تأثير وعلاقة بالمرض.
- ✓ اجراء دراسات خاصة بالألم لدى مريض السرطان الصحية التي لها تأثير كبير على الجانب العضوي والنفسي والاجتماعي.
- ✓ دراسة متغيرات أخرى لعلم النفس الصحة ذات صلة بمرض السرطان والألم.
- ✓ انشاء وحدات علم نفس الأورام Psycho-oncologie في مختلف مراكز مكافحة السرطان، وتعزيز فرق متعددة التخصصات.
- ✓ تكثيف مختلف الدورات التكوينية للمراسلين النفسانيين وأيضا الفريق الطّبي، لتكوين فريق متعدّد التخصصات لضمان تكفل شامل وفعّال لمرضى السرطان.
- ✓ تكوين وتفعيل نشاط فريق خاص بالفحص والتقييم والتكفل الطبّي والنفسي بالألم لدى مريض السرطان.
- ✓ تصميم برامج علاجية خاصة بالألم تستهدف الوقاية من مضاعفات العلاج وتطوير الموارد الذّاتية مثل استراتيجية المواجهة الاستباقية في التخفيف من الألم وتسير أعراض المرض والتكيف معه.


خاتمة

خاتمة

إن مرض السرطان ومرحلة تلقي العلاج بالإضافة إلى خبرة معاناة الألم سواء الراجعة إلى نوع السرطان أو مخلفات الجرعة الكيميائية معضلة صحية وكان ذلك واضحا من خلال ممارستنا العيادية في مراكز مكافحة السرطان، ومن ذلك تم اختيارنا لموضوع الدراسة التي قمنا بها حيث ركزت على كشف الدور التي تلعبه المواجهة الاستباقية ومركز الضبط الصحي في التخفيف من شدة الألم وتحسين نوعية الحياة لدى مرضى السرطان أثناء الخضوع للعلاج الكيميائي.

حيث هدفت الدراسة إلى التعرف وتحديد كل من مستوى الألم ونوعية الحياة الجسمية والعقلية لدى هذه العينة، كما استهدفت الدراسة الكشف عن مدى توسط درجة الشعور بالألم العلاقة بين أبعاد استراتيجيات المواجهة ومستوى نوعية الحياة وأيضا مدى توسط درجة الشعور بالألم العلاقة بين أبعاد مركز الضبط الصحي ومستوى نوعية الحياة لدى المرضى المصابين للسرطان، أي التحقق من دور كل من استراتيجية المواجهة ومركز الضبط الصحي في التخفيف من شدة الألم لدى عينة الدراسة وأيضا مدى تأثير كل من متغير المواجهة الاستباقية ومتغير مركز الضبط الصحي في تحسينهما لنوعية الحياة بالإضافة إلى استكشاف العلاقة بين هذين المتغيرين ومدي تأثير التفاعل بينهما في تحسين نوعية الحياة لدة عينة البحث.

حيث اختبرت فرضية البحث من خلال المنهج الوصفي وباعتماد أساليب إحصائية كما سمحت لنا مختلف المقابلات التي أجريناها مع المرضى من تقديم بطارية المقاييس وجمع البيانات اللازمة، حيث خلصت النتائج إلى: مرضى السرطان المتلقين العلاج الكيميائي يعانون من مستوى ألم من متوسط إلى شديد ومن مستوى نوعية حياة مختلفة لدى المرضى، كما أكدت النتائج الدور الذي تلعبه كل أبعاد استراتيجية المواجهة ما عدى استراتيجية التجنب في التخفيف من شدة الألم ودور أبعاد مركز الضبط الصحي في التخفيف من شدة الألم بتوسط درجة الشعور بالألم العلاقة بين كل من المتغيرين المواجهة الاستباقية ومركز الضبط الصحي بنوعية الحياة لدى مرضى أفراد العينة، كما وصلت النتائج إلى التأكد من التأثير الذي تحده المواجهة الاستباقية ومركز الضبط الصحي في تحسين نوعية الحياة وأيضا من خلال العلاقة التّفاعلية الإيجابية بينهما.

وبهذا يمكن لهذه النتائج المتوصل إليها في الدراسة الحالية إلى فتح المجال للبحث في مجال علم نفس الأورام وبالتحديد البحث في المتغيرات النفسية والمعرفية التي من شأنها أن تغير مسار العلاج لدى مريض السرطان وخاصة أن تعزز نتائج والأهداف العلاجية ضمان تكفل صحي فعّال متعدد التخصصات.

قائمة المراجع

قائمة المراجع باللّغة العربية

1. أبو ناهية صلاح الدين محمد، (1987)، العلاقة بين الضبط الداخلي – خارجي وبعض أساليب المعاملة الوالدية في الأسرة الفلسطينية بقطاع غزة، مجلة علم النفس، العدد الثالث، الهيئة المصرية العامة للكتاب، جامعة الأزهر، رسائل الماجيستير والدكتوراه.
2. احمان لبني لبني، (2011)، دور كل من المساندة الاجتماعية ومصدر الضبط الصحي في العلاقة بين الضغط النفسي والمرض الجسدي، رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي، رسالة غير منشورة، جامعة باتنة.
3. أمل الأحمد، (2001)، مركز الضبط وعلاقته بمتغيري الجنس والتخصص العلمي، ط1، بحوث ودراسات في علم النفس، مؤسسة الرسالة، بيروت.
4. بشير معمرية، (2009)، مصدر الضبط والصحة النفسية وفق الاتجاه السلوكي المعرفي، الطبعة الأولى، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، مصر.
5. بنعيسى زغبوش، اسماعيل علوي، (2001)، الإرشاد النفسي المعرفي والوساطة التربوية، تقنيات المقابلة والانصات وتدبير الحوار، الطبعة الأولى، عالم الكتب الحديث، عمان، الأردن.
6. بوالطمين سمير، (2012)، دراسة العلاقة بين دافعية الإنجاز والتحكم المدرك وقلق الامتحان واستراتيجيات التعامل والتحصيل الدراسي عند الطلبة المقبلين على شهادة البكلوريا، أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر2.
7. بوحوش عمار ومحمود الذنيبات محمد، (2001)، منهاج البحث العلمي وطرق البحث، الطبعة الثالثة، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
8. تايلور شيلي، (2008)، علم النفس الصحة ترجمة وسام درويش بريك وفوزي شاكر، عمان، دار الحامد للنشر والتوزيع.
9. جبالي نور الدين، (2007)، علاقة الاضطرابات السيكويوماتية بمصدر الضبط الصحي، اطروحة دكتوراه دولة، غير منشورة، جامعة باتنة.

10. جمعية آدم لسرطان الطفولة، (2010)، التعامل مع الألم لدى مرضى السرطان.http://www.adams.org/pain

11. دكتور رشاد علي عبد العزيز موسى، (1998)، دراسات في علم النفس المرضي، مؤسسة المختار للنشر والتوزيع، القاهرة.

12. دويدار عبد الفتاح محمد، (2000)، مناهج البحث في علم النفس، الطبعة الثانية، دار المعرفة الجامعية، مصر.

13. رياض نايل العاسمي، (2016)، علم النفس الصحة الاكلينيكي، الطبعة الأولى، دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

14. زعطوط رمضان، (2014)، نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين وعلاقتها ببعض المتغيرات، أطروحة دكتوراه، قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر.

15. زناد دليلة، (2013)، علم النفس الصحي، تناول حديث للأمراض العضوية المزمنة العجز الكلوي المزمن وعلاجه الهيموديااليز نموذجا، دار الخلدونية للنشر والتوزيع، القبة، الجزائر.

16. سرار عائشة، (2011)، الغزو السببي وعلاقته بتشويه الذات الجسدية لدى المساجين، دراسة مقارنة بين الابتدائيين والانتكاسين، مذكرة لنيل شهادة ماجستير في علم النفس العيادي، تخصص علم النفس الوسط العقابي، رسالة غير منشورة، باتنة.

17. شويعل يزيد، (2018)، نوعية الحياة من متطور علم النفس الإيجابي، دراسة تحليلية، مجلة تطوير العلوم الاجتماعية، المجلد 11، العدد 1.

18. شيلي تايلور، (2013)، علم النفس الصحي، ترجمة وسام درويش بريك وفوزي شاكر طعيمة، الطبعة الثانية، دار حامد عمان.

19. طه فرج عبط القادر، (1993)، موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، ط 1، القاهرة دار النهضة العربية.

20. عبد اللطيف محمد خليفة، (2001)، الدافعية الإنجاز، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

21. عبد المنعم عبد اللّه حسيب، (2005)، مقدمة في الصحة النفسية، دار الوفا للطباعة والنشر، القاهرة.
22. عزوز أسمهان، (2008)، مصدر الضبط الصحي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضة القصور الكلوي المزمن، مذكرة لنيل شهادة ماجيستير في علم النفس الصحة، رسالة غير منشورة جامعة، باتنة.
23. عكاشة أحمد، (1992)، طب النفس المعاصر، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
24. علاء الدين كفافي، (2000)، الذكاء الإنفعالي، دار الكتب الحديثة.
25. فيفيان العشماوي، (1994)، العلاقة بين الشعور بالألم وبعض سمات الشخصية، رسالة ماجيستير(غير منشورة)، كلية الآداب، القاهرة.
26. فينان إيمان وبن طاهر بشير، (2022)، ماهية مركز الضبط الصحي، دراسة تحليلية تقدية، مجلة روافد للدراسات والأبحاث العلمية في العلوم الاجتماعية والإنسانية، 6 (2).
27. مارتن بول، (2000)، العقل المريض، ترجمة العبد العالي الجسماني، الطبعة لأولى، الدار العربية للعلوم، بيروت، لبنان.
28. محمد خليل عباس، محمد بكر نوفل، محمد مصطفى العبسي، فريال محمد أبو عواد، (2007)، مدخل إلى مناهج البحث في التربية وعلم النفس، دار المسيرة للنشر والتوزيع. الأردن.
29. محمد عبد الحميد محمود، (2016)، التوجيه والإرشاد المهني، دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع.
30. محمد عبد الغني حسن الهلال، (2000)، مهارة إدارة الضّغوط السيطرة والتحكم في الضغوط، مركز تطوير الأداء القاهرة.
31. مرازقة وليدة، (2008)، مركز ضبط الألم وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان، رسالة ماجيستر، جامعة حاج لخضر، باتنة، الجزائر.
32. مفتاح محمد عبد العزيز، (2010)، مقدمة في علم نفس الصحة: مفاهيم، نظريات، نماذج، دراسات، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر، عمان.

33. منظمة الصحة العالمية، (سبتمبر 2009)، صحيفة وقائع.

قائمة المراجع باللّغة الأجنبية

1. Aldwin, C.M, & Yancoura, A.Y, (2003), Coping and Health: A Comparison of the Stress and Trauma Literatures, In P. P. Schnurr, & B. L. Green (Eds), Physical Health Consequences of Exposure to Extreme Stress, Washington, DC: American Psychological Association.
2. Ann D.K, (2002), Development of a self efficacy in strument for patients with chronic low back pain and its use a predictor of physical therapy outcome, Doctoral Dissertation, University of Connect oat.
3. Argyl M, (1999), Causes and correlates of happiness, In D Kahneman E.Diener and Schwarz (Eds), Well-Being: The Foundations of Hedonic psycholgy, New York, Russell SageFondation.
4. Baudrant Boga. M, (2009), penser autrement le comportement d'adhésion du patient au traitement médicamenteux: Modélisation d'une intervention éducative ciblent le patient et ses médicament dans le but de développer des compétences mobilisables au quotidien – Application au patient diabétiqie de type 2, thèse présenter pour l'obtention du diplôme de doctorat discipline.
5. Bénédict et al, (2015), le care en pédiatrie, Recherche en soins infirmiers (N122).
6. Brcher. Y pioncho P, (2006), douleur oro facials CDP.
7. Brown p, (2009), Quality of life and effect across the adult life span, was hington university.
8. Chiland. Collecte, (1998), l'entretien clinique édition Masso , Paris.
9. Cloninger, Susan. C, (1996), Theories of personality understanding persons, (2nd.ed) Prentice-Hall, Inc.
10. Cox ton, (1995), Stress coping and physical health, Second edition, Annabel Broome, Sue llewelym.

11. Cristoph Coupé, (2010), Etude des liens entre trouble émotionnels et cognitifs, stratégies de «coping» et qualité de vie dans la sclerose en plaques de forme progressive et sclérose latérale ayotrophique, encadré par, professeur Michèle Montreuil université, Paris 8.
12. Daniela. R.S Michoel, (2011), the role of psychological intervention in the management of patient with chronic pain psychology research and behavior management May, (04).
13. Dopson. K.S, (2010), Handbook of cognitive Behavioral Therapies, 3rd ed, Guilford press.
14. Dunl Longo, (2018) cancer chenotherapy Immunotherapy and biotherapy principles and practice, Wolters Kluwer, Washington.
15. Fayers, P et Machin D, (2007), Quality of life: the assessment analysis and inter precation of patient - Reported – outcomes Chichester West Suss ex, England John Wiley et Son.
16. Gatchall. R. Peng, Y. Fuchs, P et Turk, D, (2007), The biopsychosocial approch to to chronic pain, scientific advences and Future direction psychological Bulletin, 133(4).
17. Gustave. Nicolas Fischer, Cyril Tarquinio (2014), les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé, 2e édition, Dunod, Paris.
18. Hadjistavropoulos. T. Craig. K, (2004), pain psychological prespectives Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
19. Jane Ogden, (2014), Psychologie de la santé, traduction d'olivier Desrichard, Anaille Blum et Aurélie gauchet, 2 e édition, de Boeck, Belgique.
20. Jeffrey, M.L et Carosella, AM, (1999), the relative influence of perceived pain control, Anxiety and Functional self – efficacy on spinal Fonction among patients with chronic low Back pain, Spain 24 (21).
21. Kazarian. S.S Evans DR, (2001), health psychology and culture: Embracing the 21st century, Handboot of cultural health psychology.
22. Larousse (Collectif), (2005), grand dictionnaire de la psychologie.
23. Lazarus R.S et Folkman. S, (1984), stress appraisal and coping, Springer publishing company, New York.

24. Leplège Alain, (2001), Introduction, definition enjeux, In. A. Laplège et J.coste, mesure de la santé perceptuelle et de la qualité de vie, Méthodeset applications, Paris Estem.
25. Liza Hess, David Alberts, (2019), Fondamentals of cancer prevention, 4th Edition, Springer.
26. Mailhan. L, (2003), Devenir et qualité de vie des patients traumatisés craniens sévers et de leur entourage 2 à 7 ans après le traumatisme thèse de science de la vie et de la santé, Dijon.
27. Marilon Bruchon Scheweitzer, émili Boujut, (2014), Psychologie de la santé: concepts, Méthode et Modèles, 2 e édition, Dunod, Paris.
28. Marilou Bruchon, schweitzer et Robert Dantze, (1994), introduction à la psychologie de la santé, PUF, France.
29. Min. c.J et Spanswick. C.C, (2000), Pain managment, an interdis plinary approach, Churchill livingstone, Uk.
30. Mischel W, (1999), Personality coherence and dispositions in a cognitive-affective personality (CAPS) approach, In D. Cervone & Y, Shoda (Eds.), The coherence of personality: Social-cognitive bases of consistency, variability, and organization, Guilford Press.
31. Nanial Margenszten, Armin Ghobadi, Ramaswamy Govindan, (2020) the Washiongton Manual of oncology, Wolters kluver, Washington.
32. Nazu Arthur M et al, (2003), handbook of psychology, Jhon wiley and sons inc. vol9, new jersey.
33. Nicole Delvaux, Darius Razavie, (2019), Psycho oncologie concepts Theorique and intervention clinique, Elsevier, Masson.
34. Norman. B. Amderson, (2004), Encyclopedia of health and Behavior, United States, volume 1.
35. Paris Beandao (T.R), (2017), Adaptation to breast cancer: Exploring the role of attachement and emotion regulation process.
36. Pislin Natasha, (2004), La valorisation des critères de qualité de vie, thèse pour diplôme d'état de docteur en médcine université de Nantes Prentice-Halle.
37. Plan national cancer, 2015-2019, octobre 2014.
38. Rebecc. R, (2000), Quality of life research unit, https// :www.utoronto.ca(910) unit htm.

39. Salamogne. M.H, (1994), La douleur cancéreuse et son traitement, Approche globale et soin palliatifs, ed Frisonnoche, Paris.
40. Samwel. Hand al, (2007), The role of fear, Avoidance and helplessness in explaining Functionl disability in chronic pain: a prosprective, Study, The intenational journal of behavioral medcine (14).
41. Sarafino ed, (2008), Health psychology Biopsychosocial, (interaction, 6th ed), New york, John Wiley et sons.
42. Strong Jenny et al, (1999), assessing pain, manual therapy, vol, 4.
43. Synder. CR and Dinoff, (1999), coping the psychology of what works Oxford university press.
44. Treede. r.d et al, (2008), Neuropathic pain: redeinition and a grading system for clinical and research Purposs, Institute of physiology and pathophysiology, Johanne Gutenberg university, Main. Germany.
45. Turk. DC et Oki Fugi A, (1997), what Factors affect physicians decisions to prescrible opiods for chronic – non cancer pain patients?, clin.J Pain.
46. Valaeyen. Johan .W.S et al, (2000), fear- advoidance and its consequences in chronic musculoskelatal pain: an astate of the art, pain apr. (85).
47. Vissers. KCP and al, (2010), the need to revise pain diagnoses in ICD-11. Epub France.
48. Waxman. S, (2006), chronic low Back pain and impact relationships satisfaction, Masters of Arts, Queen's university, Canada.
49. Baqutayan, S. M, (2015), Stress and Coping Mechanisms: A Historical Overview.
50. Cary L. Cooper, J. C, (2017), The Handbook of Stress and Health: A Guide to Research and Practice, UK.
51. Cary L. Cooper, Philip J. Dewe, (2004), Stress: A Brief History Brief Histories of Psychology, USA: Blackwell.
52. Ersen Ö, Bilgiç R, (2018), The effect of proactive and preventive coping styles on personal and organizational outcomes, Be proactive if you want good outcomes, Cogent Psychology, 1-15.

53. Esther Greenglass, Ralf Schwarzer, Dagmara Jakubiec, Lisa Fiksenbaum, Steffen Taubert, (July 12-14, 1999), The Proactive Attitude Scale (PA Scale). The 20th International Conference of the Stress and Anxiety Research Society (STAR), (p. 12), Cracow, Poland: Freie Universität Berlin.
54. Esther R. Greenglass, Lisa Fiksenbaum, (2009), Proactive Coping, Positive Affect, and Well-Being, Testing for Mediation Using Path Analysis, European Psychologist.
55. F Cousson, M Bruchon-Schweitzer, B Quintard, J Nuissier, N Rascle. (1996), Analyse multidimensionnelle d'une échelle de coping, validation française de la W.C.C. (ways of coping checklist), Psychologie Franc aise.
56. Folkma S, (2011), The Oxford handbook of stress, health, and coping. England, Oxford University Press.
57. Folkman S, Moskowitz J.T, (2004), Coping: pitfalls and promise, Annual Review of Psychology.
58. Frydenberg E, (2003), Beyond Coping, Meeting Goals, Visions, and Challenges, London, Oxford University Press.
59. Frydenberg E, (2014), Coping research: Historical background, links with emotion, and new research directions on adaptive processes.
60. Frydenberg E, (2019), Adolescent Coping: Advances in Theory, Research and Practice, New York, USA, Routledge.
61. Hann N, (1965), Coping and defense mechanisms related to personality inventories, Journal of Consulting Psychology.
62. Hartmann A, (2007), New orientations in the field of the coping.
63. L G Aspinwall, S E Taylor, (1997), A stitch in time: self-regulation and proactive coping, American Psychological Association.
64. Lazarus R. S, (1993), Coping theory and research: past, present, and future, Psychosomatic Medicine.
65. Lisa G Aspinwall, Shelley E Taylor, (1997), A Stitch in Time: Self-Regulation and Proactive Coping, The American Psychological Association.
66. Moshe Zeidner, Norman S Endler, (1996), Handbook of coping: theory, research, applications, New York, John & Wiley & Sons.

67. Paul T P Wong, Lilian C J Wong, (2007), Handbook of Multicultural Perspectives on Stress and Coping, Canada: Springer.
68. Philip J. Dewe, M. P, (2010). Coping with Work Stress: A Review and Critique, Malden, USA.
69. Ralf Schwarzer, Steffen Taubert, (2002), Tenacious Goal Pursuits and Striving Toward Personal Growth: Proactive Coping, Oxford University Press.
70. Shane J Lopez, C R Snyder, (2003), Positive Psychological Assessment: A Handbook of Models and Measures, Washington DC, American Psychological Association.
71. VandenBos, G. R, (2015), APA Dictionary of Psychology, USA: APA 2nd ed.

قائمة الملاحق

الملحق رقم (01)
قائمة الأساتذة المحكمين

قائمة الأساتذة المحكمين

الأستاذ	الرتبة الأكاديمية	جامعة الانتماء
أ.د زناد دليلة	أستاذة التعليم العالي	أبو القاسم سعد الله
أ.د مسيلي رشيد	أستاذ التعليم العالي	أبو القاسم سعد الله
أ.د سي بشير كريمة	أستاذة التعليم العالي	أبو القاسم سعد الله
أ.د خطار زهية	أستاذة التعليم العالي	أبو القاسم سعد الله
أ.د زقعار فتحي	أستاذ التعليم العالي	أبو القاسم سعد الله
أ.د بوشدوب شهرزاد	أستاذ التعليم العالي	سعد حلب البليدة
د. تيراك علي	أستاذ في التعليم العالي	كلية الطب الجزائر
أ.د بكر خلاص حورية	أستاذة التعليم العالي	كلية الطب الجزائر

الملحق رقم (02)

مقياس المواجهة الاستباقية

The Proactive Coping Inventory

مقياس المواجهة الاستباقية

The Proactive Coping Inventory

Esther Greenglass

York University, Cnada

Département of Psychology

المقاييس الفرعية السبعة:

1. التهيؤ للمواجهة Proactive Coping.
2. التأمل للمواجهة Reflective Coping.
3. التخطيط الاستراتيجي Strategic Planning.
4. المواجهة الوقائية Preventive Coping.
5. البحث عن الدعم الوسيلي Instrumental Support Seeking.
6. البحث عن الدعم الوجداني Ementional Support Seeking.
7. تجنب المواجهة Avoidance Coping.

يتم تقديم المقياس للمفحوصين: "استبيان ردود الفعل تجاه الأحداث اليومية".

والجمل التالية تتعامل مع ردود الأفعال التي من المحتمل أن تجدها في المواقف المختلفة، من فضلك اختار الاستجابة التي تعبر عن مشاعرك تجاه الموقف، وضع علامة تحت الاستجابة التي تعبر عن رأيك.

تصحيح الاستجابات: 1 "غير صحيح تماما"، 2 "غير صحيح إلى حد ما"

3 "صحيح إلى حد ما"، 4 "صحيح تماما"

1. التهيؤ للمواجهة Proactive Coping

م	العبارات	صحيح تماما	صحيح إلى حد ما	غير صحيح إلى حد ما	غير صحيح تماما
1	أستطيع تحمل المسؤولية .				
2	أحاول أن أدع الأحداث تحدث بدون تدخل مني. (-)				
3	بعد تحقيقي لهدفي أبحث عن هدف آخر أكثر تحديا.				
4	أحب التحديات وأتغلب على المتناقضات.				
5	أتصور أحلامي وأحاول أن أحققها.				
6	على الرغم من وجود العديد من العقبات عادة أنجح في تحقيق ما أريد.				
7	أحاول أن أحدد أهدافي بوضوح لكي أحقق النجاح.				
8	أحاول أن أجد أسلوبا للتغلب على العقبات ولا يوجد شيء حقيقي يقف أمامي.				
9	في الغالب أرى نفسي فاشلا ولذلك لا أضع لنفسي أمالا مرتفعة. (-)				
10	عندما أشغل وظيفة ما أتخيل نفسي مناسب لها.				
11	أنا أحول العقبات إلى خبرات إيجابية.				
12	إذا أحد بأنني لا أستطيع عمل شيء ما فإنني بكل تأكيد أستطيع إنجازه.				
13	عندما أواجه مشكلة ما فإنني أبادر بحلها.				
14	عندما تكون عندي مشكلة ما عادة أرى نفسي في موقف غير المنتصر. (-)				

2. التأمل للمواجهة Reflective Coping

م	العبـــارات	صحيح تماما	صحيح إلى حد ما	غير صحيح إلى حد ما	غير صحيح تماما
1	أتخيل نفسي بأنني أحل المشكلات المعقدة (الصعبة).				
2	رغم أنني مندفع إلا أنني أفكر في الطرق المختلفة لحل المشكلة.				
3	تدور في ذهني العديد من السيناريوهات المختلفة لكي أعد نفسي لمواقف مختلفة.				
4	أحل المشكلة بالتفكير في بدائل حقيقية.				
5	عندما تكون لدى زملائي في العمل أو أصدقائي أو أسرتي مشكلة فإنني أتخيل مسبقا كيف أتعامل معهم بنجاح.				
6	قبل دخولي في مهمة صعبة فإنني أتخيل السيناريوهات الناجحة.				
7	أتصرف في المشكلة فقط بعد التفكير فيها بدقة.				
8	أتخيل نفسي أحل مشكلة صعبة قبل مواجهتها حقيقية.				
9	أنظر للمشكلة من زوايا مختلفة حتى أجد التصرف المناسب.				
10	عندما يكون سوء فهم شديد مع زملائي في العمل أو مع أصدقائي أو أسرتي فإنني أفكر فيه قبل أن أتعامل معهم.				
11	أفكر في كل حل ممكن للمشكلة قبل الخوض فيها.				

3. التخطيط الاستراتيجي Strategic Planning

م	العبارات	صحيح تماما	صحيح إلى حد ما	غير صحيح إلى حد ما	غير صحيح تماما
1	أنا أجد طرق لتجزئ المشكلات الصعبة إلى عناصر يمكن التحكم فيها.				
2	إذا وضعت لنفسي خطة أنفذها.				
3	أنا أجزئ المشكلة إلى أجزاء صغيرة وأحل كل جزء بمفردة.				
4	أضع قوائم للأمور وأحاول التركيز على الأشياء الأكثر أهمية.				

4. المواجهة الوقائية Preventive Coping

م	العبارات	صحيح تماما	صحيح إلى حد ما	غير صحيح إلى حد ما	غير صحيح تماما
1	أنا أخطط للأحداث المستقبلية.				
2	بالرغم من أنني أنفق كل دينار أكسبه إلا أنني أتمنى أن أدخر لليوم الأسود.				
3	أنا مستعد للأحداث المتناقضة.				
4	قبل حدوث الأحداث الجسيمة فإنني أستعد جيدا لتوابعها.				
5	أضع استراتيجيات لتغيير الموقف قبل التصرف فيه.				
6	أطور من مهارات عملي لأواكب التقدم ولحماية نفسي من الفصل عن العمل.				
7	أعطي الرعاية الكافية لأسرتي لكي أحميهم من المتناقضات في المستقبل.				
8	أفكر في تجنب المواقف الخطيرة.				
9	أضع استراتيجيات لما أتمنى أن تكون عليه أفض الحلول.				
10	أحاول أن أدخر من النقود قدر استطاعتي لكي أتجنب الفقر عند كبر السن.				

5. البحث عن الدعم الوسيلي Instrumental Support Seeking

م	العبرات	صحيح تماما	صحيح إلى حد ما	غير صحيح إلى حد ما	غير صحيح تماما
1	نصائح الآخرين يمكن أن تساعدني في حل مشكلاتي.				
2	أحاول التحدث وشرح ضغوطي لكي أستفيد من الأصدقاء (تغذية راجعة).				
3	المعلومات التي أحصل عليها من الآخرين تساعدني في مواجهة مشكلاتي.				
4	أستطيع أن أحدد وأختار الناس الذي يمكنهم مساعدتي في حل مشكلاتي.				
5	أسأل الآخرين				
6	أطور من مهارات عملي لأواكب التقدم ولحماية نفسي من الفصل عن العمل.				
7	أعطي الرعاية الكافية لأسرتي لكي أحميهم من المتناقضات في المستقبل.				
8	أفكر في تجنب المواقف الخطيرة.				

6. البحث عن الدعم الوجداني Ementional Support Seeking

م	العبارات	صحيح تماما	صحيح إلى حد ما	غير صحيح إلى حد ما	غير صحيح تماما
1	عندما أكون محبطا فإنني أعرف بمن أتصل من أصدقائي ليخرجني مما أنا فيه.				
2	مساعدة الآخرين لي تشعرني بعنايتهم لي.				
3	أعرف لمن ألجأ عندما تتأزم الأمور.				
4	عندما أكون محبط يمكنني الخروج من حالتي بالتحدث مع الآخرين.				
5	ثقتي بمشاعر الآخرين تجعلني أكون وأحتفظ بعلاقات طيبة معهم.				

7. تجنب المواجهة Avoidance Coping

م	العبارات	صحيح تماما	صحيح إلى حد ما	غير صحيح إلى حد ما	غير صحيح تماما
1	عندما تكون لدي مشكلة أفضل أن أنام.				
2	إذا وجدت مشكلة صعبة جدا أحيانا أدعها جانبا حتى أكون جاهزا لمواجهة هذه المشكلة.				
3	عندما تكون لدي مشكلة أتركها قليلا حتى تتضح جوانبها.				

(–) بنود سالبة تصحح عكس بقية البنود.

الملحق رقم (03)

مقياس مصدر الضبط الصحي

لـ Walston

مقياس مصدر الضبط الصحي لـــ Walston

فيما يلي مجموعة من العبارات تتحدث عن اعتقادات الناس حول الصحة والمرض والمطلوب منك تحديد الإجابة التي تتفق مع اعتقادك وتصرفاتك بوضع علامة (X) داخل الخانة التي تناسب سلوكك.

العبارات	موافق تماما	موافق	غير متأكد	غير موافق	غير موافق تماما
1. سلوكي هو الذي يحدد سرعة شفائي من المرض.					
2. إذا قدر لي أن أمرض فإنني لا استطيع فعل شيء لتفادي المرض.					
3. المداومة على زيارة الطبيب هي أفضل وسيلة لتفادي المرض.					
4. أغلب ما يؤثر على صحتي يعود إلى الصدفة.					
5. عند شعوري بوعكة صحية أزور فورا طبيبا مختصا.					
6. أعتقد أنني متحكم في صحتي.					
7. لأسرتي دور كبير في إصابتي بالمرض أو بقائي سليما.					
8. لا ألوم إلا نفسي عند إصابتي بالمرض					
9. يلعب الحظ دور كبير في سرعة شفائي من المرض.					
10. يلعب المختصون في المجال دور كبير في التحكم في صحتي.					
11. حظي السعيد هو الذي جعلني أتمتع بصحة جيدة.					
12. تصرفاتي الشخصية هي المسؤولة عن صحتي.					

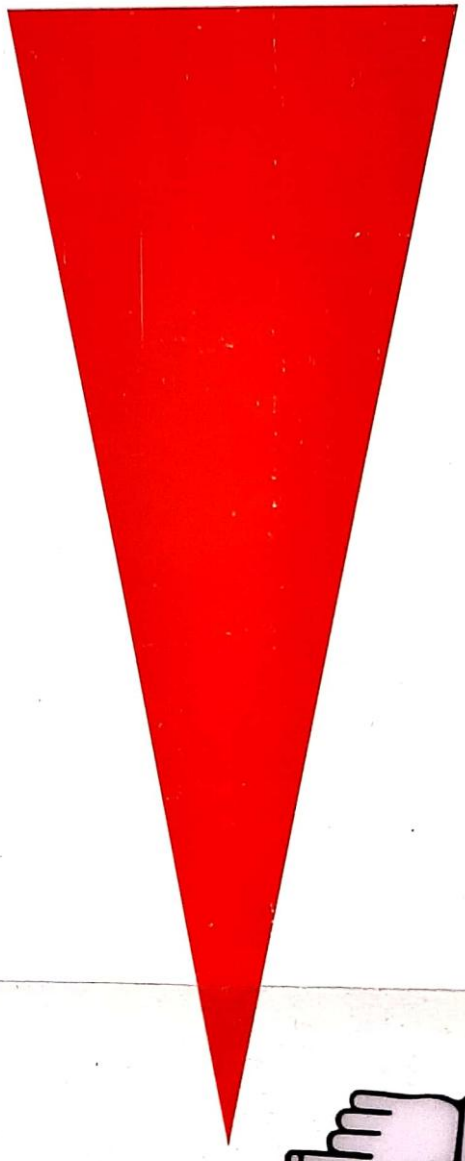
13. إذا اعتنيت بصحتي جيدا يمكنني تجنب المرض.					
14. يرجع شفائي من المرض إلى العناية التي ألقاها من الأطباء، الأقرباء، الأصدقاء					
15. أعتقد أنني معرض للإصابة بالمرض مهما بذلت لتفاديه.					
16. القدر والمكتوب هما سبب تمتعي بصحة جيدة.					
17. يمكنني المحافظة على صحتي إذا اعتنيت بنفسي.					
18. إتباع إرشادات الطبيب حرفيا هي أفضل وسيلة للحفاظ على صحتي.					

الملحق رقم (04)
مقياس الألم EVA

مقياس الألم EVA

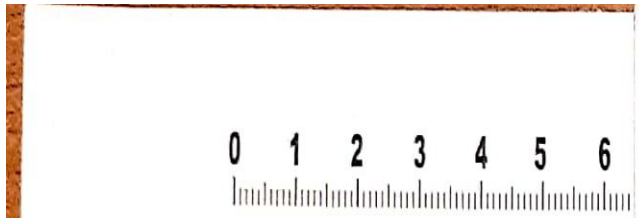


Très très mal





Pas mal
du tout



1ère Visite

2ème Visite

3ème Visite



QUESTIONNAIRE DN4*

Estimation de la douleur Neuropathique

Nom et prénom du patient :

.....

بيوفارم
Biopharm

INTERROGATOIRE DU PATIENT

QUESTION 1 : La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

		OUI	NON
1	Brûlures	☐	☐
2	Sensation de froid douloureux	☐	☐
3	Décharges électriques	☐	☐

QUESTION 2 : La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

		OUI	NON
4	Fourmillements	☐	☐
5	Picotements	☐	☐
6	Engourdissements	☐	☐
7	Démangeaisons	☐	☐

EXAMEN DU PATIENT

QUESTION 3 : La douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence ?

		OUI	NON
8	Hypoesthésie au tact	☐	☐
9	Hypoesthésie à la piqûre	☐	☐

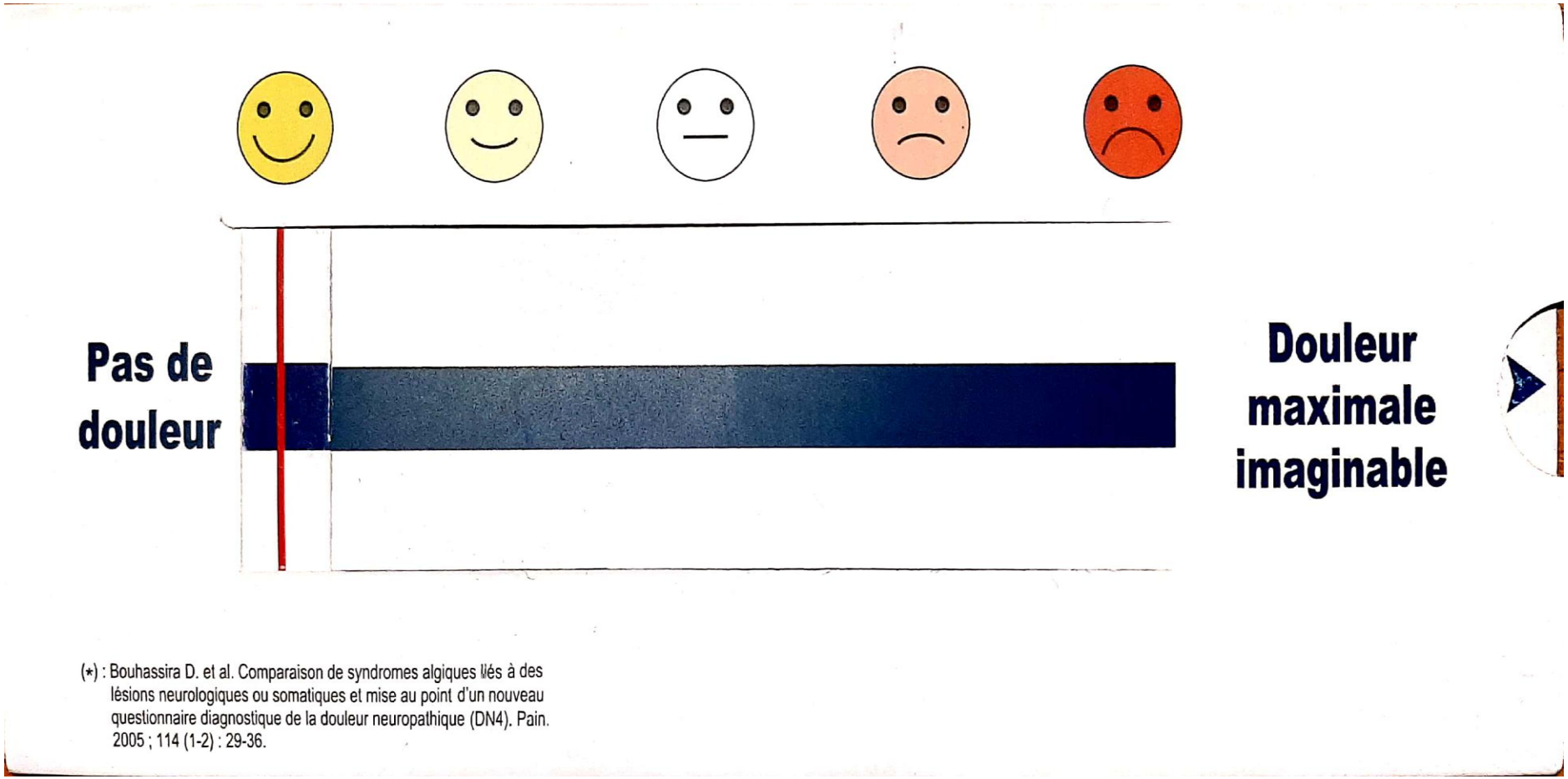
QUESTION 4 : La douleur est-elle provoquée ou augmentée par ?

		OUI	NON
10	Le frottement	☐	☐

OUI = 1 point
NON = 0 point

Score du patient : /10

Valeur seuil pour le dépistage de douleur neuropathique = 4/10



(*) : Bouhassira D. et al. Comparaison de syndromes algiques liés à des lésions neurologiques ou somatiques et mise au point d'un nouveau questionnaire diagnostique de la douleur neuropathique (DN4). Pain. 2005 ; 114 (1-2) : 29-36.

الملحق رقم (05)

استبيان نوعية الحياة SF 12

الملحق رقم (05): استبيان نوعية الحياة SF 12

بشكل عام، هل تعتقد أن صحتك:

ممتازة ( ) جيدة جدًا ( ) جيدة ( ) ضعيفة ( ) ضعيفة جدا ( )

نظرًا لحالتك الصحية الحالية، هل تقتصر على:

مجهود بدني معتدل (تحريك طاولة ، كنس ، لعب البولينج ، إلخ)؟

نعم، محدود جدًا ( ) نعم، محدود نوعًا ما ( ) لا، غير محدود على الإطلاق ( )

تصعد عدة طوابق بواسطة الدرج؟

نعم، محدود جدًا ( ) نعم، محدود نوعًا ( ) لا، غير محدود على الإطلاق ( )

خلال الأسابيع الأربعة الماضية وبسبب حالتك البدنية:

هل أنجزت أقل مما كنت تتمناه؟

دائمًا ( ) معظم الوقت ( ) غالبًا ( ) أحيانا ( ) أبدًا ( )

هل تم تقييدك في القيام بأشياء معينة؟

دائمًا ( ) معظم الوقت ( ) غالبًا ( ) أحيانًا ( ) أبدًا ( )

خلال الأسابيع الأربعة الماضية، وبسبب حالتك العاطفية (مثل الشعور بالحزن أو التوتر أو الاكتئاب): هل أنجزت أقل مما تريد؟

دائمًا ( ) معظم الوقت ( ) غالبًا ( ) أحيانًا ( )
أبدًا ( )

هل واجهت أي صعوبة في القيام بما تحتاج إلى القيام به بأكبر قدر من العناية والاهتمام كالمعتاد؟

دائمًا ( ) معظم الوقت ( ) غالبًا ( ) أحيانًا ( ) أبدًا ( )

خلال الأسابيع الأربعة الماضية، إلى أي مدى حدّك الألم الجسدي من عملك أو أنشطتك المنزلية؟

ليس على الإطلاق ( ) قليلًا ( ) بشكل معتدل ( ) الكثير ( ) كثيرًا جدًا ( )

الأسئلة التالية تدور حول ما شعرت به خلال الأسابيع الأربعة الماضية، لكل سؤال حدد الإجابة التي تبدو مناسبة لك.

هل كانت هناك أوقات شعرت فيها بالهدوء والاسترخاء؟

دائمًا ( ) معظم الوقت ( ) غالبًا ( ) أحيانًا ( ) أبدًا ( )

هل كانت هناك أوقات شعرت فيها بفائض من الطاقة؟

دائمًا ( ) معظم الوقت ( ) غالبًا ( ) أحيانًا ( ) أبدًا ( )

هل كانت هناك أوقات شعرت فيها بالحزن والاكتئاب؟

دائمًا ( ) معظم الوقت ( ) غالبًا ( ) أحيانًا ( ) أبدًا ( )

خلال الأسابيع الأربعة الماضية، هل كانت هناك أوقات أعاقت فيها صحتك الجسدية أو العاطفية حياتك الاجتماعية وعلاقاتك بالآخرين، أسرتك، أصدقاؤك، ومعارفك؟

دائمًا ( ) معظم الوقت ( ) غالبًا ( ) أحيانًا ( ) أبدًا ( )

ملحق رقم (06)

اختبار شروط الانحدار المتعدد

اختبار شروط الانحدار المتعدد

Coefficients[a]

Modèle		Statistiques de colinéarité	
		Tolérance	VIF
1	مصدر الضبط الداخلي	,571	1,752
	المواجهة الاستباقية من جانب التهيؤ للمواجهة	,571	1,752

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Statistiques des résidus[a]

	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type	N
Prévision	34,5035	73,5664	55,1532	10,89968	85
Prévision standardisée	-1,895	1,689	,000	1,000	85
Erreur standard de la prévision	1,693	5,031	2,692	,653	85
Prévision corrigée	35,1414	73,4954	55,0968	10,90867	85
Résidu	-34,02053	33,88473	,00000	14,56225	85
Résidu standardisé	-2,308	2,299	,000	,988	85
Résidu studentisé	-2,330	2,340	,002	1,005	85
Résidu supprimé	-34,66125	35,40189	,05641	15,07697	85
Résidu supprimé studentisé	-2,396	2,407	,003	1,017	85
Distance de Mahalanobis	**,120**	**8,798**	**1,976**	**1,539**	**85**
Distance de Cook	**,000**	**,134**	**,012**	**,020**	**85**
Valeur influente centrée	,001	,105	,024	,018	85

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Régression

Coefficients[a]

Modèle		Statistiques de colinéarité	
		Tolérance	VIF
1	مصدر الضبط الداخلي	,669	1,494
	المواجهة الاستباقية من جانب التأمل للمواجهة	,669	1,494

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Statistiques des résidus[a]

	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type	N
Prévision	34,7929	75,4967	55,1532	11,24266	85
Prévision standardisée	-1,811	1,809	,000	1,000	85
Erreur standard de la prévision	1,659	5,543	2,655	,587	85
Prévision corrigée	34,8474	77,7076	55,1604	11,28419	85
Résidu	-35,26021	33,84644	,00000	14,29913	85
Résidu standardisé	-2,436	2,339	,000	,988	85
Résidu studentisé	-2,462	2,380	,000	1,007	85
Résidu supprimé	-36,01263	35,05234	-,00726	14,86020	85
Résidu supprimé studentisé	-2,543	2,452	,000	1,019	85
Distance de Mahalanobis	,115	11,335	1,976	1,500	85
Distance de Cook	,000	,110	,013	,021	85
Valeur influente centrée	,001	,135	,024	,018	85

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Régression

Coefficients[a]

Modèle		Statistiques de colinéarité	
		Tolérance	VIF
1	مصدر الضبط الداخلي	,634	1,577
	المواجهة الاستباقية من جانب التخطيط الاستراتيجي	,634	1,577

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Statistiques des résidus[a]

	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type	N
Prévision	28,5710	72,6668	55,1532	11,07121	85
Prévision standardisée	-2,401	1,582	,000	1,000	85
Erreur standard de la prévision	1,661	4,898	2,672	,631	85
Prévision corrigée	27,6037	73,6497	55,1285	11,11345	85
Résidu	-35,82510	33,24986	,00000	14,43228	85
Résidu standardisé	-2,453	2,276	,000	,988	85
Résidu studentisé	-2,484	2,292	,001	1,006	85
Résidu supprimé	-36,75204	33,72591	,02467	14,96091	85
Résidu supprimé studentisé	-2,567	2,355	,002	1,017	85
Distance de Mahalanobis	,098	8,455	1,976	1,483	85
Distance de Cook	,000	,079	,012	,017	85
Valeur influente centrée	,001	,101	,024	,018	85

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Régression

Coefficients[a]

Modèle		Statistiques de colinéarité	
		Tolérance	VIF
1	مصدر الضبط الداخلي	,568	1,762
	المواجهة الاستباقية من جانب المواجهة الوقائية	,568	1,762

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Statistiques des résidus[a]

	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type	N
Prévision	35,1307	73,5926	55,1532	10,59360	85
Prévision standardisée	-1,890	1,741	,000	1,000	85
Erreur standard de la prévision	1,633	4,647	2,732	,667	85
Prévision corrigée	34,8072	74,5460	55,0990	10,62784	85
Résidu	-31,39892	33,21874	,00000	14,78641	85
Résidu standardisé	-2,098	2,220	,000	,988	85
Résidu studentisé	-2,112	2,236	,002	1,005	85
Résidu supprimé	-31,81129	33,69830	,05421	15,31480	85
Résidu supprimé studentisé	-2,158	2,293	,003	1,015	85
Distance de Mahalanobis	,012	7,111	1,976	1,518	85
Distance de Cook	,000	,083	,012	,017	85
Valeur influente centrée	,000	,085	,024	,018	85

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Régression

Coefficients[a]

Modèle		Statistiques de colinéarité	
		Tolérance	VIF
1	مصدر الضبط الداخلي	,742	1,348
	المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوسيلي	,742	1,348

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Statistiques des résidus[a]

	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type	N
Prévision	36,7295	75,6378	55,1532	10,71944	85
Prévision standardisée	-1,719	1,911	,000	1,000	85
Erreur standard de la prévision	1,676	4,836	2,718	,651	85
Prévision corrigée	36,5019	77,5532	55,1883	10,75829	85
Résidu	-30,85888	34,16563	,00000	14,69544	85
Résidu standardisé	-2,075	2,297	,000	,988	85
Résidu studentisé	-2,088	2,314	-,001	1,005	85
Résidu supprimé	-31,26722	34,68962	-,03508	15,21937	85
Résidu supprimé studentisé	-2,133	2,378	,000	1,016	85
Distance de Mahalanobis	,078	7,891	1,976	1,434	85
Distance de Cook	,000	,084	,012	,018	85
Valeur influente centrée	,001	,094	,024	,017	85

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Régression

Coefficients[a]

Modèle		Statistiques de colinéarité	
		Tolérance	VIF
1	مصدر الضبط الداخلي	,625	1,601
	المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوجداني	,625	1,601

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Statistiques des résidus[a]

	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type	N
Prévision	36,2852	70,5590	55,1532	10,21403	85
Prévision standardisée	-1,847	1,508	,000	1,000	85
Erreur standard de la prévision	1,665	4,852	2,787	,655	85
Prévision corrigée	35,9128	71,3708	55,1672	10,24443	85
Résidu	-32,44347	35,05097	,00000	15,05111	85
Résidu standardisé	-2,130	2,301	,000	,988	85
Résidu studentisé	-2,152	2,364	,000	1,007	85
Résidu supprimé	-33,13653	37,00703	-,01404	15,65252	85
Résidu supprimé studentisé	-2,202	2,434	,001	1,019	85
Distance de Mahalanobis	,016	7,535	1,976	1,426	85
Distance de Cook	,000	,136	,013	,022	85
Valeur influente centrée	,000	,090	,024	,017	85

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Régression

Coefficients[a]

Modèle		Statistiques de colinéarité	
		Tolérance	VIF
1	مصدر الضبط الداخلي	,966	1,035
	المواجهة الاستباقية من جانب تجنب المواجهة	,966	1,035

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Statistiques des résidus[a]

	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type	N
Prévision	33,2249	72,0114	55,1532	10,25170	85
Prévision standardisée	-2,139	1,644	,000	1,000	85
Erreur standard de la prévision	1,662	4,866	2,756	,757	85
Prévision corrigée	32,7733	72,6885	55,1684	10,31677	85
Résidu	-29,11173	37,12597	,00000	15,02548	85
Résidu standardisé	-1,914	2,441	,000	,988	85
Résidu studentisé	-1,945	2,474	,000	1,007	85
Résidu supprimé	-30,04349	38,22490	-,01522	15,61969	85
Résidu supprimé studentisé	-1,979	2,556	,001	1,018	85
Distance de Mahalanobis	,015	7,613	1,976	1,667	85
Distance de Cook	,000	,157	,013	,024	85
Valeur influente centrée	,000	,091	,024	,020	85

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Régression

Régression

Coefficients[a]

Modèle		Statistiques de colinéarité	
		Tolérance	VIF
1	مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)	,853	1,172
	المواجهة الاستباقية من جانب التهيؤ للمواجهة	,853	1,172

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Statistiques des résidus[a]

	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type	N
Prévision	37,7994	77,9510	55,1532	9,86318	85
Prévision standardisée	-1,759	2,311	,000	1,000	85
Erreur standard de la prévision	1,685	5,138	2,810	,744	85
Prévision corrigée	38,0801	77,5427	55,1140	9,92901	85
Résidu	-35,60555	38,59021	,00000	15,28332	85
Résidu standardisé	-2,302	2,495	,000	,988	85
Résidu studentisé	-2,324	2,589	,001	1,007	85
Résidu supprimé	-36,29768	41,54984	,03914	15,87990	85
Résidu supprimé studentisé	-2,390	2,685	,003	1,018	85
Distance de Mahalanobis	,009	8,280	1,976	1,639	85
Distance de Cook	,000	,171	,013	,024	85
Valeur influente centrée	,000	,099	,024	,020	85

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Régression

Coefficients[a]

Modèle		Statistiques de colinéarité	
		Tolérance	VIF
1	مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)	,958	1,044
	المواجهة الاستباقية من جانب التأمل للمواجهة	,958	1,044

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Statistiques des résidus[a]

	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type	N
Prévision	37,1435	75,5554	55,1532	10,41027	85
Prévision standardisée	-1,730	1,960	,000	1,000	85
Erreur standard de la prévision	1,655	5,436	2,743	,725	85
Prévision corrigée	37,3290	75,0650	55,1921	10,48551	85
Résidu	-37,75923	35,06740	,00000	14,91605	85
Résidu standardisé	-2,501	2,323	,000	,988	85
Résidu studentisé	-2,529	2,384	-,001	1,008	85
Résidu supprimé	-38,61591	36,93835	-,03896	15,52209	85
Résidu supprimé studentisé	-2,618	2,456	-,001	1,018	85
Distance de Mahalanobis	,022	9,903	1,976	1,695	85
Distance de Cook	,000	,131	,014	,023	85
Valeur influente centrée	,000	,118	,024	,020	85

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Régression

Coefficients[a]

Modèle		Statistiques de colinéarité	
		Tolérance	VIF
1	مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)	,938	1,066
	المواجهة الاستباقية من جانب التخطيط الاستراتيجي	,938	1,066

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Statistiques des résidus[a]

	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type	N
Prévision	34,0661	74,6084	55,1532	10,17377	85
Prévision standardisée	-2,073	1,912	,000	1,000	85
Erreur standard de la prévision	1,688	4,588	2,785	,686	85
Prévision corrigée	33,6582	73,7579	55,1399	10,21810	85
Résidu	-38,73819	35,76913	,00000	15,07836	85
Résidu standardisé	-2,538	2,344	,000	,988	85
Résidu studentisé	-2,571	2,392	,000	1,006	85
Résidu supprimé	-39,72562	37,26691	,01333	15,64386	85
Résidu supprimé studentisé	-2,664	2,465	,001	1,017	85
Distance de Mahalanobis	,039	6,604	1,976	1,477	85
Distance de Cook	,000	,093	,013	,018	85
Valeur influente centrée	,000	,079	,024	,018	85

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Régression

Coefficients[a]

Modèle		Statistiques de colinéarité	
		Tolérance	VIF
1	مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)	,843	1,187
	المواجهة الاستباقية من جانب المواجهة الوقائية	,843	1,187

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Statistiques des résidus[a]

	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type	N
Prévision	39,6972	73,8766	55,1532	9,23932	85
Prévision standardisée	-1,673	2,026	,000	1,000	85
Erreur standard de la prévision	1,727	5,466	2,885	,748	85
Prévision corrigée	38,8389	75,4846	55,1489	9,33304	85
Résidu	-31,25005	35,43784	,00000	15,66835	85
Résidu standardisé	-1,971	2,235	,000	,988	85
Résidu studentisé	-1,986	2,307	,000	1,007	85
Résidu supprimé	-31,74172	37,76118	,00427	16,28706	85
Résidu supprimé studentisé	-2,023	2,371	,001	1,016	85
Distance de Mahalanobis	,008	8,990	1,976	1,619	85
Distance de Cook	,000	,116	,013	,020	85
Valeur influente centrée	,000	,107	,024	,019	85

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Régression

Coefficients[a]

Modèle		Statistiques de colinéarité	
		Tolérance	VIF
1	مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)	,935	1,069
	المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوسيلي	,935	1,069

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Statistiques des résidus[a]

	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type	N
Prévision	38,8368	74,4388	55,1532	8,87485	85
Prévision standardisée	-1,839	2,173	,000	1,000	85
Erreur standard de la prévision	1,828	4,765	2,922	,763	85
Prévision corrigée	39,1853	76,2789	55,2087	8,96139	85
Résidu	-30,51780	37,11940	,00000	15,87764	85
Résidu standardisé	-1,899	2,310	,000	,988	85
Résidu studentisé	-1,914	2,357	-,002	1,007	85
Résidu supprimé	-30,99985	38,65728	-,05548	16,48666	85
Résidu supprimé studentisé	-1,946	2,426	,000	1,015	85
Distance de Mahalanobis	,098	6,397	1,976	1,565	85
Distance de Cook	,000	,085	,013	,018	85
Valeur influente centrée	,001	,076	,024	,019	85

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Régression

Coefficients[a]

Modèle		Statistiques de colinéarité	
		Tolérance	VIF
1	مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)	,941	1,063
	المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوجداني	,941	1,063

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Statistiques des résidus[a]

	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type	N
Prévision	40,7341	75,5580	55,1532	8,21963	85
Prévision standardisée	-1,754	2,482	,000	1,000	85
Erreur standard de la prévision	1,794	5,191	2,973	,830	85
Prévision corrigée	39,7272	77,6881	55,1831	8,28821	85
Résidu	-35,81479	36,96988	,00000	16,22652	85
Résidu standardisé	-2,181	2,251	,000	,988	85
Résidu studentisé	-2,212	2,297	-,001	1,007	85
Résidu supprimé	-36,85030	38,50314	-,02995	16,86986	85
Résidu supprimé studentisé	-2,267	2,360	,000	1,018	85
Distance de Mahalanobis	,014	7,403	1,976	1,675	85
Distance de Cook	,000	,096	,013	,021	85
Valeur influente centrée	,000	,088	,024	,020	85

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Régression

Coefficients[a]

Modèle		Statistiques de colinéarité	
		Tolérance	VIF
1	مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)	,973	1,028
	المواجهة الاستباقية من جانب تجنب المواجهة	,973	1,028

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Statistiques des résidus[a]

	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type	N
Prévision	46,2227	67,4275	55,1532	5,38906	85
Prévision standardisée	-1,657	2,278	,000	1,000	85
Erreur standard de la prévision	1,922	5,621	3,179	,904	85
Prévision corrigée	44,5135	67,8745	55,1003	5,50033	85
Résidu	-34,71379	36,45375	,00000	17,37298	85
Résidu standardisé	-1,974	2,073	,000	,988	85
Résidu studentisé	-2,018	2,141	,001	1,007	85
Résidu supprimé	-36,26498	39,37503	,05286	18,05934	85
Résidu supprimé studentisé	-2,057	2,190	,002	1,016	85
Distance de Mahalanobis	,016	7,595	1,976	1,713	85
Distance de Cook	,000	,143	,013	,022	85
Valeur influente centrée	,000	,090	,024	,020	85

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Régression

Coefficients[a]

Modèle		Statistiques de colinéarité	
		Tolérance	VIF
1	مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	,732	1,366
	المواجهة الاستباقية من جانب التهيؤ للمواجهة	,732	1,366

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Statistiques des résidus[a]

	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type	N
Prévision	30,4651	76,9691	55,1532	10,60097	85
Prévision standardisée	-2,329	2,058	,000	1,000	85
Erreur standard de la prévision	1,626	5,374	2,715	,732	85
Prévision corrigée	28,6277	76,5326	55,0568	10,68961	85
Résidu	-34,15168	34,96272	,00000	14,78113	85
Résidu standardisé	-2,283	2,337	,000	,988	85
Résidu studentisé	-2,302	2,413	,003	1,007	85
Résidu supprimé	-34,73098	37,28373	,09643	15,36910	85
Résidu supprimé studentisé	-2,366	2,489	,005	1,018	85
Distance de Mahalanobis	,004	9,850	1,976	1,748	85
Distance de Cook	,000	,200	,013	,028	85
Valeur influente centrée	,000	,117	,024	,021	85

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Régression

Coefficients[a]

Modèle		Statistiques de colinéarité	
		Tolérance	VIF
1	مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	,762	1,312
	المواجهة الاستباقية من جانب التأمل للمواجهة	,762	1,312

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Statistiques des résidus[a]

	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type	N
Prévision	35,1860	76,7661	55,1532	10,79554	85
Prévision standardisée	-1,850	2,002	,000	1,000	85
Erreur standard de la prévision	1,630	4,945	2,715	,618	85
Prévision corrigée	35,4785	78,6561	55,1128	10,90879	85
Résidu	-34,82490	34,10517	,00000	14,63963	85
Résidu standardisé	-2,350	2,302	,000	,988	85
Résidu studentisé	-2,368	2,353	,001	1,009	85
Résidu supprimé	-35,35182	35,62864	,04038	15,28062	85
Résidu supprimé studentisé	-2,438	2,421	,002	1,020	85
Distance de Mahalanobis	,028	8,369	1,976	1,446	85
Distance de Cook	,000	,187	,015	,028	85
Valeur influente centrée	,000	,100	,024	,017	85

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Régression

Coefficients[a]

Modèle		Statistiques de colinéarité	
		Tolérance	VIF
1	مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	,776	1,288
	المواجهة الاستباقية من جانب التخطيط الاستراتيجي	,776	1,288

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Statistiques des résidus[a]

	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type	N
Prévision	32,7444	74,6058	55,1532	10,76050	85
Prévision standardisée	-2,083	1,808	,000	1,000	85
Erreur standard de la prévision	1,654	5,317	2,703	,689	85
Prévision corrigée	31,2604	74,4977	55,1173	10,84541	85
Résidu	-30,56886	34,43090	,00000	14,66540	85
Résidu standardisé	-2,059	2,320	,000	,988	85
Résidu studentisé	-2,116	2,341	,001	1,009	85
Résidu supprimé	-32,25985	35,07146	,03592	15,29295	85
Résidu supprimé studentisé	-2,163	2,409	,003	1,018	85
Distance de Mahalanobis	,055	9,791	1,976	1,606	85
Distance de Cook	,000	,194	,014	,026	85
Valeur influente centrée	,001	,117	,024	,019	85

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Régression

Coefficients[a]

Modèle		Statistiques de colinéarité	
		Tolérance	VIF
1	مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	,776	1,288
	المواجهة الاستباقية من جانب المواجهة الوقائية	,776	1,288

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Statistiques des résidus[a]

	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type	N
Prévision	34,7900	73,3681	55,1532	10,32548	85
Prévision standardisée	-1,972	1,764	,000	1,000	85
Erreur standard de la prévision	1,670	5,589	2,757	,717	85
Prévision corrigée	33,3174	72,8571	55,0877	10,42033	85
Résidu	-30,35092	34,50704	,00000	14,97487	85
Résidu standardisé	-2,003	2,277	,000	,988	85
Résidu studentisé	-2,037	2,298	,002	1,007	85
Résidu supprimé	-31,41178	35,17420	,06549	15,56125	85
Résidu supprimé studentisé	-2,078	2,361	,003	1,016	85
Distance de Mahalanobis	,031	10,434	1,976	1,745	85
Distance de Cook	,000	,198	,013	,025	85
Valeur influente centrée	,000	,124	,024	,021	85

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Régression

Coefficients[a]

Modèle		Statistiques de colinéarité	
		Tolérance	VIF
1	مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	,850	1,176
	المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوسيلي	,850	1,176

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Statistiques des résidus[a]

	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type	N
Prévision	36,7576	74,3612	55,1532	10,14837	85
Prévision standardisée	-1,813	1,893	,000	1,000	85
Erreur standard de la prévision	1,734	5,539	2,784	,703	85
Prévision corrigée	36,9412	76,1493	55,1366	10,25689	85
Résidu	-31,51063	35,88261	,00000	15,09546	85
Résidu standardisé	-2,062	2,349	,000	,988	85
Résidu studentisé	-2,094	2,370	,000	1,007	85
Résidu supprimé	-32,47400	36,54107	,01656	15,70114	85
Résidu supprimé studentisé	-2,139	2,441	,002	1,017	85
Distance de Mahalanobis	,094	10,052	1,976	1,697	85
Distance de Cook	,000	,220	,014	,027	85
Valeur influente centrée	,001	,120	,024	,020	85

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Régression

Coefficients[a]

Modèle		Statistiques de colinéarité	
		Tolérance	VIF
1	مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	,746	1,340
	المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوجداني	,746	1,340

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Statistiques des résidus[a]

	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type	N
Prévision	34,4036	72,1359	55,1532	9,33839	85
Prévision standardisée	-2,222	1,819	,000	1,000	85
Erreur standard de la prévision	1,777	4,390	2,892	,673	85
Prévision corrigée	33,8507	72,1559	55,1265	9,45665	85
Résidu	-38,58355	38,95779	,00000	15,60951	85
Résidu standardisé	-2,442	2,466	,000	,988	85
Résidu studentisé	-2,458	2,565	,001	1,009	85
Résidu supprimé	-39,07796	42,15670	,02668	16,27073	85
Résidu supprimé studentisé	-2,538	2,658	,002	1,020	85
Distance de Mahalanobis	,075	5,497	1,976	1,385	85
Distance de Cook	,000	,180	,014	,026	85
Valeur influente centrée	,001	,065	,024	,016	85

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Régression

Coefficients[a]

Modèle		Statistiques de colinéarité	
		Tolérance	VIF
1	مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	,947	1,056
	المواجهة الاستباقية من جانب تجنب المواجهة	,947	1,056

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Statistiques des résidus[a]

	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type	N
Prévision	31,8670	69,8409	55,1532	8,87204	85
Prévision standardisée	-2,625	1,656	,000	1,000	85
Erreur standard de la prévision	1,755	6,054	2,910	,810	85
Prévision corrigée	24,1304	69,0887	55,0511	9,14309	85
Résidu	-35,37276	46,77884	,00000	15,87921	85
Résidu standardisé	-2,201	2,911	,000	,988	85
Résidu studentisé	-2,239	3,142	,003	1,012	85
Résidu supprimé	-36,61116	54,51542	,10211	16,67554	85
Résidu supprimé studentisé	-2,297	3,330	,005	1,025	85
Distance de Mahalanobis	,013	10,933	1,976	1,782	85
Distance de Cook	,000	,544	,017	,060	85
Valeur influente centrée	,000	,130	,024	,021	85

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

ملحق رقم (07)

اختبار اعتدالية توزيع البيانات

اختبار اعتدالية توزيع البيانات

Test Kolmogorov-Smirnov pour un échantillon

		درجة نوعية الحياة عامة
N		85
Paramètres normaux[a,b]	Moyenne	55,1532
	Ecart type	18,18962
Différences les plus extrêmes	Absolue	,067
	Positif	,056
	Négatif	-,067
Statistiques de test		,067
Sig. asymptotique (bilatérale)		,200[c,d]

a. La distribution du test est Normale.

b. Calculée à partir des données.

c. Correction de signification de Lilliefors.

d. Il s'agit de la borne inférieure de la vraie signification.

مستوى الشعور بالالم

Test du khi-deux

مستوى الشعور بالالم

	Effectif observé	N théorique	Résidus
ألم خفيف	11	28,3	-17,3
ألم متوسط	41	28,3	12,7
الم شديد	33	28,3	4,7
Total	85		

Tests statistiques

	مستوى الشعور بالالم
Khi-deux	17,035[a]
ddl	2
Sig. asymptotique	,000

a. 0 cellules (,0%) ont des fréquences théoriques inférieures à 5. La fréquence théorique minimum d'une cellule est 28,3.

مستوى نوعية الحياة

Test du khi-deux

مستوى نوعية الحياة عامة

	Effectif observé	N théorique	Résidus
مستوى سيء	15	28,3	-13,3
مستوى متوسط	40	28,3	11,7
مستوى جيد	30	28,3	1,7
Total	85		

Tests statistiques

	مستوى نوعية الحياة عامة
Khi-deux	11,176[a]
ddl	2
Sig. asymptotique	,004

a. 0 cellules (,0%) ont des fréquences théoriques inférieures à 5. La fréquence théorique minimum d'une cellule est 28,3.

Fréquences

مستوى نوعية الحياة عامة

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	مستوى سيء	15	17,6	17,6	17,6
	مستوى متوسط	40	47,1	47,1	64,7
	مستوى جيد	30	35,3	35,3	100,0
	Total	85	100,0	100,0	

Tests non paramétriques

Test du khi-deux

مستوى نوعية الحياة من جانب الصحة الجسدية

	Effectif observé	N théorique	Résidus
مستوى سيء	15	28,3	-13,3
مستوى متوسط	35	28,3	6,7
مستوى جيد	35	28,3	6,7
Total	85		

مستوى نوعيية الحياة من جانب الصحة العقلية

	Effectif observé	N théorique	Résidus
مستوى سيء	16	28,3	-12,3
مستوى متوسط	36	28,3	7,7
مستوى جيد	33	28,3	4,7
Total	85		

Tests statistiques

	مستوى نوعية الحياة من جانب الصحة الجسدية	مستوى نوعيية الحياة من جانب الصحة العقلية
Khi-deux	9,412[a]	8,212[a]
ddl	2	2
Sig. asymptotique	,009	,016

a. 0 cellules (,0%) ont des fréquences théoriques inférieures à 5. La fréquence théorique minimum d'une cellule est 28,3.

Fréquences

Table de fréquences

مستوى نوعية الحياة من جانب الصحة الجسدية

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	مستوى سيء	15	17,6	17,6	17,6
	مستوى متوسط	35	41,2	41,2	58,8
	مستوى جيد	35	41,2	41,2	100,0
	Total	85	100,0	100,0	

مستوى نوعيية الحياة من جانب الصحة العقلية

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	مستوى سيء	16	18,8	18,8	18,8
	مستوى متوسط	36	42,4	42,4	61,2
	مستوى جيد	33	38,8	38,8	100,0
	Total	85	100,0	100,0	

دلالة الفروق في متوسط درجات نوعية الحياة بدلالة النمط السائد لمركز الضبط الصحي

Caractéristiques

درجة نوعية الحياة عامة

	N	Moyenne	Ecart type	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne		Minimum	Maximum
					Borne inférieure	Borne supérieure		
داخلي	37	66,5541	11,62426	1,91102	62,6783	70,4298	39,06	85,94
خارجي نفوذ لحرين	22	47,5616	18,65010	3,97622	39,2926	55,8305	15,63	84,38
خارجي حظ	26	45,3526	16,79180	3,29314	38,5702	52,1349	23,44	78,65
Total	85	55,1532	18,18962	1,97294	51,2298	59,0766	15,63	85,94

Test d'homogénéité des variances

درجة نوعية الحياة عامة

Statistique de Levene	ddl1	ddl2	Sig.
2,300	2	82	,107

ANOVA

درجة نوعية الحياة عامة

	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Inter-groupes	8574,533	2	4287,266	18,293	,000
Intragroupes	19217,906	82	234,365		
Total	27792,439	84			

Tests post hoc

Comparaisons multiples :

Variable dépendante: درجة نوعية الحياة عامة

Scheffé

نمط مركز الضبط الصحي (I)	نمط مركز الضبط الصحي (J)	Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	Sig.	Intervalle de confiance à 95 %	
					Borne inférieure	Borne supérieure
داخلي	خارجي نفوذ لحرين	18,99250*	4,12154	,000	8,7169	29,2681
	خارجي حظ	21,20149*	3,91768	,000	11,4341	30,9688
خارجي نفوذ لحرين	داخلي	-18,99250*	4,12154	,000	-29,2681	-8,7169
	خارجي حظ	2,20899	4,43475	,883	-8,8475	13,2655
خارجي حظ	داخلي	-21,20149*	3,91768	,000	-30,9688	-11,4341
	خارجي نفوذ لحرين	-2,20899	4,43475	,883	-13,2655	8,8475

*. La différence moyenne est significative au niveau 0.05.

توسط درجة الشعور بالالم للعلاقة بين مصدر الضبط الصحي الداخلي ونوعية الحياة

Corrélations

Corrélations

		مصدر الضبط الداخلي	درجة الألم
مصدر الضبط الداخلي	Corrélation de Pearson	1	-,742**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	85	85
درجة الألم	Corrélation de Pearson	-,742**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	85	85

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Régression

Variables introduites/éliminées[a]

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	مصدر الضبط الداخلي[b]	.	Introduire

a. Variable dépendante : درجة الألم

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,742[a]	,550	,544	1,553

a. Prédicteurs : (Constante), مصدر الضبط الداخلي

ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	244,541	1	244,541	101,377	,000[b]
	Résidu	200,212	83	2,412		
	Total	444,753	84			

a. Variable dépendante : درجة الألم

b. Prédicteurs : (Constante), مصدر الضبط الداخلي

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés		
		B	Erreur standard	Bêta	t	Sig.
1	(Constante)	11,720	,667		17,575	,000
	مصدر الضبط الداخلي	-,320	,032	-,742	-10,069	,000

a. Variable dépendante : درجة الألم

Régression

Variables introduites/éliminées[a]

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	درجة الألم, مصدر الضبط[b]	.	Introduire

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,609[a]	,371	,356	14,59906

a. Prédicteurs : (Constante), درجة الألم, مصدر الضبط الداخلي

ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	10315,577	2	5157,789	24,200	,000[b]
	Résidu	17476,861	82	213,132		
	Total	27792,439	84			

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Prédicteurs : (Constante), درجة الألم, مصدر الضبط الداخلي

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés		
		B	Erreur standard	Bêta	t	Sig.
1	(Constante)	51,184	13,620		3,758	,000
	مصدر الضبط الداخلي	,952	,445	,279	2,141	,035
	درجة الألم	-2,945	1,032	-,372	-2,854	,005

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

توسط درجة الشعور بالالم للعلاقة بين مركز الضبط الخارجي نفوذ الاخرين ونوعية الحياة

Corrélations

		مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)	درجة نوعية الحياة عامة
مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)	Corrélation de Pearson	1	-,294**
	Sig. (bilatérale)		,006
	N	85	85
درجة نوعية الحياة عامة	Corrélation de Pearson	-,294**	1
	Sig. (bilatérale)	,006	
	N	85	85

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Régression

Variables introduites/éliminées[a]

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)[b]	.	Introduire

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,294[a]	,086	,075	17,49224

a. Prédicteurs : (Constante), مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)

ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	2396,224	1	2396,224	7,831	,006[b]
	Résidu	25396,215	83	305,978		
	Total	27792,439	84			

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Prédicteurs : (Constante), مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	78,253	8,470		9,239	,000
	مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)	-1,118	,399	-,294	-2,798	,006

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Corrélations

Corrélations

		مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)	درجة الألم
مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)	Corrélation de Pearson	1	,369**
	Sig. (bilatérale)		,001
	N	85	85
درجة الألم	Corrélation de Pearson	,369**	1
	Sig. (bilatérale)	,001	
	N	85	85

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Régression

Variables introduites/éliminées[a]

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)[b]	.	Introduire

a. Variable dépendante : درجة الألم

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,369[a]	,136	,126	2,151

a. Prédicteurs : (Constante), مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)

ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	60,694	1	60,694	13,117	,001[b]
	Résidu	384,059	83	4,627		
	Total	444,753	84			

a. Variable dépendante : درجة الألم

b. Prédicteurs : (Constante), مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	1,547	1,042		1,485	,141
	مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)	,178	,049	,369	3,622	,001

a. Variable dépendante : درجة الألم

Régression

Variables introduites/éliminées[a]

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	درجة الألم, مصدر الضبط الخارجي (نفوذ)[b]	.	Introduire

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,586[a]	,343	,327	14,91855

a. Prédicteurs : (Constante), درجة الألم, مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)

ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	9542,267	2	4771,133	21,437	,000[b]
	Résidu	18250,172	82	222,563		
	Total	27792,439	84			

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Prédicteurs : (Constante), مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين), (درجة الألم

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	84,927	7,319		11,604	,000
	مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)	-,350	,367	-,092	-,956	,342
	درجة الألم	-4,314	,761	-,546	-5,666	,000

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

توسط درجة الشعور بالالم للعلاقة بين مصدر الضبط الصحي الخارجي ونوعية الحياة

Corrélations

		مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	درجة نوعية الحياة عامة
مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	Corrélation de Pearson	1	-,477**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	85	85
درجة نوعية الحياة عامة	Corrélation de Pearson	-,477**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	85	85

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Régression

Variables introduites/éliminées[a]

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	مصدر الضبط الخارجي (الحظ)[b]	.	Introduire

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,477[a]	,227	,218	16,08531

a. Prédicteurs : (Constante), مصدر الضبط الخارجي (الحظ)

ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	6317,254	1	6317,254	24,416	,000[b]
	Résidu	21475,185	83	258,737		
	Total	27792,439	84			

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Prédicteurs : (Constante), مصدر الضبط الخارجي (الحظ)

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	81,238	5,560		14,612	,000
	مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	-1,540	,312	-,477	-4,941	,000

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Corrélations

Corrélations

		مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	درجة الألم
مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	Corrélation de Pearson	1	,589**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	85	85
درجة الألم	Corrélation de Pearson	,589**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	85	85

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Régression

Variables introduites/éliminées[a]

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	مصدر الضبط الخارجي (الحظ)[b]	.	Introduire

a. Variable dépendante : درجة الألم

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,589[a]	,347	,339	1,871

a. Prédicteurs : (Constante), مصدر الضبط الخارجي (الحظ)

ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	154,250	1	154,250	44,071	,000[b]
	Résidu	290,503	83	3,500		
	Total	444,753	84			

a. Variable dépendante : درجة الألم

b. Prédicteurs : (Constante), مصدر الضبط الخارجي (الحظ)

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	1,148	,647		1,775	,080
	مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	,241	,036	,589	6,639	,000

a. Variable dépendante : درجة الألم

Régression

Variables introduites/éliminées[a]

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	درجة الألم, مصدر الضبط الخارجي (الحظ)[b]	.	Introduire

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,603[a]	,364	,349	14,68103

a. Prédicteurs : (Constante), درجة الألم, مصدر الضبط الخارجي (الحظ)

EXAMINE

ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	10118,751	2	5059,376	23,474	,000[b]
	Résidu	17673,688	82	215,533		
	Total	27792,439	84			

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Prédicteurs : (Constante), درجة الألم, مصدر الضبط الخارجي (الحظ)

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	85,389	5,170		16,517	,000
	مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	-,669	,352	-,207	-1,902	,061
	درجة الألم	-3,617	,861	-,458	-4,200	,000

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

الفروق

في متوسط درجات نوعية الحياة بدلالةمستوى التهيؤ للمواجهة

Unidirectionnel

Caractéristiques

درجة نوعية الحياة عامة

	N	Moyenne	Ecart type	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne		Minimum	Maximum
					Borne inférieure	Borne supérieure		
منخفض	16	41,1458	16,49214	4,12304	32,3578	49,9339	23,44	84,38
متوسط	54	56,0860	17,63065	2,39923	51,2738	60,8983	15,63	85,94
مرتفع	15	66,7361	12,06919	3,11625	60,0524	73,4198	46,35	82,81
Total	85	55,1532	18,18962	1,97294	51,2298	59,0766	15,63	85,94

Test d'homogénéité des variances

درجة نوعية الحياة عامة

Statistique de Levene	ddl1	ddl2	Sig.
,925	2	82	,400

ANOVA

درجة نوعية الحياة عامة

	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Inter-groupes	5198,748	2	2599,374	9,434	,000
Intragroupes	22593,691	82	275,533		
Total	27792,439	84			

Tests post hoc

Comparaisons multiples :

Variable dépendante: درجة نوعية الحياة عامة

Scheffé

مستوى التهيؤ للمواجهة (I)	مستوى التهيؤ للمواجهة (J)	Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	Sig.	Intervalle de confiance à 95 %	
					Borne inférieure	Borne supérieure
منخفض	متوسط	-14,94020*	4,72475	,009	-26,7197	-3,1607
	مرتفع	-25,59028*	5,96571	,000	-40,4637	-10,7169
متوسط	منخفض	14,94020*	4,72475	,009	3,1607	26,7197
	مرتفع	-10,65008	4,84472	,096	-22,7287	1,4285
مرتفع	منخفض	25,59028*	5,96571	,000	10,7169	40,4637
	متوسط	10,65008	4,84472	,096	-1,4285	22,7287

*. La différence moyenne est significative au niveau 0.05.

الفروق في متوسط درجات نوعية الحياة بدلالة مستوى التأمل للمواجهة

Caractéristiques

درجة نوعية الحياة عامة

	N	Moyenne	Ecart type	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne		Minimum	Maximum
					Borne inférieure	Borne supérieure		
منخفض	12	37,4132	14,88599	4,29721	27,9551	46,8713	23,44	69,27
متوسط	41	52,4390	16,35427	2,55411	47,2770	57,6011	15,63	85,94
مرتفع	32	65,2832	15,33935	2,71164	59,7528	70,8136	27,08	84,38
Total	85	55,1532	18,18962	1,97294	51,2298	59,0766	15,63	85,94

Test d'homogénéité des variances

درجة نوعية الحياة عامة

Statistique de Levene	ddl1	ddl2	Sig.
,056	2	82	,946

ANOVA

درجة نوعية الحياة عامة

	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Inter-groupes	7362,273	2	3681,137	14,775	,000
Intragroupes	20430,166	82	249,148		
Total	27792,439	84			

Tests post hoc

Comparaisons multiples :

Variable dépendante: درجة نوعية الحياة عامة

Scheffé

(I) مستوى التأمل للمواجهة	(J) مستوى التأمل للمواجهة	Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	Sig.	Intervalle de confiance à 95 %	
					Borne inférieure	Borne supérieure
منخفض	متوسط	-15,02583*	5,18065	,018	-27,9420	-2,1097
	مرتفع	-27,87001*	5,34306	,000	-41,1910	-14,5490
متوسط	منخفض	15,02583*	5,18065	,018	2,1097	27,9420
	مرتفع	-12,84418*	3,72326	,004	-22,1268	-3,5615
مرتفع	منخفض	27,87001*	5,34306	,000	14,5490	41,1910
	متوسط	12,84418*	3,72326	,004	3,5615	22,1268

*. La différence moyenne est significative au niveau 0.05.

الفروق في متوسط درجات نوعية الحياة بدلالة مستوى التخطيط الاستراتيجي للمواجهة

Caractéristiques

درجة نوعية الحياة عامة

	N	Moyenne	Ecart type	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne		Minimum	Maximum
					Borne inférieure	Borne supérieure		
منخفض	10	35,3646	14,25399	4,50751	25,1679	45,5613	15,63	57,81
متوسط	29	49,5330	18,12756	3,36620	42,6377	56,4284	23,44	84,38
مرتفع	46	62,9982	14,22042	2,09669	58,7752	67,2211	27,08	85,94
Total	85	55,1532	18,18962	1,97294	51,2298	59,0766	15,63	85,94

Test d'homogénéité des variances

درجة نوعية الحياة عامة

Statistique de Levene	ddl1	ddl2	Sig.
1,529	2	82	,223

ANOVA

درجة نوعية الحياة عامة

	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Inter-groupes	7662,908	2	3831,454	15,608	,000
Intragroupes	20129,531	82	245,482		
Total	27792,439	84			

Tests post hoc

Comparaisons multiples :

Variable dépendante: درجة نوعية الحياة عامة

Scheffé

(I) مستوى التحطيط الاستراتيجي للمواجهة	(J) مستوى التحطيط الاستراتيجي للمواجهة	Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	Sig.	Intervalle de confiance à 95 %	
					Borne inférieure	Borne supérieure
منخفض	متوسط	-14,16846	5,74570	,053	-28,4933	,1564
	مرتفع	-27,63361*	5,46670	,000	-41,2629	-14,0043
متوسط	منخفض	14,16846	5,74570	,053	-,1564	28,4933
	مرتفع	-13,46514*	3,71503	,002	-22,7273	-4,2030
مرتفع	منخفض	27,63361*	5,46670	,000	14,0043	41,2629
	متوسط	13,46514*	3,71503	,002	4,2030	22,7273

*. La différence moyenne est significative au niveau 0.05.

الفروق في متوسط درجات نوعية الحياة بدلالة مستوى المواجهة الوقائية

Caractéristiques

درجة نوعية الحياة عامة

	N	Moyenne	Ecart type	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne		Minimum	Maximum
					Borne inférieure	Borne supérieure		
منخفض	28	41,5737	16,42074	3,10323	35,2064	47,9410	15,63	84,38
متوسط	38	61,2939	16,28266	2,64140	55,9419	66,6458	27,08	85,94
مرتفع	19	62,8838	12,84704	2,94731	56,6917	69,0758	39,06	82,81
Total	85	55,1532	18,18962	1,97294	51,2298	59,0766	15,63	85,94

Test d'homogénéité des variances

درجة نوعية الحياة عامة

Statistique de Levene	ddl1	ddl2	Sig.
,953	2	82	,390

ANOVA

درجة نوعية الحياة عامة

	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Inter-groupes	7731,675	2	3865,837	15,802	,000
Intragroupes	20060,764	82	244,643		
Total	27792,439	84			

Tests post hoc

Comparaisons multiples :

Variable dépendante: درجة نوعية الحياة عامة

Scheffé

مستوى المواجهة الوقائية (I)	مستوى المواجهة الوقائية (J)	Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	Sig.	Intervalle de confiance à 95 %	
					Borne inférieure	Borne supérieure
منخفض	متوسط	-19,72020*	3,89554	,000	-29,4324	-10,0080
	مرتفع	-21,31011*	4,64900	,000	-32,9008	-9,7195
متوسط	منخفض	19,72020*	3,89554	,000	10,0080	29,4324
	مرتفع	-1,58991	4,39476	,937	-12,5467	9,3669
مرتفع	منخفض	21,31011*	4,64900	,000	9,7195	32,9008
	متوسط	1,58991	4,39476	,937	-9,3669	12,5467

*. La différence moyenne est significative au niveau 0.05.

الفروق في متوسط درجات نوعية الحياة بدلالة مستوى الدعم الوسيلي

Caractéristiques

درجة نوعية الحياة عامة

	N	Moyenne	Ecart type	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne		Minimum	Maximum
					Borne inférieure	Borne supérieure		
منخفض	22	41,9034	18,13413	3,86621	33,8632	49,9436	15,63	84,38
متوسط	38	58,7856	17,26440	2,80065	53,1110	64,4603	23,44	85,94
مرتفع	25	61,2917	13,77316	2,75463	55,6064	66,9769	33,85	82,81
Total	85	55,1532	18,18962	1,97294	51,2298	59,0766	15,63	85,94

Test d'homogénéité des variances

درجة نوعية الحياة عامة

Statistique de Levene	ddl1	ddl2	Sig.
1,365	2	82	,261

ANOVA

درجة نوعية الحياة عامة

	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Inter-groupes	5305,667	2	2652,833	9,674	,000
Intragroupes	22486,772	82	274,229		
Total	27792,439	84			

Tests post hoc

Comparaisons multiples :

Variable dépendante: درجة نوعية الحياة عامة

Scheffé

مستوى الدعم الوسيلي (I)	مستوى الدعم الوسيلي (J)	Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	Sig.	Intervalle de confiance à 95 %	
					Borne inférieure	Borne supérieure
منخفض	متوسط	-16,88223*	4,43638	,001	-27,9428	-5,8217
	مرتفع	-19,38826*	4,84088	,001	-31,4573	-7,3192
متوسط	منخفض	16,88223*	4,43638	,001	5,8217	27,9428
	مرتفع	-2,50603	4,26447	,842	-13,1380	8,1259
مرتفع	منخفض	19,38826*	4,84088	,001	7,3192	31,4573
	متوسط	2,50603	4,26447	,842	-8,1259	13,1380

*. La différence moyenne est significative au niveau 0.05.

الفروق في متوسط درجات نوعية الحياة بدلالة مستوى الدعم الوجداني

Caractéristiques

درجة نوعية الحياة عامة

	N	Moyenne	Ecart type	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne		Minimum	Maximum
					Borne inférieure	Borne supérieure		
منخفض	26	42,1474	16,38494	3,21335	35,5294	48,7655	23,44	84,38
متوسط	35	60,3423	15,69995	2,65378	54,9491	65,7354	15,63	84,38
مرتفع	24	61,6753	16,60138	3,38874	54,6652	68,6855	27,08	85,94
Total	85	55,1532	18,18962	1,97294	51,2298	59,0766	15,63	85,94

Test d'homogénéité des variances

درجة نوعية الحياة عامة

Statistique de Levene	ddl1	ddl2	Sig.
,358	2	82	,700

ANOVA

درجة نوعية الحياة عامة

	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Inter-groupes	6361,242	2	3180,621	12,170	,000
Intragroupes	21431,197	82	261,356		
Total	27792,439	84			

Tests post hoc

Comparaisons multiples :

Variable dépendante: درجة نوعية الحياة عامة

Scheffé

(I) مستوى الدعم الوجداني	(J) مستوى الدعم الوجداني	Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	Sig.	Intervalle de confiance à 95 %	
					Borne inférieure	Borne supérieure
منخفض	متوسط	-18,19483*	4,18563	,000	-28,6302	-7,7594
	مرتفع	-19,52791*	4,57624	,000	-30,9372	-8,1187
متوسط	منخفض	18,19483*	4,18563	,000	7,7594	28,6302
	مرتفع	-1,33309	4,28452	,953	-12,0150	9,3489
مرتفع	منخفض	19,52791*	4,57624	,000	8,1187	30,9372
	متوسط	1,33309	4,28452	,953	-9,3489	12,0150

*. La différence moyenne est significative au niveau 0.05.

الفروق في متوسط درجات نوعية الحياة بدلالة مستوى التجنب للمواجهة

Caractéristiques

درجة نوعية الحياة عامة

	N	Moyenne	Ecart type	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne		Minimum	Maximum
					Borne inférieure	Borne supérieure		
منخفض	10	50,7292	20,15863	6,37472	36,3085	65,1498	23,44	84,38
متوسط	46	56,8388	17,58694	2,59305	51,6161	62,0614	23,44	85,94
مرتفع	29	54,0050	18,75780	3,48324	46,8699	61,1401	15,63	82,81
Total	85	55,1532	18,18962	1,97294	51,2298	59,0766	15,63	85,94

Test d'homogénéité des variances

درجة نوعية الحياة عامة

Statistique de Levene	ddl1	ddl2	Sig.
,104	2	82	,901

ANOVA

درجة نوعية الحياة عامة

	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Inter-groupes	364,644	2	182,322	,545	,582
Intragroupes	27427,795	82	334,485		
Total	27792,439	84			

Tests post hoc

Comparaisons multiples :

Variable dépendante: درجة نوعية الحياة عامة

Scheffé

(I) مستوى التجنب	(J) مستوى التجنب	Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	Sig.	Intervalle de confiance à 95 %	
					Borne inférieure	Borne supérieure
منخفض	متوسط	-6,10960	6,38122	,634	-22,0189	9,7997
	مرتفع	-3,27586	6,70690	,888	-19,9972	13,4454
متوسط	منخفض	6,10960	6,38122	,634	-9,7997	22,0189
	مرتفع	2,83374	4,33652	,808	-7,9778	13,6453
مرتفع	منخفض	3,27586	6,70690	,888	-13,4454	19,9972
	متوسط	-2,83374	4,33652	,808	-13,6453	7,9778

Corrélations

Corrélations

		درجة نوعية الحياة عامة	درجة الألم
درجة نوعية الحياة عامة	Corrélation de Pearson	1	-,580**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	85	85
درجة الألم	Corrélation de Pearson	-,580**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	85	85

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

توسط الالم للعلاقة بين التهيؤ للمواجهة ونوعية الحياة

Variables introduites/éliminées[a]

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	المواجهة الاستباقية من جانب التهيؤ للمواجهة[b]	.	Introduire

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,534[a]	,285	,276	15,47640

a. Prédicteurs : (Constante), المواجهة الاستباقية من جانب التهيؤ للمواجهة

ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	7912,353	1	7912,353	33,034	,000[b]
	Résidu	19880,086	83	239,519		
	Total	27792,439	84			

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Prédicteurs : (Constante), المواجهة الاستباقية من جانب التهيؤ للمواجهة

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	7,363	8,483		,868	,388
	المواجهة الاستباقية من جانب التهيؤ للمواجهة	1,304	,227	,534	5,748	,000

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Régression

Variables introduites/éliminées[a]

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	المواجهة الاستباقية من جانب التهيؤ للمواجهة[b]	.	Introduire

a. Variable dépendante : درجة الألم

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,750[a]	,563	,558	1,530

a. Prédicteurs : (Constante), المواجهة الاستباقية من جانب التهيؤ للمواجهة

ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	250,424	1	250,424	106,958	,000[b]
	Résidu	194,329	83	2,341		
	Total	444,753	84			

a. Variable dépendante : درجة الألم

b. Prédicteurs : (Constante), المواجهة الاستباقية من جانب التهيؤ للمواجهة

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	13,726	,839		16,366	,000
	المواجهة الاستباقية من جانب التهيؤ للمواجهة	-,232	,022	-,750	-10,342	,000

a. Variable dépendante : درجة الألم

Régression

Variables introduites/éliminées[a]

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	درجة الألم, المواجهة الاستباقية من جانب التهيؤ للمواجهة[b]	.	Introduire

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,599[a]	,358	,343	14,74797

a. Prédicteurs : (Constante), درجة الألم, المواجهة الاستباقية من جانب التهيؤ للمواجهة

ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	9957,216	2	4978,608	22,890	,000[b]
	Résidu	17835,223	82	217,503		
	Total	27792,439	84			

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Prédicteurs : (Constante), درجة الألم, المواجهة الاستباقية من جانب التهيؤ للمواجهة

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	51,887	16,619		3,122	,002
	المواجهة الاستباقية من جانب التهيؤ للمواجهة	,552	,327	,226	1,686	,096
	درجة الألم	-3,244	1,058	-,410	-3,066	,003

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

توسط الالم للعلاقة بين التأمل للمواجهة ونوعية الحياة

Variables introduites/éliminées[a]

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	المواجهة الاستباقية من جانب التأمل للمواجهة[b]	.	Introduire

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,541[a]	,293	,284	15,38926

a. Prédicteurs : (Constante), المواجهة الاستباقية من جانب التأمل للمواجهة

ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	8135,612	1	8135,612	34,352	,000[b]
	Résidu	19656,827	83	236,829		
	Total	27792,439	84			

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Prédicteurs : (Constante), المواجهة الاستباقية من جانب التأمل للمواجهة

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	4,323	8,832		,490	,626
	المواجهة الاستباقية من جانب التأمل للمواجهة	1,909	,326	,541	5,861	,000

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Régression

Variables introduites/éliminées[a]

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	المواجهة الاستباقية من جانب التأمل للمواجهة[b]	.	Introduire

a. Variable dépendante : درجة الألم

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,698[a]	,488	,482	1,657

a. Prédicteurs : (Constante), المواجهة الاستباقية من جانب التأمل للمواجهة

ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	216,941	1	216,941	79,040	,000[b]
	Résidu	227,811	83	2,745		
	Total	444,753	84			

a. Variable dépendante : درجة الألم

b. Prédicteurs : (Constante), المواجهة الاستباقية من جانب التأمل للمواجهة

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	13,524	,951		14,224	,000
	المواجهة الاستباقية من جانب التأمل للمواجهة	-,312	,035	-,698	-8,890	,000

a. Variable dépendante : درجة الألم

Régression

Variables introduites/éliminées[a]

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	درجة الألم, المواجهة الاستباقية من جانب التأمل للمواجهة[b]	.	Introduire

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,610[a]	,372	,357	14,58664

a. Prédicteurs : (Constante), درجة الألم, المواجهة الاستباقية من جانب التأمل للمواجهة

ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	10345,291	2	5172,645	24,311	,000[b]
	Résidu	17447,148	82	212,770		
	Total	27792,439	84			

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Prédicteurs : (Constante), درجة الألم, المواجهة الاستباقية من جانب التأمل للمواجهة

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	46,442	15,521		2,992	,004
	المواجهة الاستباقية من جانب التأمل للمواجهة	,938	,431	,266	2,175	,033
	درجة الألم	-3,114	,966	-,394	-3,223	,002

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

توسط الالم للعلاقة بين التحطيط الاستراتيجي ونوعية الحياة

Variables introduites/éliminées[a]

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	المواجهة الاستباقية من جانب التخطيط الاستراتيجي[b]	.	Introduire

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,534[a]	,285	,277	15,47102

a. Prédicteurs : (Constante), المواجهة الاستباقية من جانب التخطيط الاستراتيجي

ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	7926,197	1	7926,197	33,115	,000[b]
	Résidu	19866,242	83	239,352		
	Total	27792,439	84			

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Prédicteurs : (Constante), المواجهة الاستباقية من جانب التخطيط الاستراتيجي

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	10,672	7,910		1,349	,181
	المواجهة الاستباقية من جانب التخطيط الاستراتيجي	3,870	,672	,534	5,755	,000

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Régression

Variables introduites/éliminées[a]

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	المواجهة الاستباقية من جانب التخطيط الاستراتيجي[b]	.	Introduire

a. Variable dépendante : درجة الألم

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,654[a]	,428	,421	1,751

a. Prédicteurs : (Constante), المواجهة الاستباقية من جانب التخطيط الاستراتيجي

ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	190,337	1	190,337	62,095	,000[b]
	Résidu	254,416	83	3,065		
	Total	444,753	84			

a. Variable dépendante : درجة الألم

b. Prédicteurs : (Constante), المواجهة الاستباقية من جانب التخطيط الاستراتيجي

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	12,117	,895		13,536	,000
	المواجهة الاستباقية من جانب التخطيط الاستراتيجي	-,600	,076	-,654	-7,880	,000

a. Variable dépendante : درجة الألم

Régression

Variables introduites/éliminées[a]

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	درجة الألم, المواجهة الاستباقية من جانب التخطيط الاستراتيجي[b]	.	Introduire

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,615[a]	,378	,363	14,52039

a. Prédicteurs : (Constante), درجة الألم, المواجهة الاستباقية من جانب التخطيط الاستراتيجي

ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	10503,416	2	5251,708	24,908	,000[b]
	Résidu	17289,023	82	210,842		
	Total	27792,439	84			

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Prédicteurs : (Constante), درجة الألم, المواجهة الاستباقية من جانب التخطيط الاستراتيجي

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	49,236	13,296		3,703	,000
	المواجهة الاستباقية من جانب التخطيط الاستراتيجي	1,961	,835	,271	2,350	,021
	درجة الألم	-3,183	,910	-,403	-3,496	,001

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

توسط الالم للعلاقة بين المواجهة الوقائية ونوعية الحياة

Variables introduites/éliminées[a]

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	المواجهة الاستباقية من جانب المواجهة الوقائية[b]	.	Introduire

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,497[a]	,247	,238	15,87966

a. Prédicteurs : (Constante), المواجهة الاستباقية من جانب المواجهة الوقائية

ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	6862,852	1	6862,852	27,216	,000[b]
	Résidu	20929,587	83	252,164		
	Total	27792,439	84			

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Prédicteurs : (Constante), المواجهة الاستباقية من جانب المواجهة الوقائية

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés		
		B	Erreur standard	Bêta	t	Sig.
1	(Constante)	16,132	7,676		2,102	,039
	المواجهة الاستباقية من جانب المواجهة الوقائية	1,964	,376	,497	5,217	,000

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Régression

Variables introduites/éliminées[a]

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	المواجهة الاستباقية من جانب المواجهة الوقائية[b]	.	Introduire

a. Variable dépendante : درجة الألم

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,732[a]	,536	,531	1,576

a. Prédicteurs : (Constante), المواجهة الاستباقية من جانب المواجهة الوقائية

ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	238,543	1	238,543	96,014	,000[b]
	Résidu	206,210	83	2,484		
	Total	444,753	84			

a. Variable dépendante : درجة الألم

b. Prédicteurs : (Constante), المواجهة الاستباقية من جانب المواجهة الوقائية

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	12,499	,762		16,405	,000
	المواجهة الاستباقية من جانب المواجهة الوقائية	-,366	,037	-,732	-9,799	,000

a. Variable dépendante : درجة الألم

Régression

Variables introduites/éliminées[a]

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	درجة الألم, المواجهة الاستباقية من جانب المواجهة الوقائية[b]	.	Introduire

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,589[a]	,347	,331	14,87320

a. Prédicteurs : (Constante), درجة الألم, المواجهة الاستباقية من جانب المواجهة الوقائية

ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	9653,042	2	4826,521	21,819	,000[b]
	Résidu	18139,397	82	221,212		
	Total	27792,439	84			

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Prédicteurs : (Constante), درجة الألم, المواجهة الاستباقية من جانب المواجهة الوقائية

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	62,107	14,808		4,194	,000
	المواجهة الاستباقية من جانب المواجهة الوقائية	,617	,518	,156	1,192	,237
	درجة الألم	-3,678	1,036	-,465	-3,552	,001

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

توسط الالم للعلاقة بين االدعم الوسيلس ونوعية الحياة

Variables introduites/éliminées[a]

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوسيلي[b]	.	Introduire

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,452[a]	,204	,194	16,32662

a. Prédicteurs : (Constante), المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوسيلي

ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	5668,088	1	5668,088	21,264	,000[b]
	Résidu	22124,351	83	266,558		
	Total	27792,439	84			

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Prédicteurs : (Constante), المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوسيلي

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	19,515	7,929		2,461	,016
	المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوسيلي	1,724	,374	,452	4,611	,000

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Régression

Variables introduites/éliminées[a]

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوسيلي[b]	.	Introduire

a. Variable dépendante : درجة الألم

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,640[a]	,410	,403	1,778

a. Prédicteurs : (Constante), المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوسيلي

ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	182,399	1	182,399	57,705	,000[b]
	Résidu	262,354	83	3,161		
	Total	444,753	84			

a. Variable dépendante : درجة الألم

b. Prédicteurs : (Constante), المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوسيلي

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	11,617	,863		13,454	,000
	المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوسيلي	-,309	,041	-,640	-7,596	,000

a. Variable dépendante : درجة الألم

Régression

Variables introduites/éliminées[a]

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	درجة الألم, المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوسيلي[b]	.	Introduire

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,589[a]	,347	,331	14,87720

a. Prédicteurs : (Constante), درجة الألم, المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوسيلي

ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	9643,282	2	4821,641	21,785	,000[b]
	Résidu	18149,157	82	221,331		
	Total	27792,439	84			

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Prédicteurs : (Constante), درجة الألم, المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوسيلي

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	64,733	12,886		5,024	,000
	المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوسيلي	,520	,444	,136	1,173	,244
	درجة الألم	-3,893	,918	-,492	-4,238	,000

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

توسط الالم للعلاقة بين الدعم الوجداني ونوعية الحياة

Variables introduites/éliminées[a]

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوجداني[b]	.	Introduire

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,405[a]	,164	,154	16,73343

a. Prédicteurs : (Constante), المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوجداني

ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	4551,813	1	4551,813	16,256	,000[b]
	Résidu	23240,626	83	280,008		
	Total	27792,439	84			

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Prédicteurs : (Constante), المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوجداني

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	27,642	7,061		3,915	,000
	المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوجداني	2,807	,696	,405	4,032	,000

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Régression

Variables introduites/éliminées[a]

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوجداني[b]	.	Introduire

a. Variable dépendante : درجة الألم

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,657[a]	,432	,425	1,744

a. Prédicteurs : (Constante), المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوجداني

ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	192,213	1	192,213	63,173	,000[b]
	Résidu	252,540	83	3,043		
	Total	444,753	84			

a. Variable dépendante : درجة الألم

b. Prédicteurs : (Constante), المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوجداني

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	10,877	,736		14,778	,000
	المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوجداني	-,577	,073	-,657	-7,948	,000

a. Variable dépendante : درجة الألم

Régression

Variables introduites/éliminées[a]

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	درجة الألم, المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوجداني[b]	.	Introduire

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,581[a]	,337	,321	14,99034

a. Prédicteurs : (Constante), درجة الألم, المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوجداني

ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	9366,199	2	4683,099	20,841	,000[b]
	Résidu	18426,240	82	224,710		
	Total	27792,439	84			

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Prédicteurs : (Constante), درجة الألم, المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوجداني

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	75,133	12,053		6,234	,000
	المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوجداني	,288	,828	,042	,349	,728
	درجة الألم	-4,366	,943	-,552	-4,629	,000

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

تأثير مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات المواجهة في علاقتهما بنوعية الحياة

Régression

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart type	N
درجة نوعية الحياة عامة	55,1532	18,18962	85
مصدر الضبط الداخلي	20,33	5,339	85
المواجهة الاستباقية من جانب التهيؤ للمواجهة	36,64	7,440	85

Corrélations

		درجة نوعية الحياة عامة	مصدر الضبط الداخلي	المواجهة الاستباقية من جانب التهيؤ للمواجهة
Corrélation de Pearson	درجة نوعية الحياة عامة	1,000	,556	,534
	مصدر الضبط الداخلي	,556	1,000	,655
	المواجهة الاستباقية من جانب التهيؤ للمواجهة	,534	,655	1,000
Sig. (unilatéral)	درجة نوعية الحياة عامة	.	,000	,000
	مصدر الضبط الداخلي	,000	.	,000
	المواجهة الاستباقية من جانب التهيؤ للمواجهة	,000	,000	.
N	درجة نوعية الحياة عامة	85	85	85
	مصدر الضبط الداخلي	85	85	85
	المواجهة الاستباقية من جانب التهيؤ للمواجهة	85	85	85

Variables introduites/éliminées[a]

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	المواجهة الاستباقية من جانب التهيؤ للمواجهة, مصدر الضبط الداخلي[b]	.	Introduire

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,599[a]	,359	,343	14,73877

a. Prédicteurs : (Constante), المواجهة الاستباقية من جانب التهيؤ للمواجهة, مصدر الضبط الداخلي

ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	9979,461	2	4989,731	22,970	,000[b]
	Résidu	17812,978	82	217,231		
	Total	27792,439	84			

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Prédicteurs : (Constante), المواجهة الاستباقية من جانب التهيؤ للمواجهة, مصدر الضبط الداخلي

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.	Corrélations		
		B	Erreur standard	Bêta			Corrélation simple	Partielle	Partielle
1	(Constante)	3,546	8,173		,434	,666			
	مصدر الضبط الداخلي	1,230	,399	,361	3,085	,003	,556	,322	,273
	المواجهة الاستباقية من جانب التهيؤ للمواجهة	,726	,286	,297	2,539	,013	,534	,270	,224

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Régression

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart type	N
درجة نوعية الحياة عامة	55,1532	18,18962	85
مصدر الضبط الداخلي	20,33	5,339	85
المواجهة الاستباقية من جانب التأمل للمواجهة	26,62	5,155	85

Corrélations

		درجة نوعية الحياة عامة	مصدر الضبط الداخلي	المواجهة الاستباقية من جانب التأمل للمواجهة
Corrélation de Pearson	درجة نوعية الحياة عامة	1,000	,556	,541
	مصدر الضبط الداخلي	,556	1,000	,575
	المواجهة الاستباقية من جانب التأمل للمواجهة	,541	,575	1,000
Sig. (unilatéral)	درجة نوعية الحياة عامة	.	,000	,000
	مصدر الضبط الداخلي	,000	.	,000
	المواجهة الاستباقية من جانب التأمل للمواجهة	,000	,000	.
N	درجة نوعية الحياة عامة	85	85	85
	مصدر الضبط الداخلي	85	85	85
	المواجهة الاستباقية من جانب التأمل للمواجهة	85	85	85

Variables introduites/éliminées[a]

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	المواجهة الاستباقية من جانب التأمل للمواجهة, مصدر الضبط الداخلي[b]	.	Introduire

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,618[a]	,382	,367	14,47246

a. Prédicteurs : (Constante), المواجهة الاستباقية من جانب التأمل للمواجهة, مصدر الضبط الداخلي

ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	10617,374	2	5308,687	25,346	,000[b]
	Résidu	17175,065	82	209,452		
	Total	27792,439	84			

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Prédicteurs : (Constante), المواجهة الاستباقية من جانب التأمل للمواجهة, مصدر الضبط الداخلي

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.	Corrélations		
		B	Erreur standard	Bêta			Corrélation simple	Partielle	Partielle
1	(Constante)	-1,239	8,461		-,146	,884			
	مصدر الضبط الداخلي	1,244	,361	,365	3,442	,001	,556	,355	,299
	المواجهة الاستباقية من جانب التأمل للمواجهة	1,168	,374	,331	3,119	,003	,541	,326	,271

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Régression

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart type	N
درجة نوعية الحياة عامة	55,1532	18,18962	85
مصدر الضبط الداخلي	20,33	5,339	85
المواجهة الاستباقية من جانب التخطيط الاستراتيجي	11,49	2,510	85

Corrélations

		درجة نوعية الحياة عامة	مصدر الضبط الداخلي	المواجهة الاستباقية من جانب التخطيط الاستراتيجي
Corrélation de Pearson	درجة نوعية الحياة عامة	1,000	,556	,534
	مصدر الضبط الداخلي	,556	1,000	,605
	المواجهة الاستباقية من جانب التخطيط الاستراتيجي	,534	,605	1,000
Sig. (unilatéral)	درجة نوعية الحياة عامة	.	,000	,000
	مصدر الضبط الداخلي	,000	.	,000
	المواجهة الاستباقية من جانب التخطيط الاستراتيجي	,000	,000	.
N	درجة نوعية الحياة عامة	85	85	85
	مصدر الضبط الداخلي	85	85	85
	المواجهة الاستباقية من جانب التخطيط الاستراتيجي	85	85	85

Variables introduites/éliminées[a]

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	المواجهة الاستباقية من جانب التخطيط الاستراتيجي, مصدر الضبط[b]	.	Introduire

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,609[a]	,370	,355	14,60722

a. Prédicteurs : (Constante), المواجهة الاستباقية من جانب التخطيط الاستراتيجي, مصدر الضبط الداخلي

ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	10296,021	2	5148,011	24,127	,000[b]
	Résidu	17496,418	82	213,371		
	Total	27792,439	84			

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Prédicteurs : (Constante), المواجهة الاستباقية من جانب التخطيط الاستراتيجي, مصدر الضبط الداخلي

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.	Corrélations		
		B	Erreur standard	Bêta			Corrélation simple	Partielle	Partielle
1	(Constante)	3,755	7,751		,484	,629			
	مصدر الضبط الداخلي	1,249	,375	,367	3,333	,001	,556	,345	,292
	المواجهة الاستباقية من جانب التخطيط الاستراتيجي	2,262	,797	,312	2,836	,006	,534	,299	,249

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Régression

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart type	N
درجة نوعية الحياة عامة	55,1532	18,18962	85
مصدر الضبط الداخلي	20,33	5,339	85
المواجهة الاستباقية من جانب المواجهة الوقائية	19,87	4,603	85

Corrélations

		درجة نوعية الحياة عامة	مصدر الضبط الداخلي	المواجهة الاستباقية من جانب المواجهة الوقائية
Corrélation de Pearson	درجة نوعية الحياة عامة	1,000	,556	,497
	مصدر الضبط الداخلي	,556	1,000	,658
	المواجهة الاستباقية من جانب المواجهة الوقائية	,497	,658	1,000
Sig. (unilatéral)	درجة نوعية الحياة عامة	.	,000	,000
	مصدر الضبط الداخلي	,000	.	,000
	المواجهة الاستباقية من جانب المواجهة الوقائية	,000	,000	.
N	درجة نوعية الحياة عامة	85	85	85
	مصدر الضبط الداخلي	85	85	85
	المواجهة الاستباقية من جانب المواجهة الوقائية	85	85	85

Variables introduites/éliminées[a]

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	المواجهة الاستباقية من جانب المواجهة الوقائية, مصدر الضبط الداخلي[b]	.	Introduire

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,582[a]	,339	,323	14,96565

a. Prédicteurs : (Constante), المواجهة الاستباقية من جانب المواجهة الوقائية, مصدر الضبط الداخلي

ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	9426,848	2	4713,424	21,045	,000[b]
	Résidu	18365,591	82	223,971		
	Total	27792,439	84			

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Prédicteurs : (Constante), المواجهة الاستباقية من جانب المواجهة الوقائية, مصدر الضبط الداخلي

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.	Corrélations		
		B	Erreur standard	Bêta			Corrélation simple	Partielle	Partielle
1	(Constante)	9,030	7,532		1,199	,234			
	مصدر الضبط الداخلي	1,374	,406	,403	3,383	,001	,556	,350	,304
	المواجهة الاستباقية من جانب المواجهة الوقائية	,916	,471	,232	1,945	,055	,497	,210	,175

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Régression

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart type	N
درجة نوعية الحياة عامة	55,1532	18,18962	85
مصدر الضبط الداخلي	20,33	5,339	85
المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوسيلي	20,67	4,764	85

Corrélations

		درجة نوعية الحياة عامة	مصدر الضبط الداخلي	المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوسيلي
Corrélation de Pearson	درجة نوعية الحياة عامة	1,000	,556	,452
	مصدر الضبط الداخلي	,556	1,000	,508
	المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوسيلي	,452	,508	1,000
Sig. (unilatéral)	درجة نوعية الحياة عامة	.	,000	,000
	مصدر الضبط الداخلي	,000	.	,000
	المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوسيلي	,000	,000	.
N	درجة نوعية الحياة عامة	85	85	85
	مصدر الضبط الداخلي	85	85	85
	المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوسيلي	85	85	85

Variables introduites/éliminées[a]

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوسيلي, مصدر الضبط الداخلي[b]	.	Introduire

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,589[a]	,347	,331	14,87357

a. Prédicteurs : (Constante), المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوسيلي, مصدر الضبط الداخلي

ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	9652,144	2	4826,072	21,815	,000[b]
	Résidu	18140,295	82	221,223		
	Total	27792,439	84			

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Prédicteurs : (Constante), المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوسيلي, مصدر الضبط الداخلي

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.	Corrélations		
		B	Erreur standard	Bêta			Corrélation simple	Partielle	Partielle
1	(Constante)	6,703	7,829		,856	,394			
	مصدر الضبط الداخلي	1,498	,353	,440	4,244	,000	,556	,424	,379
	المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوسيلي	,871	,396	,228	2,202	,030	,452	,236	,196

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Régression

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart type	N
درجة نوعية الحياة عامة	55,1532	18,18962	85
مصدر الضبط الداخلي	20,33	5,339	85
المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوجداني	9,80	2,622	85

Corrélations

		درجة نوعية الحياة عامة	مصدر الضبط الداخلي	المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوجداني
Corrélation de Pearson	درجة نوعية الحياة عامة	1,000	,556	,405
	مصدر الضبط الداخلي	,556	1,000	,613
	المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوجداني	,405	,613	1,000
Sig. (unilatéral)	درجة نوعية الحياة عامة	.	,000	,000
	مصدر الضبط الداخلي	,000	.	,000
	المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوجداني	,000	,000	.
N	درجة نوعية الحياة عامة	85	85	85
	مصدر الضبط الداخلي	85	85	85
	المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوجداني	85	85	85

Variables introduites/éliminées[a]

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوجداني, مصدر الضبط الداخلي[b]	.	Introduire

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,562[a]	,315	,299	15,23356

a. Prédicteurs : (Constante), المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوجداني, مصدر الضبط الداخلي

ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	8763,417	2	4381,709	18,882	,000[b]
	Résidu	19029,022	82	232,061		
	Total	27792,439	84			

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Prédicteurs : (Constante), المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوجداني, مصدر الضبط الداخلي

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés			Corrélations		
		B	Erreur standard	Bêta	t	Sig.	Corrélation simple	Partielle	Partielle
1	(Constante)	14,045	7,177		1,957	,054			
	مصدر الضبط الداخلي	1,678	,394	,493	4,260	,000	,556	,426	,389
	المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوجداني	,714	,802	,103	,890	,376	,405	,098	,081

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Régression

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart type	N
درجة نوعية الحياة عامة	55,1532	18,18962	85
مصدر الضبط الداخلي	20,33	5,339	85
المواجهة الاستباقية من جانب تجنب المواجهة	5,16	1,446	85

Corrélations

		درجة نوعية الحياة عامة	مصدر الضبط الداخلي	المواجهة الاستباقية من جانب تجنب المواجهة
Corrélation de Pearson	درجة نوعية الحياة عامة	1,000	,556	,009
	مصدر الضبط الداخلي	,556	1,000	,184
	المواجهة الاستباقية من جانب تجنب المواجهة	,009	,184	1,000
Sig. (unilatéral)	درجة نوعية الحياة عامة	.	,000	,466
	مصدر الضبط الداخلي	,000	.	,046
	المواجهة الاستباقية من جانب تجنب المواجهة	,466	,046	.
N	درجة نوعية الحياة عامة	85	85	85
	مصدر الضبط الداخلي	85	85	85
	المواجهة الاستباقية من جانب تجنب المواجهة	85	85	85

Variables introduites/éliminées[a]

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	المواجهة الاستباقية من جانب تجنب المواجهة, مصدر الضبط الداخلي[b]	.	Introduire

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,564[a]	,318	,301	15,20761

a. Prédicteurs : (Constante), المواجهة الاستباقية من جانب تجنب المواجهة, مصدر الضبط الداخلي

ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	8828,178	2	4414,089	19,086	,000[b]
	Résidu	18964,261	82	231,271		
	Total	27792,439	84			

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Prédicteurs : (Constante), المواجهة الاستباقية من جانب تجنب المواجهة, مصدر الضبط الداخلي

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.	Corrélations		
		B	Erreur standard	Bêta			Corrélation simple	Partielle	Partielle
1	(Constante)	21,698	8,131		2,669	,009			
	مصدر الضبط الداخلي	1,953	,316	,573	6,178	,000	,556	,564	,564
	المواجهة الاستباقية من جانب تجنب المواجهة	-1,210	1,167	-,096	-1,037	,303	,009	-,114	-,095

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Régression

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart type	N
درجة نوعية الحياة عامة	55,1532	18,18962	85
مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)	20,67	4,779	85
المواجهة الاستباقية من جانب التهيؤ للمواجهة	36,64	7,440	85

Corrélations

		درجة نوعية الحياة عامة	مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)	المواجهة الاستباقية من جانب التهيؤ للمواجهة
Corrélation de Pearson	درجة نوعية الحياة عامة	1,000	-,294	,534
	مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)	-,294	1,000	-,383
	المواجهة الاستباقية من جانب التهيؤ للمواجهة	,534	-,383	1,000
Sig. (unilatéral)	درجة نوعية الحياة عامة	.	,003	,000
	مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)	,003	.	,000
	المواجهة الاستباقية من جانب التهيؤ للمواجهة	,000	,000	.
N	درجة نوعية الحياة عامة	85	85	85
	مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)	85	85	85
	المواجهة الاستباقية من جانب التهيؤ للمواجهة	85	85	85

Variables introduites/éliminées[a]

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	المواجهة الاستباقية من جانب التهيؤ للمواجهة, مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)[b]	.	Introduire

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,542[a]	,294	,277	15,46858

a. Prédicteurs : (Constante), المواجهة الاستباقية من جانب التهيؤ للمواجهة, مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)

ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	8171,719	2	4085,859	17,076	,000[b]
	Résidu	19620,720	82	239,277		
	Total	27792,439	84			

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Prédicteurs : (Constante), المواجهة الاستباقية من جانب التهيؤ للمواجهة, مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés			Corrélations		
		B	Erreur standard	Bêta	t	Sig.	Corrélation simple	Partielle	Partielle
1	(Constante)	19,178	14,166		1,354	,180			
	مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)	-,398	,382	-,105	-1,041	,301	-,294	-,114	-,097
	المواجهة الاستباقية من جانب التهيؤ للمواجهة	1,207	,246	,494	4,913	,000	,534	,477	,456

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Régression

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart type	N
درجة نوعية الحياة عامة	55,1532	18,18962	85
مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)	20,67	4,779	85
المواجهة الاستباقية من جانب التأمل للمواجهة	26,62	5,155	85

Corrélations

		درجة نوعية الحياة عامة	مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)	المواجهة الاستباقية من جانب التأمل للمواجهة
Corrélation de Pearson	درجة نوعية الحياة عامة	1,000	-,294	,541
	مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)	-,294	1,000	-,205
	المواجهة الاستباقية من جانب التأمل للمواجهة	,541	-,205	1,000
Sig. (unilatéral)	درجة نوعية الحياة عامة	.	,003	,000
	مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)	,003	.	,030
	المواجهة الاستباقية من جانب التأمل للمواجهة	,000	,030	.
N	درجة نوعية الحياة عامة	85	85	85
	مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)	85	85	85
	المواجهة الاستباقية من جانب التأمل للمواجهة	85	85	85

Variables introduites/éliminées[a]

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	المواجهة الاستباقية من جانب التأمل للمواجهة, مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)[b]	.	Introduire

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,572[a]	,328	,311	15,09686

a. Prédicteurs : (Constante), (المواجهة الاستباقية من جانب التأمل للمواجهة, مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين

ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	9103,390	2	4551,695	19,971	,000[b]
	Résidu	18689,049	82	227,915		
	Total	27792,439	84			

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Prédicteurs : (Constante), (المواجهة الاستباقية من جانب التأمل للمواجهة, مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.	Corrélations		
		B	Erreur standard	Bêta			Corrélation simple	Partielle	Partielle
1	(Constante)	22,997	12,537		1,834	,070			
	مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)	-,726	,352	-,191	-2,061	,043	-,294	-,222	-,187
	المواجهة الاستباقية من جانب التأمل للمواجهة	1,771	,326	,502	5,425	,000	,541	,514	,491

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Régression

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart type	N
درجة نوعية الحياة عامة	55,1532	18,18962	85
مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)	20,67	4,779	85
المواجهة الاستباقية من جانب التخطيط الاستراتيجي	11,49	2,510	85

Corrélations

		درجة نوعية الحياة عامة	مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)	المواجهة الاستباقية من جانب التخطيط الاستراتيجي
Corrélation de Pearson	درجة نوعية الحياة عامة	1,000	-,294	,534
	مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)	-,294	1,000	-,248
	المواجهة الاستباقية من جانب التخطيط الاستراتيجي	,534	-,248	1,000
Sig. (unilatéral)	درجة نوعية الحياة عامة	.	,003	,000
	مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)	,003	.	,011
	المواجهة الاستباقية من جانب التخطيط الاستراتيجي	,000	,011	.
N	درجة نوعية الحياة عامة	85	85	85
	مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)	85	85	85
	المواجهة الاستباقية من جانب التخطيط الاستراتيجي	85	85	85

Variables introduites/éliminées[a]

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	المواجهة الاستباقية من جانب التخطيط الاستراتيجي, مصدر الضبط الخارجي (نفوذ[b]	.	Introduire

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,559[a]	,313	,296	15,26113

a. Prédicteurs : (Constante), المواجهة الاستباقية من جانب التخطيط الاستراتيجي, مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)

ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	8694,464	2	4347,232	18,665	,000[b]
	Résidu	19097,975	82	232,902		
	Total	27792,439	84			

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Prédicteurs : (Constante), المواجهة الاستباقية من جانب التخطيط الاستراتيجي, مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.	Corrélations		
		B	Erreur standard	Bêta			Corrélation simple	Partielle	Partielle
1	(Constante)	27,723	12,207		2,271	,026			
	مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)	-,653	,360	-,172	-1,816	,073	-,294	-,197	-,166
	المواجهة الاستباقية من جانب التخطيط الاستراتيجي	3,561	,685	,491	5,200	,000	,534	,498	,476

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Régression

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart type	N
درجة نوعية الحياة عامة	55,1532	18,18962	85
مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)	20,67	4,779	85
المواجهة الاستباقية من جانب المواجهة الوقائية	19,87	4,603	85

Corrélations

		درجة نوعية الحياة عامة	مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)	المواجهة الاستباقية من جانب المواجهة الوقائية
Corrélation de Pearson	درجة نوعية الحياة عامة	1,000	-,294	,497
	مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)	-,294	1,000	-,396
	المواجهة الاستباقية من جانب المواجهة الوقائية	,497	-,396	1,000
Sig. (unilatéral)	درجة نوعية الحياة عامة	.	,003	,000
	مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)	,003	.	,000
	المواجهة الاستباقية من جانب المواجهة الوقائية	,000	,000	.
N	درجة نوعية الحياة عامة	85	85	85
	مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)	85	85	85
	المواجهة الاستباقية من جانب المواجهة الوقائية	85	85	85

Variables introduites/éliminées[a]

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	المواجهة الاستباقية من جانب المواجهة الوقائية, مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)[b]	.	Introduire

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,508[a]	,258	,240	15,85828

a. Prédicteurs : (Constante), (المواجهة الاستباقية من جانب المواجهة الوقائية, مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين

ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	7170,663	2	3585,332	14,257	,000[b]
	Résidu	20621,776	82	251,485		
	Total	27792,439	84			

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Prédicteurs : (Constante), (المواجهة الاستباقية من جانب المواجهة الوقائية, مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.	Corrélations		
		B	Erreur standard	Bêta			Corrélation simple	Partielle	Partielle
1	(Constante)	28,719	13,719		2,093	,039			
	مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)	-,436	,394	-,115	-1,106	,272	-,294	-,121	-,105
	المواجهة الاستباقية من جانب المواجهة الوقائية	1,784	,409	,451	4,357	,000	,497	,434	,414

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Régression

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart type	N
درجة نوعية الحياة عامة	55,1532	18,18962	85
مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)	20,67	4,779	85
المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوسيلي	20,67	4,764	85

Corrélations

		درجة نوعية الحياة عامة	مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)	المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوسيلي
Corrélation de Pearson	درجة نوعية الحياة عامة	1,000	-,294	,452
	مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)	-,294	1,000	-,255
	المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوسيلي	,452	-,255	1,000
Sig. (unilatéral)	درجة نوعية الحياة عامة	.	,003	,000
	مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)	,003	.	,009
	المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوسيلي	,000	,009	.
N	درجة نوعية الحياة عامة	85	85	85
	مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)	85	85	85
	المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوسيلي	85	85	85

Variables introduites/éliminées[a]

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوسيلي, مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)[b]	.	Introduire

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,488[a]	,238	,219	16,07010

a. Prédicteurs : (Constante), المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوسيلي, مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)

ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	6616,093	2	3308,047	12,810	,000[b]
	Résidu	21176,346	82	258,248		
	Total	27792,439	84			

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Prédicteurs : (Constante), المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوسيلي, مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.	Corrélations		
		B	Erreur standard	Bêta			Corrélation simple	Partielle	Partielle
1	(Constante)	38,379	12,564		3,055	,003			
	مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)	-,727	,379	-,191	-1,916	,059	-,294	-,207	-,185
	المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوسيلي	1,538	,381	,403	4,042	,000	,452	,408	,390

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Régression

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart type	N
درجة نوعية الحياة عامة	55,1532	18,18962	85
مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)	20,67	4,779	85
المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوجداني	9,80	2,622	85

Corrélations

		درجة نوعية الحياة عامة	مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)	المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوجداني
Corrélation de Pearson	درجة نوعية الحياة عامة	1,000	-,294	,405
	مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)	-,294	1,000	-,244
	المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوجداني	,405	-,244	1,000
Sig. (unilatéral)	درجة نوعية الحياة عامة	.	,003	,000
	مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)	,003	.	,012
	المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوجداني	,000	,012	.
N	درجة نوعية الحياة عامة	85	85	85
	مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)	85	85	85
	المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوجداني	85	85	85

Variables introduites/éliminées[a]

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوجداني, مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)[b]	.	Introduire

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,452[a]	,204	,185	16,42321

a. Prédicteurs : (Constante), المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوجداني, مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)

ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	5675,238	2	2837,619	10,521	,000[b]
	Résidu	22117,201	82	269,722		
	Total	27792,439	84			

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Prédicteurs : (Constante), المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوجداني, مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.	Corrélations		
		B	Erreur standard	Bêta			Corrélation simple	Partielle	Partielle
1	(Constante)	47,386	11,900		3,982	,000			
	مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)	-,789	,387	-,207	-2,041	,044	-,294	-,220	-,201
	المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوجداني	2,457	,705	,354	3,487	,001	,405	,359	,343

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Régression

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart type	N
درجة نوعية الحياة عامة	55,1532	18,18962	85
مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)	20,67	4,779	85
المواجهة الاستباقية من جانب تجنب المواجهة	5,16	1,446	85

Corrélations

		درجة نوعية الحياة عامة	مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)	المواجهة الاستباقية من جانب تجنب المواجهة
Corrélation de Pearson	درجة نوعية الحياة عامة	1,000	-,294	,009
	مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)	-,294	1,000	-,164
	المواجهة الاستباقية من جانب تجنب المواجهة	,009	-,164	1,000
Sig. (unilatéral)	درجة نوعية الحياة عامة	.	,003	,466
	مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)	,003	.	,066
	المواجهة الاستباقية من جانب تجنب المواجهة	,466	,066	.
N	درجة نوعية الحياة عامة	85	85	85
	مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)	85	85	85
	المواجهة الاستباقية من جانب تجنب المواجهة	85	85	85

Variables introduites/éliminées[a]

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	المواجهة الاستباقية من جانب تجنب المواجهة, مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)[b]	.	Introduire

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,296[a]	,088	,066	17,58357

a. Prédicteurs : (Constante), المواجهة الاستباقية من جانب تجنب المواجهة, مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)

ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	2439,522	2	1219,761	3,945	,023[b]
	Résidu	25352,917	82	309,182		
	Total	27792,439	84			

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Prédicteurs : (Constante), (المواجهة الاستباقية من جانب تجنب المواجهة, مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.	Corrélations		
		B	Erreur standard	Bêta			Corrélation simple	Partielle	Partielle
1	(Constante)	81,369	11,909		6,832	,000			
	مصدر الضبط الخارجي (نفوذ اخرين)	-1,143	,407	-,300	-2,808	,006	-,294	-,296	-,296
	المواجهة الاستباقية من جانب تجنب المواجهة	-,503	1,345	-,040	-,374	,709	,009	-,041	-,039

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Régression

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart type	N
درجة نوعية الحياة عامة	55,1532	18,18962	85
مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	16,94	5,632	85
المواجهة الاستباقية من جانب التهيؤ للمواجهة	36,64	7,440	85

Corrélations

		درجة نوعية الحياة عامة	مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	المواجهة الاستباقية من جانب التهيؤ للمواجهة
Corrélation de Pearson	درجة نوعية الحياة عامة	1,000	-,477	,534
	مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	-,477	1,000	-,518
	المواجهة الاستباقية من جانب التهيؤ للمواجهة	,534	-,518	1,000
Sig. (unilatéral)	درجة نوعية الحياة عامة	.	,000	,000
	مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	,000	.	,000
	المواجهة الاستباقية من جانب التهيؤ للمواجهة	,000	,000	.
N	درجة نوعية الحياة عامة	85	85	85
	مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	85	85	85
	المواجهة الاستباقية من جانب التهيؤ للمواجهة	85	85	85

Variables introduites/éliminées[a]

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	المواجهة الاستباقية من جانب التهيؤ للمواجهة, مصدر الضبط الخارجي (الحظ)[b]	.	Introduire

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,583[a]	,340	,324	14,96030

a. Prédicteurs : (Constante), (المواجهة الاستباقية من جانب التهيؤ للمواجهة, مصدر الضبط الخارجي (الحظ

ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	9439,974	2	4719,987	21,089	,000[b]
	Résidu	18352,465	82	223,811		
	Total	27792,439	84			

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Prédicteurs : (Constante), (المواجهة الاستباقية من جانب التهيؤ للمواجهة, مصدر الضبط الخارجي (الحظ

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.	Corrélations		
		B	Erreur standard	Bêta			Corrélation simple	Partielle	Partielle
1	(Constante)	35,056	13,401		2,616	,011			
	مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	-,885	,339	-,274	-2,613	,011	-,477	-,277	-,234
	المواجهة الاستباقية من جانب التهيؤ للمواجهة	,958	,256	,392	3,735	,000	,534	,381	,335

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Régression

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart type	N
درجة نوعية الحياة عامة	55,1532	18,18962	85
مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	16,94	5,632	85
المواجهة الاستباقية من جانب التأمل للمواجهة	26,62	5,155	85

Corrélations

		درجة نوعية الحياة عامة	مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	المواجهة الاستباقية من جانب التأمل للمواجهة
Corrélation de Pearson	درجة نوعية الحياة عامة	1,000	-,477	,541
	مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	-,477	1,000	-,487
	المواجهة الاستباقية من جانب التأمل للمواجهة	,541	-,487	1,000
Sig. (unilatéral)	درجة نوعية الحياة عامة	.	,000	,000
	مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	,000	.	,000
	المواجهة الاستباقية من جانب التأمل للمواجهة	,000	,000	.
N	درجة نوعية الحياة عامة	85	85	85
	مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	85	85	85
	المواجهة الاستباقية من جانب التأمل للمواجهة	85	85	85

Variables introduites/éliminées[a]

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	المواجهة الاستباقية من جانب التأمل للمواجهة, مصدر الضبط الخارجي (الحظ)[b]	.	Introduire

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,594[a]	,352	,336	14,81708

a. Prédicteurs : (Constante), المواجهة الاستباقية من جانب التأمل للمواجهة, مصدر الضبط الخارجي (الحظ)

ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	9789,672	2	4894,836	22,295	,000[b]
	Résidu	18002,767	82	219,546		
	Total	27792,439	84			

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Prédicteurs : (Constante), مصدر الضبط الخارجي (الحظ), (المواجهة الاستباقية من جانب التأمل للمواجهة

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.	Corrélations		
		B	Erreur standard	Bêta			Corrélation simple	Partielle	Partielle
1	(Constante)	32,407	13,304		2,436	,017			
	مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	-,902	,329	-,279	-2,745	,007	-,477	-,290	-,244
	المواجهة الاستباقية من جانب التأمل للمواجهة	1,429	,359	,405	3,977	,000	,541	,402	,353

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Régression

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart type	N
درجة نوعية الحياة عامة	55,1532	18,18962	85
مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	16,94	5,632	85
المواجهة الاستباقية من جانب التخطيط الاستراتيجي	11,49	2,510	85

Corrélations

		درجة نوعية الحياة عامة	مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	المواجهة الاستباقية من جانب التخطيط الاستراتيجي
Corrélation de Pearson	درجة نوعية الحياة عامة	1,000	-,477	,534
	مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	-,477	1,000	-,473
	المواجهة الاستباقية من جانب التخطيط الاستراتيجي	,534	-,473	1,000
Sig. (unilatéral)	درجة نوعية الحياة عامة	.	,000	,000
	مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	,000	.	,000
	المواجهة الاستباقية من جانب التخطيط الاستراتيجي	,000	,000	.
N	درجة نوعية الحياة عامة	85	85	85
	مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	85	85	85
	المواجهة الاستباقية من جانب التخطيط الاستراتيجي	85	85	85

Variables introduites/éliminées[a]

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	المواجهة الاستباقية من جانب التخطيط الاستراتيجي, مصدر الضبط الخارجي (الحظ)[b]	.	Introduire

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,592[a]	,350	,334	14,84317

a. Prédicteurs : (Constante), المواجهة الاستباقية من جانب التخطيط الاستراتيجي, مصدر الضبط الخارجي (الحظ)

ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	9726,227	2	4863,114	22,073	,000[b]
	Résidu	18066,212	82	220,320		
	Total	27792,439	84			

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Prédicteurs : (Constante), المواجهة الاستباقية من جانب التخطيط الاستراتيجي, مصدر الضبط الخارجي (الحظ)

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.	Corrélations		
		B	Erreur standard	Bêta			Corrélation simple	Partielle	Partielle
1	(Constante)	37,849	12,165		3,111	,003			
	مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	-,933	,326	-,289	-2,858	,005	-,477	-,301	-,254
	المواجهة الاستباقية من جانب التخطيط الاستراتيجي	2,880	,732	,397	3,934	,000	,534	,398	,350

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Régression

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart type	N
درجة نوعية الحياة عامة	55,1532	18,18962	85
مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	16,94	5,632	85
المواجهة الاستباقية من جانب المواجهة الوقائية	19,87	4,603	85

Corrélations

		درجة نوعية الحياة عامة	مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	المواجهة الاستباقية من جانب المواجهة الوقائية
Corrélation de Pearson	درجة نوعية الحياة عامة	1,000	-,477	,497
	مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	-,477	1,000	-,473
	المواجهة الاستباقية من جانب المواجهة الوقائية	,497	-,473	1,000
Sig. (unilatéral)	درجة نوعية الحياة عامة	.	,000	,000
	مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	,000	.	,000
	المواجهة الاستباقية من جانب المواجهة الوقائية	,000	,000	.
N	درجة نوعية الحياة عامة	85	85	85
	مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	85	85	85
	المواجهة الاستباقية من جانب المواجهة الوقائية	85	85	85

Variables introduites/éliminées[a]

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	المواجهة الاستباقية من جانب المواجهة الوقائية, مصدر الضبط الخارجي (الحظ)[b]	.	Introduire

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,568[a]	,322	,306	15,15639

a. Prédicteurs : (Constante), المواجهة الاستباقية من جانب المواجهة الوقائية, مصدر الضبط الخارجي (الحظ)

ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	8955,707	2	4477,854	19,493	,000[b]
	Résidu	18836,732	82	229,716		
	Total	27792,439	84			

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Prédicteurs : (Constante), مصدر الضبط الخارجي (الحظ), (المواجهة الاستباقية من جانب المواجهة الوقائية

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.	Corrélations		
		B	Erreur standard	Bêta			Corrélation simple	Partielle	Partielle
1	(Constante)	44,733	11,978		3,735	,000			
	مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	-1,006	,333	-,311	-3,018	,003	-,477	-,316	-,274
	المواجهة الاستباقية من جانب المواجهة الوقائية	1,382	,408	,350	3,389	,001	,497	,351	,308

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Régression

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart type	N
درجة نوعية الحياة عامة	55,1532	18,18962	85
مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	16,94	5,632	85
المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوسيلي	20,67	4,764	85

Corrélations

		درجة نوعية الحياة عامة	مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوسيلي
Corrélation de Pearson	درجة نوعية الحياة عامة	1,000	-,477	,452
	مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	-,477	1,000	-,387
	المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوسيلي	,452	-,387	1,000
Sig. (unilatéral)	درجة نوعية الحياة عامة	.	,000	,000
	مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	,000	.	,000
	المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوسيلي	,000	,000	.
N	درجة نوعية الحياة عامة	85	85	85
	مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	85	85	85
	المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوسيلي	85	85	85

Variables introduites/éliminées[a]

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوسيلي, مصدر الضبط الخارجي (الحظ)[b]	.	Introduire

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,558[a]	,311	,294	15,27844

a. Prédicteurs : (Constante), (الحظ) مصدر الضبط الخارجي, عن الدعم الوسيلي من جانب البحث (المواجهة الاستباقية

ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	8651,112	2	4325,556	18,530	,000[b]
	Résidu	19141,327	82	233,431		
	Total	27792,439	84			

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Prédicteurs : (Constante), (الحظ) مصدر الضبط الخارجي, عن الدعم الوسيلي من جانب البحث (المواجهة الاستباقية

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.	Corrélations		
		B	Erreur standard	Bêta			Corrélation simple	Partielle	Partielle
1	(Constante)	49,792	11,260		4,422	,000			
	مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	-1,147	,321	-,355	-3,575	,001	-,477	-,367	-,328
	المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوسيلي	1,200	,379	,314	3,162	,002	,452	,330	,290

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Régression

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart type	N
درجة نوعية الحياة عامة	55,1532	18,18962	85
مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	16,94	5,632	85
المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوجداني	9,80	2,622	85

Corrélations

		درجة نوعية الحياة عامة	مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوجداني
Corrélation de Pearson	درجة نوعية الحياة عامة	1,000	-,477	,405
	مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	-,477	1,000	-,504
	المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوجداني	,405	-,504	1,000
Sig. (unilatéral)	درجة نوعية الحياة عامة	.	,000	,000
	مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	,000	.	,000
	المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوجداني	,000	,000	.
N	درجة نوعية الحياة عامة	85	85	85
	مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	85	85	85
	المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوجداني	85	85	85

Variables introduites/éliminées[a]

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوجداني, مصدر الضبط الخارجي (الحظ)[b]	.	Introduire

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,513[a]	,264	,246	15,79872

a. Prédicteurs : (Constante), المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوجداني, مصدر الضبط الخارجي (الحظ)

ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	7325,271	2	3662,635	14,674	,000[b]
	Résidu	20467,168	82	249,600		
	Total	27792,439	84			

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Prédicteurs : (Constante), مصدر الضبط الخارجي (الحظ), (المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوجداني

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.	Corrélations		
		B	Erreur standard	Bêta			Corrélation simple	Partielle	Partielle
1	(Constante)	60,174	11,819		5,091	,000			
	مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	-1,181	,354	-,366	-3,333	,001	-,477	-,345	-,316
	المواجهة الاستباقية من جانب البحث عن الدعم الوجداني	1,529	,761	,220	2,010	,048	,405	,217	,190

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

Régression

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart type	N
درجة نوعية الحياة عامة	55,1532	18,18962	85
مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	16,94	5,632	85
المواجهة الاستباقية من جانب تجنب المواجهة	5,16	1,446	85

Corrélations

		درجة نوعية الحياة عامة	مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	المواجهة الاستباقية من جانب تجنب المواجهة
Corrélation de Pearson	درجة نوعية الحياة عامة	1,000	-,477	,009
	مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	-,477	1,000	-,230
	المواجهة الاستباقية من جانب تجنب المواجهة	,009	-,230	1,000
Sig. (unilatéral)	درجة نوعية الحياة عامة	.	,000	,466
	مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	,000	.	,017
	المواجهة الاستباقية من جانب تجنب المواجهة	,466	,017	.
N	درجة نوعية الحياة عامة	85	85	85
	مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	85	85	85
	المواجهة الاستباقية من جانب تجنب المواجهة	85	85	85

Variables introduites/éliminées[a]

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	المواجهة الاستباقية من جانب تجنب المواجهة, مصدر الضبط الخارجي (الحظ)[b]	.	Introduire

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,488[a]	,238	,219	16,07169

a. Prédicteurs : (Constante), (الحظ) مصدر الضبط الخارجي, المواجهة الاستباقية من جانب تجنب المواجهة)

ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	6611,906	2	3305,953	12,799	,000[b]
	Résidu	21180,533	82	258,299		
	Total	27792,439	84			

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

b. Prédicteurs : (Constante), (الحظ) مصدر الضبط الخارجي, المواجهة الاستباقية من جانب تجنب المواجهة)

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.	Corrélations		
		B	Erreur standard	Bêta			Corrélation simple	Partielle	Partielle
1	(Constante)	89,440	9,478		9,437	,000			
	مصدر الضبط الخارجي (الحظ)	-1,618	,320	-,501	-5,059	,000	-,477	-,488	-,488
	المواجهة الاستباقية من جانب تجنب المواجهة	-1,331	1,246	-,106	-1,068	,289	,009	-,117	-,103

a. Variable dépendante : درجة نوعية الحياة عامة

ملحق رقم (08)
الخصائص السيكومترية للمقاييس

الخصائص السيكومترية لمياس المواجهة الاستباقية

صدق الاتساق الداخلي

البعد 1 : التهيؤ للمواجهة

Corrélations

		1	تهيؤ1
1	Corrélation de Pearson	1	,546**
	Sig. (bilatérale)		,002
	N	30	30
تهيؤ1	Corrélation de Pearson	,546**	1
	Sig. (bilatérale)	,002	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		2	تهيؤ2
2	Corrélation de Pearson	1	,451*
	Sig. (bilatérale)		,012
	N	30	30
تهيؤ2	Corrélation de Pearson	,451*	1
	Sig. (bilatérale)	,012	
	N	30	30

*. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

Corrélations

		3	تهيؤ3
3	Corrélation de Pearson	1	,537**
	Sig. (bilatérale)		,002
	N	30	30
تهيؤ3	Corrélation de Pearson	,537**	1
	Sig. (bilatérale)	,002	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		4	تهيؤ4
4	Corrélation de Pearson	1	,724**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	30	30
تهيؤ4	Corrélation de Pearson	,724**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		5	تهيؤ5
5	Corrélation de Pearson	1	,517**
	Sig. (bilatérale)		,003
	N	30	30
تهيؤ5	Corrélation de Pearson	,517**	1
	Sig. (bilatérale)	,003	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		6	تهيؤ6
6	Corrélation de Pearson	1	,661**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	30	30
تهيؤ6	Corrélation de Pearson	,661**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		7	تهيؤ7
7	Corrélation de Pearson	1	,572**
	Sig. (bilatérale)		,001
	N	30	30
تهيؤ7	Corrélation de Pearson	,572**	1
	Sig. (bilatérale)	,001	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		8	تهيؤ8
8	Corrélation de Pearson	1	,529**
	Sig. (bilatérale)		,003
	N	30	30
تهيؤ8	Corrélation de Pearson	,529**	1
	Sig. (bilatérale)	,003	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		9	تهيؤ9
9	Corrélation de Pearson	1	,543**
	Sig. (bilatérale)		,002
	N	30	30
تهيؤ9	Corrélation de Pearson	,543**	1
	Sig. (bilatérale)	,002	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		10	تهيؤ10
10	Corrélation de Pearson	1	,589**
	Sig. (bilatérale)		,001
	N	30	30
تهيؤ10	Corrélation de Pearson	,589**	1
	Sig. (bilatérale)	,001	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		11	تهيؤ11
11	Corrélation de Pearson	1	,387*
	Sig. (bilatérale)		,035
	N	30	30
تهيؤ11	Corrélation de Pearson	,387*	1
	Sig. (bilatérale)	,035	
	N	30	30

*. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

Corrélations

		12	تهيؤ12
12	Corrélation de Pearson	1	,737**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	30	30
تهيؤ12	Corrélation de Pearson	,737**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		13	تهيؤ13
13	Corrélation de Pearson	1	,502**
	Sig. (bilatérale)		,005
	N	30	30
تهيؤ13	Corrélation de Pearson	,502**	1
	Sig. (bilatérale)	,005	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		14	تهيؤ14
14	Corrélation de Pearson	1	,381*
	Sig. (bilatérale)		,038
	N	30	30
تهيؤ14	Corrélation de Pearson	,381*	1
	Sig. (bilatérale)	,038	
	N	30	30

*. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

البعد 2 : التأمل للمواجهة

Corrélations

		2	تأمل2
2	Corrélation de Pearson	1	,362*
	Sig. (bilatérale)		,050
	N	30	30
تأمل2	Corrélation de Pearson	,362*	1
	Sig. (bilatérale)	,050	
	N	30	30

*. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

Corrélations

		3	تأمل3
3	Corrélation de Pearson	1	,639**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	30	30
تأمل3	Corrélation de Pearson	,639**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		4	تأمل4
4	Corrélation de Pearson	1	,627**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	30	30
تأمل4	Corrélation de Pearson	,627**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		5	تأمل5
5	Corrélation de Pearson	1	,574**
	Sig. (bilatérale)		,001
	N	30	30
تأمل5	Corrélation de Pearson	,574**	1
	Sig. (bilatérale)	,001	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		6	تأمل6
6	Corrélation de Pearson	1	,683**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	30	30
تأمل6	Corrélation de Pearson	,683**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		7	تأمل7
7	Corrélation de Pearson	1	,318
	Sig. (bilatérale)		,087
	N	30	30
تأمل7	Corrélation de Pearson	,318	1
	Sig. (bilatérale)	,087	
	N	30	30

Corrélations

		8	تأمل8
8	Corrélation de Pearson	1	,545**
	Sig. (bilatérale)		,002
	N	30	30
تأمل8	Corrélation de Pearson	,545**	1
	Sig. (bilatérale)	,002	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		9	تأمل9
9	Corrélation de Pearson	1	,561**
	Sig. (bilatérale)		,001
	N	30	30
تأمل9	Corrélation de Pearson	,561**	1
	Sig. (bilatérale)	,001	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		10	تأمل10
10	Corrélation de Pearson	1	,617**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	30	30
تأمل10	Corrélation de Pearson	,617**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		11	تأمل11
11	Corrélation de Pearson	1	,702**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	30	30
تأمل11	Corrélation de Pearson	,702**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		1	تأمل1
1	Corrélation de Pearson	1	,559**
	Sig. (bilatérale)		,002
	N	30	30
تأمل1	Corrélation de Pearson	,559**	1
	Sig. (bilatérale)	,002	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

البعد 3 : التخطيط الاستراتيجي

Corrélations

		1	تحطيط1
1	Corrélation de Pearson	1	,556**
	Sig. (bilatérale)		,001
	N	30	30
تحطيط1	Corrélation de Pearson	,556**	1
	Sig. (bilatérale)	,001	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		2	تخطيط2
2	Corrélation de Pearson	1	,603**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	30	30
تخطيط2	Corrélation de Pearson	,603**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		3	تخطيط3
3	Corrélation de Pearson	1	,732**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	30	30
تخطيط3	Corrélation de Pearson	,732**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		4	تخطيط4
4	Corrélation de Pearson	1	,585**
	Sig. (bilatérale)		,001
	N	30	30
تخطيط4	Corrélation de Pearson	,585**	1
	Sig. (bilatérale)	,001	
	N	30	31

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

البعد 4 : امواجهة الوقائية

Corrélations

		1	وقائية1
1	Corrélation de Pearson	1	,086
	Sig. (bilatérale)		,652
	N	30	30
وقائية1	Corrélation de Pearson	,086	1
	Sig. (bilatérale)	,652	
	N	30	30

Corrélations

		3	وقائية3
3	Corrélation de Pearson	1	,418*
	Sig. (bilatérale)		,021
	N	30	30
وقائية3	Corrélation de Pearson	,418*	1
	Sig. (bilatérale)	,021	
	N	30	30

*. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

Corrélations

		4	وقائية4
4	Corrélation de Pearson	1	,607**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	30	30
وقائية4	Corrélation de Pearson	,607**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		5	وقائية5
5	Corrélation de Pearson	1	,613**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	30	30
وقائية5	Corrélation de Pearson	,613**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		6	وقائية6
6	Corrélation de Pearson	1	,481**
	Sig. (bilatérale)		,007
	N	30	30
وقائية6	Corrélation de Pearson	,481**	1
	Sig. (bilatérale)	,007	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		8	وقائية8
8	Corrélation de Pearson	1	,187
	Sig. (bilatérale)		,322
	N	30	30
وقائية8	Corrélation de Pearson	,187	1
	Sig. (bilatérale)	,322	
	N	30	30

Corrélations

		9	وقائية9
9	Corrélation de Pearson	1	,512**
	Sig. (bilatérale)		,004
	N	30	30
وقائية9	Corrélation de Pearson	,512**	1
	Sig. (bilatérale)	,004	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		10	وقائية10
10	Corrélation de Pearson	1	,697**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	30	30
وقائية10	Corrélation de Pearson	,697**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		2	وقائية2
2	Corrélation de Pearson	1	,388*
	Sig. (bilatérale)		,035
	N	30	30
وقائية2	Corrélation de Pearson	,388*	1
	Sig. (bilatérale)	,035	
	N	30	30

*. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

Corrélations

		7	وقائية7
7	Corrélation de Pearson	1	,391*
	Sig. (bilatérale)		,030
	N	30	30
وقائية7	Corrélation de Pearson	,391*	1
	Sig. (bilatérale)	,030	
	N	30	30

*. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

البعد 5 : البحث عن الدعم الوسيلي

Corrélations

		1	وسيلي1
1	Corrélation de Pearson	1	,499**
	Sig. (bilatérale)		,005
	N	30	30
وسيلي1	Corrélation de Pearson	,499**	1
	Sig. (bilatérale)	,005	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		2	وسيلي2
2	Corrélation de Pearson	1	,433*
	Sig. (bilatérale)		,017
	N	30	30
وسيلي2	Corrélation de Pearson	,433*	1
	Sig. (bilatérale)	,017	
	N	30	30

*. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

Corrélations

		3	وسيلي3
3	Corrélation de Pearson	1	,410*
	Sig. (bilatérale)		,024
	N	30	30
وسيلي3	Corrélation de Pearson	,410*	1
	Sig. (bilatérale)	,024	
	N	30	30

*. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

Corrélations

		4	وسيلي4
4	Corrélation de Pearson	1	,377*
	Sig. (bilatérale)		,040
	N	30	30
وسيلي4	Corrélation de Pearson	,377*	1
	Sig. (bilatérale)	,040	
	N	30	30

*. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

Corrélations

		5	وسيلي5
5	Corrélation de Pearson	1	,525**
	Sig. (bilatérale)		,003
	N	30	30
وسيلي5	Corrélation de Pearson	,525**	1
	Sig. (bilatérale)	,003	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		6	وسيلي6
6	Corrélation de Pearson	1	,374*
	Sig. (bilatérale)		,042
	N	30	30
وسيلي6	Corrélation de Pearson	,374*	1
	Sig. (bilatérale)	,042	
	N	30	30

*. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

Corrélations

		7	وسيلي7
7	Corrélation de Pearson	1	,600**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	30	30
وسيلي7	Corrélation de Pearson	,600**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		8	وسيلي8
8	Corrélation de Pearson	1	,806**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	30	30
وسيلي8	Corrélation de Pearson	,806**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

البعد 6 : البحث عن الدعم الوجداني

Corrélations

		1	وجداني1
1	Corrélation de Pearson	1	,403*
	Sig. (bilatérale)		,030
	N	30	30
وجداني1	Corrélation de Pearson	,403*	1
	Sig. (bilatérale)	,030	
	N	30	30

*. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

Corrélations

		2	وجداني2
2	Corrélation de Pearson	1	,061
	Sig. (bilatérale)		,747
	N	30	30
وجداني2	Corrélation de Pearson	,061	1
	Sig. (bilatérale)	,747	
	N	30	30

Corrélations

		3	وجداني3
3	Corrélation de Pearson	1	,428*
	Sig. (bilatérale)		,018
	N	30	30
وجداني3	Corrélation de Pearson	,428*	1
	Sig. (bilatérale)	,018	
	N	30	30

*. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

Corrélations

		4	وجداني4
4	Corrélation de Pearson	1	,630**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	30	30
وجداني4	Corrélation de Pearson	,630**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		5	وجداني5
5	Corrélation de Pearson	1	,362*
	Sig. (bilatérale)		,049
	N	30	30
وجداني5	Corrélation de Pearson	,362*	1
	Sig. (bilatérale)	,049	
	N	30	30

*. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

البعد 7 : تجنب المواجهة

Corrélations

		1	تجنب1
1	Corrélation de Pearson	1	,389*
	Sig. (bilatérale)		,034
	N	30	30
تجنب1	Corrélation de Pearson	,389*	1
	Sig. (bilatérale)	,034	
	N	30	30

*. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

Corrélations

		2	تجنب2
2	Corrélation de Pearson	1	,469**
	Sig. (bilatérale)		,009
	N	30	30
تجنب2	Corrélation de Pearson	,469**	1
	Sig. (bilatérale)	,009	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		3	تجنب3
3	Corrélation de Pearson	1	,107
	Sig. (bilatérale)		,575
	N	30	30
تجنب3	Corrélation de Pearson	,107	1
	Sig. (bilatérale)	,575	
	N	30	30

تابع للخصائص السيكومترية لمقياس المواجهة الاستباقية

Fiabilité

ثبات الاتساق الداخلي

البعد1 : التهيؤ للمواجهة

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,878	14

Fiabilité

البعد 2 : التامل للمواجهة

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,856	10

Fiabilité

البعد 3 : التخطيط الاستراتيجي

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,797	4

Fiabilité

البعد 4 : المواجهة الوقائية

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,754	8

Fiabilité

البعد 5 : البحث عن الدعو الوسيلي

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,794	8

Fiabilité

البعد 6 : البحث عن الدعم الوجداني

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,673	4

Fiabilité

البعد 7 : اتجنب المواجهة

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,799	2

الخصائص السيكومترية لسلم الالم

ثبات الاستقرار

[Jeu_de_données1]

Corrélations

		التطبيق الاول لسلم الالم	التطبيق الثاني لسلم الالم
التطبيق الاول لسلم الالم	Corrélation de Pearson	1	,924**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	30	30
التطبيق الثاني لسلم الالم	Corrélation de Pearson	,924**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

الصدق التمييزي

Test T

Statistiques de groupe

	نوع الفئة	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
ترتيب درجات الالم	الفئة العليا	8	7,5000	1,19523	,42258
	الفئة الدنيا	8	2,7500	,46291	,16366

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
									Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Inférieur	Supérieur
ترتيب درجات الالم	Hypothèse de variances égales	9,211	,009	10,48	14	,000	4,75000	,45316	3,77806	5,72194
	Hypothèse de variances inégales			10,48	9,054	,000	4,75000	,45316	3,72580	5,77420

الخصائص السيكومترية لمقياس مركز الضبط الصحي

صدق الاتساق الداخلي

البعد1 : مركز الضبط الصحي الداخلي

Corrélations

		1	داخلي1
1	Corrélation de Pearson	1	,485**
	Sig. (bilatérale)		,007
	N	30	30
داخلي1	Corrélation de Pearson	,485**	1
	Sig. (bilatérale)	,007	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		2	داخلي2
2	Corrélation de Pearson	1	,517**
	Sig. (bilatérale)		,003
	N	30	30
داخلي2	Corrélation de Pearson	,517**	1
	Sig. (bilatérale)	,003	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		3	داخلي3
3	Corrélation de Pearson	1	,501**
	Sig. (bilatérale)		,005
	N	30	30
داخلي3	Corrélation de Pearson	,501**	1
	Sig. (bilatérale)	,005	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		4	داخلي4
4	Corrélation de Pearson	1	,665**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	30	30
داخلي4	Corrélation de Pearson	,665**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		5	داخلي5
5	Corrélation de Pearson	1	,724**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	30	30
داخلي5	Corrélation de Pearson	,724**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		6	داخلي6
6	Corrélation de Pearson	1	,700**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	30	30
داخلي6	Corrélation de Pearson	,700**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

البعد3 : مركز الضبط الصحي الحظ

Corrélations

		1	1حظ
1	Corrélation de Pearson	1	,395*
	Sig. (bilatérale)		,030
	N	30	30
1حظ	Corrélation de Pearson	,395*	1
	Sig. (bilatérale)	,030	
	N	30	30

*. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

Corrélations

		2	2حظ
2	Corrélation de Pearson	1	,402*
	Sig. (bilatérale)		,027
	N	30	30
2حظ	Corrélation de Pearson	,402*	1
	Sig. (bilatérale)	,027	
	N	30	30

*. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

Corrélations

		3	3حظ
3	Corrélation de Pearson	1	,520**
	Sig. (bilatérale)		,003
	N	30	30
3حظ	Corrélation de Pearson	,520**	1
	Sig. (bilatérale)	,003	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		4	4حظ
4	Corrélation de Pearson	1	,411*
	Sig. (bilatérale)		,027
	N	30	30
4حظ	Corrélation de Pearson	,411*	1
	Sig. (bilatérale)	,027	
	N	30	30

*. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

Corrélations

		5	حظ5
5	Corrélation de Pearson	1	,613**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	30	30
حظ5	Corrélation de Pearson	,613**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		6	حظ6
6	Corrélation de Pearson	1	,031
	Sig. (bilatérale)		,872
	N	30	30
حظ6	Corrélation de Pearson	,031	1
	Sig. (bilatérale)	,872	
	N	30	30

البعد 2 : نفوذ الاخرين

Corrélations

		1	نفوذ1
1	Corrélation de Pearson	1	,740**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	30	30
نفوذ1	Corrélation de Pearson	,740**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		2	نفوذ2
2	Corrélation de Pearson	1	,619**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	30	30
نفوذ2	Corrélation de Pearson	,619**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		3	نفوذ3
3	Corrélation de Pearson	1	,588**
	Sig. (bilatérale)		,001
	N	30	30
نفوذ3	Corrélation de Pearson	,588**	1
	Sig. (bilatérale)	,001	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		4	نفوذ4
4	Corrélation de Pearson	1	,680**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	30	30
نفوذ4	Corrélation de Pearson	,680**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		5	نفوذ5
5	Corrélation de Pearson	1	,729**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	30	30
نفوذ5	Corrélation de Pearson	,729**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		6	نفوذ6
6	Corrélation de Pearson	1	,756**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	30	30
نفوذ6	Corrélation de Pearson	,756**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Fiabilité

البعد الداخلي

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,817	6

Fiabilité

بعد الحظ قبل الحذف

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,645	6

Fiabilité

بعد الحظ بعد الحذف

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,721	5

Fiabilité

بعد نفوذ الاخرين

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,875	6

الخصائص السيكومترية لمقياس نوعية الحياة

صدق الاتساق الداخلي

البعد1 : التوظيف العضوي

Corrélations

		1	توظيف عضوي1
1	Corrélation de Pearson	1	,608**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	30	30
توظيف عضوي1	Corrélation de Pearson	,608**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		2	توظيف عضوي2
2	Corrélation de Pearson	1	,608**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	30	30
توظيف عضوي2	Corrélation de Pearson	,608**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

البعد2 : دور الجسم

Corrélations

		1	دور الجسم1
1	Corrélation de Pearson	1	,528**
	Sig. (bilatérale)		,003
	N	30	30
دور الجسم1	Corrélation de Pearson	,528**	1
	Sig. (bilatérale)	,003	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		2	دور الجسم2
2	Corrélation de Pearson	1	,528**
	Sig. (bilatérale)		,003
	N	30	30
دور الجسم2	Corrélation de Pearson	,528**	1
	Sig. (bilatérale)	,003	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

ارتباط بعد التوظيف العضوي بالصحة الجسمية

Corrélations

		درجة التوظيف العضوي المحولة	الصحة الجسمية المحولة1
درجة التوظيف العضوي المحولة	Corrélation de Pearson	1	,590**
	Sig. (bilatérale)		,001
	N	30	30
الصحة الجسمية المحولة1	Corrélation de Pearson	,590**	1
	Sig. (bilatérale)	,001	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

ارتباط بعد دور الجسم بالصحة الجسمية

Corrélations

		درجة دور الجسم المحولة	الصحة الجسمية المحولة2
درجة دور الجسم المحولة	Corrélation de Pearson	1	,463**
	Sig. (bilatérale)		,010
	N	30	30
الصحة الجسمية المحولة2	Corrélation de Pearson	,463**	1
	Sig. (bilatérale)	,010	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

ارتباط الالام الجسمية بالصحة الجسمية

Corrélations

		درجة الالام الجسمية المحولة	الصحة الجسمية المحولة3
درجة الالام الجسمية المحولة	Corrélation de Pearson	1	,752**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	30	30
الصحة الجسمية المحولة3	Corrélation de Pearson	,752**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

ارتباط بعد الصحة العامة بالصحة الجسمية

Corrélations

		درجة الصحة العامة المحولة	الصحة الجسمية المحولة4
درجة الصحة العامة المحولة	Corrélation de Pearson	1	,365*
	Sig. (bilatérale)		,047
	N	30	30
الصحة الجسمية المحولة4	Corrélation de Pearson	,365*	1
	Sig. (bilatérale)	,047	
	N	30	30

*. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

البعد 3 : الالام الجسمية

Corrélations

		1	الالام الجسمية
1	Corrélation de Pearson	1	1,000**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	30	30
الالام الجسمية	Corrélation de Pearson	1,000**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

البعد 5 : الحيوية

Corrélations

		1	الحيوية
1	Corrélation de Pearson	1	1,000**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	30	30
الحيوية	Corrélation de Pearson	1,000**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

البعد 7 : دور الانفعال

Corrélations

		1	دور الانفعال1
1	Corrélation de Pearson	1	,464**
	Sig. (bilatérale)		,010
	N	30	30
دور الانفعال1	Corrélation de Pearson	,464**	1
	Sig. (bilatérale)	,010	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		2	دور الانفعال2
2	Corrélation de Pearson	1	,464**
	Sig. (bilatérale)		,010
	N	30	30
دور الانفعال2	Corrélation de Pearson	,464**	1
	Sig. (bilatérale)	,010	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

البعد 8: الصحة العقلية

Corrélations

		1	الصحة العقلية1
1	Corrélation de Pearson	1	-,435*
	Sig. (bilatérale)		,016
	N	30	30
الصحة العقلية1	Corrélation de Pearson	-,435*	1
	Sig. (bilatérale)	,016	
	N	30	30

*. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

Corrélations

		2	الصحة العقلية2
2	Corrélation de Pearson	1	-,435*
	Sig. (bilatérale)		,016
	N	30	30
الصحة العقلية2	Corrélation de Pearson	-,435*	1
	Sig. (bilatérale)	,016	
	N	30	30

*. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

Corrélations

		1	2
1	Corrélation de Pearson	1	-,435*
	Sig. (bilatérale)		,016
	N	30	30
2	Corrélation de Pearson	-,435*	1
	Sig. (bilatérale)	,016	
	N	30	30

*. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

ارتباط البعد5 بالصحة العقلية

Corrélations

		درجة الحيوية المحولة	الصحة العقلية لمحولة1
درجة الحيوية المحولة	Corrélation de Pearson	1	-,128
	Sig. (bilatérale)		,501
	N	30	30
الصحة العقلية لمحولة1	Corrélation de Pearson	-,128	1
	Sig. (bilatérale)	,501	
	N	30	30

ارتباط البعد6 بالصحة العقلية

Corrélations

		درجة التوظيف الاجتماعي المحولة	الصحة العقلية المحولة2
درجة التوظيف الاجتماعي المحولة	Corrélation de Pearson	1	,469**
	Sig. (bilatérale)		,009
	N	30	30
الصحة العقلية المحولة2	Corrélation de Pearson	,469**	1
	Sig. (bilatérale)	,009	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

ارتباط البعد7 بالصحة العقلية

Corrélations

		درجة دور الانفعال لمحولة	الصحة العقلية المحولة3
درجة دور الانفعال لمحولة	Corrélation de Pearson	1	,655**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	30	30
الصحة العقلية المحولة3	Corrélation de Pearson	,655**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

ارتباط الصحة الجسمية بنوعية الحياة عامة

Corrélations

		درجة نوعية الحياة من جانب الصحة الجسمية المحولة	نوعية الحياة من جانب الصحة الجسمية
درجة نوعية الحياة من جانب الصحة الجسمية المحولة	Corrélation de Pearson	1	,411*
	Sig. (bilatérale)		,024
	N	30	30
نوعية الحياة من جانب الصحة الجسمية	Corrélation de Pearson	,411*	1
	Sig. (bilatérale)	,024	
	N	30	30

*. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

ارتباط الصحة العقلية بنوعية الحياة عامة

Corrélations

		درجة نوعية الحياة من جانب الصحة العقلية المحولة	نوعية الحياة من جانب الصحة العقلية
درجة نوعية الحياة من جانب الصحة العقلية المحولة	Corrélation de Pearson	1	,501**
	Sig. (bilatérale)		,005
	N	30	30
نوعية الحياة من جانب الصحة العقلية	Corrélation de Pearson	,501**	1
	Sig. (bilatérale)	,005	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

ثبات الاتساق الداخلي

الصحة الجسمية

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,740	4

Fiabilité

الصحة العقلية قبل حذف بند الحيوية

Echelle : ALL VARIABLES

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,452	4

Fiabilité

الصحة العقلية بعد حذف بند الحيوية

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,676	3

البعد الرابع : الصحة العامة

Corrélations

		1	الصحة العامة
1	Corrélation de Pearson	1	1,000**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	30	30
الصحة العامة	Corrélation de Pearson	1,000**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Corrélations

		1	التوظيف الاج
1	Corrélation de Pearson	1	1,000**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	30	30
التوظيف الاج	Corrélation de Pearson	1,000**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

ارتباط بعد الصحة العقلية بنوعية الحياة من جانب الصحة العقلية

Corrélations

		درجة الصحة االعقلية لمحولة	الصحة العقلية المحولة4
درجة الصحة االعقلية لمحولة	Corrélation de Pearson	1	,402*
	Sig. (bilatérale)		,027
	N	30	30
الصحة العقلية المحولة4	Corrélation de Pearson	,402*	1
	Sig. (bilatérale)	,027	
	N	30	30

*. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).