

جامعة أبو القاسم سعد الله "الجزائر2"

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

النمط السلوكي (ج) ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة  
عند مرضى سرطان الثدي وسرطان الرئة  
في ضوء بعض المتغيرات السوسيوديموغرافية

أطروحة لنيل شهادة دكتوراه العلوم تخصص علم النفس العيادي

إشراف الأستاذ الدكتور:

محمود بن خليفة

إعداد الطالبة:

مريم دايدي

السنة الجامعية: 2017 – 2018.

# الإهداء

إلى والدي، أبي وأمي أدامهما الله تاج فوق رأسي.

إلى زوجي الغالي المخلص دوما ونور قلبي لما تحمله من تعب وعناء محمد بن حسين.

وإلى أولادي ثمرة فؤادي والدم الذي يسري في شراييني: سلسبيل إيمان، أمين ويونس.

وكل إخوتي خصوصا أمال وفضلة، ولكل من ساعدني من قريب أو بعيد وأخص بالذكر مرضى

السرطان على تعاونهم والمشاركة في هذه الدراسة.

مريم دايمي

## شكر وعرفان

قال الله تعالى في سورة يوسف الآية (38): " ذلك من فضل الله علينا وعلى الناس ولكن أكثر الناس لا يشكرون". فنحمد الله تعالى وأشكره على أن منَّ عليَّ بنعمه ووفقني لانجاز هذا العمل المتواضع، وما توفيقى إلا بالله عليه توكلت وعليه فليتوكل المتوكلون.

وعرفانا مني بالجميل فأني أتقدم بخالص شكري وتقديري إلى أستاذي المحترم الدكتور محمود بن خليفة لقبوله الإشراف على رسالتي المتواضعة، والذي شملني برعايته ولم يبخل علي بنصح أو توجيه، وقد كان خير سد لي، فجزاه الله عني كل خير.

كما أتقدم بالشكر والتقدير إلى الأساتذة الذين تفضلوا بطيب نفس ورحابة صدر لقبولهم تحكيم أدوات الدراسة، ودون أن أنسى شكر المرضى بالسرطان من رجال ونساء الذين استجابوا بالموافقة في تطبيق أدوات الدراسة.

والشكر موصول أيضا إلى كل الأخصائيات النفسانيات بمركز مكافحة السرطان بالبليدة، وخصوصا الأخصائية النفسية " بوبحارة نبيلة" بمصلحة طب الأورام بالبليدة التي أمدتني بالمساعدة والتوجيه فلها مني كل التقدير والاحترام وجزاها الله كل خير، وكذا الأخصائية النفسية بمصلحة العلاج بالأشعة، دون أن أنسى الأخصائية النفسية بمستشفى مصطفى باشا التي ساعدتني كثيرا.

وأخيرا قدم بالشكر والتقدير إلى كل من مد لي يد العون والمساعدة وكان خير عون لي وخير سند حتى تمكنت من انجاز هذا الجهد المتواضع.

الباحثة/ مريم حايدي

الصفحة	الموضوع
	الجانب النظري للدراسة
	مقدمة.
	الفصل الأول التمهيدي
12	إشكالية الدراسة.
32	فرضيات الدراسة.
33	أهمية الدراسة.
34	التحديد الإجرائي لمتغيرات الدراسة.
34	أسباب اختيار الموضوع.
36	أهداف الدراسة.
37	صعوبات الدراسة.
	الفصل الثاني: السرطان
41	تمهيد.
43	أولاً: المقاربة الطبية لداء السرطان.
43	1- تعريف مرض السرطان (لغة واصطلاحاً).
44	2- انتشار السرطان.
45	3- تعريف الخلايا.
46	4- انقسام الخلايا.
47	5- أنواع الأورام (الحميدة والخبيثة).
48	6- السمات المميزة لمرض السرطان.
49	7- سرطان الثدي.
49	1.7 تركيب الثدي.
50	2.7 تعريف سرطان الثدي.
51	3.7 مراحل وأنواعه.
52	4.7 انتشار سرطان الثدي.
53	5.7 العوامل المسببة لسرطان الثدي.
56	6.7 أعراض مرض سرطان الثدي عند المرأة.
58	7.7 التشخيص.

58	8.7 العلاج.
60	8-سرطان الرئة.
60	1.8 تعريفه.
60	2.8 تشريح الرئة.
61	3.8 تشخيص وتصنيف الإصابة بسرطان الرئة.
63	4.8 أنواع سرطان الرئة.
64	5.8 انتشار سرطان الرئة.
68	6.8 أسباب الإصابة بسرطان الرئة.
69	7.8 أعراض الإصابة بسرطان الرئة.
72	ثانيا: المقاربة النفسية لمرض السرطان.
72	1-العوامل النفسية والأورام السرطانية.
74	2-السمات الشخصية لمرضى السرطان.
75	3-الآثار النفسية لمرض السرطان.
76	4-علاقة مريض السرطان بالطبيب والأخصائي النفسي.
77	5-الاضطرابات النفسية المرضية للسرطان.
78	1.5 اضطراب التكيف.
81	2.5 الحصر.
85	3.5 الاكتئاب.
92	4.5 الصدمة النفسية.
95	6-أزمة الهوية لدى المصابة بسرطان الثدي.
95	1.6 المقاربة العيادية لمشكل الهوية لدى المصابة.
97	2.6 تصدع الهوية وأهم الاضطرابات التي تظهر لدى المصابة.
98	1.2.6 اضطراب الصورة الجسدية لدى المصابة بسرطان الثدي.
101	2.2.6- الاضطرابات الجنسية لدى المصابة بسرطان الثدي.
104	3.6 العلاجات النفسية المستخدمة للتكفل بالمصابة.
110	4.6 تجارب المرضى من تشخيص وعلاج سرطان الثدي.
112	خلاصة الفصل.
	الفصل الثالث: النمط السلوكي (ج)

115	تمهيد.
117	1- نظرية الأنماط.
120	2- النمط السلوكي.
122	3- لمحة وجيزة عن أنواع الأنماط السلوكية الشائعة.
122	1.3 النمط السلوكي ( أ ).
122	2.3 النمط السلوكي ( ب ).
123	3.3 النمط السلوكي ( د ).
124	4- النمط السلوكي ( ج ).
130	خلاصة الفصل.
	<b>الفصل الرابع: نوعية الحياة المرتبطة بالصحة</b>
134	تمهيد.
137	1- تعريف نوعية الحياة .
143	2- مبادئ نوعية الحياة.
144	3- أبعاد نوعية الحياة.
147	4- مظاهر نوعية الحياة.
150	5- قياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة.
157	6- الأسباب الرئيسية لقياس نوعية الحياة.
161	7- النماذج النظرية المستخدمة في بحوث نوعية الحياة لمرضى السرطان..
162	8- نوعية حياة مرضى سرطان الثدي.
163	9- نوعية حياة مرضى سرطان الرئة.
164	10- العوامل المؤثرة على نوعية حياة مرضى سرطان الرئة.
165	11- نقاط نهاية علاج سرطان الرئة.
167	خلاصة الفصل.
	<b>الجانب التطبيقي لدراسة</b>
	<b>الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة</b>
170	تمهيد.
170	1- تحديد مكان وزمان إجراء الدراسة.
171	2- منهج الدراسة.

172	3- العينة.
172	❖ السن.
173	❖ المستوى الدراسي.
174	❖ الحالة المدنية.
174	❖ نوع مرض السرطان.
175	❖ نوع العلاج.
176	4- أدوات القياس.
176	1.4- استبيان النمط السلوكي (ج).
181	2.4- استبيان نوعية الحياة EORTC QLQ-C30 version 3.0 .
188	3.4- استبيان نوعية الحياة المحدد لسرطان الثدي -EORTC QLQ-BR-23.
190	4.4- استبيان نوعية الحياة المحدد لسرطان الرئة QLQ-LC13 .EORTC
192	5- ترجمة استبيانات نوعية الحياة.
192	6- كيفية التطبيق الميداني لاستبيان النمط السلوكي (ج) واستبيانات نوعية الحياة على مجموعة البحث.
194	7- التقنيات الإحصائية المستخدمة في تحليل البيانات.
	<b>الفصل السادس: عرض ومناقشة الفرضيات</b>
197	تمهيد
197	1- عرض ومناقشة الفرضية الجزئية الأولى
245	2- عرض ومناقشة الفرضية الجزئية الثانية
269	3- عرض ومناقشة الفرضية الجزئية الثالثة
294	4- عرض ومناقشة الفرضية الجزئية الرابعة
297	5- عرض ومناقشة الفرضية الجزئية الخامسة
302	6- عرض ومناقشة الفرضية الجزئية السادسة
305	7- عرض ومناقشة الفرضية الجزئية السابعة
307	8- عرض ومناقشة الفرضية الجزئية الثامنة
309	9- عرض ومناقشة الفرضية الجزئية التاسعة

310	10- عرض ومناقشة الفرضية الجزئية العاشرة
312	11- عرض ومناقشة الفرضية العامة
324	الاستنتاج العام
330	خاتمة
332	المراجع
	الملاحق

## فهرس الجدول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	مراحل الإصابة بسرطان الرئة ذو الخلايا غير الصغيرة.	63
02	شروع التدخين في الأقطار العربية نسبة إلى عدد السكان، وفق تسجيلات جمعية السرطان الأمريكية في التسعينات	66
03	أعداد الوفيات المسجلة بأمراض مرتبطة بالتدخين أو ناتجة عنه عام 1990.	67
04	المواد المسببة لسرطان الرئة.	69
05	الأعراض الرئيسية لسرطان الرئة ونسبة وجودها.	71
06	التعاريف الحالية لنوعية الحياة "QOL" حسب سنة النشر.	139
07	وصف الأدوات الأكثر شيوعاً لقياس نوعية حياة مرض سرطان الثدي.	154
08	التوزيع التكراري لسن العينة.	172
09	التوزيع التكراري للمستوى الدراسي للعينة.	173
10	التوزيع التكراري للحالة المدنية للعينة.	174
11	التوزيع التكراري لنوع مرض السرطان للعينة.	174
12	التوزيع التكراري لنوع العلاج للعينة.	175
13	قيمة ألفا كرونباخ في استبيان النمط السلوكي (ج).	178
14	صدق الاتساق الداخلي للبنود مع بعد الإدراكات الاكتئابية.	179
15	صدق الاتساق الداخلي للبنود مع بعد كبح الانفعالات.	179

180	صدق الاتساق الداخلي للبنود مع بعد الكف الاجتماعي.	16
181	ارتباط البعد بالدرجة الكلية لاستبيان النمط السلوكي (ج).	17
186	أبعاد استبيان QLQ-C30 version 3.0.	18
189	أبعاد استبيان نوعية الحياة المحدد لسرطان الثدي -EORTC QLQ-BR-23.	19
191	أبعاد استبيان سرطان الرئة QLQ-LC13.	20
197	التوزيع التكراري لشدة النمط السلوكي (ج) عند مجموعة البحث.	21
198	توزيع المتوسطات لقيم النمط السلوكي (ج).	22
198	اختبارات التوزيع الاعتدالي لقيم النمط السلوكي (ج).	23
199	قيم النزعة المركزية لأبعاد النمط السلوكي ج.	24
203	العلاقة الارتباطية للبند (17) والبند (20).	25
204	متوسطات الرتب للجنسين حسب البند 12.	26
204	اختبار الفروق Mann-Whitney للجنسين حسب البند 12 .	27
208	متوسطات الرتب بين مستويات الدراسة حسب البند 38.	28
208	اختبار Kruskal Wallis لمستويات الدراسة حسب البند 38.	29
210	متوسطات الرتب بين الجنس حسب البند 38.	30
210	اختبار Mann-Whitney للجنس حسب البند 38.	31
211	متوسطات الرتب بين الجنس حسب البنود 34، 39، 37.	32

212	اختبار Mann-Whitney للجنس حسب البنود 34، 39، 37.	33
213	متوسطات الرتب بين الحالة المدنية حسب البند 35.	34
213	اختبار Kruskal Wallis للحالة المدنية حسب البند 35.	35
219	العلاقة الارتباطية بين أبعاد النمط السلوكي ج.	36
222	متوسطات الجنسين حسب بعد الإدراكات الاكتئابية.	37
222	اختبار "ت" للجنسين حسب بعد الإدراكات الاكتئابية.	38
223	متوسطات الجنسين حسب بعد كبح الانفعالات.	39
223	اختبار "ت" للجنسين حسب بعد كبح الانفعالات.	40
224	متوسطات الجنسين حسب بعد الكف الاجتماعي.	41
225	اختبار "ت" للجنسين حسب بعد الكف الاجتماعي.	42
226	اختبار التجانس من الفروق لمجموعات الحالة المدنية حسب بعد الإدراكات الاكتئابية.	43
226	اختبار ANOVA لمجموعات الحالة المدنية حسب بعد الإدراكات الاكتئابية.	44
227	اختبار التجانس من الفروق لمجموعات الحالة المدنية حسب بعد كبح الانفعالات.	45
227	اختبار ANOVA لمجموعات الحالة المدنية حسب بعد كبح الانفعالات.	46
228	اختبار التجانس من الفروق لمجموعات الحالة المدنية حسب بعد الكف الاجتماعي.	47
228	اختبار ANOVA لمجموعات الحالة المدنية حسب بعد الكف الاجتماعي.	48

229	اختبار التجانس من الفروق لمجموعات نوع العلاج حسب بعد الادراكات الاكثائية.	49
229	اختبار ANOVA لمجموعات نوع العلاج حسب بعد الادراكات الاكثائية	50
230	الاختبار البعدي "Scheffé" لمجموعات نوع العلاج حسب بعد الادراكات الاكثائية.	51
230	متوسطات الرتب لمجموعات نوع العلاج حسب بعد الادراكات الاكثائية	52
231	اختبار التجانس من الفروق لمجموعات نوع العلاج حسب بعد كبح الانفعالات.	53
231	اختبار Kruskal Wallis لمجموعات نوع العلاج حسب بعد كبح الانفعالات.	54
232	متوسطات الرتب لمجموعات نوع العلاج حسب بعد كبح الانفعالات.	55
232	اختبار التجانس من الفروق لمجموعات نوع العلاج حسب بعد الكف الاجتماعي.	56
233	اختبار ANOVA لمجموعات نوع العلاج حسب بعد الكف الاجتماعي.	57
233	المتوسطات لنوع المرض حسب بعد الادراكات الاكثائية.	58
234	اختبار "ت" لنوع المرض حسب بعد الادراكات الاكثائية.	59
235	اختبار "ت" لنوع المرض حسب بعد كبح الانفعالات.	60
236	اختبار "ت" لنوع المرض حسب بعد الكف الاجتماعي.	61
237	معامل Pearson للعلاقة الارتباطية بين السن وبعد الادراكات الاكثائية.	62
238	معامل Pearson للعلاقة الارتباطية بين السن وبعد كبح الانفعالات	63
239	معامل Pearson للعلاقة الارتباطية بين السن وبعد الكف الاجتماعي	64
240	الاختبارات الطبيعية لأبعاد النمط السلوكي "ج" حسب المستوى الدراسي	65

241	ملخص اختبار فرضية الفروق في بعد الادراكات الاكتئابية حسب المستوى الدراسي.	66
241	ملخص اختبار فرضية الفروق في بعد كبح الانفعالات حسب المستوى الدراسي.	67
242	ملخص اختبار فرضية الفروق في بعد الكف الاجتماعي حسب المستوى الدراسي.	68
242	متوسطات الرتب لبعء الكف الاجتماعي حسب المستوى الدراسي.	69
244	معامل Spearman للعلاقة الارتباطية بين السن والمجموع.	70
245	وصف البيانات لنوعية الحياة عند مرضى سرطان الثدي.	71
249	معامل Pearson للعلاقة الارتباطية بين النشاط الجنسي BRSEF والتمتع الجنسي BRSEE.	72
251	معامل Spearman للعلاقة الارتباطية بين السن والنظرة المستقبلية BRFU.	73
253	معامل Spearman للعلاقة الارتباطية بين السن وصورة الجسم BRBI.	74
254	اختبار ANOVA لمجموعات الحالة المدنية حسب عرض صورة الجسم BRBI.	75
254	اختبار التجانس من الفروق لمجموعات الحالة المدنية تبعا لصورة الجسم BRBI.	76
256	معامل Spearman للعلاقة الارتباطية بين عرضي الأرق SL والأداء المعرفي CF.	77
257	معامل Spearman للعلاقة الارتباطية بين عرضي الأرق SL و الألم PA.	78
258	اختبار التجانس من الفروق لمجموعات الحالة المدنية تبعا للصعوبات المالية FI.	79
258	الاختبارات الطبيعية لمجموعات الحالة المدنية تبعا للصعوبات المالية FI.	80
260	اختبار Kruskal Wallis لمجموعات الحالة المدنية حسب عرض الصعوبات المالية FI.	81

261	اختبار التجانس من الفروق لعرض فقدان الشعر BRHL بين مجموعات نوع العلاج.	82
261	اختبارات التوزيع الاعتدالي لـ BRHL تبعا لنوع العلاج.	83
262	اختبار Kruskal Wallis لعرض الاستياء من فقدان الشعر BRHL تبعا لنوع العلاج.	84
262	اختبار Mann-Whitney للفروق في BRHL بين مجموعة العلاج الجراحي والعلاج الإشعاعي.	85
263	اختبار Mann-Whitney للفروق في BRHL بين مجموعة العلاج الجراحي والعلاج الكيميائي.	86
263	اختبار Mann-Whitney للفروق في BRHL بين مجموعة بين المجموعة العلاج الإشعاعي والكيميائي.	87
264	متوسطات الرتب بين مجموعتي BRHL تبعا لنوع العلاج الإشعاعي والكيميائي.	88
266	معامل Spearman للعلاقة الارتباطية بين السن والاستياء من فقدان الشعر BRHL .	89
267	اختبار التجانس من الفروق لمجموعات نوع العلاج تبعا لعرض الآثار الجانبية للعلاج بالأجهزة.	90
267	اختبار ANOVA لعرض الآثار الجانبية للعلاج بالأجهزة BRST تبعا لنوع العلاج.	91
269	وصف البيانات لنوعية الحياة عند مرضى سرطان الرئة.	92
272	معامل Spearman للعلاقة الارتباطية بين الأداء البدني PF2 والأداء الوظيفي RF2.	93
273	اختبارات التوزيع الاعتدالي للذكور والإناث في بعد الأداء البدني PF2 .	94
274	توزيع المتوسطات للذكور والإناث حسب الأداء البدني PF2 .	95
274	اختبار "ت" للأداء البدني PF2 حسب الجنسين.	96
275	اختبار التوزيع الطبيعي للجنس حسب الأداء الوظيفي RF2.	97

277	متوسطات الرتب للذكور والإناث حسب الأداء الوظيفي RF2 .	98
277	اختبار "Mann-Whitney" للأداء الوظيفي RF2 للجنسين.	99
278	اختبارات التوزيع الاعتدالي للجنسين حسب عرض التعب FA .	100
280	متوسطات رتب الجنسين حسب عرض التعب FA.	101
280	اختبار "Mann-Whitney" للفروق بين الجنسين حسب عرض التعب FA.	102
281	قيم النزعة المركزية لمتغير السن لمرضى سرطان الرئة.	103
282	اختبار "Spearman" للعلاقة الارتباطية بين السن وعرض التعب FA .	104
282	اختبارات التوزيع الاعتدالي لمتغير الحالة المدنية حسب عرض التعب FA.	105
284	متوسطات الرتب للحالة المدنية حسب التعب FA.	106
284	اختبار "Kruskal Wallis" للفروق بين الحالة المدنية حسب التعب FA.	107
286	معامل ارتباط Pearson لعرضي التعب FA والأرق SL.	108
288	معامل Spearman للعلاقة الارتباطية بين التعب FA والأداء الوظيفي RF2.	109
289	معامل Spearman للعلاقة الارتباطية بين التعب FA والأداء العاطفي EF.	110
290	اختبارات التوزيع الاعتدالي لمتغير الجنس حسب عرض الألم PA.	111
291	متوسطات الرتب للجنسين حسب عرض الألم PA.	112
292	اختبار "Mann-Whitney" للفروق بين الجنسين حسب عرض الألم PA	113
294	اختبارات التوزيع الاعتدالي لمتغير الجنس حسب نوعية الحياة QOL .	114

295	متوسطات الرتب للجنسين حسب نوعية الحياة QOL .	115
296	اختبار "Mann-Whitney" للفروق بين الجنسين حسب نوعية الحياة QOL .	116
297	اختبارات التوزيع الاعتدالي لمتغير المستوى الدراسي حسب نوعية الحياة QOL .	117
300	متوسطات الرتب للمستويات الدراسية حسب نوعية الحياة QOL .	118
300	اختبار "Kruskal Wallis" للفروق بين مستويات الدراسة حسب نوعية الحياة QOL .	119
302	اختبارات التوزيع الاعتدالي لمتغير الحالة المدنية حسب نوعية الحياة QOL .	120
302	اختبار ANOVA للحالة المدنية حسب نوعية الحياة QOL .	121
303	الاختبار البعدي Scheffé لمجموعات الحالة المدنية حسب نوعية الحياة QOL .	122
304	متوسطات الرتب للحالة المدنية حسب نوعية الحياة QOL .	123
304	اختبار "Mann-Whitney" للفروق بين المتزوج والأعزب حسب نوعية الحياة QOL .	124
305	اختبارات التوزيع الاعتدالي لمتغير نوع العلاج حسب نوعية الحياة QOL .	125
305	متوسطات الرتب لنوع العلاج حسب نوعية الحياة QOL .	126
306	اختبار "Kruskal Wallis" للفروق بين نوع العلاج حسب نوعية الحياة QOL .	127
307	اختبارات التوزيع الاعتدالي لمتغير نوع المرض حسب نوعية الحياة QOL .	128
307	متوسطات الرتب لنوع المرض حسب نوعية الحياة QOL .	129
308	اختبار "Mann-Whitney" للفروق بين مجموعتي نوع المرض حسب نوعية الحياة QOL .	130

309	معامل Spearman للعلاقة الارتباطية بين النمط "ج" ونوعية الحياة عند سرطان الثدي.	131
311	معامل Spearman للعلاقة الارتباطية بين النمط "ج" ونوعية الحياة عند سرطان الرئة.	132
313	معامل Spearman للعلاقة الارتباطية بين النمط "ج" ونوعية الحياة عند مرضى سرطان الثدي والرئة.	133
314	معامل Pearson للعلاقة الارتباطية بين بعد الإدراكات الاكتئابية ونوعية الحياة عند مرضى سرطان الثدي والرئة.	134
316	معامل Pearson للعلاقة الارتباطية بين بعد كبح الانفعالات ونوعية الحياة عند مرضى سرطان الثدي والرئة.	135
317	معامل Pearson للعلاقة الارتباطية بين بعد الكف الاجتماعي ونوعية الحياة عند مرضى سرطان الثدي والرئة.	136
320	آثار النمط السلوكي (ج) على السلوك المتعلق بالعمل.	137
321	تأثير خصائص النمط السلوكي (ج) على الحالة الجسمية والنفسية.	138

## فهرس الأشكال والرسوم البيانية

الصفحة	العنوان	رقم الشكل
45	حالة الإصابات السرطانية والوفيات في العالم لعام 2000.	01
47	انقسام خلوي طبيعي وانقسام الخلية السرطانية.	02
50	رسم يوضح أجزاء الثدي.	03
198	المدج التكراري لقيم النمط السلوكي (ج).	04
199	رسم الاحتمال الطبيعي لقيم النمط السلوكي (ج).	05
200	الرسم البياني لمتوسطات أبعاد النمط السلوكي ج"	06
220	لوحة الانتشار للعلاقة بين بعدي كبح الانفعالات والادراكات الاكتئابية.	07
220	لوحة الانتشار للعلاقة بين بعدي الكف الاجتماعي والادراكات الاكتئابية.	08
220	لوحة الانتشار للعلاقة بين بعدي الكف الاجتماعي وكبح الانفعالات.	09
237	لوحة الانتشار للعلاقة بين السن وبعد الادراكات الاكتئابية.	10
238	لوحة الانتشار للعلاقة بين السن وبعد كبح الانفعالات.	11
239	لوحة الانتشار للعلاقة بين السن وبعد الكف الاجتماعي.	12
243	التمثيل البياني لبعدي الكف الاجتماعي حسب المستوى الدراسي.	13
249	لوحة الانتشار للعلاقة بين النشاط الجنسي BRSEF و التمتع الجنسي BRSEE.	14
251	لوحة الانتشار للعلاقة بين متغيري السن والنظرة إلى المستقبل BRFU .	15

252	لوحة الانتشار للعلاقة بين السن وصورة الجسم BRBI .	16
255	لوحة الانتشار للعلاقة بين عرضي الأرق SL والأداء المعرفي CF.	17
256	لوحة الانتشار للعلاقة بين الأرق SL و الألم PA .	18
259	توزيع مجموعة الحالة المدنية " العزباء " حسب صعوبات مالية FI.	19
259	توزيع مجموعة الحالة المدنية المتزوجة حسب صعوبات مالية FI.	20
266	لوحة انتشار للعلاقة بين السن والاستياء من فقدان الشعر.	21
272	لوحة الانتشار للعلاقة بين الأداء البدني PF2 والأداء الوظيفي RF2.	22
273	التوزيع الاعتمادي للذكور حسب الأداء البدني PF2 .	23
274	التوزيع الاعتمادي للإناث حسب الأداء البدني PF2 .	24
276	توزيع الذكور حسب الأداء الوظيفي RF2.	25
276	توزيع الإناث حسب الأداء الوظيفي RF2.	26
279	توزيع الذكور حسب عرض التعب FA.	27
279	توزيع الإناث حسب عرض التعب FA.	28
281	لوحة الانتشار للعلاقة بين السن والتعب FA .	29
283	توزيع الحالة المدنية "أعزب" حسب التعب FA .	30
283	توزيع الحالة المدنية "متزوج" حسب التعب FA .	31
285	لوحة الانتشار للعلاقة بين التعب FA والأرق SL..	32
287	لوحة الانتشار للعلاقة بين التعب FA والأداء الوظيفي RF2 .	33

289	لوحة الانتشار للعلاقة بين التعب FA والأداء العاطفي EF.	34
290	توزيع الذكور حسب عرض الألم PA.	35
291	توزيع الإناث حسب عرض الألم PA.	36
294	توزيع الذكور حسب نوعية الحياة QOL ..	37
295	توزيع الإناث حسب نوعية الحياة QOL .	38
298	توزيع مجموعة "لم يدرس" حسب نوعية الحياة QOL .	39
298	توزيع المستوى الدراسي "الابتدائي" حسب نوعية الحياة QOL .	40
299	توزيع المستوى الدراسي "متوسط" حسب نوعية الحياة QOL .	41
299	توزيع المستوى الدراسي "الثانوي" حسب نوعية الحياة QOL .	42
300	توزيع المستوى الدراسي "دراسات عليا" حسب نوعية الحياة QOL .	43
309	لوحة الانتشار للعلاقة بين النمط "ج" ونوعية الحياة عند سرطان الثدي.	44
310	لوحة الانتشار للعلاقة بين النمط "ج" ونوعية الحياة عند سرطان الرئة.	45
312	لوحة الانتشار للعلاقة بين النمط "ج" ونوعية الحياة عند مرضى سرطان الثدي والرئة.	46
314	لوحة الانتشار للعلاقة بين بعد الإدراكات الاكتئابية ونوعية الحياة عند مرضى سرطان الثدي والرئة.	47
316	لوحة الانتشار للعلاقة بين بعد كبح الانفعالات ونوعية الحياة عند مرضى سرطان الثدي والرئة.	48
317	لوحة الانتشار للعلاقة بين بعد الكف الاجتماعي ونوعية الحياة عند مرضى سرطان الثدي والرئة.	49

## مقدمة:

"بعد صراع طويل مع المرض" وكأن الجميع يخاف أن يلفظ كلمة "سرطان" من دون أن تحضر شياطين الأوجاع التي تنتهي بالاستسلام. من يُطهر الأفواه الغاضبة لأنها تعاند قدرها وتتهزم لأنها فقدت إيمانها بأن الحياة تستحق المجابهة مهما كانت الأثمان التي تدفع من أعصاب ودموع وتلوي من الأوجاع؟ فالإنسان من اليوم الأول الذي يعرف بأنه مصاب بالسرطان، غالبا، يكون أول شيء يستفسر عنه عندما يخبره الطبيب هو: "هل سأموت؟" يصاب بالذهول، لم يكن يشعر بأنه مريض فمن خصوصيات هذا المرض الذي يوصف بالخبيث عدم ظهور أعراضه إلا عندما يستفحل ويتجذر، فالألم غائب عن قاموس أغلب المرضى قبل اكتشافه خصوصا سرطان الثدي أما سرطان الرئة فالسعال هو سيد الموقف فتختلط أعراضه مع أعراض أخرى وأمراض صدرية مشابهة كالربو والحساسية وهذا ما يؤخر بداية العلاج وعند اكتشافه يكون في أغلب الأحيان الوقت متأخرا لتدارك الأمر، هنا يرفض المريض أن يرضخ، يقول في نفسه من غير الممكن أن أصاب بالسرطان إنه يصيب الآخرين فقط، لا يقبل أن يفقد الحق في الحلم بغد.

هل فكرنا مرة في أن من يعاني من مرض السرطان يشعر بالخلج أمام الأصحاء، وكأنه فقد حقه في تحدي الحياة، يقرأ قي عيونهم شفقة لا يحاولون إخفاءها. وعند خضوعه لشبح جلسات العلاج التي لا مفر منها، ويطبق ويفرض عليه بروتوكولا جديدا يحدد تحركاته وتصرفاته وضوابط جسدية لم يكن يعرفها من قبل، لا يعرف كيف يجب أن يتعامل مع هذا الموضوع الجديد. تصبح الحياة غريبة، يصبح السواد يكحل عينه، إنها من مزايا السرطان الذي احتل جزءا من جسمه أو انتهكه كله. فيصبح المريض خجلا وغاضبا في نفس الوقت.

سوف يؤثر مرض السرطان على علاقة المريض بأسرته بأصدقائه، ولكل فرد من هؤلاء طريقتة في التأقلم مع هذا الأمر، هذه الآثار الوجدانية والعاطفية الناجمة عن الإصابة بالمرض يمكن أن تستمر طويلا حتى بعد العلاج، فمن الطبيعي أن يشعر المريض ومن حوله بالقلق بشأن الأعراض الثانوية للمرض والعلاج، والخوف من عودة الإصابة بالمرض هاجس يواجه معظم المرضى رغم إظهارهم الإيمان بالقدر وتسليم أمرهم لله عز وجل، إلا أن بعضهم يهاجمه شعور الخوف من المستقبل من تدهور حالتهم الصحية أكثر متوازيا مع فقدانهم أمل الشفاء خصوصا تلك الحالات التي قابلناها والتي تعاني من سرطان الثدي التوسعي الذي يبدأ بالثدي ثم ينتقل إلى الرئة فالكبد ثم العظام. ولكن ومع ذلك فهناك بعض الأفراد من يرون أن مواجهة مرض السرطان قد غيرت حياتهم بشكل إيجابي خاصة في مجال العلاقات الأسرية والسندية وأنها تجربة غيرت من تفكيرهم وطريقة نظرهم للحياة. هذه التجربة التي أدت إلى تغيير وجه الحياة لديهم، فالأشياء التي كان يشعر بأنها عادية قد لا تظل كذلك، بل ستجعله يفكر بحرص في كل الأمور بنظرة مغايرة ، وتدفعه للبدء في تطوير شكل جديد لحياته وقيمه وألوياته.

فالسرطان عادة ما يكون إشارة تحذير للجسم، طالبا من الفرد الاستيقاظ وتحمل المسؤولية عن حالته، فقد حان الوقت لإعادة تقييم كل جانب من جوانب حياته بقدر الإمكان، والعمل على تغيير الأنماط التي لم تعد تخدمه كالإجهاد. فكل عضو في جسم الإنسان يتفاعل مع المشاعر المتراكمة داخله، فحالة التوتر المستمر والأحداث المؤلمة التي نعيشها خلال حياتنا وطريقة استجابتنا لها تزيد من احتمالية الوقوع في المرض.

حيث تم الاعتراف لفترة طويلة بفعالية العوامل النفسية والاجتماعية على بعض الأمراض الجسدية، وتسمى الحالات التي ترافق فيها الشكاوى الجسدية بآفات الأنسجة والإصابات بأسباب نفسية بالاضطرابات النفسية الجسدية. هناك أدلة على العلاقة بين السرطان والإجهاد العقلي والعوامل العاطفية

التي هي جزء لا يتجزأ من المجتمعات المتحضرة. وقد أظهرت دراسات مختلفة أن المشاعر السلبية والأحداث المجهددة العقلية تجعل الشخص عرضة للسرطان عن طريق إضعاف نظام المناعة لديه. وفي دراسة لـ (Beirami and Sogoli Tapeh, 2008) توصل إلى أن العوامل التي تؤثر على نظام المناعة هي الإجهاد والخبرة المتكررة من المشاعر السلبية. وقد أظهرت دراسات مختلفة أن السرطان له علاقة مع بعض الشخصيات التي قد تكون فعالة في تشكيله. إن مرضى السرطان لديهم بعض السلوكيات مثل إنكار وقمع العواطف وخاصة الغضب، والافتقار إلى التوكيد والدفاعية (باعتبارها الخصائص الرئيسية من النمط "ج"). وباعتبار أن الإجهاد يساهم في انخفاض مناعة الجسم يزيد احتمال الإصابة بالعدوى الفيروسية، وبما أن الجهاز المناعي للجسم يلعب دورا هاما في السرطان، فالتوتر يسبب السرطان لدى الناس. إن الباحثين والممارسين الطبيين في القرون السابقة، اقترحوا عوامل نفسية في نشأة السرطان، واستندوا إلى هذه التكهانات على ملاحظات دقيقة ومنتظمة. فالطب خلال تلك القرون لم يكن قد وضع بعد النهج الإحصائي والتجريبي الذي اكتسبه لاحقا، ولم تركز أي تقارير أو بحوث طبية المذكورة حتى (1950) على إمكانية ارتباط علم النفس والسرطان. إذ لم تكن البحوث الطبية قد دخلت بعد عصرها العلمي، ولذلك فإن منهجيات حقبة المراقبين الماضية لا ينظر إليها على أنها علمية، ولذلك تم تجاهلها. وتعود الفائدة في هذه الفرضية عام (1950) العمل البحثي الذي قام به "Miller" و"Jones" ، اللذان لاحظا ضائقة عاطفية شديدة قبل ظهور سرطان الدم النقوي المزمن في ستة مرضى، وأظهرت الأبحاث اللاحقة في أواخر (1950)، بما في ذلك العمل الذي أجرته "Miller" ، "Greene" ، و"Le Shan" أن حدوث السرطان غالبا ما يسبقه فقدان الشخصية؛ وأن الاكتئاب هو أحد الأعراض الشائعة للسرطان. معظم البحوث التي تناولت هذا السؤال خلال الخمسينيات وأوائل الستينيات كانت مبنية على مفاهيم التحليل النفسي لبنية الشخصية، وتعاني الكثير منها ضعف المنهجية، على سبيل المثال عدم وجود مجموعات

مراقبة؛ التقييمات الشخصية وغير الشخصية؛ في بعض الأحيان لا يميز بين أنواع السرطان المختلفة، وما إلى ذلك.

وبعد السرطان مشكلة صحية عامة رئيسية في العالم. ووفقا لمنظمة الصحة العالمية، يقدر عدد حالات السرطان الجديدة في عام 2012 بنحو 14.1 مليون حالة وعدد الوفيات 8.2 مليون. وقد قدر في عام 2008 أن 70% من وفيات السرطان في العالم وقعت في البلدان النامية. ويمكن أن يزيد معدل انتشاره بنسبة 50% في العالم، مع 15 مليون حالة جديدة سنويا في عام 2020، وبحلول عام 2030 من المتوقع أن يصل عدد وفيات السرطان على مستوى العالم إلى 13.1 مليون وفاة. وعلى الرغم من أن انتشاره أخذ في الازدياد في معظم مناطق العالم، فإن معدلات الإصابة لا تزال أعلى في المناطق الأكثر نموا، ولكن معدل الوفيات أعلى نسبيا في البلدان النامية بسبب الافتقار إلى الكشف المبكر والحصول على العلاج. حيث ينمو سرطان الثدي بسرعة، مع أبعاد وبائية مثيرة للقلق، فأكثر من 9000 حالة جديدة في عام 2009، و54 حالة جديدة لكل 100000 امرأة، ويقدر هذا الرقم حاليا بـ 11000، بزيادة قدرها 500 حالة جديدة في السنة. بالإضافة إلى ذلك، يؤثر سرطان الثدي في الجزائر على كل من المرأة الشابة والمرأة التي انقطع عنها الطمث، الأمر الذي يعقد فحصها، فمتوسط العمر هو 47 عاما، أي أن 50% من سرطان الثدي حدث لديها بالفعل قبل ذلك السن. أما سرطان الرئة فإن تطوره يتسارع مع حدوث حالات معيارية تتضاعف تقريبا من 11 إلى 20 لكل 100000 رجل في 25 عاما (من 1986 إلى 2010). وهنا تظهر ضرورة وأهمية تعزيز برنامج مكافحة التبغ الذي هو في الغالب سبب لسرطان الرئة (Plan National cancer 2015/2019).

بالإضافة إلى نتائج الباحثان "زعطوط وبلعسل" في دراسة إحصائية لحالات السرطان في مركز

مكافحة السرطان بورقلة على مدار ثلاث سنوات من 2008 إلى 2010 ، حيث بلغ عدد الحالات 125

حالة في عام (2008) ، و 220 حالة في (2009) و 249 حالة في (2010). تنتمي تلك الحالات جغرافيا إلى ولايات مختلفة، حيث بلغت 101 مريضا بورقلة (40%) و 80 مريضا من وادي سوف (32%)، و 37 مريضا من غرداية (15%) إضافة إلى ولايات أخرى مثل بسكرة، وأدرار وإيليزي وسطيف (Zatout et Belaacel, 2012).

انتقل البحث في السنوات الأخيرة في مجال السرطان إلى مستوى آخر وهو نوعية الحياة المرتبطة بالصحة، والتي تعتبر كنقطة نهاية للبحوث السريرية في هذا المجال. فلدينا فكرة بديهية عن ما يقصد بعبارة "نوعية الحياة"، فنحن نعلم أن الحرية أفضل من السجن، والصحة أفضل من المرض، والاسترخاء هو أفضل من التشديد. وقد يختار بعض الناس العيش في المدينة لأن لديهم إمكانية الوصول إلى العروض الثقافية والاجتماعية. هذه الميزات تؤثر على الخير الأصيل "inherent goodness" في حياتنا، أو رفاهيتنا، والمشار إليها في المجالات الطبية والعلمية بنوعية الحياة. كما يمكن الاستنتاج من الأمثلة السابقة تأثير نوعية الحياة بعوامل كثيرة، منها الصحة والعاطفة والعمالة والبيئة التي نعيش فيها. وقد تطورت نوعية الحياة ذات الصلة بالصحة "HRQOL" (Health-related quality of life) خلال العقود القليلة الماضية إلى مفهوم واسع ومتعدد الأبعاد يشمل الصحة البدنية والعقلية على حد سواء، وحتى العوامل الاجتماعية. وكثيرا ما تشمل الدراسات البحثية السريرية، مقاييس نوعية الحياة ذات الصلة بالصحة على دراسة آثار العلاج على رفاه المرضى، ويشار إلى هذه القياسات على أنها النتائج التي أبلغ عنها المريض ("PROs" "Patient-Reported Outcomes" هي النتائج التي تم الإبلاغ عنها من قبل المريض وهي تقييم الصحة حسب تصنيف المريض) لأنهم هم أنفسهم المرضى الذين يقومون بهذا التصنيف، هذه النتائج هي مكملة للنتائج السريرية، مثل حجم الورم، البقاء على قيد الحياة دون التقدم في المرض ، أو غيرها من التدابير السريرية في السرطان.

تشير "الحياة" إلى سياق كامل، داخل و بين الأشخاص، إلى الوضع النفسي والجسدي، وتقييم نوعية الحياة هو تقييم للقدرات البدنية والنفسية للموضوع في تفاعلاته مع العالم من حوله (الأسرة والعمل والعلاقة مع الذات). ولذلك فإن نوعية حياة الفرد هي مفهوم معقد ومتعدد الأبعاد وموضوعي، يعبر فيه الفرد عن نفسه على النحو الأمثل. ويخبرنا عالم الاجتماع "Anne Fagot-Largeault" بأن "نوعية الحياة، هي وجهة نظر فردية، لا مجرد البقاء على قيد الحياة، ولكن ما الذي يجعل الحياة: صحة جيدة، الحب، النجاح، الراحة، التمتع باختصار، والسعادة... ". يشير عالم الاجتماع في هذا التعريف بالفعل إلى الصحة الجيدة باعتبارها العامل الأول الذي يحقق الحياة. وتحديد نوعية الحياة في الطب هو أكثر تعقيدا، فمفهوم الصحة العالمية لا تعرف الصحة كحالة من الرفاه البدني والاجتماعي والنفسي، ولكن تتخذ تعريفاً واسعاً. كما ينبغي أن تأخذ نوعية الحياة المتصلة بالصحة في الحسبان مجموعة من المتغيرات واسعة النطاق والتي قيمت بطرق مختلفة. فقد حاولت العديد من الدراسات حول نوعية الحياة في علم الأورام تحويل هذه المجالات النوعية إلى متغيرات كمية وبالتالي قابلة للقياس.

وتعد نوعية الحياة من الجوانب المهمة لرعاية مرضى السرطان، إذ يمكن أن يخلق السرطان وعلاجه لدى المرضى صعوبات في الوفاء بالأدوار الأسرية والاجتماعية مثل القدرة على العمل أو المشاركة في الأنشطة الاجتماعية المشتركة. وعلى الرغم من أن الكشف المبكر والعلاجات الجديدة تضعف السرطان وتقدم أفضل التكهات، إلا أن السمية والآثار الضارة، تأثرت على نوعية حياة مرضى السرطان. ففي السنوات الأخيرة كان هناك اهتمام كبير في التمريض وغيرها من بحوث الرعاية الصحية بنوعية حياة مرضى السرطان، وشدت الأنشطة الوطنية والدولية على الأهمية الكبيرة لذلك. وقد قيمت إدارة الغذاء والدواء الأمريكية نوعية الحياة "QOL" في عملية الموافقة على الأدوية الجديدة المضادة للسرطان. ويشار إلى أن الجماعات الوطنية والدولية التي تدعو إلى تقييم "QOL" في أبحاث التجارب السريرية قد أدركت أهميتها. وأنشأت منظمة الصحة العالمية أيضاً برنامجاً عالمياً لمكافحة السرطان يستند

إلى المعرفة التي تتطوي على إمكانية الحد من معدلات الاعتلال والوفيات الناجمة عن السرطان في جميع أنحاء العالم، والتركيز الرئيسي لهذا البرنامج هو الرعاية التلطيفية وتأثيراتها على نوعية حياة مرضى السرطان. بالإضافة إلى ذلك، هناك العديد من الجمعيات المهنية الدولية التي عززت اهتمامها بنوعية الحياة، حيث تأسست الجمعية الدولية لبحوث نوعية الحياة "The International Society for Quality of Life research (ISOQOL) في عام (1994) من أجل تعزيز تبادل المعلومات حول "QOL" وتقييمها في جميع أنحاء العالم، ومن المعروف في الوقت الحاضر أن مهمة هذه الجمعية هو المضي قدما في الدراسة العلمية للصحة ذات الصلة بنوعية الحياة والمرضى الآخرين، وتركزت النتائج لتحديد التدخل الفعال، وتعزيز نوعية الرعاية الصحية وتعزيز صحة السكان. وأيضا منذ أكثر من 30 عاما، تم إنشاء مجموعة نوعية الحياة "quality of life group" (EORTC) من أجل تطوير مقاييس نوعية الحياة ذات الصلة بالصحة "Health Related Quality of Life measures" التي يمكن استخدامها في التجارب السريرية للسرطان، وقد انشأ قسم الجودة مقر (EORTC) لتوفير الدعم العملي والعلمي الإداري، كما تم إنشاء استبيان (EORTC) من أجل تقييم "QOL" لمرضى السرطان، واستخدمت الصيغة اللاحقة للاستبيان الأساسي منذ كانون الأول / ديسمبر (1997)، وترجمت إلى 81 لغة وتم التحقق من صحتها، وفي الوقت الحاضر يستخدم في أكثر من 3000 دراسة في جميع أنحاء العالم .

وتعتبر نوعية الحياة ذات الصلة بالصحة الآن نقطة نهاية هامة في التجارب السريرية للسرطان. وقد تبين أن تقييم نوعية الحياة لمرضى السرطان يمكن أن يساهم في تحسين العلاج وأن يكون عامل تنبؤ "prognostic" كما هو الحال بالنسبة للعوامل الطبية. وقبل كل شيء، يمكن أن تشير دراسات نوعية الحياة كذلك إلى الاتجاهات اللازمة لعلاج أكثر كفاءة لمرضى السرطان. ومن بين دراسات نوعية الحياة لمرضى السرطان، تلقى سرطان الثدي أكبر قدر من الاهتمام لعدة أسباب: أولاً، تزايد عدد النساء المصابات بسرطان الثدي. فقد أفادت التقارير أن كل عام أكثر من 1.1 مليون امرأة في جميع أنحاء

العالم يتم تشخيصهن بسرطان الثدي و 410000 يمتن من المرض. ثانيا، تطور وسائل الكشف المبكر عن سرطان الثدي وعلاجه، وأصبح الناجيات الآن يعشن لفترة أطول، لذلك فإن دراسة نوعية الحياة في هذا السياق أمر مهم. ثالثا، يؤثر سرطان الثدي على هوية المرأة، وبالتالي دراسة نوعية الحياة لأولئك اللواتي يفقدن الثدي أمر حيوي وضروري. بالإضافة إلى ذلك، فإن الإناث تلعب أدوارا هامة كشركاء وزوجات وأمهات داخل أي أسرة. وهكذا، عندما تطور المرأة سرطان الثدي، قد تتطور لدى جميع أفراد الأسرة نوعا من الأمراض. في الواقع، سرطان الثدي هو مرض عائلي، بالإضافة إلى سرطان الرئة حيث يعاني معظم المرضى من أعراض جسدية وضيق نفسي التي تؤثر على نوعية الحياة المرتبطة بالصحة (HRQOL)، وبالتالي فإن أهداف الرعاية الصحية للمرضى هي مراقبة الأعراض وتقديم الدعم النفسي وتحسين أو الحفاظ على (HRQOL)، ولكن عموما من الأهمية بمكان أن ندرك أنه مع زيادة التحسينات في الطب والممارسة الطبية خلال السنوات الأخيرة فإن دراسة نوعية الحياة لأي سرطان تعتبر ذات أهمية بالغة.

وقد ارتأينا في هذا البحث طرح موضوع نوعية الحياة المرتبطة بالصحة والنمط السلوكي (ج) في ضوء بعض المتغيرات السوسيوديموغرافية عند مرضى سرطان الثدي وسرطان الرئة، حيث نال موضوع نوعية الحياة في الآونة الأخيرة اهتمام الباحثين في جميع المجالات، فتناولنا ستة فصول تمثلت في: الفصل التمهيدي حيث تم عرض الإشكالية والفرضيات، أهمية الدراسة والتعريف الإجرائي للمصطلحات، كما تطرقنا لأسباب اختيار الموضوع والصعوبات التي واجهتنا لإجراء هذه الدراسة.

فصل تناولنا فيه موضوع السرطان، فعرضنا المقاربة الطبية والنفسية لهذا المرض.

فصل النمط السلوكي (ج)، حيث تطرقنا إلى نظرية الأنماط، النمط السلوكي، لمحة وجيزة عن

أنواع الأنماط السلوكية الشائعة، ولقد ركزنا في عرضنا على النمط السلوكي (ج).

فصل نوعية الحياة المرتبطة بالصحة، ولقد بدأنا بتعريف لنوعية الحياة، مبادئها، أبعادها، مظاهرها، قياسها والأسباب الرئيسية لقياسها. كما عرضنا النماذج النظرية المستخدمة في بحوث نوعية الحياة لمرضى السرطان، نوعية حياة مرضى سرطان الثدي والرئة، وكذا العوامل المؤثرة على نوعية حياة مرضى سرطان الرئة، ونقاط نهاية علاج سرطان الرئة.

فصل الإجراءات المنهجية للدراسة، حيث قمنا بتحديد مكان وزمان إجراء البحث، مجموعة البحث، أدوات القياس، ترجمة الاستبيانات، كيفية التطبيق الميداني لمقياس النمط السلوكي (ج) واستبيانات نوعية الحياة على مجموعة البحث، كما عرضنا الإحصائيات المتحصل عليها من مصلحة طب الأورام مستشفى فرانتر فانون، وأخيرا التقنيات الإحصائية المستعملة في تحليل البيانات.

والفصل السادس خصص لعرض ومناقشة نتائج الدراسة، أين تم تقديم ومناقشة فرضيات الدراسة، وانتهت باستنتاج عام مفتوح على بحوث ودراسات مستقبلية وخاتمة.

# الجانب النظري للدراسة

# الفصل التمهيدي

## الفصل التمهيدي

الإشكالية

فرضيات الدراسة

أهمية الدراسة

التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة

أسباب اختيار الموضوع

أهداف الدراسة

صعوبات الدراسة

## الإشكالية:

كثيرة هي التجارب التي يمر بها الإنسان أو تُفرض عليه بقسوة وألم، تأتي هذه التجارب من حيث لا يدري، وكأنها صفة قوية أملت به دون سابق إنذار. هكذا هي الحياة وأقدارها تتفاوت بصعودها وهبوطها، بمفاجأتها السارة والحزينة، تأتي الأشياء على غفلة وترحل على غفلة، هل كان باستطاعته منع الأشياء من الحدوث؟ من يدري! لكن بعض هذه الأمور لا قدرة للإنسان على التحكم بها. فكيف إذا كان السرطان قدره. ذاك المرض الذي لم يكن يتجرأ سابقاً على تسميته، هل كان خوفاً من تسلله إليه خلسة أو من رهاب سماع الكلمة في نفسه؟ أسئلة كثيرة يطرحها المصاب بالسرطان على نفسه " لماذا أنا؟" "ماذا عن أولادي وزوجي أو زوجتي؟" ... هذا المرض الذي كان يسمع عنه أنه بعيد بات قريباً منه يعيش في عضو من جسمه. فتأثير تشخيص السرطان على المصاب لا رجعة فيه، فمعرفة كل شيء عن المرض هوس يصاب به المريض، يريد أن يفهم كل شيء عنه ، ليستطيع محاربه وجهها لوجه، ويتخلى آخرون عن إرادتهم في القتال واختيار الموت على شروطهم الخاصة. فمأساة كبيرة يعيشها المريض بمجرد معرفته بخبر إصابته بهذا المرض الخبيث، يمر بعدها بعدد من الأزمات الصحية، النفسية والاجتماعية. فبالنسبة لسرطان الثدي عند النساء فليس سهلاً على أي امرأة أن تتقبل إصابتها به، فإلى جانب المخاوف التي تتكون لديها حول المرض وخطورته واحتمال تطوره، تتأثر أنوثتها به. هواجس كثيرة تتملك المرأة مع إصابتها بسرطان الثدي فيقلب عالمها رأساً على عقب وغالباً ما تعتبر هذه المرحلة التي تمر بها مرحلة انتقالية تبدل حياتها وشخصيتها ككل . كثر ممن أصبن بسرطان الثدي، يشرن إلى أنهن اكتشفنه بالصدفة وأن اكتشافه شكل صدمة لهن فيما لم يتوقعن يوماً أن هذا المرض يمكن أن يصيبهن. يجد المريض عامةً في العلاج الكيميائي أصعب التجارب التي يمكن المرور بها في المرض نتيجة الآثار الجانبية الناتجة عنه. وبالنسبة إلى مريضة سرطان الثدي تحديداً وللمرأة عامةً تزيد صعوبته نظراً إلى تأثيره على جانب

مهم من أنوثتها كالشعر والشكل عامة. إلا أنها سرعان ما تتقبل الأمر عندما تدرك أن شعرها سيتجدد بعد العلاج.

أما سرطان الرئة الذي يعد ثاني أكثر السرطانات شيوعاً في كل من الرجال والنساء بعد سرطان الثدي، وهو حتى الآن السبب الرئيسي للموت بالسرطان بين الرجال والنساء على حد سواء. ففي كل عام، يموت المزيد من الأشخاص بسرطان الرئة أكثر من سرطان القولون والثدي والبروستات مجتمعة. وتنتشر معظم سرطانات الرئة على نطاق واسع في مرحلة متقدمة عندما يتم اكتشافه لأول مرة. فيصبح من الصعب جداً علاج هذه السرطانات في مراحله المتقدمة.

عندما يعلم الشخص أنه مصاب بالسرطان، قد لا يشعر بالأمان بعد ذلك. قد يشعر بالخوف والضعف. هذه المشاعر غالباً ما تستمر في فترة العلاج. القلق والحزن شائعان أيضاً، ومن الطبيعي أن يقلق المريض خاصة في أوقات معينة، مثلاً عند الانتظار لبدء العلاج، فأسوأ وقت بالنسبة للمريض هو انتظار الحصة الأولى للعلاج الكيماوي، وبالنسبة لبعضهم، واحدة من أصعب الأوقات هي بعد علاج السرطان، وبدلاً من الشعور بالسعادة لكون العلاج قد انتهى، فإنهم يشعرون بضيق أكبر. إن التعامل مع الآثار الجانبية للعلاج مثل: التعب، فقدان الشعر، تغيير الوزن، تعطيل الحياة، من الأمور المجهدة للمريض. في الواقع، كل شيء عن الإصابة بالسرطان مرهق. الشعور بالضيق والقلق هو جزء منه، لذلك من المتوقع حدوث قدر معين من الشدة. ولكن في بعض الأحيان يمكن أن ينتقل الضيق من المستوى المتوقع إلى مستوى يتداخل مع العلاج، ويجعل من الصعب على المريض التعامل معه، ويؤثر على جميع أجزاء حياته. تقريباً كل شخص لديه بعض الخوف من الإصابة من جديد بالسرطان، حيث قال أحد المرضى: "في كل مرة أشعر فيها بألم شديد، أكون متأكداً من أن السرطان قد عاد، حتى لو كان ذلك الألم ألماً في إصبع قدمي".

ويعد وقت انتظار الجراحة من المواقف الباعثة للقلق الشديد أيضا، وغالبًا ما يقلق المريض بشأن العملية نفسها وحول ما إذا كان السرطان ينمو أثناء انتظاره. قد تكون المخاوف من التغييرات التي ستسببها الجراحة مصدرًا رئيسيًا للضيق أيضًا، ثم هناك مخاوف بشأن العمل والحياة المنزلية وكيف يمكن أن تتغير، وغالبًا ما تضاف إليها قضايا تأمين الحالة المادية للمريض.

إن السرطان ينظر إليه كعامل ينمو داخليا أو خارجيا، فقد يكون داخليا من خلال الشخصية ذات مزاج عصبي ونوعية وظيفية نفسية صراعية عاطفية والتي لم يتم إخراجها، هشاشة انفعالية وضغط نفسي ، ومن خلال هذا الصنف من الشخصية والنوعية النفسية تُفرز الشخصية السرطانية. فالورم هو نتيجة صنع الشخص، فأصبحت الطباع النفسية كالمادة المتلفة. أما بالنسبة للنموذج الخارجي، يبقى أصل السرطان ينمو خارج الشخص بحيث يرجع المرض إلى المحيط الاجتماعي وإلى الضغط الاجتماعي والنفسي والأحداث الحياتية التي تؤدي إلى الصدمات. فالباحث (Schmoll. P, 1981, p 5) يشير إلى أن السرطان هو سبب البحث في موضوع المرض أو شخصية المريض. ولم يتم قياس الاهتمام بهذا الميدان إلا في الزمن الحديث، وذلك بعد أن أشار العالم الفيزيولوجي (H. Selye) إلى بُعد انعكاسات الحياة العلائقية للفرد على التوازن العضوي والنظام الهرموني-الاستقلابي-المناعي، ومن بين الأعمال ظهور محاضرتين بالولايات المتحدة الأمريكية (1966-1969) حول " الصفات النفسية -الفيزيولوجية للسرطان". في أوروبا تم انعقاد مؤتمر علمي دولي تحت إدارة الأستاذ "Baltruch" H.J.F حول "الصفات النفسية -الجسدية للسرطان" حيث أدخل الباحث "Norbert luttens chlaguer" مفهوم السرطان في السيكوسوماتية مع تطرقه لنظرة تاريخية موجزة للمقاربات السيكوسوماتية منذ "أبو قراط" و"قاليان" حول السرطان، مع دراستهم الخصوصية لأبحاث "W. Reick" و"G.Groddeck" الخاصة بالتحليل النفسي و"G. Grossarth" و"Maticek" الخاص بالمدرسة السلوكية. أما من حيث البحث الإحصائي تبين أنه يوجد توازي بين السرطان ونوعية الشخصية ذات الاستعداد للإصابة والمصنفة بـ "المكتئبة"، ويبقى هنا مفهوم الاكتئاب

ليس العيادي ولكن الاكتئاب الكامن الغير محدث، يتمشى ذلك أساسا مع الفرد الذي يستطيع الاستقلال عن موضوع رغبته ومن هنا يسترجع الضياع أو فقدان المحتمل، وعليه نسجل أهمية الأبحاث التي أشارت إلى أن السرطان يظهر بوضوح عند الأشخاص الذين كانت لهم تجربة حديثة للحداد المرتبط بفقدان قريب أو عمل بعد الإحالة على التقاعد الغير مقبول. ومن هنا يمكننا القول أن التجربة التحليلية بينت أن المرض وإن كان من نوع عصابي بيولوجي أو سيكوسوماتية مرتبط بمشكل علائقي يظهر ليعوض العبارة التي كانت غير كافية للتعبير عن الرغبة مما يؤدي إلى فشل الاتصال، أي فشل البحث عن موضوع الرغبة وقد يترجم ذلك بالمفهوم النفسي الفيزيولوجي كاستحالة إعداد جواب متكامل في حالة وضعية احتياج لذلك. أما من الجانب العضوي فقد نتكلم عن وضعية لا تكيف جسدي والذي كان بالضرورة مصدرا لعدم التوازن والضعوظات. وفي نفس المجال لا يمكننا إلا أن نذكر التجربة العلمية التي تؤكد مفهوم علاقة السرطان بالشخصية. إن ظهور بعض الأطباء أو النفسانيين الذين قاموا بفك الرموز النفسية -البيولوجية للمرض أمثال "Barbery P, Lamotte t" ، حيث يقول (Boris sirbey, 2004, p54): "لإثبات وجود هذه النظرية الدالة على العلاقة بين السرطان والشخصية، طلب من الأطباء جمع معطيات عن مرضاهم دون أي معلومات حول الماضي أو شخصية المريض، من خلال تحاليل الأشعة فقط، وعن طريق نتائج هذه الأخيرة قاموا بتحليل الصراع النفسي البيولوجي حسب كل حالة، وبعد هذا البحث تبين أن هذه التحليلات كانت صائبة وصحيحة". أما بالنسبة لـ (Reich Wilhelm, 1957) فقد عرض أفكاره حول المسألة المقدمة في مقدمة كتابه "Biopathie du cancer" حيث يقول أن الآلية الأساسية في مرض السرطان تتمثل في ضمور تدريجي لنظام الحياة، وقد يتضح ذلك بسهولة أثناء قهر مقاومة الباحث على قبول العوامل المهمة الآتية:

• تقبل مفهوم الإصابة الداخلية.

• الاعتراف بدور الانفعالات في الإصابة العضوية.

• الاعتراف بتكوين مواد حية نشيطة بحركات تلقائية من خلال مواد حية أخرى غير حية، وحتى من طاقة العضو الحرة. كل هذا بغرض التحكم على المستوى التجريبي والتقني الذهني، لأننا نواجه مباشرة مشكل التكوين البيولوجي.

• حين نتفحص الأمراض السرطانية لابد أن نضع ضمن مجهوداتنا العلاجية الاضطراب الجنسي المهاجم للمريض الذي يتفاداه دائما.

• حين تكون رؤيتنا بسيطة عن مشاكل السرطان لابد علينا أن نتقبل في النهاية وجود طاقة خارجية أساسية جديدة، خاضعة للقانون الوظيفي الغير ميكانيكي وهي جاهزة بقوة طاوية سماها "Reich" بكل بساطة « Organe » أي العضوية.

قد مزج "Reich Wilhelm" بين المجال النفسي وما سماه بـ « Organe » أي مادة أو طاقة تأتي حسب رأيه من عالم مادي محض.

أما (Herzog B, 1993 ,p144) فهو يستعمل كلمة "السلبية" أي السلوك المضاد للحياة، إن البحث اللاشعوري الدائم عن المعاناة والهموم والحوادث يؤدي إلى تطور هذا السلوك وقد يكون داخلي أو خارجي، فيصبح بالنسبة للآخرين ذلك المريض إذا لم تكن له المراقبة المعنوية الكافية لأقواله وانطباعاته. فالسلبية تعني إذن رفض الحياة مما يتضمن عدم قبوله الرغبة واللذة والنجاح وتعتبر هذه المرحلة بداية انطلاق مراحل الانفجار، ومن هنا يقول المحلل النفسي "Boris Sirbey" : " إن فكرة العلاج النفسي للمريض بالسرطان هو تحضير المريض على العمل مع ذاته قصد فهم الصدمة التي أثارت السرطان، بحيث إذا ما كان الصراع مازال ينشط في الذات لابد عليه أن يجد معالجا قادرا على أن يساعده على تخطي ذلك وتدمير الإحساس السلبي للصراع، وتستمر هذه العملية بالمتابعة الطبية عن طريق الأشعة لملاحظة تطور الورم، وفي حالة ما إذا تجاوز الصراع النفسي يلاحظ الطبيب كيف أن الجسد يستطيع

التخلي عن الورم السرطاني تدريجيا وبطريقة طبيعية بانحلال الأنسجة الضارة." وفي نفس المجال نحاول التقرب إلى المختص السيكوسوماتي (Sami Ali, 2000 ,p5) في أحد مقدماته يقول فيها: " إن المسألة المطروحة من الآن فصاعدا أن السرطان على وشك تكوين طريق مسدود في الحاضر كما في الماضي وذلك من خلال الأحداث التي انتهت بتغيير كل الطباع، وقد كان سبب هذه التغيرات التي كشفت عنها الأحلام والأحاسيس لتصل في النهاية إلى إلغائها من الوظيفة السيكوسوماتية، وعليه فإن هيمنة الكبت الطبيعي يحدث مع وضع مسافة قصوى مع التجربة العاطفية ليحجب في نفس الوقت الوعي الخاص بالأحلام على حساب الوعي اليقظ أو الفطن." نحن هنا أمام غياب بسيط للأحلام أو ملامسة متفككة للأحلام التي تبقى غير واضحة وبدون محتوى، أو إنتاج للحلم الحقيقي لكن هذا يحصل نادرا بانقطاعه من أمام فضول وغرابة . وهذا ما أوضحتها مجموعة البحث في علم الأورام النفسي الفرنسي "SFPO" (Dauchy S et al, 2007 , p 148) أن المصاب بالسرطان يواجه صعوبة في تحقيق الذات وهذا ما يدفعه إلى الخضوع للآخر بكل ثقة فذلك التكيف الاجتماعي و حسن المعاملة فيما بينهم ليس إلا شعور بالعجز والضعف فيتخذ ذلك النمط من العلاقة كوسيلة لتحقيق ذاته في حالة تعرضه لضغوطات وصراعات غير قادر على مواجهتها وعليه فالحالة تلجأ إلى كبت مشاعر السلبية وبالخصوص الغضب والعدوانية . نستخلص أن اهتمام العلماء والباحثون بهذا الموضوع قد ظهر منذ القدم وذلك بربط مرض السرطان بأشكال معينة من الشخصية وهي أنماط معينة مهينة لمرض السرطان متميزين بمعاناتهم للكف، المحافظة الاجتماعية ، قهري ومكتئب، إضافة إلى وجود صعوبة في التعبير عن توتره وغضبه أو قلقه مكتفيا بتقديم مظهر ذلك الشخص المبتهج، الهادئ الطبع هو مطيع سلبي معبر عن عواطفه بصورة شاذة وهم ما يعرفون بأصحاب الشخصية السيكوسوماتية « C » أو النمط السلوكي "ج" وهو نمط يؤهل صاحبه للاستعداد لداء السرطان متصفا بالاستجابة للضغوطات بالانكئاب واليأس والاحتفاظ بالعواطف السلبية ولجمها.

فأحياناً ليس المهم كم يعيش الإنسان، بل كيف يعيش؟ فالصدمة النفسية هي أكثر ما يقترن بالمرضى لحظة إبلاغه عن إصابته بالسرطان، وفي كثير من الأحيان يغلب الوجد النفسي على آلام المرض ذاته، فهو يشعر أنه سيبدأ مسيرة القتال من أجل البقاء. وحتى إن عاش مرحلة إنكار اتجاه المرض، يعلم أن الأمل هو أول خطوة في العلاج ورفيق مسيرة القتال. لذا ينصح بتوفير الدعم النفسي الكامل لمرضى السرطان قبل دخوله مرحلة العلاج وخلالها وبعدها، وينصح أن يبقى المريض في جو من المتعة والضحك، وتجنب تذكيره بالمرض. والأهم أن يدرك أن الاكتئاب ليس رد فعل طبيعي لإصابته بالسرطان، هذا ما حذر منه الباحثون، حيث أشاروا أن ثلاثة أرباع مرضى السرطان يصابون بالاكتئاب ولا يحصلون على الرعاية النفسية اللازمة، لأن التركيز ينصب حول العوارض الجسدية على حساب ما قد يشعر به المريض من ألم نفسي. فالسرطان يؤدي إلى فقدان الكثير من الأهداف الآنية والمستقبلية وما ينجر من فقدان الجسم للاستقلالية سواء كانت حركية، مهنية، جنسية، والشعور بالتعب والألم يدفع إلى الإحساس بمشاعر سلبية مصحوبة بالضيق النفسي، الضغط، القلق والعزلة، فتتواجد أمام حالة تعيش متغيرات على مستوى تقدير الذات، نظرتها اتجاه العالم والعلاقات مع الآخرين، هذا ما يدفع المصاب بالسرطان إلى محاولة التكيف مع المعاش الجديد، وفي حالة الفشل يظهر اضطراب التكيف الذي ينتج مجموعة من الأعراض النفسية قد تكون خطيرة. ولهذا اهتم العلماء في الوقت الحالي بنوعية حياة مرضى السرطان من أجل توفير أحسن وأفضل رعاية تقلل من حدة من الأعراض الناجمة عن التشخيص والعلاج...

ففي سنة (1993) عدلت منظمة الصحة العالمية "OMS" تعريف نوعية الحياة بعد التعريف الذي تبنته سنة (1974) الذي كان يعتبر أن "نوعية الحياة هي في حد ذاتها الصحة النفسية"، بحيث أُعيد النظر في ذلك وقدمت تعريف معتمدة على مفهوم الإدراك لنوعية الحياة ومُعرفة على أنها: "إدراك الفرد لمكانته في الحياة، حتى المستوى الثقافي ونظام القيم، أين يعيش، فهو مصطلح واسع يتأثر بطريقة

معددة بالصحة العضوية لدى الفرد، وضعيته النفسية ومستوى استقلاليته، علاقاته الاجتماعية بالعناصر الأساسية للوسط". فهذا التعريف اهتم بمفهوم جد مهم ألا وهو "الإدراك".

ولم تكن فكرة قياس نوعية الحياة إلا في بداية سبعينيات القرن العشرين، حيث تطورت بشكل كبير وهي تشهد حالياً نمواً حقيقياً. ومع الأخذ بعين الاعتبار مفهوم نوعية حياة المريض والتي تدل على تغيير عميق في طريقة ممارسة الطب، واستناداً فقط على العلامات السريرية التي لاحظها مقدمي الرعاية، يفسح تدريجياً المجال لتقديم دواء أقرب إلى المرضى و رغباتهم العلاجية. إن قياس نوعية الحياة في هذا المعنى مشابه لسؤال "كيف حالك؟". والواقع أن نوعية الحياة تشير إلى الإحساس بالرفاه أكثر من عدم وجود مرض عضوي أو حالة صحية بسيطة. والإجابة على هذا السؤال من خلال تقييم شبه كمي للحالة الصحية التي تتراوح بين "جيدة تماماً" إلى "سيئة للغاية"، وتهدف أدوات قياس نوعية الحياة إلى توفير استجابة كمية ومعايير لهذا السؤال (JULIEN SAMIER, 2006).

وظهرت أهمية نوعية الحياة لدى الأفراد الذين يعانون من الأمراض الخبيثة من خلال سلسلة من الدراسات، وقد تم بناء عدد من المقاييس المختلفة لدراسة نوعية حياة المرضى، بما في ذلك التأثير الوظيفي المتصور للمرض وعلاجه، وتهتم نوعية الحياة بثلاث جوانب هي الجانب الفسيولوجي والنفسي والاجتماعي (Željko Glavić & al, 2014).

من بين الدراسات التي تناولت موضوع نوعية الحياة وعلاقته بالأنماط السلوكية نجد رسالة دكتوراه "الزروق فاطمة الزهراء" (2008) من جامعة "الجزائر 2" بعنوان (دراسة النمط السلوكي للمصابين بالسكري من خلال طريقة الحياة)، حيث قام هذا البحث على فكرة وجود نمط سلوكي خاص يرفع من احتمال الإصابة بالسكري، وافترض أنه يمكن الكشف عن هذا النمط من خلال وصف طريقة حياة عينة من المصابين بهذا المرض من الجنسين ومن النوعين الرئيسيين للسكري، الأول والثاني. كما افترض

وجود فروق دالة بين الذكور والإناث، وفروق دالة كذلك بين أفراد النوع الأول والنوع الثاني من المصابين بالسكري. وتوصل البحث إلى مجموعة من النتائج التي تؤكد وجود نمط سلوكي يمكن أن يكون وراء الإصابة بالسكري بالإضافة إلى المسببات التقليدية المعروفة والمتمثلة في الاستعداد الوراثي، وقد وجد أن هذا النمط السلوكي أساسا يقوم على سمتين بارزتين هما أسلوب العزو الخارجي والتفائل غير الواقعي. كما وجد فروق دالة بين الذكور والإناث في تركيب النمط السلوكي المرتبط بالإصابة بالسكري، والفرق في مستوى الصحة النفسية والصحة الجسدية، وكذلك في مستوى الاستقلالية الذاتية وفي العلاقات الاجتماعية والزواجية، بينما يغيب هذا الفرق بين الجنسين في كل من البيئة والمحيط وفي الجانب الديني والتوجه نحو الحياة. وهنا نلاحظ متغير الجنس الذي كان له دور في تحديد النمط السلوكي بين الذكور والإناث.

كما نجد دراسة "زعطوط رمضان" من جامعة قاصدي مرياح "ورقلة" بعنوان (نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين وعلاقتها ببعض المتغيرات) واتخذ من مرض السرطان نموذجا، ودلت النتائج على ارتفاع نوعية الحياة المتوسطة والجيدة للمرضى مقارنة بالأصحاء، ولم توجد فروق بين المرضى والأصحاء في الوظائف التنفيذية، الكفاءة الذاتية المدركة لدى المرضى منخفضة مقارنة بالأصحاء، مستوى الدعم الاجتماعي منخفض في العينتين ولم يرتبط بنوعية الحياة لدى المرضى عكس الأصحاء، كما ارتبط الكرب النفسي سلبا بنوعية الحياة لدى المرضى والأصحاء، ورغم انخفاض تعداد الخلايا المناعية لدى المرضى إلا أنها لم ترتبط بنوعية الحياة لدى العينتين. وكانت المتغيرات التصنيفية والاجتماعية وكذا مدة الازمان فاعلة في العلاقة بين نوعية الحياة وبين متغيرات الدراسة عدا المستوى الاقتصادي، ورغم ارتباط التدين بنوعية الحياة لدى المرضى والأصحاء إلا أن تحليل النموذج المقترح لم يظهر دوره الوسيط بين نوعية الحياة وبين المتغيرات الأخرى، عكس متغير الكرب النفسي الذي ارتبط بنوعية وبكل من الكفاءة الذاتية والوظائف التنفيذية والوضع العائلي لدى المرضى، إضافة إلى التدين كمتغير مستقل لدى

الأصحاء. لذلك اعتبر الكرب النفسي متغيراً مفتاحياً وهدفاً رئيسياً للتدخلات العلاجية لرفع مستوى نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين للمتغيرات الفاعلة الأخرى.

أما الدراسات التي تناولت موضوع النمط السلوكي (ج)، نجد دراسة "Jafari, E, et al" (2009) هدفت لمقارنة العلاقة بين الشخصية ذات النمط السلوكي (ج) ومركز التحكم والجرأة عند مرضى السرطان والأصحاء ، حيث تم اختيار 60 مريضاً من معهد السرطان بطهران (مستشفى الإمام الخميني طهران) و 60 فرداً من العاديين من موظفي الجامعة وقد تم العثور على درجة عالية بشكل ملحوظ للنمط السلوكي (ج) ، فضلاً عن انخفاض مستوى الصلابة عند النساء والرجال المصابين بمرض السرطان. واستنتجوا أن المرضى الذين يعانون من مرض السرطان يميلون إلى إظهار شخصية ذات نمط سلوكي (ج)، وموقع خارجي للتحكم وصلابة أقل من الناس العاديين. كذا دراسة "Eskelinen M et al" (2011) والتي أجريت في "فنلندا" على مجموعة قوامها 115 امرأة (34 مصابة بسرطان الثدي "BC"، 53 مصابة بورم حميد في الثدي "BBD"، 28 شخص من الأصحاء "HSS")، وذلك لتقييم خصائص الشخصية المعرضة للسرطان عن طريق استخدام "استبيان الالتزام" (commitment questionnaire). حيث أظهرت النتائج التزام مجموعة (BC) اتجاه أطفالهم والزوج امتلاك العمل والهيئة الخاصة أكبر من مجموعتي (BBD) و (HSS)، وهذا يدل على ميل النساء المصابات بسرطان الثدي (BC) إلى زيادة خطر تحمل خصائص "الالتزام العالي"، ويمكن لهذا النمط أن يساهم في خطر الإصابة بالسرطان من خلال المسارات المناعية الهرمونية. بعدها دراسة "Cédric Lemogne et al" (2014) وهي دراسة طولية لمدة 16 سنة تهدف لدراسة الشخصية وخطر الإصابة بالسرطان، حيث فحصت الارتباط بين أربع مقاييس للشخصية (كبت المشاعر، عقلائي مضاد للعاطفي، العدا، علاقة النمط "أ" في حدوث السرطان)، حيث شملت الدراسة 13768 حالة من العاديين من كلا الجنسين العمال في شركة الغاز والكهرباء الفرنسية، وتم متابعة تشخيص السرطان الأولي من (1 يناير 1994 إلى 31 ديسمبر 2009)،

كما تم تقييم الارتباط بين السمات وحدوث السرطان باستخدام تحليلات كوكس للأخطار التناسبية. وخلال فترة المتابعة تم تلقي 1139 مشاركا تشخيصا واحدا على الأقل للسرطان الأولي، وكان متوسط المدة بين تشخيص الخط الأساسي والسرطان 9.3 سنوات. ارتبطت شخصية (كبت المشاعر) بانخفاض خطر الإصابة بسرطان الثدي، ولم ترتبط شخصية (عقلاني/مضاد للعاطفي) بسرطان البروستات أو الثدي أو القولون والمستقيم أو التدخين، وارتبط العدا بزيادة خطر الإصابة بالسرطانات المرتبطة بالتدخين، بينما لم يرتبط النمط السلوكي "أ" بأي من نقاط نهاية السرطان. وتوصلوا إلى ارتباط عدة أنواع من الشخصية مع حدوث أنواع مختلفة من السرطان، وقد تستدعي هذه الروابط المزيد من الدراسات الوبائية والتحقيقات حول الآليات البيبيوسلوكية "biobehavioral". اذن فارتبط كل من موقع التحكم الخارجي والالتزام العالي، العدا بخطر الإصابة بالسرطان بالإضافة إلى ارتباط عدة أنواع من الشخصية مع أنواع مختلفة من السرطان.

أما بالنسبة للدراسات التي تناولت موضوع نوعية الحياة المرتبطة بالصحة عند مرضى السرطان فنجد دراسات ثرية في هذا المجال ولكن للأسف غيابها على المستوى المحلي وندرتها عربيا إلا دراسة "et al Samira El Fakir" (2014)، والتي أجريت في المغرب، ففي البلدان الناطقة بالعربية، لم تتم دراسة (QOL) عند مرضى السرطان بشكل غير كافٍ. وكان الهدف منها هو اختبار موثوقية وصحة النسخة العربية المغربية من الاستبيان الخاص بنوعية الحياة الخاصة بسرطان الثدي لدى المنظمة الأوروبية للبحوث وعلاج سرطان (QLQ-BR23). فبعد الترجمة والتكيف بين الثقافات، تم اختبار الاستبيان على مرضى سرطان الثدي. كان عدد المشاركين للاختبار وإعادة الاختبار 105 و 37 على التوالي. تم اختبار الاتساق الداخلي باستخدام معامل ألفا كرونباخ ( $\alpha$ )، وموثوقية الاختبار - إعادة الاختبار باستخدام معاملات ارتباط (ICC). تم تقييم الصدق من خلال فحص صلاحية البند المتقاربة والمتباعدة. النتائج: تم تقديم الاستبيان إلى 105 مريض. كان متوسط عمر المرضى 48 سنة (SD: 16)، 62.9 %

كانوا متزوجين. 68.6 % من جميع المشاركين يعيشون في المناطق الحضرية، متوسط الوقت لاستكمال (QLQ-BR23) هو 15 دقيقة. بلغت قيمة معامل ألفا كرونباخ كلها < 0.7 ، باستثناء أعراض الثدي وأعراض الذراع. تجاوزت جميع البنود معيار 0.4 لصحة التقارب باستثناء البند 20 و 23 المتعلقة بالألم ومشاكل الجلد في الثدي المصابة على التوالي. بشكل عام ، أوضحت نتائج هذه الدراسة أن النسخة العربية المغربية من (EORTC QLQ-BR23) هي مقاييس تكميلية موثوقة وصالحة للقياس نوعية الحياة (QOL) عند مرضى سرطان الثدي ويمكن استخدامها في التجارب السريرية والدراسات لأبحاث النتائج في علم الأورام .

ولهذا ركزنا على الدراسات التي طبقت فيها الاستبيانات التي استعملناها في الدراسة وكذا علاقة نوعية الحياة المرتبطة بالصحة بالمتغيرات السوسيوديموغرافية، ونذكر منها: دراسة " Heydar nejad et al " (2011) حيث قاموا باستكشاف العوامل المؤثرة في نوعية الحياة لدى المصابين بالسرطان تحت العلاج الكيميائي في إيران على عينة مكونة من 200 مريض باستعمال مقياس (EORTC QLQ-C30) ، وأشارت النتائج إلى وجود ارتباط بين نوع السرطان وبين كل من شدة الألم والإرهاق، ولم ترتبط المتغيرات والعوامل الديموغرافية مثل السن ومستوى التعليم والوضع الاجتماعي والدخل بنوعية الحياة، كما أظهر 66% من العينة حياة مُرضية. بعدها دراسة " Ali Dehkordi et al " (2009) الهدف منها هو وصف نوعية الحياة (QoL) عند مرضى السرطان خلال دورات العلاج الكيميائي المختلفة (CT)، حيث تضمن البحث مجموعة مكونة من 200 مريض بالسرطان، وتم استخدام استبيان (EORTC QLQ-C30) لقياس نوعية الحياة لدى المرضى. وأسفرت النتائج عن غياب الارتباط بين (QoL) و بعض المتغيرات مثل العمر، الجنس، الحالة المدنية ومدة المرض، الظروف الاقتصادية والوظيفة المهنية. وعلاوة على ذلك، لم يتم العثور على ارتباط بين (QoL) والمستوى التعليمي للمرضى (سواء كانوا يعرفون القراءة والكتابة أو أميين). كما تم العثور على اختلاف كبير بين مستوى (QoL) عند المرضى الذين يخضعون لدورتين من

العلاج الكيميائي مقارنة مع الذين يخضعون لثلاثة أو خمس دورات. وتوصلوا إلى خلاصة مفادها تشجيع المرضى السرطان لإكمال دورة العلاج الكيميائي (CT) الذي له دور هام في نتائج العلاج ونوعية الحياة "QoL". فلقد أبلغتنا الأخصائية النفسية بمصلحة طب الأورام بمستشفى "فرانتر فانون" أن كثيرا ما يتوقف المرضى عن مواصلة العلاج الكيميائي بعد ظهور الأعراض الجانبية في الحصة الأولى للعلاج كسقوط الشعر والقيء، وهذا التوقف يزيد من شدة المرض وقد يؤدي إلى موت المريض أحيانا.

ثم دراسة "Laurel L. Northouse et al" (1999) هدفت إلى وصف نوعية حياة المرأة الأمريكية الأفريقية المصابة بسرطان الثدي واختبار نموذج من العوامل التي قد تؤثر على نوعية حياتهم، وتم استخدام مفهوم الإجهاد في (التركيبة السكانية ، الشواغل الحالية ، والتفاؤل) ، والموارد الاجتماعية (وظائف الأسرة) ، والعوامل المرتبطة بالمرض (ضائقة الأعراض، والخصائص الطبية)، بالإضافة إلى تقييم المرض ونوعية الحياة، ضمت هذه الدراسة 98 امرأة أمريكية من أصل أفريقي اللواتي شخص عندهن المرض منذ 4 سنوات تقريبا. ذكرت النساء نوعية حياة عالية نوعا ما، أبدين تفاؤل مرتفع بشكل عام، وكان لهن أداء فعال في الأسرة. وعلى الرغم من أن اضطراب الأعراض كان منخفضا بشكل عام، إلا أن عددا كبيرا من النساء أبلغن عن مشكلات تتعلق بفقدان الطاقة، واضطرابات النوم، والألم. وأوضح النموذج نسبة 75 % من التباين في نوعية الحياة. تؤكد هذه النتائج على أهمية مساعدة النساء لتعزيز التقييم الإيجابي لمرضهن، وإدارة المخاوف الحالية، والحفاظ على وظائف الأسرة، والحد من أعراض الاضطراب، لأن كل من هذه العوامل تؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر على نوعية حياتهم.

ولدينا دراسة "Priscila Isolani de Oliveira et al" (2013) والتي تهدف إلى تقييم نوعية الحياة المتعلقة بالصحة (QLRH) عند المرضى الذين يعانون من سرطان الرئة بعد العلاج الكيميائي. حيث تم تقييم (QLRH) باستخدام استبيان نوعية الحياة (QLQ-C30) ووحدة سرطان الرئة (LC13) ، الإصدار 3.0.

العينة تتكون من 11 امرأة و 19 رجلاً ، بمتوسط عمر 68 سنة (51-87 سنة). بعد العلاج الكيميائي، لاحظ الباحثون تحسناً سريريًا في نوعية الحياة العامة ، وكذلك في أعراض ضيق التنفس والأرق ونفث الدم والسعال وآلام الصدر وألم في الذراع / الكتف وصعوبة مالية. كما كان هناك تفاقم في البعد الوظيفي الذي يقيم أداء الأدوار وأعراض التعب، والغثيان والقيء، الاعتلال العصبي الحسي، الألم في أجزاء أخرى للجسم، الإمساك، فقدان الشهية وتساقط الشعر. توصلت الدراسة إلى أنه على الرغم من أن المرضى لديهم تحسن في (QLRH) والأعراض المتعلقة بسرطان الرئة بعد العلاج الكيميائي ، كان هناك تفاقم الأعراض التي نتجت عن سمية أدوية العلاج الكيميائي.

بالإضافة إلى دراسة " Jue Chen et al (2015) التي درست نوعية الحياة ، وتطور المرض، ومعدل البقاء على قيد الحياة خلال العلاج الكيميائي عند مرضى سرطان الرئة غير الصغيرة (NSCLC) والتي تم تشخيصها حديثًا، فكان منهم الذين 48 حالة يعانون من الاكتئاب، و 78 حالة ليس لديهم إكتئاب في مجموعات الاكتئاب والاكتئاب. تم تقييم نوعية الحياة ذات الصلة بالصحة (HR-QOL) باستخدام نوعية استبيان الحياة لمرضى السرطان الصينيين الذين يتلقون العلاج الكيماوي (QLQ-CCC)، كان الاكتئاب مصنفًا ذاتيًا باستخدام مقياس الاكتئاب الذاتي "Zung Self-Rating Depression Scale" (Z-SDS) . ، حيث ارتبط وجود الاكتئاب بانخفاض نوعية الحياة ، وتزايد تطور المرض ، والغثيان والإرهاق ، وانخفاض معدل البقاء على قيد الحياة بنحو 90 يومًا من المتابعة. بالإضافة إلى ذلك ، لم يظهر نظام العلاج الكيميائي (DC) تحسين نوعية الحياة عند المرضى المكتئبين، وكان هناك علاقة إيجابية بين الاكتئاب والغثيان والتعب ولكن لم يكن هناك اختلاف كبير في السميات الدموية بين المرضى المكتئبين المرضى غير المكتئبين. وتوصلت الدراسة أن الاكتئاب ارتبط بحياة سيئة عند المرضى الذين تم تشخيصهم حديثًا بسرطان الرئة (NSCLC). أيضا ، لم يحسن نظام العلاج الكيميائي (DC) نوعية الحياة عند المرضى المصابين بالاكتئاب، كما كانت هناك حالات كثيرة تقدمت في المرض مجموعة المكتئبين.

وتشير النتائج إلى أن مرضى (NSCLC) المصابين بالاكتئاب معرضون بشكل متزايد للهبوط في نوعية الحياة (HR-QOL) ومعدل البقاء على قيد الحياة خلال العلاج الكيميائي من المرضى الذين لا يعانون من الاكتئاب. كما نجد دراسة "Ahmet Bircan et al" (2003)، وأهداف هذه الدراسة السريرية هو إثبات آثار العلاج الكيميائي على نوعية حياة (QOL) مرضى سرطان الرئة ومقارنة هذا التأثير عند مرضى سرطان الرئة ذو الخلايا غير الصغيرة (NSCLC) ومرضى سرطان الرئة ذو الخلايا الصغيرة (SCLC). حيث أدرجت 27 حالة من مرضى (SCLC) و25 حالة من مرضى (NSCLC). تم قياس (QOL) لمرضى سرطان الرئة باستخدام الاستبيان الأساسي للمنظمة الأوروبية للبحوث والعلاج من السرطان (QLQ C-30) ووحدة سرطان الرئة (LC-13) وتم تطبيق الاستبيان قبل وبعد ثلاث دورات من العلاج الكيميائي المحتوية على البلاتين. أسفرت النتائج عن حالة استجابة الورم وحالة أداء المرضى مرتبطة بقوة مع العديد من مجالات (QOL). العلاج الكيميائي قلل من الحاجة إلى دواء السيطرة على الألم. كانت هناك فقط اختلافات في درجات الأرق ودرجات المشاكل المالية بين (NSCLC) ومرضى (SCLC) في البداية، وأيضاً بعد ثلاث دورات من العلاج الكيميائي. وكانت جميع المجالات الأخرى لـ (QOL) متشابهة بين المجموعتين. ظهر تحسن في الأعراض المتعلقة بالورم وحالة الصحة العامة / (QOL) مع العلاج الكيميائي في كل من (NSCLC) ومرضى (SCLC). كما تحسن الدور العاطفي والأداء الوظيفي أيضاً عند مرضى (SCLC). ولكن تساقط الشعر، قرحة الفم، الغثيان وعلامات القيء زادت مع العلاج الكيميائي. الخلاصة: يمكن للعلاج الكيميائي على الأقل تحسين بعض مجالات نوعية الحياة مع تخفيف الأعراض عند كل من مرضى (NSCLC) و(SCLC).

أما دراسة "Shozo Ohsumi et al" (2009) هدفت لتحديد ما إذا كان هناك اختلاف في نوعية الحياة المتعلقة بالصحة (QOL) موجودة بين الناجين من سرطان الثدي (BC) الذين قاموا باستئصال الثدي والذين يتلقون العلاج للحفاظ على الثدي (BCT)، كما تم تحديد العوامل المرتبطة (QOL) عند الناجيات

على المدى الطويل لدى (BC). حيث تم سؤال مائة مريضة ممن خضعن للجراحة (BC) وكن على قيد الحياة دون تكرار المرض لمدة 5 سنوات للرد على الاستبيانات التي يديرها المريض لتقييم (QOL) (التقييم الوظيفي لمقياس العلاج السرطان - الثدي: FACTB) والضيق النفسي (مقياس قلق المستشفى ومقياس الاكتئاب: HADS). رد 93 من بينهن على الاستبيانات بالإيجاب. ودلت النتائج على الرغم من أن أياً من نقاط (QOL) لم تكن مرتبطة بالإجراءات الجراحية ، إلا أنه تم العثور على علاقة ذات دلالة إحصائية بين العمر ومستوى التقييم الوظيفي العام (FACT) ورفاهية اجتماعية / أسرية (SWB) ، واستنتجوا أن بين الناجيات من سرطان الثدي والذين خضعوا للعلاج دون استئصال الثدي (BCT) شهدت نوعية حياتهم (QOL) تحسن بشكل ملحوظ أفضل قليلاً من أولئك الذين قاموا باستئصال الثدي في تقييم (FACT BCS). كما شهد المرضى الأصغر سناً والمرضى من ذوي الخلفيات التعليمية العليا (QOL) مرتفعة عن غيرهم.

ومن الدراسات التي اهتمت بمراجعة متكاملة للادبيات المتعلقة بنوعية الحياة عند الناجيات من سرطان الثدي نجد دراسة "Maggie A. Ward" (2013)، حيث تضمنت المقالات البحثية الأربعة عشر التي استوفت معايير الاشتمال بالدرجة الأولى دراسات قائمة على الملاحظة مع الاستبيانات كقياسات ، والتدخلات مع الدعم المهني للرعاية الصحية ، والنساء المستهدفات مع تشخيص سرطان الثدي. العوامل الرئيسية التي تم تحديدها في تأثير نوعية الحياة هي: التفاؤل ، الثقة المرتبطة بالسرطان ، المستوى الملحوظة من الآثار الجانبية ، أعراض الاكتئاب ، الدعم الاجتماعي ، الاضطراب الاجتماعي ، الروحانية ، ونوعية الحياة الذاتية. تظهر الأدلة الحالية أنه بغض النظر عن العوامل الموجودة ، والمرحلة عند التشخيص ، وعدد حالات المرض المشتركة ، وطولها منذ التشخيص لم يؤثر على نوعية الحياة بشكل عام ؛ ومع ذلك ، فالسن له تأثير كبير. فمثل هذه الدراسات مهمة ، حيث توضح صحة الفرد بشكل عام بدلاً من الرفاهية البدنية فقط. ففي كثير من الأحيان، يقوم المرضى باتخاذ القرارات علاجية

تعتمد على نوعية الحياة، وليس الكمية التي قد يختبرها المرء. كما نجد دراسة "Montazeri, A" (2008) فقد قام بمراجعة ببليوغرافية للأدبيات التي قامت بدراسة نوعية الحياة المتعلقة بالصحة عند مرضى سرطان الثدي من المنشورات الكاملة التي نشرت في المجالات الطبية الحيوية باللغة الإنجليزية بين عامي (1974) و (2007)، حيث تم استخدام فيها عدة أدوات صالحة لقياس نوعية الحياة عند مرضى سرطان الثدي، مثل (EORTC QLQ-C30) والاستبيان المكمل الخاص بمرض سرطان الثدي (EORTC QLQ-BR23)، واستبيان التقييم الوظيفي والعلاج الوظيفي للأمراض المزمنة (FACIT-G)، ويعتبر وحدة سرطان الثدي (FACIT-B) الاستبيان الأكثر شيوعاً وتطوراً لقياس نوعية الحياة عند مرضى سرطان الثدي. وتوصل إلى أن المرضى الذين خضعوا للعمليات الجراحية لديهم نتائج متشابهة نسبياً من حيث تقييم نوعية الحياة، على الرغم من أن المرضى الذين خضعوا لعملية استئصال الثدي مقارنة بالذين حافظوا عليه أفادوا عن تدني صورة الجسم والأداء الجنسي. أما فيما يخص تأثير العلاجات بالأجهزة ، تشير جميع الدراسات تقريبا إلى أن مرضى سرطان الثدي الذين يتلقون العلاج الكيميائي قد عانوا من العديد من الآثار الجانبية والأعراض التي تؤثر سلباً على نوعية حياتهم. كما وجد أن العلاج الهرموني المساعد له تأثير سلبي مماثل على نوعية الحياة على الرغم من ارتباطه بصفة عامة بتحسين القدرة على البقاء. وجد أن القلق النفسي والاكتئاب شائع بين مرضى سرطان الثدي حتى بعد سنوات من تشخيص المرض وعلاجه. كما تم العثور على العوامل النفسية للتنبؤ بنوعية الحياة اللاحقة أو حتى البقاء بشكل عام عند مرضى سرطان الثدي. العلاجات الداعمة والرعاية السريرية للسيطرة على التقيؤ ، أو التدخلات مثل المشورة ، وتوفير الدعم الاجتماعي والتمارين يمكن أن تحسن نوعية الحياة. أما بالنسبة لأعراض - الألم والتعب واعتلال الذراع وأعراض ما بعد سن اليأس - كانت من بين الأعراض الأكثر شيوعاً التي أبلغ عنها مرضى سرطان الثدي، حيث يعد التعرف على هذه الأعراض وإدارتها مسألة مهمة لأنها تؤثر على نوعية الحياة المرتبطة بالصحة. كما يعاني مرضى سرطان الثدي الذين يمارسون العمل الجنسي وخاصة

المرضى الأصغر سناً من سوء الأداء الجنسي الذي يؤثر سلباً على نوعية حياتهم. وخلص القول أنه من بين مجموعة واسعة من المؤلفات حول نوعية الحياة عند مرضى سرطان الثدي، قدمت هذه الأخيرة مساهمة كبيرة في تحسين ورعاية مرضى سرطان الثدي على الرغم من صعوبة تحديد فوائدها بدقة. ومع ذلك، قدمت بيانات نوعية الحياة أدلة علمية لاتخاذ القرارات السريرية ونقل معلومات مفيدة بشأن تجارب مرضى سرطان الثدي خلال مسار تشخيص المرض والعلاج، والبقاء وقت المرض دون أمراض أخرى، وتكرار المرض؛ وبخلاف ذلك، فإن إيجاد الحلول التي تركز على المريض لاختيار العلاجات المثلى القائمة على الأدلة، والتدخلات النفسية الاجتماعية، واتصالات الطبيب بالمريض، وتخصيص الموارد، وتحديد أولويات البحث أمر مستحيل. كما يبدو أن هناك حاجة إلى المزيد من البحث النوعي لفهم أفضل للموضوع. بالإضافة إلى ذلك، ينبغي أن تحظى المشكلات المتعلقة بالمرض وآثاره الجانبية وأعراضه الجانبية والأداء الجنسي باهتمام أكبر عند دراسة نوعية الحياة لدى مرضى سرطان الثدي.

كما قام نفس الباحث وآخرون "Montazeri et al" (1998) بإجراء مراجعة للأدبيات التي شملت 25 عامًا (1970 إلى 1995) من خلال البحث عبر "MEDLINE" وبدويًا لنوعية حياة مرضى سرطان الرئة. تتكون المراجعة من جزأين مصاحبين، الأول يتضمن دراسات نوعية الحياة عند مرضى سرطان الرئة بشكل عام، بينما يقتصر الجزء الثاني على عينات محددة من مرضى سرطان الرئة الصغيرة وغير الصغيرة. وباستثناء مقالات الغير الانجليزية، تم تحديد 151 استشهاده وتمت مراجعة جميعها. تم استخدام أكثر من 50 أداة لقياس نوعية الحياة في دراسات سرطان الرئة. ومن بينها (EORTC QLQ-LC13) بالاشتراك مع استبيان السرطان الأساسي (QLQ-C30) وهي أفضل أداة متطورة، على الرغم من وجود اثنين آخرين، تدابير خاصة بسرطان الرئة مع موثوقية وصحة جيدة. تم تسليط الضوء على عدة مواضيع في هذا الفصل، بما في ذلك أهمية قياس نوعية الحياة بانتظام عند مرضى سرطان الرئة، وتم التأكيد على التقدم والإنجازات في بعض المجالات مثل حالة الأداء كمؤشر لقياس نوعية الحياة

والأعراض النفسية كعوامل تنبؤية لنوعية البقاء، ومشاكل التواصل في دراسات نوعية الحياة لمرضى سرطان الرئة وتأثيراتها في رعاية مرضى سرطان الرئة. حيث وجد أن تخفيف الأعراض والتدخلات النفسية والاجتماعية وفهم مشاعر المرضى ومخاوفهم كلها عوامل تساهم في تحسين نوعية الحياة عند المرضى. وخلص إلى أن التحدي في المستقبل في علاج سرطان الرئة لا يكمن فقط في تحسين البقاء، ولكن أساسا في نوعية حياة المرضى بغض النظر عن نوع الخلايا. كما يُنصح بإجراء التجارب السريرية والدراسات الوبائية القائمة على التعداد السكاني، لإتاحة فهم أفضل لمساهمة الخصائص الاجتماعية-الاقتصادية للمرضى في المعالجة المسبقة للحياة ونوعية الحياة بعد العلاج.

أما سرطان الرئة فقد قام " Poghosyan, H et al " بمراجعة منهجية للأدبيات المتعلقة بنوعية الحياة المرتبطة بالصحة (HR-QOL) عند مرضى سرطان الرئة ذو الخلايا الغير صغيرة (NSCLC) بعد العلاج الجراحي، حيث يجري حاليا معالجة الاستئصال الجراحي لتحسين البقاء على المدى الطويل بعد سرطان الرئة ذو الخلايا غير الصغيرة (NSCLC). مع النمو المتوقع للناجين من (NSCLC) الذين تم تشخيصهم من خلال الفحص الطبقي المحوسب ، وتم استخدام ثلاثة قواعد بيانات محوسبة (PubMed و Medlin و CINHALL) لتحديد المقالات، معايير انتقاء المقالات كانت حسب الدراسات التجريبية في اللغة الإنجليزية، وتقييم (HR-QOL) ما بعد العمليات الجراحية ، والتي تم نشرها قبل يناير 2012. وقد تم استعراض تسعة عشر مقالا من أصل 337 دراسة. حيث أبدى غالبية المشاركين (67 %) نوعية حياة مرتبطة بالصحة (HR-QOL) مستقرة أو متحسنة بعد 6 أشهر من الجراحة، إلا أن الناجين من (NSCLC) عانوا من انخفاض في (HR-QOL) بالمقارنة مع حالة ما قبل الجراحة ، كان للمشاركين وظيفة فيزيائية أسوأ بعد 6 أشهر من الجراحة وانخفض أدائهم الجسدي حتى سنتين بعد الجراحة. كما كان الألم والتعب وضيق التنفس والسعال أكثر الأعراض انتشارًا. وقد استمرت مستويات زيادة ضيق التنفس والإرهاق لمدة سنتين على الأقل بعد الجراحة. مواصلة التدخين، ووجود أمراض مصاحبة، واستئصال

جراحي واسع النطاق، ومعالجة مساندة مع انخفاض في (HR-QOL). ولهذا استنتجوا أن هناك حاجة لتدخلات جديدة تركز على الإقلاع عن التدخين، وتحسين السيطرة على الأعراض والوظائف البدنية لتعزيز نوعية الحياة المرتبطة بالصحة (HR-QOL) بعد جراحة سرطان الرئة.

وعليه ومن خلال ما تم عرضه سابقا يمكننا طرح السؤال العام التالي:

ما طبيعة العلاقة بين النمط السلوكي (ج) ونوعية الحياة عند مرضى سرطان الثدي وسرطان الرئة؟  
وتكون الأسئلة الجزئية كما يلي:

1- ما طبيعة انتشار النمط السلوكي (ج) لدى مرضى سرطان الثدي وسرطان الرئة؟

2- ما مستوى نوعية الحياة لدى مرضى سرطان الثدي؟

3- ما مستوى نوعية الحياة لدى مرضى سرطان الرئة؟

4- هل توجد فروق في مستوى نوعية الحياة لدى مرضى سرطان الثدي و سرطان الرئة تعزى لمتغير الجنس؟

5- هل يوجد فروق في مستوى نوعية الحياة لدى مرضى سرطان الثدي و سرطان الرئة بناء على مستوى التعليم؟

6- هل يوجد فروق في مستوى نوعية الحياة لدى مرضى سرطان الثدي و سرطان الرئة بناء على الحالة المدنية؟

7- هل يوجد فروق في مستوى نوعية الحياة لدى مرضى سرطان الثدي وسرطان الرئة بناء على نوع العلاج؟

8- هل توجد فروق في مستوى نوعية الحياة ونوع المرض (سرطان الثدي، سرطان الرئة) لدى المصابين بمرض السرطان؟

9- هل توجد علاقة بين مستوى نوعية الحياة والنمط السلوكي (ج) لدى المصابين بمرض سرطان الثدي؟

10- هل توجد علاقة بين مستوى نوعية الحياة والنمط السلوكي (ج) لدى المصابين بمرض سرطان الرئة؟

### فرضيات الدراسة:

توجد علاقة عكسية بين النمط السلوكي (ج) ونوعية الحياة عند مرضى سرطان الثدي وسرطان الرئة.

### الفرضيات الجزئية:

- 1- يتمتع مرضى سرطان الثدي و سرطان الرئة بارتفاع انتشار النمط السلوكي (ج).
- 2- هناك انخفاض في مستوى نوعية الحياة لدى مرضى سرطان الثدي.
- 3- هناك انخفاض في مستوى نوعية الحياة لدى مرضى سرطان الرئة.
- 4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى نوعية الحياة لدى مرضى سرطان الثدي و سرطان الرئة تعزى لمتغير الجنس.
- 5- يوجد فروق في مستوى نوعية الحياة لدى مرضى سرطان الثدي و سرطان الرئة بناء على مستوى التعليم.
- 6- يوجد فروق في مستوى نوعية الحياة لدى مرضى سرطان الثدي و سرطان الرئة بناء على الحالة المدنية.
- 7- يوجد فروق في مستوى نوعية الحياة لدى مرضى سرطان الثدي و سرطان الرئة بناء على نوع العلاج.

8- توجد فروق دالة إحصائية بين مستوى نوعية الحياة ونوع المرض (سرطان الثدي/سرطان الرئة) لدى المصابين بمرض السرطان

9- توجد علاقة ارتباطيه عكسية دالة إحصائية بين مستوى نوعية الحياة والنمط السلوكي (ج) لدى المصابين بمرض سرطان الثدي.

10- توجد علاقة ارتباطيه عكسية دالة إحصائية بين مستوى نوعية الحياة والنمط السلوكي (ج) لدى المصابين بمرض سرطان الرئة.

### أهمية الدراسة:

تكتسب الدراسة الحالية أهميتها من خلال:

- تتناول هذه الدراسة النمط السلوكي (ج) ونوعية الحياة واللذان يعتبران من أكثر المتغيرات التي جذبت اهتمام الباحثين، خصوصا متغير نوعية الحياة الذي يعتبر محل دراسة في شتى المجالات.
- التأكد من سيادة النمط السلوكي (ج) ومعرفة شدته عند المصابين بالسرطان من خلال مجموعة البحث.
- معرفة مستوى نوعية الحياة المرتبطة بالصحة عند المصابين بالسرطان من خلال مجموعة البحث.
- دراسة العلاقة بين النمط السلوكي (ج) ونوعية الحياة عند المصابين بالسرطان وذلك على المستوى المحلي، والذي سجل ندرت مثل هذه الدراسات.
- تحويل زاوية النظر الطبية الكلاسيكية المركزة على المرض، إلى الاهتمام بالجوانب المعرفية والوجدانية والاجتماعية وإدراك المريض لحياته في إطار ثقافته، من خلال التركيز على دراسة نوعية الحياة لمرضى السرطان.

- تحديد البُعد الأكثر شيوعاً من أبعاد النمط السلوكي (ج) عند مرضى السرطان في الجزائر، والممثلين في مجموعة البحث.
- قد تخرج الدراسة من خلال إلقاء الضوء على المتغيرات الفاعلة في نوعية حياة مرضى السرطان بنتائج، مما يتيح التكفل الأمثل بهم من طرف الأطباء والنفسانيين والمكلفين برعايتهم.

### التحديد الإجرائي لمتغيرات الدراسة:

- النمط السلوكي (ج): هو مجموع الدرجات التي تفوق 40 درجة والتي يحصل عليها المصاب بسرطان الثدي وسرطان الرئة، بعد الإجابة على فقرات المقياس المستخدم في الدراسة.
- نوعية الحياة: هي مجموع الدرجات المتحصل عليها من طرف المصابين بسرطان الثدي والرئة من خلال الاستبيانات المستعملة في الدراسة، وبعد تحديد البعد الأكثر تأثيراً (وظيفي، أعراض).

### أسباب اختيار الموضوع:

أصبح تقييم نوعية الحياة نقطة نهاية مهمة في التجارب السريرية، فالأبحاث في المجال المرضي يوفر للمتخصصين في الرعاية الصحية وصانعي القرار البيانات الأساسية حول تأثير نوعية الحياة على الأمراض وعلاجاتها، وعلى الوظائف الجسدية والنفسية والاجتماعية أو على رفاة المريض. ومن الواضح بشكل متزايد أنه ما كان يُعتقد أنه أمراض جسدية في الغالب، مثل السرطان، فالعوامل النفسية لها تأثير بشكل كبير في ظهوره ، حيث أشارت "تيموشوك" إلى أن مرضى السرطان غالباً ما كانوا يتميزون بقمع انفعالاتهم ، وخاصةً الغضب ، ويميلون إلى إظهار سلوكيات التضحية الذاتية إلى جانب السلبية، ووصفت هذه العواطف والسلوكيات بالنمط السلوكي (ج) .

ومن هذا المنطلق ومن خلال عملنا كأخصائية نفسية متطوعة بجمعية "تسيمة" لمساعدة مرضى السرطان بالبلدية، واحتكاكنا بالمصابات بالسرطان (باعتبار مأوى الجمعية يستقبل النساء فقط)، لاحظنا نوع من القمع و"القفطة" (باعتباره أفضل لفظ يمكن أن تعبر به المصابة عن حالتها النفسية) عند معظم المريضات، فتقريبا كلهن عايشن صدمات نفسية حادة لم يتمكن من تجاوزها (كموت الأولاد أو الزوج أو الطلاق...)، أو كن يعشن في ظروف مادية مزرية (السكن الفوضوي، طرد من المنزل...) والذي يمكن أن نعبر عليه باللهجة العامية بلفظ "الميزيرية"، وطريقة مواجهتهن لهذه المواقف الصعبة والتي تميزت بقمع الانفعالات وعدم التعبير عن الغضب، والظهور بالمظهر البشوش والمتقبل، هذا ما جعلنا نريد التأكد من سيادة النمط السلوكي (ج) عند مرضى السرطان، وتساؤلنا في نفس الوقت عن غياب مساندة نفسية أو لما لا علاجية تهدف إلى تغيير هذا السلوك والخروج من قوقعة الإنسان المظلوم والمحقر إذا صح التعبير والمضحى والراضي عن الحياة التي يعيشها بكل مساوئها ومشاكلها التي لم يتمكن من تجاوزها، إلى إنسان متمكن من التعبير عن غضبه دون قمع أو خوف، ويستطيع تحدي المشاكل التي تواجهه بكل ثقة دون تردد. وذلك من خلال تعديل السلوك لهؤلاء المرضى، وتعليمهم طرق أكثر إيجابية ومرونة في التعامل مع مواقف الحياة المختلفة، ففي موقع "nytimes" الذي تم من خلال صفحته تلخيص كتاب (The type c conction) لـ "ليديا تيموشوك" ذكرت أن (النمط السلوكي (ج) ليس شخصية، بل نمط سلوك مكتسب يمكن تعديله، وأن قمع المشاعر من شأنه أن يضعف دفاعات الجسم ضد السرطان، فهناك رابط بين المشاعر والجهاز المناعي). ومنه تهدف دراستنا للكشف عن هذا النمط أكثر وتحديد الأبعاد الأكثر شيوعا عند المصاب بالسرطان الجزائري. هذا فيما يخص ملاحظتنا عن النمط السلوكي (ج)، أما بالنسبة لنوعية الحياة المرتبطة بالصحة فما لفت انتباهنا هو اختلاف الآثار الجانبية للعلاج الكيميائي أو الإشعاعي عند المصابات بالسرطان، فمنهن من كان التأثير عليها كبير جدا من قيء وتعب ... ومنهن من كانت لا تتأثر بالعلاج ذات شهية مفتوحة للأكل وطاقة مرتفعة مع ارتباط هذه الشخصيات الأخيرة

بكثرة الضحك والتفاؤل والوجه البشوش، هذا ما جعلنا نتساءل أيضا عن سبب هذا الاختلاف وعلاقته بشدة النمط السلوكي (ج) عندهم، أي هل لشدة النمط السلوكي (ج) تأثير على نوعية حياة مرضى السرطان (والمتمثلة في الآثار الجانبية للعلاج كالتعب والألم)؟ والذي يعتبر التساؤل الرئيسي في بحثنا هذا والذي سنحاول الإجابة عليه من خلال اختبار الفرضيات.

أما فيما يخص اختيارنا سرطان الثدي وسرطان الرئة كنوعين من الأمراض لدراسته، فمن خلال بحثنا في الانترنت على مقياس يقيس نوعية الحياة عند مرضى السرطان، تمكنا من دخول موقع "المنظمة الأوروبية لبحوث وعلاج السرطان" (EORTC)، والذي وجدنا به مجموعة من الاستبيانات الخاصة بنوعية الحياة والتي تقيس أنواع مختلفة من أمراض السرطان التي سنذكرها لاحقا، وكانت هذه الاستبيانات مترجمة بعدة لغات منها اللغة العربية، ولكن لم نجد سوى استبيان سرطان الثدي والرئة مترجم باللغة العربية، فقررنا أن تكون دراستنا حول هذين النوعين من السرطان، فكما هو معروف فسرطان الرئة لم يحظ بدراسة كافية عكس سرطان الثدي الذي شملته عدة دراسات في شتى المستويات الأكاديمية، فبالتالي انتهزنا هذه الفرصة لدراسته وإلقاء الضوء على هذا النوع من السرطان الذي يعتبر السبب الأول للوفيات بالسرطان عند النساء والرجال، ولهذا سوف نجد أن عدد أفراد مجموعة البحث المصابين بسرطان الرئة قليل مقارنة بالأفراد المصابين بسرطان الثدي والذي يعتبر أيضا الرقم واحد في الانتشار عند النساء، ولكن فرص النجاة والشفاء منه أكبر من غيره خاصة إذا اكتشف في مراحله المبكرة.

## أهداف الدراسة:

- الكشف عن مدى انتشار النمط السلوكي (ج) عند مرضى السرطان في البيئة الجزائرية.
- الكشف عن مستوى نوعية الحياة المرتبطة بالصحة عند مرضى السرطان في البيئة الجزائرية.

• تحديد العلاقة بين النمط السلوكي (ج) ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة مرضى السرطان في البيئة الجزائرية.

• تحديد ارتباط المتغيرات السوسيوديموغرافية بالنمط السلوكي (ج) ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة مرضى السرطان في البيئة الجزائرية، وهل لهذه المتغيرات تأثير على المتغيرين السابقين.

## صعوبات الدراسة:

لا يمكن لأي دراسة أو بحث علمي أن يخلو من صعوبات سواء من الجانب النظري أو الجانب التطبيقي، ومن أهم ما واجهنا نذكر:

✓ قلة الدراسات النفسية التي تناولت موضوع نوعية الحياة عند مرضى السرطان محليا، فلم نتوقف إلا على دراسة واحد للباحث "زعطوط رمضان".

✓ قلة الدراسات التي ربطت بين نوعية الحياة والأنماط السلوكية، إلا دراسة الباحثة "الزروق فاطمة الزهراء"، والتي كان موضوعها يخص مرضى السكري.

✓ لم يحظ النمط السلوكي (ج) بدراسة كافية محليا، مما حتم علينا بناء مقياس يقيس هذا الأخير لتحديد أي بعد الأكثر انتشارا عند مرضى السرطان الجزائريين الذين يختلفون في خلفياتهم الأيديولوجية والثقافية عن الشعوب الأخرى التي تم اكتشاف وتحديد هذا النمط عندهم على يد الباحثة "ليديا تيموشوك".

✓ الدراسات التي تناولت موضوع الأنماط السلوكية معظمها ركزت على دراسة النمط السلوكي (أ).

✓ قلة المراجع باللغة العربية بالنسبة للنمط السلوكي (ج) أو نوعية الحياة، مما دفعنا إلى الترجمة من اللغات الأجنبية (الانجليزية والفرنسية) إلى اللغة العربية .

✓ تلقينا صعوبات خاصة بالجانب التطبيقي، حيث واجهنا الرفض من طرف كل من البروفسور المسؤول عن مركز مكافحة السرطان و ومصلحة طب الأورام ومصلحة العلاج الإشعاعي بمستشفى "فرانتز فانون" بالبلدية، وبعد الإصرار الدائم تمكنا بصعوبة أن ننال الموافقة، ولم نتمكن من معرفة سبب الرفض رغم أننا كنا مصحوبين بالوثائق التي تثبت هويتنا وكذا الدرجة العلمية التي نحن بصدد التحضير لها وهي الدكتوراه، في حين لاحظنا قبولهم لمستويات الليسانس والماستر لإجراء التريصات، ولم أكن الوحيدة التي لاقيت الرفض فكان طالب آخر في مستوى الدكتوراه أيضا واجه نفس الصعوبات، وهنا تبقى علامة الاستفهام مطروحة؟

# الفصل الثاني السرطان

## الفصل الثاني

### السرطان

تمهيد

أولاً: المقاربة الطبية لداء السرطان

ثانياً: المقاربة النفسية لداء السرطان

## تمهيد:

إن حياة الإنسان تتعرض في بعض الأحيان إلى تهديدات المحيط، فيصبح الفرد في تفاعل يومي مع هذه الضغوط التي يمكن أن تؤثر على الناحية الصحية والجسمية والنفسية والسلوكية له، فرغم التقدم العلمي الحاصل خاصة في مجال الطب والصحة لا يزال الفرد مهددا بالأمراض العضوية خاصة الخطيرة والمزمنة منها، والسرطان من أكثر الأمراض شيوعا في عصرنا هذا لما يسببه من ضغط كبير وقلق مستمر لكثير من الأشخاص في مختلف أنحاء العالم، فهو يشكل تهديد لحياة الإنسان نظرا لتدخل عدة عوامل في ذلك من بينها صعوبة تشخيصية وقسوة التقنيات المختلفة في علاجه وعدم توصل الطب إلى إيجاد العلاج المناسب للقضاء عليه حتى يومنا هذا. ومرض السرطان من الأمراض المزمنة التي تؤثر على حياة المريض، فبمجرد تشخيص المرض ينتاب المريض اليأس والاكتئاب بشكل يعوقه عن أداء وظائفه الحياتية والاستمتاع بحياته، فضلا عن تكلفة العلاج، والجهد المتواصل لمتابعة العلاج لعدة سنوات، والمعاناة من الألم، فتضعف مقاومته للمرض.

ولم تعد النظريات الوراثية والكهربائية، والإشعاعية كافية لتفسير مرض السرطان، حيث يصيب هذا المرض أي جزء من أجزاء الجسم ويحدث انتقالا وتورما، وتبدأ الخلايا بالتكاثر بشكل غير عادي، والذي يزيد من خوف الناس أن كلمة السرطان هي كلمة مرعبة تشير إلى داء خطير، فضلا إلى أن الأطباء حتى الآن لم يتمكنوا من معرفة أسبابه وتفسيره بالرغم من النجاح الجزئي الذي حققوه في مجال إيقاف خطره، حيث لم تعد الجراحة والعلاج الكيميائي والكهربائي يفيد كثيرا، حتى استخدمت الأشعة النووية التي ساعدت على حصر المرض وتحديد رقعته، دون معرفة أسبابه، ومن سنوات عديدة استخدم الأطباء مادة "الكورتيزون" التي كانت تقضي على الخلايا المصابة وغير المصابة، ولكنها في نفس الوقت كانت تقتل كريات الدم البيضاء المصابة وغير المصابة، مما جعلهم يركزون على استخدام الأشعة

النووية. وفي عام "1976" عقد في ألمانيا الغربية مؤتمر دولي حول السرطان حضره أكثر من "53" طبيب مختص وقدموا حوالي "200" بحث حول السرطان، لم يكن من بينها بحث واحد تطرق إلى الأسباب، وإنما ركزت هذه الأبحاث حول المناعة والعلاج، مع أنه كان هناك من بين الأسئلة التي طرحت في المناقشات أسئلة مثل:

• ما هو السبب المخيف الذي يؤدي إلى موت الخلايا؟.

• ما الذي يحول الخلية من خلية سليمة إلى خلية فوضوية؟

• هل السرطان داء معدي أم لا ؟.....

إن مثل هذه الأسئلة مازالت حتى الآن تفتقر إلى إجابات صحيحة بالرغم مما ترصده الدول الكبرى من ميزانية لأبحاث السرطان. وإذ صح أن العلم لم يصل إلى العلاج الحاسم، فإنه قد تقدم خطوات في هذا المجال وبدأ العد العكسي في طريق شاق وصعبة، كانت أول هذه الخطوات هي الوقاية والابتعاد عن كل ما يشك فيه أنه سبب أساسي أو مساعد لحدوث المرض وتطوره ( دلال موسى قويدر، 2008).

سنتطرق في هذا الفصل إلى مفهوم السرطان بشكل عام ثم إلى مفهوم سرطان الثدي والريئة بشكل خاص كونهما موضوع البحث. كما سنتناول أهم التفسيرات التي ناقشت هذا المرض.

## أولاً: المقاربة الطبية لداء السرطان :

**1) تعريف مرض السرطان:** يسمى الورم الخبيث ويسمى كذلك بورم الخلية.

**لغة:** أصل كلمة سرطان في اللغة الانجليزية "Cancer" اشتق من الكلمة اليونانية "Karnikos" لأنه يشبه في خصائصه خصائص الحيوان القشري السلطعون، وهذا الاسم الاتيني أخذ دلالاته باللغة الفرنسية في القرن 17 على معنى الورم الخبيث (Héron JF,2002,p.6).

**اصطلاحاً:** يعرف السرطان حسب النسيج العضوي والجينات المسؤولة عن تكونه وهذه التعريفات هي اصطلاحاً دولية، نجدها في القواميس الطبية، ومتفق عليها عالمياً، فيعرف كما يلي: " هو النمو الفوضوي المستمر لخلايا غير عادية داخل الجسم، وتكاثر خلايا خبيثة، لا تخضع للقوانين الفيزيولوجية التي تنظم وتتحكم في الانقسام الخلوي، لتتعدد على أجهزة المراقبة في الجسم، فهو كتلة من النسيج يستمر في النمو قد يكون موضعياً أو غير موضعي، حيث تتميز الخلايا السرطانية بقدرتها على التغلغل وغزو الأنسجة الطبيعية المحيطة لتكون مستعمرات سرطانية عديدة لها نفس صفات الورم الأولى." (Bindefeld Y, 2007, P. 203)

وهو عبارة عن مجموعة من الأمراض التي تزيد من المائة مرض، يجمع بينها عدد من العوامل المشتركة، وينجم السرطان عن خلل في المادة الوراثية الجينية "DNA" التي تتمثل في خلايا الإنسان الجزء المسؤول عن السيطرة على نمو الخلايا وتكاثرها، فخلايا جسم الإنسان تتكاثر بشكل منتظم وبطيء، لكن في حالة السرطان يحدث خلل في المادة الوراثية "DNA" مما يؤدي إلى تسارع زائد في نموها وانتشارها، ومن المعروف أن الخلايا السرطانية بعكس خلايا الجسم الأخرى وإنما تستنزف طاقاته وإمكاناته ( شيلي تايلور، 2008، ص 811).

السرطان مصطلح يدل على التكاثر الخبيث الذاتي والعشوائي للخلايا، ويؤدي إلى تشكيل الأورام التي

يمكن أن تغزو الأعضاء القريبة أو البعيدة محطمة الأنسجة السليمة (OMS, 2007, p37).

وهو مجموعة من الأمراض الناجمة عن الانقسام العشوائي للخلايا التي تستمر في التضاعف دون

تحكم (cailler et verreman, 2004).

للورم الخبيث أنواع متعددة وأماكن معينة وترتبط درجة الخطورة الناتجة منه حسب تصنيفه وموقعه

في الجسم، وبشكل عام يحدث الورم الخبيث في الخلايا المبطنة للأسطح النامية، ومنها أنواع رئيسية

ثلاثة:

- النوع الأول في الخلايا الطلائية التي تكون الطبقة الخارجية للجلد وتغطي الشفتين واللسان
- النوع الثاني خلايا طلائية قشرية تبطن الأنابيب مثل القصبات الهوائية والشعب.
- النوع الثالث خلايا طلائية مفرزة صلبة كما هو الحال في القناة الهضمية أو تكون في كتل متراسة مثل الكبد والبنكرياس ( بهاء الدين سلامة، 2011، ص 226).

إن كل هذه التعاريف تشير إلى أن السرطان يبدأ في خلية من خلايا الجسم التي فقدت القدرة على

التضاعف المنتظم المفيد للعضوية، والتحول إلى خلية تتضاعف بشكل عشوائي مما يؤدي إلى فقدان

سيطرة الجسم على تنظيم وظائف أعضائه .

## (2) انتشار السرطان:

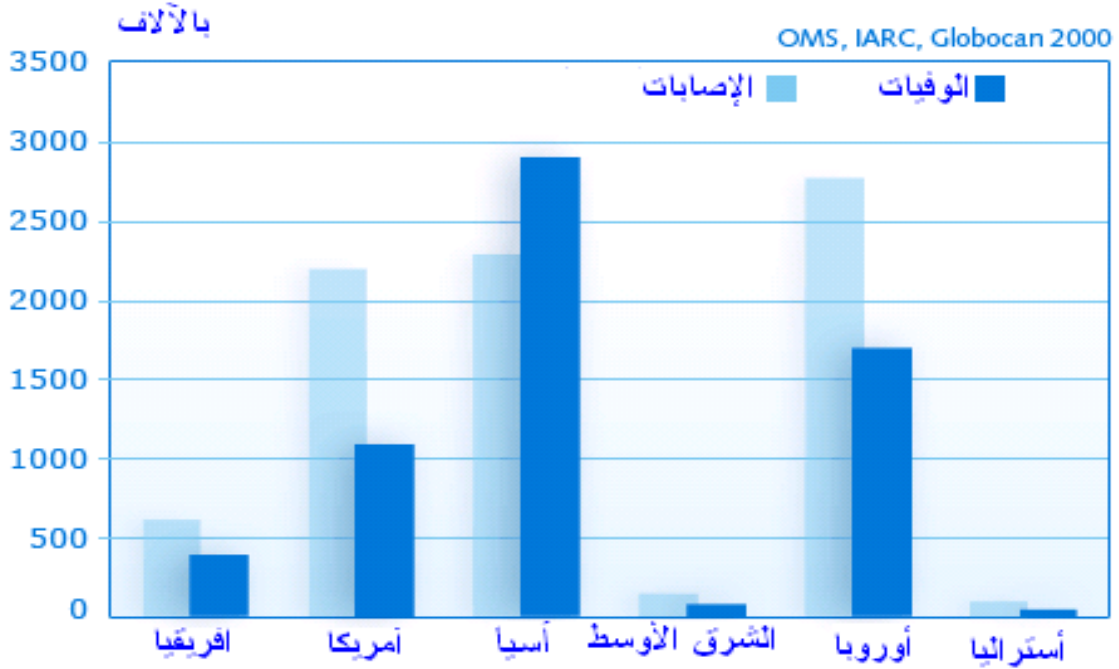
أصبح السرطان يطرح مشكلة في الصحة العامة سواء في الدول النامية أو الدول المتخلفة، حيث

يوجد أكثر من 4.4 مليون حالة في آسيا، 208 مليون حالة في أوروبا، 1.4 مليون حالة في أمريكا

الشمالية، وفي إفريقيا 627000 حالة مع تنبؤات بزيادة 50% مع 15 مليون حالة جديدة في كل

سنة في عام 2020 (www.sonafi-aventis.com /health care/cancer, 05/12/2010).

## حالات الإصابة السرطانية والوفيات الجديدة في العالم لعام 2000



شكل رقم 01: حالات الإصابة السرطانية والوفيات في العالم لعام 2000

(www.sonafi-aventis.com/health care/cancer, 05/12/2010).

### (3) تعريف الخلايا:

الخلية هي الوحدة الأساسية للكائن الحي، وهي صغيرة بحيث لا ترى إلا بعد تكبيرها تحت الميكروسكوب عدة مئات من المرات، وتتكون بذاتها من غلاف خارجي وسيتوبلازم ونواة، وبداخل النواة تكمن المعلومات الوراثية التي تتحكم في جميع وظائف الخلايا، بما فيها انقسامها وتكاثرها ونضوجها حتى تتميز وظيفيا، بحيث تؤدي وظيفة معينة محددة، وهذه المعلومات الوراثية المخزنة في الشفرة الوراثية " التي تتكون من الحامض النووي يحتوي على 26 كروموزوم"، والتي تتكون بدورها من ملايين الجينات، هذه الجينات هي التي تحدد عمل الخلية. وتمثل كل معلومة وراثية أو ما يسمى بالجين، الذي يرمز إليه معظم الأحيان إلى بروتين ذي وظيفة محددة معينة، يتكون جسم الإنسان من خلايا مختلفة في أشكالها

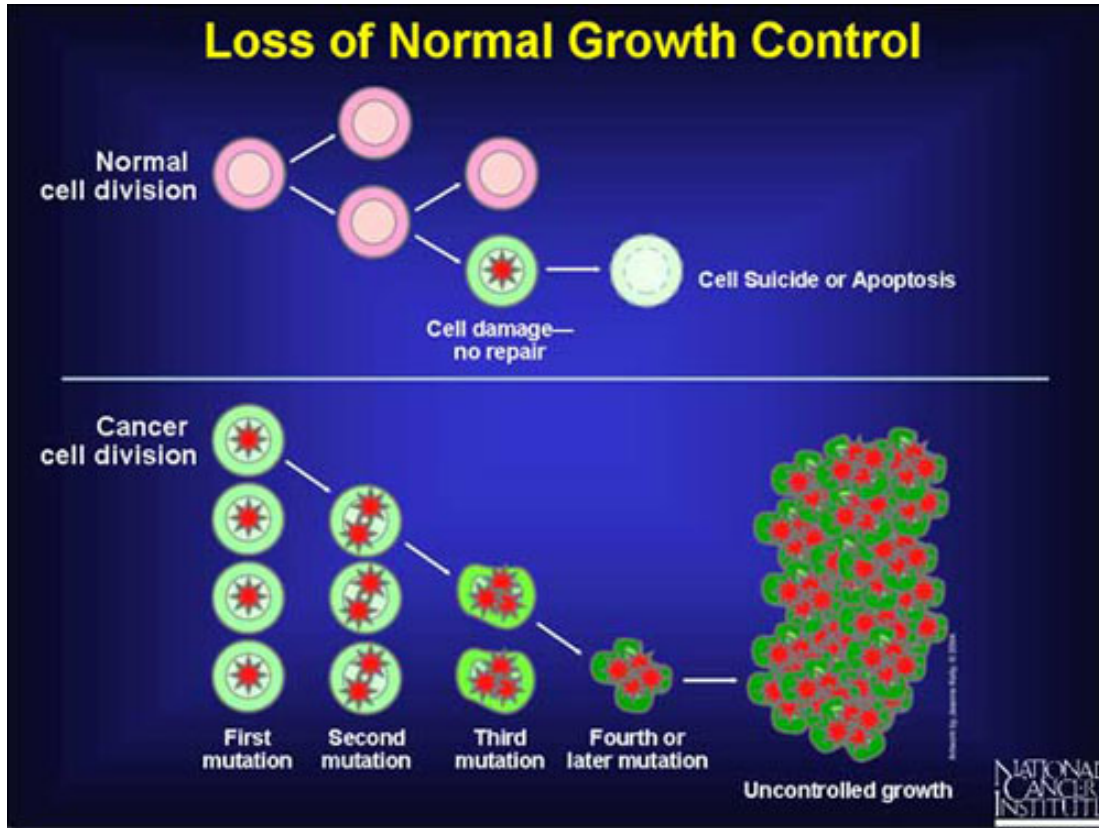
ووظائفها، بشكل مبسط كل خلية تحتوي على غلاف خارجي ونواة تحفظ المعلومات، يسمى مجموع الخلايا ذات التميز الشكلي والوظيفي المعين، الموجودة عادة متلاصقة بعضها ببعض بالنسيج، والأعضاء تتكون من نسيج واحد أساسي أو عدة أنسجة مركبة بشكل محقق لأداء الوظيفة المطلوبة منها (قاري عبد الرحيم، 2008، ص8).

والشكل رقم 2 يوضح مكونات الخلية في جسم الإنسان.

#### 4) انقسام الخلايا:

خلال حياتنا بعض خلايا الجسم تموت بشكل طبيعي، ويقوم الجسم بتعويض ذلك النقص في الخلايا عن طريق الانقسام. عند الانقسام تقوم الخلية بإنتاج نسخة أخرى من الحامض النووي، ثم تنقسم إلى خليتين، هذا ما يحدث في الخلية بشكل مبسط، لكن عملية الانقسام أكثر تعقيدا من ذلك، عادة يحدث انقسام الخلايا بشكل منتظم، بحيث يمكن لأجسامنا النمو أو استبدال أو إصلاح الأنسجة التالفة، لكن عندما يختل ذلك النظام فإننا نمرض، في حالة السرطان تنمو خلايا غير طبيعية عشوائية بدلا من تعويض الخلايا التالفة فقط، تتكاثر تلك الخلايا بشكل كبير على حد المليارات من الخلايا الغير عادية، لتتموضع مكان الخلايا العادية، والتي تسمى بالورم (Marcotte J, 2008, p.7).

والشكل التالي يوضح الفرق بين الانقسام الخلوي الطبيعي والانقسام الخلوي الغير طبيعي أو الورم.



شكل رقم 02: انقسام خلوي طبيعي وانقسام الخلية السرطانية.

### (5) أنواع الأورام:

الأورام التي تنتج هذا الخلل نوعان:

- **الأورام الحميدة Tumours Bénignes** : هي غير سرطانية، عادة تكون مغلقة بغشاء وغير قابلة للانتشار ولكن بعضها قد يسبب مشاكل للعضو المصاب، خصوصا إذا كانت كبيرة الحجم، وتأثيرها يكون بالضغط على العضو المصاب، أو على الأعضاء القريبة منها مما يمنعها من العمل بشكل طبيعي. هذه الأورام يمكن إزالتها بالجراحة، أو علاجها بالعقاقير أو الأشعة لتصغير حجمها وذلك كافي للشفاء منها، وغالبا لا تعود مرة ثانية، لا تتكاثر في بقية الجسم.

- الأورام الخبيثة **Tumeurs Malignes** : وهي خلايا سرطانية، تهاجم وتدمر الخلايا والأنسجة المحيطة بها، لها قدرة عالية على الانتشار، تنتشر بثلاث طرق، انتشار مباشر للأنسجة وبالأعضاء المحيطة بالعضو المصاب وعن طريق الجهاز اللمفاوي (Lacave L,2005,p81).

## (6) السمات المميزة لمرض السرطان:

في عام 2000، نشر اثنان من كبار علماء بيولوجيا الخلايا هما "دوجلاس هاناهاان" و"روبرت واينبيرج" بحثهما بعنوان "السمات المميزة للسرطان" وأوجزا فيه التغيرات التي تجمع بين كونها ضرورية وكافية في الوقت نفسه كي ينشأ السرطان. الخلية السرطانية تختلف عن الخلايا السليمة في انقسامها بأسلوب غير منتظم. وعلاوة على ذلك، فإن لدى الخلايا السرطانية القدرة على الانتشار إلى أجزاء أخرى في الجسم وغزوها. ولخص "هاناهاان" و"واينبيرج" العمليات التي من الضروري أن تقع داخل الخلية حتى تتحول من عضو عادي ملتزم بالقانون من أعضاء المجتمع الخلوي إلى خارج القانون، وهذه التغيرات تتسم بالسمات التالية:

- اكتفاء ذاتي في إشارات النمو الإيجابية.
- عدم الاستجابة للإشارات المثبطة.
- عدم الخضوع لعملية "الموت الخلوي المبرمج" الذي يهدف إلى التخلص من الخلايا المعيبة.
- تجنب التدمير الذي يقوم به جهاز المناعة.
- القدرة على النمو في أنسجة أخرى وغزوها على نحو مدمر.
- القدرة على المحافظة على النمو بتوليد أوعية دموية جديدة (نيكولاس جيمس، 2013، ص 41-43).

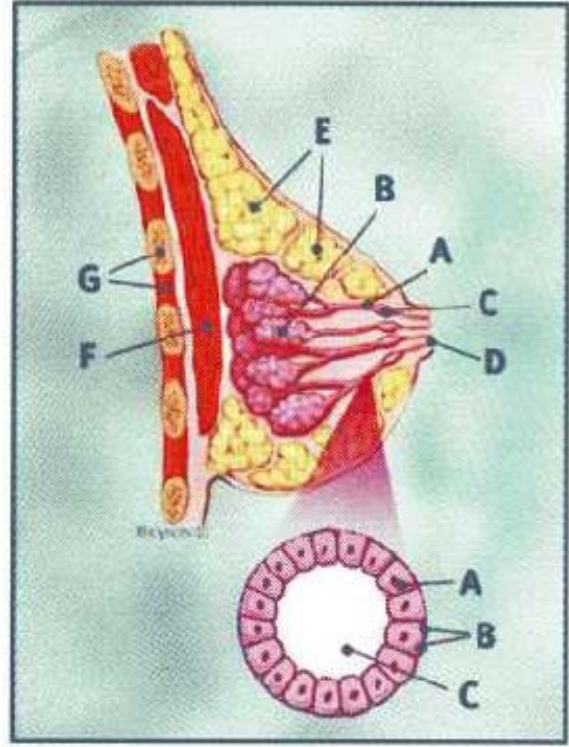
## 7 سرطان الثدي:

يعتبر سرطان الثدي بالنسبة للإناث من أهم أنواع السرطان، حيث يعتبر أكثر الأنواع شيوعاً بالنسبة لهن في معظم الدول العربية، وتشير الدراسات إلى أن امرأة واحدة من بين كل ثماني سيدات معرضة للإصابة بسرطان الثدي في فترة ما من حياتها.

### 1.7 تركيب الثدي:

يحتوي كل ثدي على عدد من الفصوص، وهي على شكل أوراق زهرة الأقحوان، يحتوي كل فص على "فصيصات" أصغر، في نهاياتها عشرات البصيلات القادرة على إنتاج الحليب، ترتبط الفصوص والفصيصات والبصيلات بواسطة أنابيب رقيقة تدعى القنوات اللبنية أو الحليبية وهذه بدورها تؤدي إلى حلمة الثدي، تأتي العضلات أسفل الثدي، وتملأ المادة الدهنية الفراغات بين الفصوص والقنوات مما يعطي الثدي طبيعة تكتلية غير متجانسة، بالإضافة للأوعية التي تقوم بتغذية خلايا الثدي والأوعية اللمفاوية التي تحمل السائل اللمفي ( سائل عديم اللون) الذي يحتوي على خلايا المناعية التي تساهم في محاربة الالتهابات.

## رسم يوضح أجزاء الثدي



A = القناة اللبنية (الحليبية) / B = الفص /  
 C = الجزء المتوسع من القناة الحليبية الذي يحوي  
 الحليب / D = الحلمة / E = الدهون / F =  
 العضلة الصدرية / G = القفص الصدري.

( سرطان الثدي، موقع الصحة ،

<http://www.Sehha.com> ).

شكل رقم 03: رسم يوضح أجزاء الثدي

### 2.7 تعريف سرطان الثدي:

سرطان الثدي هو ورم خبيث ناتج عن التكاثر العشوائي والغير طبيعي لمجموعة من الخلايا في الثدي، والتي تؤدي إلى تدمير النسيج الأصلي ثم تغزو الأنسجة المحيطة وأحيانا تنتقل إلى أماكن أخرى خاصة الكبد، الرئتين أو العظام، الذي يؤدي إلى الموت للحالة في غياب العلاج ( Larousse Medical; 1999; p 425).

ينشأ سرطان الثدي نتيجة تقلص عضلات الثدي مما يؤدي امتلائها بالحليب، وذلك من خلال انقسام خلايا الثدي الأخرى. ويعرفه "gustare roussef" على أنه: " كتلة أو تورم في الثدي وهي غير مؤلمة مع خروج الدم وإفراز في الحلمة، ويسبب نمو كتلة سرطان علامات أخرى منها سحب الجلد الذي يغطي الثدي من الداخل، ومفرطة في استدارة الثدي الطبيعية، وأخيرا يسبب الورم تجعدات واضحة وثابتة في

الجلد بالتالي تؤدي هذه الأسباب إلى فرطحة الحلمة التي كثيرا ما نشاهد في هذا المرض كأنها كتلة في الداخل حتى تصبح في النهاية تحت سطح الجلد المجاور للحلمة". ويقرر أن هرمون الاستروجين إذا زاد في الجسم عن معدله الطبيعي يؤدي إلى زيادة نسبة حدوث سرطان الثدي ( J.Sagliet et autre, 2003, p15).

### 3.7 مراحل وأنواعه:

ينمو ويتطور سرطان الثدي بسرعة مثله مثل باقي الأورام الخبيثة ويمر بمراحل هي:

- ✓ المرحلة الأولى: ويبدأ السرطان في غدة الثدي نفسها ثم ينمو تدريجيا وربما لسنوات قبل أن يظهر سريريا على شكل كتلة، ثم يحدث الانتشار ويكون موضعي أولا في الثدي نفسه.
- ✓ المرحلة الثانية: هذا الانتشار والنمو يؤدي إلى انسداد في القنوات اللمفية القادمة من الجلد مما يعطيه شكل جلد البرتقالة وملمسها كما أن الانتشار بواسطة اللمف يحدث أيضا إلى الغدد اللمفية تحت الإبط.
- ✓ المرحلة الثالثة: بعد ذلك عندما يكبر الورم ويمتد عمقا تصاب الأغشية المحيطة للعضلات بالورم، ويمتد عندئذ إلى العضلات الصدرية ويلتصق بها ثم يحدث التصاق الغدد اللمفية بالأنسجة المحيطة.
- ✓ المرحلة الرابعة: المرحلة الأخيرة تحدث عندما ينتشر الورم إلى ما وراء الغدد اللمفية الأبطية أو ينتشر إلى الدم إلى مناطق بعيدة كالكبد والعظام المختلفة في القفص الصدري والرئتين وحتى الدماغ وفي هذه الحالة يحدث تفرح في الجلد فوق منطقة الورم ( Roger Gyps, 1994, p 155 ).

ومن خلال تطور مراحل المرض يظهر أن لسرطان الثدي نوعين مميزين:

- ❖ **سرطان الثدي التوسعي ( الفصيصي):** وفيه تنتشر الخلايا السرطانية عبر القنوات أو الفصوص منذ بداية أنسجة الثدي المحيطة بها ثم تنتقل إلى الغدد اللمفاوية أو إلى الدم ومنه إلى أجزاء أخرى من الجسم مثل: الرئة، الكبد، العظام والدماغ ومعظم أنواع سرطان الثدي هي من نوع توسعي.
- ❖ **سرطان الثدي الغير توسعي ( الموضعي):** وفيه تكون الخلايا السرطانية محصورة في القنوات وفصوص الثدي ويعرف باسم السرطان الموضعي، وسلوك هذا الأخير يختلف عن سلوك السرطان التوسعي إذ لا يسبب مشاكل إضافية بعد استئصاله ( مايكون سوارتز، 1992، ص 18).

#### 4.7 انتشار سرطان الثدي:

يُعد سرطان الثدي أكثر أنواع السرطان انتشارا بين النساء، فيشكل 21% من حالات السرطان التي تصيب الإناث و14% من وفيات الإناث الناجمة عن السرطان على مستوى العالم. لكن معدل البقاء على قيد الحياة أفضل كثيرا من ذلك الخاص بسرطان الرئة، فيعيش ثلاثة أرباع من يعانونه في أوروبا وأمريكا الشمالية خمس سنوات، بل في البلدان الأقل تقدما أيضا، يبلغ أكثر من نصف مريضات سرطان الثدي هذه المدة.

تساعد دراسة أنماط الإصابة بسرطان الثدي أيضا في إيضاح بعض الأساليب التي يمكن لإحصائيات السرطان من خلالها أن تلقي الضوء على سلوك المرض، حيث يتزايد احتمال الإصابة بسرطان الثدي زيادة مُطردة مع التقدم في العمر. كما أن للطبقة الاجتماعية دور في الإصابة بسرطان الثدي، إذ أن النساء الأكثر ثراءً والأفضل من حيث المستوى التعليمي يكون احتمال تعرضهن للإصابة أكبر بكثير من الأقل ثراءً، وكثيرا ما تؤدي النساء المتقدمات متوسطات العمر دور القائمان على حملات جمع التبرعات على نحو مذهل، وإنما تتأثر غالبا بقوة بضغوط جماعات الضغط التي تتحدث نيابة عن فئات بعينها.

ومرة أخرى، توضح الأرقام المتعلقة بالخطر العالمي للإصابة بسرطان الثدي لنا بعض الاتجاهات المفزعة، فسرطان الثدي مرتبط على نحو ما بالرفاهية المادية، فأكثر البلدان ثراءً لديها معدلات أعلى من الإصابة مقارنة بأفقر البلدان. وعلى مستوى العلاقة بين التدخين والسرطان، ثمة علاقة شديدة الوضوح بين استهلاك السجائر واحتمال الإصابة، لكن الأكثر صعوبة هو أن نفهم سبب ارتفاع متوسط الدخل بخطر الإصابة بالمرض، فهذا عكس معظم اتجاهات الصحة العامة. إذاً ما سبب ذلك؟ أحد العوامل وراء ذلك الهيكل العمري للمجتمع، إذ يتزايد احتمال الإصابة بالسرطان كلما تقدم العمر بالإنسان، ومن هنا، فإن النساء في البلدان الفقيرة اللاتي يعشن أعماراً قصيرة ببساطة لا يعشن ما يكفي من الوقت ليصبحن عرضة للإصابة بالسرطان، ويتوفين بالفعل في أعمار مبكرة نتيجة لأمراض أخرى (نيكولاس جيمس، 2013، ص 17-18).

### 5.7 العوامل المسببة لسرطان الثدي:

لتحديد مفهوم سرطان الثدي وأسبابه الحقيقية وشكله التكويني الخاص، كانت وما تزال موضوع العديد من الأبحاث وأسبابه تبقى غامضة في حين أن تطور البحوث سمحت بالكشف عن تعدد العوامل أهمها:

#### 1.5.7 العوامل الداخلية:

- **العوامل الوراثية:** زيادة نسبة حدوث سرطان الثدي في الأمهات والبنات والأخوات خاصة، أي عند الأقارب بالدرجة الأولى الذي يحدث في حوالي 18% وقد نجح الباحثون في عزل جين مورث يمكن أن يكون عدم وجوده أو عدم نشاطه سبباً في الإصابة بسرطان الثدي الوراثي، وقد اكتشف أن نسبة 60% من حالات سرطان الثدي التي تمت دراستها لنقص هذا المورث وعدم نشاطه الذي أطلق عليه اسم "BRCA" (J.Saglier, 2003 p53).

• **العوامل الهرمونية:** يقر العلماء بان تأثير عامل السن أو العمر في مخاطر الإصابة بسرطان الثدي قد يكون له علاقة بتأثير الهرمون الأنثوي الاستروجين في خلايا الثدي العادية، فارتفاع مستويات هذا الهرمون بالدم يمكن أن يؤدي للإصابة بسرطان الثدي. وقد بينت الدراسات أن الاستروجين قد يكون له دور في الاحتفاظ بنمو الأورام التي تكونت، بل أنه قد يؤدي إلى إثارة نموها ( أبو السعد عبد اللطيف، 1995، ص 170).

• **العوامل الغدية:** تتمثل في الظهور المبكر للعادة الشهرية (12 سنة) أو توقفها المتأخر (55 سنة) خلل في وظائف الغدد وإفرازاتها. اعمر أو سن المرأة عند إنجاب أول طفل بعد سن 35 سنة، فمن خلال أبحاث قام بها "Macman Brian" تبين أن إنجاب الطفل الأول بعد 35 سنة يزيد من خطورة الإصابة وكذا الحال في عدم الإنجاب إطلاقاً، فالولادة وعملية الرضاعة يلعبان دور الدفاع ضد المرض ( تومي سميث، 2001، ص 629). كذلك حبوب منع الحمل تزيد خطر الإصابة في حالة الاستعمال الطويل، في حين تقل نسبة الخطورة إذا تم تناولها من 10 سنوات. ويلاحظ أيضاً أن سرطان الثدي قد يكون أكثر انتشاراً عند النساء اللواتي لديهن نشاط جنسي منخفض، كما أن الاستعمال الطويل لأي علاج استروجيني مخصص لحماية الجسم من تأثيرات سن اليأس ما في ذلك العلاج البديل للهرمونات قد يزيد من خطر الإصابة بالمرض ( مايكون سوارتز، 1995، ص 120).

#### 2.5.7 العوامل الخارجية:

• **العوامل الكيميائية:** وهي تعرض المرأة للمواد الكيميائية ومشتقاتها ومركباته داخل الجسم أو البيئة المحيطة، مثل: التعرض لمادة صبغيات الانيلين والبنزوباين، بالإضافة إلى الكيماويات التي تحتوي على الكربونات مثل الهيدروكربونات كلها قد تؤدي للإصابة بسرطان الثدي.

- **العوامل الفيزيائية:** وهي تعرض المرأة للعوامل الفيزيائية المشعة خاصة أشعة X والنظائر المشعة مثل عنصر الراديوم المؤذية والتي تحدث خلافا في ADN الموجود في نواة الخلية والتتهيج المزمن لها يؤدي للإصابة (سميح نجيب خوري، 1999، ص 223).
- **الفيروسات:** أثبتت الدراسات على وجود نوع معين من الفيروسات تسبب ظهور سرطان الثدي، إذ أثبتت الدراسات على أنها مكونة من حمض نووي يتسرب داخل الخلايا على شكل طفيليات ( أبو السعد عبد اللطيف، 1995، ص 172).
- **التغذية والدهنيات:** هناك الكثير من الدلائل تشير أن بعض العادات الغذائية والتدخين من أكثر العوامل المسببة لسرطان الثدي. وأشارت بعض التجارب أن نقص فيتامين "D" عند المرأة يساعد الجسم على امتصاص الكالسيوم فيؤدي بدوره إلى انقسام الخلايا والإصابة بسرطان الثدي، وهناك ارتباط وثيق بين الغذاء الدهني والإصابة بسرطان الثدي بنسبة 97% مما يؤدي إلى تطور أورام الثدي ( منى خليل عبد القادر، 2001، ص 219).

### 3.5.7 العوامل النفسية والاجتماعية:

وهي العوامل النفسية والانفعالات وتأثيرها السلبي على انخفاض المناعة في الجسم، حيث أوضح "Patiel" أن العوامل النفسية لها التأثير الفعال في ظهور وتطور هذا المرض وغالبا ما تتعرض المريضات لمواقف ضاغطة خلال مراحل الطفولة المبكرة، أثرت سلبا على جهازهن الانفعالي مما ساعد على ظهور المرض فيما بعد ( زينب محمد شقير، 2002، ص 127).

كما اعتبر سبب ظهور مرض سرطان الثدي نتيجة:

✓ صدمة نفسية دماغية خطيرة.

✓ عيش المريضة في عزلة عن العالم الخارجي.

✓ تعاني المريضة من مشاكل مع الآخرين ومع الذات نفسها.

والمريضة قبل إصابتها بسرطان الثدي تكون قد مرت بـ 03 مراحل هي:

أ- في أول الأمر يحدث انفصال عنيف Brutale مع شخص عزيز في الطفولة.

ب- الانفصال يتكرر في الحقيقة أو بشكل مدلولات غير حقيقية تذكر الموضوع الأول بالانفصال.

ت- في المرحلة الثالثة غالباً في أقل من سنة بعد الانفصال الثاني يظهر سرطان الثدي ( Satel.p ettera, 1992, p 49).

بالإضافة للتعرض للضغوط الحادة الناتجة عن التغيرات المفاجئة والغير سارة، فقدان شخص عزيز، الفصل عن العمل، الطلاق والاعتداء من شأنها أن تضعف جهاز المناعة وتعمل بدورها على جعل الورم خبيثاً. وتبقى الأسباب دائماً متفاوتة من امرأة لأخرى.

## 6.7- أعراض مرض سرطان الثدي عند المرأة:

في بداية الأمر لا تظهر أعراض تميز ظهور سرطان الثدي إلا متأخرة حينما يصل المرض إلى صورته النهائية، أين ينشر عبر كل خلايا الجسم، وبالتالي لا تكشفه المرأة ومع تطور المرض تبرز الأعراض الجسمية والنفسية.

### ❖ الأعراض الجسمية:

- تهيج جلدي وبروز حلمة الثدي.
- سيلان غير عادي لحلمة الثدي (إفرازات تقيحية أو دموية).
- انكماش الحلمة وانقلاب إحداها إلى الداخل ولا يمكن عكسها بسهولة.
- ظهور تكتلات أو تقلصات دقيقة في نسيج الثدي أو الإبط.
- الآلام والأوجاع عند لمس الثدي واختلاف الحجم بين الثديين.

• تغيرات بالجلد وتضخم بالمفاوية.

• فقدان الشهية ونقص في الوزن ([www.onz.fr](http://www.onz.fr)).

#### ❖ الأعراض النفسية:

• إن سرطان الثدي تصاحبه معانات جسدية والإحساس بالعجز وفقدان الأمل، هذا الإحساس الذي

ينتاب المريضة يعرضها إلى حالة نكران المرض والخوف والتوتر.

• معظم النساء المصابات بسرطان الثدي تعانين من صعوبة في تقبلهن لذاتهن.

• المعانات من المشاعر السلبية نحو الحمل والولادة لأن موضع الإصابة الثدي.

• الغيرة الدفينة من الأمهات في مجال الجنس والإنجاب والرضاعة وفي أغلب الأحيان تكون العدوانية

مكبوتة وأحيانا أخرى تظهر.

• وأوضح "Simonton" أن مريضات سرطان الثدي تعانين من الشعور بالحزن.

• الأسى نحو الذات وانخفاض مفهوم الذات لديهن ([www.ammabaa.org.nba.cancer/htm](http://www.ammabaa.org.nba.cancer/htm)).

• عجز في بناء العلاقات الاجتماعية.

• الشعور بالتوتر والقلق والمعاناة النفسية لأن هذا المرض يهدد حياة المريضة.

• معظم المريضات غير قادرات على التحدث عن أجسامهن المصابة بسرطان الثدي.

• انخفاض مستوى الطموح لديهن والاستسلام للقدر والميل للانعزال والانطواء.

ونظرا لحالة التوتر والقلق وعدم الراحة، تلجأ المريضة بسرطان الثدي إلى ميكانيزم الدفاع أو سلوكيات

التوافق وذلك بهدف التخفيف من معاناتها النفسية وأثار الصدمة، وتتخلص هذه الميكانيزمات في:

الإنكار، الإسقاط، الانسحاب، الكبت والتبرير (Brehant.J et tamatose,1992,p147).

## 7.7 التشخيص:

لتشخيص سرطان الثدي مثل أي مرض آخر يجب على الطبيب ملاحظة الأعراض واستعمال الوسائل المساعدة على التشخيص الدقيق.

✓ تصوير الثدي Mammographie : إن تصوير الثدي للنساء من عمر 35 – 39 سنة من الأمور الهامة، ويعتبر فحصا مرجعيا للمتابعة فيما بعد، والذي هو أشعة الأنسجة الرخوة للثدي، حيث تشاهد تكتلات في الرقوق الشعاعية في المناطق التي حصلت فيها تبدلات خبيثة.

✓ تخطيط الحرارة Thermographie : يساعد على تحديد وتسجيل الحرارة الإضافية التي تنبعث من قبل الأورام.

✓ الأشعة السينية والنظائر المشعة (X-Rays) : وهي ذات فائدة للمريضة التي يشتبه إصابتها بسرطان الثدي حيث تساعد الأشعة في تشخيص وجود مناطق إضافية للورم ففي أشعة الصدر قد يلاحظ وجود نقائل ثانوية في الرئتين وكذلك بالنسبة للهيكل العظمي.

✓ الكشف الذاتي الشهري : يجب أن يجرى هذا الفحص عند النساء قبل سن اليأس بعد نهاية الدورة الطمثية ب 15 يوم كل شهر ( [www.ammabaa.org/mba.caner.ntm](http://www.ammabaa.org/mba.caner.ntm) ).

## 8.7 العلاج:

إن علاج سرطان الثدي يعتمد على الحالة الفردية للمرض، حيث يقوم الطبيب اختيار التقنية المناسبة لذلك سواء كانت الجراحة أو العلاج بالأشعة استنادا إلى نوع وحجم وموضع وامتداد الورم.

## العلاج الطبي:

- **المعالجة الجراحية La Chirurgie** : وتعتمد قطع الورم كاملا وإذا كان ممكنا وذلك بإتباع إحدى الطرق المعتمدة من القطع البسيط للجزء المصاب من الثدي والى إزالة الورم بكامله مع جزء من الغدة السليمة وحتى مرحلة قطع الثدي وما يتبعه من أنسجة وتشمل الغدد اللمفية تحت الإبط وفي الصدر.
- **الإشعاع** : هو وسيلة لقتل الخلايا السرطانية التي يحتمل بقاؤها في مكان الجراحة ويساعد في عدم انتكاس المرض، وفي حالات أخرى تستعمل الأشعة ذات القدرة العالية في الحالات المتقدمة لقتل الألم.
- **العلاج الكيميائي Chimio Thérapie** : وهو عبارة عن إعطاء المريضة أدوية لتصل إلى الخلايا السرطانية في أي مكان من الجسم وتقتلها، ويتم إعطاءها من الفم أو في الأوردة أو في العضلة ومن الممكن استخدامه قبل وبعد التدخل الجراحي وذلك حسب حالة المريض.
- **العلاج بالهرمونات** : إن عدد كبير من الأورام السرطانية هي أورام تعتمد في نموها وتكاثرها على الهرمونات وعلى هذا فمن الممكن إيقاف تكاثرها أو إبطائها وذلك بتبديل الهرمونات الجنسية التي يعتمد عليها الورم، لذا المرأة في سن اليأس يكون سرطان ثديها معتمدا على الهرمون الأنثوي الاستروجين، لذا فان علاج النقائل يكون بإزالة هذا الهرمون أو معادلته وذلك بإجراء عملية إزالة المبيضين (سميح نجيب الخوري، 2000 ، ص 234).

## 8 سرطان الرئة:

### 1.8 تعريفه:

- ✓ سرطان الرئة يدعى أيضا السرطان الشعبي (cancer bronchique) وهو مرض يتطور بين الشعب الهوائية الرئيسية (تموضع مركزي) (localisation central) أو في واحدة من الشعب والخلايا السرطانية، يمكن أن تهاجر إلى الغدد اللمفاوية المجاورة أو الأعضاء الأخرى.
- ✓ سرطان الرئة هو ورم خبيث (tumeurs malignes) في الرئتين (Deloffe,C,T,yvaillant,2008).
- ✓ سرطان الرئة هو مرض في الخلايا الشعبوية يتطور انطلاقا من خلية طبيعية تتحول وتتضاعف بطريقة عشوائية (Institutie national du cancer,2010).

### 2.8 تشريح الرئة:

- توجد الرئتان في الفراغ الصدري محاطتان بالغشاء البلوري الحشوي داخل حجرة جدارها من الضلوع والعمود الفقري ودعامتها الحجاب الحاجز. الرئتان هما عضوان إسفنجيان lobes مرنان يشتملان على:
- الشجرة القصيبية les branches.
  - القصبة الهوائية la trachée.
  - الحويصلات الرئوية التي ينقسم جوفها الى عدد من التحديبات هي الأسناخ الرئوية les alvéoles pulmonaires بحيث تجتمع هذه الأسناخ لتشكل حويصلات وتجتمع الحويصلات لتشكل كتلا هرمية الشكل تدعى الفصيصات الرئوية وتجتمع هذه الفصوص وعددها ثلاثة في الرئة اليمنى وفصان في الرئة اليسرى (Institutie national du cancer,2010).

### 3.8 تشخيص وتصنيف الإصابة بسرطان الرئة:

- التشخيص: يتم تشخيص سرطان الرئة بعد التعرف على تاريخ حالة المريض وسؤاله عن عادات التدخين ومدى التعرض لدخان التبغ وذلك لمعرفة سبب الإصابة ، كما يفحص المريض ويطلب منه إجراء كشوف مختلفة ، والطريقة الوحيدة للتوصل إلى التشخيص هي فحص للخلايا الورمية تحت المجهر بتتبع الطرق التالية:
  - المخاط : يمكن أن يتم جمع المخاط في الصباح الباكر لثلاثة أيام متتالية ويتم فحصه تحت المجهر، وتمكن هذه الطريقة من الكشف عن تشخيص الحالة كحالة سرطان رئوي.
  - وإذا لم يحدث فإن الطبيب يحتاج إلى الحصول على عينة من الورم ويسمى هذا الإجراء خزعة ويمكن أن تأخذ بعدة وسائل تحدد وفقا لموضع الورم في الرئتين والتي من بينها: تنظير القصبات الهوائية للنظر بداخل المسالك الهوائية واخذ عينة مباشرة من الورم المرئي./ رشق الإبرة باستخدام تخطيط إشعاعي للاستدلال على تلك الأورام التي يصعب الوصول إليها بواسطة جهاز تنظير القصبات الهوائية.
  - يمكن في بعض الأحيان الحصول على الخزعة من أعضاء أخرى غير الرئة فإذا تسبب الورم في وجود سائل حول الرئتين ،حينها يمكن اختبار هذا السائل لمعرفة وجود الخلايا السرطانية فيه.
  - تستدعي حالات بعض المرضى التوجه للتدخل الجراحي للتوصل إلى تشخيص.
  - إن تضخم الغدد اللمفية في العنق أو الفك ، يتطلب أخذ خزعة منها مما قد يساعد في الوصول إلى تشخيص أو تحديد مدى انتشار السرطان (Institut national du cancer,2010).
- التصنيف: يعتمد المختصون في تصنيف الأورام على تقييم الموضوع على شكل (Tumeur nodes metastasis)TNM ، وهو تقييم وضع سنة 1946 وقد استخدم أول مرة في تصنيف أورام الرئة سنة 1974 وطور سنة 1974 ثم سنة 1986 وهو على الشكل التالي:

- Tumeur primitive T : الورم الأولي أو البدائي.
- TO: تعني غياب الورم.
- TX: هو الورم الأصلي ويعرف من خلال الدراسة المخبرية لمخاط القصبات الهوائية أو عن طريق المنظار الشعبي.
- TIS: ورم خبيث في مراحله الأولى.
- T1: ورم حجمه 3 سم أو اقل ويكون داخل الرئتين.
- T2: ورم حجمه اكبر من 3 سم ويكون خارج الرئتين.
- T3: ورم كبير مع وجود انتشار في المناطق التالية : الجدار الصدري ، الحجاب الحاجز ، غشاء الرئة، غشاء القلب.
- T4: ورم كامل يصيب الخط الوسط بين الرئتين ويصيب القلب والأوعية الدموية الكبيرة ،الرغامى، المرئ، الفقرات، بالإضافة إلى العديد من الإصابات الورمية على مستوى نفس الرئة.
- Ganglions régionaux N :العقد المحلية.
- N0: عقد غير منتفخة.
- NX: عقد منتفخة لكن غير منتشرة.
- N1: عقد منتفخة ومنتشرة في جانب واحد (منتشرة من ورم أصلي).
- N2: عقد منتفخة ومنتشرة في المنطقة بين الرئتين.
- N3: عقد منتفخة ومنتشرة إلى عظم الترقوة sus claviculaire.
- M: الانتشار la métastase.
- M0 : غياب الانتشار.
- MX: انتشار الخلايا السرطانية على مسافة Métastase à distance يصعب تقييمها.

- M1: انتشار الخلايا السرطانية مع إصابات ورمية ذات حويصلات في مختلف مناطق الرئة  
(Institut national du cancer,2010).

#### 4.8 أنواع سرطان الرئة:

تنشأ جميع أنواع سرطان الرئة من بطانة المجرى الهوائي تقريبا، وقد حددت منظمة الصحة العالمية (OMS) 12 نوعا من هذه الأورام الرئوية الخبيثة والتي من بينها نوعان رئيسيان يمكن التمييز بينهما من خلال سرعة الانتشار والنمو، ولكل منهما طريقة علاج تختلف إحداهما عن الأخرى وهما:

أ- سرطان الرئة ذو الخلايا غير الصغيرة Carcinomes pulmonaires non a petites cellules: وهو السرطان الرئوي الأكثر انتشارا إذ يمثل 80% من الحالات، وينقسم بدوره إلى:

✓ سرطان حرشفي الخلايا ويعرف أيضا بالسرطان البشرياني "carcinomes épidermoïdes": يمثل 40% من الحالات و عادة ما يصيب مجرى الهواء الرئيسي حيث ينمو وينتشر ببطء.  
✓ السرطان الغدي "Adénocarcinomes": وهو أكثر أنواع سرطان المجرى الهوائي انتشارا بين غير المدخنين ، وعادة ما يصيب محيط الرئة وتحث بطانة المجرى الهوائي الأكبر ، ويمثل 30 % من الحالات.

ب- سرطان الخلايا الكبيرة "carcinomes a grand cellules": يتكون من خلايا كبيرة تبدو غير طبيعية وعادة ما يبدأ في الحدود الخارجية للثنتين ويمثل 10% من الحالات (Fred F.ferri, 2006).

#### جدول رقم 01 : مراحل الإصابة بسرطان الرئة ذو الخلايا غير الصغيرة

نسبة التشخيص	نسبة العيش إلى 5 سنوات	
15 إلى 30 %	52.6%	سرطان متركز Cancer localisé Stade 1-2
20%	23.7%	سرطان محلي منتشر

		Cancer locatement avancé Stad 3
%3.8	40 إلى 55%	سرطان منتشر Cancer métastastique Stade 4

. (Institute national du cancer,2010)

## 5.8 انتشار سرطان الرئة:

يعد سرطان الرئة أهم أسباب الوفاة نتيجة للسرطان على مستوى العالم، إذ يمثل 17% من إجمالي الوفيات الناجمة عن الإصابة بالسرطان، ويبلغ عدد هؤلاء 1.2 مليون نسمة، يتوفون نتيجة لهذا النوع. إنه مرض شديد الفتك، حيث نجد أن أقل من 1 من بيت كل عشرة يُشخص المرض لديهم يعيشون خمس سنوات أخرى في معظم البلدان. وفي الولايات المتحدة ذاتها، التي تملك أفضل النتائج العلاجية، يعيش أقل من 1 من بين كل 5 مرضى فترة طويلة. علاوة على ذلك، يرتفع معدل الوفاة العالمي سريعا، حيث تضاعف بين عامي 1975 و 2002، وهناك علاقة شهييرة وقوية بين التدخين وسرطان الرئة، فلا يدهشنا إذا أن الفروق في معدلات الإصابة بسرطان الرئة تتباين تبعا لنسب التدخين. وفي اغلب الأحيان يُشخص سرطان الرئة في مرحلة متأخرة نسبيا من العمر، فيعكس استهلاك أعداد كبيرة من السجائر على مدى ما يزيد عن نصف قرن في معظم الحالات ( يمكن بالتأكيد أن يصاب بالمرض الأفراد الأصغر سنا الأقل تعرضا لدخان السجائر، إلا أن هذه الحالات أقل شيوعا نسبيا). ومعنى هذا إذا أن معدلات الإصابة بسرطان الرئة واتجاه هذه المعدلات ( نحو الصعود والهبوط) هي انعكاس لعادات التدخين على مدى نصف القرن الماضي، وإذا علمنا اتجاهات معدلات التدخين، يكون باستطاعتنا التنبؤ بالاتجاهات المستقبلية لمعدلات الإصابة بسرطان الرئة في مجتمع ما.

في أوروبا الغربية وأمريكا الشمالية، تتخفض معدلات التدخين بين الرجال وتتنخفض معدلات الإصابة بسرطان الرئة (وغيرها من الأمراض المرتبطة بالتدخين). وعلى النقيض من ذلك، تتزايد معدلات التدخين سريعا في بقاع شاسعة من العالم النامي، كلما اتجهت بلدانه نحو التصنيع. ولعل الاتجاهات السائدة في اليابان تبين لنا تأثير ذلك على معدلات الإصابة بالسرطان، حيث نجد معدل الإصابة بسرطان الرئة قد زاد بين عامي 1960 و1980 بمقدار يفوق الضعف بالتأثير السيئ للتصنيع. ومن الملحوظ حاليا وجود تغيرات مماثلة في بلدان مثل الصين. وهناك أسباب عديدة لهذا الأمر: فلا تزال هذه العادة محاطة بهالة "المعاصرة" في تلك البلدان، على العكس تماما من ازدياد النظر إليها كعادة منبوذة في بلدان الغرب. وهناك بشكل عام مستويات أقل من الوعي بالقضايا الصحية المرتبطة بالتدخين، إلى جانب المحاذير على الترويج للتبغ التي تُشاهد بصورة متزايدة في كل من أوروبا وأمريكا الشمالية غير موجودة في تلك البلدان، بل إن الواقع أن أحد المسؤولين في إحدى المقاطعات الصينية التي أصابها الكداس أصدروا قرارا بأنه على جميع الأشخاص البالغين تدخين السجائر المحلية تشجيعا للمزارعين المحليين وأيضا لزيادة عائدات الضرائب. لهذا لو نظرنا إلى المستقبل، فنستطيع أن نرى أنه مع تضاؤل مشكلة سرطان الرئة في بلدان العالم "المتقدم" سوف تواجه النظم الاقتصادية المتجهة حديثا نحو التصنيع عبئا متزايدا من أنواع السرطان المرتبطة بالتدخين (إضافة إلى مشكلات أخرى مثل أمراض القلب) ما لم يكن هناك تبنٍّ عاجل لأنواع من استراتيجيات حظر التدخين التي صارت الآن عرفا سائدا في أوروبا الغربية وأمريكا الشمالية ( نيكولا جيمس، 2013، ص 14-15-16).

تنتشر الإصابة بسرطان الرئة في كل أنحاء العالم، ولكن النسبة تختلف من دولة إلى أخرى مقارنة بمدى انتشار الوعي الصحي بسلوك التدخين . وفيما يلي إحصاءات عربية حول شيوع التدخين في الأقطار العربية:

جدول رقم 02 : شيوع التدخين في القطار العربية نسبة إلى عدد السكان، وفق تسجيلات جمعية السرطان الأمريكية في التسعينات.

النسب المئوية للتدخين				الدولة
اليافعين أقل من 15 سنة		البالغين		
إناث	ذكور	إناث	ذكور	
11	32	5	44	الأردن
16.2	14.1	1	24	الإمارات
0.02	0.22	0.9	22.4	البحرين
1	11	4.2	21.4	تونس
أقل من 1	4	6.6	43.8	الجزائر
/	/	10	75	جيبوتي
/	12	7.2	32	السعودية
0.2	0.7	1.5	23.5	السودان
6.6	10.9	9	25.8	سوريا
1	5	5	40	العراق
1.1	4.7	0.2	13.2	عمان
5.1	8.4	2.7	40	فلسطين
/	*13	/	/	قطر
/	*23.1	1.9	34.4	الكويت
/	*11.3	/	*52.6	لبنان

3.3	13.2	4.8	43.6	مصر
0.94	20	10	30	المغرب
/	/	29	60	اليمن

\*ذكور وإناث

من خلال الجدول نلاحظ أن نسبة المدخنين البالغين في الجزائر بلغت 43.8% عند الذكور و6.6% عند الإناث وهي نسبة مرتفعة نوعا ما مقارنة بالدول الأخرى، بينما نسبتهم عند اليافعين أقل من 15 سنة فقد بلغت 4% عند الذكور وأقل من 1% عند الإناث وهنا لابد من دق ناقوس الخطر حتى ولو كانت النسبة تبدو ضعيفة مقارنة بالبلدان الأخرى إلا أنه لابد من نشر توعية صحية شاملة تعرف بخطر سلوك التدخين على الفرد وعلى الذين يجالسهم، وكذا عواقب هذا السلوك المضر بالصحة الخاصة والعامة.

جدول رقم 03: أعداد الوفيات المسجلة بأمراض مرتبطة بالتدخين أو ناتجة عنه عام 1990 .

الدولة	سرطان القصبة الرغامى، الرئتين		سرطان الفم والحنجرة		أمراض الجهاز التنفسي الأخرى	
	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث
المغرب	1390	178	323	44	/	/
الجزائر	992	167	236	199	/	/
مصر	704	287	71	38	5468	4093
سوريا	668	89	55	28	/	/
العراق	597	163	188	166	/	/
اليمن	554	107	68	42	/	/

/	/	47	170	36	415	السعودية
/	/	141	372	20	368	تونس
/	/	11	20	32	241	الأردن
/	/	11	18	33	229	لبنان

http://www.cancer.org (جمعية السرطان الأمريكية).

الجدول يوضح أعداد الوفيات المسجلة بأمراض مرتبطة بالتدخين أو ناتجة عنه، والجزائر تحتل المرتبة الثانية بعد المغرب في عدد الوفيات وذلك بـ 992 ذكور و167 إناث بالنسبة لسرطان القصبة الرغامى للرئتين، أما فيما يخص سرطان الفم والحنجرة فقد بلغ عدد الوفيات 236 ذكور و199 إناث.

## 6.8 أسباب الإصابة بسرطان الرئة:

هناك أسباب كثيرة للإصابة بسرطان الرئة وأهمها:

❖ التدخين: اكتشف العلماء إن شيفرة سرطان الرئتين تحتوي على 23 ألف خلل سبب أغلبها دخان السجائر، ويقدر الخبراء أن المدخن المتوسط يتعرض لطفرة جينية كلما دخن ما معدله 15 سيجارة، ويصف العالم "bitter gambel" ذلك معظم التغييرات التي تحصل في الشيفرة الجينية لا تحدث ضرراً، بيد أن معظمها قد يقع في أماكن من الشيفرة تمثل الشرارة التي تكون بداية الإصابة بالسرطان مباشرة، وأكد أن بإمكان التوقف عن التدخين تقليص احتمال الإصابة مع مرور الوقت وذلك يرجع إلى قدرة الرئة على استبدال الأجزاء التالفة بأخرى سليمة (القبس، 2010، ص35).

❖ العوامل المهنية: هناك العديد من المواد الكيميائية والفيزيائية التي تولد سرطان الرئة عند العاملين في

مجالات مهنية ومن تلك المواد:

### جدول رقم 04 : المواد المسببة لسرطان الرئة

المواد المسرطنة	العضو المصاب
الامينوت lamiante	الرئة
الكرومات chromates	الرئة
النكل nicked	الرئة
الزرنبيخ l'arsenic	الرئة
الحديد FER	الرئة
TITANE	الرئة
SILICUM	الرئة
BERYLUM	الرئة
Cadmium	الرئة

(p.wild.ebourgkard,2008)

### 7.8 أعراض الإصابة بسرطان الرئة:

عادة لا يشعر المصاب بأية أعراض في بداية المرض و يمكن اكتشافه عند القيام بفحص الصدر بواسطة الأشعة أو المنظار لسبب طبي آخر، وعندما يكون المرض في مرحلة متقدمة يبدأ ظهور الأعراض التي يمكن تقسيمها إلى فئتين:

#### 1. الأعراض الرئوية: وتتمثل في:

✓ أعراض مختلفة les manifestations pulmonaires

- السعال le toux وهو العرض الأول.
- صعوبة التنفس la dyspnée .
- دم في المخاط l'hémoptysie وهو عرض كلاسيكي تقليدي يظهر عند 3/2 من الحالات.
- اختلال في التنفس (أزيز في التنفس) le weezing.
- les syndromes pneumologique: تتمثل في أعراض التهاب الشعب الهوائية الحاد.
- ✓ أعراض خارج الرئة وتتمثل في:
- آلام في الصدر les douleurs thoracique يكون عند 30% إلى 40 % من الحالات.
- le syndrome de pancoast tobias من أعراضه الألم في الأطراف العلوية.
- le syndrome cave supérieur نلاحظه عند 4 % من الحالات عندما يكون الورم في الفص العلوي الأيمن من الرئة وهو انتفاخ خارج الصدر.
- Dysphonie البحة.
- la dysphagie صعوبة البلع.
- 

## 2. الأعراض التي تظهر خارج الصدر les manifestations extra thoracique: هي أعراض بيولوجية

- أو إكلينيكية تتمثل في ( syndrome paranéoplasique):
- ✓ le syndrome paranéoplasique: تظهر هذه المتلازمة عند 10% إلى 20% من الحالات خاصة في السرطان الحرشفي ( carcinomes épidermoïdes ) والسرطان ذو الخلايا الصغيرة، وهذه المتلازمة هي مجموعة من الأعراض منها:
- L'hypercalcémie: زيادة الكالسيوم تظهر عند 15% من الحالات.
- l'hyper ADH: إرتفاع نسبة هرمون ADH في الدم.

- l' ostéoarthropathie : مشكل في العظم والمفاصل.
- hypertrophie pulmonaire زيادة في حجم الرئة.
- thromboses artérielles انسداد في الشريان.
- les thrombophlébites التهاب وريدي.
- les syndromes neurologiques et musculaires يظهر في مرحلة متقدمة من المرض (الأعراض العصبية العضلية).

### 3. الأعراض العامة les manifestations générale:

وهي أعراض تصيب أعضاء مختلفة منها: الصداع ، فقدان الشهية ، فقدان الوزن (فقدان 5% من الوزن العادي يكون دليلا على وجود المرض في مرحلة متقدمة )، اضطرابات الرؤية، اضطرابات البلع (Gêmez .M et Bouzid . K,2004 P 16-20).

#### جدول رقم 05 : الأعراض الرئيسية لسرطان الرئة ونسبة وجودها.

Principales manifestations الأعراض الرئيسية	Fréquence observée dans la littérature % نسبة وجودها
Toux	61-8
Dyspnée	40-7
Douleurs thoraciques	33-20
Anorexie	31-6
Dysphonie	88-55
Dysphagie	13-3
Douleur osseuse	5-1
Hippocratisme digital	13-6
Ganglions sus claviculaires	20-00

Epanchement pleural	42-26
Hépatomégalie	33-12
Manifestation neurologiques	20-3

(Fred F.ferri ,2006)

## ثانيا: المقاربة النفسية لمرض السرطان:

### 1) العوامل النفسية والأورام السرطانية:

ظهر فرع جديد من الطب وهو الطب السيكوسوماتي الذي يتناول تأثير الضغوط أو الانفعالات على الاختلال الوظيفي أو المرضي، ويرى " وولف" (Wolf) أن الأمراض السيكوسوماتية ترجع غالبا لضغوط المواقف المختلفة في الحياة، هذه الضغوط التي لا تتفق مع تكريس الفرد الفيسيولوجي أو النفسي، وهي مواقف يحدث فيها ما يضغط على نفسية الفرد، ويثير قلقه وتوتره حتى تؤثر على أحشائه وإفرازات غده من الهرمونات والعصارات وغيرها، مما يجعل الحالة الانفعالية الحشوية تأخذ صفة الاستمرار بما لا تتحملة الآليات الجسمية الداخلية فتضطرب الوظائف أو تصاب الأعضاء.

ويرى الباحثون أن العامل النفسي لا يعمل لوحده، وإنما إلى جانب التغيير الهرموني ويعتبره البعض العامل الغلاب والفعال والمباشر في إحداث الأذى للعضو، ومن ثم فإن هذه الاضطرابات يؤثر على الجهاز العصبي والهرموني والحالة الجسمية للفرد بصفة عامة، وإن تفاعل العامل النفسي مع العامل الوراثي والبيولوجي له أثر كبير في إحداث الاضطرابات الجسمية ( نجية عبد الله وعبد الفتاح رأفت، 1995).

يعتبر العالم "سيمونز" Simons (1956) في كتابه الشهير (المظاهر السيكوسوماتية للسرطان)

وهو من أبرز العلماء والأطباء الذين درسوا (الجزور النفسية) الكامنة وراء السرطان قد توصل إلى

الاستنتاجات التالية:

- يكون هناك نوع من الصدمات النفسية، ما يعجل بظهور السرطان دون أن تكون تلك الصدمات هي السبب الأول للمرض.

- إن الاضطرابات في الوظائف الغددية تثيرها وتطلقها الضغوط الانفعالية وخاصة تلك المتعلقة بمشكلات الطفولة أو القلق العنيد.

- إن العلاج يجب أن يجمع بين الجراحة والأشعة وعلاج الغدد؛ بالإضافة إلى العلاج النفسي والخدمة الاجتماعية على مستوى الفرد والجماعة والعائلة.

- عدم العزل بين العلاج النفسي والعلاج الطبي، فهما صنفان متلاحمان.

وقد أثبتت دراسات معاصرة على عينات عديدة مصابة بالسرطان وتمكن المحللون النفسانيون من ملاحظة

التالي:

- معظم النساء المصابات بالسرطان كن يعانين صعوبة في تقبلهن لذاتهن.

- معظم المصابات بالسرطان كن يعانين صعوبة من مشاعر سلبية نحو الحمل والولادة وغالبا ما يكون موضع الإصابة الثدي أو الحنجرة.

- معظم المصابين والمصابات يعانون (غيرة دفيئة) من الأمهات في مجال الجنس والإنجاب، وفي أغلب الأحيان كانت عداوتهن مكبوتة (بطرس حافظ بطرس، 2008، ص 397-398).

ويرى الدكتور "برنار" (Bernard) أن هناك أثر للعوامل النفسية، وحالات القلق واليأس والخوف

والتوتر. وهذه العوامل التي قد تكون نتاجا لأوضاع اجتماعية واقتصادية التي تزيد من أعباء الإنسان

ومشكلاته، مما يترك أثره الواضح في عضوية الإنسان بما فيها ما يزيد من اضطرابات عصبية وهرمونية تعتبر من أكبر العوامل المساعدة على حدوث السرطان ونموه أو تطوره ( فيصل خير الزاد، 2000 ، ص 480-483).

## (2) السمات الشخصية لمرضى السرطان:

إن الشخصية التي تتعرض للسرطان هي شخصية من النمط "ج" (Type c)، وهي شخصية تتسم وتستجيب للتوتر والضغوط وأحداث الحياة من خلال الاكتئاب واليأس وانعدام الأمل، والانفعالات السلبية، فالأشخاص الذين يرتفع اليأس لديهم يكون لهم تاريخ طويل من انخفاض الفاعلية والخضوع للأحداث بدون شعور بالنجاح أو المتعة مع انخفاض الشعور بالمسؤولية تجاه الإنجاز، وقابلية شديدة للفشل، وتشير البحوث إلى أن الأفراد الذين يتفق سلوكهم مع هذه الصورة الخاصة باليأس وانعدام الأكل أكثر عرضة للإصابة بالسرطان.

وفي دراسة لكل من "Bahmson & Renneekerm" (1981) توصلا فيها إلى أن الشخصية التي تتعرض للإصابة بالسرطان تمثل شخصا متساهلا، مدعنا للآخرين يكبت انفعالاته، منصاعا، واكتئابيا لا يستطيع التعبير عن توتراته أو قلقه أو غضبه.

ويعتبر الاكتئاب من أهم السمات الانفعالية التي لاقت اهتمام الكثير من الباحثين لدراسة علاقة الاكتئاب بمرض السرطان . حيث أظهرت الدراسات التي أجراها كل من (Wimbuch,2002,Galiettea, Frances, 2001) وجود علاقة بين الاكتئاب والإصابة بمرض السرطان، أما دراسات (Cason, 2003,Worden,1999) فأثبتت وجود علاقة بين سمة التشاؤم والشعور باليأس والشعور بالعجز والشعور بالإحباط والإصابة بمرض السرطان.

كما أشارت دراسات (Desire, Wimbush 2002, Galiettea, 2001): إلى وجود علاقة موجبة بين القلق العام وقلق الموت بشكل خاص والإصابة بمرض السرطان.

ونستطيع القول أن الحالة النفسية لا تؤثر في الحالات المتأخرة وتدهور حالة المريض ولكن يمكن أن تؤثر في نمو الأورام السرطانية خاصة عندما يكون الورم في مراحله الأولى، عندئذ يكون للتفاؤل والإقبال على الحياة ومواجهة المرض أثر إيجابي كبير، وقد يشكل فارقا حقيقيا بين الحياة والموت (Bruchon & d'autre, 2003, P 26).

### (3) الآثار النفسية لمرض السرطان:

مازال التأثير النفسي للسرطان على المريض ربما يكون مدمرا، فلا تزال كلمة السرطان تستحضر مخاوف الموت والعذاب والتشوه والاعتماد على الغير والعجز عن حماية أولئك الذين نعتبرهم أعزاء علينا، وعادة ما تكون ردة الفعل الفورية عند تشخيص المرض لدى الفرد ما هي إلا عدم التصديق والإصابة بالصدمة، ثم تأتي رحلة الضيق الحاد والهياج الشديد والاكنتاب الذي قد ينطوي على الإنهاك في التفكير بالمرض والقلق والموت، وفقدان الشهية والأرق وضعف التركيز والتذكر والعجز عن القيام بالأمر اليومية الحياتية (زياد بركات، 2006، ص 913).

يشير كلا من " هولاند وسرلين " إلى أن الأفراد الذين يعانون من الخوف والإصابة بمرض السرطان يتعرضون إلى حالة شديدة من القلق تفسد أدايتهم، ويتطور هذا الشكل من رهاب السرطان في أعقاب محنة صحية أو في حالة فقد قريب أو صديق أصيب بالسرطان ويصبح الفرد شديد الحساسية والقلق نحو أي عرض جسمي كان يعاني منه الشخص المتوفى خلال فترة مرضه، ويصبح الفرد حساسا لأي عرض جسمي يطرأ عليه وهو كان يتجاهله في الماضي (دلال موسى قويدر، 2008).

ولعل المعتقدات والمزاج الانفعالي لدى مرض السرطان ومواقفهم من الوضع الجديد الذي يعيشونه بعد الإصابة وردود الأفعال النفسية والجسدية تجاه الضغوطات المستجدة على حياتهم جميعها عوامل تساهم في تفاقم المشقة النفسية عند المرضى بالسرطان، وتشير بعض الإحصائيات الطبية إلى أن نسبة تتراوح بين 40% إلى 60% من حالات الإعياء والتعب النفسي عند المرضى بالسرطان لا تتم عن حالات جسدية حيوية، وإنما نابعة عن حالات وظروف نفسية وتصبح حالة المريض أكثر صعوبة عندما يعاني من القلق والرهاب والاكنتاب النفسي؛ إذ تبين الدراسات أن نسبة 15% إلى 25% من مرضى السرطان يعانون من أعراض الاكنتاب النفسي، ومن أهم الأعراض : فقدان الاهتمام، صعوبة التركيز الذهني والشعور باليأس واللامبالاة بالإضافة إلى أعراض القلق والخوف من الموت وكلها عوامل تزيد من الضغوطات النفسية لدى المريض (زياد بركات، 2006، ص 913).

#### 4) علاقة مريض السرطان بالطبيب والأخصائي النفسي:

يبقى دور الأطباء على درجة من الأهمية في أيام العمر الأخيرة، رغم تأكدهم من أن المريض في حالة ميؤوس منها بالمقاييس الطبية، وأن مرضه الحالي سيُفضى به إلى وفاة قريبة؛ إن دور الطبيب في هذه الحالة يجب أن يكون مساندة المريض وأهله لذا يجب أن يكون على إدراك باحتياجات هذا الموقف ليمهد طريق الميل الأخير في حياة امتدت لآلاف الأميال، وربما كان مرض الموت الذي ينظر إليه على أنه موقف صعب على المريض ومن حوله لا يخلو من ميزة إعداد الجميع نفسياً لتحمل موقف الوفاة.

وذلك مقارنة بالموت المفاجئ للأصحاء من الناس والذي يكون بمثابة مفاجأة مذهلة تثير الانفعالات لأنها تمت دون إعداد مسبق، ولما كان مرض الموت يتضمن كرباً هائلاً للمريض ومن يقوم على رعايته فإن على الطبيب أن يعمل على تخفيف الموقف بالبحث عن مصادر الإزعاج ومحاولة التعامل معها بما يجعل الأيام الأخيرة محتملة إلى أن ينتهي الموقف بعد أن تسير الأمور بهدوء.

إن القلق هو سيد الموقف في هذه المرحلة الحرجة، قلق المريض وقلق من يقوم على رعايته، وقلق طبيبه أيضاً، وهناك أسباب عديدة للقلق، فأهل المريض يعتقدون أن التشخيص والعلاج ربما لا يكون سليماً، وقد يزيد من قلقهم أن حالة المريض لا تستجيب للعلاج وتستمر معاناته، وكثير من المشاعر المتضاربة لدى المريض وذويه مثل الرغبة في معرفة حقيقة المرض والخوف من ما تعنيه الحقيقة (الطبي الشرييني، 2010 ص 233-234).

وهنا يأتي دور الأخصائي النفسي الذي يقوم بتهيئة المريض لسماع التشخيص فيتوجب على الأخصائي النفسي تهيئة الجو المليء بالأمن والطمأنينة والتقبل، ويحاول من خلاله التعرف على مشاعر وانفعالات المريض، وأفضل طريقة لذلك أن يشعر المريض بالثقة والطمأنينة وكثيراً ما يرتاح مرضى السرطان للإنسان الذي يصغي إليهم ويهتم بهم؛ فالاهتمام بمشاعر المريض وأفكاره الجديدة المتولدة عن المرض تتيح له فرصة الاطمئنان للأخصائي النفسي. والتفاعل هنا هو عملية تواصلية قوامها التحدث بين الطرفين وهذه الأخيرة هي الوسيلة الفعالة في نقل الأحاسيس والمشاعر، ويقدر ما يستوعب الأخصائي مشاعر المريض بقدر ما يكون موضع تفريغ انفعالات المريض الكامنة وراء حديثه ( عبد العلي الجسماني، 1998، 248).

##### (5) الاضطرابات النفسية المرضية للسرطان:

يشكل السرطان تهديداً أساسياً وتغيرات مركبة تمس حياة المصاب اليومية، وضعيته الاجتماعية، محيطه، كل ما تعود عليه المصاب يتغير . فيستجيب الفرد بالقلق أمام هذه الوضعية التي لا تستطيع تحملها بحيث تتجاوز قدراته. وحسب (Lazarus et al, 1984) ما يؤثر على جودة حياة الفرد، يتوقف هذا التأثير على الفرد ومحيطه، إن الموقف الذي يمر ويمر به الفرد له تأثيرات مختلفة، نتكلم هنا عن الضغط المدرك، لمواجهة القلق يلجأ الفرد إلى توظيف قدرات معرفية، سلوكية انفعالية، كما يلجأ إلى تبني

ميكانزمات دفاعية خاصة به للتكيف مع الوضعية. تعتبر التجربة الشخصية للفرد في معالجة مثل هذه الوضعيات سواء كانت ناجحة أو فاشلة فينتج عن ذلك أحاسيس إيجابية اتجاه الفريق الطبي إذا كان هذا الخبر في المستوى أو لا، وذلك إذا لم يتم إتباع واحترام عقد الشفاء والذي غالبا ما يكون ضمنى، وهذا له تأثير هام على ثقة المصاب في فريقه الطبي. لذلك فإنه من الضروري التعرف على ردود الأفعال النفسية والتي يمر بها المصاب خصوصا في المراحل الحرجة من المرض.

### 1.5 اضطراب التكيف *Trouble de l'adaptation*:

يتسبب السرطان في مجموعة من الاستجابات المعرفية الانفعالية والسلوكية، يحاول المصاب الحفاظ على أعلى مستوى وظيفي ممكن يظهر ذلك من خلال استجابات المصابين. حسب (Delvaux et al, 2002; p 67) يهدف التكيف النفسي إلى الحفاظ على الوحدة النفسية والجسمية، إلى تعويض الاضطرابات المختلفة التي يمر بها المصابون . إن ردود الأفعال النفسية التي تحصل في كل مرحلة من مراحل المرض والتي تكون ناتجة عن تداخل موحد بين ذكريات التجارب السابقة، إدراك مختلف التهديدات المستقبلية التي قد تحصل . قد تتجح ردود الأفعال تلك في الوصول إلى التكيف كما قد تفشل . إن حالة الضيق الانفعالي الناتجة تظهر على شكل قلق واكتئاب تصاحب المصاب منذ المراحل الأولى من المرض، ظهور الأعراض الأولى، التشخيص، مرحلة العلاج، مرحلة الانتكاسة وما ينتج عنها من يأس المرحلة ما قبل النهائية، المرحلة النهائية التي تتسم بأضرار نفسية هامة . يختلف التكيف مع السرطان من حالة إلى أخرى . الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية (DSMIV.TR) يضع مجموعة خصائص يصف من خلالها اضطرابات التكيف:

- ظهور مجموعة أعراض تمس الجانب الانفعالي والسلوكي، هذه الأعراض تكون ناتجة عن عوامل مقلقة معاشه لمدة ثلاثة أشهر .

- هذه الأعراض أو السلوكيات تكون دالة إكلينيكية، المعاناة المعاشة تكون هامة مبالغ فيها (الموقف لا يحتاج تلك المعاناة)، التأثير يمس الجانب الاجتماعي والمهني.
- هذه الأعراض ليست ناتجة عن اضطراب عقلي أو عن حالة حداد.
- بعد زوال العوامل المسببة للقلق، لا تستمر الأعراض أكثر من 6 أشهر بعد ذلك.

الأمراض السرطانية ينتج عنها فقدان الاستقلالية، وضرورة الخضوع إلى أنواع متعددة من الفحوصات والعلاجات. يتأثر الدور الاجتماعي للمصاب وبهذا من الصعب وضع حدود موضوعية لما هو عادي أو متوقع. إنه من المهم إهمال هذه الاضطرابات لما لها من تأثير على حياة المصاب اليومية، خصوصا وأن هذه الاضطرابات ترفع من احتمالية الانتحار لدى المصاب (Chantale , R, 1998; p 19).

في دراسة لـ "Leveuse Green" أجريت في (1972) على نساء مصابات بسرطان الثدي في مرحلته الأولى: الاتجاهات النفسية المعتمدة من طرف المصابات اتجاه إصابتهن تم تقييمها ثلاثة أشهر بعد عملية الاستئصال، الهدف من الدراسة كان تقييم الاستجابات النفسية المستمرة وليس المؤقتة، لذلك لم يتم التقييم قبل ثلاثة أشهر أين القلق لدى المصابة كان حادا، ثم تحديد الاستجابات في فئات:

الفئة السلبية ( الاستجابة التجنبية الإيجابية): تتجه المصابة إلى النفي أو التهوين من خطورة الإصابة.

الفئة الثانية (استجابة مقاومة): تكون المصابة إيجابية، فتعتبر الإصابة كتحدي.

الفئة الثالثة: تكون المصابة على دراية بأنها تعاني من السرطان ولكن ردة فعلها تكون جبرية.

فيما يخص النوع الأول هناك يأس وعجز، لا يستطيع الفرد تحمل الإصابة فيكون متشائم، أما فيما يخص النوع الانتشغال، القلق: تتسم استجابة المصابة بالقلق، هذا القلق يكون واضح ومستمر. عندما تتبعا المصابات لمدة 15 سنة توصلوا إلى أن 45% من المصابات اللواتي استجبن بالنفي أو بالمقاومة

والتحدي، كانت لا يزالن على قيد الحياة ويتمتعن بصحة جيدة مقارنة بالمصابات اللواتي أثبتن استجابات مغايرة أين كانت النسبة 17% فقط. إذ أن إستراتيجية التكيف قريبة من سيرورة التكيف بل يعتبر ميكانيزم أساسي له.

أما فيما يخص الفرق بين (coping) إستراتيجية التكيف والتكيف فهذا المصطلح واسع، بينما (coping) هو مصطلح خاص نقصد به التغيرات الحاصلة في المحيط والتي تشكل تهديد بالنسبة للفرد. بالنسبة (Bruchon, schweitzer. M,2001) أول من استخدم المصطلح كان كل من "Laumier, Lazarus" في (1978)، وهو مجموعة من العمليات تتوسط الفرد ومحيطه الذي يشكل تهديدا بالنسبة له بهدف التحكم، التحمل أو الحفاظ من تأثير هذا الأخير على الراحة الجسمية والنفسية للفرد. هناك عدة عوامل تؤثر على إدراك الفرد للوضعيات المقلقة، كالعوامل الواقية للشخصية كالتفاؤل، القدرة على التحمل "L'endurance"، (Delvaux , N et al , 2002, p 200).

كل مرحلة من مراحل الإصابة تتميز بردود أفعال نفسية ناتجة عن التدخل المعقد بين الخبرات السابقة، إدراك المخاطر المستقبلية بالإضافة إلى القدرات الموجودة (الشخصية، الحالة الجسمية، التكفل الاجتماعي) ردود الأفعال تلك قد تؤدي إلى التكيف أو على العكس تؤدي إلى الفشل وبالتالي إلى الضيق النفسي . يمكن إضافة اضطرابات التكيف إلى مفهوم الضيق النفسي، هو حالة ضيق انفعالي "غير عادي"، يمكن تشخيصه كما يحدده "DSMIV.IR" حيث تظهر في اضطرابات التكيف أعراض تكون دالة إكلينيكية تمس الجانب الانفعالي والسلوكي وتؤثر على وظيفة الفرد وتتسبب في معانات هامة، معانات أكبر من تلك المتوقعة (Graziani, p et al,2001).

ما يميز اضطرابات التكيف أن الاستجابة (الأعراض المرضية) تتبع عامل مفجر (عامل مقلق). فيما يخص السرطان يصعب وضع حدود موضوعية تساعد على تحديد الاستجابات العادية من تلك المرضية،

كما يصعب في هذا المجال وضع محددات خاصة، ولذلك استجابات المصابين غالباً ما تقيم من طرف الطبيب بوضع الخصائص التي تساعد على التمييز بين حالة التكيف ومحاولات التكيف، واضطرابات التكيف والاضطرابات العقلية الهامة. فيما يخص محاولات التكيف يصفها كل من (Delvaux, N et al , 2002,p 141) بأنه الاستثمار الهدف منه الحفاظ على مستوى تكيف بدون فقدان هام ومستمر للسيطرة على الوضعية الجديدة الناتجة عن الإصابة، هذه المجهودات المبذولة للوصول إلى التكيف يسمح للمصاب بالحفاظ على تقديره لذاته وعلى قدرته على التحكم في الوضعية الحالية والمستقبلية.

## 2.5 الحصر Anxiété:

الحصر هو استجابة تكيفية، إحساس شاق وغير عادي، حالة خوف لكن موضوعه غير محدد، إحساس لا يتناسب مع الموقف المنسوب إليه، هو انفعال شائع عند المصابين بالسرطان ومحيطهم، لكن الحدود التي تفصل بين الاستجابة العادية والمرضية تبقى غير واضحة، يتوقف ذلك على كل من الشدة (شدة الأعراض) والمدة فيكون عبارة عن مرحلة عادية، مؤقتة، تكيفية، استجابة للخطر الذي يسببه السرطان(الشك، المعاناة، الموت). حسب (Dauchy et al , 2002,p 19) هو استجابة عادية تستمر من 7 - 10 أيام بعد التشخيص.

الحصر الناتج عن اضطرابات التكيف والذي يؤدي إلى الإصابة بالذعر النفسي، تغيرات، هلع قد يحصل للفرد، تدوم لفترة مؤقتة وتكون مرتبطة بالسرطان، تشخيصه وعلاجه. الحصر الناتج عن اضطرابات القلق (قلق عام، رهاب...) والذي في الغالب يسبق ظهور السرطان (Kangas M et al , 2005, p736).

إذا كان الحصر مفرط بسبب معاناة دالة إكلينيكية تؤثر على الوظيفة النفسية، الاجتماعية، المهنية أو مجالات أخرى هامة يدوم ذلك مدة هامة. تقدم اضطرابات القلق حسب الدليل التشخيصي والإحصائي "DSMIV.TR" كالآتي:

- اضطراب القلق المعمم.
- Attaque de panique مع أو بدون رهاب الأماكن المفتوحة : نوبات هلع .متكررة من الهلع.
- الرهاب المخصص :نوبات من القلق تنبع في مواقف أو أمام أشياء معينة.
- القلق الاجتماعي : قلق ينبع في مواقف اجتماعية.
- الوسواس القهري : قلق مصحوب بأفكار وسواسية.
- القلق الحاد : حالة من القلق التفككي الحاد ناتجة عن صدمة معينة.
- حالة القلق ما بعد الصدمة : قلق مزمن يظهر بعد التعرض لصدمة.

إن إهمال حالات الحصر التي يعاني منها المصابون بالسرطان، تؤدي إلى ظهور مضاعفات لعدم الخضوع للعلاج وعدم تقبله :يتأخر المصاب في الحضور للفحص، تجنبه، التوقف عن العلاج، فقدان الثقة في الطبيب أو في العلاج المستخدم . زيادة في الأعراض الجسمية الناتجة عن المرض أو في الأعراض الجانبية الناتجة عن العلاج: غثيان، قيء، ألم مشاكل في الاتصال : طبيب /مصاب ما يؤثر على فهم المصاب للمعلومة . الحصر قد يؤدي إلى ظهور الاكتئاب كما يؤدي إلى تدهور في نوعية حياة المصاب( Stark DPM et al , 2000, p 07) .

الحصر كعرض يصاحب المصاب في مختلف المراحل التي يمر بها أثناء الفحص، في فترة التشخيص والعلاج حسب ( Simont M. et al , 1998 ) قام بدراسة على عينة مكونة من 663 امرأة مصابة بالسرطان كانت ستخضع للجراحة، فوجد أن 44% من الحالات تظهر لديهن أعراض التوتر،

52% تعاني من قلق الموت، 71% لديهم الخوف من عملية البتر. لكن ولما سبقت الإشارة تعتبر هذه الأعراض عادية تكيفية، استمراريتها أو الزيادة في شدتها تتطلب التكفل.

بالنسبة لـ (Ford, s et al, 1996, p1511) من بين عوامل الخطر التي تؤدي إلى ظهور الحصر هي غياب التواصل مع المختصين ( الفريق الطبي). أشارت دراسات متعددة إلى أن المعلومة المقدمة من طرف المختصين من حيث الشكل أو المضمون بإمكانها أن تساهم في الخفض من هذه الاستجابة النفسية. إن الدراسات التي درست حالات الحصر على المصابين بالسرطان تبقى قليلة، أغلبيتها أشارت إلى وجود اضطرابات تسبق الإصابة (الهلع، الرهاب) تظهر أو تعود بعد ظهور السرطان.

هناك ثلاث مكونات يتم التعبير من خلالها عن القلق: المكون الجسمي، المعرفي والسلوكي فيما يخص الأعراض الجسمية للقلق فإنه يصعب تمييزها عن تلك الناتجة عن العلاج (الأعراض الجانبية) من:

- أعراض جسمية قلبية من آلام في الصدر، الاختلاجات، عدم انتظام دقات القلب.
- أعراض جسمية عضلية /عصبية : ارتجاجات، الإحساس بالدوران.
- هضمية : غثيان، الإحساس بعقدة في المعدة.
- عصبية، إعاشية : جفاف الفم، التعرق.
- أعراض جسدية تنفسية : الإحساس بضغط في الصدر، صعوبة في التنفس، سعال.

فيما يخص الأعراض المعرفية فهي لم تحدد بدقة : الإحساس بالضغط، الإفراط في الانتباه، الخوف، المبالغة و تضخم الأمور المتعلقة بالمستقبل، هلع، إحساس شديد بعدم الأمن وبالضعف، أفكار لا يمكن للمصاب التحكم فيها متعلقة بالمعاودة، الموت، اضطرابات تمس الانتباه.

أما عن المكون الثالث، السلوكي يمكن تحديده في الأعراض التالية : حساسية زائدة اهنياج هروب، أو على العكس انطواء على الذات، كف، اضطرابات في النوم عند الخضوع إلى النوم أو حالات من الاستيقاظ المصحوبة بقلق، كوابيس، سلوكات تجنبية رهائيه خصوصا المراقبة، رهاب الأماكن المغلقة (تظهر أثناء الخضوع لفحوصات، IRM) أو رهاب الأماكن المفتوحة، رهاب الإبر(الحقن)، سلوكات إيمانيه (الإيمان).

لا يوجد إحصائيات محددة لنسبة انتشار القلق عند المصابين بالسرطان فحسب (Mitchel

AJ,2011, p160) بالرجوع إلى 70 دراسة أجريت على المصابين بالسرطان تم تحديد النسب التالية:

19.4% اضطرابات التكيف. / 10.3% اضطرابات الحصر.

بينما في العلاجات التلطيفية كانت الإحصائيات كالتالي:

15.4% اضطرابات التكيف. / 9.8% اضطرابات الحصر.

النسب كانت متقاربة بالنسبة لحالة القلق ما بعد الصدمة، حالات الهلع والقلق المعمم.

في السرطانات المتقدمة توصلت دراسة (Kadan lottick et al , 2005;p 81) إلى أن نسبة القلق

المعمم تقدر بـ 4.8% . بينما دراسة (Spencer et al , 2010, p09) وجدت أن نسبة اضطرابات الحصر

يقدر بـ 7.6%. هذا يوضح أهمية التشخيص المبكر لاضطرابات الحصر والتكفل بها مبكرا مع أهمية

الأخذ بعين الاعتبار الوضعية الجسمية للمصاب فتكون التقنيات مرنة. فحسب التوصيات الكندية المتعلقة

بالتكفل بالحصر والاكنتاب سنة (2011) (<http://www.copo>) توجد أربعة أنواع من العلاجات النفسية

المستخدمة: العلاج المعرفي السلوكي، علاجات نفسية تربوية، علاجات لغوية والعلاجات ذات البعد

النفسي-الجسمي. إذا لم ينخفض مستوى الحصر حتى بعد العلاج النفسي من الضروري اللجوء إلى

العلاج الدوائي: كالمهدئات من نوع (BZD) ويجب أن يكون العلاج الدوائي مناسب لكل حالة، كما يجب تجنب الآثار الجانبية للعلاج الدوائي ولتجنب حالة الفطام لذلك يجب أن تكون مدة العلاج محددة، يمكن اللجوء أيضا إلى مضادات الاكتئاب في حالة الإصابة باضطرابات الحصر، أو بأنواع أخرى من الاضطرابات النفسية العقلية . استخدام مضادات الذهان في حالة الحصر المصحوب بالهذيان، الهلوس، العدوانية.

### 3.5 الاكتئاب :Dépression

من الضروري اعتبار السرطان على أنه أزمة تتسبب في اضطرابات تمس السلوك، المزاج الاكتئاب عند المصابين بالسرطان، هذا الأخير له تأثير مباشر على نوعية حياة المصاب على قدرته تحمل علة خضوعه للعلاج . للاكتئاب تأثير مباشر على تطور المرض، ما يشير إلى أهمية الوقاية . تشخيص النوبات الكبرى للاكتئاب يحتاج إلى وجود عرضين أساسيين يكونان مصحوبان بأعراض ثانوية مع استمرارية هذه الأعراض في الزمن، مجموع الأعراض الضرورية هي خمس أعراض على الأقل تمثل أعراض الاكتئاب الأساسية هي : مزاج مكتئب (ومستمر)، فقدان اللذة، الاهتمام، الرغبة في ممارسة النشاطات، تستمر الأعراض طوال اليوم لمدة لا تقل عن أسبوعين . أما فيما يخص الأعراض الثانوية كما حددها الدليل الإحصائي والتشخيصي للأمراض العقلية "DSMIV.TR" هي كالتالي:

- عدم تقدير الذات مع مشاعر الذنب.
- عدم الاهتمام العاطفي.
- عزلة اجتماعية.
- التفكير المتكرر في الموت أو الأفكار الانتحارية.
- تغيرات في الطبع :حساسية زائدة، عدوانية.

- أرق ليلي أو النوم بشكل مفرط.
- اهتياج أو بطئ نفسي حركي.
- وهن نفسي.
- تراجع الليبدو.
- نقص القدرة على التركيز والتفكير.

أما فيما يخص الاكتئاب عند المصابين بالسرطان فإنه يصعب تمييز الأعراض الجسمية الناتجة عن الاكتئاب عن تلك الناتجة عن السرطان والعلاج (تعب، فقدان الشهية، فقدان الوزن) اضطرابات معرفية أو اضطرابات في النوم، تراجع الليبدو. ولذلك يجب الاهتمام بالأعراض المعرفية والانفعالية من:

- نقص تقدير الذات (نظرة مأساوية للماضي).
- مشاعر الذنب (مستمرة).
- اللامبالاة.
- فقدان كلي للذة المرتبطة بالحياة اليومية.
- أفكار موضوعها الموت: أفكار انتحارية.
- التشاؤم المرضي ونظرة سلبية إلى الوضعية المرضية.

أما فيما يخص نسبة انتشار الاكتئاب عند المصابين بالسرطان، فإن النتائج التي توصلت إليها الدراسات كانت مختلفة بسبب عدم الاعتماد على أداة واحدة (الأدوات المعتمدة كانت متعددة)، ففي دراسة تحليلية لـ (Mitchell, 2011, p 84) لـ 70 دراسة أجريت على عينة مجموعها 10071، فكانت النتائج كالتالي:

- نسبة الاكتئاب بمختلف أشكاله كانت 16.3%.
- EDM: 6%.

- اضطرابات التكيف: 32.1% (مجموعة من التجليات الاكتئابية أو الحصر أو السلوكية ناتجة عن أسباب حالية) ولكن شدتها ومدتها ليست كافية حتى تعتبر بمثابة اضطرابات الحصر أو الاكتئاب، تختلف هذه النسبة باختلاف مراحل المرض، تزيد مع تطور المرض (في المراحل المتقدمة) وفي مرحلة الدعم. قامت "Mitchell" بتحليل 24 دراسة، مجموع العينة فيها كانت 4007، كانت النتائج كالتالي:

- كل الأشكال العيادية للاكتئاب: 24.6% - 29%.

- نوبات اكتئابية هامة: 14.3% - 16.5%.

فيما يخص عوامل الخطر الشخصية في مجال السرطان حسب (AFSOS, 2011, p13):

- الجنس: أنثى.

- التشخيص يكون في سن صغير (15 - 54 سنة).

- الحالات التي عاشت مواقف مقلقة (سلبية) قبل الإصابة (حداد، خيبة أمل متكررة).

- سوابق مرضية عقلية: اكتئاب، محاولات انتحار، إدمان، (سوابق شخصية أو عائلية).

- خصائص الشخصية: عدم التعبير عن المشاعر والانفعالات، تقدير منخفض للذات نقص

الدعم الانفعالي، اتجاه نحو التشاؤم.

أما عن عوامل الخطر الاجتماعية، حسب (AFSOS, 2011, p14): أن العوامل الاجتماعية المؤثرة

متنوعة، وتؤثر على الوضعية النفسية والعقلية للمصاب بالسرطان:

- الوضعية الشخصية: أعزب، متزوج، مطلق.

- العزلة الاجتماعية.

- مستوى اقتصادي واجتماعي منخفض.

- الشعور بغياب الدعم الاجتماعي.

فيما يخص عوامل الخطر الناتجة عن السرطان فهي:

- مرحلة متقدمة من المرض.

- المراحل الحرجة :مرحلة التشخيص، مرحلة الإعلان عن المعاناة، مرحلة الدعم.

- وجود أعراض جسمية لا يمكن للمصاب التحكم فيها (الألم ، غثيان، قيء، تعب، الخ).

أما عن خصوصية الاكتئاب عند المصاب بالسرطان، فإن الاكتئاب قد يكون ناتج في هذه الحالة عن أسباب طبية مثل:

- اضطرابات متعلقة بالأبيض.

- نقص في الفيتامين B12.

- إصابات في الجهاز العصبي المركزي.

- إفراط أو تقريط في عمل الغدة الدرقية.

- عجز كلوي، آلام مزمنة.

أما عن تلك الناتجة عن مواد (أدوية) مستخدمة، هناك عدة فرضيات حاولت الربط بين الاكتئاب والإصابة بالسرطان، لكن وكما أشارت الطبيبة العقلية ورئيسة الجمعية الفرنسية لعلم نفس الأورام " Sarah Dauchy" أنه لا يمكن إثبات أن الاكتئاب يرفع من خطر الإصابة بالسرطان ولا أنه يعيق عملية الشفاء، إذ وجد أن الخطر يبقى ضئيل وناتج عن إصابة مزمنة بالاكتئاب. يجدر الإشارة أن الاكتئاب يؤثر على نوعية الحياة (اللجوء إلى سلوكيات مضرّة) ما يرفع من خطر الإصابة بالسرطان. المصاب في الاكتئاب لا يهتم ولا يخضع للرعاية الطبية، ما يكون سببا في تأخر التشخيص (تشخيص السرطان يكون في مراحل متقدمة). فيما يخص الوضعية الاكتئابية عند المصابين بالسرطان، فإن العلاقة تبقى معقدة لأن

الأعراض الاكتئابية التي يعاني منها المصاب قد لا تكون ناتجة عن اضطراب الاكتئاب بل سبب. المرحلة المتقدمة من السرطان وما ينتج عنها من تعب يسبب المضاعفات (أمراض إتهابية) غالبا ما تكون السبب في إصابة المصاب بحالة اكتئابية مؤقتة، حتى بعض العلاجات المستخدمة تؤدي إلى ظهور حالات اكتئابية، ولكنها تبقى مجرد حالات اكتئابية وليس اضطراب الاكتئاب. إن التكفل النفسي-اجتماعي مهم نركز فيه على تشخيص وتقييم لعلاج مضاعفات الاكتئاب، حيث أن لهذه الأخيرة تأثير مباشر على نوعية حياة المصاب، على قدرته على التحمل، خضوعه للعلاج. يبقى الاكتئاب في هذا المجال يشكل تحدي ويبقى من الضروري التشخيص مرة على الأقل في كل مرحلة من مراحل المرض، نرجع فيه إلى التقييم الإكلينيكي نبحث على الأقل عن العرضين الأساسيين للاكتئاب حسب (DSMIV) (TR) أو استخدام المقاييس المخصصة. (AFSOS, 2011 : 19) يقترح عدة أدوات تستخدم لقياس الاكتئاب، الأكثر استخداما هي:

- مقياس الضيق الانفعالي HADS : détresse.
- محرار الضيق La détresse.
- مقاييس تختص في قياس الاكتئاب: Beck
- Brief Edinburgh depression scale.

حسب (Liebens f et al, 2001) من الضروري على المختص النفسي البحث عن العناصر التالية:

- وجود سوابق مرضية.
- غياب الدعم الاجتماعي.
- استمرارية الاعتقادات السلبية المتعلقة بالمرض.
- طبيعة المرض والتنبؤ به (مستقبل المرض يكون غامض).

تظهر هذه الأعراض حتى عند النساء اللواتي تعانين من أورام في مراحلها الأولى، تنتشر هذه الأعراض بنسبة 53% عند النساء اللواتي خضعن لعلاج جراحي لسرطان الثدي. لا تتأثر أعراض الاكتئاب بسن المصاب ولا بنوع الجراحة التي خضع لها ولا حتى بطبيعة التنبؤ بالمرض، ولكن من الممكن أن يكون للصدمة الناتجة عن الإعلام عن الإصابة بالسرطان مسؤولية كبيرة ينتج عنها الضعف النفسي (لما يواجه المصاب فكرة الموت).

فيما يخص التكفل، يجب أن يكون التكفل شامل بيولوجي، نفسي واجتماعي، يؤخذ فيها بعين الاعتبار:

- شخصية المصاب (المعاش النفسي).
- الإطار المهني-الاجتماعي والموارد النفس-اجتماعية (الأسرة، العمل، المحيط).
- الأعراض الجسمية (ألم، تعب، اضطرابات جنسية، غثيان).
- وجود اضطرابات عضوية وعقلية مصاحبة (إعاقات...).

حسب (Daly - Schweitzer, 2008, p162) الوصول إلى قرار متعلق بعلاج الاكتئاب يتوقف على احتمالية التحسن التلقائي في 2-4 أسابيع. شدة الاضطرابات الوظيفية، ومدة أعراض الاكتئاب، أما فيما يخص طبيعة التكفل هو من جهة دوائي ونفسي. يقوم بالتكفل النفسي مختص في علم نفس الأورام، ثم اللجوء إلى مختص في الأمراض العقلية في الظروف التالية: لما تكون أعراض الاكتئاب ذات طابع خاص (أفكار انتحارية)، استمرارية الأعراض بالرغم من أن المصاب يتناول الأدوية لمدة لا تقل عن أسبوعين، ظهور مضاعفات جانبية تتطلب إيقاف العلاج المستخدم. عندما تؤثر أعراض الاكتئاب على العلاج (رفض العلاج، تأخير)، لما يعطي العلاج النفسي نتائج إيجابية في هذه الحالة يضاف العلاج الدوائي (مضادات الاكتئاب تزيد من فعالية وسرعة العلاج). يمكن للعلاج النفسي أن يكون فردي أو جماعي، أنواعه متعددة نذكر منها:

- الدعم النفسي.
- علاج نفسي تحليلي.
- علاج نفسي - تربوي.
- علاج نفسي - جسمي.

اختيار العلاج يتوقف على:

- شخصية المصاب.
- قدرته على التعبير.
- الوضعية النفسية - الاجتماعية للمصاب.
- المرحلة التي يكون فيها التكفل.
- العلاج الدوائي المعتمد مع المصابين بالسرطان.

حسب (AFSOS , 2011, p24) تؤدي مضادات الاكتئاب إلى تحسن الأعراض عند 70% من الحالات التي تعاني من نوبات اكتئاب حادة. لا يجب الاعتماد على مضادات الاكتئاب في هذه الحالة كوقاية، إذا وجدت عوامل خطر يجب أن تكون المراقبة مشددة. لا يجب الاعتماد على الأدوية إذا أظهر المصاب عرض واحد فقط جسدي كالتعب، أحيانا يكون التكفل بطيء وغير كافي، في هذه الحالة يجب تغيير العلاج (إعادة تكييفه). اختيار مضاد يختلف من حالة إلى أخرى وذلك بسبب العوامل الغير مرغوبة (مضاعفات). الدواء حسب ما يفضله المصاب.

لكن وكما أشارت (Daly Schweitzer , 2008 ,p159) لا توجد دراسات تقييم العلاج الدوائي عند المصابين بالسرطان، وحوالي 15 - 20% من المصابين بالسرطان خضعوا لعلاج دوائي (مضادات الاكتئاب)، حوالي نصفهم تحسّنوا بعد تناولهم الأدوية، من 10 - 15% توقفوا عن أخذ الأدوية بسبب آثارها

الجانبية، اختيار مضاد الاكتئاب يتوقف على السوابق الطبية للمصاب ووضعيته الحالية، طبيعة الأعراض. تنقسم مضادات الاكتئاب المستخدمة إلى:

- Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS).
- La sérotonine (ISRS).
- Les antidépresseurs tricycliques (ATC).
- Les analeptiques a stimulants cérébraux.

#### 4.5 الصدمة النفسية le traumatisme psychique

يتم تشخيص حالة قلق ما بعد الصدمة بالرجوع إلى المعايير الموجودة في الدليل التشخيصي والإحصائي DSM4، نفس هذه المعايير تعود إليها في حالة الأمراض السرطانية. ففي الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية DSM4 تمت الإشارة أن تشخيص الإصابة بمرض يهدد حياة المصاب يعتبر بمثابة حدث صادم قد يؤدي إلى الإصابة بحالة القلق ما بعد الصدمة. وأول من استخدم مصطلح "صدمة" Pontalis و Laplanche وكان يعني في المجال الطبي "إصابة لها تأثير على الجسم كله". نفس المصطلح استخدمه Freud في التحليل النفسي: مصطلح استخدم هذه المرة بالجانب النفسي ويرتبط بالمفاهيم الثلاثة التالية: صدمة قوية L'effraction، وآثار تمس كل الجسم. يمكن تعريف الصدمة بأنها أحداث يمر بها الفرد في حياته تتميز شدتها بحيث يصبح الفرد عاجز عن الاستجابة لها بالطريقة المناسبة، تعطي اضطرابات وآثار جانبية دائمة تمس الجانب النفسي. يرتبط السرطان مباشرة بالخوف من الموت ومن المعاناة، يرتبط أيضا بتدهور في الجسم، وبفقدان السلامة الجسمية والنفسية. أثناء الإعلان عن الإصابة بالسرطان يجب دائما الأخذ بعين الاعتبار الوضع

الاجتماعي والدور العائلي للمصاب الذي يظهر عدم الراحة، الخوف من التشوه، الخوف من الاستئصال، مع صعوبة في تقبل التشخيص مصحوبا بالخوف من العلاج خصوصا إذا كان العلاج كيميائي لما له من آثار جانبية تمس بالدرجة الأولى صورة المرأة الجسمية. الإعلان عن الإصابة بالسرطان يؤدي إلى الإصابة بصدمة نفسية بسبب التصادم الذي يسببه بين الواقع والمستحيل.

حسب (Broquen,1997, p49) كيفما كانت الإصابة الجسمية، إن التمثلات الذهنية الخاصة بهذه الإصابة هي السبب في حالة التوتر، هذه التمثلات لا تتناسب مع تلك الموجودة لدى الفرد المرتبط بداية بالصدمة النفسية الناتجة عن إعلان الإصابة بالسرطان والعلاج ويعتبر بمثابة فقدان.

فحسب البحث الذي قام به (Leb2orain, 2009, p320) فإن حالة القلق ما بعد الصدمة يعبر عنها المصاب بعد مدة طويلة من تشخيص الإصابة من الناحية الكيفية والكمية، وأثناء المقابلات. ففي كلتا الحالتين يشمل التغيير الغالب النقاط التالية: تقدير أكبر للحياة، مشاعر القوة الشخصية ونظرة جديدة للآخرين. إن طبيعة تطور ما بعد الصدمة، نسبة انتشاره والتنبؤ به الخاص بالسرطان مشابه لبقية المواقف المقلقة والمؤلمة التي قد يعيشها الفرد. إن تجليات الصدمة النفسية من الكف الناتج عن المفاجأة والصدمة عدم القدرة على التفكير (غياب التمثلات الذهنية) فيما لا يمكن التفكير فيه فيصبح الجسم حسب (Bensoussan, 2004) وبعد رحلته الطويلة مع العلاج بدون روح فيحدث ما يسمى بالإنفجار النفسي، دمار التداعيات النفسية ما بين النظام والمضمون.

بالنسبة لـ (Nicolleau –Petit .v , 2009 , p31) إذا اعتبرنا أن الإعلان عن السرطان وما يتبعه من علاج طويل له تأثير الصدمة على المصاب والذي يتميز بديمومة، فإن المدة الزمنية التي تتبع العلاج، هي المدة التي تظهر فيها أعراض القلق ما بعد الصدمة. غالبية المصابين يتفاوضون مع أنفسهم حول تاريخهم، صورتهم، علاقاتهم العائلية والحميمية، رغباتهم ورغبات الآخرين.

بعض الحالات تعيش ما سماه "T. Dhomont" التفكك الصدمي تصل إلى درجة تفكيك الشخصية "dépersonnalisation" وهي حالة من الانفصال تحول الحالة إلى آلة. يستمر المصاب بحالة القلق ما بعد الصدمة في تقديم الشكاوى وفي أخذ موضع الضحية أثناء مواجهته للعلاج العنيف والألم الناتج، كالحالة التي عاشت صدمة واستمرت في حديثها من خلال الذكريات المتكررة تجتاح المصاب على شكل كوابيس، أرق ليلي فجائي مع الشعور المستمر بأن هذا العنف بإمكانه أن يتجدد بعد حصول أي مثير فكري. يركز المصاب على جسمه، يلاحظ أي عرض قد يحصل على مستواه ويعتبره بداية اعتداء محتمل، المعاودة. مشكل الصدمة النفسية الناتجة عن الإصابة بالسرطان تم الاهتمام بها ودراستها في مجال علم الأورام النفسي وذلك بهدف الكشف عن الاضطرابات النفسية التي قد تنتج عن الإصابة بالسرطان. هي حالة تزيد من حدة الألم المعاناة أما عن الناحية النفسية تعيش الحالة صدمة انفعالية، حالة من الذهول والشك والخوف، القلق الكارثي . هو حالة من القلق الشديد بسبب الوعي بالوضعية مصحوبة بحزن ويأس وغضب مع الشعور بالذنب والعار، لذلك من المهم الاهتمام بعملية الوقاية منذ الإعلان عن الإصابة بالسرطان من أجل التخفيف من شدة الصدمة (Baillet F , 1998 ,p 35).

ولهذا يقول (Reich M , 2008, p841) : " نقترح من الضروري الاهتمام بفترة الإعلان عن الإصابة

لأنها فترة مهمة تحدد العلاقة التي تربط بين المصاب والطبيب والتي يجب التركيز فيها على التواصل".

يعتبر هذا التشخيص صادم بالنسبة للمصاب وأحيانا بالنسبة للطبيب أيضا ولذلك يجب اختيار

الوقت المناسب واحترام رغبات المصابين، إن من بين قضايا الإعلان عن التشخيص "تربية المصاب

والطبيب" التي تساعد على الوصول إلى التكيف مع الوضعية (الإصابة والعلاج). أثناء الإعلان عن

التشخيص يجب التأرجح ما بين التناحية: "الاقتراب/ الابتعاد" مع احترام استقلالية المصاب وحرية .

احترام أخلاق وقيم المصاب ضرورية للحفاظ على الثقة ما بين المصاب والطبيب.

بالنسبة لـ (Bessis F et al , 1991, p 29) من الضروري الاهتمام بالعلاقة التحويلية أثناء الصدمة، كما أشار إلى أن حالة القلق الذي يظهر على الحالة ليس ناتج عن الوضعية الحالية فقط بل هو تنشيط لقلق مرحلة الطفولة تنشيط لفترات ووضعية قديمة، لذلك من الضروري التعامل معها بالطريقة المناسبة التي تستجيب للحاجات النفسية للمصاب، لحالة النكوص التي يعيشها، لحاجاته الأساسية بما فيها الحاجة إلى الاستقلالية.

إن العلاج حسب "Winnicott" مشاركة جسمية ونفسية ذات أهمية علاجية بالنسبة للمحلل النفسي وللطبيب أيضا، بالرغم من أن وظيفتهما مختلفة، هذا الاتكال العلائقي للمصاب الذي بالإضافة إلى إصابته يعاني من الهشاشة الناتجة عن الصدمة . من جهة أخرى هذه المرحلة هي مرحلة الافتتاح ضرورية لإيجاد وإنشاء تواصل بدائي يكون من خلال التحويل، هذا التواصل تم الإشارة إليه من طرف "Ferenczi- Winnicott- Balint- Bion- McDougall" والذي من خلاله يصبح من الممكن علاج الصدمات الناتجة عن العلاقات الأولى والتي لم يسبق التعرف عليها، هذه الأخيرة تأثيرها يمس فترة عيش الفرد.

6) أزمة الهوية لدى المصابة بسرطان الثدي:

## 1.6 المقاربة العيادية لمشكل الهوية لدى المصابة:

لكل امرأة تمثلات خاصة بها مرتبطة بالثدي، وكل امرأة بعد عملية الاستئصال تشعر بالتشوه وفقدان للوحدة الجسدية. يرى (Honore S , 2005, p 157) إن كل من الثدي والسرطان متناقضان فيما بينهما (من حيث المعنى) فالثدي مصدر للحياة بينما السرطان يسبب الموت أو على الأقل يسبب المرض، الخوف، المعاناة.

إن السرطان يعرض هوية المصابة للخطر، هويتها الجسدية (صورة الذات) وهويتها النفسية (إدراك الذات)، كذلك تتأثر السلامة الجسدية بسبب الإصابة بالسرطان وعلاجاته المختلفة . إن العلاقة مع الجسم تكون دائما مضطربة بالنسبة للمصابة وكذلك بالنسبة للآخرين. حسب ( Aulagnier 1986 ) P, إن السرطان يجبر الجسم على الانطلاق بشكل دائم ويجبر الروح على البحث عن معنى للحياة، للمعاناة التي يتعرض لها الجسد . إن السرطان وعلاجاته المتعددة يجعل المصابة تعيش تحولات متعددة على مستوى جسمها نوعا ما تكون سريعة، التحول يمس الهوية الجسمية أيضا، مع احتمالية حدوث ما يعرف بتجريد الهوية مع فقدان القدرة على التحكم في الذات وفقدان الثقة.

إن مخطط الجسم يرتبط ارتباطا وثيقا بالصورة الجسدية التي ترتبط بدورها بالاستعدادات والمشاعر المعاشة والمرتبطة به . بنمو الصورة الجسدية الاستقلالية، تنمو الشخصية، بالعلاقات مع الآخرين (أسرة، علاقات مهنية، علاقات اجتماعية). إن الاستئصال، التشوه والتغير الحاصل في الوظيفة الجسدية تؤثر على إدراك الفرد لجسده، فتتغير الصورة الجسدية حيث إذ لكل منطقة من الجسم معنى رمزي، و لذلك فبالإضافة إلى الحداد الناتج عن فقدان عضو معين أو وظيفة معينة يضاف إليه تغير في الصورة الجسدية لإدراك الذات بالرضا عن الجسم في صورة الذات أيضا . استئصال الثدي يعطي الأحاسيس التالية :الشعور بالفقدان بالاكنتاب، بأن أنوثة المصابة تأثرت بالتمثلات، ما يكون له تأثير قوي على هوية المصابة، حداد الثدي المفقود، فكما كان للثدي مكان مهم في الهوية كلما فقدانه كان محطم حتى الوضعية الاجتماعية تدخل هنا (Delvaux et al, 2002, p107).

بالنسبة للباحث (Desclaux. B, 2013) إن السرطان والعلاج يعرض الهوية الجسدية (صورة الجسد) والنفسية (الوعي بالذات) للخطر وعليه يجب الإجابة على سؤالين أساسيين لتحديد مدى تأثير الهوية : كيف كان استثمار الجسم قبل التدخل الجراحي؟ كيف يمكن فهم الفقدان المرتبط بالجسم؟

إن فقدان الثدي يؤثر على تقدير الذات، يؤثر على الرغبة والمتعة الجنسية . إن الجرح النرجسي الناتج عن إصابة الأنوثة و ما ينتج عنه من حداد، هذا الأخير قد يتحول إلى عصاب الحداد، حوالي (15 إلى 25% من الاكتئاب). الإعلان عن السرطان يجعل الجسم يتألم كما صرح (Deschamps, 1997): "الإعلان عن السرطان تكسر أجنحة الرغبة، العقل يغرق في الهاوية، بينما الجسم جزء هام من رعب السقوط، الإصابة بالسرطان تعني الموت في وسط عنيف، يعني الانفجار في الآلاف من القطع السرطانية، داخل محيط من اللاتمايز بينما الواقع يستمر (الحياة تستمر)".

## 2.6 تصدع الهوية وأهم الاضطرابات التي تظهر لدى المصابة:

في مجتمع تعتبر فيه المظاهر أهم من الشخص، يعتبر الاستئصال إصابة عضوية لها أثار نفسية لا يمكن تجاهلها .إن المصابة عند تعرضها للسرطان تخشي فقدان وحدتها الجسمية، تخشي التراجع والبتير لعضو من أعضائها . هذا الجسم المصاب بمرض طويل يسبب ألم ما سيؤدي تدريجيا إلى التراجع الذي يكون نتيجة الوفاة بشكل تدريجي ومؤلم.

إن المظاهر الجسمية الناتجة عن إصابة الصورة الجسمية للمصابة متعددة ومتنوعة وذلك حسب المختصين الذين يتكفلون بهؤلاء الحالات، بطبيعة علاجية تؤثر على الهوية الجسمية والنفسية للمصابة، وذلك حسب (Bredart A et al, 2007 , p55) : " إن الإصابة بالسرطان على مستوى الثدي لها رموز متعددة منها الشعورية واللاشعورية . المكون التشريحي للثدي والذي يعتبر مصدر للغذاء والحياة، الأمومة أصبح خطر يهدد الوجود ويؤدي إلى الوفاة، المكون النرجسي للثدي والذي يعتبر مصدر للأفراد، للأنوثة والجمال . المكون الشبقي للثدي الذي يعتبر مصدر الاستهامات، للمناطق الشبقية ولكل ما يتعلق بما هو جنسي مكون خيالي مرتبط بالرغبة والتي لا نصل إليها ولن نصل إليها . هي تجربة يتعلم فيها المصاب كيف يموت".

التحول هو انتقال، هو تقبل للمستقبل، لمستقبل المصاب المتعلق بحياته الشخصية والتي تكون أحيانا بدون مخرج وبتجربة ومسار يتعلم فيه المصاب كيف يعيش بطريقة مغايرة، ولذلك فإن المرأة المصابة بالسرطان والتي تعرضت إلى استئصال الثدي، عليها إعادة بناء صورتها الجسمية وإعادة إيجاد معالم هويتها، أنوثتها حيث أن المرض في حد ذاته والعلاج وما يسببه من بتر يؤثر على المعالم والعلاقة مع الجسم . إن التغيرات الجسمية الحاصلة تطرح سؤال حول استمرارية إدراك الصورة الجسمية حيث أن التغيرات الحاصلة والتي تتميز بالسرعة والعنف تتسبب من جهة في انقطاع الهوية في العلاقة مع الذات ومع الجسم فتكون السبب في الإحساس بالغرابة (Fischer G N , 2013, p103).

### 1.2.6 اضطراب الصورة الجسدية لدى المصابة بسرطان الثدي:

هو مصطلح نفسي يشير إلى مجموع التمثلات والادراكات والمشاعر، الاستعدادات الموجودة لدى الفرد والمرتبطة بجسمه، تكون ناتجة عن التجارب التي عاشها الفرد.

حسب (Marjorie D, 2010, p7) إن علم النفس وصف تكوين صورة الجسم انطلاقا من ملاحظات الطفل . في كون الطفل أثناء نموه جسما حركي بالتدرج أثناء نشاطاته، يكون جسما مرئيا (الموضوع). إن الوجوه المشكلة ترتبط فتشكل ما يشبه اللغة، كما أن الطفل يتعرف على جسمه في المرأة فيحدد صورته لتصبح ثابتة. هي مرحلة هامة تعتبر بداية الذات، تفسر كيف أن الصورة الجسدية تتطور وتتغير في مراحل حرجة يمر بها الفرد كمرحلة المراهقة الشبخوخة، وفي بعض الأحداث التي يمر بها الفرد كالمرض والإعاقة و لكنها تحافظ على ثبات نوعي بالرغم من التغيرات التي قد تحدث في الجسم.

أما فيما يخص الإصابة الجسمية الناتجة عن السرطان، فإنها تمر بثلاث مراحل تعتبر أساسية على المستوى الجسمي، نتحدث هنا على الإصابة واحتمالية البتر، بتر عضو أو جزء معين من الجسم (المصاب). إعادة بناء الجسم باستخدام بدائل. أما من الناحية النفسية فإن الإعلان عن الإصابة تجعل

المصاب يواجه احتمالية موته، فقدان عضو من جسمه ما ينشط الحداد لديه ، أما التبعضر الحاصل بعد استخدام بدائل فهو يحتاج إلى عمل نفسي لتقبله . إن الإصابة بالسرطان و علاجاته تدفع المصابة إلى التفكير بشكل مغاير فيما يتعلق بجسمها، إن سبب الاضطرابات الحاصلة في الصورة الجسدية : التغيرات المتعددة التي تحصل على مستوى الجسم و من بينها تساقط الشعر، فقدان أو زيادة في الوزن، ما يؤثر على الحياة الخاصة والجنسية خصوصا بعد استئصال الثدي . إن التأثير الجسدي والنفسي الحاصل قد يعرقل الاتصال الجسدي والاجتماعي، حيث تجد صعوبة في مواجهة صورتها في المرآة وفي عيون الآخرين (Reich M, 2008, p248).

العديد من المختصين في مجال علم الأورام النفسي، من بينهم (Delvaux et al, 2002, p106) أشاروا إلى وجود عدة علاجات لها تأثير على صورة المصابين الجسدية. تكوين الصورة الجسدية يرتبط بشكل مباشر بالفردانية، بنمو الشخصية، بالعلاقات ما بين الأفراد وبالثقافة . إن كل ما يتعرض له جسم المصاب أثناء المرض والعلاج من بتر يغير في الوظيفة الجسمية يؤدي بثورة إلى تغيير في إدراك الفرد لجسمه(صورته الجسدية).

كل منطقة في جسم الفرد لها معنى رمزي . إن الحداد عن فقدان منطقة معينة أو وظيفة معينة يضاف إليه تغيير في إدراك الذات في رضا الفرد عن جسمه في صورة الجسد . والمظاهر الناتجة عن تأثر الصورة الجسدية في مجال علم النفس الأورام متعددة وتختلف حسب نوع العلاج.

أشار (White CA, 2000 ,p9) إلى أن الجراحة وما ينتج عنها من بتر يؤدي إلى فقدان عضو من أعضاء الجسم من ندبات إلى تشوهات حيث أن استخدام البدائل تبقى غير كافية من الناحية الوظيفية . في الغالبية العمليات الجراحية التي تتعرض لها النساء المصابات بسرطان الثدي تؤدي إلى استئصال الثدي الكلي، هذه المرحلة من العلاج لها صورة جسدية خاصة بها ، بعد الجراحة يأتي العلاج الكيميائي

وما يسببه من فقدان الشعر والذي يعتبر العرض الواضح للسرطان، ما يشكك في أنوثة المصابة وقدرتها على الإغراء وهو ما يسبب صدمة نرجسية يصعب على المصابة تحملها، أما فيما يخص العلاج الإشعاعي يؤثر على الجسم بحيث يؤدي إلى تغيرات في الجلد، إلى حروق في المنطقة التي تعرضت للإشعاع، وأخيرا العلاج الهرموني الذي يؤثر على الدورة الشهرية للمرأة مع دخول مبكر إلى سن اليأس مع نقص في الليبدو.

لذلك من أجل تحديد الاضطرابات التي تمس الصورة الجسدية ويكون ذلك من خلال تحليل السلوكات الموضوعية أمام وجود أو غياب الأعراض أو بسبب رفض التحدث عن الجانب الجسمي كرفض مشاهدة المنطقة المبتورة. إن شدة التهديد الحاصل يتوقف على الأهمية المعطاة للجسم (إغراء...) حسب طبيعة العضو المصاب (معناه الرمزي) وإصابة الجسم من الناحية الوظيفية والهيكلية سواء كانت مؤقتة أو دائمة (Reich M, 2008, p252).

هناك عدة مقاييس لتقييم الاضطرابات الحاصلة في الصورة الجسدية تستخدم في علم الأورام يمكن استخدامها كمقياس الصورة الجسدية "body Image Scale" تسمح بالتعبير عن المعاش الجسمي ما يسمح بوصف وتحديد الاضطرابات الخاصة التي تمس الصورة الجسدية ما يسهل تقييم تأثير علاج السرطان على الصورة الجسدية. إنه من المهم التحديد الدقيق للإصابة الجسدية، تحديد تأثير ذلك من الناحية النفسية وتأثير كل ذلك على الهوية التعرف على ما يعيشه المصاب من فقدان مع التعبير على معاش المصاب لهذه التغيرات الجسدية، التعبير بالكلمات مهم، ففي مؤتمر "AFSOS" تطرق (Reich M, 2008) في محاضراته المعنونة بـ "البصمات الجسمية كيف يتم إعادة بنائها في حالة سرطان الثدي"، حيث يعطي فيه بعض الأفكار المتعلقة بالتكفل بالاضطرابات الناتجة عن الصورة الجسدية من:

✓ تحديد الإصابة:

- على المستوى الجسمي.
- على مستوى الهوية الشخصية.
- على المستوى الوظيفي.
- ✓ تحديد الانفعالات المعاشة:
- حالة الحزن، اليأس.
- الشعور بالذنب، الإحباط.
- ✓ تحديد الاضطرابات العقلية المصاحبة:
- اكتئاب.
- اضطرابات التكيف.
- رهاب.
- حالة قلق ما بعد الصدمة

## 2.2.6 الاضطرابات الجنسية لدى المصابة بسرطان الثدي:

الفقدان الجزئي من الجسم (الثدي) أو الأعضاء التناسلية، يغير الصورة الموجودة لدى المرأة عن ذاتها. يكون ذلك مصاحب بفقدان الإحساس بالإثارة وباللذة الناتجة عن إثارة المناطق الشبقية أثناء العلاقة الجنسية. تشعر المصابة بالانزعاج لما يشاهد، تلمس جسمها . وعليه من المهم التحدث حول هذا الموضوع حول أهمية الآثار الجانبية لسرطان على الحياة الجنسية حيث تختلف من حالة إلى أخرى. الرغبة الجنسية تتناقص بسبب القلق الهام الذي تعيشه الحالة، إن القلق المرتبط بتطور المرض وأثار علاجاته من تغيرات في المظهر الجسمي التعب، الاضطرابات الهرمونية، كل ذلك يؤدي إلى نقص هام في الليبدو . الزوجين اللذان يواجهان السرطان "سرطان الثدي"، هذا الأخير يجعلهم يعيشون مراحل

ترزع استقرار حياتهم الجنسية .أما فيما يخص آثار ذلك فإنها تتوقف على قيمهم و قدرتهم على التكيف .  
العديد من النساء تصبح غير مهتمة بالعلاقات الجنسية منذ الإعلان عن السرطان وأثناء العلاج أيضا،  
24% يشكون من نقص في الرغبة الجنسية و 17% يصبحون غير قادرين على تقدير الجنس . الدراسات  
الحديثة أثبتت أن النساء أثناء العلاج (علاج سرطان الثدي) تصبح بالنسبة لها العلاقة الجنسية غير  
ضرورية.

إن الإطار الخاص للسرطان يجعل التكفل بالاضطرابات الجنسية الناتجة عنه تختلف عن التكفل  
بالحالات الأخرى، ولذلك يجب أن يكون الفريق الطبي على دراية بالنتائج النفسية والجنسية للسرطان  
وعلاجاته، حيث أن أكثر من 40% من النساء تصرح بأن السرطان وعلاجه غير حياتهم الجنسية  
(Jarousse .N, 2002, p24).

لكن هذه الاضطرابات نادرا ما يتم التحدث عنها مع الطبيب، وهذا ما دفع معهد "Curie" الفرنسي إلى  
اقتراح وضع مؤسسة خاصة بالمجاورين المقربين من المصابات من أطباء جراحين مختصين نفسانيين  
للإجابة على المشاكل النفسية، وعلى مشاكل العقم التي تتعرض لها النساء المصابات بالسرطان  
(Cerisey (Catherine ,2010). ففي نفس الفكرة نضيف ما قاله (Taquet A , 2005, p171) حيث أن  
التغيرات الناتجة عن العلاج، معاش وخيالات المصابات، الحياة الجنسية هي من الميادين الأكثر تأثرا  
بالإصابة بالسرطان، سواء تعلق الأمر بالجراحة، بالعلاج الكيماوي أو الإشعاعي، تشعر المصابة بأن  
هذه العلاجات تؤثر على وحدتها الجسمية، حتى وإن كانت هذه الإصابة تختلف باختلاف نوع العلاج.  
حتى وإن كان يصعب التحديد الدقيق لتأثير السرطان على الحياة الجنسية ومختلف الاضطرابات الجنسية  
التي يسببها فإنه من الواضح أن تشخيص الإصابة بالسرطان يسبب حالة من الكف عند المصابة.

تعرض لنا (Cerisey. C, 2010) دراسة قام بها معهد "Curie" حول "الحميمية والجنس بعد سرطان الثدي" حيث تم طرح السؤال على أكثر من 300 امرأة، 50% منها سنها أقل من 54 سنة و52% تدخل في سن اليأس، أثناء التشخيص، نصف المصابات تعيش معاناة نفسية حقيقية و26% تشعر بأنها لم تصبح جذابة، أكثر من 50% منهم رغبتهم الجنسية انخفضت جدا، التردد اتجاه العلاقات الجنسية انخفضت عند 43% من النساء. كل النساء اشتكت من نقص في المعلومات المتعلقة بالجانب الجنسي والموجهة إليها. فيما يخص الأسباب النفسية فإنها متعددة من: القلق التوتر، الخوف، ما يؤثر على العلاقات الجنسية. أما فيما يخص الأسباب الفيزيولوجية فهي ترتبط بالعلاج وآثاره الجانبية كاستئصال الثدي، العلاج الإشعاعي، العلاج الكيميائي وأخيرا العلاج الهرموني.

إذا كان تأثير سرطان الثدي وعلاجاته على الحياة الجنسية يصعب تحديدها فإن الإعلان عن الإصابة بسرطان الثدي يسبب حالة من الكف عند المصابات التي خضعت لعلاج سرطان الثدي. له تأثير هام على الوظيفة الجنسية لدى المرأة ولذلك على العاملين في مجال الصحة ومجال الأورام أن يهتموا بالتعامل مع الصعوبات الجنسية المعاشة من طرف النساء بعد تشخيص وعلاج السرطان. إنه من المهم التكفل بهذه الاضطرابات مبكرا، ذلك بمساعدتهن لتمكن من العودة إلى حياتهن الداخلية بما فيها حياتهن الجنسية (Taquet A, 2005, p173).

### 3.6- الأثر النفسي لسرطان الثدي:

نشرت مجلة "Women's Health & Education Center" (WHEC). الممارسة السريرية والمبادئ التوجيهية لإدارة الرعاية الصحية، ويعتبر علاج سرطان الثدي من التحديات الكبيرة وعلى جميع المرضى التعلم كيفية التعايش مع هذا المرض وإدراجه في الحياة اليومية، حيث أن التكيف مع المرض هو أكثر من مجرد غياب للألم بل هو تكيف نفسي شامل، يشمل العمليات التي تحدث بمرور الزمن مع الفرد

والأسرة وكذا إدارة تداعيات تشخيص السرطان. في الحقيقة فإن معظم المرضى يمتلكون مهارات حل المشاكل والصعوبات المرتبطة بالعلاج وإعادة التأهيل بصورة فعالة، إلا أنهم يتفاوتون في قدرتهم في الاستجابة لهذه التحديات والمشاكل. ولهذا السبب يجب إجراء دراسة دقيقة لفهم الاختلافات الفردية بالنسبة لرد الفعل النفسي وأيضا المجالات التي تشمل التأهيل البدني، النفسي، الاجتماعي، الجنسي، التغذية، المالية والمهنية ، حيث أن كل هذه المجالات تساهم في شعور المريض بالرفاه العام أو نوعية الحياة (Zabora J; 2001).

### 3.6 العلاجات النفسية المستخدمة للتكفل بالمصابة:

لقد حرص علماء النفس الصحة على إيجاد الطرق التي من خلالها يمكن التخلص من هذه المشكلات المتمثلة في الآثار السلبية الناجمة عن سرطان الثدي منها القلق، الاكتئاب واضطراب العلاقات الشخصية المتبادلة، وعليهم تصبح كل من العواطف والانفعالات في حاجة ماسة إلى الرعاية، وقد تزايد بحث علماء النفس عن الأساليب العلاجية الخاصة لهذا النوع من الإصابة الذي يهدف إلى المساندة من حيث منابع الخاصة بهم وضعفهم . إن العلاجات النفسية عملية أساسية مساندة لمهمة الفريق الطبي، الاجتماعيين، جمعيات المرضى ، بحيث أن هناك دور كبير أعطي لوقاية المعاناة النفسية الشديدة والتكفل بالضيق النفسي . عموما، إن النماذج النفسية العلاجية هي النموذج النفسي التحليلي والتي تعتبر أن معاش الحالة في مواجهة السرطان كثيرا ما تكون متأثرة بنشاطات لا شعورية استدعت تاريخ الحالة وماضيه، وهو المنهج الأكثر استعمالا في أوروبا وخاصة فرنسا، إلا أنه غالبا ما يعرف القليل من الانحرافات من حيث أساليب التطبيق وذلك نظرا لطبيعة المرض بمعنى أن هذا المنهج يحتاج إلى مدة زمنية طويلة في العلاج، إلا أن مآل المصاب بالسرطان قد لا يوفر هذا العنصر . أما المنهج السلوكي

المعرفي فغالبا ما يساعد المصاب والذي يعمل على المحافظة عن اندماج النفس والجسد، ويعتمد هذا المنهج على المنابع الشعورية للمصاب.

### 1.3.6 المساندة النفسية:

لتشخيص السرطان تأثيرات عميقة على المستوى الانفعالي والاجتماعي، على الراحة الجسدية وعلى العائلة خلال كل الفترة التي تلت الإعلان، فغالبا ما تحاول المصابة وبعد تجاوز المراحل الحرجة للمرض (الجراحة، العلاجات) أن تسترجع استثماراتها السابقة، إلا أنها غالبا ما تجد صعوبة في التوافق بين المرحلتين القبلية والبعديّة للسرطان ، في هذه الحالة نحتاج إلى المساندة النفسية لضبط الاتجاه والتكيف. تبدو بعض استراتيجيات التعامل مع المشكلات المرتبطة بمرض السرطان فعالة قام " Dunkel chetter" (1992) بدراسة على 603 مريضة مصابة بسرطان الثدي، قصد التعرف على خمسة أنماط من التعامل مع هذه المشكلات وهي السعي للمساندة الاجتماعية واستخدامها والتركيز على ما هو إيجابي، إقصاء الذات التجنب أو الهروب المعرفي أو السلوكي، فاستنتج أن التكيف من خلال المساندة الاجتماعية والتركيز على ما هو إيجابي وتقدير الذات هي أنماط لها علاقة وطيدة بمستويات المساندة النفسية، والمقصود بها هنا التدخلات العلاجية النفسية التي تسعى بمختلف أشكالها لتلبية الاحتياجات النفسية، الاجتماعية والمعلوماتية لمرضى السرطان.

اهتم (شيلي تايلور، 2008، ص828) بهذا الموضوع معتبرا أن المصابين بالسرطان يواجهون مشاكل يمكن تلخيصها فيما يلي : القلق بدرجة عالية والاكنتاب أو الأفكار الانتحارية، خلل في وظائف الجهاز العصبي المركزي نتيجة للمرض والعلاج كضعف القدرة على التركيز مشكلات محددة تنشأ كنتيجة للمرض أو لأساليب التعامل أو ديناميات الأسرة، مشكلات نفسية موجودة سابقا لكنها تفاقمت بسبب تشخيص المرض . ويعتمد المختص النفسي في محاولته على التركيز عن قضايا محددة يواجهها

مريض السرطان وعلى رأسها ظاهرة الخوف عن عودة المرض، الألم أو الموت، الخوف من فقدان أعضاء من الجسم نتيجة للعمليات الجراحية، وكذا مشكلات على صعيد العمل، العلاقات الاجتماعية .

في هذا المجال لا يفوتنا ذكر زعيم العلاجات النفسية الذي يعتبر من الأوائل الذي أعطى أهمية قصوى في العلاج النفسي لمرضى السرطان الباحث "Simonton" (1970) بحيث أسس مركز خاص بالولايات المتحدة الأمريكية "تكساس" خاص بالعلاجات النفسية لمرضى السرطان. ويتابع (Fischer G.N, 2013, p141) أن الطبيب يعتمد على المناهج النفسية إعطاء الحظ الأوفر في الرعاية وإنما هو وحدة نفسية جسدية ذات انفعالات وعواطف نفسية بتوازنها تتحقق الصحة النفسية، معتمدا على منهج الشمولية والتوازي في علاج الجسد والنفس في آن واحد مع مراعاة أربعة أسس رئيسية: الانفعالية، العاطفية، الوجودية والدينية . هي منهجية لا تهدف فقط إلى العلاج وإنما على نسبة تمكن المصاب من حل المشاكل الانفعالية . الهدف الذي تأسس من أجله اختصاص علم الأورام النفسي وهو الكشف بالدرجة الأولى على الضيق النفسي "Détresse psychologique" ومعالجته لتحقيق التوافق النفسي . تعتبر الأخصائية (Dolbeault S, 2011) أن هناك عناصر مهمة ومستعجلة لتحقيق التوافق النفسي لدى المصاب بالسرطان وهي: التواصل، تكييف العلاج للمصاب بالسرطان ذات ضعف، الكشف عن نوعية المتابعة للعلاج، أما عن التواصل فالمقصود به الإعلان، وقد عولجت حساسية وأهمية هذا المفهوم في المخطط الفرنسي للسرطان، الذي يعتمد على منهجية "P. GUEX" للتواصل مع المصاب ويهتم بعناصر أهمها : التحديد الكمي للمعلومات، تعلم كيفية إعلان الخبر السيئ (الكلمة السلوك)، الكشف عن مختلف الصعوبات النفسية- الاجتماعية ومعالجتها في أنها، تعلم التعامل ما بين "العناية" و"العلاج"، ضبط مختلف الأدوار لكل من : الأولياء، الأسرة المعالجين، الاعتماد على العمل في الجماعة الرجوع إلى الذات ومعالجتها لتقليل التعب.

تعتبر (Dauphin. Ma, 2013) إن المصاب بالسرطان كثيرا ما يحتاج إلى التكفل النفسي وذلك لسبب ظهور الكثير من الأعراض منها : القلق، الشعور، الضيق، معاناة نفسية ويأس صعوبة العيش وتقبل العلاج ومضاعفاته، الأحداث الماضية، والتي فتحت سجلاتها من جديد، الرغبة في الحديث عن المرض مع الغريب عوض الأقارب المساندين الشعور باضطراب الهوية، فقدان الاتجاه، اضطراب العلاقات العائلية والاجتماعية، الرغبة في توقيف العلاج، اضطراب النوم.

انطلاقا من هذه الأعراض فالتكفل النفسي يعمل على مساعدة المريض لاسترجاع التوازن وتقبل المرض وقبول العيش معه، استدخال الحدث المروع نفسيا، مرافقة المريض في فهم قلق الحصر، الاستجابات، الانفعالات وضغوطاتها، مساعدة المريض على تقييم ذاته وطرح القلق ، المخاوف ومختلف التساؤلات التي لم يستطيع التحفيز عنها، مساعدة المريض على استرجاع علاقاته مع الوسط. يرى ( Archinard,2005) أن هناك أمل كبير من حيث إمكانية تحسين مآل الحياة لدى المصابة بسرطان الثدي.

اعتمد "Marty et Jasman" على الوقاية من الإصابة وتطور السرطان بواسطة العلاج النفسي لدى الحالات ذات الاستعداد بالإصابة. أما (Forester ,1985) فقد لاحظ تراجع في الأعراض النفسية والجسدية لدى المصابة بالسرطان والتي استفادت بالعلاج النفسي. وفي دراسة قام بها (Spiegel, Bloomet et al , 1989, p91) على عينة قوامها 86 حالة مصابة بسرطان الثدي انبثائي، 50 حالة استفادت من العلاج النفسي الأسبوعي، وبعد سنة تم تقييم النتائج من حيث مدة عيش الحالات المصابة والظاهر أن نسبة الحالات اللواتي استفدن من العلاج النفسي تضاعفت فرصة العيش لديهن عن اللواتي لم تسمح لهن الفرصة للاستفادة بالعلاج النفسي . ذكرتنا هذه الدراسة بطريقة "Carl Simonton" عند تساؤله عن سبب وفاة بعض المصابين وشفاء البعض الآخر بالرغم من أنه كان لهم نفس التشخيص .

استنادا إلى أعمال "Robert Rosenthal" حول "التحقيق الآلي للتنبؤات" أي أننا غالبا ما نتبنى سلوكيات سلبية كانت أم إيجابية تزيد من احتمال تحقيق انتظاراتنا، وبعد اكتشافه بأن الطبيب الذي يؤمن في شفاء مريضه والذي يستطيع إيصال ذلك إليه يحصل على نتائج أكثر من الطبيب الذي لا يؤمن بذلك . وعليه توصل "Simonton" إلى طريقة علاجية ما زال استعمالها شائعا في أمريكا وأوروبا المتمثلة في عملية الاسترخاء "Relaxation" مصحوبة بعملية التصور "Vitalisation l'Autocréation d'image mentale" وهي الخلق الذاتي لصورة ذهنية.

### 2.3.6 المساندة الروحية:

إن الجانب النفسي يأخذ دورا مهما جدا في تأثيره على التخفيف من المشكلات الخاصة بأحداث السرطان، ويعتبر الجانب الديني والرضا النفسي من الأمور المخففة والتي لها ارتباط بالشفاء من السرطان في كثير من الأحيان . إن تفاعل الجوانب النفسية والدينية في اعتقاد (يعقوب يوسف الكندي، 2003، ص364) تساهم في التخفيف أو الشفاء من أمراض السرطان، ولا شك أن التدين ودرجته يرتبط بالمستوى النفسي للفرد الذي يخفف من خلاله الضغوط والاضطرابات النفسية التي ترتبط بالمشكلات الصحية الجسدية . والظاهر أن الدعم الروحي أو الديني لا يعتمد عليه غالبا إلا في المرحلة التلطيفية للمرض وخاصة في دول الغرب، إلا أن الوضع مختلف بالنسبة للمجتمعات المسلمة ونظرا لضعف الدعم النفسي أو المساندة النفسية للمصابين بسرطان الثدي، فالواضح أن أغلبية المرضى يلجؤون إلى التدين لبناء نوع من الاستراتيجيات الدفاعية ضد الانهيار . بالنسبة للبروفيسور "Edouard Zarafian" في كتابه "La force de Guérir" أنه لا يوجد أمر غير المرض حتى يحيي أسئلة حول حقيقة الحياة، مباشرة بعد إعلان المرض، سيمر إلى مرحلة من الوعي أولهما نوع من الرفض والثوران ثم ينتقل إلى البحث عن

الفهم ومنها إلى التقبل والبحث عن حقيقة وأصل الحياة، فيبدأ الكشف عن حقائق روحانية، وجودية تتابها الكثير من التساؤلات : من أنا؟ لماذا جئت إلى هذه الحياة؟ من الله؟ لما الصلاة؟

استند (Joyeux Heral, 2004) إلى نفس الفكرة معتبرا أن عدم الاعتراف بعنصر مهم كالندين وعلاقته بالعلاج يجعل العلماء هؤلاء من نوع خاص وخارج المنظومة، فهو طريق مهم وأساسي اكتشفته في وجوه مضيئة بالأمل عند المصابين . دراسات أخرى أشارت إلى ارتباط الدين بالجانب المرضي، لقد أوضحت الدراسات أن المعتقدات والممارسات الدينية لها علاقة بالصحة العامة للمرأة والتي تؤثر في النهاية على طول مدة الحياة وذلك بالنسبة لـ (King .D, 1990, p112) نتيجة للوضع الصحي الذي يتمتع به المصاب . لقد أشار (يعقوب يوسف الكندري، 2003، ص210) إلى وجود بعض الدراسات والتي تعتبر أن الندين سببا في الوقاية من أعراض الاكتئاب وكذلك التخفيف من أعراض القلق وهذا ما يعكس ارتباط الندين وتأثيره المباشر على الأعراض النفسية التي تنتشر بشكل كبير في المجتمعات المتحضرة، وتفسر (Fitch M, 2008, p15) وجود 7 أبعاد معترف بها في علم الأورام وهي العضوية التطبيقية، الإعلامية، السيكلولوجية، الانفعالية الاجتماعية والروحية، بحيث أن التجارب الانفعالية الأليمة ذات الطبيعة النفسية الاجتماعية (سلوكية معرفية انفعالية) أو روحية قد تتفاعل مع قدرات مواجهة السرطان، وأعراضه العضوية وعلاجاته، فينتج عن ذلك أعراض الضيق الناتج عن المشاعر الضعيفة الهشة من ضرر، خوف، اكتئاب وحصر، العزلة الاجتماعية وكذا نوبة وجودية روحية . وعليه على المعالجين أخذ هذا العنصر بعين الاعتبار من حيث التقييم والاستجابة بحيث أن نفيها أو تجاهلها وعدم ضمها كدعم العلاج النفسي قد يولد لدى المريض آلام ومعاناة تزيد من شدة الضيق النفسي.

#### 4.6- تجارب المرضى من تشخيص وعلاج سرطان الثدي:

عرض (Hoskins et al. 2001) عدة مراحل رئيسية من تجربة سرطان الثدي، بما في ذلك التشخيص، العلاج المساعد بعد الجراحة والانتعاش المستمر، وأكد أن تشخيص سرطان الثدي وعلاجاته المختلفة تؤثر على نوعية حياة QOL المريض في كل من المستوى النفسي والوظيفي والاجتماعي، وغالبا ما يعاني المريض من القلق وأعراض الاكتئاب والتعب والضييق النفسي، فضلا عن اضطرابات المزاج والنوم.

وفي دراسة حديثة قام بها (Stephens et al. 2008)، ذكرت فيها النساء أن الخوف والقلق هما العرضان الرئيسيان في فترة ما بعد الجراحة مباشرة، ويكون الخوف خاصة من التكرار والانتبaths recurrence and metastasis، فضلا عن القلق بشأن العلاجات بعد العملية الجراحية والمستقبل.

إن اكتشاف سرطان الثدي هو فترة من عدم اليقين حول المستقبل وفي هذه المرحلة تعيش النساء فترة من القتال من أجل العيش. ولقد خلص كل من (Berterö & Wilmoth 2007) في أبحاثهما أن سرطان الثدي يؤثر على الذات الفردية والعلاقات الاجتماعية للمرأة، وبالتالي فإن العلاقة بين اضطراب المزاج والدعم الاجتماعي، والأعراض قد تكون أكثر بروزا من الأنواع الأخرى من السرطانات. فقد تتجنب النساء المصابات بسرطان الثدي الاتصالات الاجتماعية وهذا ما يجعلهن أكثر عرضة للعزلة الاجتماعية.

حسب (Steegeers et al. 2008) الأعراض الجسدية الأكثر شيوعا عند مرضى سرطان الثدي هي الألم، وذكر (Rietman et al. 2004) انخفاض في أداء الذراع والكتف. علاوة على ذلك قد تعاني بعض النساء تدني في صورة الجسم، انقطاع الطمث وما يصاحبها من أعراض، وكذا المشاكل الجنسية التي قد يكون لها تأثير سلبي على نوعية حياة "QOL" المرضى حتى بعد عدة سنوات من تشخيص المرض. ومع ذلك

فقد ذكرت (Sammarco A (2001) أن الطريقة التي تستجيب فيها النساء لسرطان الثدي تختلف تبعاً

لمرحلة الحياة النفسية التي تعيشها. (PÄIVI SALONEN; 2011; p p26-27)

## خلاصة الفصل

إن مرض السرطان يشتى أنواعه ومستوياته يعيق الفرد عن الحركة أو العمل أو القيام بنشاطاته بصورة طبيعية، نادرا ما تقتصر تأثيراته على الجوانب الجسمية بل تتطرق إلى مجالات أخرى فتتمس الجوانب النفسية والاجتماعية فالعجز ومحدودية القدرة الجسمية وما يتبع ذلك من شعور بالنقص والدونية هذه كلها أفكار عند مريض السرطان تعتمد إلى حد كبير على نظرة الآخرين وشفقتهم عليه، حيث يظهر أنماط متغايرة من الانفعالات كرد فعل ناتج عن حالته المرضية وقد تساعد الظروف الاجتماعية المحيطة أو نقص الرعاية والخدمات إلى نمو هذه الانفعالات وزيادة المشكلات النفسية والاجتماعية.

لم تتوصل أغلبية الدراسات إلى تحديد العلاقة المباشرة بين العوامل النفسية ونشأة السرطان غير أن البحوث تؤكد أن مواجهة الفرد للأحداث الضاغطة، تحدث تغييرات هامة في الجهاز المناعي، وفي حالة السرطان إدراك الإصابة يصبح في حد ذاته عاملا ضاغطا يساهم في إضعاف الكفاءات المناعية ويعزز التقدم السريع للورم. وعلى الرغم من أنه يصعب تأكيد العلاقات السببية بين العوامل النفسية والاجتماعية من جهة والمظاهر المختلفة للسرطان من جهة أخرى، إلا أن البحوث القائمة حول الضغط النفسي والجهاز المناعي تقدم مؤشرات حول الآليات التي يمكنها تفسير هذه العلاقة، إذ يمكن للضغط النفسي الحد من نشاط الخلايا الطبيعية القاتلة في القضاء على الأورام السرطانية. وفي الوقت الذي تؤكد الدراسات على أهمية نشاط هذه الخلايا في المحافظة على بقاء بعض المرضى على قيد الحياة وبشكل خاص مرضى سرطان الثدي المبكر.

# الفصل الثالث النمط السلوكي [ج]

## الفصل الثالث

### النمط السلوكي (ج)

تمهيد

- 1- نظرية الأنماط
- 2- النمط السلوكي
- 3- لمحة وجيزة عن أنواع الأنماط السلوكية الشائعة.
- 4- النمط السلوكي (ج)

## تمهيد:

إن موضوع الشخصية من أعقد الموضوعات التي أهمها علماء النفس بينما كانت محل اهتمام علماء الطب العقلي وأصحاب مدرسة التحليل النفسي، وكانت اهتماماتهم توجه إلى دراسة الحالات الفردية، وهذه الدراسة لا تؤدي في النهاية إلى تكوين النظريات العامة، أما الاتجاهات الحديثة في الدراسات السلوكية فتولي دراسة الشخصية اهتماما بالغا، لدرجة أنها أصبحت تكون مادة مستقلة بين مناهج الدراسات النفسية، حيث تشمل الدراسات الجوانب المختلفة للشخصية وكيفية نموها، والعوامل المؤثرة فيها، وكيفية قياسها، ونظريات مختلفة وضعت لدراستها وتفسيرها (مأمون صالح، 2008، ص20).

وهناك ثلاث مجموعات من الاتجاهات الكبرى تناولت موضوع الشخصية، حيث تصف الأولى الشخصية عن طريق السمات الأساسية (سمات مشتركة وأنماط، وتستند إلى عمليات فيزيولوجية وإدراكية وأسلوب المعيشة)، وتصفها المجموعة الثانية عن طريق القوى الخارجية المؤثرة (وتستند إلى ضغط البيئة على الفرد والدور الاجتماعي والثقافة)، أما المجموعة الثالثة فتصف الشخصية على أساس التفاعل بين الفرد والبيئة إلى الدوافع والانفعالات وغيرها.

ومن بين هذه النظريات، نظرية الأنماط التي بنيت منذ نشأتها إما على المظاهر الخارجية وشكل الجسم، وإما على العمليات الفيزيولوجية المختلفة، وإما على الميول والإدراك وإما على اختيار أو تبني أسلوب معين. فقد توسع مفهوم النمط من مفهوم طبقي يصنف الأفراد إلى مجموعات تشترك فيما بينها في عدد السمات الأساسية الفطرية المعزولة عن بعضها البعض (الهيئة الجسمية أو القدرات العقلية أو الاحتياجات والاهتمامات أو الأمزجة) إلى مفهوم يتسم بالشمولية من جهة وبالانتظام من جهة أخرى، يجمع بين كل هذه العوامل ويعبر عن حالة من الفعل والانفعال بين كل من الفرد وبيئته الداخلية

والخارجية، فيظهر ذلك على مستوى سلوكياته وممارساته اليومية، هذا المفهوم هو ما يسمى بالنمط السلوكي "Type de comportement" (الزروق، 2009، ص 72-73).

وقد اهتم الطب السلوكي بالاختلافات بين الناس في إظهار أو إخفاء مشاعرهم، حيث أظهرت الدراسات أن قمع المشاعر يعد من عوامل الخطر الصحي المحتمل للاضطرابات المتنوعة كالألم المزمن والسرطان. وقد استعمل الباحثون مصطلح "أسلوب التكيف القمعي" للدلالة عن الميل إلى تجنب التعبير عن المشاعر السلبية، فهذا الميل إلى قمع المشاعر السلبية قد يؤدي إلى استنتاجات خاطئة، على سبيل المثال، قد يبلغ المرضى مستويات كرب مشابهة للأفراد الأصحاء ولكنهم يظهرون في الوقت نفسه نزعات قمعية أكثر تدل على أنهم في الواقع أكثر إحباطا. هذا الميل القمعي قد يؤثر حتى في الإبلاغ عن الأعراض الجسدية ونوعية الحياة. وقد تم التحقيق في التأثير المحتمل للقمع على تطور المرض والسلوك الصحي، حيث أظهرت الدراسات استخدام المؤلفين لمفاهيم مختلفة لتسميات "القمع" مثل: "عدم التعبير عن المشاعر السلبية"، "التحكم العاطفي"، "التثبيط العاطفي والعقلانية"، "مكافحة العاطفية"، "نمط الاستجابة من النمط ج"، "ضبط النفس"، "الإخفاء"، "شخصية نمط د"، "إنكار".... ومن غير الواضح إذا كانت هذه المجموعة من المصطلحات تشير فعلا إلى المفهوم نفسه أو إلى مفاهيم مختلفة تماما. وبالإضافة إلى ذلك تم تطوير العديد من الاستبيانات في هذا المجال، وهذا ما يمثل مشكلة أخرى عند تقييم الدراسات، على سبيل المثال ليس من المؤكد ما إذا كانت النتائج التي تم الحصول عليها من استبيان التحكم العاطفي ومقياس ضبط النفس يمكن أن تكون متساوية. هناك اهتمام خاص بـ "Type C" النمط (ج)، وهو مصطلح ذكر لأول مرة في عام (1980) في ملخص من "Morris and Greer" طورته تيموشوك بشكل مستقل والذي تضمن عدة عناصر. (Kneier & Temoshok, 1984) ووصفته بأنه "إلغاء احتياجات الفرد الخاصة لصالح الآخرين، وقمع المشاعر السلبية، التعاونية، عدم الثقة، الاسترضاء والقبول". ويعتبر الفرد من النمط (ج) "Type C" لطيفا، ودودا ومفيد للآخرين ونادرا ما يحصل على

الحجج أو يشارك في المعارك. قد ينظر إلى الشخص من النمط (ج) "Type C" على أنه ميؤوس منه مزمن وعاجز، ويعتقد أساساً أنه لا جدوى من التعبير عن احتياجاته. يظهر النمط (ج) "Type C" تشابهاً ملحوظاً مع "الدفاع عن القلق"، كما وصفه "Weinberger et al" (1990). إن أوصاف كل من المفاهيم تذكر عدم الثقة، وحساسية منخفضة لاحتياجات الفرد ومشاعره / إلغاء احتياجات الفرد لصالح الآخرين، والاعتماد العاطفي على الآخرين، والتعاونية، والاسترضاء والقبول، ومستوى عالٍ من الضيق (الوسواس القلق / العجز والعجز اليأس). وبسبب هذا التشابه، يبدو نمط الاستجابة من النمط (ج) أقرب إلى دفاعية القلق أو القلق الشديد "anxious defensiveness" منه إلى القمع "repression" (Al, Bert Garssen & 2010).

## 1- نظرية الأنماط:

مفهوم النمط مشتق من المعنى الأصلي لكلمة "Persona" أي القناع، ففي المسرح القديم هناك مجموعات محدودة من الأدوار، يعرف كل منها بقناعه، ويقابل كل منها نمطاً سلوكياً معيناً، وبذلك عرف النمط على أنه مجموع أشكال استجابات معينة أو البنية الخاصة للشخصية (Delay & Pichot, 1990, p335).

وتعد لغة الأنماط امتداداً للغة السمات، فإذا أمكن أن تعزى عدة سمات إلى شخص واحد، ونقول أنه يتصف بتلك السمة فإن لغة الأنماط تمكن من تبني نظام أوسع، وأكثر توحداً يسمح لنا بتصنيف مجموعة الأفراد في نمط واحد على أساس أنهم يشتركون في مجموعة من السمات المتشابهة (لازاروس وغنيم، 1985، ص62).

ويُعد علم الأنماط "Typology" بتجميع السمات، وتوضيح ارتباطها وتجميعها كما يحرص على تعريف العناصر البنيوية للشخصية، أي القاعدة المستمرة نسبياً والمعطيات الثابتة التي منها ومعها ستتطور الشخصية. ويمكن القول بأن مفهوم النمط قد خضع لمسيرتين متكاملتين للفكر وللتفكير النفسي، حيث كان هناك:

- أولاً جهد موجه نحو تجميع متغيرات السلوك الفردي ليسمح باستخلاص مميزات السلوك، واستخدمت هذه المنهجية بنجاح في الأدب، ويكون بذلك مفهوم النمط هنا قريباً من مفهوم القالب المثالي، وكان هذا المعنى الفلسفي الأكثر ملاءمة وفي الوقت نفسه المعنى الساذج للنمط كتجربة نادرة أو كمظهر أكثر تعبيراً.

- ثم وجه الاهتمام نحو التصنيف، وهذا هو بالتحديد ما يوحيه علم الاشتقاق، ففي الأساس كانت الأنماط تشير إلى أهداف تنتمي إلى نفس الفئة.

وقد أنشئ النمط في علم النفس من حساب معامل الارتباط، وتكون بذلك القيمة النمطية هي المنوال أو المتوسط (فلادون والمصري، 1993، ص 44-45).

ويؤكد "آيزنك" (1960) على أن السمات والأنماط تتشابه من حيث أنها مستمدة من تحليل الاتساقات، ولكنهما يختلفان في درجة العمومية، وفي التحليل العاملي تتطابق الأنماط مع العوامل من الدرجة الثانية، في حين تتطابق السمات مع العوامل من الدرجة الأولى. مضافاً أن النمط مجموعة من السمات المرتبطة معاً، تماماً كما تعرف السمة على أنها مجموعة من الأفعال السلوكية، فالفرق بينهما يكمن في أن النمط مفهوم أكثر شمولية (الأنصاري، 1997، ص 90-91).

ويرى "ريتشارد لازاروس" أن الفرق بين الفكر القائم على السمات، والفكر القائم على الأنماط، أن الأول يفترض توزيعاً اعتدالياً للخصائص السلوكية المقاسة، وتدرجاً مستمراً يكون فيه معظم الأفراد في

الوسط، بينما يفترض الاتجاه الثاني توزيعاً ذا قمتين، وتصنف الأفراد إلى جماعات منفصلة. ويرد أن نظريات الأنماط وتحليلات السمات مرتبطة ببعضها إلى حد بعيد، فامتلاك الفرد لعدد من السمات ضروري إذا أراد تصنيفه ضمن نمط معين - وليكن الشخصية الشرجية (تصنيفات فرويد) - فإذا كشف الفرد تجمعاً لسمات العناد، النظام وشدة البخل، فإنه يتفق إلى حد بعيد مع النمط الشرجي (لازاروس وغنيم، 1985، ص 63-65).

ويشير "عبد الخالق" إلى أن مصطلح النمط يشير من وجهة نظر حديثة إلى مستوى أرقى تتجمع فيه السمات وتتنظم فالصمت، والتشاؤم، والتحفز مثلاً سمات "صغرى" تتجمع في سمة "كبرى" هي الانطواء، الذي يعتبر نمطاً في هذه الحالة. ويمكن أن يخصص مصطلح "العامل من الرتبة الأولى" للإشارة إلى السمات، بينما يشار إلى مفهوم النمط بمصطلح "العامل من الرتبة الثانية" أو مصطلح "البعد"، وهو مفهوم رياضي مرادف للعامل إلى حد كبير (الأنصاري، 1997، ص 91).

والعامل "Factor" مفهوم رياضي يفسر سيكولوجياً، مستمد من استخدام منهج التحليل العاملي لمعاملات الارتباط بين مجموعة من المقاييس السلوكية (زهرا، 1980، ص 107).

وفي نهاية خمسينات القرن العشرين ظهر نمطان حديثان في العلوم الطبية والنفسية، وهما نمطا السلوك (أ) و(ب) "type A & B behavior"، واللذان حددا من طرف "Friedman" و "Rosenman" سنة (1959)، ثم ألحق بهما في أوائل الثمانينات من نفس القرن نمط حديث آخر هو النمط (ج) "type C" أو ما يسمى بالشخصية المستهدفة بمرض السرطان "Cancer-Prone Personality" من قبل ك من "Greer" و "Morris" سنة (1980) وطورته تيموشوك وزملائها (الأنصاري، 1997، ص 94).

وكانت أبحاث هذا التوجه مبكرة منذ أعمال "دوتش" الذي حاول وضع نمط نفسي لمرضى القلب منذ (1968)، وقد سارت "دامبر" في فلك هذا التوجه وحاولت من خلال المنهج الإحصائي والتقنيات

النفسية إيجاد علاقات إرتباطية بين الأمراض النفسجسدية القلبية. فالاضطراب النفسجسدي عند "هيلين دامبر" هو منفذ التوتر المزمّن عبر ثغرات فيزيولوجية نابغ من عدم كفاية تعبير انفعالي، لكن المشكل الذي بقي غير واضح في هذه النظرية هو معنى الاضطراب النفسجسدي الذي لم يتضح بين البنية أو النمط السلوكي. وقد شرع علماء أمراض القلب "روزمان" و "فريدمان" في دراسة معمقة حول السبب النفسي للسكتة القلبية والإصابات القلبية التاجية على منحى "دامبر"، وأكدوا على وجود تردد إحصائي عالي للنمط السلوكي (أ) في هذه الاضطرابات، وصاغوا ما كان تنظيرا وتصنيفا في آن واحد: التركيب السلوكي "تمط أ" S.C.T.A والتركيب السلوكي "تمط ب"، وتبدو أبحاث العالمين وجها سلوكيا لنظرية الأنماط (محمد احمد النابلسي، 1996).

## 2- النمط السلوكي:

لم يفرق "أحمد راجح" بين الطراز والنمط، ويعرفه بفئة أو صنف من الأفراد يشتركون في نفس الصفات العامة، وإن اختلف بعضهم عن بعض في درجة اتسامهم بهذه الصفات، أو هو مجموعة من السمات المترابطة، فالنمط لا يعني شيئا أكثر من أن بعض الناس يشبهون أناسا آخرين، أي أن النمط يحتوي على أكثر مما يوجد في فرد واحد بعينه. والأنماط لا توجد في الطبيعة، ولكنها توجد في عين الملاحظ الباحث، أي أنه مفهوم افتراضي تجريدي نظري.

والبعض يطلق على النمط "الطراز"، ولكن "ألبرت" بيّن السمات والطراز على حسب مقدار اقتراب كل منها من الفرد، من الممكن القول بأن الفرد يمتلك سمة معينة وليس طرازا، والطراز عبارة عن تكوينات نموذجية يقيّمها الملاحظ ويمكن أن يطابق بينها وبين الفرد ولكن على حساب فقدانه لهويته المميزة، والسمة يمكن أن تعبر عن تفرد الشخص على حين يستلزم الطراز إخفاء ذلك التفرد، وهكذا فإن

الطراز يمثل عند "ألبرت" تمييزا مصطنعا ليس له تشابه وثيق بالواقع، في حين أن السمات انعكاسات حقيقية لما هو موجود (أمال أباطة، 1997، ص22).

حيث يرفض السلوكيون الجدد تحديد أنماط للشخصية، من باب أن هذه الأخيرة معرضة لتغيرات دائمة، تسببها مختلف الأحداث والتجارب التي تمر بها، وانطلاقا من هذه الرؤية، فإنهم لا يحددون نمطا شخصيا بل يحددون نمطا سلوكيا. ويعرف "محمد احمد النابلسي" النمط السلوكي بأنه: " كناية عن نهج سلوكي معين تدفع إلى إتباعه مجموعة من الأحداث، والتجارب والعوامل النفسية، بحيث لو عرضنا مجموعة من الأشخاص (مختلفي الشخصيات) لهذه الظروف لرأينا أنهم يقومون بإتباع هذا النمط، وذلك بصورة مؤقتة ريثما تعرض لهم ظروف وعوامل نفسية أخرى". أي أن النمط السلوكي طريقة يواجه بها الفرد المشكلات التي تواجهه، وليس نمطا من أنماط الشخصية، فهو يتغير بتغير الوضع النفسي للشخص (محمد احمد النابلسي، 1993، ص60، 67، 64). ويوافق هذا الرأي باحثون مثل "Shmied&Lawler" (1986)، "friedman&Booth-Kewiey" (1987)، "Wright" (1988) ( بن زروال فتيحة، 2008، ص216).

ويعبر النمط السلوكي بشكل عام عن الطريقة والأسلوب الخاص والمميز للفرد في الاستجابة للمواقف الاجتماعية المختلفة وفي التعامل مع نفسه ومع الآخرين، وهو على مستوى من الترتيب والتنظيم الذي يوفر حدا مقبولا من الفهم والضبط والتنبؤ (الزروق، 2009، ص74).

### 3-لمحة وجيزة عن أنواع الأنماط السلوكية الشائعة:

#### 1.3- النمط السلوكي ( أ ):

أشار "فريدمان" و "روزنمان" (1964) إلى وجود خصال شخصية يتميز أصحابها بالرغبة في التنافس والطموح والعدوانية والرغبة في النجاح وحب العمل، والقلق، والغضب والرغبة في التحدي والإحساس بضيق الوقت، وقد أطلقا عليه نمط السلوك ( أ ) (أمال عبد السميع أباطة، 2000، ص48).

ويعرفه "روزنمان" (1986) بأنه: " مركب فعلي-انفعالي action-emotion complexe يستخدمه الأفراد لمواجهة تحديات محيطهم، يتضمن هذا المركب مظاهر سلوكية كالعدوانية، التنافسية، الاستعجال، وسلوكات خاصة كالتوتر العضلي، حس الطوارئ، الكلام السريع، صوت قوي، وتيرة سريعة في الأنشطة، استجابات انفعالية كسرعة الاستثارة وسهولتها، عدائية مضمرة، ميل فوق المتوسط للغضب ( بن زروال فتيحة، 2008، ص 219).

وبعدها أصبح نمط السلوك ( أ ) من أشهر الأنماط السلوكية التي وضعت في القرن العشرين، والحقيقة أنه قد نبغ عن ملاحظات دقيقة جدا لواضعي المفهوم. ويعرفه "احمد محمد عبد الخالق" (2000) بأنه: " نمط سلوكي مركب ثابت إلى حد كبير يميز الفرد ويتكون من تنظيم فريد لمجموعة من الوظائف والسمات." (احمد محمد عبد الخالق، 2000، ص 04- 09).

#### 2.3- النمط السلوكي ( ب ):

لم يحظ النمط السلوكي ( ب ) بنفس الاهتمام الذي حظي به النمط السلوكي ( أ ) بل جاء وصفه على أنه نقيض له، ورغم ذلك فقد قدم بعض الباحثين تعريفا لهذا النمط السلوكي. حيث عرفه "Luthans" (1992) بأنه : "الفرد ذو النمط ( ب ) من الشخصية، يكون في الجانب الآخر أو المعاكس

لصفات النمط ( أ ) إذ يبدي اهتماما أقل بالوقت، يمارس درجة أعلى من ضبط النفس في التعامل مع الأمور المهنية والحياتية، يحدد وقتا للاسترخاء بدون الشعور بالذنب، يتعامل مع الأمور بصورة هادئة، ذو شخصية معتدلة، وعلى الرغم من وصول أصحاب النمط ( أ ) للمستويات الوظيفية العليا، إلا أن أصحاب النمط ( ب ) يعتبرون أكثر قدرة على تسيير الأمور بدقة في هذه المستويات، حيث يتطلب الأمر التعامل مع الأمور بصورة أكثر شمولية ومن أكثر من زاوية" (بوعافية، 2008، ص74).

ويستخدم أصحاب هذا النمط معدلا طبيعيا من الإجهاد لإنتاج الطاقة التي تلزمه لحل مشكلاته دون أن يكون ذلك على حساب الآخرين أو على حساب ذاته، فهم حكماء، واقعيون، ايجابيون ويمثلون أقلية من حيث العدد (Chalvin, 1993, p 27).

### 3.3- النمط السلوكي ( د ):

استمدت شخصية النمط ( د ) "Type D" (التي تسمى أيضا الشخصية المتعثرة distressed personality) من نظريات الشخصية والأدلة التجريبية، بما في ذلك التحليلات العنقودية والعاملية. ويستند التصنيف إلى اثنين من الصفات الواسعة والمستقرة هما "التأثر السلبي والتثبيط الاجتماعي"، ويشير التأثر السلبي إلى الميل لتجربة الضائقة السلبية المتزايدة عبر الزمن والمواقف ، في حين أن التثبيط الاجتماعية يشير إلى الميل لمنع التعبير عن هذه المشاعر السلبية في التفاعلات الاجتماعية، فالفرد من النمط ( د ) يميل إلى القلق، ولديه نظرة متشائمة للحياة، ويشعر بالتوتر والتعاسة. هم أكثر عرضة للغضب وأقل عرضة لتجربة المواقف الإيجابية، في الوقت نفسه، هم أيضا أقل عرضة لتبادل المشاعر السلبية مع الآخرين خوفا من الرفض، عموما شخصية النمط ( د ) لديهم علاقات قليلة مع الآخرين، ويميل إلى الشعور بعدم الارتياح مع الغرباء.

ويمكن اعتبار النمط ( د ) عامل خطر نفسي مزمن، حيث أن الأفراد يميلون إلى التعامل مع العواطف بطريقة مميزة. وقد ارتبطت الشخصية من النمط ( د ) بمجموعة متنوعة من الصعوبات العاطفية والاجتماعية، بما في ذلك أعراض الاكتئاب، والتوتر المزمن، الغضب، التشاؤم، عدم وجود الدعم الاجتماعي المدرك، ومستوى منخفض من الرفاه الشخصي. ومن الجدير بالذكر أن الفرد من النمط ( د ) يظهر غياب نسبي من المشاعر الإيجابية مُعبر عنها بتأثير إيجابي منخفض، وانخفاض مستويات الثقة بالنفس، وعدم الرضا العام عن الحياة

ويبدو أن أعراض التعب والإرهاق الحيوي " vital exhaustion " الأكثر انتشارا عند مرضى القلب الذين لديهم شخصية النمط ( د ). والإرهاق الحيوي هو الحالة النفسية التي تعرف بأنها تعاني من التعب الشديد، وزيادة التهيج، وضعف في المعنويات، وهو عامل خطر على قدم المساواة مع فرط نسبة الشحم في الدم "hyperlipidaemia". ولا تقتصر الصعوبات التي يعاني منها مرضى النمط ( د ) على الضائقة النفسية فحسب، بل تمتد أيضا إلى السلوكيات والأعراض، بما في ذلك الاستخدام المزمن لـ "benzodiazepines" ، والشكاوى المستمرة من ألم في الصدر، وعدم العودة إلى العمل. فالنمط ( د ) محدد مهم من الصعوبات العاطفية والاجتماعية عند المرضى الذين يعانون من أمراض القلب التاجية. في نهاية المطاف، قد يكون لهذه الصعوبات آثار خطيرة على صحة المرضى الذين يعانون من أمراض الشرايين التاجية القائمة مما يؤدي إلى نقاط النهاية الطبية الصلبة من حيث نسبة انتشار المرض والوفيات (Susanne .S & al, 2003).

#### 4- النمط السلوكي ( ج ) :

في أوائل ثمانينات القرن العشرين قدم كل من "Greer & Morris" نمطا آخر سمي النمط ( ج )، طورته فيما بعد "تيموشوك وزملائها" "Temoshok & al" (1981 - 1985)، ويعتقد "Greer & Morris"

أن هذا النمط يرتبط ارتباطا دالا بتطور مرض السرطان وسرعة انتشاره، مشكلا أحد أكبر مسببات ارتفاع نسبة الوفيات في "الولايات المتحدة الأمريكية"، "بريطانيا" و"يوغسلافيا" . أما على المستوى العالمي فيمثل 20% من أسباب وفيات الإنسان (عبد الله وعبد الفتاح، 1997، ص 94).

وأشارت "Temoshok L" إلى غياب البنى النظرية في البحث النفسي الاجتماعي، واقترحت شخصية من النمط (ج)، باستخدام مفاهيم من نمط الشخصية (أ) و (ب) التي شيدت أصلا للبحث عن العلاقة بين الإجهاد وأمراض القلب والأوعية الدموية. إن الشخصية حسب "تيموشوك" من النمط (ج) تحافظ على السيطرة العاطفية والعلاقات الشخصية اللطيفة على الرغم من الضيق الداخلي غير المفترض. يتفاعل الشخص من النمط (ج) (الشخص المعرض للسرطان) مع تغيرات الحياة المجهدة وفقدان أعراض الاكتئاب، وقمع العواطف وأسلوب التكيف الذي يتسم بالميل إلى تأجيل احتياجات الفرد لاحتياجات الآخرين (الالتزام). إن الشخصية كعامل خطر لتطور السرطان عن طريق "الشخصية المعرضة للسرطان" لا تزال قابلة للنقاش، ولكن هذا النمط يمكن أن يساهم في خطر الإصابة بالسرطان من خلال المسارات المناعية والهرمونية (MATTI ESKELINEN & al; 2011).

أدخل "Eysenck" (1994) لأول مرة "الشخص المعرض للسرطان" في استبيان يسمى "شخصية الإجهاد" "stress personality" ، كما أعرب عن اعتقاده بأن المرضى المعرضين للسرطان يميلون إلى التعاون، والهدوء، والإقناع. وحسب "Sharma" (2007) إن الأشخاص من النمط (ج) إذا غضبوا من شيء ما، فإنهم سيستخدمون طريقة الصمت ويميلون إلى قمع مشاعرهم السلبية. كما أكد "al & Davoodi" (2009) أن هذا النمط هو نوع خاص من الشخصية التي تحافظ على الهدوء وعلى ما يبدو بسبب قمع العواطف ولكن لا يمكنها السيطرة على المشاكل العصبية والعقلية والإجهاد، ونتيجة لذلك، فإن الشخص سوف يشعر بأنه ميؤوس منه ويصبح مكتئبا. وأوضح "Lala, Bobirnac & Tipe" (2010) أن

النمط (ج) يعتبر شخصية قمعية. وتشمل هذه الأخيرة آلية دفاعية قوية مما يؤدي إلى عدم القدرة على التعبير عن المشاعر السلبية الخاصة بها وتحديدًا ، وتشمل ردود الفعل السلبية اليأس وعدم جدوى، وعدم السيطرة في المواقف العصبية وعلى العواطف والميل لتحقيق حاجات الآخرين حتى لو كان الشخص لا يفي بجميع احتياجاته. ويعتقد "Zetu, Lacob and Dumitrescu" (2013) أن هذا النمط القمعي هو كذلك بسبب ضعف استجابة الغدد الصماء واستجابة المناعة للإجهاد المزمن مما يؤدي إلى عدم قدرة الشخص على مقاومة المرض في البداية ثم الوقوع في مرحلة المرض. يتعامل الناس مع الإجهاد بطرق مختلفة للإفراج عن الضغوط الناجمة عنه، هذا النوع من التفاعلات يسمى بـ "التكيف". ويتيح التكيف الفعال للناس موازنة الإجهاد العقلي ومواصلة حياتهم دون أضرار جسدية وعقلية (Sakineh Alami Nisi & al, 2015).

وعلى الرغم من أن هناك اتفاقًا بين عدد من الممارسين والباحثين منذ العصور القديمة أن العوامل النفسية قد تكون سببًا للسرطان، حيث أشار "Eysenck" كما ذكرنا سابقًا إلى "شخصية معرضة للسرطان"، في حين أن آخرين، مثل "Temoshok" (1992) تستنتج بشدة هذا المصطلح وتعارض على استخدامه وتعتقد أنه ينطوي على النمط السلوكي المتأصل أو الغير متغير الذي هو جوهر هوية الشخص. ليس سمات الشخصية السبب النفسي الوحيد الذي يمكن أن يؤثر على قابلية الإصابة بالسرطان أو تطوره. فهناك احتمال آخر هو أحداث الحياة المجهدة "occurrence of stressful lifeevents". ويعتقد بعض المحققين والأطباء الذين عملوا بشكل مكثف مع مرضى السرطان أن الأحداث المجهدة، وخاصة الأحداث المرتبطة بالخسارة، يمكن أن تسهل تطور السرطان. ولقد توصل "LeShan" إلى وجهات نظر حول العوامل النفسية في السرطان من علاج العديد من مرضى السرطان بالعلاج النفسي المكثف، واقترح نموذجًا للضغط النفسي "stress diathesis model" الذي يوعي الناس بالخسارة الناجمة عن تجارب الطفولة المبكرة، مثل وفاة أحد الوالدين، وتطوير شخصيات معرضة للسرطان، وتدمر عندما يتعرضون

لخسارة كبيرة أخرى في فترة البلوغ. بالإضافة إلى وجود هذه الحساسية، افترض أن أولئك الذين يعانون من شخصيات معرضة للسرطان يفترض أن تتعامل بشكل سيئ مع فقدان بتجنب التعبير عن مشاعرهم، وخاصة الغضب الذي أثاره الفقدان، والنتيجة هي حالة دائمة من العجز واليأس، وفي الوقت نفسه يقال إن الشخص المعرض للسرطان مذعن ومطيع للآخرين من أجل إرضائهم وتجنب الرفض. ولقد اتفقت "Temoshok and Dreher" (1992) مع "LeShan" واستنادا إلى أبحاثها والملاحظة السريرية للمرضى الذين يعانون من سرطان الجلد، خلصت إلى أن الأحداث الحياتية التي تنتج حالة من اليأس عند الشخص مع عدم القدرة على التعبير عن المشاعر يمكن أن يكون لها تأثير كبير على ظهور السرطان وتطوره. وبعض النتائج تتفق مع هذا الرأي ففي دراسة طويلة لـ "Cooper and Faragher" (1993) لـ 2.163 امرأة حضرن لعيادة فحص الثدي، وجد الباحثون أن النساء اللواتي تعرضن لعدة تجارب سيئة في حياتهن ، ولا سيما المفجعة أو بعض الخسائر الكبيرة الأخرى، واللواتي أخفن في التعبير عن مشاعرهن أو التماس المساعدة من الآخرين، زادت احتمالية تشخيصهن لاحقا بسرطان الثدي.

(Katz, L. S., & Epstein, S.2005)

وقد ركزت التحقيقات الأخيرة على مفهوم أن الاستجابات النفسية التي قد تكون مرتبطة بتطور السرطان، وضعف جهاز المناعة وغيرها من المشاكل الصحية. وأفادت مجلة "Self Magazine" في عددها الصادر في يناير (1997) أن الجدل العدائي قد يقلل من الوظيفة المناعية للمرأة. إن الاهتمام بهذا الموضوع قد تزايد منذ نشأته ويمكن تعريف سلوك النمط (ج) على أنه نوع من الشخصية التي تظهر التضحية بالنفس، عدم التعبير عن العاطفة، والتي بدورها قد تضعف الجهاز المناعي لدرجة تطور السرطان.

ومن أوائل الباحثين لدراسة العلاقة بين المتغيرات السلوكية والصحة الدكتورة Linda

"Temoshok". في دراسة نشرت في عام (1992) بعنوان (ارتباط النمط (ج) "The Type C

"connection: الروابط السلوكية للسرطان وصحتك " The Behavioral Links to Cancer and Your Health"، وركزت " Temoshok " على بعض السمات السلوكية التي أظهرها مرضى السرطان، والسمة الأكثر شيوعا التي تم العثور عليها هو سلوك التضحية بالنفس، والتي تتميز بأن يقوم الفرد بإزعاج شديد لنفسه لإرضاء شخص آخر، حيث قابلت 150 مريض بالسرطان، مع التركيز على سماتهم السلوكية، لمقارنتها مع عدد من مرضى سرطان آخرين، وخلصت إلى أن هناك بعض الخصائص السلوكية التي أظهرها مرضى السرطان. وواحدة من أهم الصفات التي أظهرها معظم المرضى هي حقيقة أنهم سوف يفعلون أي شيء تقريبا لإرضائها، بما في ذلك إلغاء المواعيد الهامة مع الأطباء، وذلك لمجرد التحدث مع الدكتورة تيموشوك. يبدو أن هؤلاء المرضى يهتمون بشكل مفرط برفاهية الآخرين قبل أنفسهم. وكان سلوك التضحية الذاتية السمة الأكثر شيوعا التي وجدتتها الدكتورة تيموشوك خلال دراستها في جامعة كاليفورنيا في سان فرانسيسكو. بالإضافة إلى الصفات الأخرى التي ارتبطت بشخصية النمط (ج) كتجنب الصراع، والخوف من عدم القبول الاجتماعي... (Justin A. Kurrass).

ويرى "Hoareau" (2001) أن استجابات النمط التي يسميها IE (Intériorité Emotion) تعتمد على تنشيط جهاز الكورتيزول ويميز ضمنها نمطين ثانويين هما:  
- IE1 : الذي يعكس الأفراد الذين تعلموا عن طريق التربية (بالمفهوم الواسع) التي تلقوها بالتنازل عن طموحاتهم، والتقدير السلبي للذات، والاعتقاد بأنهم غير قادرين على تحقيق النجاح.  
- IE2 : ويخص هذا الأخير الأفراد غير الانفعاليين "anti-émotifs" الذين يمنعون إظهار انفعالاتهم دون أن يعني ذلك عدم وجودها (Hoareau, 2001, p 158).

وتقترح "Temoshok" (1987) مكونين أساسيين يميزان النمط (ج):

أ- إدراكات اكتئابية "Cogmitions Dépressives": ويختلف هذا المفهوم عن الاكتئاب كعاطفة "affect"، ويوافق نمودجا من الاكتئاب القائم أساسا على إدراكات خاصة اتجاه الأحداث المجردة، جمعها

"Seligman" (1975) تحت مصطلح "الاستسلام المتعلم" *résignation apprise* الذي بموجبه يشعر الفرد بالعجز في مواجهة الأحداث المجهددة التي لا يمكن التحكم بها. وقد لاحظت "Temoshok" ارتباطا دالا بين الإدراكات الاكتئابية المشخصة خلال مقابلة مرضى مصابين بالورم القتامي "mélanome" وبين حجم هذه الأورام. كما أظهرت دراسات (Antoni ، Goodkin ، 1988 ، & al Wirsching 1982) أن هناك علاقة بين الاستسلام المتعلم وبين النتائج السلبية "défavorbles" للاختبارات المجراة على عينات "biopsie" من أورام العنق (Panlhan & Bourgeois, 1995, p66).

ب- **كبح الانفعالات "la répression des emotions"**: وتعني عدم قدرة الفرد على الاعتراف بانفعالاته والتعبير الشفهي عنها خاصة العدائية منها كالغضب، وقد تمكنت دراسة "Mara Julius & al" التنبؤية (1971-1983) على عينة مكونة من 696 فرد من سكان "Tecimseh" في ولاية "ميتشيغان" تتراوح أعمارهم بين 30 و 69 سنة من إيجاد ارتباط ايجابي بين كبح التعبير عن الغضب واحتمال الموت .

(Mara Julius & al, 1994)

ووجد "Greer & Morris" في دراسة تنبؤية على 69 امرأة دخلت المستشفى بهدف إجراء فحوص على ورم الثدي، أن التعبير الطبيعي عن الانفعالات خلال الأيام السابقة الفحص مقرونا بمقابلات مع الشريك أو الأقارب ارتبطت بتشخيص ثانوي للسرطان، وأن المريضات اللاتي أظهرن قبل الفحص معدلات مرتفعة من كبح الغضب أو انفعالات أخرى، لديهن احتمالا أكبر من الأخريات لوجود ورم سرطاني (Greer & Morris, 1994).

وقد أكدت هذه النتائج دراستان طويلتان قام بهما "Grossarth- maticek & al"، شملت الأولى 1353 فرد من مدينة صغيرة بيوغسلافيا (سابقا) طبقت عليهم مختلف الاختبارات والمقاييس حول حالتهم وعاداتهم الصحية الحالية، ثم تم تتبعهم على مدى 10 سنوات، ابتداء من (1966). أما الثانية فقد تضمنت تتبع 19000 فرد من سكان مدينة "Heidelberg" الألمانية منذ (1974) وحتى سنة (2000).

وفي كلتا الدراستين أظهرت النتائج أن الكبح الانفعالي من العوامل النفس-اجتماعية المهمة التي تتبئ بالإصابة بالسرطان (Mimoun, 2000, p185).

وتذهب دراسات أخرى "Contrada & al" (1990) في نفس السياق مشيرة إلى وجود الكبح الانفعالي أكثر لدى المصابين بالسرطان، وأنه مرتبط بأقل الفرص للنجاة.

وقد أشار "Ruiz" (2004) إلى أن هناك دراسات أخرى قد أظهرت ارتباط النمط (ج) من

الشخصية بـ :

- البحث عن خبرات جنسية متعددة.
- تعاطي مواد كالكحول، الأدوية، المخدرات، السجائر.....
- عادات خطيرة من السياقة (سرعة، مخاطرة).
- ممارسة رياضات خطيرة، ووقوع حوادث خلال هذه الممارسات.
- تفضيلات معرفية وإدراكية وجمالية تتمحور حول: التعقيد، تحمل الغموض، الأصالة، الإبداع، ثراء الخيال والأحلام ( بن زروال فتيحة، 2008).

اقتُرحت "تيموشوك" (1987) نموذجا نظريا توضح به نشأة الأسلوب المعرفي-السلوكي من النمط (ج)، حيث ترى أنه نتيجة لاستعداد وراثي و/أو تجارب عائلية تعلم فيها الطفل مواجهة الأحداث المجهدة بطريقة تتميز بعدم التعبير عن رغباته أو انفعالاته، مما أدى في النهاية إلى شعوره بالعجز واليأس.

## خلاصة الفصل:

ناقشنا في هذا الفصل الأنماط السلوكية الشائعة، وركزنا على النمط السلوكي (ج) باعتباره من متغيرات الدراسة الحالية، ويظهر أن هذا النمط يتميز بعدة خصائص أهمها: كبح الانفعالات والادراكات الاكتئابية، واللذان يعتبران من أهم المظاهر السلوكية لدى مرضى السرطان، ولكن السؤال هنا: هل هذه المظاهر السلوكية والمتمثلة في النمط السلوكي (ج) هي نتيجة للمرض، أو هي سبب له؟ وذلك باعتبار أن "Temoshok" قد اكتشفت هذا النوع من السلوك عند مرضى السرطان في مجتمع يختلف حضاريا وثقافيا عن المجتمعات العربية المسلمة. وهذا ما يتطلب دراسة عربية ولما لا جزائرية وتكون دراسة طولية تتبعية يقوم بها مجموعة من الباحثين للإجابة على هذا السؤال. والتي نأمل أن تكون هناك مخابر بحث تهتم بمثل هذه الدراسات الهامة.

# الفصل الرابع

## نوعية الحياة المرتبطة بالصحة

## الفصل الرابع

### نوعية الحياة المرتبطة بالصحة

تمهيد

- 1- تعريف نوعية الحياة
- 2- مبادئ نوعية الحياة
- 3- أبعاد نوعية الحياة
- 4- مظاهر نوعية الحياة
- 5- قياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة
- 6- الأسباب الرئيسية لقياس نوعية الحياة
- 7- النماذج النظرية المستخدمة في بحوث نوعية الحياة لمرضى السرطان
- 8- نوعية حياة مرضى سرطان الثدي
- 9- نوعية حياة مرضى سرطان الرئة
- 10- العوامل المؤثرة على نوعية حياة مرضى سرطان الرئة
- 11- نقاط نهاية علاج سرطان الرئة

يمثل مفهوم نوعية الحياة "Quality Of Life" (QOL) أحد الأمثلة الجيدة عن إشكالية تعقد المصطلح وتعدد أبعاده ودلالاته واستعمالاته . فرغم آلاف البحوث التي تناولته منذ الستينيات حتى اليوم، بل وتخصيص مجالات علمية وجمعيات عالمية في بحوثه لا يزال يشكل تعريفه أحد النقاط الخلافية بين الباحثين.

إن الارتباك الذي يحسه الباحث وهو يتناول مصطلح نوعية الحياة يعود إلى تداخله مع المصطلحات القريبة منه مثل الرفاه، والسعادة، والرضا عن الحياة، والحياة ذات المعنى، وهناء العيش، والعافية المرتبطة بالصحة، أو ارتفاع مستوى المعيشة عموماً كما يراه الاقتصاديون (Rapley,2003).

يرى Cummins الذي عبر عن يأسه من الإحاطة بهذا المفهوم، أن نوعية الحياة من المفاهيم المركبة والمعقدة، لذلك ليس مفاجئاً أن ينتفي الإجماع على تعريفه أو على شكل معياري لقياسه (1997) (Cummins). ويرجع أحد أسباب اضطراب المصطلح إلى شيوع استعماله، لذلك اشتكى Boyle (2002) وزملائه مما سموه "زئبقية المصطلح" وعدم تحديده بسبب استعماله غير المحدودة من طرف الأخصائيين والعامة على السواء، فهو يشير إلى تقييم الفرد لحياته، مما يحيلنا إلى المعاني المقاربة عن الحرية والرفاهية "well being" والسعادة والعيش الطيب أو الهناء وتحقيق الذات والصحة النفسية والجسدية والحياة الجيدة "good life" بما فيها من المتع والأهواء والطيبات (Rapley,2003).

حسب (Skevington, 1999) ركز في السنوات الأخيرة، على استكشاف أثر الأمراض الجسدية والعقلية على نوعية الحياة العامة. وقد تبين أن التحول إلى قياس القضايا النفسية والاجتماعية بالإضافة إلى التدابير الطبية الحيوية تلعب دوراً هاماً في ضمان نتائج إيجابية للمريض من وجهة نظر الطبيب والمريض، وهو مقياس للنتيجة الهامة عند تقييم العلاج. وقد أعرب (Bonomi, Patrick, Bushnell, & Martin, 2000) بالإضافة إلى ذلك، أن التقييم المستمر لنوعية الحياة عند الأفراد الأصحاء العاديين،

والسكان العاميين المحددين، مثل المسنين، حظي أيضا بالاهتمام. وقد قيل سابقا إنه نظرا للطبيعة الذاتية لنوعية حياة الفرد، فإن هذا المفهوم يصعب قياسه وتحديده، ولكن بشكل عام يمكن اعتباره مفهوما متعدد الأبعاد يؤكد على تصورات الذات لحالة الفرد الحالية من العقل، والواقع أن أحد التحديات الرئيسية في تحديد نوعية الحياة قد يتمثل في استكشاف المجالات التي ينبغي أن تشمل في التعريف العام لهذا البناء. ومع ذلك، فإن التحقيقات تشير إلى أنه من أجل الحصول على تفسير فعال من الضروري أن نرى نوعية الحياة كمفهوم يتكون من عدد من القيم الاجتماعية والبيئية والنفسية والجسدية. فإن مفهوم نوعية الحياة كما يرى (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999) يشمل على نطاق واسع كيف يقيس الفرد "الخير" 'goodness' من جوانب متعددة من حياته. وتشمل هذه التقييمات ردود الفعل العاطفية للشخص على أحداث الحياة، والتصرف، والشعور بالوفاء للحياة والرضا، والرضا عن العمل والعلاقات الشخصية. ونجد في الأدب، مصطلح "نوعية الحياة" غالبا ما يشار إليه باسم "الرفاه" "well-being". ومع ذلك، هناك عدد من التحديات لتطوير فهم مفيد لمصطلح نوعية الحياة و/ أو الرفاهية. أولا يجب التحقق بالضبط مما تعنيه هذه المصطلحات. فقبل ثلاثين عاما تقريبا، اقترح "Smith" (1973) في إحدى الدراسات الجغرافية الأساسية في هذا المجال أن يتم استخدام مصطلح "الرفاه" للإشارة إلى ظروف الحياة الموضوعية التي تنطبق على السكان بشكل عام، في حين أن مصطلح "نوعية الحياة" يجب أن يقتصر بشكل أكثر ملاءمة على التقييم الشخصي للأفراد لحياتهم. واليوم. فقد هذا التمييز، وغالبا ما تكون المصطلحات غير محددة أو مستخدمة بشكل غير متسق أو متبادل ضمن الدراسات. وفي بعض الحالات، يستخدم مصطلح واحد لتعريف الآخر. فحسب (Beesley & Russwurm, 1989) يمكن أن يعزى عدم التمييز جزئيا إلى المفاهيم المتعددة لنوعية الحياة التي تطورت على مر السنين بدءا من النهج الاقتصادي الشعبي في أواخر 1960 و 1970 عندما تم تقييم نوعية الحياة / الرفاه من خلال المقاييس الكمية ومعدلات البطالة، وردا على هذا النهج الكمي الصارم في هذا الموضوع، بدأ الباحثون يستفسرون

عن تجارب الأفراد الشخصية من حياتهم في الاعتقاد بأن التدابير الموضوعية وحدها كانت تدابير غير مكتملة من نوعية الحياة. أما السبب الثاني لفقدان التمايز بين المصطلحين هو الإقرار بأن نوعية الحياة / الرفاه لها عناصر موضوعية - أي مكونات خارجية للفرد وقابلة للقياس من قبل عناصر أخرى - ومكونات ذاتية - أي التقييمات الشخصية للشخص لحياته الخاصة أو جوانب معينة من الحياة باستخدام مقاييس الرضا والسعادة، أو غيرها من مقاييس التقييم الذاتي (Paraskevi Theofilou,2013).

وقد أثارت منظمة الصحة العالمية عام (1984) ثورة في مفهوم الصحة بتعريفها الجديد الذي يرى أنها: "حالة من المعافاة الجسدية والنفسية والاجتماعية وليست بغياب المرض أو العجز فقط" (WHO,1984). ثم أصبح مفهوم العافية أو حسن الحال "Wellness" شائعا في الخمسينيات على يد الطبيب "Halbert Dum". كما أدخلت المنظمة (1993، 1995) في تعريفها لنوعية الحياة في مجال الصحة، رؤية الشخص لمركزه في سياق النظم الثقافية والتقييمية التي يحياها، وفي علاقاتها مع أهدافهم، ومع ذلك فقد استمرت المنظمة في تطوير قياس لنوعية الحياة باستخدام مقاييس تركيبية (أن بولنج، 2008، ص41).

وتعتبر اليونسكو "UNESCO" (United Nations to Educational and Science and Culture Organisation) مفهوم نوعية الحياة مفهوما شاملا يضم كل جوانب الحياة كما يدركها الأفراد، وهو يتسع ليشمل الإشباع المادي للحاجات الأساسية، والإشباع المعنوي الذي يحقق التوافق النفسي للفرد عبر تحقيقه لذاته، وبناء على ذلك فإن لجودة الحياة ظروفًا موضوعية ومكونات ذاتية (الغندور، 1999، ص27-28).

ولا يوجد تعريف عالمي مقبول لنوعية الحياة حيث تتراوح التعريفات الحالية بين تلك التي تركز على الرفاه الاجتماعي والبدني الاجتماعي وتلك التي تصف تأثير صحة الشخص على الحياة اليومية،

وفي الأدب، ظهر مفهوم الجودة والصحة ذات الصلة بنوعية الحياة في عام (1920)، حيث استخدم الباحثون في الماضي بعدا واحدا فقط من نوعية الحياة، مثل الوظيفة البدنية، والاهتمام الاقتصادي، أو الوظيفة الجنسية (Maria Lavdaniti &al, 2015).

## 1-تعريف نوعية الحياة:

**اصطلاحا:** "QUALITY" كيفية، صفة، كيف: تعقد مقارنة دائمة بين الكم والكيف " Quantity and quality" ، والكيف هو أيضا الخاصية والجودة ويعني المنزلة الجيدة، والوصف الكيفي "Qualitative" ، وضمان الجودة أو الجودة النوعية هو أسلوب للارتقاء بالموصفات للخدمات والإنتاج، وفي الطب يعني تقديم خدمة طبية جيدة متكاملة، ومواصفات الحياة أو جودة الحياة "Quality" هو تعبير عن حالة إيجابية من الصحة البدنية والنفسية والاستمتاع بالحياة، وتستخدم المقاييس الكيفية لتحديد مواصفات الحالة النفسية بالمقارنة بالمقاييس الكمية التي تحدد درجة أو شدة الحالة (لطي الشربيني ، ص150).

ويعد تعريف نوعية الحياة من المهام الصعبة، لما تحمله من جوانب متعددة ومتفاعلة مع بعضها البعض، حيث أكد "Rogerson" (1999) أن نوعية الحياة ترتبط ببيئة الفرد، فالعوامل البيئية تعتبر من المحددات الأساسية لإدراك الفرد بنوعية الحياة، كما أن الاهتمام بها لن يتوقف بل سيزداد بصورة ملحوظة. حيث تحتل "QOL" دورا محوريا في مجال الخدمات المتعددة التي تقدم لأبناء المجتمع، كما أن العنصر الأساسي في كلمة "Quality" يتضح في العلاقة الانفعالية القوية بين الفرد وبيئته، وهذه العلاقة التي تتوسطها مشاعر وأحاسيس الفرد ومدركاته، كما يؤكد على أهمية دور البيئة والعوامل الثقافية كمحددات لنوعية الحياة (Rogerson,1999, p969- 986).

ولذلك يرى "Lio" (2001) أنه توجد صعوبة في التوصل إلى اتفاق حول التعريفات الإجرائية

لمفهوم نوعية الحياة "QOL" بين الباحثين (Lio, 2001, p22).

وتؤكد "Sanders et al" (1998) أن "QOL" أصبحت هدفا للعديد من الأبحاث في المجال الإكلينيكي، إلا أن هذا المصطلح يستخدم بشكل مبهم، وأن بعض التعريفات لا تتبع تعريفا محددًا واضحًا، وربما يعود ذلك إلى الطبيعة الواسعة للمفهوم والتي تتضمن الوظائف الجسمية (القدرة على انجاز أنشطة الحياة اليومية، مثل العناية بالنفس والتجول) والوظائف النفسية (الانفعالات، الإدراك) والوظائف الاجتماعية (العلاقات مع الآخرين، المشاركة في الأنشطة الاجتماعية) وإدراك الحالة الصحية والألم، والرضا عن الحياة بصفة عامة (Sanders, et al, 1998, p1191-1195).

ومفهوم نوعية الحياة "QOL" مهم للغاية للرعاية الصحية التي استخدمته كمقياس لنتائج عدد كبير من الدراسات، ومع ذلك، وكما أشارت (Ferrans) (1996)، أن هناك حاجة متزايدة لتوضيح مفهوم "QOL" وقد يؤدي الافتقار إلى الوضوح المفاهيمي إلى اختلافات عميقة في نتائج البحوث، وفي الممارسة السريرية، وفي تخصيص موارد الرعاية الصحية. وتعتمد "QOL" على السياق والظروف وهذا يعني أشياء مختلفة لمختلف الناس. يتم التعرف على "QOL" باعتبارها بناء ديناميكي ومتعدد الأبعاد. وقد تلقى "QOL" تعريفات مختلفة من مؤلفين مختلفين، الذين يعتبرون أنها تتألف من أبعاد مختلفة، بما في ذلك النفسية / العقلية والاجتماعية والاقتصادية والصحة والعمل وبعد الرضا عن الحياة، وتشمل أيضا بعد الروحية والبعد العائلي. ويشمل التعريف الواسع الذي اقترحه مجموعة "WHOQOL" (1995) أيضا السياق الثقافي والبيئي الذي يعيش فيه الفرد. ووفقا لـ (Ferrans et al) (2005)، فإن مفهوم "QOL" المرتبط بالصحة يستبعد جوانب من "QOL" التي لا ترتبط بالصحة، مثل الخصائص الثقافية أو السياسية أو الاجتماعية. إن السياقية المتأصلة في "QOL" تجعل من مهمة تحديد المفهوم إشكالية عالية، وفي

الواقع لا يوجد حتى الآن تعريف متفق عليه عموماً لمفهوم نوعية الحياة "QOL". وتختلف أهمية عوامل الجودة في المجتمع ليس فقط بين الأفراد، ولكن أيضاً بين الأفراد على مر الزمن. تشير "Ferrans" (1996) إلى أن الأفراد أنفسهم هم القضاة الوحيديون المناسبون في تقديرهم لنوعية حياتهم، لأن الناس يختلفون فيما يقدرونه. هذه هي الفكرة الرئيسية للنهج الفردي الذي يعترف بأن مختلف الناس يقدرون أشياء مختلفة.

ويقدم الجدول التالي قائمة بالتعاريف الحالية لنوعية الحياة "QOL" حسب سنة النشر.

#### جدول رقم 06 : تعاريف حالية لنوعية الحياة "QOL" حسب سنة النشر.

اسم الباحث وسنة النشر	تعريف نوعية الحياة "QOL"
<b>Holmes &amp; Dickerson 1987</b>	"QOL" بأنها مفهوم ديناميكي يمثل ردود فردية على الآثار الجسدية والعقلية والاجتماعية للمرض والتي تؤثر على مدى الرضا الشخصي مع ظروف الحياة التي يمكن تحقيقه، والذي يسمح بمقارنة مواتية مع الآخرين وفقاً لمعايير مختارة.
<b>Cella &amp; Cherin 1988</b>	"QOL" هو بناء معقد ومتعدد الأبعاد بالنسبة للمرضى الذين يعانون من السرطان، وكان بمثابة تقييم المريض للارتياح مع المستوى الحالي من الأداء بالمقارنة مع ما يعتبرون أن تكون ممكنة أو مثالية
<b>Ferrans 1990</b>	"QOL" هو شعور الشخص من بالرفاه الذي ينبع من الارتياح أو عدم الرضا عن مجالات الحياة التي هي مهمة بالنسبة له. ويتكون نموذج "Ferrans" المفاهيمي من أربعة مجالات لـ "QOL": الصحة والعمل، الاجتماعي والاقتصادي، النفسي والروحي، والأسرة.

<p>"QOL" هو مفهوم معقد، وينظر إليه بشكل مختلف بين مختلف الأفراد. وترتبط نوعية الحياة بالبعد الصحي والاجتماعي والاقتصادي والنفسي والعائلي. تحديد "QOL" هو موضوعي وغير مستقر.</p>	<p><b>Hinds 1990</b></p>
<p>"QOL" هي فردية لكل شخص كما أنها تجربة في قيمة محتويات حياته. وينبغي أن تعطي الأمراض والظروف المختلفة أيضا نوعية حياة "QOL" مختلفة بالنسبة إلى الفرد. أبعاد هامة من "QOL" هي: مواقف إيجابية في الحياة، العلاقات الشخصية، الاستقلالية، الأمن، الاحترام، المعلومات، والمحادثة</p>	<p><b>Berterö &amp; Ek 1993</b></p>
<p>"QOL" هو الشعور بالرضا العام، على النحو الذي يحدده الفرد في حالة تأهب عقلي الذي يتم فيه تقييم حياته، ويجب أن يوافق الوضع المعيشي للشخص أيضا على أن ظروف الفرد ليست مهددة للحياة وأن تكون كافية لتلبية الاحتياجات الأساسية له.</p>	<p><b>Meeberg 1993</b></p>
<p>وتعرف "QOL" بأنها تصور الفرد لمواقفه في الحياة في سياق الثقافة ونظم القيم التي يعيش فيها وعلاقته بأهدافه وتوقعاته ومعايير وشواغله. وهو مفهوم واسع يتأثر بطريقة معقدة بالصحة البدنية للشخص، الحالة النفسية، ومستوى الاستقلال، وعلاقاته مع بيئته.</p>	<p><b>WHOQOL 1995</b></p>
<p>إن تقييم الجودة هو تقييم متعدد الأبعاد لظروف حياة الفرد الحالية في سياق الثقافة التي يعيش فيها والقيم التي يحملها. "QOL" هو شعور شخصي للرفاه يشمل أبعادا جسدية ونفسية واجتماعية وروحية. وفي بعض</p>	<p><b>Haas 1999</b></p>

<p>الظروف، قد تكمل المؤشرات الموضوعية أو، في حالة الأفراد غير القادرين على تصور ذاتي، أن تكون بمثابة تقييم بالوكالة لنوعية الحياة "QOL".</p>	
<p>غالبا ما تستخدم "QOL" مع المصطلحات التي لها معاني مماثلة من الناحية النظرية، مثل عدم الرضا، الرفاه، والوضع الوظيفي أو السعادة.</p>	<p><b>Fayers &amp; Machin 2000</b></p>
<p>يشير مفهوم نوعية الحياة المرتبط بالصحة "HRQOL" إلى النتائج النفسية والاجتماعية والعاطفية والجسدية للعلاجات والرعاية الصحية كما ينظر إليها من قبل المريض.</p>	<p><b>Pandey et al. 2002</b></p>

(PÄIVI SALONEN, 2011, p32)

وقد ناقش "van Knippenberg" و"de Haes" (1982) في مقالهما حول "الخصائص النفسية لأداة تقييم نوعية حياة مرضى السرطان" "the psychometric properties of instrument assess the quality of life in cancer patients"، وأفاد هذان المؤلفان بأن نوعية الحياة "هي التقييم الذاتي للهدف والطابع المرضي للحياة ككل". وبعد عامين حاول "Calman" تحديد نوعية الحياة وخلق نموذج للنماذج النظرية لنوعية الحياة، وأيد أن "QOL" هي فجوة بين الواقع وتأمل الأحلام والطموحات، كما شدد على تعزيز نوعية الحياة كضرورة لربط الفجوة بين الآمال والطموح والحدث الفعلي. وفي عام(1990)، وصف "Spilker" تقييم نوعية الحياة من خلال ثلاثة مستويات تشمل التقييمات الشاملة للرفاه (المادية والنفسية والاقتصادية والروحية والاجتماعية) ومكونات كل مجال. أما "Schumacher et al" عرفها بأنها: "رضا الفرد بشكل عام عن الحياة والشعور العام بالرفاهية الشخصية". وأشارت "Cella" بأن "نوعية الحياة هي تقييم المريض ورضاه عن المستوى الحالي من أدائه مقارنة مع ما يكون ممكنا أو مثاليا، وكلما زادت

الفجوة بين الوضع الفعلي والوضع المثالي، كلما كانت نوعية حياة الأشخاص أقل ". وناقش Gotay et al" (1992) في مقالهم حول القضايا الهامة لنوعية الحياة ، وتم تحديد نوعية الحياة "QOL" كحالة من الرفاهية التي هي مزيج من عنصرين تتمثل في "القدرة على أداء الأنشطة اليومية" التي تعكس الاحتياجات النفسية الجسدية والرفاهية الاجتماعية و"الرضا عن مستويات الأداء والسيطرة على المرض". وهناك تعريف آخر يشمل نوعية حياة الناجين من السرطان، وقد أوضح "Ferrell" و" Dow" أربعة معلمات هي:

✓ الرفاهية البدنية هي السيطرة على الأعراض أو تخفيفها والقدرة على الاستقلالية البدنية وعلى القيام بجميع الوظائف الأساسية.

✓ الرفاه النفسي هو الحفاظ على شعور السيطرة في مواجهة الحياة ضد المرض التي تتغير أولوياتها، والضيق العاطفي، والخوف من المجهول ومن تغير الحياة الإيجابية.

✓ تعديل الرفاهية الاجتماعية من خلال تأثير السرطان على الأفراد، وأدوارهم وعلاقاتهم، وكيف يمكنهم التعامل بطريقة جيدة مع تلك العوامل.

✓ يعتمد الرفاه الروحي على مدى يقين الفرد الذي يولده الأمل والمستمد من تجربة السرطان.

(Maria Lavdaniti &al, 2015)

ويرى "Reine & al" (2003) أن "QOL" هي إحساس الفرد بالسعادة والرضا في ضوء ظروف

الحياة الحالية، وأنها تتأثر بأحداث الحياة، وتغير حدة الوجدان والشعور وأن الارتباط بين تقييم نوعية

الحياة الموضوعية والذاتية يتأثر باستبصار الفرد (Reine & al, 2003, p297).

إن مفهوم نوعية الحياة يتغير بتغير الزمن ويتغير حالة الفرد النفسية والعمرية التي يمر بها،

فالسعادة تحمل معاني متعددة للفرد في المواقف المختلفة فالمريض يرى السعادة في الصحة، والفقير يدرك

السعادة في المال، وهكذا تتغير المفاهيم مع تغير الظروف المحيطة بالفرد وتشير نوعية الحياة أيضا إلى الاستمتاع بالظروف المادية في البيئة الخارجية والإحساس بحسن الحال وإشباع الحاجات والرضا عن الحياة، وإدراك الفرد لقوى ومضامين حياته وشعوره بمعنى الحياة إلى جانب الصحة الجسمية الإيجابية، وإحساسه بالسعادة وصولاً إلى أن يعيش حياة متوافقة بين جوهر الإنسان، والقيم السائدة في مجتمعه. بالإضافة إلى ذلك، يجب علينا أن نأخذ بالاعتبار أن مفهوم نوعية حياة الشخص تختلف بين الأفراد، وهذا يعني أن الأشخاص الذين لديهم توقعات مختلفة سيقدّمون تقريراً مختلفاً عن نوعية حياتهم، حتى ولو كان لديهم نفس الوضع الصحي. لذلك، يمكن الحصول على نظرة ثاقبة لنوعية حياة المريض فقط من خلال طرح وجهة نظره.

## 2- مبادئ نوعية الحياة:

على الرغم من وجود وجهات نظر مختلفة بين الباحثين حول مفهوم نوعية الحياة من حيث التعريف والأبعاد والمحددات، لكن يمكن القول أن هناك شبه اتفاق بين بعض الباحثين، على مبادئ بإمكانها أن تكون مشتركة بين الأفراد، وتتمثل هذه المبادئ حسب "Goode" (1990) في:

- هذه المبادئ مشتركة بين الشخص المعاق وغير المعاق.
- نوعية الحياة مرتبطة بمجموعة من الاحتياجات الرئيسية للإنسان، وبمدى قدرته على تحقيق أهدافه في الحياة.
- معاني نوعية الحياة تختلف باختلاف وجهات النظر الإنسانية، بمعنى أنها تختلف من شخص إلى آخر، ومن عائلة إلى أخرى، ومن برنامج تأهيلي إلى آخر ومن شخص مهني إلى آخر.
- مفهوم نوعية الحياة له علاقة وطيدة ومباشرة بالبيئة التي يعيش فيها هذا الإنسان أو ذاك.
- مفهوم نوعية الحياة يعكس التراث الثقافي للإنسان والأشخاص المحيطين به (Goode, 1990, p41- 5).

ومن خلال استعراض "Goode" (1994) لمفهوم نوعية الحياة من وجهات نظر متعددة، أشار إلى ضرورة تحديد مفهوم الحياة الجيدة "Good life"، وكيف يحدد الناس حياتهم الخاصة، كما يجب أن يوضع في الاعتبار عند تعريف هذا المفهوم أنه:

- مفهوما عاما وليس مقتصرًا على فئة محددة مثل المعاقين أو المرضى.
- مفهوما شاملا يتضمن أكبر قدر ممكن من مظاهر حياة الفرد.
- يجب أن يجسد فكرة تعظيم قدرة الفرد على التحكم واضعا في الاعتبار حدود الحرية.
- يجب أن يعكس المعيارية وما يتضمنها من معايير اجتماعية.
- يجب أن يحترم الميل للدفاع عن الذات (هاشم سامي محمد، 2001).

### 3- أبعاد نوعية الحياة:

ينظر إلى نوعية الحياة على أنها تركيب متعدد الأبعاد، وقد اعترف الباحثون الذين حاولوا إجراء قراءة شاملة حول متغير نوعية الحياة بأنها متغير الأبعاد وهلامي الملامح وغامض التفاصيل، ويرجع ذلك إلى تعدد المجالات التي تستخدمه، وهذه الطفرة الأخيرة والحديثة نسبيا في بحث ودراسة متغير نوعية الحياة في الحقول العلمية المختلفة، مثل الطب والاقتصاد وعلم الاجتماع وبرامج الإرشاد وإعادة التأهيل، أكدت أن هذا المفهوم متعدد الأبعاد. (Bishop & Feist-Price, 2002).

وقد أكد الباحثون والدارسون بأن مفهوم نوعية الحياة هو مفهوم متعدد الأبعاد والجوانب، فكل منا ينظر إلى نوعية حياته من زاوية أو مجال أو عدة مجالات، وهو مفهوم نسبي لدى الشخص ذاته وفقا للمراحل العمرية والمواقف التي يعيشها الفرد ويتعايش معها، فيرتبط هذا المفهوم بحاجات الفرد النفسية والاجتماعية والروحية والبدنية والعقلية، ومن ثم يتم إشباع هذه الحاجات، حينها تمثل هذه الحاجات وإشباعها مقومات نوعية حياة الفرد (الراسبي، 2006، ص135).

ويقرُّ كلا من "Cummins & McCabe" (1994) أن مفهوم نوعية الحياة من المفاهيم متعددة الأبعاد، وأن جميع المقاييس التي أعدت في هذا المجال تأخذ بهذا الاتجاه، ويضيف أن أي مقياس نوعية الحياة يجب أن يتضمن المؤشرات الموضوعية (Objective Indicators)، والمؤشرات الذاتية Subjective (Indicators)، ويرى الباحثان على الرغم من أن كلا من المؤشرات الموضوعية والذاتية ترتبط ارتباطاً قوياً بنوعية الحياة، إلا أنه من الملفت للنظر أن الارتباط بين البعدين يعتبر ارتباطاً ضعيفاً، ربما يعود ذلك إلى أن الاتجاهين يستعرضان مجموعتين مختلفتين من البيانات. فبينما تعتبر المؤشرات الموضوعية المجتمع أو الجماعة التي ينتمي إليها الفرد محكا مرجعيا وتقيس بيانات مثل: الدخل والسكن والعمر... الخ، فإن المؤشرات الذاتية تكون أكثر خصوصية للفرد ومن ثم لا يمكن استخدام المؤشرات الموضوعية لقياس الذاتية إلا في حالة معرفة قيمتها بالنسبة لفرد والمجتمع (هاشم، 2001).

وتتمثل مؤشرات نوعية الحياة في:

- المؤشرات الموضوعية : ويلاحظ أن المتحمسين لهذا النوع من المؤشرات هم الإحصائيون والعاملون بأجهزة الدولة والعلماء والمنظمات الدولية المهتمة بالتنمية وتشمل (السكان، والمكانة الاجتماعية، العمل، الدخل وتوزيعه، المواصلات، الإسكان، والتعليم والصحة).
- المؤشرات الذاتية : وتهتم بتقييم جودة الحياة كما يدركها ويستجيب لها الأفراد وما تحققه لهم من إشباع، ومن ثم مدى شعورهم بالرضا أو السعادة، وبالتالي فسعادة الناس ورضاهم أو تعاستهم وسخطهم هو أفضل مؤشر لنوعية الحياة (صالح، 1990، ص 65-68).

ويرى كل من "Greenley & Greenberg" (1997) أن غالبية الجهود التي بذلت لقياس نوعية الحياة تتضمن اعتبار المفهوم متعدد الأبعاد، ويتضمن إدراك الفرد للرضا عن الحياة كما تقاس من وجهة نظره، ويطلق عليها نوعية الحياة الذاتية (SQOL) وخصائص الموقف الذي يعيش فيه، والتي يمكن قياسها

بصورة موضوعية، ويطلق عليها نوعية الحياة الموضوعية (OQOL). إلا أن العديد من الدراسات تركز على أهمية الجوانب الذاتية في مقياس نوعية الحياة وتهمل تماما الجوانب الموضوعية.

وبشير "Lawton & al" (1990) إلى ضرورة التوسع في المؤشرات الدالة على نوعية الحياة لتشمل عمليات أكثر في مجالات الحاجة الاجتماعية والإنسانية، ويرون أن المؤشرات الموضوعية والذاتية تمثل متغيرا متصلا، وتكون التفرقة بينهما سهلة فقط عندما تكون بين مؤشر بيئي اجتماعي كمي، مثل الدخل في مقابل حكم شخصي كيفي على الرضا عن هذا المظهر نفسه (الرضا عن الذات)، إلا أنه في الكثير من الدراسات يصعب الوصول إلى هذا الفصل، كما تؤكد الدراسات على ضرورة التركيز على رؤية الفرد وإدراكه بنوعية الحياة، وتقييمه الذاتي والموضوعي (هاشم، 2001).

وتتضمن نوعية الحياة حسب "Rosen" (1995) أربعة أبعاد أساسية وهي: الضغط النفسي المدرك، العاطفة، الوحدة النفسية، والرضا.

ويقدم كلا من "Felce & Berry" (1995) نموذجا لنوعية الحياة تتكامل فيه المؤشرات الموضوعية والذاتية للمدى الواسع لمجالات الحياة وللقيم الفردية، ويتضمن هذا النموذج خمسة أبعاد أساسية هي: الصلاحية الجسمية، الرفاهية المادية، الرفاهية الاجتماعية، الصلاحية الانفعالية، والنمو والنشاط.

ومن هنا تشير (الباحثة) على ضرورة التركيز على قياس المؤشرات الذاتية لأنها هي مفتاح الوصول إلى تحديد نوعية حياة الأفراد، والقياس يكون من وجهة نظر الفرد وليس الآخرين، حتى وإن كانوا من المقربين، وذلك بإثارة سؤال هام (حياة من هذه؟).

وهناك إجماع على وجود أربعة أبعاد رئيسية لنوعية الحياة وهي:

✓ البعد الجسمي: وهو خاص بالأمراض المتصلة بالأعراض.

- ✓ البعد الوظيفي: وهو خاص بالرعاية الطبية، ومستوى النشاط الجسدي.
- ✓ البعد الاجتماعي: وهو خاص بالاتصال والتفاعل الاجتماعي مع المحيطين.
- ✓ البعد النفسي: وهو خاص بالوظائف المعرفية والحالة الانفعالية، الإدراك العام للصحة، والصحة النفسية، والرضا عن الحياة والسعادة (Widar & al, 2003).

أما منظمة الصحة العالمية "WHO" فأشارت إلى عدة أبعاد، مثل: الحالة النفسية، والحالة الانفعالية، والرضا عن العمل، والرضا عن الحياة، والمعتقدات الدينية، والتفاعل الأسري، والتعليم، والدخل المادي، هذا وتتكون نوعية الحياة من خلال الإدراك الذاتي للفرد عن حالته العقلية، وصحته الجسمية، وقدرته الوظيفية، ومدى فهمه للأعراض التي تعتريه (جبريل، 2007، ص30).

#### 4- مظاهر نوعية الحياة:

اقترح "عبد المعطي" (2005) خمسة مظاهر رئيسية لنوعية الحياة، تتمثل في خمس حلقات ترتبط فيها الجوانب الموضوعية والذاتية كالتالي:

الحلقة الأولى: العوامل المادية والتعبير عن حسن الحال:

- العوامل المادية الموضوعية "Objective Factors": والتي تشمل الخدمات المادية التي يوفرها المجتمع لأفراده، إلى جانب الفرد وحالته الاجتماعية والزوجية والصحية والتعليمية، حيث تعتبر هذه العوامل عوامل سطحية في التعبير عن نوعية الحياة، إذ ترتبط بثقافة المجتمع وتعكس مدى قدرة الأفراد على التوافق مع هذه الثقافة.

- حسن الحال "Well being": ويعتبر هذا بمثابة مقياس عام لنوعية الحياة، ويعتبر كذلك مظهرا سطحيا للتعبير عنها، فكثير من الناس يقولون بأن حياتهم جيدة ولكنهم يختزنون معناها في مخازن داخلية لا يفتحونها لأحد.

#### الحلقة الثانية: إشباع الحاجات والرضا عن الحياة:

- إشباع وتحقيق الحاجات "Ful Fillment of Needs": وهو أحد المؤشرات الموضوعية لنوعية الحياة، فعندما يتمكن المرء من إشباع حاجاته فان نوعية حياته ترتفع وتزداد، وهناك حاجات كثيرة يرتبط بعضها بالبقاء، كالطعام والسكن والصحة، ومنها ما يرتبط بالعلاقات الاجتماعية، كالحاجة للأمن والانتماء والحب والقوة والحرية، وغيرها من الحاجات التي يحتاجها الفرد والتي يحقق من خلالها نوعية حياته.
- الرضا عن الحياة "Satisfaction of Life": ويعتبر أحد الجوانب الذاتية لنوعية الحياة، فكونك راضيا فهذا يعني أن حياتك تسير كما ينبغي، وعندما يشبع الفرد كل توقعاته واحتياجاته ورغباته، يشعر حينها بالرضا.

#### الحلقة الثالثة: إدراك الفرد القوى والمتضمنات الحياتية وإحساسه بمعنى الحياة:

- القوى والمتضمنات الحياتية "Life Potentials": قد يرى البعض أن إدراك القوى والمتضمنات الحياتية بمثابة مفهوم أساسي لنوعية الحياة، فالبشر كي يعيشوا حياة جيدة لا بد لهم من استخدام القدرات والطاقات والأنشطة الإبتكارية الكامنة داخلهم، من أجل القيام بتنمية العلاقات الاجتماعية، وأن ينشغلوا بالمشروعات الهادفة، ويجب أن يكون لديهم القدرة على التخطيط واستغلال الوقت وما إلى ذلك، وهذا كله بمثابة مؤشرات لنوعية الحياة.

- معنى الحياة "Meaning Life": يرتبط معنى الحياة بنوعية الحياة، فكلما شعر الفرد بقيمته وأهميته للمجتمع وللآخرين، وشعر بانجازاته ومواهبه، وأن شعوره قد يسبب نقصاً أو افتقاراً للآخرين له، فكل ذلك يؤدي إلى إحساسه بنوعية الحياة.

الحلقة الرابعة : الصحة والبناء البيولوجي وإحساس الفرد بالسعادة:

- الصحة والبناء البيولوجي "Health and Biological State": وتعتبر حاجة من حاجات نوعية الحياة التي تهتم بالبناء البيولوجي للبشر، والصحة الجسمية تعكس النظام البيولوجي، لأن أداء خلايا الجسم ووظائفها بشكل صحيح يجعل الجسم في حالة صحية جيدة وسليمة.
- السعادة "Happiness": وتتمثل بالشعور بالرضا والإشباع وطمأنينة النفس وتحقيق الذات، وهي شعور بالبهجة والاستمتاع واللذة، وهي نشوة يشعر بها الفرد عند إدراكه لقيمة ومتضمنات حياته مع استمتاعه بالصحة الجسمية.

ويعرفها "Veenhoven" (1994) بأنها: " الدرجة التي يحكم فيها الشخص ايجابياً على نوعية

حياته بوجه عام، وبمعنى آخر تشير السعادة إلى حب الشخص للحياة التي يعيشها واستمتاعه بها وتقديره الذاتي لها، وقد دلت بحوث كثيرة على أن السعادة هي نتاج تفاعل مركب بين الشخص وبيئته.

الحلقة الخامسة : نوعية الحياة الوجودية:

وهي الوحدة الموضوعية لجوانب الحياة، وهي الأكثر عمقا داخل النفس، وإحساس الفرد بوجوده، وهي بمثابة النزول لمركز الفرد، والتي تؤدي بالفرد إلى إحساسه بمعنى الحياة الذي يعد محور وجودنا، فنوعية الحياة الوجودية هي التي يشعر من خلالها الفرد بوجوده وقيمه، ومن خلال ما يستطيع أن يحصل عليه من عمق للمعلومات البشرية المرتبطة بالمعايير والقيم والجوانب الروحية والدينية التي يؤمن بها، والتي يستطيع من خلالها تحقيق وجوده.

وتوجز الباحثة القول بأن نوعية الحياة تمتاز بعدة مظاهر متعددة، قد يشعر المريض بالسرطان بافتقادها أو افتقاد البعض منها، ونرى أن للمرض تأثيرا كبيرا على نوعية حياة مرضى السرطان، حيث يشعر البعض منهم بالهم وضغط الحياة والحزن ... وبالتالي هم بحاجة إلى إدراك هذه الحياة بمعناها الايجابي، وهذا لا يتم إلا من خلال المحيطين بهم من أطباء وممرضين والمهتمين بالرعاية الصحية والمقربين إليهم، والذي يتم من خلال توفير علاجات مناسبة حسب المرحلة التي يمر بها المرض وكذا توفير سبل الراحة النفسية والجسمية للشعور ببعض السعادة والطمأنينة من أجل تحقيق الرضا عن الحياة التي يعيشونها وصولا إلى التوافق والتكيف مع المرض والمجتمع.

## 5- قياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة:

القياس عنصر أساسي في كل البحوث، في العلوم الاجتماعية والطب وعلم الأحياء، ويجب أن يتم بناء مقياس لقياس نوعية الحياة وفقا لإجراء علمي صارم جدا لكل خطوة، كما يجب أن يستكمل اختيار العناصر تبعا للغرض من المقياس ونوع السرطان المدروس، بدراسة الصدق والثبات، التي تستكشف من عدة محاور (صدق المحتوى، صدق البناء ...). وقبل قبول المقياس يجب التحقق من الخصائص المترولوجية "les propriétés métrologiques" على عينات من الموضوع المقدم في الاستبيان. قد يستغرق التحقق من نوعية الحياة عدة سنوات، ولكنه شرط أساسي لأي اعتماد من قبل المجتمع العلمي (Auquier P, 1997).

فعلى سبيل المثال، لتطوير أداة لقياس نوعية الحياة، يجب التركيز أولا على الاحتياجات الرئيسية للمريض ممثل بسرطان معين (عدة مئات من المرضى) من أجل تسليط الضوء على نقاط مهمة بالنسبة لهم من حيث نوعية الحياة، وتعد هذه الخطوة الأولى المتمثلة بتسليط الضوء على عناصر القياس المختلفة. بعد ذلك، يتم تقديم استبيان تم الحصول عليه على أساس هذه العناصر إلى أكبر عدد من

المرضى (عدة آلاف من المرضى) من أجل التحقق من النقاط الرئيسية لنوعية حياتهم، والتي هي في بعض الأحيان مفقودة في الاستبيانات "المعتادة". وأخيرا، التحقق من أداة القياس النهائية بلغات مختلفة، وبالتالي في الثقافات المختلفة. وبالنسبة لبعض أدوات القياس، يظل التحقق من صحتها قابلا للجدل.

ونجد أيضا المطالبة الكاملة بهذه الأدوات في العالم الطبي، أي لاختيار تلك المتاحة منها، وكيفية استخدام هذه التدابير في الممارسة العملية، وكيفية تفسير بيانات نوعية الحياة؟ بالنسبة للبحوث السريرية، تتراوح الأدوات من جمع اثنين أو ثلاثة بنود تجريبية (مثل الألم، والمسكنات، وتغير الوزن، عدد أو مدة فترات النشاط).

يتم تطوير الاستبيانات تحت رعاية باحثين مختصين في نوعية الحياة، وأدوات القياس تأخذ شكل استبيانات متعددة الأبعاد متحقق منها، اعتمادا على نوع من السرطان. ومن أمثلة أدوات القياس التي تم التحقق من صحتها هو "QLQ- C30" الذي وضعته مجموعة نوعية الحياة للمنظمة الأوروبية لبحوث وعلاج السرطان (EORTC). (Aaronson NK & al ; 1993)

ويكتسب تقييم نوعية الحياة أهمية متزايدة في مجال الرعاية الصحية والطب. و أصبح تحسين "QOL" أيضا الهدف الرئيسي والنتيجة في تطوير الرعاية الصحية والعلاج للمرضى الذين يعانون من السرطان . أعرب(2010) "Dixon et al." أن تقييم نوعية الحياة المنتظم يضمن أن يكون لدى كل من الطبيب والمريض معلومات كافية لاتخاذ قرارات مستنيرة بشأن التدخل في العلاج. ومع ذلك بحث Levine & (2002) "Ganz" الباحثين على قياس "QOL" وترجمة هذه النتائج إلى ممارسة عملية لتحسين رعاية المرضى الفردية، وعلاوة على ذلك، يمكن لقياسات "QOL" مساعدة مدراء الرعاية الصحية اختيار استراتيجيات إدارة أكثر فعالية وتوفير المرضى لتكلفة كبيرة. إن الاختيار المناسب لأداة "QOL" هو أمر ضروري لضمان أن تكون النتائج صالحة ومفيدة سريريا.

(PÄIVI SALONEN, 2011, p33).

حسب (Ubel, Loewenstein, & Jepson, 2003)، ففي الوقت الحالي، هناك أكثر من 1000 أداة مصممة خصيصا لقياس نوعية الحياة، بعضها عامة تستخدم لعموم السكان ويمكن تطبيقها بتوفر عدد من الشروط، والبعض الآخر خاصة بأمراض محددة. ومن المهم أن نلاحظ مع ذلك أن نوعية الحياة يمكن أن تختلف وتشمل قيم مختلفة داخل وعبر المجموعات الثقافية المتعددة وتختلف أيضا بين السكان في البلاد الواحدة، بالإضافة إلى ذلك هناك في الكثير من الأحيان تناقضات بين تقييم نوعية الحياة بين الناس الذين يعانون من شكل من أشكال الأمراض الجسدية أو النفسية، والناس عامة. وعلاوة على ذلك، فإن تكرار استخدام أداة معينة لا يعني بالضرورة أنها الأفضل أو الأنسب استخداما، فهناك العديد من المنشورات التي تهدف إلى قياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة "HRQoL" والتي لم تستخدم في الواقع أدوات قياس نفسية قوية أو أساليب جمع صالحة (Paraskevi Theofilou, 2013).

ففي الطب والرعاية الصحية، يسترشد قياس "QOL" من قبل اثنين من المبادئ، متعددة الأبعاد والموضوعية. يتم قياس "QOL" إما عن طريق الأدوات العامة التي توفر لمحة صحية موجزة، أو الأدوات الخاصة بالمرض التي تركز على آثار جانبية محددة والخلل الوظيفي، ومع ذلك، ذكرت "Cull" (1997) أن التداوير العامة قد تفشل في التقاط جوانب من تجارب المرضى التي هي ذات أهمية سريرية كبيرة. على الرغم من أن "QOL" هو موضوعي بطبيعته، فقد أظهرت العديد من الدراسات بأن استخدام استبيانات للتحقق من صحة "QOL" هو في الواقع قابلة للقياس وقابلة للتكرار بين مرضى سرطان الثدي. تتوفر عدة أدوات صالحة وموثوق بها لقياس "QOL" في مرضى سرطان الثدي. والاستبيانات الأكثر شيوعا لـ "QOL"، هي استبيانات المنظمة الأوروبية لبحوث وعلاج السرطان (EORTC QLQ-C30)، والاستبيان المحدد لسرطان الثدي (EORTC QLQ-BR-23). وتشمل الأدوات الأخرى المستخدمة على نطاق واسع لقياس "QOL" في مرضى سرطان الثدي التقييم الوظيفي لعلاج السرطان (FACT-G)

وخاصة وحدة سرطان الثدي (FACT-B). حيث تعتبر مقاييس "QOL" ذات قيمة عندما تقيس جوانب نوعية الحياة التي تكون مهمة للمرضى، وعندما تكون صالحة ومتجاوبة، وكذا عندما تكون النتائج ذات مغزى للممارسة السريرية، وذلك بتوفير معلومات مفيدة عن المرض، بما في ذلك تكاليف العلاج، ولأن معظم التدخلات تهدف إلى جعل المرضى يشعرون على نحو أفضل من خلال زيادة "QOL"، من المهم استخدام أدوات "QOL" المعتمدة من أجل إجراء مقارنات بين الدراسات المختلفة التي تُقيم تأثير التدخلات.

(PÄIVI SALONEN, 2011, p34/35).

- ومن المقاييس العامة الأكثر شيوعاً نجد:

تقييم " نوعية الحياة المرتبطة بالصحة HRQoL" العام الأكثر أهمية وبشكل متكرر هو الاستبيان الصحي القصير الشكل المكون من 36 مادة (SF-36)، ويتألف هذا المسح الصحي متعدد الأغراض، قصير الشكل من 36 سؤالاً التي توفر لمحة عن ثمانية مستويات من الصحة الوظيفية والرفاه ( الوظيفة البدنية، ووظيفة الأدوار، آلام جسدية، الصحة العامة، حيوية، الأداء الاجتماعي، الرفاه العاطفي والصحة العقلية)، فضلاً عن بنود مخصصة للصحة الجسدية والعقلية.

مشروع "WHOQOL-BREF" متعدد الجنسيات والذي يقوم على مفهوم حساس للثقافات، ومن ثم فإنه مناسب لاستخدام بين الجنسيات المختلفة، والمجالات الأربعة المقاسة هي: المجال المادي والنفسي والاجتماعي والبيئي، من خلال مجموعة مكونة من 26 بند. والإجابة على الأسئلة باستخدام مقياس ليكيرت من 5 نقاط. ولقد تم التأكد من موثوقية وصلاحية "WHOQOL-BREF".

البرنامج الأوروبي لنوعية الحياة The European Quality of Life (EUROQOL) أو Euro-

QoL 5-Dimensions (EQ-5D) هو مقياس عام يدار ذاتياً و يستخدم في الدراسات التقييمية وبحوث

السياسات لقياس الحالة الصحية، ويتكون هذا البرنامج من أربعة مجالات ذات صلة بنوعية الحياة الصحية. وتضاف البنود الخاصة بالأمراض إلى (EUROQOL) من أجل فهم شامل لحس الشعوب بالرفاه، ويقيس البرنامج الأوروبي خمسة مجالات صحية: القدرة على التنقل، والرعاية الذاتية، والنشاط، والأسرة والأنشطة الترفيهية، والمزاج العام. الإجابة على البنود تكون عن طريق الرد على الإجابة المناسبة لأفضل وصف لحس المرء من الحالة الصحية الحالية، بالإضافة إلى معدلات صحتهم على ترمومتر "EuroQoL thermometer" التي يتم معايرته من 0-100 (أسوأ حالة صحية يمكن تخيلها إلى أفضل حالة صحية يمكن تخيلها). فضلا عن ذلك فقد تبين أن Euro-QoL 5-Dimensions (EQ-5D) هو سهل الاستخدام على العموم (Paraskevi Theofilou,2013).

أما المقاييس التي تناولت موضوع نوعية حياة مرض سرطان الثدي فيمكن تلخيصها في الجدول التالي:

#### جدول رقم 07: وصف الأدوات الأكثر شيوعا لقياس نوعية حياة مرض سرطان الثدي.

نوع الصك	الاسم الكامل والمختصر للصك	العناصر الفرعية/ المجالات التي يقيسها الصك
Cancer specific الخاصة بالسرطان	The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ- C30)  استبيان نوعية الحياة للمنظمة الأوروبية لبحوث وعلاج السرطان (EORTC QLQ-C30)	البدني /الوظيفي/ المعرفي/ العاطفي/ الاجتماعي/ الأداء العام / الألم/ التعب/ الغثيان /القيء/ الأرق/ فقدان الشهية/ الإمساك/ الإسهال/ الصعوبات المالية.
Breast cancer specific المخصصة لسرطان	The European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast cancer specific Quality of Life Questionnaire	صور الجسم / النشاط الجنسي/ التمتع الجنسي/ النظرة على المستقبل/ الآثار الجانبية للعلاج

<p>بالأجهزة/ أعراض الثدي/ أعراض الذراع/ اضطراب ما قبل تساقط الشعر .</p>	<p>(EORTC QLQ-BR23) استبيان نوعية الحياة لسرطان الثدي للمنظمة الأوروبية لبحوث وعلاج السرطان (EORTC QLQ-BR23)</p>	<p>الثدي</p>
<p>الصحة/ النشاط/الاجتماعي الاقتصادي/ النفسي / الروحي / الأسري / النتيجة العامة لمؤشر نوعية الحياة QLI</p>	<p>The Quality of Life Index - Cancer Version (QLI-CV) مؤشر نوعية الحياة - نسخة السرطان (QLI-CV)</p>	<p>Cancer specific الخاصة بالسرطان</p>
<p>البدني / النفسي الاجتماعي / والتفاعل الطبي/ الزواج/ الجداول الجنسية.</p>	<p>Cancer Rehabilitation Evaluation System - Short Form (CARES-SF) نظام تقييم إعادة تأهيل السرطان - النموذج القصير (CARES-SF)</p>	<p>Cancer specific الخاصة بالسرطان</p>
<p>البدني / النشاط / العاطفي / الرفاهية الاجتماعية والأسرية / المخاوف المحددة من سرطان الثدي</p>	<p>Functional Assessment of Cancer Therapy questionnaire - breast cancer module (FACT-B) تقييم وظيفي لاستبيان علاج السرطان - وحدة سرطان الثدي (FACT-B)</p>	<p>Breast cancer specific المخصصة لسرطان الثدي</p>
<p>النشاط البدني / الدور البدني / الألم / الصحة العامة/ الحيوية / الأداء الاجتماعي / الصحة النفسية.</p>	<p>Medical Outcomes Study Short Form Survey (SF-36) النتائج الطبية للدراسة الاستقصائية النموذج القصير (SF-36)</p>	<p>العامة</p>

(PÄIVI SALONEN, 2011, p36).

بالإضافة الى استبيان سرطان الرئة "QLQ-LC13" الذي صمم من طرف المنظمة الأوروبية لبحوث وعلاج السرطان والهدف من هذا الاستبيان الاستخدام بين مجموعة واسعة من مرضى سرطان الرئة المتفاوتة في مراحل المرض وطريقة العلاج، ويتكون من 13 سؤالاً، تم إنشائه بالتوازي مع الاستبيان الأساسي "QLQ-C30" قبل أن يتم وضع المبادئ التوجيهية لتطويره ، تم اختباره ميدانيا مع الإصدارات السابقة من الاستبيان الأساسي (QLQ-C36, QLQ-C30(V1)). صمم للاستخدام بين المرضى الذين يتلقون العلاج مع العلاج الكيميائي و / أو العلاج الإشعاعي، يتضمن "QLQ-LC13" أسئلة تقيم الأعراض المرتبطة بسرطان الرئة (السعال، نفث الدم، ضيق في التنفس وآلام محددة الموقع)، والآثار الجانبية المرتبطة بالعلاج (التهاب الفم، عسر البلع، والاعتلال العصبي المحيطي والثعلبة) والأدوية والألم. كما يتضمن مقياسا واحدا متعدد العناصر لتقييم عسر التنفس، وسلسلة من العناصر المفردة التي تقيم الألم، والسعال، والتهاب الفم، وعسر البلع، والاعتلال العصبي المحيطي، وثعلبة، و نفث الدم.

(EORTC QLQ-C30 Scoring Manual, 2011, p20)

بالإضافة إلى ما تم ذكره سابقا فقد صممت المنظمة الأوروبية لبحوث وعلاج السرطان "The European Organisation for Research and Treatment of Cancer" (EORTC) "EORTC QLQ-C30 Scoring Manual, 2011" عددا مهما من الاستبيانات المحددة والخاصة بمرض السرطان ونذكر منها:

- Breast cancer module: QLQ-BR23 /وحدة سرطان الثدي.
- Head & neck cancer module: QLQ-H&N35 /وحدة سرطان الرأس والرقبة.
- Oesophageal cancer module: QLQ-OES24 /وحدة سرطان المريء.
- Ovarian cancer module: QLQ-OV28 /وحدة سرطان المبيض.

- Prostate cancer module: QLQ-PR25 /وحدة سرطان البروستاتا.
- Colorectal cancer module: QLQ-CR29 /وحدة سرطان القولون والمستقيم.
- Endometrial cancer module: QLQ-EN24 /وحدة سرطان بطانة الرحم.
- Brain cancer module: QLQ-BN20 /وحدة سرطان الدماغ.
- Hepatocellular carcinoma module: QLQ-HCC18 /وحدة سرطان الكبد.
- Multiple Myeloma module: QLQ-MY20 /وحدة النخاع الشوكي المتعدد.
- Information module: QLQ-INFO25 /وحدة المعلومات: المقصود منها الاستخدام بين مرضى السرطان في مختلف المواقع والمراحل من المرض، وفي أي لحظة من فترات العلاج والمتابعة.
- 

## 6- الأسباب الرئيسية لقياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة:

إن الغرض الرئيسي من أي علاج للسرطان هو تحسين نوعية حياة "QOL" المرضى، وذلك من خلال تخفيف أسوأ الأعراض لأطول فترة قدر الإمكان، تجنب الضرر العلاجي المنشأ وغيرها من الآثار الجانبية والأحداث السلبية للعلاج. وبالتالي فإن كل طبيب سيصدر أحكاماً ذاتية ضمنية حول "QOL" عند علاج المريض، ولكن لسوء الحظ يقوم عدد قليل جداً من الأطباء بإجراء تقييمات موضوعية صريحة حول "QOL" باستخدام أدوات ومقاييس مُتحقق منها. إن التقييم الرسمي لـ "QOL" هو الآن شرط إلزامي في معظم التجارب السريرية، ولكن هناك شك حول قيمته الحقيقية لأنه خارج إطار التجربة، فمعظم الأطباء يعتمدون على التقييم الغير الرسمي، معتقدين أن الحكم السريري متفوق على التقييم الرسمي. ففي الماضي كان الاستخدام الروتيني محدوداً بسبب تصور أن الاختبارات المتاحة تستغرق وقتاً طويلاً في استخدامها ويصعب تسجيلها وتفسيرها. ولكن التكنولوجيا الحديثة تحددت كل هذه العراقيل، فقياس حجم الورم وعلاماته في الدم هي أمثلة نموذجية من العلامات الأولية للاستجابة للعلاج، ففي بعض الأحيان

تكشف نتائج التجارب السريرية اختلافات متواضعة بين العلاجات وفي هذه الظروف تكون نتائج "QOL" مفيدة لتوسيع معايير المنفعة أكثر، فعلى سبيل المثال عندما يُعطى العلاج الكيميائي للتخفيف من السرطان المتقدم فإن المعيار الوحيد الفعال في هذه الحالة هو تقييم "QOL". ففي حالة سرطان الرئة من نوع الخلايا غير الصغيرة فإن البقاء على قيد الحياة قد يكون لبضعة أشهر فقط، وعلى الرغم من أن التحاليل البعدية "meta-analyses" تظهر أن العلاج الكيميائي يمكن أن يساهم بشكل متواضع في طول مدة الحياة مقارنة بأفضل رعاية دائمة، إلا أن بعض الأطباء يترددون في تقديمه كعلاج جانبي، ولهذا السبب فإن التجارب السريرية التي تتضمن تقييمات لـ "QOL" يمكن أن توفر المزيد من المعلومات التي تساعد على توضيح الأضرار والمزايا للعلاج الكيميائي الملطف، كما تساعد المريض على اتخاذ قرارات مناسبة عندما تكون مدة البقاء على قيد الحياة قصيرة. إن بعض الآثار الجانبية مثل الألم والآثار العاطفية لا يمكن أن يحددها إلا المريض، وفي بعض الأحيان حتى أقاربه وأقرب مقدمي الرعاية غير قادرين على تقديم أحكام دقيقة عن مجالات "QOL"، إلا في الحالات القصوى أين يكون فيها المريض مريضاً جداً هنا يمكن التدخل بالنيابة عنه لاستكمال بعض نماذج "QOL".

تثبت العلاجات دائماً آثاراً جانبية غير مرغوب فيها، والتي يمكن أن تكون شديدة مما يستدعي من الطبيب الحد من جداول الجرعات أو التوقف عن الجرعة الموصى بها، في هذه الحالة تساعد التقييمات المنتظمة لـ "QOL" على تحديد هذه الآثار الجانبية ومدتها الزمنية. وهذا يمكن أن يساعد في تحديد أنواع التدخلات الداعمة التي قد تكون ضرورية لتحسين أسوأ الآثار الجانبية.

ولعل أهم الأسباب التي تجعل من قياس نوعية الحياة "QOL" ضرورية هي:

✓ "QOL" كعامل منبئ: ومن المعروف أن المرضى الذين لديهم تقييم "QOL" جيدة في بداية العلاج هم أفضل من أولئك الذين لديهم درجة منخفضة. ولقد أثبتت الدراسات حول أنواع مختلفة للسرطان

فائدة "QOL" كمؤشر نذير، فقد تكون "QOL" أقوى التنبؤات للبقاء على قيد الحياة من التصوير المقطعي بالأشعة عند المرضى الذين يعانون من انبثاث الكبد المرتبط بسرطان القولون والمستقيم. ولقد تبين أن تقييم "QOL" يوفر تقدير أفضل بمدة البقاء على قيد الحياة من قياس حجم الورم.

✓ اتخاذ القرار: تحقق بعض العلاجات الجديدة فوائد متواضعة قد يتفوق عليها تأثير الآثار الجانبية، والبعض الآخر قد تكون ذات فعالية أفضل وبشكل واضح. في هذه الحالة عندما تتوفر خيارات علاجية مختلفة يجب على الأطباء مناقشة هذه الأضرار والفوائد المحتملة، وهذا ممكن فقط بوجود مجموعة منهجية من البيانات باستخدام أساليب موثوق منها. وأحياناً توفر دراسات "QOL" معلومات مفاجئة أو غير بديهية حول تأثير العلاج على المرضى، ومن الأمثلة على ذلك التجربة العشوائية الأولى التي تهدف إلى تحديد الفوائد النفسية من الجراحة للمحافظة على الثدي والعلاج الإشعاعي مقارنة مع استئصال الثدي، ومن المثير للدهشة أن عمليات المحافظة على الثدي لم تنقل فوائد نفسية جنسية، ربما يرجع ذلك إلى حقيقة أن النساء مازلن مضطربات لمواجهة حقيقة أنهم يعانون من مرض يهدد حياتهن. وللعلاجات الهرمونية ملامح جانبية مختلفة وقد تؤثر على اختيار المرأة للعلاج، فمثلاً هرمون "Anastrozole" فآثاره الجانبية المرتبطة بالمشاكل الوعائية الحركية أقل من مثبطات الهرمونات الأخرى، ولكن في نفس الوقت لديه بعض العيوب من حيث الألم المفصلي، جفاف المهبل والعجز الجنسي، فهذا النوع من المجموعة الشاملة من التقييمات يسمح للمرضى باتخاذ قرارات مستنيرة ومفردة بشأن العلاج الأنسب ونوع التدخلات الداعمة المطلوبة.

✓ تخصيص الموارد وسياسة الرعاية الصحية: يتعين على جميع نظم الرعاية الصحية مواجهة الواقع الاقتصادي لميزانية محدودة ومطالب لا حصر لها، حيث يستخدم الخبراء الاقتصاديون في مجال الصحة قائمة توليد العمر الافتراضي المعدل (QALYs) "quality-adjusted life years" وذلك لحساب تكلفة التدخلات المختلفة. وقد يضع صانعو السياسات عتبات معينة من معايير مدى

الجودة. إن استخدام مثل هذه العتبات من قبل الهيئات التنظيمية مهم عند اتخاذ القرار بشأن مدفوعات خدمات الصحة الوطنية للعلاج .

✓ تصميم وتطوير: ومن المهم أيضا النظر إلى كيفية قياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة -health" (HRQoL) "related QoL" علميا، وقد أصبح مؤخرا قياس النتائج التي أبلغ عنها المريض (PROs) ("patient-reported outcome" أكثر تطورا ، وأصبحت عملية التطوير الآن أكثر تنظيما، ويجري اختبار أدوات "QoL" بشكل صارم للتأكد من موثوقيتها وصحتها وأنها تستجيب للتغيير وذلك بإنشاء وتركيب أفضل الأدوات من خلال سنوات من التطوير والتعديل مثل النموذج القصير العام 36 (SF-36) (short form 36)، والمنظمة الأوروبية لبحوث وعلاج السرطان (EORTC QLQ-C30) ونظام التقييم الوظيفي لعلاج الأمراض المزمنة (FACIT) (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy) . وهناك أسباب قليلة لتطوير أي أدوات جديدة، على الرغم من أن هناك حاجة إلى تنقيح الموارد الحالية وتطوير بنود إضافية أو وحدات أو مقاييس فرعية إذا لم يكن هناك تغطية كافية للعلاجات الجديدة أو الأمراض المحددة التي يجري فحصها. أفضل أنظمة (HRQoL) لديها قواعد وإجراءات محددة بوضوح لتطوير بنود إضافية، وضمان اتساق القياس والسماح للمقارنة مع البيانات التي تم جمعها بالفعل. ولضمان الاتساق، يجب أن يكون لدى جميع أنظمة (HRQoL) كتيبات مع تعليمات للإدارة، ولحساب أي بيانات مفقودة ولتسجيل النقاط، فضلا عن تلميحات حول تفسير النتائج. وسوف تشمل النظم الأفضل أيضا أمثلة على النقاط النهائية أو النتائج الإحصائية التي ينبغي استخدامها لتحديد التغيرات الهامة سريريا أو الاختلافات بين المجموعات.

(BSc DPhil FMed Sc , 2009)

## 7- النماذج النظرية المستخدمة في بحوث نوعية الحياة لمرضى السرطان:

النماذج المفاهيمية الأكثر شعبية والتي تستخدم لمرضى السرطان هي: "نموذج مدينة الامل" Ferrell " and Colleagues City of Hope Model" و "نموذج قوة نوعية الحياة" Ferrans Power QOL Model".

حيث استخدم "Ferrell and colleagues" كأساس نظري مفاهيم "Padilla" إذ تعتبر نوعية الحياة مفهوم متعدد الأبعاد ويقاس أبعاد الرفاه النفسي، ردود الفعل الجسدية، الرفاهية، صورة الجسم، واستجابات التشخيص أو العلاج والسرطانات الاجتماعية. وفي عام (1989)، استخدم "Ferrel" و "Wenzl" نموذج "Padilla" و "Grant" كإطار مفاهيمي من أجل تطوير واختبار أداة نوعية الحياة. بعد ذلك، تم تنقيح الصك واستخدام لجمع البيانات حول العلاقة بين الألم و نوعية الحياة.

من هاتين الدراستين ظهر نموذج مفاهيمي وأحيل إلى "نموذج مدينة الأمل"، حيث يوضح هذا النموذج تأثير الألم على بعد نوعية الحياة، ويدعم أن نوعية الحياة لها أربعة أبعاد: الرفاهية البدنية والأعراض، الرفاه النفسي، الرفاه الاجتماعي والرفاه الروحي. وتم إثبات أن الألم هو تجربة تؤثر على جميع أبعاد "QOL". بعدها أثبت أن التعب هو المتغير الذي يؤثر على جميع الأبعاد الأربعة من "QOL".

وصفت "Ferrans" في نموذجها المفاهيمي أربعة مجالات رئيسية من "QOL": الصحة والعمل الاجتماعي الاقتصادي النفسي / الروحي والأسرة، وتشمل المجالات الأربعة 35 جانب من الحياة توضح الأبعاد المتعددة لهذا المفهوم. واستند إطار "Ferrans" على مراجعة الأدبيات والتحليل الإحصائي باستخدام البيانات من المرضى الذين يخضعون لغسيل الكلى، وقد استخدمت هذه الدراسات مؤشر نوعية الحياة من أجل قياس "QOL"، وتم تعديل واختبار الاستبيان الأولي مع عدد من مرضى السرطان، دعمت "Ferrans" في ورقتها فكرة تطوير النموذج على أساس اعتماد الأيديولوجية الفردية، التي تعترف

بأن نوعية الحياة تعتمد على تجربة فريدة من نوعها من الحياة لكل شخص. فالأفراد هم القضاة الوحيدون المناسبون لوصف نوعية حياتهم، لأن الناس يختلفون عما يقدرونه. واتساقا مع هذه الأيديولوجية، تم تعريف نوعية الحياة من حيث الرضا عن جوانب الحياة التي هي مهمة للفرد.

(Maria Lavdaniti &al, 2015)

## 8- نوعية حياة مرضى سرطان الثدي:

تم تناول "QOL" نوعية حياة مرضى سرطان الثدي في العديد من الدراسات الوصفية والطولية، وفي دراسة لـ (Rustoen e al. 1999, Sammarco 2001, Uzun et al. 2004) أسفرت النتائج أنه على الرغم من أن سرطان الثدي وعلاجاته تؤثر على الأداء البدني والنفسي والاجتماعي بطرق مختلفة، إلا أن "QOL" للمرضى هي في الواقع مرتفعة بشكل معتدل. وقد أعرب المرضى عن ارتفاع "QOL" عند مستوى المجال الأسري وانخفاضها عند مستوى الصحة والعمل والمجال النفسي والروحي. عموما، تشير نتائج دراسات سابقة أن مرضى سرطان الثدي لديهم "QOL" أقل من المرضى الذين يعانون من أنواع أخرى من السرطان وخاصة في المجال النفسي والجنسي والأداء العاطفي .

إن التغيرات التي تحدث على مستوى "QOL" هي مؤشرات هامة لتأثير مرض السرطان، فهي تدل على أن المرضى الذين يعانون من سرطان الثدي عموما لديهم القدرة على التكيف مع وضعهم، وقد وجد (Engel et al. 2004). "تحسنا كبيرا في أداء المرضى العاطفي والاجتماعي على المدى الطويل، حيث انخفض التعب، والغثيان، والتقيؤ، والمخاوف الصحية المستقبلية والألم، في حين زادت الشهية . ومع ذلك، أظهرت الدراسات التي أجريت بعد عدة أشهر من التشخيص أن بعض المرضى الذين يعالجون من سرطان الثدي لديهم صعوبة في التكيف مع كونه الناجي من السرطان. ولم تظهر أي تحسن لأداء الجنسي، صورة الجسم و عوامل نمط الحياة مع مرور الوقت. وعلاوة على ذلك، Burgess et al.

(2005) في دراستهم التي أجريت على مدى خمس سنوات توصلوا إلى أن النساء المصابات بسرطان الثدي المبكر ما زلن يعانين من الاكتئاب أو القلق أو كليهما بعد سنة من التشخيص، وبعضهن لأكثر من خمس سنوات. والنساء في سن 50 أو أقل يتعرضن لخطر ضعف في "QOL" لعدة سنوات بعد تشخيص سرطان الثدي. وأوجد (Engel et al. (2004 أن معظم التغيرات في "QOL" تحدث بين السنة الأولى والثانية بعد جراحة سرطان الثدي (PÄIVI SALONEN, 2011, p27-28).

## 9- نوعية حياة مرضى سرطان الرئة:

يعاني معظم المرضى المصابون بسرطان الرئة المتقدم من تجربة أعراض متعددة وشديدة والتي تزيد مع تقدم المرض، هذه الأعراض الجسدية بالإضافة إلى الضيق النفسي تشكل تأثير سلبي على نوعية الحياة المرتبطة بالصحة (HRQoL)، وبالتالي فإن أهداف الرعاية الصحية لمرضى السرطان في مرحلة متقدمة هي مراقبة الأعراض وتقديم الدعم النفسي وتحسين أو الحفاظ على (HRQoL)، فضلا عن زيادة البقاء على المدى القصير. (Mercedes Nicklasson, 2013, p 5)

ولسوء الحظ، فإن الاختلافات في وقت البقاء على قيد الحياة عبر مجموعة من العلاجات المتاحة لسرطان الرئة المتقدمة متواضعة. وبالتالي، فإن علاج سرطان الرئة الذي يوفر إمكانية إطالة بقاء المريض يجب أن يحكم دائما في سياق آثاره على "QOL" المريض. وبما أن "QOL" لكل مريض متعدد الأبعاد، وتتألف من المجالات البدنية والوظيفية والنفسية والاجتماعية والروحية، فهناك إجماع متزايد على أن فعالية العلاج يجب أن يحكم عليها من خلال آثارها على نوعية الحياة. وقد أدى هذا إلى إدراج تقييم "QOL" كنقطة نهاية أساسية في جميع أنواع التجارب السريرية جنبا إلى جنب مع نقاط النهاية التقليدية لاستجابة الورم والبقاء على قيد الحياة. هناك اتفاق عام في المجتمعات البحثية الطبية والعلمية أن المرضى هم أفضل مصدر للمعلومات "QOL"، وخصوصا عندما يمكن تعريف نتائج المريض علميا

وقياسها مع أدوات المتحقق من صحتها. ولقد أظهرت بيانات واسعة في الدراسات أن أدوات "QOL" يمكن أن تقيس أنشطة الحياة اليومية كما يمكنها التنبؤ بمدة البقاء على قيد الحياة في أنواع مختلفة من السرطانات المستقلة أفضل من تجارب سريرية أخرى. وقد استخدمت هذه الدراسات مختلف أدوات "QOL" التي يمكن تصنيفها على نطاق واسع إلى عامة وموجهة (Donald P Braun & al ; 2011).

وتتأثر نوعية حياة مرضى سرطان الرئة بعدة عوامل تتعلق بالمرضى، ومرحلة المرض وخصائص العلاج. ويكون علاج سرطان الرئة الخلايا الصغيرة (SCLC), small-cell lung cancer) عدواني يعتمد في المقام الأول على أساس العلاج الكيميائي. أما إستراتيجية العلاج لسرطان الرئة غير الخلايا الصغيرة non-small-cell lung cancer (NSCLC) تعتمد بقوة على مرحلة المرض وتتراوح من الجراحة إلى العلاج الكيميائي الملطف. وعلى مدى السنوات القليلة الماضية، لم يُحرز سوى القليل جدا من التقدم فيما يتعلق بالبقاء على قيد الحياة. لذلك، أصبح تدريجياً تأثير العلاج على نوعية الحياة أكثر أهمية. حتى الآن، قلة من التجارب السريرية العشوائية قد قيمت نوعية الحياة بشكل صحيح، وهناك مخاوف واضحة ترتبط باستخدام أدوات غير صادقة في كثير من الأحيان، وأساليب سيئة لتحليل البيانات، ولكن تقييم نوعية الحياة أمر بالغ الأهمية وينبغي معالجتها من خلال التجارب السريرية المخططة لها جيداً (C. Gridelli & al, 2001).

## 10- العوامل المؤثرة على نوعية حياة مرضى سرطان الرئة:

كما هو الحال مع العديد من المرضى الآخرين المتضررين من الأورام الصلبة، تتأثر نوعية حياة "QoL" مرضى سرطان الرئة بعدة عوامل تتعلق بالمرضى والمرضى وخصائص العلاج، وترتبط هذه المحددات بنوع ومرحلة المرض التي تؤثر على إستراتيجية العلاج واستراتيجيات العلاج المختلفة (مثل الجراحة والعلاج الإشعاعي والعلاج الكيميائي) التي تحدد قبول المريض والآثار الجانبية. الاستئصال

الجراحي، في مرحلة مبكرة لسرطان الرئة غير الخلايا الصغيرة (NSCLC) يعني اختيار دقيق للمرضى على أساس وجود عوامل مشتركة في مرحلة المرض، والوضع الصحي العام وتقييم وظيفية الجهاز التنفسي. عندما يكون ذلك ممكنا، فإن تمديد الاستئصال قد يضعف بشكل كبير نوعية حياة "QOL" المريض، على سبيل المثال، في حالة الاستئصال الرئوي، العلاج الكيميائي المشترك، الذي يستخدم لعلاج سرطان الرئة الخلايا الصغيرة (SCLC) محدودة والمتقدمة محليا (NSCLC)، قد تنتج سمية كبيرة، سواء الحادة (التهاب المريء، كبت النخاع) ومتأخرة (تليف fibrosis)، ولا سيما عند استخدام الجداول الزمنية المتزامنة. بالإضافة إلى ذلك، الخدمات اللوجستية من المتزامنة، والعلاجات المجتمعة عادة ما تكون أكثر تعقيدا من استراتيجيات العلاج الواحدة أو المتتابعة. وحالة تشجيع الدماغ الوقائي " prophylactic brain irradiation لـ (SCLC) محدودة، والتي وجد أنها فعالة في التحليل البعدي للتجارب السريرية العشوائية. تأثير السمية (العجز العصبي على المدى الطويل)، يجب أن يكون متوازنا من وجهة نظر المريض، مع فرص إطالة أمد البقاء. العلاج الكيميائي وحده يستخدم لعلاج (NSCLC) المنتشر و(SCLC) الواسعة، وغالبا ما يسبب سمية للمريض، لا سيما عندما يتم استخدام "cisplatin" أو عندما يتم تطبيق مجموعة من العلاجات. ولا بد من الاعتراف بأن العلاج الكيميائي ينظر إليه سلبا، من وجهة نظر السمية، من جانب المرضى والأقارب.

## 11- نقاط نهاية علاج سرطان الرئة:

علاج سرطان الرئة الخلايا الصغيرة (SCLC) لإطالة بقاء المريض بالمقارنة مع أي علاج، بشكل مستقل عن مرحلة المرض ينتج معدلات عالية نسبيا من انحدار الورم التي لها تأثير إيجابي على الأعراض المرتبطة بالورم. ومع ذلك، لم يتم إحراز تقدم كبير خلال العقد الماضي، فالعديد من مخططات العلاج الكيميائي، بما في ذلك القديمة، هي بالمثل نشطة وفعالة. وهكذا، يمكن القول أنه إذا لم يكن هناك

فرق في إطالة البقاء على قيد الحياة بين المخططات المختلفة، وتأثيرها السلبي على نوعية حياة "QOL" المريض ينبغي النظر في الممارسة السريرية. وبالتالي، ينبغي أن تكون "QOL" أيضا نقطة نهاية مهمة في التجارب السريرية التي تقيم العلاجات التي لا تملك فرصة أكبر لإطالة أمد البقاء.

المرضى في مرحلة مبكرة لسرطان الرئة غير الخلايا الصغيرة (NSCLC) الشفاء هو نقطة نهاية ممكنة من العلاج. لسوء الحظ، في الواقع حوالي نصف هؤلاء المرضى فقط يتم إنقاذهم عن طريق الجراحة وحدها. وبالتالي العلاج الكيميائي المساعد و "neoadjuvant chemotherapy" يجري دراستها بهدف قياس تأثيرها المحتمل على بقاء المريض، من وجهة النظر هذه يبدو أن "QOL" على المدى القصير نقطة نهاية ثانوية. في حالة (NSCLC) المتقدمة محليا، تستند الإستراتيجية الموحدة على مزيج من العلاج الكيميائي والإشعاعي، ومع ذلك فإن طريقة الجمع (متزامنة أو متتابعة)، ونوع الأدوية، وجرعة العلاج الإشعاعي والجدول الزمني كلها في إطار التحقيق سواء من حيث بقاء المريض ونوعية حياته "QOL". (C. Gridelli & al, 2001).

## خلاصة الفصل

في السنوات الأخيرة تم التأكيد على ضرورة إدراج نوعية الحياة المرتبطة بالصحة "QOL" للقياس في أبحاث السرطان. ويبدو من الدراسات الوصفية أن نوعية مجالات معينة من الحياة تعاني من ضعف في علاج السرطان. النتائج من الدراسات التي يتم فيها مقارنة مجموعتين أو أكثر من مرضى السرطان غير متسقة. ويتم التأكيد على توقع أن "QOL" عند المرضى أكثر سلبية من قبل بعض أساليب العلاج في بعض الدراسات ولكن ليس في عدة دراسات أخرى. حتى الافتراض بأن "QOL" لمرضى السرطان هو أسوأ من "QOL" من السكان العاديين غير مدعومة. يتم إعادة توجيه التفسيرات لهذه النتائج غير المتوقعة. أولاً ، يختلف تعريف مفهوم "QOL" وتفعيله من دراسة إلى أخرى. قد يشير "QOL" إما إلى تقييم شامل أو إلى تقييم لمجالات معينة من الحياة ، وإلى تجربة ذاتية للمريض أو لتقييم الحالة من قبل الآخرين. وثانياً ، هناك صعوبات منهجية أخرى خاصة فيما يتعلق بالموثوقية والصحة والتصميم. وأخيراً ، إن الآليات النفسية قد تفسر عدم وجود اختلافات بين مرضى السرطان وغيرهم ، وبالتالي قد تفسر ، لأسباب نظرية، التناقضات القائمة.

# الفصل الخامس

## الاجراءات المنهجية للدراسة

## الفصل الخامس

### الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

- 1- تحديد مكان وزمان إجراء الدراسة.
- 2- منهج الدراسة.
- 3- العينة
- 4- أدوات القياس
- 5- ترجمة استبيانات نوعية الحياة
- 6- كيفية التطبيق الميداني لاستبيان النمط السلوكي (ج) واستبيانات نوعية الحياة على مجموعة البحث
- 7- التقنيات الإحصائية المستعملة في تحليل البيانات

## تمهيد:

تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على النمط السلوكي (ج) ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة عند مرضى السرطان في ضوء بعض المتغيرات السوسيوديموغرافية، ولتحقيق هذا الغرض اعتمدنا الخطوات المنهجية في إجرائها والمتمثلة فيما يلي.

### 1-تحديد مكان وزمان إجراء الدراسة:

أجري البحث في مستشفى "فرانتز فانون" ولاية البليدة بمصلحة طب الأورام (أين يتلقى المريض العلاج الكيميائي)، ومصلحة العلاج بالأشعة ومركز مكافحة السرطان (الخاص بإجراء العمليات الجراحية للمرضى) فهذه الأقسام كانت تستقبل كل الأشخاص المصابين بمختلف الأورام السرطانية. كما زرنا مستشفى "مصطفى باشا" بالجزائر العاصمة بمصلحة مكافحة السرطان ولكن الظروف لم تسمح لنا بمواصلة إجراء البحث وكانت الحالات التي قابلناها أربع حالات فقط ممن يتلقون العلاج الكيميائي. بالإضافة إلى تقرينا من بعض المرضى بجمعية "نسيمة" لمساعدة مرضى السرطان بالبليدة.

أما فيما يتعلق بزمان إجراء البحث فكان حسب الوقت المتاح، ففي البداية توجهنا إلى جمعية "نسيمة" حيث قابلنا بعض المصابات بسرطان الثدي ممن يتلقين العلاج الكيميائي وكان ذلك شهر أبريل 2016 ، ثم توقعنا لظروف صحية لمدة عام كامل، وبعدها شرعنا من جديد في أواخر سنة 2017 بمستشفى "فرانتز فانون" أين تلقينا صعوبات كثيرة من طرف البروفسور المسؤول عن مركز مكافحة السرطان وكذا البروفسور المسؤول عن مصلحة طب الأورام من أجل الموافقة على إجراء البحث، ولقد استهلكنا مدة ثلاث أشهر تقريبا من بداية شهر سبتمبر إلى شهر نوفمبر حتى تمت الموافقة وذلك بعد ترددنا على المصالح المذكورة عدة مرات دون يأس. أما بالنسبة لمصلحة العلاج بالأشعة فالأخصائية النفسية بالمصلحة هي من قامت بتطبيق المقاييس بعد تأكيدها لنا بأن البروفسور المسؤول لن يوافق على قيامنا

بالبحث في المصلحة. كل هذه الصعوبات بمستشفى البلدية هي ما اضطررتنا للتوجه إلى مستشفى مصطفى باشا في هذه الفترة، أين كانت الموافقة فورية من الإدارة ومن الأخصائية النفسية هناك والتي ساعدتنا كثيرا في كيفية طرح أسئلة المقاييس على المرضى وكان التطبيق بالتحديد يوم 29 ديسمبر 2017، ولكن سرعان ما توقفنا عن الذهاب للمستشفى بعد حصولنا على الموافقة من مستشفى البلدية وذلك لقرية من المسكن الذي نقطن فيه.

إن فالانطلاقة الفعلية للبحث في مستشفى "فرانتز فانون" كانت في شهر ديسمبر من يوم 12 إلى 28 من سنة 2017 بمركز مكافحة السرطان وكان ذلك تزامنا مع تطبيق الأخصائية النفسية لمصلحة العلاج بالأشعة للمقاييس. ثم من 18 مارس إلى 15 أبريل 2018 كنا بمصلحة طب الأورام أين يتم العلاج الكيميائي للمرضى حيث نالت حصة الأسد من البحث ، ولكن أكثر الأيام التي أجرينا فيها البحث كانت في شهر مارس لتصادفه مع عطلة ربيع التلاميذ، وتمكننا من التحرر من التزامات البيت ودراسة الأطفال نوعا ما.

على العموم فإن معدل زيارتنا للمستشفى كانت من مرتين إلى ثلاث مرات في الأسبوع بمقابلة أربع حالات في المعدل، وكان الوقت الذي نستغرقه مع كل حالة متفاوتة فمنهم من نقضي معه 45 دقيقة ومنهم 30 دقيقة.

## 2- منهج الدراسة:

إن المنهج المتبع في هذه الدراسة هو المنهج الوصفي الذي يفيد في جمع معلومات وبيانات دقيقة وعلمية عن المتغيرات المدروسة، والمتمثلة في الكشف عن شدة النمط السلوكي (ج) ومستوى نوعية الحياة لدى مرضى سرطان الثدي وسرطان الرئة، ومن ثمة دراسة العلاقة الموجودة بين هذه المتغيرات لاستخلاص دلالتها.

### 3-العينة:

تعتمد دراسة أي ظاهرة تربوية أو اجتماعية أو نفسية على العينة التي تمثل الظاهرة، ولصعوبة سحب عينة ممثلة تمثيلا صحيحا للمجتمع الإحصائي والتي يجري اختيارها وفق قواعد وطرق علمية، فاعتمدنا على مجموعة بحث طبقنا عليها المقاييس.

ولاختبار فرضيات البحث، قصدنا مجموعة من المصابين بسرطان الثدي والرئة من الجنسين (ذكور وإناث)، وفيما يلي توزيع الأفراد حسب السن، المستوى الدراسي، الحالة المدنية، نوع السرطان ونوع العلاج.

### ❖ السن:

جدول رقم 08: التوزيع التكراري لسن العينة

السن و %	40 - 18	50 - 41	68 - 51	المجموع
أنثى	%21.66 / 13	%30 / 18	%31.66 / 19	%83.33 / 50
ذكر	%1.66 / 01	%1.66 / 01	%13.33 / 08	%16.66 / 10
المجموع	%23.33 / 14	%31.66 / 19	%45 / 27	%100 / 60

(أنظر الملحق رقم 11)

يبدو من خلال توزيع مجموعة البحث حسب متغير السن تقارب نوعا ما في التوزيع (%23.33،

31.66%، 45%) ولكن تبقى الفئة العمرية من ( 51 إلى 68 سنة) الأكثر شيوعا فمن المعروف فان

السرطان ينتشر أكثر عند الأفراد من سن 40 سنة وأكثر، كما تبقى فئة النساء بنسبة 83.33% الأكثر

ارتفاعا من نسبة الرجال التي قدرت بـ 16.66%. فالأيام التي كنا نجري فيها البحث غالبا ما كانت

الثلاثاء والخميس وفي بعض الأحيان الأحد، وكان عدد النساء أكثر من الرجال حيث خصص يوم الاثنين، الثلاثاء والخميس للنساء للعلاج الكيميائي واللواتي كان عددهن كبير، عكس الأيام المخصصة للرجال التي كانت أيام الأحد، الثلاثاء والأربعاء والذين كان عددهم أقل بكثير من النساء. كما أننا لم نصادف بمركز مكافحة السرطان مع رجال من اجل إجراء العملية الجراحية. ولقد حددنا بداية تبويب السن بـ 18 سنة لأنه أصغر سن قابلناه، ونهاية التبويب بسن 68 سنة الأكبر سنا لدينا في مجموعة البحث.

### ❖ المستوى الدراسي:

جدول رقم 09: التوزيع التكراري للمستوى الدراسي للعينة.

المجموع	دراسات عليا	جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	غير متمدرس	المستوى الدراسي الجنس
50	04	01	16	16	05	08	أنثى
10	01	00	02	04	01	02	ذكر
60	05	01	18	20	06	10	المجموع

(أنظر الملحق رقم 11)

كما يبدو واضحا من خلال التوزيع التكراري للمستوى الدراسي لمجموعة البحث، فالأغلبية ذات مستوى متوسط بـ 20 حالة ، ومستوى ثانوي بـ 18 حالة، بينما لم يكن هناك سوى حالة واحدة جامعي ومازالت تواصل دراستها في الجامعة، و 10 حالات لم يلتحقوا بالمدرسة، و 05 أفراد ذات مستوى دراسات عليا ذكر واحد (طبيب عام)، أما النساء فهناك أستاذة جامعية، طبيبة عامة، أستاذة في ثانوية و موظفة في مراتب عليا هي الآن متقاعدة.

## ❖ الحالة المدنية:

جدول رقم 10: التوزيع التكراري للحالة المدنية للعينة.

المجموع	أرمل	متزوج	أعزب	الحالة المدنية الجنس
50	03	37	10	أنثى
10	00	10	00	ذكر
60	03	47	10	المجموع

(أنظر الملحق رقم 11)

نلاحظ من خلال الجدول أن معظم أفراد مجموعة البحث من المتزوجين بـ 47 حالة، عشرة نساء لم يتزوجن (عزباء)، وثلاث نساء أرامل.

## ❖ نوع مرض السرطان:

جدول رقم 11: التوزيع التكراري لنوع مرض السرطان للعينة.

المجموع	سرطان الرئة	سرطان الثدي	نوع السرطان الجنس
50	04	46	أنثى
10	10	00	ذكر
60	14	46	المجموع

(أنظر الملحق رقم 11)

يظهر من خلال الجدول هيمنة نوع مرض سرطان الثدي على مجموعة البحث و المتمثلة بـ 46 حالة بنسبة 76.66% من الحجم الكلي للمجموعة وكلها نساء، بينما سرطان الرئة فتمثل في 14 حالة أي ما نسبته 23.33% ، توزع بين أربع نساء وعشرة رجال، وذلك راجع كما ذكرنا سابق إلى قلة عدد الرجال مقارنة بالنساء، ولأن سرطان الرئة غالبا ما يتم اكتشافه في مراحله المتأخرة.

### ❖ نوع العلاج:

جدول رقم 12: التوزيع التكراري لنوع العلاج للعينة.

المجموع	العلاج الإشعاعي	العلاج الكيميائي	العلاج الجراحي	نوع العلاج الجنس
50	11	28	11	أنثى
10	00	10	00	ذكر
60	11	38	11	المجموع

(أنظر الملحق رقم 11)

يتبين جليا سيادة عدد الأفراد الذين يتلقون العلاج الكيميائي على باقي العلاجات الأخرى بـ 38 حالة بنسبة 63.33%، وذلك بـ 28 امرأة و 10 رجال، بينما تساوى عدد النساء في العلاج الجراحي والإشعاعي بـ 11 حالة أي ما نسبته 18.33% لكل نوع علاج. والتفاوت في النسب راجع للأسباب التي ذكرناها سابق في تحديد مكان وزمان البحث.

#### 4- أدوات القياس:

استعنا في هذا البحث بالاستبيانات التالية وهي:

- استبيان النمط السلوكي (ج) ( أنظر الملحق رقم 04).
- استبيان نوعية الحياة العام النسخة الثالثة EORTC QLQ-C30 version 3.0 (أنظر الملحق رقم 07).
- استبيان نوعية الحياة المحدد لسرطان الثدي EORTC QLQ-BR-23 ( أنظر الملحق رقم 08).
- استبيان نوعية الحياة المحدد لسرطان الرئة EORTC QLQ-LC13 ( أنظر الملحق رقم 09).

#### 1.4 استبيان النمط السلوكي (ج):

قمنا ببناء وتصميم استبيان النمط السلوكي (ج) سنة 2016 ، فبعد جمع المعلومات اللازمة وتحديد المقاربة النظرية الخاصة بهذا النمط تمت صياغته على شكل بنود، وتم تقديم النسخة الأولى منه (أنظر الملحق رقم 02) لمجموعة من الأساتذة من جامعة "أبو القاسم سعد الله" وجامعة "لونيسى علي" و"المركز الجامعي بغليزان" لتحكيمه وإبداء رأيهم به (أنظر الملحق رقم 03 و 01).

وبعدنا قمنا بإعادة صياغة البنود حسب التعليمات والتوجيهات التي تلقيناها من طرف الأساتذة، على الشكل الذي في (الملحق رقم 01). ثم طبقناه على مجموعة من الأفراد العاديين (غير مرضى بالسرطان) مكونين من 167 فردا، وقدرنا الصدق والثبات بالحزمة الإحصائية SPSS.

حيث يشتمل الاستبيان على 40 بندا، يحوي بعدين رئيسيين للنمط السلوكي (ج) هما:

البعد الأول: بعد الإدراكات الاكتئابية ويشمل 17 بندا، من البند 2 إلى 18.

البعد الثاني: بعد كبح الانفعالات ويشمل 16 بندا، البند 1 و من 19 إلى 33.

والبعد الثالث والذي أشارت علينا الأستاذة "آيت حمودة حكيمة" إضافته. واعتبرته الأستاذة "الزروق فاطمة الزهراء" كنتيجة للبعدين السابقين وهو:

البعد الثالث: بعد الكف الاجتماعي ويشمل على 07 بنود، من البند 34 - 40.

✓ طريقة تنقيط الاستبيان:

يتم تنقيط البنود حسب طريقة "ليكرت" حيث تأخذ كل إجابة العلامة التالية:

نعم (3) ، أحيانا (2) ، لا (1).

أعلى قيمة لاستبيان تقدر بـ 120 نقطة، وأقل قيمة بـ 40 نقطة.

✓ تفسير نتائج الاستبيان:

40 نقطة: غياب خصائص النمط السلوكي (ج) عند الفرد.

من 41 إلى 80 نقطة: خصائص النمط السلوكي (ج) متوسطة عند الفرد، والاستجابات تحتوي على بعد واحد من الأبعاد الثلاثة على الأقل.

من 81 إلى 120: خصائص النمط السلوكي (ج) مرتفعة عند الفرد، والاستجابات تحتوي على بعدين من الأبعاد الثلاثة على الأقل.

✓ الخصائص السيكومترية لاستبيان النمط السلوكي (ج) المستعمل في الدراسة:

قمنا في هذه الدراسة باستعمال استبيان النمط السلوكي (ج) وذلك من أجل جمع البيانات التي نحتاجها في الجانب الميداني ومن أجل التحقق من الفرضيات المصاغة، وقبل استعمال أي أداة يجب التأكد من صلاحيتها، وعلى هذا الأساس قمنا بالتأكد من خصائصه السيكومترية والمتمثلة في الصدق

والثبات. فطبقتاه على عينة مكونة من (167) فرد، ثم بواسطة طريقة الاتساق الداخلي قدرنا الثبات، أما الصدق فاستعملنا طريقة المقارنة الطرفية مستعينين بالحزمة الإحصائية SPSS، وفيما يلي النتائج:

#### ✚ الثبات عن طريق الاتساق الداخلي:

تقدير ثبات الاتساق الداخلي عن طريق معادلة ألفا لكرونباخ لدرجة الكلية للاستبيان بالإضافة إلى الدرجة الكلية لكل بعد:

جدول رقم 13: قيمة ألفا كرونباخ في الاستبيان النمط السلوكي (ج).

ألفا كرونباخ المعيارية	ألفا كرونباخ الخام	حجم مجموعة البحث	المتغير	
0.802	0,794	167	بعد الادراكات الاكتئابية	الأبعاد الأساسية
0.699	0,696	167	بعد كبح الانفعالات	
0.571	0,566	167	بعد الكف الاجتماعي	
0,843	0.839	167	40	المقياس ككل

(أنظر الملحق رقم 05)

قدرت قيمة الثبات عن طريق ألفا كرونباخ بـ 0,843 وهي درجة مرتفعة تدل على ثبات درجات الاستبيان المستعمل. أي أن المقياس يكشف لنا نسبة 84% الدرجة الحقيقية باحتمال خطأ 16%، فالثبات هو قدرة الاستبيان في الكشف عن الدرجة الحقيقية. فالأفراد هنا يستجيبون بطريقة صحيحة ومتجانسة، و الاستبيان يكشف عن النمط المراد قياسه.

#### ✚ الصدق عن طريق المقارنة الطرفية:

- ارتباط البند بالبعد الذي ينتمي إليه:

صدق الاتساق الداخلي.

**جدول رقم 14: صدق الاتساق الداخلي للبنود مع بعد الادراكات الاكتتابية**

بعد: الادراكات الاكتتابية					
البند	قيمة الارتباط	مستوى الدلالة	البند	قيمة الارتباط	مستوى الدلالة
2	0.367	دال عند 0.01	11	0.600	دال عند 0.01
3	0.459	دال عند 0.01	12	0.560	دال عند 0.01
4	0.324	دال عند 0.01	13	0.676	دال عند 0.01
5	0.461	دال عند 0.01	14	0.600	دال عند 0.01
6	0.565	دال عند 0.01	15	0.560	دال عند 0.01
7	0.633	دال عند 0.01	16	0.676	دال عند 0.01
8	0.505	دال عند 0.01	17	0.296	دال عند 0.01
9	0.321	دال عند 0.01	18	0.623	دال عند 0.01
10	0.555	دال عند 0.01			

(انظر الملحق رقم 06)

**جدول رقم 15: صدق الاتساق الداخلي للبنود مع بعد كبح الانفعالات**

بعد: كبح الانفعالات					
البند	قيمة الارتباط	مستوى الدلالة	البند	قيمة الارتباط	مستوى الدلالة
1	0.409	دال عند 0.01	26	0.503	دال عند 0.01

0.01 عند دال	0.353	27	0.01 عند دال	0.468	19
0.01 عند دال	0.354	28	0.01 عند دال	0.385	20
0.01 عند دال	0.487	29	0.01 عند دال	0.434	21
0.01 عند دال	0.399	30	0.01 عند دال	0.299	22
0.01 عند دال	0.456	31	0.01 عند دال	0.581	23
0.01 عند دال	0.299	32	0.01 عند دال	0.236	24
0.01 عند دال	0.582	33	0.01 عند دال	0.538	25

انظر الملحق رقم 06

جدول رقم 16: صدق الاتساق الداخلي للبنود مع بعد الكف الاجتماعي

بعد: الكف الاجتماعي					
مستوى الدلالة	قيمة الارتباط	البند	مستوى الدلالة	قيمة الارتباط	البند
0.01 عند دال	0.388	38	0.01 عند دال	0.526	34
0.01 عند دال	0.614	39	0.01 عند دال	0.523	35
0.01 عند دال	0.592	40	0.01 عند دال	0.593	36
			0.01 عند دال	0.459	37

انظر الملحق رقم 06

- ارتباط البعد بالدرجة الكلية للاستبيان:

جدول رقم 17: ارتباط البعد بالدرجة الكلية لاستبيان النمط السلوكي (ج).

الدرجة الكلية للاستبيان		
البعد	قيمة الارتباط	مستوى الدلالة
الادراكات الاكثائية	0.857	دال عند 0,01
كبح الانفعالات	0.807	دال عند 0,01
الكف الاجتماعي	0.626	دال عند 0,01

انظر الملحق رقم 06

بعد التحليل الإحصائي للبيانات واستعمال طريقة صدق الاتساق الداخلي حيث تعبر عن اتساق أو كيفية تجمع البنود لتشكيل السمة المراد قياسها، وعن مدى اتساق الأفراد فيما بينهم. وغالبا ما تستعمل هذه الطريقة في حالة بناء مقياس لهدف تصفية البنود، ويظهر جليا ارتفاع قيمة الارتباط بين الأبعاد الثلاثة والدرجة الكلية للاستبيان عند مستوى دلالة 0.01 ، وعند نفس مستوى الدلالة فإن قيمة ارتباط كل بند مع بعده دالة إحصائيا.

#### 2.4 استبيان نوعية الحياة EORTC QLQ-C30 version 3.0 :

استبيان نوعية الحياة (QLQ) للمنظمة الأوروبية لبحوث وعلاج السرطان "EORTC" هو نظام متكامل لتقييم الصحة المرتبطة بنوعية حياة (QoL) مرضى السرطان المشاركين في التجارب السريرية الدولية. الاستبيان، QLQ-C30 هو نتاج أكثر من عقد من البحث التعاوني.

وبعد الإصدار العام لاستبيان QLQ-C30 في عام 1993، استخدم في مجموعة واسعة من التجارب السريرية للسرطان من قبل عدد كبير من المجموعات البحثية، كما استخدم في دراسات أخرى مختلفة غير تجريبية.

### ✓ الخلفية النظرية للمنظمة الأوروبية لبحوث وعلاج السرطان "The EORTC":

تأسست "The EORTC" المنظمة الأوروبية لبحوث وعلاج السرطان" عام 1962، كمنظمة دولية غير ربحية. أهدافها هو إجراء وتطوير وتنسيق وتنشيط أبحاث السرطان في أوروبا من قبل مجموعات متعددة التخصصات من الأورام والعالم الأساسي، ويتم البحث بشكل رئيسي من خلال تنفيذ التجارب السريرية الكبيرة، المرتقبة، العشوائية، متعددة المراكز، والسرطان. ويهتم مركز بيانات المكتب المركزي التابع لـ "EORTC"، الذي أنشئ في عام 1974، بمتابعة التجارب السريرية للسرطان في المرحلتين الثانية والثالثة، من تصميمها إلى نشر النتائج النهائية. منذ بدايتها، تم إدخال أكثر من 80000 مريض في التجارب التي يعالجها مركز بيانات "EORTC". في عام 1980، أنشأت المنظمة مجموعة نوعية الحياة، التي بدأت في عام 1986 برنامج بحثي لتطوير نهج متكامل، وحدات لتقييم (QoL) نوعية الحياة للمرضى المشاركين في التجارب السريرية للسرطان. وأدى ذلك إلى تطوير "EORTC QLQ-C30"، وهي أداة لقياس نوعية الحياة لمرضى السرطان. وحتى الآن، تم تسجيل أكثر من 2200 دراسة باستخدام "QLQ-C30".

وقد تم تطوير الاستبيان الأساسي من الجيل الأول، وهو "EORTC QLQ-C36"، في عام 1987. تم تصميم هذا الاستبيان المكون من 36 بند ليكون: (1) سرطان محدد. (2) متعدد الأبعاد في الهيكل. (3) مناسبة للإدارة الذاتية (أي قصير وسهل الإكمال)، و (4) ينطبق على مجموعة من البيئات الثقافية. وقد تم الإبلاغ عن نتائج مفصلة للاختبار الميداني الدولي "EORTC QLQ-C36".

وفي حين أن النتائج النفسية الشاملة كانت واعدة، إلا أنها أشارت أيضا إلى بعض المجالات التي يمكن أن يستفيد فيها الاستبيان من المزيد من التطوير. ولم تتضمن معظم المراجعة سوى تغييرات طفيفة في صياغة البنود. ووجد أن بعض البنود غير مفيدة، وتم التخلص منها. والمقياس الوحيد الذي يتطلب تنقيحا جوهريا، بسبب عدم كفاية الوثوقية، كان مقياس الأداء العاطفي المكون من ثمانية بنود. في الجيل التالي من الاستبيان، تم استبدال هذا المقياس من خلال أربعة بنود emotional functioning scale .

### **EORTC QLQ-C30 version 1.0 النسخة الأولى للاستبيان:**

استبيان الجيل الثاني الأساسي، النسخة الأولى مكونة من 30 بنود "EORTC QLQ-C30" . مجالات المحتوى التي يغطيها الاستبيان تعكس الأبعاد المتعددة لبناء نوعية الحياة "QoL". تم اختبار هذا الاستبيان الميداني في عينة متعددة الثقافات لمرضى سرطان الرئة في 13 دولة لتأكيد هيكل المقياس المفترض، لتحديد الوثوقية وتقييم الصلاحية. يتضمن "QLQ-C30" الإصدار الأول " 1.0 ( QLQ-C30 (V1) من خمسة مستويات وظيفية (البدنية، الدور، المعرفي، العاطفي، والاجتماعي)، وثلاثة مقاييس لأعراض (التعب، الألم، الغثيان والقيء)، الحالة الصحية العامة على نطاق واسع ومقياس نوعية الحياة "QoL"، وعدد من العناصر تقيم أعراض إضافية عادة ما ذكرت من قبل مرضى السرطان (ديسبندوا، وفقدان الشهية، الأرق، الإمساك والإسهال) والأثر على الحالة المادية الملحوظة للمرض.

### **النسخة الثالثة المؤقتة لاستبيان (+3) EORTC QLQ-C30 :**

الاستبيان الأساسي الجيل الثالث، مكون من 33 بند "EORTC QLQ-C30 (+3)". نشأ بعد الاختبار الدولي "QLQ-C30(V1)" ، وذلك عندما أوصى بصقل الاستبيان بإضافة ثلاثة بنود اختبار جديدة.

### النسخة الثانية للاستبيان EORTC QLQ-C30 version 2.0 :

يعد استبيان "QLQ-C30(+3)" نسخة مؤقتة، والتي احتفظت بجميع الأسئلة الأصلية من الإصدار "QLQ-C30 version 1.0" أثناء تقييم البنود الثلاثة الإضافية. وهنا كان تحسن ملحوظ في الاتساق الداخلي للدور الجديد لجدول الوظائف the new role functioning scale.

حيث يضع البند الصحي العام الجديد تركيزاً أقل على الأداء البدني، ولا يغير الاتساق الداخلي. وبعد التحقق رسمياً من هذه البنود الجديدة، استعويض عن الأسئلة القديمة بالأسئلة الجديدة. وكانت النتيجة الإصدار بـ 30 بند الطبعة الثانية 2.0 من "QLQ"، هو "QLQ-C30(V2)".

### النسخة الثالثة لاستبيان EORTC QLQ-C30 version 3.0 :

يختلف الإصدار الثالث من "QLQ-C30" عن الإصدار الثاني 2.0 في احتوائه على موازين من أربع نقاط لأول خمس فئات... ويتم ترميزها بنفس فئات الاستجابة مثل البنود من 6 إلى 28 ، أي "إطلاقاً لا" ، "قليلاً" ، "بعض الشيء" ، "كثيراً جداً" ، السؤال 4 أعيد صياغته كما يلي " هل يجب أن تبقى في السرير أو الكرسي خلال النهار". وقد تم اختبار الإصدار 3.0 في الدراسات الميدانية للمنظمة "EORTC".

### ✓ المبادئ العامة لتسجيل نتائج استبيان QLQ-C30 version 3.0 :

يتكون استبيان " QLQ-C30 " من بنود متعددة العناصر وبنود فردية. ويشمل ذلك خمسة أبعاد وظيفية ، وثلاثة أبعاد للأعراض ، وحالة صحية عالمية / بند نوعية الحياة "QoL" ، وستة بنود مفردة. يتضمن كل بعد متعدد العناصر مجموعة مختلفة من البنود بحيث لا يوجد بند في أكثر من بعد واحد. تتراوح كل المقاييس ومقاييس البند الواحد في النتيجة من 0 إلى 100. وتمثل الدرجة العالية

المستوى مستوى استجابة أعلى. وبالتالي ، فإن درجة عالية لمقياس وظيفي يمثل مستوى عال من الأداء صحي، درجة عالية للحالة الصحية العالمية و نوعية الحياة QoL يمثل نوعية حياة QoL عالية، ولكن درجة عالية لبعء الأعراض يمثل مستوى عال من الأعراض أي مستوى منخفض من الأداء الصحي.

مبدأ تسجيل هذه المقاييس هو نفسه في جميع الحالات:

1- تقدير متوسط العناصر التي تساهم في الحجم؛ هذه هي النتيجة الأولية.

2- استخدام التحويل الخطي لقياس الدرجة الأولية، بحيث تتراوح الدرجات من 0 إلى 100؛ تمثل درجة أعلى مستوى أعلى ("أفضل") من الأداء، أو مستوى أعلى ("أسوأ") من الأعراض.

ويرد في التذييل 3 تشفير لإجراءات تسجيل النقاط من أجل ثلاث مجموعات إحصائية رئيسية.

✓ طريقة حساب النتائج (الملخص تقني) :

من الناحية العملية ، إذا كانت البنود 11 و 12 و ... ا مضمنة في جدول ، يكون الإجراء كمايلي:

❖ حساب المجموع الصافي أو الدرجة الخام للاستبيان Raw Score (RS).

$$\text{Raw Score} = RS = I1 + I2 + \dots + IN$$

بحيث تحسب Raw Score لكل بعد وتقسّم على عدد البنود لذلك البعد

❖ التحول الخطي Linear transformation

نقوم بتطبيق التحويل الخطي للحصول على الدرجة S والتي تأخذ قيم من 00 إلى 100

100-0

المقاييس الوظيفية Functional scales : الدرجة S تحسب كما يلي:  $S = \left\{ 1 - \frac{(RS-1)}{range} \right\} \times 100$

جداول أعراض البنود Symptom scales / items تحسب كما يلي:  $S = \{(RS - 1) / range\} \times 100$

الحالة الصحية العامة ، QoL , Global health status / QoL :  $S = \{(RS - 1) / range\} \times 100$

النطاق "range" هو الفرق بين القيمة القصوى الممكنة لـ RS والقيمة الدنيا الممكنة.

تم تصميم استبيان "QLQ-C30" بحيث تأخذ جميع العناصر في أي نطاق نفس نطاق القيم، لذلك يساوي نطاق "RS" نطاق قيم البند، ويتم تسجيل معظم البنود من 1 إلى 4، مع إعطاء النطاق  $range = 3$ . الاستثناءات هي بند الحالة الصحية العامة وبند نوعية الحياة "QoL"، وهي أسئلة من 7 نقاط مع النطاق = 6.

يتم تنقيط البنود حسب طريقة "ليكرت" حيث تأخذ كل إجابة العلامة التالية:

إطلاقاً (لا) : 1 ، قليلاً: 2 ، بعض الشيء: 3 ، كثيراً جداً: 4.

❖ أبعاد استبيان QLQ-C30 version 3.0:

جدول رقم 18: أبعاد استبيان QLQ-C30 version 3.0

الأبعاد الوظيفية	رقم البنود	نطاق البنود	عدد البنود	ترميز البعد	
	30 - 29	6	2	QL2	الحالة الصحية العامة/ نوعية الحياة
					الأبعاد الوظيفية Functional scales
F	من 1 إلى 5	3	5	PF2	الأداء البدني Physical functioning
F	7-6	3	2	RF2	الأداء الوظيفي Role functioning

F	من 21 إلى 24	3	4	EF	الأداء العاطفي Emotional functioning
F	25 – 20	3	2	CF	الأداء المعرفي Cognitive functioning
F	27 – 26	3	2	SF	الأداء الاجتماعي Social functioning
					أبعاد الأعراض / البنود Symptom scales / items
	-12-10 18	3	3	FA	التعب Fatigue
	15-14	3	2	NV	الغثيان والقيء Nausea and vomiting
	19-9	3	2	PA	الألم Pain
	8	3	1	DY	ضيق في التنفس Dyspnoea
	11	3	1	SL	الأرق Insomnia
	13	3	1	AP	فقدان الشهية Appetite loss
	16	3	1	CO	الإمساك Constipation
	17	3	1	DI	الإسهال Diarrhoea
	28	3	1	FI	صعوبات مالية Financial difficulties

### أنظر الملحق رقم 07

F : تعني أن البعد وظيفي ويجب تطبيق المعادلة الجبرية للأبعاد الوظيفية عند الحساب.

بالنسبة لجميع المقاييس، فإن Raw Score ، RS ، هو متوسط مجموع البنود.

مثال: حساب بُعد الأداء العاطفي EF

Raw Score هو: RS = ( البند 21 + البند 22 + البند 23 + البند 24 ) / عدد البنود 4.

إن EF Score هو:  $s = \left\{ 1 - \frac{(RS-1)}{\text{range}} \right\} \times 100$  حيث  $\text{range} = 3$

- حساب عرض التعب FA

Raw Score هو: RS = ( البند 10 + البند 12 + البند 18 ) / عدد البنود 3.

إن FA Score هو:  $S = \left\{ (RS - 1) / \text{range} \right\} \times 100$  حيث  $\text{range} = 3$ .

- حساب بُعد الحالة الصحية العامة ونوعية الحياة QL2

Raw Score هو: RS = ( البند 29 + البند 30 ) / عدد البنود 2.

إن QL2 Score هو:  $S = \left\{ (RS - 1) / \text{range} \right\} \times 100$  حيث  $\text{range} = 6$ .

(EORTC QLQ-C30 Scoring Manual, 2001).

### 3.4 - استبيان نوعية الحياة المحدد لسرطان الثدي EORTC QLQ-BR-23:

المقصود من استبيان سرطان الثدي هو للاستخدام بين مرضى سرطان الثدي المتفاوتة في مرحلة المرض وطريقة العلاج (أي الجراحة والعلاج الكيميائي والعلاج الإشعاعي والعلاج الهرموني). وينبغي دائما أن تستكمل من قبل "QLQ-C30" أي يجب تطبيق الاستبيان العام لنوعية الحياة قبل المحدد.

- لا ينطبق التمتع الجنسي (BRSEE) إذا سجل البند 15 "إطلاقا لا".

- لا ينطبق مستاء من فقدان الشعر (BRHL) إذا كان البند 4 هو " إطلاقا لا"

- يفسر الأداء الجنسي (BRSEF) والتمتع الجنسي (BRSEE) على أنها جداول وظيفية (أي درجة

أعلى هو أفضل)، ينبغي أن يسجل وفقا لخوارزمية مقياس الأعراض.

وفيما يلي جدول يلخص الأبعاد الوظيفية وأبعاد الأعراض للاستبيان.

**جدول رقم 19: أبعاد استبيان نوعية الحياة المحدد لسرطان الثدي EORTC QLQ-BR-23**

QLQ-BR23 رقم البنود	Item range	عدد البنود	اسم البعد	
				الأبعاد الوظيفية
من 09 إلى F;12	03	04	BRBI	صورة الجسم
15/ 14	03	02	BRSEF	النشاط الجنسي
16	03	01	BRSEE	التمتع الجنسي
F, 13	03	01	BRFU	النظرة المستقبلية
				أبعاد الأعراض/ البنود
8/7/6/4/3/2/1	03	07	BRST	الآثار الجانبية للعلاج بالأجهزة
23/22/21/20	03	04	BRBS	أعراض الثدي
19/18/17	03	03	BRAS	أعراض الذراع
05	03	01	BRHL	الاستياء من فقدان الشعر

أنظر الملحق رقم 08

F : تعني أن البعد وظيفي ويجب تطبيق المعادلة الجبرية للأبعاد الوظيفية عند الحساب.

يتم تسجيل البنود الخاصة ببعء النشاط الجنسي و التمتع الجنسي بشكل إيجابي (أي أن "كثيرا جدا" هو الأفضل)، ولذلك تستخدم نفس المعادلة الجبرية مثل مقاييس الأعراض. و تستخدم المعادلة الجبرية للأبعاد الوظيفية مع البعدين صورة الجسم و النظرة المستقبلية.

لا يحسب بعد التمتع الجنسي، إذا كان البند 15 " إطلاقا (لا) " .

لا يحسب بعد مستاء من فقدان الشعر، إذا كان البند 4 " إطلاقا (لا) " .

#### 4.4- استبيان نوعية الحياة المحدد لسرطان الرئة EORTC QLQ-LC13:

المقصود من استبيان سرطان الرئة هو للاستخدام بين مرضى سرطان الرئة المتفاوتة في مرحلة المرض وطريقة العلاج (أي الجراحة والعلاج الكيميائي والعلاج الإشعاعي) مع ضرورة الاستكمال دائما من قبل بالاستبيان العام "QLQ-C30".

- يجب استخدام بند ضيق في التنفس فقط إذا تم الإجابة على جميع العناصر الثلاثة.
- قد يتجاهل بعض المجيبين السؤال الخامس ( 5 ) لأنهم لم يصعدوا الدرج أبدا. في هذه الحالة، فإن النتيجة لبند ضيق في التنفس ستكون منحازة للإجابة بنعم إذا كانت الإجابة بنعم للبندين السابقين.
- يجب استخدام البند رقم 13 فيما يتعلق بأدوية الألم فقط إذا تم الرد عليها بـ "نعم". إذ لوحظ أن المرضى قد يسيئون تفسير فعالية الدواء بسبب الصياغة الإيجابية.

وفيما يلي الأبعاد الخاصة للاستبيان المحدد لسرطان الرئة:

جدول رقم 20: أبعاد استبيان سرطان الرئة QLQ-LC13

QLQ-LC13 رقم البند	نطاق البنود	عدد البنود	اسم البعد	بعد الأعراض/ البنود
5/4/3	3	3	LCDY	ضيق في التنفس
1	3	1	LCCO	السعال
2	3	1	LCHA	بزق الدم
6	3	1	LCSM	قرحة الفم
7	3	1	LCDS	عسر البلع
8	3	1	LCPN	الاعتلال العصبي المحيطي
9	3	1	LCHR	تساقط الشعر
10	3	1	LCPC	ألم في الصدر
11	3	1	LCPA	ألم في الذراع أو الكتف
12	3	1	LCPO	ألم في أجزاء أخرى
13	3	1	LCPM	دواء الألم

انظر ملحق رقم 09

تستخدم نفس المعادلة الجبرية مثل مقاييس الأعراض للحساب.

## 5- ترجمة استبيانات نوعية الحياة:

يتبع إجراء ترجمة الاستبيان والوحدات النمطية إلى لغات أخرى والتوثيق موجود بالتفصيل في دليل مجموعة جودة الحياة "EORTC" بعنوان (إجراءات الترجمة ، Cull وآخرون ، 1998). يتم ترجمة أي وحدات لم يتم تطويرها في البداية باللغة الإنجليزية إلى اللغة الإنجليزية، ثم إلى لغات أخرى. تشمل جميع الترجمات اثنين من المتحدثين الأصليين للغة المراد الترجمة بها، مع تكرار بين الترجمة إلى الأمام والخلف عند الضرورة. ثم يجري اختبار تجريبي للاستبيان المترجم. يتم تقديم تقرير رسمي إلى مجموعة جودة الحياة ، ويتم مراجعته من قبل عضوين على الأقل قبل الموافقة. يتوفر الاستبيان الأساسي بالعديد من اللغات بالإضافة إلى اللغة الإنجليزية ، كما تتوفر ترجمات لوحدات "QLQ" الإضافية بلغات مختلفة. (EORTC QLQ-C30 Scoring manual, 2001).

ولقد تحصلنا على النسخ المترجمة إلى اللغة العربية من موقع مجموعة نوعية الحياة

<http://groups.eortc.be/qol/eortc-qlq-c30>

## 6- كيفية التطبيق الميداني لاستبيان النمط السلوكي (ج) واستبيانات نوعية الحياة على مجموعة

البحث:

شرعنا في تطبيق استبيان النمط السلوكي (ج) واستبيانات نوعية الحياة في الفترة الزمنية المذكورة سابقا، حيث كان التطبيق على شكل مقابلة موجهة، فبعد التعريف بنفسنا للمريض على أنني مختصة نفسية بالمصلحة (لتفادي رفض المريض التحدث، فكثيرا من الأحيان يرفض المريض الكلام إذا عرف أن الأسئلة في إطار إجراء بحث)، وبعد أخذ موافقته في طرح بعض الأسئلة عليه، نبدأ أولا بالأسئلة العامة (السن، المستوى الدراسي، الحالة المدنية) وفي بعض الحالات نسأل المريض عن المنطقة

التي يسكن فيها وكيفية تنقله إلى المستشفى. البداية تكون مع استبيان النمط السلوكي (ج)، وفضلنا أن يكون اللقاء على شكل حوار متبادل بيننا ومن خلاله انتقي الإجابات المناسبة، وذلك تقاديا لشعور المريض بالملل ولإعطاء مجال أكبر للتحدث بعفوية عن المشاعر والأحاسيس، ومع ذلك كنا نسير الحوار حسب متطلبات بنود الاستبيان.

أما بالنسبة لاستبيانات نوعية الحياة فكانت تتحدث عن الوضع الصحي الحالي وقت العلاج. أما فيما يخص البند 30 لاستبيان "QLQ-C30" version 3.0 والذي لاقيت صعوبة في كيفية طرحه للأفراد وفهمه دون غموض من طرفهم لأن مفهوم نوعية الحياة ليس معروفا عند أغلب المرضى حتى الذين لديهم مستوى عالي من التعليم، فقد استشرت الأخصائية النفسية بـ مستشفى "مصطفى باشا" والتي هي أيضا تحضر لشهادة دكتوراه العلوم يخص موضوع نوعية الحياة بالإضافة إلى خبرتها في العمل التي تفوق 25 سنة مع مرضى السرطان، فلقد أشارت علينا بسؤال المريض في هذا البند كما يلي: (كيف تقيم حياتك من كل النواحي الوظيفية، العاطفية، العائلية، الاجتماعية والاقتصادية قبل المرض وبعد المرض؟). في ها البند بالتحديد توقعنا أن يقول كل المرضى أن حياتي تغيرت للأسوأ، ولكن تفاجئنا بالبعض منهم يقيم مستوى حياته بالأفضل عما كانت خاصة في المجال العائلي والاجتماعي، ومنهم من ذكر أن مستوى حياته لم يتغير وبقي نفسه قبل المرض وبعده.

ولقد كان الوقت الذي يأخذه تطبيق الاستبيانات يختلف من فرد إلى آخر، من 20 دقيقة إلى 45 دقيقة، وكنا عند الانتهاء نطرح أسئلة على بعض الحالات التي سيتم عرضها لاحقا عن التاريخ الشخصي لهم وأهم الأحداث المؤلمة والصدمات التي مروا بها، وكيف تعاملوا مع هذه المواقف (أي ردة الفعل كيف كانت، في إطار الفعل والانفعال).

## 7-التقنيات الإحصائية المستخدمة في تحليل البيانات:

من أجل تحليل نتائج الدراسة الحالية اعتمدنا على:

- حساب التكرارات والنسب المئوية لكل من: السن، الجنس، المستوى الدراسي، الحالة المدنية، نوع المرض، نوع العلاج وكذا مستوى شدة النمط السلوكي (ج).
- برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (spss) النسخة 22، وذلك باللجوء إلى التقنيات الإحصائية التالية:

المتوسط الحسابي لقيم النمط السلوكي (ج)، جداول التوزيع الاعتدالي ، جداول مقاييس النزعة المركزية، جداول معاملات الارتباط (pearson, spearman)، جداول متوسطات الرتب، اختبار "mann-whitney"، اختبار "Kruskal Wallis"، اختبار "ت"، جداول اختبار التجانس من الفروق، اختبار "ANOVA"، الاختبار البعدي "Scheffé"، جداول الاختبارات الطبيعية. بالإضافة إلى لوحات الانتشار، رسم الاحتمال الطبيعي.

# الفصل السادس

## عرض ومناقشة الفرضيات

## الفصل السادس

### عرض ومناقشة الفرضيات

تمهيد

عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى

عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية

عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة

عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الرابعة

عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الخامسة

عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية السادسة

عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية السابعة

عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثامنة

عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية التاسعة

عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية العاشرة

عرض ومناقشة نتائج الفرضية العامة

تمهيد:

يهدف هذا الفصل إلى عرض ومناقشة النتائج كما أفرزتها المعالجة الإحصائية للبيانات المحصل عليها، بعد تطبيق الاستبيانات على العينة المدروسة، وهذا في إطار التحقق من صحة الفرضيات المصاغة في البحث.

## 1- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

من أجل اختبار الفرضية الجزئية الأولى التي تنص: " يتمتع مرضى سرطان الثدي و سرطان الرئة بارتفاع انتشار النمط السلوكي (ج)."

جدول رقم 21: التوزيع التكراري لانتشار النمط السلوكي (ج) عند مجموعة البحث.

النسبة المئوية	التكرار	مستوى انتشار النمط السلوكي (ج)
00%	00	غياب انتشار النمط السلوكي (ج)
61.66%	37	مستوى انتشار متوسط
38.33%	23	مستوى انتشار مرتفع
100%	60	المجموع

يبدو من خلال نتائج المتحصل عليها أن انتشار النمط السلوكي (ج) متوسطة عند مجموعة البحث بنسبة 61.66% ، بينما احتل انتشار النمط السلوكي المرتفعة المرتبة الثانية بنسبة 38.33% ، ونلاحظ انعدام حالات غياب النمط السلوكي (ج) عند مجموعة البحث. حيث اقل قيمة في التكرار قدرت بـ 55 وأعلى قيمة بـ 99 ، والمعدل الحسابي لمجموع القيم والتي تمثل المتوسط حسابي قدرت بـ 77، أما الدرجة التي يقع تحتها 50% من الحالات وهي قيمة الوسيط حسابي تمثلت بـ 78، والفئة الأكثر تكرارا في التوزيع المتمثلة في المنوال بمقدار 79، وقيمة التقلطح -0.766 والتي تعني وجود تفرطح في التوزيع.

جدول رقم 22: توزيع المتوسطات لقيم النمط السلوكي (ج).

التفطح	المنوال	الوسيط الحسابي	المتوسط الحسابي	أعلى قيمة	أقل قيمة
0.766-	79	78	77	99	55

كما استخدمنا إحصاء "Kolmogorov-Smirnov" مع مستوى معنوية "Lilliefors" لاختبار الشرط الطبيعي كما هو موضح في الجدول رقم حيث يظهر قيمة (0.2) وهي أكبر من (0.05) وبالتالي فإن التوزيع الطبيعي يتحقق، ويمكن حساب قيمة "Shapiro-Wilk" ذات قيمة (0.447) والتي تؤكد اعتدالية التوزيع. والشكلين التاليين يظهران ذلك.

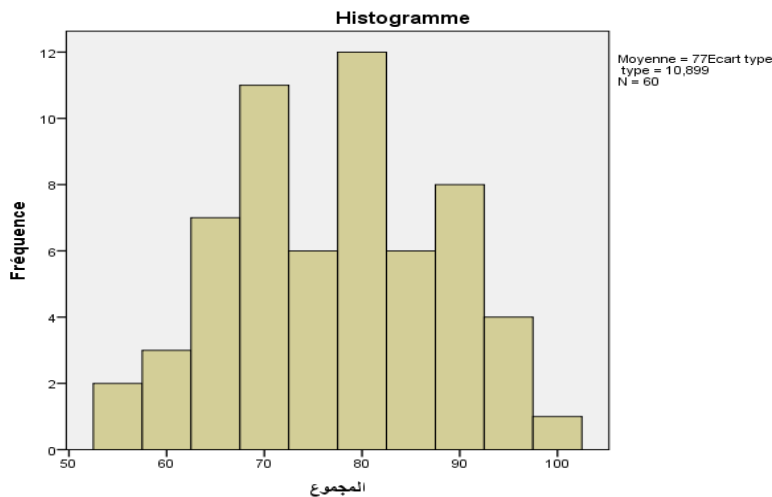
جدول رقم 23: اختبارات التوزيع الاعتدالي لقيم النمط السلوكي (ج).

Tests de normalité

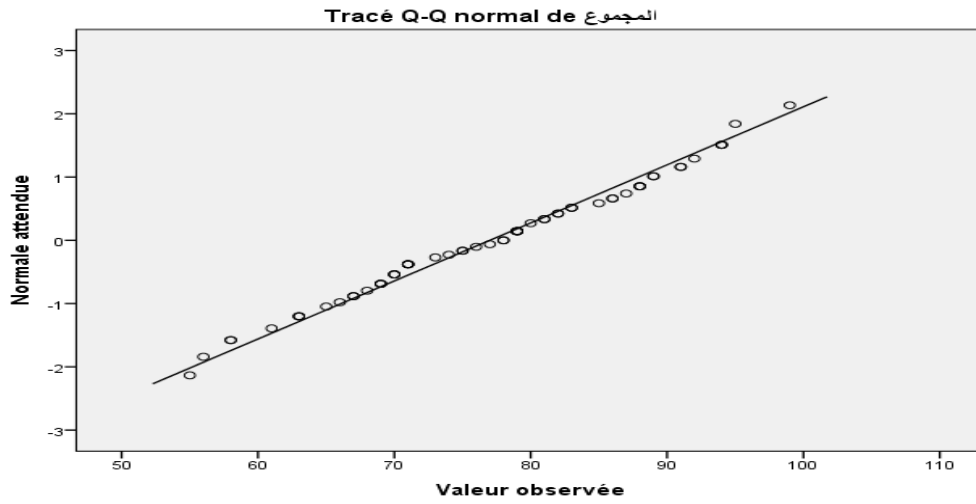
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistiques	ddl	Sig.	Statistiques	ddl	Sig.
المجموع	,092	60	,200*	,980	60	,447

\*. Il s'agit de la borne inférieure de la vraie signification.

a. Correction de signification de Lilliefors



شكل رقم 04: المدرج التكراري لقيم النمط السلوكي (ج).



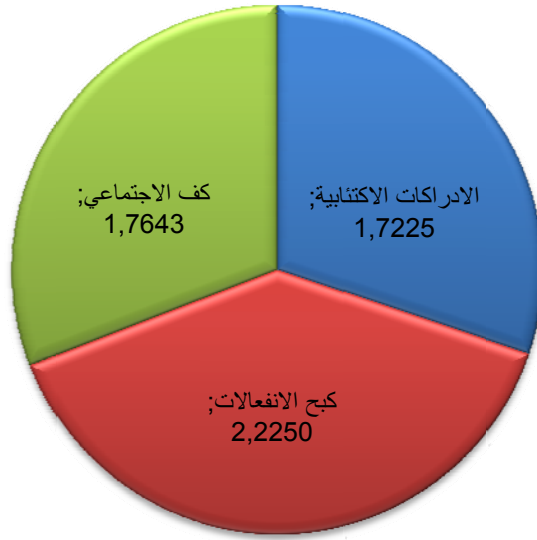
شكل رقم 05: رسم الاحتمال الطبيعي لقيم النمط السلوكي (ج).

فمن خلال الشكلين السابقين يظهر أن البيانات تتوزع بشكل اعتدالي وتتقارب القيم فيما بينها من المتوسط، أي أن أفراد مجموعة البحث يميلون إلى مستوى متوسط لشدة النمط السلوكي (ج) ، ولتحديد البعد الأكثر شيوعاً عند مجموعة البحث، قمنا بحساب مقاييس النزعة المركزية لكل بعد كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم 24: قيم النزعة المركزية لأبعاد النمط السلوكي ج

Statistiques

	N		Moyenne	Médiane	Mode	Kurtosis	Erreur standard de Kurtosis	Somme
	Valide	Manquant						
الادراكات الاكتئابية	60	0	1,7225	1,6765	1,35	-,212	,608	103,35
كبح الانفعالات	60	0	2,2250	2,3125	2,44	-,255	,608	133,50
كف الاجتماعي	60	0	1,7643	1,7143	1,29	-,676	,608	105,86



شكل رقم 06: الرسم البياني لمتوسطات أبعاد النمط السلوكي ج"

يبدو من خلال الجدول السابق والرسم البياني أن بعد "كبح الانفعالات" بأكبر قيمة للمتوسط الحسابي "Moyenne" (2.22) ومنوال "Mode" (2.44) هو الأكثر شيوعاً عند مجموعة البحث، بينما نلاحظ أن بعد "الادراكات الاكثائية" و"الكف الاجتماعي" تقاربت قيمة المتوسط الحسابي بينهما كما هو موضح في الجدول السابق.

- فمن خلال تفحص إجابات مجموعة البحث في استبيان النمط السلوكي "ج"، نجد في بعد "كبح الانفعالات" لديه أكبر عدد من المجاميع المرتفعة للبند، حيث قدر أكبر مجموع بـ (409) كان للبند رقم (23) (أحرص على عدم إيذاء مشاعر الآخرين) بمتوسط حسابي (2.86)، فمعظم الأفراد أبدوا حرصهم على عدم إيذاء مشاعر الأشخاص حتى لو كان هذا الشخص قد أساء لهم. يليه مجموع البند رقم (26) (أظاهر باللطف حتى مع الأشخاص السيئين) المقدر بـ (388) بمتوسط حسابي (2.17)

فإخفاء المشاعر تجاه الآخرين وإظهار اللطف حتى أمام الأشخاص الذين لا يحبونهم سمة تميز بها معظم أفراد مجموعة البحث.

بعد ذلك مجموع (377) للبند رقم (20) (أشعر بالذنب إذا تشاجرت مع الآخرين) بمتوسط حسابي (2.64) فبعض الأفراد من قال أنه لم يتشاجر طوال حياته مع أي أحد. ثم مجموع (373) للبند رقم (24) (أعتبر رغبات الآخرين أولى من رغباتي) بمتوسط حسابي (2.61) فهذه السمة تميز بها الأفراد أيضا فمنهم من قال أنه لا يستطيع أن يرفض عمل طلب منه حتى لو كان على حساب راحته.

بعده لدينا مجموع (368) للبند رقم (33) (أرى أن إظهار الفرد لتوتره أمر غير لائق) بمتوسط حسابي (2.57) فمعظم الأفراد لا يفضلون إظهار التوتر والقلق حتى لو كان الموقف يتطلب ذلك، ثم مجموع (365) للبند رقم (30) (أميل إلى الهدوء) بمتوسط حسابي (2.55) ولكن عند بعضهم هذا الهدوء يكون ظاهري فقط فمشاعر القلق يحسون بها داخليا ولكن لا يستطيعون التعبير عنها.

يليه مجموع (329) للبند رقم (01) (أجد صعوبة في التعبير عن غضبي) بمتوسط حسابي (2.30) فهذه الصعوبة تختلف من فرد لآخر فمنهم من يعبر عن غضبه بالبكاء (خاصة عند النساء) ولا يستطيع الكلام والشعور باختناق، ومنهم من يعبر عن غضبه بالسب والشتم ويكسر أي شيء يجد أمامه، فهذين النوعين من التعبير عن الغضب حسب رأينا يعبران عن صعوبة في التعامل مع هكذا مواقف.

ثم لدينا مجموع (327) للبند رقم (31) (أفضل أن لا أفصح عن مشاعري) بمتوسط حسابي (2.29) فسمت كبت المشاعر غالبية على أفراد مجموعة البحث فهم يلاقون صعوبة في التعبير عن ما يشعرون به من وجدانات وأحاسيس، وما يؤكد ذلك البند رقم (28) (من الصعب التعرف على إرادتي بسهولة) بمجموع (312) ومتوسط حسابي (2.18) حيث بلغت قيمة العلاقة الارتباطية بينهما (0.726) وهي

قيمة موجبة قوية ذات دلالة قوية عند مستوى دلالة (0.01)، أي كلما زاد كبت المشاعر زاد معه صعوبة التعرف عن الإرادة، ولقد ارتبط البند رقم (31) أيضا بالبند رقم (19) (أتظاهر بالسعادة حتى عندما أكون تعيس) بمجموع (307) ومتوسط حسابي (2.15)، حيث بلغت قيمة العلاقة الارتباطية بينهما (0.269) وهي علاقة منخفضة موجبة ولكن ذات دلالة قوية عند مستوى دلالة (0.01)، يعني التظاهر بالسعادة مرتبط بعدم الإفصاح عن المشاعر.

بعدها نجد البند رقم (29) (أتجنب التكلم مع شخص غاضب) بمجموع (300) ومتوسط حسابي (2.10)، فالتردد وعدم القدرة على مواجهة شخص غاضب بدت على معظم أفراد البحث. بينما تراوح مجموع باقي الأسئلة الخاصة ببعد كبح الانفعالات وهي البنود رقم (21، 25، 22، 27، 32) (أقوم بالأعمال التي لا أحبها، أتعامل مع المواقف الصعبة بالهروب أو تناول المهدئات، أتجنب اتخاذ القرارات الصعبة، أتجنب تحدي أشخاص ذوي سلطة، أعتقد أن التحدث عن المشاعر دليل ضعف) تراوح مجموعها على التوالي (263، 236، 262، 272، 281) وبمتوسط حسابي (1.84، 1.65، 1.83، 1.90، 1.97) حيث نال البند رقم (32) أكبر مجموع بينها، بينما نجد البند رقم (21) كان أصغر مجموع فلم نصادف خلال إجراء الدراسة الميدانية مع أشخاص يتناولون المهدئات ما عدى حالة واحدة لامرأة لديها سرطان الثدي تعاني من مشاكل نفسية وعصبية وتتناول أدوية نفسية، أما الإجابات التي كانت ب "نعم" فكان الهروب من الموقف كالبقاء على انفراد أو في غرفة مغلقة أو الخروج خارج المنزل. (أنظر الملحق رقم 10 للمجموع والمتوسط الحسابي) (أنظر الملحق رقم 10 للعلاقة الارتباطية)

- أما بالنسبة لبعد "الادراكات الاكتئابية" فأكبر قيمة كانت للبند رقم (17) (أتساهل مع الآخرين حتى لا أدخل في صراع معهم) بمجموع (409) ومتوسط حسابي (2.86)، فلقد لاحظنا عند طرحنا لهذا السؤال أن الإجابة كانت ب "نعم" وبشدة مرتفعة فملاح الأفراد وردة فعلهم توجي بذلك، فمعظمهم كانوا

يتساهلون ولا يطالبون بحقوقهم مثلا كمنع بعض النساء عن العمل أو التعرض لمواقف صعبة وبظلمون فيها وتهدر حقوقهم ولا يدافعون عن أنفسهم وما يؤكد ذلك البند رقم (20) (أشعر بالذنب إذا تشاجرت مع الآخرين) الخاص ببعد "كبح الانفعالات" فكما ذكرنا سابقا أن بعض الأفراد لم يتشاجروا مع أحد طوال حياتهم، ولقد بلغت القيمة الارتباطية لهذين البعدين (0.360) وهي قيمة متوسطة موجبة ذات دلالة قوية عند مستوى دلالة (0.01) (أنظر الجدول رقم 25)، أي كلما زاد التساهل مع الآخرين زاد معه عدم التشاجر معهم.

#### جدول رقم 25: العلاقة الارتباطية للبند (17) والبند (20).

##### Corrélations

	س20			س17		
	Corrélacion de Pearson	Sig. (bilatérale)	N	Corrélacion de Pearson	Sig. (bilatérale)	N
س20	1		143	,360**	,000	143
س17	,360**	,000	143	1		143

\*\* . La corrélacion est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

ثم يليه البند رقم (04) ( عندما أفضل ألوم نفسي لفترات طويلة) بمجموع (288) ومتوسط حسابي (2.01) لقد ارتبط هذا البند ب البند رقم (10) (أرى العوائق تهديدات أكثر منها تحديات) وبلغت قيمة العلاقة الارتباطية بينهما (0.381) وهي قيمة متوسطة موجبة ذات دلالة قوية عند مستوى دلالة (0.01)، أي كلما رأى الفرد العوائق تهديدات كلما زاد معه لوم النفس لفترات طويلة.

بعدها البند رقم (12) ( أعتقد أن مواهبي قليلة) بمجموع (286) ومتوسط حسابي (2) وقمنا بحساب الفرق بين الجنسين في هذا البند ولم تظهر النتائج وجود فروق بين الذكور والإناث فيه (انظر الجدولين رقم 28، 29)، كما لاحظنا وجود علاقة ارتباطية فوق المتوسط قدرت ب (0.596) ذات

دلالة قوية عند مستوى دلالة (0.01) مع البند رقم (13) (أرى أنني غير قادر على تحقيق أهداف كبيرة لذلك لا أسعى إليها)، أي كلما قلّة المواهب قلّ معها عدم القدرة على تحقيق أهداف كبيرة .

### جدول رقم 26: متوسطات الرتب للجنسين حسب البند 12

Rangs

	الجنس	N	Rang moyen	Somme des rangs
س12	ذكر	26	81,23	2112,00
	أنثى	117	69,95	8184,00
	Total	143		

### جدول رقم 27: اختبار الفروق Mann-Whitney للجنسين حسب البند 12

Tests statistiques<sup>a</sup>

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asymptotique (bilatérale)
س12	1281,000	8184,000	-1,381	,167

a. Variable de regroupement : الجنس

الجدول السابق يظهر قيمة دلالة (0.167) وهي أكبر من (0.05) وبالتالي لا يوجد فروق بين المجموعتين (الذكور والإناث) في البند (12).

ثم يليه البندين (08) (أفضل عدم القيام بالمهام الصعبة خشية الفشل) و(18) (طموحي قليل لأنني غير قادر على انجاز الكثير) بمجموع (281) ومتوسط حسابي (1.97) وكانت هناك علاقة ارتباطية متوسطة موجبة بينهما قدرت بـ (0.362) ذات دلالة قوية عند مستوى دلالة (0.01)، أي كلما قل

الطموح قل معه عدم القيام بالمهام الصعبة، كما لاحظنا أن البند (18) له علاقة ارتباطية متوسطة مع البند (15) (تتقضي الثقة الكافية بالنفس لمواجهة الآخرين) بقيمة ارتباطية (0.494) ذات دلالة قوية عند مستوى دلالة (0.01) ، أي كلما قل الطموح قل معه الثقة بالنفس، ويقصد بالثقة بالنفس حسن اعتداد المرء بنفسه واعتباره لذاته وقدراته حسب الظرف الذي هو فيه دون إفراط أو تفريط ( السليمانى، 2005 ). كما يقصد بها قدرة الفرد على تبني وضعا معيناً بطريقة صحيحة، وعلى تخلصه من أي نقص في المهارات اللازمة ليكمل مهامه (Sunderland, 2004). وتتوفر الثقة بالنفس إذا شعر الفرد بالأمن والاطمئنان، لكن إذا شعر أن أمنه مهدد وأن الاطمئنان قد فارق قلبه، فإن عدم الثقة بالنفس هو النتيجة الطبيعية لذلك. وفي حالة وقوع الفرد فريسة لمرض من الأمراض، وخاصة الخطيرة كالسرطان، فمن المحتمل جدا أن يتولد لديه عدم الشعور بالثقة لأن أمنه مهدد. وعلى الرغم من أن مقومات الثقة بالنفس كثيرة إذ أن منها ما يتعلق بالجانب العقلي، وما يتعلق بالجانب الوجداني، وما يتعلق بالجانب الروحي، وما يتعلق بالجانب البدني، وما يتعلق بالجانب الاجتماعي وما يتعلق بالجانب الاقتصادي أيضا. لكن الباحثين وربما لأغراض بحثية، ركزوا على مقومات جانب دون مقومات الجوانب الأخرى . وعلى سبيل المثال، فإن (Persaud, 2006) يعتبر العوامل الوجدانية وخاصة الاستعداد العاطفي من أهم العوامل المؤثرة في الثقة بالنفس، ومن أعظمها على الإطلاق. أما (Ellis, 2003) فهو يرى أن تعديل المعتقدات اللاعقلانية ودحض الأفكار السلبية المتعلقة بالذات وبالأخرين السبيل القويم إلى تنمية الثقة بالنفس. لكن (Ellen, 2006) يرى أن تنمية الثقة بالنفس يتم عن طريق تنمية الفاعلية الذاتية. ويرى (أسعد، 1980) أن العمل على تحقيق الاتزان الانفعالي يؤدي إلى تنمية الثقة بالنفس. وللبنود (18) أيضا ارتباط متوسط بقيمة (0.480) ذات دلالة قوية عند مستوى دلالة (0.01) مع البند رقم (16) ( أرى النجاح صعب جدا عليا)، أي كلما قل الطموح قل معه النجاح. ولقد ارتبط البندين (15) و(16) بينهما بقيمة ارتباطية

(0.590) وهي قيمة فوق المتوسط موجبة ذات دلالة قوية عند مستوى دلالة (0.01)، أي كلما نقصت الثقة بالنفس نقص معه النجاح.

بعده نجد البند رقم (13) بمجموع (269) ومتوسط حسابي (1.38) الذي ارتبط كما ذكرنا سابقا مع البند (12)، وارتبط أيضا بقيمة (0.447) مع البند (05) ( أفترض أن مخططاتي ستلغى أو ستتحول بشكل سيئ) والعلاقة ذات دلالة قوية عند مستوى دلالة (0.01) ، بمعنى كلما افترض الشخص أن مخططاته ستفشل زاد معه عدم القدرة على تحقيق الأهداف.

يليه البند (09) (أشعر بالوحدة عندما أكون مريضا) بمجموع (258) ومتوسط حسابي (1.80)، حيث بلغ أعلى ارتباط له مع البند (02) (أشعر بالاكئاب صباحا) بقيمة (0.466) ذات دلالة قوية عند مستوى دلالة (0.01).

ثم البنود (15، 10، 16، 14، 02، 03، 05، 06، 11) بمجموع (255، 250، 234، 231، 226، 222، 213، 202، 197) ومتوسط حسابي (1.78، 1.75، 1.64، 1.62، 1.58، 1.55، 1.49، 1.41، 1.38) على التوالي. ولقد لاحظنا أن البندين (02) (أشعر بالاكئاب صباحا) ارتبط بالبند (03) (أعتقد أنه لا فائدة من النهوض عن السرير صباحا) بقيمة (0.599) والعلاقة فوق المتوسط موجبة ذات دلالة قوية عند مستوى دلالة (0.01)، ولكن وجدنا أيضا أن هذين البندين قيمة مجموعهما منخفضة، فمعظم أفراد مجموعة البحث خاصة النساء منهم يفضلن النهوض مبكرا والقيام بواجباتهم المنزلية.

أما بالنسبة للبند (10) (أرى العوائق تهديدات أكثر منها تحديات) فالإجابة هنا اختلفت من شخص لآخر ولكن على العموم وصف البعض منهم باعتبار مرض السرطان هو العائق بالرحمة أو النعمة أو الإيمان بالقضاء والقدر، والأقلية منهم من قال أنه يخاف من المرض كثيرا ويخشى الموت.

وبخصوص البند (11) (أشعر بانعدام الأمل) وهو البند الذي له أقل مجموع في بعد "الادراكات الاكتئابية" فمعظم الإجابات كانت "الأمل في الله"، فالتوكل على الله هو الدعم الإلهي، ويعني تفويض الأمور إلى الله عز وجل والرضا بما يختار لعبده معتقداً أن ما يختاره له هو الخير وإن بدا شراً. في الإسلام، يعتبر التوكل على الله سبحانه وتعالى مؤشراً للإيمان . وحتى يكون كذلك، لا بد أن يتضح من خلال قول الفرد وعمله وما استقر في قلبه من اليقين. والتوكل على الله سبحانه وتعالى اعتقاد جازم أن ما شاء الله كان، وما لم يشأ لم يكن. فالفرد الذي يوكل أمره إلى الله ويرضى بمشيئته عز وجل، لا يخاف المرض، ولا ما يحمله له في باقي أيام العمر. قال تعالى، {ومن يتوكل على الله فهو حسبه} (أي كافيه ما أهمه وأحزنه، ومن كان الله كافيه، فلن يضره شيء). ففي الظروف العصيبة، تنصب على المصابين الكثير من التساؤلات عن كيفية مواجهة الظروف الجديدة التي ستؤثر بشكل كبير على جوانب حياتهم المختلفة، وتملاً أذهانهم الكثير من الانشغالات عما سيؤول إليه مصيرهم، وتضييق الدنيا بهم، وتزيغ أبصارهم وتبلغ قلوبهم الحناجر. ولعل أكثر ما يجعل المصابين يتحملون هذه الظروف هو إيمانهم بالله عز وجل، وبقضائه وقدره. ولقد ثبت في الدراسات العلمية لكل من (Hill and Pargament, 2008; Krause, 1991; Miller, 1999; Miller, and Thoresen, 2003) أن المتدينين (بأي دين) هم أقل عرضة من غيرهم لكثير من الاضطرابات النفسية التي تكون كرد فعل للأحداث الحياتية، ذلك أن الإيمان في قلوبهم يملؤها طمأنينة وسكينة تحميهم وتعمل على وقايتهم. (أنظر الملحق رقم 10 للمجموع والمتوسط الحسابي) (أنظر الملحق رقم 10 للعلاقة الارتباطية).

- وفيما يخص بعد "الكف الاجتماعي" فأعلى مجموع كان للبند (38) (عندما أمرض لا أذهب للطبيب على أمل سأشفى) قدر بـ (306) ومتوسط حسابي (2.14)، فعند حساب الفرق في هذا البعد حسب المستوى الدراسي وجدنا فروق واضحة بين كل المستويات، فأعلى متوسط الرتب كان للمستوى

الابتدائي(98.80) يليه المستوى الثانوي ثم مستوى المتوسط بعده مستوى الدراسات العليا بعدها مستوى الذين لم يدرسوا وأخيرا بأقل قيمة لمتوسط الرتب المستوى الجامعي (26) (أنظر الجدولين رقم 28، 29).

جدول رقم 28: متوسطات الرتب بين مستويات الدراسة حسب البند 38

Rangs

	المستوى الدراسي	N	Rang moyen :
س38	لم يدرس	22	51,64
	ابتدائي	15	98,80
	متوسط	48	67,88
	ثانوي	43	82,74
	جامعي	2	26,00
	دراسات عليا	13	62,31
	Total	143	

جدول رقم 29: اختبار Kruskal Wallis لمستويات الدراسة حسب البند 38

Tests statistiques<sup>a,b</sup>

	Khi-deux	ddl	Sig. asymptotique
س38	21,880	5	,001

a. Test de Kruskal Wallis

b. Variable de regroupement : المستوى الدراسي

يبدو من خلال الجدول السابق أن قيمة الدلالة (0.01) وهي أصغر من (0.05) وذلك يدل على وجود فروق بين مجموعات المستوى الدراسي في البند (38).

فكلما كانت رتبة المتوسط مرتفعة كلما زاد معه عدم الذهاب إلى الطبيب للكشف، فحسب ملاحظتنا خلال إجراء الدراسة الميدانية تصادفنا مع طبيبة عامة وطبيب عام، فالطبيبة كانت على علم بإصابتها بسرطان الثدي ولم تقم بأي فحوص أو علاج إلا بعد 09 أشهر، فحسب ما قالتها لنا أن زوج أختها كان مريضا جدا ففضلت الاهتمام به حتى توفى ثم انشغلت بدراسة أولادها وعندما أحست أن المرض انتشر في كلتا ثدييها بدأت العلاج والآن المرض انتقل إلى جميع جسمها، ونلاحظ هنا أن هذه الطبيبة استعملت ميكالينيزم الإنكار ولم ترد الاعتراف بالمرض إلا بعد أن فات الأوان، أما الطبيب فقد صرح أنه لم يتخيل في يوم من الأيام أنه سيصاب بمرض سرطان الرئة لأنه كان رياضي ولا يدخن، وبعد الحوار الذي أجريناه مع زوجته أكدت لنا أنه يخاف كثيرا من المرض وكان إذا أصابه أي مرض حتى ولو كان بسيط هو أو احد أفراد عائلته يصاب بالهلع، وأنه لم يتقبل أبدا مرضه ورفض العلاج إلا بعد الإصرار عليه. وهنا في هذه الحالة أيضا يبدو واضحا ميكالينيزم الإنكار، فالإنكار آلية من آليات الدفاع يستخدمها الأنا لحماية نفسه ضد الأفكار والمشاعر والمدركات والمعلومات المؤلمة، هو يستخدم من طرف الأسوياء وغير الأسوياء على السواء. وهو واسع الانتشار بين من يعانون أشكال السرطان المختلفة، إذ يساعدهم في التعامل مع مراحل المرض والعلاج. كما يمكنهم من الحصول على الوقت الكافي لمعالجة المعلومات المزعجة التي يحصلون عليها بالمقادير التي يقدرّون على هضمها، فهو استجابة طبيعية عادة ما تأتي بعد الصدمة لما يحدث من حوادث للفرد وخاصة الأمراض. في الحالات الطبيعية، يمارس الفرد المصاب بالمرض الإنكار لأنه يعمل على مساعدته في الشعور بالراحة، لكن في حالات أخرى قد تتم ممارسة الإنكار بصورة مبالغ فيها، ذلك أن الفرد ينكر الإصابة بالمرض إنكارا تاما مقنعا نفسه أن المرض غير موجود بالمرّة، أو أن مرضه ليس السرطان، ولكنه شيء آخر. وإذا حدث أن كان الإنكار متطرفا، فقد

يعطل عملية العلاج، ويعمل بالتالي على جعل حالة الفرد تسوء (محمد مقداد وآخرون، 2014). وعند حساب الفروق بين الجنسين في هذا البند وجدنا فروق دالة إحصائياً بينهما والفروق لصالح الإناث (أنظر الجدولين رقم 30، 31)، فالإناث لا يفضلن الذهاب للطبيب عند المرض أكثر من الرجال.

### جدول رقم 30: متوسطات الرتب بين الجنس حسب البند 38

Rangs				
	الجنس	N	Rang moyen	Somme des rangs
س38	ذكر	26	50,85	1322,00
	أنثى	117	76,70	8974,00
	Total	143		

### Tests statistiques<sup>a</sup>

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asymptotique (bilatérale)
س38	971,000	1322,000	-3,161	,002

Variable de regroupement : الجنس.

### جدول رقم 31: اختبار Mann-Whitney للجنس حسب البند 38

يبدو من خلال الجدول السابق أن قيمة الدلالة (0.02) وهي أصغر من (0.05) وذلك يدل على وجود فروق بين مجموعتي الجنس في البند (38).

بعده يليه البند (34) ( أفضل أن يكون لي عدد قليل من الأصدقاء) بمجموع (293) ومتوسط حسابي (2.05) ولقد ارتبط بقيمة ارتباطية متوسطة وموجبة قدرت بـ (0.485) ذات دلالة قوية عند مستوى دلالة (0.01) بالبند (40) (أتجنب الكلام مع الغرباء).

ثم البند (39) (كثيرا ما أفضل البقاء بمفردي) بمجموع (262) ومتوسط حسابي (1.83) ولقد ارتبط بالبندين (34) بقيمة ارتباطية (0.319) والبند (37) (أشعر بالغيرة والعزلة عن الآخرين) بقيمة ارتباطية (0.312) وهما قيمتان ذات دلالة قوية عند مستوى دلالة (0.01)، وعند مقارنة البنود (34، 39، 37) عند الجنسين لملاحظة الفروق بينهما وجدنا فروق دالة إحصائيا بين الجنسين في البندين (39) و(37) لصالح الذكور (أنظر الجدولين رقم 32، 33).

جدول رقم 32: متوسطات الرتب بين الجنس حسب البنود 34، 39، 37.

#### Rangs

	الجنس	N	Rang moyen	Somme des rangs
34س	ذكر	26	81,25	2112,50
	أنثى	117	69,94	8183,50
	Total	143		
39س	ذكر	26	97,31	2530,00
	أنثى	117	66,38	7766,00
	Total	143		
37س	ذكر	26	86,21	2241,50
	أنثى	117	68,84	8054,50
	Total	143		

جدول رقم 33: اختبار Mann-Whitney للجنس حسب البنود 34، 39، 37

Tests statistiques<sup>a</sup>

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asymptotique (bilatérale)
س34	1280,500	8183,500	-1,455	,146
س39	863,000	7766,000	-3,719	,000
س37	1151,500	8054,500	-2,530	,011

a. Variable de regroupement : الجنس

يبدو من خلال الجدول السابق أن قيمة الدلالة (0.00) للبند (39) و (0.011) للبند (37) وهي أصغر من (0.05) وذلك يدل على وجود فروق بين مجموعتي الجنس في هذين البندين، بينما قيمة دلالة البند (34) وهي (0.146) وهي أكبر من (0.05) تدل على عدم وجود فروق بين المجموعتين.

فالرجال المرضى يفضلون البقاء في عزلة خصوصاً بعد المرض، فالرجال في دراستنا كلهم مصابون بسرطان الرئة فالربط بين هذا المرض والتدخين يجعلهم يشعرون بالذنب والعزلة والوحدة، عكس الإناث اللواتي لا يحبذن الوحدة ولا يشعرن بالعزلة عن الآخرين، وهذا ما لاحظناه فنجد النساء في قاعة العلاج الكيميائي يتحدثن مع بعضهن ويضحكن وتحكي كل امرأة عن ظروف حياتها مع زوجها وأولادها وهذا ما هو معروف عن المرأة أنها اجتماعية ولا تحب الوحدة، عكس الرجال فلاحظنا في الأيام التي يكون فيها الرجال في قاعة العلاج الكيميائي نوع من الهدوء وقليل ما نجد رجلين يتحدثان مع بعضهما. أما بالنسبة للبند (34) فلم تكن هناك فروق بين الجنسين.

بعد ذلك نجد البند (36) (أفضل عدم الاختلاط بالناس كثيراً) بمجموع (260) ومتوسط حسابي (1.82) والذي له قيمة ارتباطية مرتفعة موجبة بالبند (35) (أتجنب الذهاب للمناسبات العائلية) بقيمة ارتباطية (0.601) ذات دلالة قوية عند مستوى دلالة (0.01)، حيث وجدنا عند مقارنة هذا البند مع الحالة

المدنية لمجموعة البحث وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعات لصالح مجموعة الأعزب، بمعنى أن هذه المجموعة تتجنب الذهاب للمناسبات العائلية أكثر من مجموعة المتزوجون والأرمل (أنظر الجدولين رقم 34، 35).

**جدول رقم 34: متوسطات الرتب بين الحالة المدنية حسب البند 35**

Rangs			
	الحالة المدنية	N	Rang moyen
س35	عزباء	24	84,31
	متزوج	113	70,95
	أرمل	6	42,50
	Total	143	

**جدول رقم 35: اختبار Kruskal Wallis للحالة المدنية حسب البند 35**

Tests statistiques <sup>a,b</sup>			
	Khi-deux	ddl	Sig. asymptotique
س35	6,725	2	,035

a. Test de Kruskal Wallis

b. Variable de regroupement : الحالة المدنية

يبدو من خلال الجدول السابق أن قيمة الدلالة (0.035) وهي أصغر من (0.05) وذلك يدل على وجود فروق بين مجموعات الحالة المدنية في البند (35).

ثم البند (39) بمجموع (262) بمتوسط حسابي (1.83). يليه البند (40) بمجموع (247) ومتوسط حسابي (1.73). وأخيرا البند (35) بأصغر مجموع (236) ومتوسط حسابي (1.65) فرغم المرض فالأفراد هنا لم يقطعوا صلتهم بالناس وخصوصا بأقاربهم ومنهم من صرح أن المرض زاد من الصلة بين

أفراد العائلة أي بين المريض وأولاده وزوجته أو زوجها وحتى مع الجيران حيث ذكر لنا أحد المرضى بسرطان الرئة أن مرضه قرب بينه وبين إخوته أكثر وأنهم يزورونه كل يوم للاطمئنان عليه وتفقد أحواله، فالدعم النفسي يشكل أحد أهم أسباب الشفاء بعد التوكل على الله . فالدعم الذي يتلقاه المريض من أسرته وأصدقائه يساعده كثيرا في تقبل المرض والتعايش مع الوضع الجديد الذي يسببه، وكذلك في تجاوز جميع المشاعر السلبية التي تسيطر عليه في جميع مراحل المرض والعلاج، فالأشخاص الذين يعانون من أمراض مستعصية يصابون بحالة نفسية صعبة تحتاج إلى طريقة تعامل معينة وخصوصا من كان مصابا بمرض السرطان إذ تتحمل الأسرة العبء الأكبر من تبعات هذا المرض لشدة حساسية المريض إزاء مرضه، فعندما يعلم مريض السرطان بمرضه وتظهر ردود فعل أهله المختلفة، يجد نفسه في أمس الحاجة إلى الدعم النفسي والتوكل على الله سبحانه وتعالى . (أنظر الملحق رقم 10 للمجموع والمتوسط الحسابي) (أنظر الملحق رقم 10 للعلاقة الارتباطية).

فمن خلال ما تم عرضه سابقا يظهر أن البند (23) (أحرص على عدم إيذاء مشاعر الآخرين) بعد "كبح الانفعالات" والبند (17) (أتساهل مع الآخرين حتى لا أدخل في صراع معهم) بعد "الادراكات الاكثائية" ، احتلا أكبر نسبة أو مجموع بين البنود الأخرى، فقمع الانفعالات وكبحها والتساهل مع الناس لتجنب الدخول في صراعات معهم حرصا على عدم إيذاء كشاعرهم هما أكثر صفتين تم التعبير عنهما عند مجموعة البحث. ففي دراسة أجراها (Kissen, 1963) على عينة قوامها (335) مريضا (161 مرضى سرطان الرئة، 174 من المرضى المصابين بأمراض أقل خطورة من السرطان)، حيث تم تطبيق "استخبار مودسيلي للشخصية" و"قائمة اضطرابات سلوك الأطفال"، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن معاناة مرضى السرطان من قمع الغضب وانخفاض التعبير الانفعالي والبرود العاطفي (بدر الدين الأنصاري، الشخصية المستهدفة للإصابة بالسرطان <http://www.acofps.com/vb/showthread.php?t=22184>).

فالنظرية المعرفية ترى أن الاكتئاب ينتج عن ميل الفرد للنظر إلى نفسه والمستقبل والعالم بنظرة تشاؤمية غير معقولة، وهذه النظرة المشوهة للنفس والمستقبل والعالم يطلق عليها الثالث السلبي، فالنظرية المعرفية في تفسير الاكتئاب تستند إلى أن أفكار الأفراد تؤثر في مشاعرهم وسلوكهم بالسلب أو الإيجاب، وأن هناك تفاعل دائم الحدوث بين المعرفة والانفعال والسلوك، ونتيجة لهذا التفاعل فإن المعارف الخاطئة والتصورات الخاطئة من شأنها أن تسبب انفعالات سلبية وسلوكيات معوجة أو مضطربة، هذه المعارف الخاطئة تؤدي إلى التشويه المعرفي الذي يعد في نظر المعرفيين هو المسؤول الأول عن حدوث الاكتئاب (صمويل تامر بشرى ، 2007). ولقد ظهر الاكتئاب جليا عند بعض الأفراد من مجموعة البحث والتمثل في مشاعر الذنب واللوم وخصوصا اللوم الموجه للذات، إذ يعتبر هذا الأخير من أعراض الاكتئاب، فمن بين مجموعة البحث حالة لمريض بسرطان الرئة يلوم نفسه جدا لاعتقاده أنه هو سبب مرضه، فحسب ما قال لنا أنه عند أداءه "العمرة" لم يتوقف عن التدخين وبقي يدخل في بيت الله الحرام، وأن إصابته بالمرض ما هو إلا عقاب من الله عز وجل على فعلته هذه. أما شخص آخر مصاب أيضا بسرطان الرئة، لاحظنا من خلال حديثه معنا أنه يلوم نفسه وبصفة كبيرة جدا، فكما روى أنه كان لديه حصى في المرارة وبقي بها مدة عشرين سنة دون علاج لأنه لم يكن يحس بالألم، وعندما أجرى العملية الجراحية لإزالة الحصى وجد الأطباء أن السرطان قد تمكن من المرارة والكبد فاضطروا إلى نزع جزء كبير من الكبد، والآن المرض منتشر في كافة جسده منها الرئة، فهذا الشخص يلوم نفسه لأنه لم يقم بالعلاج منذ أن علم بوجود الحصى. أما بالنسبة للنساء فقط لاحظنا وجود لوم للذات وتأنيب للضمير عند المرأة التي رفضت أن ترضع رضاعة طبيعية ظنا منها أن هذا هو سبب إصابتها بسرطان الثدي، ومنهن من تلوم نفسها لأنها لم تستطع مواجهة الشخص الذي ظلمها والدفاع عن نفسها، وأخرى تلقي اللوم على زوجها بأنه هو سبب مرضها ولأنه يسيء معاملتها ولا تشعر بأنه يساندها نفسيا. فالشعور بالإثم وتأنيب الضمير من الأعراض الرئيسية لحالات الاكتئاب الشديدة، فالمريض يحس بأنه قد ارتكب إثما لا يغتفر

وهو بذلك في حالة دائمة من عدم الارتياح نتيجة لهذا الشعور، فيبحث عن أي مسألة في حياته سواء كانت في الحاضر أو الماضي.

وكما لاحظنا أيضا مما سبق أن معظم القيم الكبرى للمجموع كانت لبعده "كبح الانفعالات"، فقد أعرب معظم المرضى بأن سبب إصابتهم بالمرض راجع إلى "الفتنة" حسب تعبيرهم وذلك لعدم قدرتهم على التعبير والدفاع عن أنفسهم في المواقف المؤلمة أو عدم القدرة على مواجهتها سواء كانت صدمات نفسية حادة كموت أحد الوالدين أو الزوج أو أحد الأولاد... وكثيرا ما يفشل الفرد من القيام بعمل الحداد تجاه الشخص الذي فقده، ففي مثال عن حالة مصابة بسرطان الثدي تبلغ من العمر (39 سنة) عزباء، توفيت والدتها عام (2014) شعرت بصدمة نفسية كبيرة ولم تستطع البكاء، تحملت هي مسؤولية إخوتها خصوصا بعد زواج والدها، تقول أنها عندما ترى أو تسمع بجنائزته تهرب، فهنا يظهر جليا أن هذه الفتاة ما زالت تعيش صدمة فقدانها لوالدتها ولم تقم بعمل الحداد، حيث مرت بمرحلة الصعق أولا، إذ تبدأ هذه المرحلة بمجرد سماع فقدان شخص عزيز، وهي انطباع يشعر فيه الفرد بحالة من الاضطراب تكون مصحوبة بكف ونكوص سريعين، وينصب نظام دفاعي يعمل على كف وظيفتي الاستقبال والإرسال، وهو ما قد يشير إلى رفض الواقع، وهي فترة لا بد من تجاوزها حتى يستمر عمل الحداد حيث يعرفه معجم مصطلحات التحليل النفسي على أنه: "عملية نفسية داخلية تلي فقدان موضوع التعلق العاطفي، وينجح الشخص تدريجيا من خلالها في الانفصال عن ذلك الموضوع." (عبد الرحمن سي موسي ورضوان زقار، بدون سنة نشر). فهذه الفتاة لم تتجح في الانفصال عن موضوع التعلق العاطفي (الأم)، ورغم الضغوط النفسية التي تعيشها إلا أنها بدت مبتسمة طوال فترة تطبيق الاستبيانات عليها، تصف نفسها بأن لديها نظرة وتفكير إيجابي، تحب كتابة الشعر وأنها اجتماعية، هذا كله يظهر لنا أنها تكبح بشدة انفعالاتها ولا تعبر عنها بالشكل السوي، باستعمالها للميكانيزم الدفاعي "التكوين العكسي" الذي يدل على إخفاء الرغبات، الإنكار، النوايا، الضعف بتبني سلوكيات معاكسة، حيث يظهر الفرد متحكم في الأمور ومتباهي

بينما هو ضعيف وله نقص في تقدير الذات. وهناك أمثلة أخرى لأشخاص آخرين مثل: مريض بسرطان الرئة توفيت ابنته ووالده ولم يستطع حضور جنازتهما لظروف في العمل منعه من ذلك (العشرية السوداء)، وهو يعتقد بأن هذا الحزن الذي يشعر به والأحداث المؤلمة التي مر بها في تلك المرحلة هو سبب مرضه. بالإضافة إلى العديد من الأمثلة الأخرى حيث مر فيها المريض بحوادث وصددمات مؤلمة ولم يستطع تجاوزها.

ولقد ظهر لنا أيضا نوع آخر من الشخصيات النرجسية في حالتين لامرأتين مصابتين بسرطان الثدي، فمثال عن ذلك لسيدة تبلغ من العمر (58 سنة) مطلقة من زوجها الأول وأم لثلاثة أطفال منه ومنتزوجة برجل عمره يفوق (90 سنة)، وتقول أنها هي من طلبت الطلاق دون وجود أي سبب، يظهر من خلال حديثها استعمال ميكانيزم "التسامي" بقوة، فتتحدث باللغة العربية الفصحى، وتحلم أن تعيش عيشة الملوك وأفضل من كل الناس، تستعين بالأمثال والحكم في حديثها، تحب الخياطة والشعر والخواطر والقراءة، وتصف نفسها أن لديها كرامات (اللجوء إلى الروحانيات من أجل الشعور بالقوة)، فالتسامي هنا يكون في خدمة الاستعراض أي أنه استعلاء كاذب، فالشعور بأن ذواتهن غير محبوبة وخوفا من الرفض والنبذ ولحاجتهن أيضا إلى هتافات الاستحسان، يصرن على الظهور بمظهر كاذب لتحقيق النجاح الاجتماعي، فاعتقاد المرأة بأن أعضاءها التناسلية تشوهت أو بترت وإحساسها بالصدمة التناسلية يؤدي بها إلى جرح نرجسي، ومن خلال القلب والإزاحات الدفاعية تحاول استعادة تقدير ذاتها حيث يتحول القصور التناسلي إلى زهو وفخر بالمظهر البدني وإلى حب الاختلاط بالآخرين وكثرة الاجتماعيات كسلوك تعويضي لما ألم بها، وخلاصة القول كلما زادت النرجسية زاد الإسراف في السلوك التعويضي مع قمع الشعور بالوحدة فتبدو في ثوب آخر (عبد الرقيب، 1987).

وفي دراسة (Yuki Nakatani et al, 2014) لدراسة العلاقة بين القمع العاطفي والاضطراب النفسي لدى مرضى سرطان الثدي بعد الجراحة، على عينة قوامها (31) مريضا تم تقسيمهم إلى مجموعتين مجموعة

القمع العاطفي ومجموعة التعبير العاطفي، باستخدام مقياس "التحكم في الانفعالات" بالإضافة إلى "بيانات حول حالة المزاج عند زيارتهم الأولى للعيادة الخارجية"، أسفرت النتائج عن درجة قوية من الانزعاج عند مجموعة قمع الانفعال مقارنة بمجموعة التعبير العاطفي، حيث عبرت مجموعة قمع الانفعال عن مشاعر سلبية أكثر وعواطف إيجابية أقل من مجموعة التعبير العاطفي. واستنتج من الدراسة أن المرضى الذين يعانون من قمع عاطفي يبدون ضيقا عاطفيا بعد الجراحة، ولذا فلا بد أن يفهم الطاقم الطبي الصفات النفسية لمرضى سرطان الثدي بما في ذلك الكبت العاطفي في المراحل المبكرة من سرطان الثدي من أجل توفير الدعم النفسي الكافي.

وتشير دراسة ( Lutgendrof et al, 2012 ) بأن الإجهاد الشديد يضعف جهاز المناعة، ولقد أكدت هذه النتيجة بعض نتائج البحوث السابقة التي تشير إلى مزيد من الاكتئاب لدى مرضى السرطان. لكن لا يمكن للمرء أن يحدد من نتائج هذه الدراسات ما إذا كان السبب هو المرض ومساره ، أو ما إذا كان مرضى السرطان يسبب الاكتئاب، فكلا السببين لا يستبعد أحدهما الآخر. فالشخصية المعروفة باسم "النمط السلوكي ج" لها ميزة رئيسية وهي قمع المشاعر السلبية، أي منع الوعي بالمشاعر غير السارة أو عدم عرضها. وتشير نتائج بعض الدراسات الأخرى إلى أن ليس فقط العجز في مواجهة الأحداث المجهدة يسبب المرض ولكن أيضا تثبيط الاستجابة العاطفية الكافية لهم يضعف كفاءة الجهاز المناعي.

ولقد ذكر ( Greer and Morris , 1975 ) أن القمع العاطفي قد يكون عامل خطر مهم للسرطان، ومن المرجح أن يتم تشخيص سرطان الثدي عند الأفراد الذين يتبنون نمطا من الانفعال العاطفي استجابة للمشاعر السلبية خلال حياتهم.

أما دراسة ( Keith J et al, 1998 ) والتي صممت لفحص الآثار المناعية قصيرة الأمد لقمع الأفكار العاطفية، حيث كتب المشاركون عن مواضيع عاطفية أو غير معادية أو بدون قمع الأفكار العاطفية. وتم

سحب الدم قبل وبعد كل جلسة تجريبية في ثلاثة أيام متتالية، أظهرت النتائج زيادة معتبرة في توزيع اللمفاويات الكلية ومستويات الخلايا اللمفاوية التائية "CD4" (المساعد) في مجموعات الكتابة العاطفية، بينما أدى قمع الأفكار العاطفية إلى انخفاض كبير في مستويات اللمفاويات التائية "CD3". فغالبا ما يتم قمع هذه الأفكار لاسيما تلك التي تثير العواطف السلبية، كطريقة لتنظيم المزاج والحد من الضيق، ولقد اهتمت النماذج النفسية الجسدية للمرض بدور القمع العاطفي في زيادة القابلية للمرض، حيث تشير التقارير الواردة من الأطباء العاملين مع مرضى السرطان وكذا الدراسات البحثية إلى أن أسلوب المواجهة الذي تتبناه الشخصية بقمع العاطفة السلبية قد يزيد من خطر الإصابة بالسرطان، فالآليات التي يرتبط بها الكبت بالمرض غير واضحة تماما، ولكن الآلية المحتملة هي عبر الجهاز المناعي.

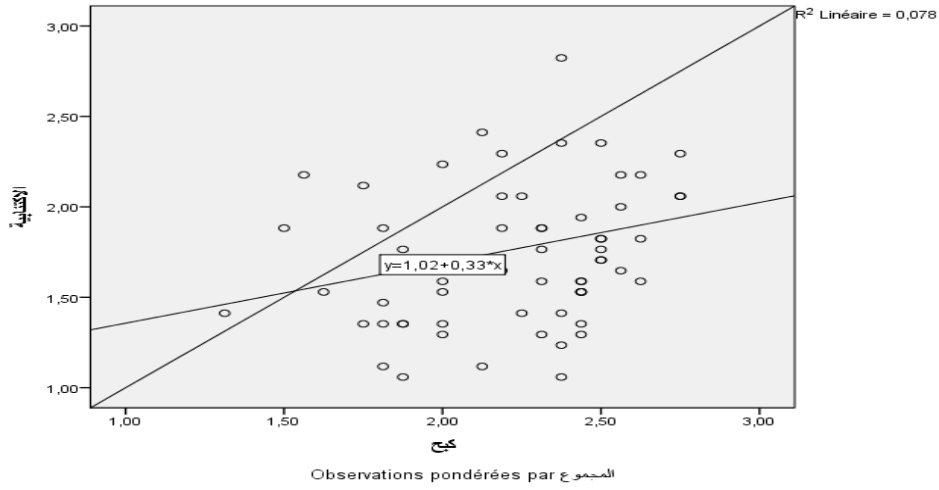
➤ وفيما يلي سيتم عرض العلاقة الارتباطية بين أبعاد النمط السلوكي "ج"، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم 36: العلاقة الارتباطية بين أبعاد النمط السلوكي ج

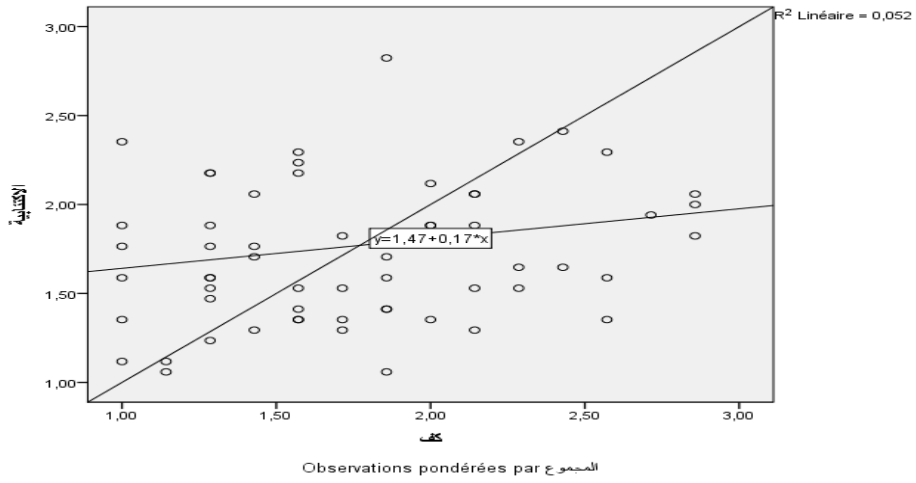
Corrélations

	كف اجتماعي	الادراكات الاكتئابية	كبح الانفعالات
كبح الانفعالات	Corrélacion de Pearson Sig. (bilatérale) N	1 ,279** 143	,132 ,117 143
الادراكات الاكتئابية	Corrélacion de Pearson Sig. (bilatérale) N	,279** ,001 143	1 ,228** 143
كف اجتماعي	Corrélacion de Pearson Sig. (bilatérale) N	,132 ,117 143	1 ,228** 143

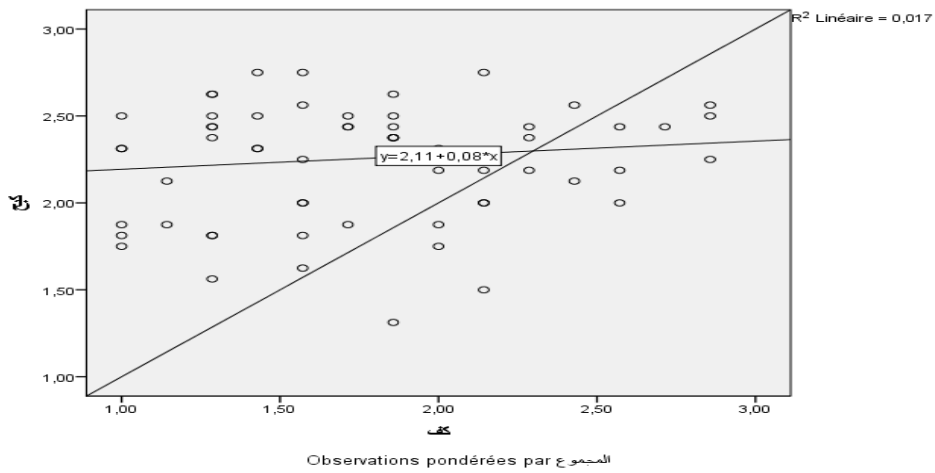
\*\* . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).



شكل رقم 07: لوحة الانتشار للعلاقة بين كبح الانفعالات والادراكات الاكتئابية



شكل رقم 08: لوحة الانتشار للعلاقة بين الكف الاجتماعي والادراكات الاكتئابية



شكل رقم 09: لوحة الانتشار للعلاقة بين الكف الاجتماعي وكبح الانفعالات

يبدو من خلال الجدول و الرسوم البيانية يظهر وجود علاقة ارتباطية موجبة متوسطة ذات دلالة قوية عند مستوى دلالة 0.01 بين بعد "الادراكات الاكتئابية" وبعد "كبح الانفعالات" بقيمة ارتباطية قدرت بـ (0.279)، بينما نلاحظ غياب العلاقة الارتباطية بين بعد "الكف الاجتماعي" و"كبح الانفعالات"، ولكن بالمقابل نجد علاقة ارتباطية متوسطة بين "الكف الاجتماعي" و"الادراكات الاكتئابية" بقيمة (0.228) ذات دلالة قوية عند مستوى دلالة 0.01 ، أي أن الكف الاجتماعي هو نتيجة لبعد الادراكات الاكتئابية فكلما زاد هذا البُعد عند الفرد زاد معه الكف الاجتماعي والشعور بالعزلة والغربة عن الآخرين. حيث يشير التراث النفسي إلى أن انخفاض الدعم الاجتماعي أو الدعم الاجتماعي الغير جيد يؤدي أو يبقى على الأعراض الاكتئابية، والحقيقة أن هناك جوانب كثيرة من الاكتئاب تجعل علاقة المكتئب بالمحيط الاجتماعي مصدر للضيق والتعاسة والاضطراب، فالمكتئبون يتسمون بعدم الايجابية في المواقف الاجتماعية، ويجدون صعوبة شديدة في بدء علاقة جديدة، وأنهم أقل من غيرهم تفاعلا وتبادلا سواء تعلق ذلك بحجم الكلام أو الأفعال المطلوبة في مثل هذه المواقف، أو ملاءمتها لمواقف التفاعل وطبيعة العلاقة الاجتماعية، كما يصف آخرون المكتئب بالجمود، والتصلب والافتقار للمهارات الاجتماعية الضرورية للنجاح والتفاعل، كما أنهم يتعرضون في مواقف التفاعل لكثير من الإحباط، ومشاعر التعاسة بسبب حساسيتهم الشديدة للرفض والتجاهل (فايد علي حسين، 2001). ولقد أثبتت بعض الدراسات كدراسة (Palinkas et Browner 1995) أن هناك علاقة ارتباطية دالة بين العزلة الاجتماعية والاكتئاب، حيث تزداد الأعراض الاكتئابية بزيادة مدة وشدة العزلة الاجتماعية، وأنه يمكن من خلال الأعراض الاكتئابية التنبؤ إلى حد كبير بمدى العزلة الاجتماعية التي يعاني منها الفرد (محمد عبد الله عادل، 2000).

➤ مناقشة كل بعد من الأبعاد مع متغير الجنس كما هو موضح:

• بعد الإدراكات الاكتئابية

جدول رقم 37: متوسطات الجنسين حسب بعد الإدراكات الاكتئابية

Statistiques de groupe

	الجنس	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الإدراكات الاكتئابية	ذكر	10	1,7529	,29581	,09354
	أنثى	50	1,7165	,40348	,05706

جدول رقم 38: اختبار "ت" للجنسين حسب بعد الإدراكات الاكتئابية

Test des échantillons indépendants

		الاكتئابية	
		Hypothèse de variances égales	Hypothèse de variances inégales
Test de Levene sur l'égalité des variances	F	1,293	
	Sig.	,260	
Test t pour égalité des moyennes	t	,271	,333
	ddl	58	16,523
	Sig. (bilatéral)	,787	,743
	Différence moyenne	,03647	,03647
	Différence erreur standard	,13466	,10957
Intervalle de confiance de la différence à 95 %	Inférieur	-,23308	-,19522
	Supérieur	,30602	,26816

من خلال جدول اختبار "ت" بقيمة دلالة (0.787) والتي تدل على عدم وجود فروق بين الجنسين تعزى لبعدها الادراكات الاكثابية، والمتوسطات تؤكده ذلك، حيث نلاحظ تقارب فيما بينهما (1.75) للذكور و(1.71) للإناث.

✓ ومنه نستنتج أن الذكور والإناث لا يختلفان فيما بينهما في بعد الادراكات الاكثابية

• بعد كبح الانفعالات

جدول رقم 39: متوسطات الجنسين حسب بعد كبح الانفعالات

Statistiques de groupe

	الجنس	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
كبح الانفعالات	ذكر	10	2,3313	,32282	,10208
	أنثى	50	2,2038	,33806	,04781

جدول رقم 40: اختبار "ت" للجنسين حسب بعد كبح الانفعالات

Test des échantillons indépendants

		كبح الانفعالات	
		Hypothèse de variances égales	Hypothèse de variances inégales
Test de Levene sur l'égalité des variances	F	,424	
	Sig.	,517	
Test t pour égalité des moyennes	t	1,096	1,131
	ddl	58	13,264
	Sig. (bilatéral)	,277	,278

Différence moyenne		,12750	,12750
Différence erreur standard		,11630	,11272
Intervalle de confiance de la différence à 95 %	Inférieur	-,10531	-,11553
	Supérieur	,36031	,37053

من خلال جدول اختبار "ت" بقيمة دلالة (0.277) والتي تدل على عدم وجود فروق بين الجنسين تعزى لبعده كبح الانفعالات ، والمتوسطات تؤكد ذلك، حيث نلاحظ تقارب فيما بينهما (2,33) للذكور و(2.20) للإناث.

ومنه نستنتج أن الذكور والإناث لا يختلفان فيما بينهما في بعد كبح الانفعالات.

#### • بعد الكف الاجتماعي

جدول رقم 41: متوسطات الجنسين حسب بعد الكف الاجتماعي

Statistiques de groupe

	الجنس	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
كف اجتماعي	ذكر	10	1,9571	,49050	,15511
	أنثى	50	1,7257	,52655	,07446

جدول رقم 42: اختبار "ت" للجنسين حسب بعد الكف الاجتماعي

Test des échantillons indépendants

		كف اجتماعي	
		Hypothèse de variances égales	Hypothèse de variances inégales
Test de Levene sur l'égalité des variances	F	,253	
	Sig.	,617	
Test t pour égalité des moyennes	t	1,282	1,345
	ddl	58	13,495
	Sig. (bilatéral)	,205	,201
	Différence moyenne	,23143	,23143
	Différence erreur standard	,18052	,17206
Intervalle de confiance de la différence à 95 %	Inférieur	-,12992	-,13890
	Supérieur	,59278	,60176

من خلال جدول اختبار "ت" بقيمة دلالة (0.205) والتي تدل على عدم وجود فروق بين الجنسين تعزى لبعد الكف الاجتماعي ، والمتوسطات تؤكد ذلك، حيث نلاحظ تقارب فيما بينهما (1.95) للذكور و(1.92) للإناث.

ومنه نستنتج أن الذكور والإناث لا يختلفان فيما بينهما في بعد الكف الاجتماعي.

✓ إذن لا توجد فروق بين الذكور والإناث حسب أبعاد النمط السلوكي "ج"

➤ مناقشة كل بعد من الأبعاد مع متغير الحالة المدنية كما هو موضح:

• بعد الإدراكات الاكتتابية

جدول رقم 43: اختبار التجانس من الفروق لمجموعات الحالة المدنية حسب بعد الإدراكات الاكتتابية  
Test d'homogénéité des variances

الإدراكات الاكتتابية

Statistique de Levene	ddl1	ddl2	Sig.
2,060	2	57	,137

من خلال الجدول الذي يظهر قيمة دلالة (0.137) وهي أكبر من مستوى دلالة (0.05)، وبالتالي المجموعات متجانسة فيما بينها.

جدول رقم 44: اختبار ANOVA لمجموعات الحالة المدنية حسب بعد الإدراكات الاكتتابية  
ANOVA

الإدراكات الاكتتابية

	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Intergroupes	,640	2	,320	2,242	,115
Intragroupes	8,136	57	,143		
Total	8,776	59			

يظهر من خلال الجدول ذات قيمة دلالة (0.115) والتي هي أكبر من (0.05) أنه لا يوجد فروق بين مجموعات الحالة المدنية تبعا لبعد الإدراكات الاكتتابية.

✓ ومنه نستنتج أن لا يوجد فروق بين مجموعات الحالة المدنية تبعا لبعد الإدراكات الاكتتابية

• بعد كبح الانفعالات

جدول رقم 45: اختبار التجانس من الفروق لمجموعات الحالة المدنية حسب بعد كبح الانفعالات

Test d'homogénéité des variances

كبح الانفعالات

Statistique de Levene	ddl1	ddl2	Sig.
,814	2	57	,448

من خلال الجدول الذي يظهر قيمة دلالة (0.448) وهي اكبر من مستوى دلالة (0.05)، وبالتالي

المجموعات متجانسة فيما بينها.

جدول رقم 46: اختبار ANOVA لمجموعات الحالة المدنية حسب بعد كبح الانفعالات

ANOVA

كبح الانفعالات

	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Intergroupes	,197	2	,098	,866	,426
Intragroupes	6,477	57	,114		
Total	6,673	59			

يظهر من خلال الجدول ذات قيمة دلالة (0.426) والتي هي أكبر من (0.05) أنه لا يوجد فروق بين

مجموعات الحالة المدنية تبعا لبعد كبح الانفعالات.

✓ ومنه نستنتج أنه لا يوجد فروق بين مجموعات الحالة المدنية تبعا لبعد كبح الانفعالات.

• بعد الكف الاجتماعي

جدول رقم 47: اختبار التجانس من الفروق لمجموعات الحالة المدنية حسب بعد الكف الاجتماعي

Test d'homogénéité des variances

كف اجتماعي

Statistique de Levene	ddl1	ddl2	Sig.
,053	2	57	,948

من خلال الجدول الذي يظهر قيمة دلالة (0.948) وهي أكبر من مستوى دلالة (0.05)، وبالتالي المجموعات متجانسة فيما بينها.

جدول رقم 48: اختبار ANOVA لمجموعات الحالة المدنية حسب بعد الكف الاجتماعي

ANOVA

كف اجتماعي

	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Intergroupes	,522	2	,261	,950	,393
Intragroupes	15,675	57	,275		
Total	16,197	59			

يظهر من خلال الجدول ذات قيمة دلالة (0.393) والتي هي أكبر من (0.05) أنه لا يوجد فروق دالة إحصائية بين مجموعات الحالة المدنية تبعا لبعد الكف الاجتماعي.

✓ ومنه نستنتج أن لا يوجد فروق بين مجموعات الحالة المدنية تبعا لبعد الكف الاجتماعي.

✚ إذن لا توجد فروق بين مجموعات الحالة المدنية حسب أبعاد النمط السلوكي "ج".

➤ مناقشة كل بعد من الأبعاد مع متغير نوع العلاج كما هو موضح:

• بعد الإدراكات الاكتئابية

جدول رقم 49: اختبار التجانس من الفروق لمجموعات نوع العلاج حسب بعد الإدراكات الاكتئابية

Test d'homogénéité des variances

الإدراكات الاكتئابية

Statistique de Levene	ddl1	ddl2	Sig.
,911	2	57	,408

من خلال الجدول الذي يظهر قيمة دلالة (0.408) وهي أكبر من مستوى دلالة (0.05)، وبالتالي

المجموعات متجانسة فيما بينها.

جدول رقم 50: اختبار ANOVA لمجموعات نوع العلاج حسب بعد الإدراكات الاكتئابية

ANOVA

الإدراكات الاكتئابية

	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Intergruppes	,855	2	,428	3,078	,054
Intragruppes	7,920	57	,139		
Total	8,776	59			

يظهر من خلال الجدول أن قيمة الدلالة هي (0.054) وهي مساوية لقيمة مستوى دلالة (0.05)،

وبالتالي توجد فروق بين مجموعات نوع العلاج حسب بعد الإدراكات الاكتئابية، والجدول الموالي سيوضح

لنا من بين من المجموعات يكمن الفرق كما هو موضح:

جدول رقم 51: الاختبار البعدي "Scheffé" لمجموعات نوع العلاج حسب بعد الإدراكات الاكتئابية

Comparaisons multiples :

Variable dépendante: الإدراكات الاكتئابية

Scheffé

نوع (I) العلاج	العلاج نوع (J)	Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	Sig.	Intervalle de confiance à 95 %	
					Borne inférieure	Borne supérieure
الجراحي	الإشعاعي	-,19786	,15895	,466	-,5974	,2017
	الكيميائي	,11540	,12763	,666	-,2054	,4362
الإشعاعي	الجراحي	,19786	,15895	,466	-,2017	,5974
	الكيميائي	,31326	,12763	,057	-,0075	,6340
الكيميائي	الجراحي	-,11540	,12763	,666	-,4362	,2054
	الإشعاعي	-,31326	,12763	,057	-,6340	,0075

يظهر من خلال الجدول السابق للاختبار البعدي أن الفرق يكمن بين مجموعة العلاج الإشعاعي ومجموعة العلاج الكيميائي، لأن قيمة الدلالة (0.057) مساوية لقيمة مستوى دلالة (0.05)، والجدول الموالي يوضح لنا لصالح من يكمن الفرق كما هو موضح:

جدول رقم 52: متوسطات الرتب لمجموعات نوع العلاج حسب بعد الإدراكات الاكتئابية

Rangs

	نوع العلاج	N	Rang moyen :
الإدراكات الاكتئابية	الجراحي	11	30,32
	الإشعاعي	11	42,23
	الكيميائي	38	27,16
	Total	60	

يبدو من خلال الجدول أن الفرق يكمن لصالح مجموعة العلاج الإشعاعي بمتوسط رتب بلغ (42.23) وهو أكبر قيمة بين القيم الأخرى. أي أن الأفراد الذين يخضعون للعلاج الإشعاعي لديهم مستوى أكبر من بعد الادراكات الاكتئابية.

✓ ومنه نستنتج أنه يوجد فروق بين الأفراد الذين يخضعون للعلاج الإشعاعي والكيميائي والفرق لصالح العلاج حسب بعد الادراكات الاكتئابية.

• بعد كبح الانفعالات

جدول رقم 53: اختبار التجانس من الفروق لمجموعات نوع العلاج حسب بعد كبح الانفعالات  
Test d'homogénéité des variances

كبح الانفعالات

Statistique de Levene	ddl1	ddl2	Sig.
3,351	2	57	,042

من خلال الجدول الذي يظهر قيمة دلالة (0.042) وهي أصغر من مستوى دلالة (0.05)، وبالتالي المجموعات ليست متجانسة فيما بينها.

جدول رقم 54: اختبار Kruskal Wallis لمجموعات نوع العلاج حسب بعد كبح الانفعالات  
Tests statistiques<sup>a,b</sup>

	Khi-deux	ddl	Sig. asymptotique
كبح الانفعالات	3,685	2	,158

a. Test de Kruskal Wallis

b. Variable de regroupement : نوع العلاج

يبدو من خلال قية دلالة الاختبار الموضحة في الجدول (0.158) والتي هي أكبر من مستوى دلالة (0.05)، وبالتالي لا يوجد فروق بين المجموعات حسب بعد كبح الانفعالات، والجدول التالي يوضح أن متوسطات الرتب "Rang moyen" لنوع العلاج ليس بينها فروق كبيرة ذات دلالة معنوية.

جدول رقم 55: متوسطات الرتب لمجموعات نوع العلاج حسب بعد كبح الانفعالات

Rangs

	نوع العلاج	N	Rang moyen :
كبح الانفعالات	الجراحي	11	39,59
	الأشعاعي	11	27,95
	الكيميائي	38	28,61
	Total	60	

✓ ومنه نستنتج أنه لا توجد فروق بين نوع العلاج حسب بعد كبح الانفعالات.

• بعد الكف الاجتماعي

جدول رقم 56: اختبار التجانس من الفروق لمجموعات نوع العلاج حسب بعد الكف الاجتماعي

Test d'homogénéité des variances

كف اجتماعي

Statistique de Levene	ddl1	ddl2	Sig.
,477	2	57	,623

من خلال الجدول الذي يظهر قيمة دلالة (0.623) وهي اكبر من مستوى دلالة (0.05)، وبالتالي

المجموعات متجانسة فيما بينها.

جدول رقم 57: اختبار ANOVA لمجموعات نوع العلاج حسب بعد الكف الاجتماعي

ANOVA

كف اجتماعي

	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Intergruppes	,500	2	,250	,907	,409
Intragruppes	15,697	57	,275		
Total	16,197	59			

يظهر من خلال الجدول ذات قيمة دلالة (0.409) والتي هي أكبر من (0.05) أنه لا يوجد فروق بين مجموعات نوع العلاج تبعا لبعده الاجتماعي.

✓ ومنه نستنتج أنه لا توجد فروق بين مجموعات نوع العلاج حسب بعدي كبح الانفعالات والكف الاجتماعي، بينما نلاحظ وجود فروق دالة إحصائية على مستوى بعد الإدراكات المكتتابة بين العلاج الكيميائي والعلاج الإشعاعي والفرق لصالح نوع العلاج الإشعاعي.

➤ مناقشة كل بعد من الأبعاد مع متغير نوع المرض كما هو موضح:

• بعد الإدراكات المكتتابة

جدول رقم 58: المتوسطات لنوع المرض حسب بعد الإدراكات المكتتابة

Statistiques de groupe

	نوع المرض	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الإدراكات المكتتابة	الثدي سرطان	46	1,7148	,40374	,05953
	الرئة سرطان	14	1,7479	,33150	,08860

جدول رقم 59: اختبار "ت" لنوع المرض حسب بعد الإدراكات الاكتئابية

Test des échantillons indépendants

		الإدراكات الاكتئابية	
		Hypothèse de variances égales	Hypothèse de variances inégales
Test de Levene sur l'égalité des variances	F Sig.	1,107 ,297	
Test t pour égalité des moyennes	t ddl Sig. (bilatéral)	-,279 58 ,781	-,310 25,865 ,759
	Différence moyenne	-,03307	-,03307
	Différence erreur standard	,11865	,10674
	Intervalle de confiance de la différence à 95 %		
	Inférieur	-,27057	-,25252
	Supérieur	,20444	,18639

من خلال جدول اختبار "ت" بقيمة دلالة (0.781) والتي تدل على عدم وجود فروق بين نوع المرض تعزى لبعد الإدراكات الاكتئابية ، والمتوسطات تؤكد ذلك، حيث نلاحظ تقارب فيما بينهما (1.71) لسرطان الثدي و(1.74) لسرطان الرئة.

• بعد كبح الانفعالات

جدول رقم 60: اختبار "ت" لنوع المرض حسب بعد كبح الانفعالات

Test des échantillons indépendants

		كبح الانفعالات	
		Hypothèse de variances égales	Hypothèse de variances inégales
Test de Levene sur l'égalité des variances	F	,019	
	Sig.	,892	
Test t pour égalité des moyennes	t	-,998	-1,010
	ddl	58	21,944
	Sig. (bilatéral)	,322	,323
	Différence moyenne	-,10248	-,10248
	Différence erreur standard	,10266	,10144
Intervalle de confiance de la différence à 95 %	Inférieur	-,30798	-,31288
	Supérieur	,10301	,10791

من خلال جدول اختبار "ت" بقيمة دلالة (0.322) والتي تدل على عدم وجود فروق بين نوع المرض

تعزى لبعده كبح الانفعالات.

• بعد الكف الاجتماعي

جدول رقم 61: اختبار "ت" لنوع المرض حسب بعد الكف الاجتماعي

Test des échantillons indépendants

		كف اجتماعي	
		Hypothèse de variances égales	Hypothèse de variances inégales
Test de Levene sur l'égalité des variances	F	,274	
	Sig.	,603	
Test t pour égalité des moyennes	t	-,339	-,347
	ddl	58	22,400
	Sig. (bilatéral)	,736	,732
	Différence moyenne	-,05457	-,05457
	Différence erreur standard	,16114	,15718
Intervalle de confiance de la différence à 95 %	Inférieur	-,37713	-,38021
	Supérieur	,26799	,27107

من خلال جدول اختبار "ت" بقيمة دلالة (0.736) والتي تدل على عدم وجود فروق بين نوع المرض

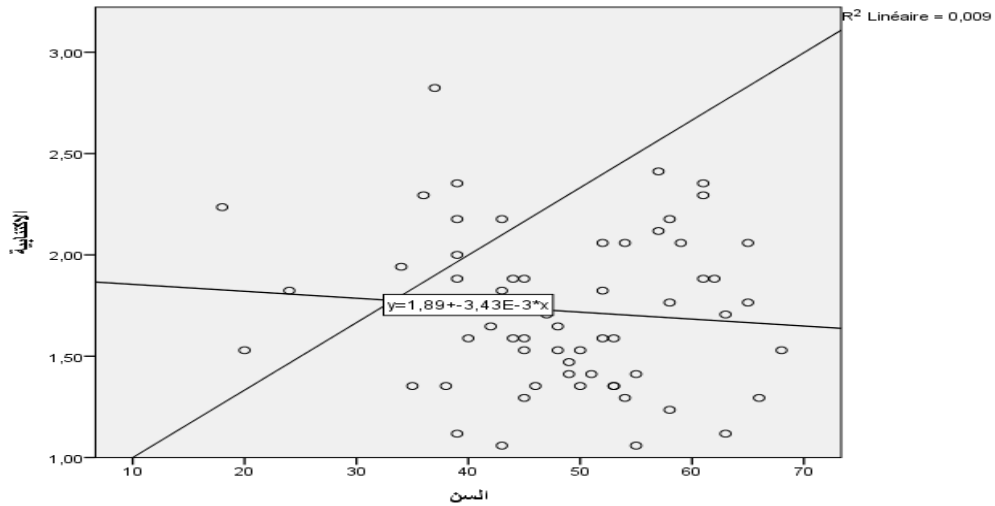
تعزى لبعد الكف الاجتماعي.

✓ ومنه نستنتج أنه لا توجد فروق بين مجموعتي نوع المرض (سرطان الثدي وسرطان الرئة) حسب

أبعاد النمط السلوكي "ج".

➤ مناقشة كل بعد من الأبعاد مع متغير السن كما هو موضح:

• بعد الإدراكات الاكتئابية



شكل رقم 10: لوحة الانتشار للعلاقة بين السن وبعد الإدراكات الاكتئابية

يبدو من خلال لوحة الانتشار أن البيانات تتوزع حسب خط مستقيم لهذا سنحسب العلاقة بمعامل الارتباط

"Pearson" كما هو موضح في الجدول التالي:

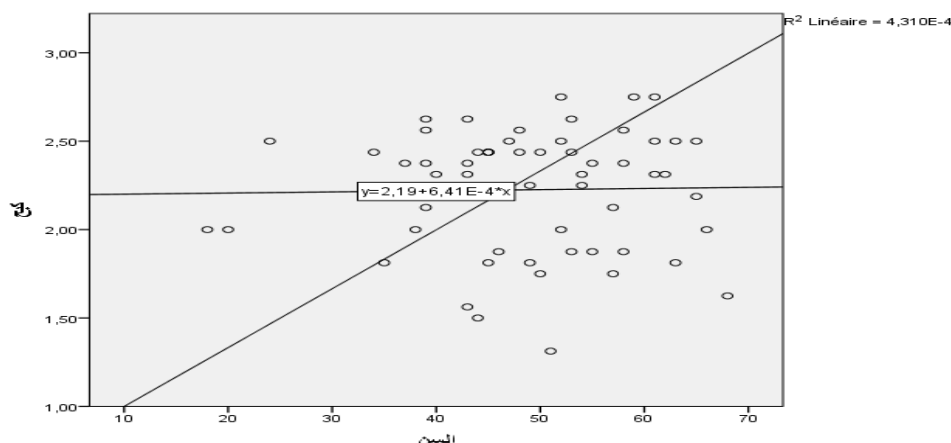
جدول رقم 62: معامل Pearson للعلاقة الارتباطية بين السن وبعد الإدراكات الاكتئابية

Corrélations

	الإدراكات الاكتئابية			السن		
	Corrélacion de Pearson	Sig. (bilatérale)	N	Corrélacion de Pearson	Sig. (bilatérale)	N
الإدراكات الاكتئابية	1		60	-,097	,462	60
السن	-,097	,462	60	1		60

يبدو من خلال قيمة العلاقة الارتباطية لمعامل "Pearson" الموضحة في الجدول (-0,097) أنها علاقة ضعيفة سالبة وغير دالة عند مستوى دلالة (0.05)، لأن قيمة الدلالة أكبر من قيمة مستوى الدلالة وهي (0.462)، وبالتالي لا توجد علاقة بين السن وبعد الادراكات الاكتئابية.

• بعد كبح الانفعالات



شكل رقم 11: لوحة الانتشار للعلاقة بين السن وبعد كبح الانفعالات

يبدو من خلال لوحة الانتشار أن البيانات تتوزع حسب خط مستقيم لهذا سنحسب العلاقة بمعامل الارتباط "Pearson" كما هو موضح في الجدول التالي:

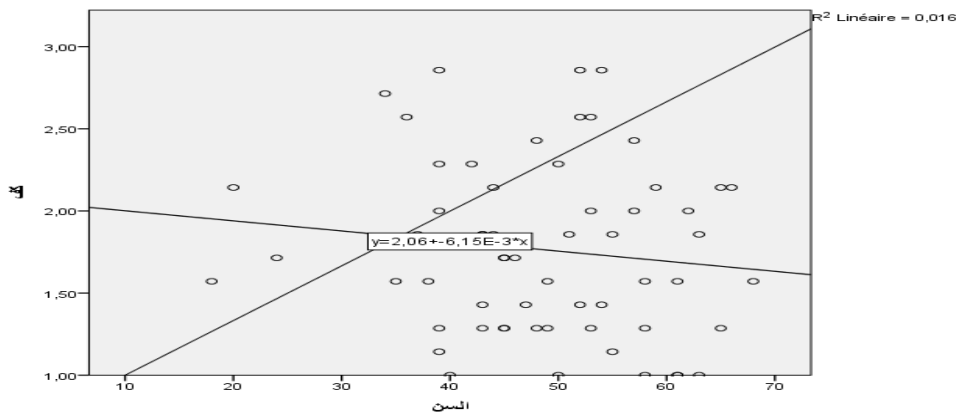
جدول رقم 63: معامل Pearson للعلاقة الارتباطية بين السن وبعد كبح الانفعالات

Corrélations

	السن			كبح الانفعالات		
	Corrélacion de Pearson	Sig. (bilatérale)	N	Corrélacion de Pearson	Sig. (bilatérale)	N
السن	1		60	,021	,875	60
كبح الانفعالات	,021	,875	60	1		60

يبدو من خلال قيمة العلاقة الارتباطية لمعامل "Pearson" الموضحة في الجدول (0.21) أنها علاقة ضعيفة وغير دالة عند مستوى دلالة (0.05)، لأن قيمة الدلالة أكبر من قيمة مستوى الدلالة وهي (0.875)، وبالتالي لا توجد علاقة بين السن وبعد كبح الانفعالات.

#### • بعد الكف الاجتماعي



شكل رقم 12: لوحة الانتشار للعلاقة بين السن وبعد الكف الاجتماعي

يبدو من خلال لوحة الانتشار أن البيانات تتوزع حسب خط مستقيم لهذا سنحسب العلاقة بمعامل الارتباط "Pearson" كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم 64: معامل Pearson للعلاقة الارتباطية بين السن وبعد الكف الاجتماعي

	السن			كف اجتماعي		
	Corrélacion de Pearson	Sig. (bilatérale)	N	Corrélacion de Pearson	Sig. (bilatérale)	N
السن	1		143	-,119	,155	143
كف اجتماعي	-,119	,155	143	1		143

يبدو من خلال قيمة العلاقة الارتباطية لمعامل "Pearson" الموضحة في الجدول (-0,119) أنها علاقة ضعيفة سالبة وغير دالة عند مستوى دلالة (0.05)، لأن قيمة الدلالة أكبر من قيمة مستوى الدلالة وهي (0.155)، وبالتالي لا توجد علاقة بين السن وبعد الكف الاجتماعي.

✓ ومنه نستنتج أنه لا توجد علاقة ارتباطية بين السن وأبعاد النمط السلوكي "ج".

➤ مناقشة كل بعد من الأبعاد مع متغير المستوى الدراسي كما هو موضح:

جدول رقم 65: الاختبارات الطبيعية لأبعاد النمط السلوكي "ج" حسب المستوى الدراسي

Tests de normalité<sup>c,d,e</sup>

الأبعاد	الدراسي المستوى	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistiques	ddl	Sig.	Statistiques	ddl	Sig.
الإدراكات الاكتسابية	لم يدرس	,168	22	,109	,918	22	,070
	ابتدائي	,142	15	,200*	,923	15	,214
	متوسط	,128	48	,048	,958	48	,082
	ثانوي	,210	43	,000	,898	43	,001
	دراسات عليا	,295	13	,003	,852	13	,030
كبح الانفعالات	لم يدرس	,214	22	,010	,806	22	,001
	ابتدائي	,216	15	,059	,876	15	,042
	متوسط	,212	48	,000	,889	48	,000
	ثانوي	,183	43	,001	,850	43	,000
	دراسات عليا	,215	13	,102	,842	13	,022
كف اجتماعي	لم يدرس	,281	22	,000	,783	22	,000
	ابتدائي	,180	15	,200*	,912	15	,144
	متوسط	,156	48	,005	,899	48	,001
	ثانوي	,153	43	,013	,949	43	,055
	دراسات عليا	,205	13	,138	,840	13	,021

\*. Il s'agit de la borne inférieure de la vraie signification.

a. Correction de signification de Lilliefors

أبعاد النمط السلوكي "ج" ثابتة بالنسبة للمستوى الدراسي "الجامعي" ولهذا تم حذفه.

يظهر من خلال الجدول أن قيم الدلالة الأصغر من (0.05) لإختبار "Kolmogorov-Smirnov" وبالتالي

أبعاد النمط السلوكي "ج" لا تتبع التوزيع الطبيعي حسب المستويات الدراسية، ولتحديد بدقة أي بعد يكمن

فيه الاختلاف استخرجنا جداول ملخصات اختبار الفرضيات التالية لاتخاذ القرار كما هو موضح:

**جدول رقم 66: ملخص اختبار فرضية الفروق في بعد الادراكات الاكثنايبية حسب المستوى الدراسي**

**Récapitulatif du test d'hypothèse**

	Hypothèse nulle	Test	Sig.	Décision
1	La distribution de الاكثنايبية est identique sur les catégories de المستوى الدراسي.	Test de Kruskal-Wallis d'échantillon indépendant	,091	Retenir l' hypothèse nulle.

Les significations asymptotiques sont affichées. Le niveau d'importa est ,05.

يظهر من خلال الجدول أن قيمة الدلالة (0.91) أكبر من (0.05) وبالتالي لا يوجد فروق في بعد

الادراكات الاكثنايبية تعزى للمستوى الدراسي.

**جدول رقم 67: ملخص اختبار فرضية الفروق في بعد كبح الانفعالات حسب المستوى الدراسي**

**Récapitulatif du test d'hypothèse**

	Hypothèse nulle	Test	Sig.	Décision
1	La distribution de كبح est identique sur les catégories de المستوى الدراسي.	Test de Kruskal-Wallis d'échantillon indépendant	,345	Retenir l' hypothèse nulle.

Les significations asymptotiques sont affichées. Le niveau d'importance 05.

يظهر من خلال الجدول أن قيمة الدلالة (0.345) أكبر من (0.05) وبالتالي لا يوجد فروق في بعد

كبح الانفعالات تعزى للمستوى الدراسي.

جدول رقم 68: ملخص اختبار فرضية الفروق في بعد الكف الاجتماعي حسب المستوى الدراسي

#### Récapitulatif du test d'hypothèse

	Hypothèse nulle	Test	Sig.	Décision
1	La distribution de كف est identique sur les catégories de المستوى الدراسي.	Test de Kruskal-Wallis d'échantillon s indépendant s	,000	Rejeter l' hypothèse nulle.

Les significations asymptotiques sont affichées. Le niveau d'importance 05.

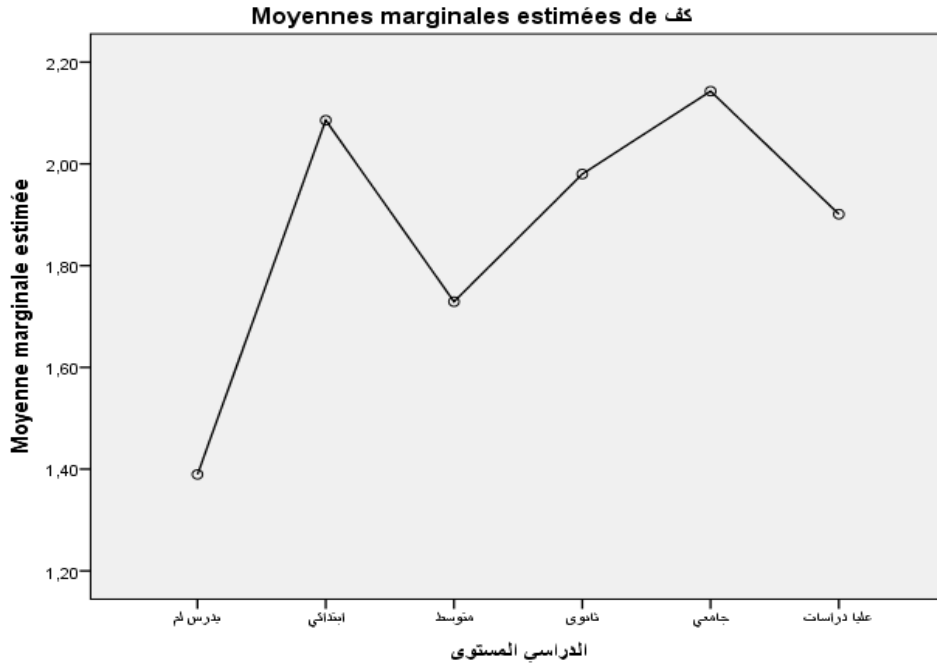
يظهر من خلال الجدول أن قيمة الدلالة (0.000) أصغر من (0.05) وبالتالي يوجد فروق في بعد كبح الانفعالات تعزى للمستوى الدراسي. والاختبار الذي كشف عن هذه الفروق هو اختبار "Kruskal Wallis"، ولمعرفة لأي مستوى دراسي يكمن الفرق لاحظنا جدول متوسطات الرتب لبعده الكف الاجتماعي والنتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم 69: متوسطات الرتب لبعده الكف الاجتماعي حسب المستوى الدراسي

Rangs

	المستوى الدراسي	N	Rang moyen :
كف اجتماعي	لم يدرس	22	38,52
	ابتدائي	15	92,77
	متوسط	48	64,40
	ثانوي	43	85,38
	جامعي	2	104,50
	دراسات عليا	13	83,50
	Total	143	

بعد قراءة الجدول يظهر أن الفرق في بعد الكف الاجتماعي لصالح المستوى الدراسي "الجامعي" بأعلى متوسط رتب قدر بـ (104.5)، أي أن هذه المجموعة تعاني من مستوى مرتفع من الكف الاجتماعي مقارنة بالمستويات الدراسية الأخرى. كما نلاحظ أن الفرق دال أيضا في هذا البعد حسب الذين لم يدرسوا بأقل متوسط رتب قدر بـ (38.52)، وذلك يدل أن هذه الأخيرة لا تعاني من كف اجتماعي كبير مقارنة بالمستويات الدراسية الأخرى. ومنه فالفرق بين المستوى الدراسي الجامعي ومستوى الذين لم يدرسوا في بعد الكف الاجتماعي. والتمثيل البياني التالي يوضح ذلك:



الشكل رقم 13: التمثيل البياني لبعد الكف الاجتماعي حسب المستوى الدراسي.

➤ مقارنة المجموع (شدة النمط السلوكي "ج") والسن :

### جدول رقم 70: معامل Spearman للعلاقة الارتباطية بين السن والمجموع

Corrélations

	Rho de Spearman					
	السن			المجموع		
	Coefficient de corrélation	Sig. (bilatéral)	N	Coefficient de corrélation	Sig. (bilatéral)	N
السن	1,000	.	143	-,061	,469	143
المجموع	-,061	,469	143	1,000	.	143

بعد التأكد من أن العلاقة ليست خطية بين المتغيرين استخدمنا معامل الارتباط "Spearman" للعلاقة الارتباطية، وكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول، حيث بلغت قيمة العلاقة الارتباطية (-0.061) بين المتغيرين، وهي علاقة ضعيفة سالبة وغير دالة، لأن قيمة الدلالة (0.469) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وبالتالي لا توجد علاقة بين السن وشدة النمط السلوكي (المجموع).

✓ ومنه نستنتج أن شدة النمط السلوكي عند مرضى سرطان الثدي وسرطان الرئة متوسطة، والبعد الأكثر شيوعاً عندهم هو بعد "كبح الانفعالات"، ولبعد "الادراكات الاكتئابية" علاقة ببعد "كبح الانفعالات" وبعد "الكف الاجتماعي"، بينما لا يوجد علاقة بين بعد "كبح الانفعالات" وبعد "الكف الاجتماعي"، وتوصلنا إلى أنه لا يوجد فروق في أبعاد النمط السلوكي "ج" حسب متغير الجنس (ذكر، أنثى)، الحالة المدنية، نوع المرض. كما أنه لا توجد فروق بين مجموعات نوع العلاج حسب بعدي "كبح الانفعالات" و"الكف الاجتماعي"، بينما نلاحظ وجود فروق دالة إحصائية على مستوى بعد "الادراكات الاكتئابية" بين العلاج الكيميائي والعلاج الإشعاعي والفرق لصالح نوع العلاج الإشعاعي، كما وجدنا فروق دالة إحصائية في بعد "الكف الاجتماعي" لصالح المستوى الدراسي "الجامعي"، وكذا لم يكن هناك علاقة بين السن و كل من أبعاد النمط السلوكي "ج" وشدته.

✚ ومنه الفرضية الأولى التي تنص على ارتفاع انتشار النمط السلوكي "ج" عند مرضى سرطان الثدي والرئة لم تتحقق، ومستوى النمط السلوكي "ج" عندهم متوسطة.

## 2- عرض ومناقشة الفرضية الجزئية الثانية:

نص الفرضية: " هناك انخفاض في مستوى نوعية الحياة لدى مرضى سرطان الثدي "

### جدول رقم 71: وصف البيانات لنوعية الحياة عند مرضى سرطان الثدي

التباين	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	عدد الاستجابات	البعد
813,51	28,52	53,43	46	الحالة الصحية العامة/ نوعية الحياة QL2
				الأبعاد الوظيفية Functional scales
518,12	22,76	67,46	46	الأداء البدني PF2
1391,23	37,30	57,98	46	الأداء الوظيفي RF2
1294,68	35,98	61,59	46	الأداء العاطفي EF
1143,12	33,81	59,43	46	الأداء المعرفي CF
1593,25	39,91	61,23	46	الأداء الاجتماعي SF
				أبعاد الأعراض / البنود
1284,08	35,83	51,93	46	التعب FA
1345,63	36,68	33,33	46	الغثيان والقيء NV
1397,81	37,39	42,63	46	الألم PA

1456,17	38,16	32,61	46	ضيق في التنفس DY
2048,31	45,26	53,62	46	الأرق SL
1700,36	41,24	42,03	46	فقدان الشهية AP
1186,79	34,45	22,48	46	الإمساك CO
764,28	27,65	13,04	46	الإسهال DI
1874,34	43,29	34,78	46	صعوبات مالية FI
				استبيان سرطان الثدي QLQ-BR23 المحدد الأبعاد الوظيفية
1243,49	35,26	58,81	46	صورة الجسم BRBI
896,49	29,94	25,46	36	النشاط الجنسي BRSEF
644,40	25,38	52,21	18	التمتع الجنسي BRSEE
1696,73	41,19	54,35	46	النظرة المستقبلية BRFU
				أبعاد الأعراض/ البنود
801,49	28,31	46,29	46	الآثار الجانبية للعلاج بالأجهزة BRST
935,06	30,58	24,63	46	أعراض الثدي BRBS
857,11	29,28	32,12	46	أعراض الذراع BRAS
1665,51	40,81	65,59	31	الاستياء من فقدان الشعر BRHL

## ملاحظة:

تشير القيم العالية للأداء الوظيفي إلى مستوى مرتفع من نوعية الحياة؛ حيث الحد الأدنى 0، الحد الأقصى: 100 .

بينما تشير القيم الأعلى لأبعاد الأعراض إلى مستوى منخفض من نوعية الحياة حيث الحد الأدنى: 0، الحد الأقصى: 100.

ونفس الشيء بالنسبة لاستبيان سرطان الثدي المحدد QLQ-BR23 حيث تشير القيم الأعلى للأبعاد الوظيفية إلى مستوى مرتفع من نوعية الحياة، الحد الأدنى: 0، الحد الأقصى: 100 .

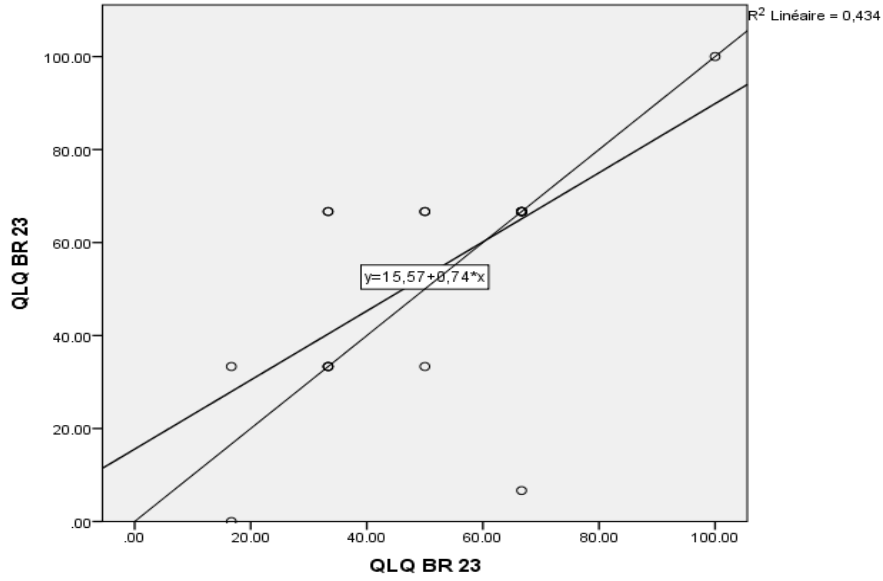
وتشير القيم العليا لأبعاد الأعراض إلى انخفاض مستوى نوعية الحياة، الحد الأدنى: 0 ، الحد الأقصى: 100

تمثل خانة عدد الاستجابات، الأفراد الذين لديهم هذه الأعراض وجاوبوا على البنود، بينما الذين لم يجاوبوا عليها فلا يتم إدراجهم في عدد الاستجابات، والبنود هي (النشاط الجنسي BRSEF، التمتع الجنسي BRSEE) فلا يتم حساب المرأة الأرملة والعزباء لأنها لا تجاوب على البنود الخاصة بهذين البعدين. كما يتم استبعاد الأفراد الذين لم يتعرضوا لسقوط شعرهم من بُعد (الاستياء من فقدان الشعر BRHL) (أنظر الملحق رقم 08).

## التفسير:

من خلال الجدول رقم (73) نلاحظ أن الحالة (الصحية العامة/ نوعية الحياة QL2) بلغت قيمتها "53.43" وهي قيمة متوسطة أعرب عنها المصابات بسرطان الثدي، حيث تشير الأبعاد الوظيفية المتمثلة في (الأداء البدني PF2، الأداء الوظيفي RF2، الأداء العاطفي EF، الأداء المعرفي CF، الأداء

الاجتماعي (SF) إلى قيم متوسطة، ولقد تميز الأداء البدني PF2 المتمثل في ( حمل أوزان ثقيلة، صعوبة المشي لمسافات قصيرة أو طويلة، الحاجة للراحة خلال اليوم، المساعدة في الأكل وارتداء الملابس أو استخدام الحمام) بقيمة مرتفعة على العموم على باقي القيم بـ "67,46"، وذلك راجع إلى كون المرأة المصابة بسرطان الثدي رغم مرضها فإنها تهتم بشؤون منزلها وبعائلتها من أولاد وزوج على حساب صحتها رافضة الاستسلام للمرض، مع الأخذ بعين الاعتبار أن السرطان مرتبط غالباً بقدرات بدنية منخفضة، مما يتعارض مع الأنشطة اليومية، غير أننا نجد المرأة تكافح وتسعى للتغلب على مرضها ونسيانه بالانشغال بالأعمال اليومية كالطبخ والتنظيف... وهناك امرأة من مجموعة البحث قالت: "أنا مشغولة بزفاف ابنتي وأهتم بكل كبيرة وصغيرة وليس لدي الوقت للتفكير في المرض"، ومنهن من لا تفضل الراحة بل تستيقظ مبكراً وتقوم بكل واجباتها وحتى تقوم بحمل الأوزان الثقيلة في بعض الأحيان رغم تحذير الطبيب لها. فسمّة التضحية من أجل الآخرين واضحة في هؤلاء النسوة على حساب راحتهم وشفايتهم من المرض وهذه السمّة تعتبر من السمات الخاصة بالنمط السلوكي (ج). أم هي صفة تتميز بها المرأة الجزائرية الفحلة التي تنسى نفسها في أغلب الأحيان من أجل راحة زوجها وأولادها دون تقصير؟ ونجد كذلك في الأبعاد الوظيفية الخاصة باستبيان سرطان الثدي المحدد أن قيم (صورة الجسم BRBI، التمتع الجنسي BRSEE، النظرة المستقبلية BRFU) متوسطة، بينما قيمة (النشاط الجنسي BRSEF) عرفت انخفاضاً محسوساً حيث بلغت قيمته "25,46" رغم ارتفاع قيمة (التمتع الجنسي BRSEE) التي بلغت "52.21" مقارنة بالقيمة السابقة، وهذا ما جعلنا نطرح تساؤل "لماذا هذا التناقض بين القيمتين؟"، فأردنا حساب العلاقة بين هذين البعدين، فلاحظنا أولاً لوحة الانتشار لمعرفة أي اختبار سنستعمل، وذلك كما هو موضح في الشكل التالي:



شكل رقم 14: لوحة الانتشار للعلاقة بين النشاط الجنسي BRSEF و التمتع الجنسي BRSEE

ويبدو واضحا من خلال لوحة الانتشار أن المتغيرين يتوزعان بخط مستقيم على طول الخط، ولهذا سنستعمل الاختبار المعلمي وهو معامل ارتباط "Pearson" لقياس العلاقة كما هو موضح في الجدول التالي:

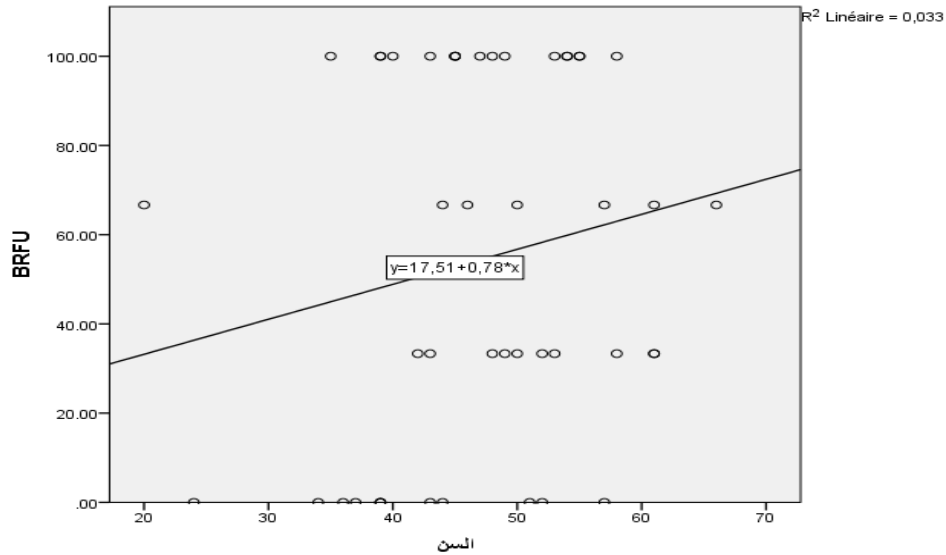
جدول رقم 72: معامل Pearson للعلاقة الارتباطية بين النشاط الجنسي BRSEF و التمتع الجنسي BRSEE  
Corrélations

	QLQ BR 23 BRSEF			QLQ BR 23 BRSEE		
	Corrélacion de Pearson	Sig. (bilatérale)	N	Corrélacion de Pearson	Sig. (bilatérale)	N
QLQ BR 23 BRSEF	1		36	,629**	,005	18
QLQ BR 23 BRSEE	,629**	,005	18	1		18

\*\* . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

من خلال الجدول تظهر قيمة معامل "Pearson" (0.629)، وهي تدل على وجود علاقة موجبة قوية دالة عند مستوى دلالة (0.01)، أي كلما زاد النشاط الجنسي، زاد معه التمتع الجنسي. ولكن في مجموعة البحث نجد أن النساء المصابات يفضلن عدم القيام بالنشاط الجنسي رغم أن التمتع الجنسي يعرف تحسنا نوعا ما، وهذا ما يدل على أن النساء في مجموعة البحث اصطنعن الإجابة الخاصة بمحور التمتع الجنسي، ففقدان الثدي يؤثر على تقدير المرأة لذاتها، مما يؤثر على الرغبة والمتعة الجنسية عندها كما يؤثر على تقدير الذات على الرغبة والمتعة الجنسية، فمنهن من تنام في غرفة منفصلة عن زوجها . إن الجرح النرجسي الناتج عن إصابة الأنوثة و ما ينتج عنه من حداد، هذا الأخير قد يتحول إلى عصاب الحداد. حيث تعرض لنا (Cerisey. C, 2010) دراسة قام بها معهد "Curie" حول "الحميمية والجنس بعد سرطان الثدي" حيث تم طرح السؤال على أكثر من 30 امرأة، 50% منها سنها أقل من 54 سنة و 52% تدخل في سن اليأس، أثناء التشخيص، نصف المصابات تعيش معاناة نفسية حقيقية و 26% تشعر بأنها لم تصبح جذابة، أكثر من 50% منهم رغبتهم الجنسية انخفضت جدا، التردد اتجاه العلاقات الجنسية انخفضت عند 43% من النساء. كل النساء اشتكت من نقص في المعلومات المتعلقة بالجانب الجنسي والموجهة إليها. فيما يخص الأسباب النفسية فإنها متعددة من: القلق التوتر، الخوف، ما يؤثر على العلاقات الجنسية. أما فيما يخص الأسباب الفيزيولوجية فهي ترتبط بالعلاج وآثاره الجانبية كاستئصال الثدي، العلاج الإشعاعي، العلاج الكيميائي وأخيرا العلاج الهرموني.

كما نجد أيضا ارتفاع نوعا ما لقيمة النظرة المستقبلية والتي بلغت "54,35" وذلك راجع إلى المعتقدات الدينية (الإسلام) فالتوكل على الله وتفويض الأمر إليه بشأن القلق من عدم الشفاء وتكرار المرض مرة أخرى هو السمة التي بدت على المريضات، فأردنا أن نعرف هل هناك علاقة بين هذا البعد والسن عند المريضات. كما هو موضح في الشكل والجدول التاليين:



شكل رقم 15: لوحة الانتشار للعلاقة بين متغيري السن والنظرة إلى المستقبل BRFU

يظهر من خلال الشكل أن المتغيرات لا تتوزع على خط مستقيم وبالتالي نستخدم الاختبار اللامعلمي "Rho de Spearman" كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم 73: معامل Spearman للعلاقة الارتباطية بين السن والنظرة المستقبلية BRFU

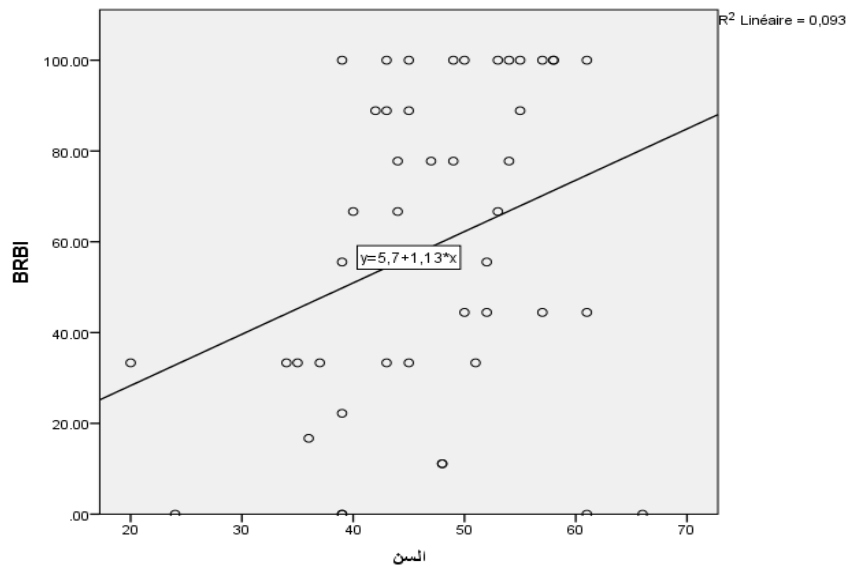
Corrélations

	Rho de Spearman					
	السن			BRFU		
	Coefficient de corrélation	Sig. (bilatéral)	N	Coefficient de corrélation	Sig. (bilatéral)	N
السن	1,000	.	46	,199	,186	46
BRFU	,199	,186	46	1,000	.	46

نجد قيمة ارتباط "Rho de Spearman" بين متغير السن والنظرة المستقبلية بلغت قيمته "0.199" وهي قيمة منخفضة موجبة وغير دالة عند مستوى دلالة 0.05 أي أنه لا يوجد علاقة لسن المريضات بالنظرة

المستقبلية. حتى لو كانت النسبة كما وجدناها سابقا لهذا البعد متوسطة فهذا لا ينفى وجود تخوف من تكرار المرض مرة أخرى.

بينما نجد ارتفاع نوعا ما لبُعد صورة الجسم بقيمة "58,81" حيث نجد أن النساء المهم عندهم هو الشفاء وأن نزع الثدي المصاب هو اقتلاع للمرض حسب رأيهن، فقمنا بحساب قيمة الارتباط بين متغير السن وصورة الجسم لملاحظة هل للسن علاقة بهذه الأخيرة، كما هو موضح:



شكل رقم 16: لوحة الانتشار للعلاقة بين السن وصورة الجسم BRBI

يظهر أن المتغيرات لا تتوزع على خط مستقيم فسنستخدم معامل ارتباط "Rho de Spearman" كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم 74: معامل Spearman للعلاقة الارتباطية بين السن وصورة الجسم BRBI

Corrélations

	Rho de Spearman					
	السن			BRBI		
	Coefficient de corrélation	Sig. (bilatéral)	N	Coefficient de corrélation	Sig. (bilatéral)	N
السن	1,000	.	46	,346*	,019	46
BRBI	,346*	,019	46	1,000	.	46

\*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

وجدنا قيمة "Rho de Spearman" قدر بـ "0.346" وهي علاقة متوسطة موجبة و دالة عند مستوى دلالة 0.05 لأن قيمة الدلالة (0.019) وهي أصغر من (0.05)، أي نرفض الفرض الصفري ونقبل الفرض البديل الذي ينص على وجود علاقة بين متغير السن وصورة الجسم، أي كلما زاد السن زاد معه عدم الاهتمام بصورة الجسم والمتمثلة حسب الاستبيان المطبق في الشعور بجاذبية أقل وأقل أنوثة ... أي أنهم جاوبوا على "أبدا لا" في الاستبيان أي أنهم لا يهتمون بصورة الجسم. فلقد تصادفنا من خلال إجراء بحثنا مع بعض النساء الأصغر سنا من لديهم انخفاض في صورة الجسم مقارنة بالأكبر سنا.

ثم قمنا بمقارنة متغير صورة الجسم مع متغير الحالة المدنية (أنظر الجدول رقم 77) باستعمال تحليل التباين الحادي "ANOVA" بعد التأكد من تجانس المجموعات (أنظر الجدول رقم 78) والتي أظهرت وجود تجانس بينها لأن قيمة اختبار "Statistique de Levene" للتجانس قدرت بـ "0.228" وهي أكبر من "0.05". ووجدنا قيمة "ANOVA" تدل على عدم وجود فروق بين المجموعات أي أن صورة الجسم لا تختلف بين المرأة المتزوجة والأرملة والعزباء .

جدول رقم 75: اختبار ANOVA لمجموعات الحالة المدنية حسب عرض صورة الجسم BRBI .

ANOVA

صورة الجسم BRBI

	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
داخل المجموعات	293,648	2	146,824	,113	,893
بين المجموعات	55663,582	43	1294,502		
المجموع	55957,230	45			

جدول رقم 76: اختبار التجانس من الفروق لمجموعات الحالة المدنية تبعا لصورة الجسم BRBI

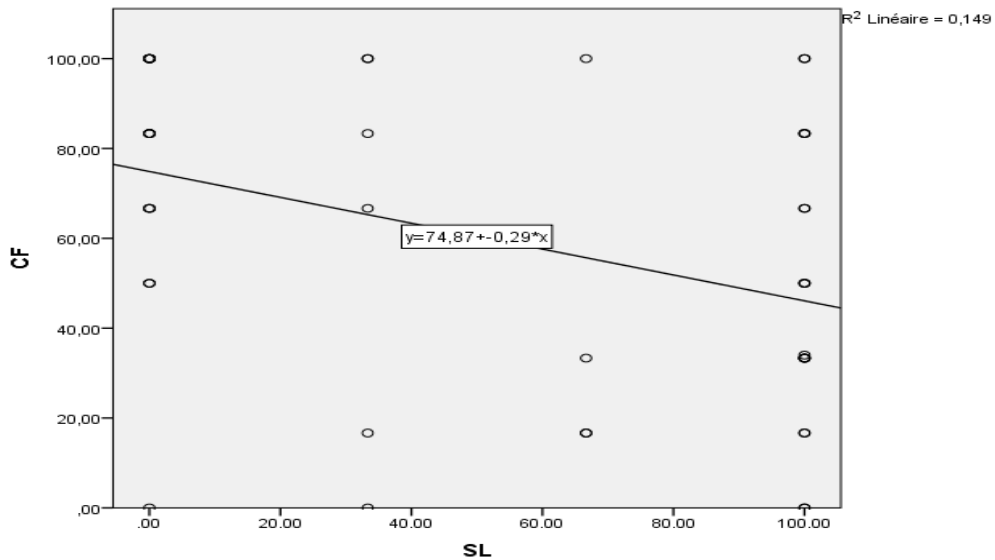
Test d'homogénéité des variances

صورة الجسم BRBI

Statistique de Levene	ddl1	ddl2	Sig.
1,528	2	43	,228

أما جداول الأعراض فنجد أن القيم متفاوتة فيما بينها فنجد أن (التعب FA، الألم PA، الأرق SL، فقدان الشهية AP) تقاربت قيمها إلى المتوسط أي أن النساء يعانين من هذه الأعراض بشكل متوسط، حيث تمثلت قيمة "الأرق" بأكبر قيمة بـ "53,62" والمتمثلة في (صعوبات في النوم أو يكون متقطعا)، فحسب ( Guideline Steward, 2012) فغالبا ما يشكو المرضى المصابين بالسرطان من أعراض اضطرابات النوم والأرق ومن مشاكل في النوم نتيجة لضغط التعامل مع السرطان، ويكون هذا الأرق ظرفي أي أنه يزول بزوال الضغوط الناتجة عن المرض، كما يتميز الأرق بشكاوى ذاتية عن عدم الرضا عن نوعية النوم أو مدته ، والنوم المنقطع ، والاستيقاظ مبكراً ، وتحدث هذه المشاكل على الرغم من توفر الفرص

والظروف المناسبة للنوم ، وعادة ما تصاحب هذه الشكاوى الذاتية أعراض في النهار من تعب أو طاقة منخفضة وصعوبات في الوظائف المعرفية (مثل الانتباه والتركيز والذاكرة)، فالفرد الذي يعاني من أعراض الأرق ثلاث مرات أو أكثر في الأسبوع لمدة تزيد عن شهر واحد فيعتبر أنه يعاني من الأرق المزمن. فبعض المصابات اللواتي خضعن للدراسة الحالية يعانين من صعوبة في النوم ومنهن من لا تنام إلا بتناول أدوية تساعدها على ذلك، وللتحقق من علاقة عرض الأرق بالأداء المعرفي قمنا بحساب قيمة العلاقة الارتباط بينهما كما هو موضح:



شكل رقم 17: لوحة الانتشار للعلاقة بين عرضي الأرق SL والأداء المعرفي CF.

من خلال الشكل يظهر أن العلاقة ليست خطية ولكنها عكسية كما هو موضح من خلال خط الانتشار وبالتالي نقوم بحساب العلاقة بواسطة الاختبار اللامعلمي "Rho de Spearman" كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم 77: معامل Spearman للعلاقة الارتباطية بين عرضي الأرق SL والأداء المعرفي CF.

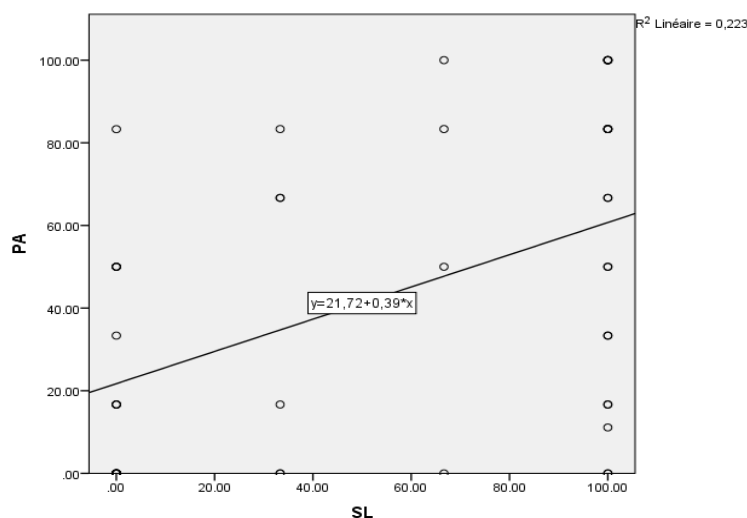
Corrélations

	Rho de Spearman					
	QLQ30 SL			QLQ30 CF		
	Coefficient de corrélation	Sig. (bilatéral)	N	Coefficient de corrélation	Sig. (bilatéral)	N
QLQ30 SL	1,000	.	46	-,356*	,015	46
QLQ30 CF	-,356*	,015	46	1,000	.	46

\*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

فكانت النتيجة (-0.356) دالة عند مستوى دلالة "0.05" وهنا نرفض الفرض الصفري ونقبل البديل الذي ينص على وجود علاقة بين المتغيرين لأن قيمة الدلالة (0.015) أصغر من (0.05)، وبالتالي يوجد علاقة منخفضة سالبة أو عكسية بين المتغيرين، أي كلما زاد الأرق نقص الأداء المعرفي المتمثل في (التركيز والتذكر).

وكذا أردنا معرفة العلاقة بين عرضي الأرق و الألم، فقمنا بحساب قيمة الارتباط بينهما بعد التأكد من خطية العلاقة كما هو موضح:



شكل رقم 18: لوحة الانتشار للعلاقة بين الأرق SL و الألم PA

العلاقة بين المتغيرين ليست خطية فنقوم بحساب معامل ارتباط "Spearman" كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم 78: معامل Spearman للعلاقة الارتباطية بين عرضي الأرق SL و الألم PA.

Corrélations

	Rho de Spearman					
	SL			PA		
	Coefficient de corrélation	Sig. (bilatéral)	N	Coefficient de corrélation	Sig. (bilatéral)	N
SL	1,000	.	46	,483**	,001	46
PA	,483**	,001	46	1,000	.	46

\*\* . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

دلت النتيجة المتمثلة في "0.483" عند مستوى دلالة "0.01" على وجود علاقة متوسطة موجبة ذات دلالة إحصائية قوية عند مستوى دلالة (0.01) ، وبما أن قيمة الدلالة (0.001) أصغر من (0.01) فنقبل الفرض البديل الذي ينص على وجود علاقة بين المتغيرين، يعني كلما زاد الألم زاد معه الأرق، وهذا ما لاحظناه عند مجموعة البحث فالأرق عندهم يكون عادة نتيجة للألم. ومنه نستنتج أن الأرق سبب تدني الأداء المعرفي، وهو كذلك نتيجة للألم، وعليه فإن صعوبة النوم هي مشكلة منتشرة عند مرضى السرطان وتحتاج إلى اعتراف أكبر من قبل العاملين في مجال الصحة، حيث يرغب المرضى في الحصول على المزيد من المعلومات حول سبب صعوبة النوم والأرق. وعلى الرغم من أن المرضى يرون أن النوم مهم ، إلا أنهم مترددون في إبلاغ الأطباء عن مشاكل الأرق التي يعانون منها، لذا يجب أن يتم دمج فحص وتقييم ومعالجة صعوبة النوم لمرضى السرطان أو الناجين بشكل كامل في نظام الرعاية الصحية.

بينما باقي الأعراض المتمثلة في (الغثيان والقيء NV، ضيق في التنفس DY، الإمساك CO، الإسهال DI، صعوبات مالية FI) عرفت قيمها انخفاضا نوعا ما مقارنة بالقيم الأخرى وهذا يعني أن شدة هذه الأعراض عند النساء منخفضة وأقل قيمة كانت لعرض الإسهال بـ "13,04" بينما نجد قيمة الصعوبات المالية مرتفعة نوعا ما مقارنة بباقي القيم بقيمة "34,78"، فأردنا معرفة العلاقة بين هذا المتغير والحالة المدنية كما هو موضح:

**جدول رقم 79: اختبار التجانس من الفروق لمجموعات الحالة المدنية تبعا للصعوبات المالية FI**  
Test d'homogénéité des variances

FI

Statistique de Levene	ddl1	ddl2	Sig.
10,397	2	43	,000

يظهر من خلال الجدول حسب قيمة الدلالة (0.000) أقل من (0.05) وذلك يدل على عدم وجود تجانس بين المجموعات، فقمنا بإجراء اختبار "Kolmogorov-Smirnov<sup>a</sup>" "Shapiro-Wilk" للتأكد من طبيعة التوزيع كما هو موضح:

**جدول رقم 80: الاختبارات الطبيعية لمجموعات الحالة المدنية تبعا للصعوبات المالية FI**

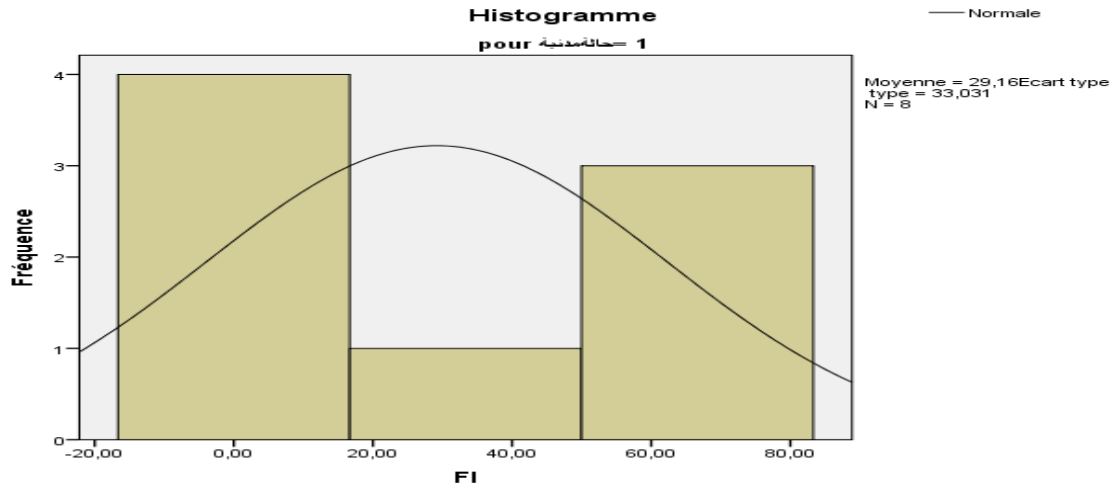
Tests de normalité<sup>b</sup>

الحالة المدنية	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistiques	ddl	Sig.	Statistiques	ddl	Sig.
عزباء	,311	8	,022	,736	8	,006
متزوجة	,352	36	,000	,693	36	,000

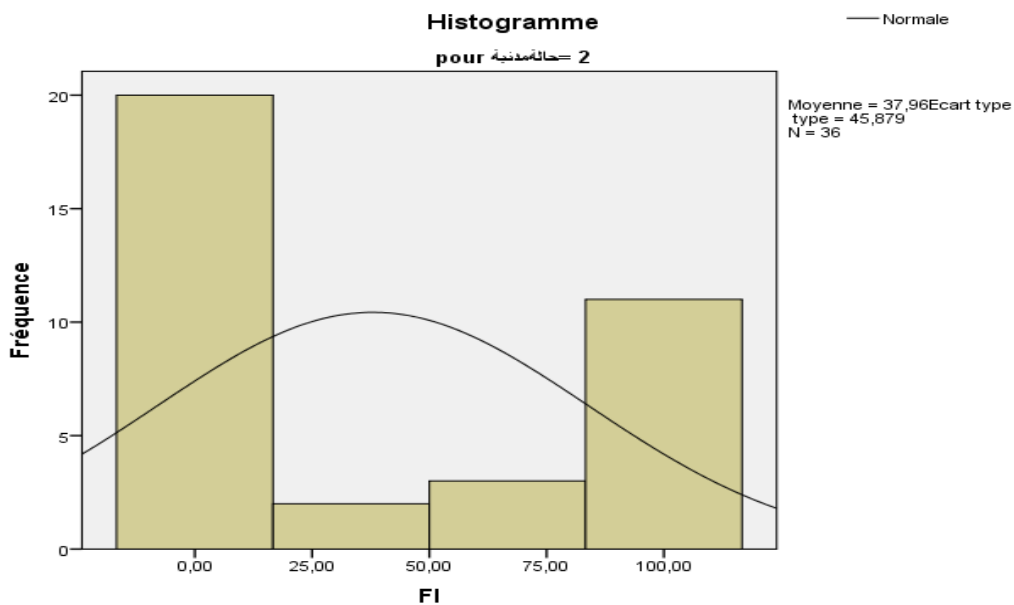
a. Correction de signification de Lilliefors

FI هو ثابت عند حالة المدنية أرمل فتم حذفه

يبدو من خلال قيم الدلالة الموضحة في جدول التوزيع الطبيعي وهي (0.22) ، (0.00) أصغر من (0.05) وهذا يدل على أن البيانات لا تتبع التوزيع الطبيعي، والشكلين التاليين يوضحان ذلك:



شكل رقم 19: توزيع مجموعة الحالة المدنية "العزباء" حسب صعوبات مالية FI



شكل رقم 20: توزيع مجموعة الحالة المدنية المتزوجة حسب صعوبات مالية FI

نلاحظ وجود قيم شاذة في الشكلين وهذا يؤكد لنا أن التوزيع لا يتبع التوزيع الطبيعي، لهذا سنقوم بتطبيق

الاختبار اللامعلمي "Kruskal Wallis" كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم 81: اختبار Kruskal Wallis لمجموعات الحالة المدنية حسب عرض الصعوبات المالية

FI

Tests statistiques<sup>a,b</sup>

	Khi-deux	ddl	Sig. asymptotique
FI	1,600	2	,449

a. Test de Kruskal Wallis

b. Variable de regroupement : الحالة المدنية

من خلال قيمة الدلالة (0.449) والتي هي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) ، يعني ذلك قبول الفرض الصفري الذي ينص على عدم وجود فروق بين مجموعات الحالة المدنية في بعد الصعوبات المالية. ولكن ذلك لا يعني أن كل المصابات ليس لديهن مشاكل مادية فهناك من ليس لديهم تأمين صحي رغم أن علاج السرطان في الجزائر مجاني على عاتق الدولة إلا أن التحاليل والأشعة المطلوبة من المرضى القيام بها كل مرة ليست كل امرأة قادرة على القيام بها لظروف مادية صعبة تمر بها، فكثيرا ما نجد الزوج يتخلى عن عمله للاهتمام بزوجته وهذا ما يسبب مشاكل مادية كبيرة، وفي بعض الأحيان تكون المرأة عزباء ولا تعمل والأب أو الأخ من يتكفل بمصاريف العلاج حيث يكون الأب متقاعد ولا يملك سوى مرتب التقاعد أو الأخ متزوج ورب عائلة فلا يستطيع هو أيضا تحمل مصاريف العلاج.

أما جدول الأبعاد الوظيفية لسرطان الثدي المحدد المتمثلة في (الآثار الجانبية للعلاج بالأجهزة BRST ، أعراض الثدي BRBS ، أعراض الذراع BRAS والاستياء من فقدان الشعر BRHL ) تفاوتت قيمها بين المتوسط والمنخفض، حيث نجد أن عرضي الثدي والذراع قيمتهما منخفضة أي أن النساء لا يعنين بشكل كبير من هذين العرضين والمتمثلين في صعوبة تحريك الذراع وألم فيه وفي الكتف و لا يعانين أيضا من تورم أو حساسية في منطقة الثدي المصاب بشكل كبير .

بينما نلاحظ أن قيمة عرض "الاستياء من فقدان الشعر" مرتفعة نوعا ما "65,59" ولهذا أردنا أن نحدد أي مجموعة من مجموعات العلاج المتمثلة في (العلاج الجراحي، الإشعاعي والكيميائي) الأكثر تأثيرا بهذا العرض، فقمنا بحساب معامل "Kruskal Wallis" (أنظر الجدول رقم 84).

### جدول رقم 82: اختبار التجانس من الفروق لعرض فقدان الشعر BRHL بين مجموعات نوع العلاج

Test d'homogénéité des variances / فقدان الشعر BRHL

Statistique de Levene	ddl1	ddl2	Sig.
1,528	2	28	0.020

يظهر من خلال الجدول أن قيمة الدلالة هي (0.02) وهي أصغر من مستوى دلالة (0.05)، ومنه فإن

التوزيع ليس متجانسا بين المجموعات. فقمنا بإجراء اختبار "Kolmogorov-Smirnov<sup>a</sup>" "Shapiro-Wilk"

للتأكد من طبيعة التوزيع كما هو موضح:

### جدول رقم 83: اختبارات التوزيع الاعتيادي لـ BRHL تبعا لنوع العلاج

Tests de normalité

	نوع العلاج	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistiques	ddl	Sig.	Statistiques	ddl	Sig.
BRHL	الجراحي	,441	4	.	,630	4	,001
	الإشعاعي	,504	7	,000	,453	7	,000
	الكيميائي	,214	20	,017	,812	20	,001

a. Correction de signification de Lilliefors

وكانت كل نتائج الدلالة أصغر من مستوى الدلالة (0.05) وهذا ما يؤكد لنا أن التوزيع ليس اعتداليا،

إذن ننتقل إلى الاختبارات اللامعلمية للقياس ونختار اختبار "Kruskal Wallis" "البديل لاختبار

"ANOVA" المعلمي، وكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

**جدول رقم 84: اختبار Kruskal Wallis لعرض الاستياء من فقدان الشعر BRHL تبعا لنوع العلاج**

Tests statistiques<sup>a,b</sup>

	Khi-deux	ddl	Sig. asymptotique
BRHL	5,829	2	,054

a. Test de Kruskal Wallis / b. Variable de regroupement : نوع العلاج

توضح نتيجة هذا الجدول قيمة الدلالة (0.054) وهي مساوية لقيمة مستوى الدلالة (0.05)، وذلك يعني أن هناك اختلاف بين مجموعات الاستياء من فقدان الشعر BRHL تبعا لنوعية العلاج، ولمعرفة أين يكمن هذا الاختلاف بين المجموعات قمنا بحساب قيمة اختبار "Mann-Whitney" للتحديد بدقة بين من ومن من المجموعات الثلاثة ( جراحي، إشعاعي وكيميائي) يكمن هذا الاختلاف، وكانت النتائج كما موضحة في الجداول التالية:

**جدول رقم 85: اختبار Mann-Whitney للفروق في BRHL بين مجموعة العلاج الجراحي والعلاج الإشعاعي**

Tests statistiques<sup>a</sup>

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte [2*(sig. unilatérale)]
BRHL	12,500	22,500	-,423	,673	,788 <sup>b</sup>

a. Variable de regroupement : نوع العلاج

b. Non corrigé pour les ex aequo.

من خلال الجدول نجد قيمة الدلالة "0.788" أكبر من قيمة مستوى الدلالة "0.05" ومنه لا يوجد اختلاف لعرض الاستياء من فقدان الشعر BRHL بين مجموعة العلاج الجراحي والعلاج الإشعاعي.

جدول رقم 86: اختبار Mann-Whitney للفروق في BRHL بين مجموعة العلاج الجراحي والعلاج الكيميائي.

Tests statistiques<sup>a</sup>

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte [2*(sig. unilatérale)]
BRHL	23,000	233,000	-1,385	,166	,210 <sup>b</sup>

a. Variable de regroupement : نوع العلاج

b. Non corrigé pour les ex aequo.

يظهر من خلال الجدول أن قيمة الدلالة (0.210) أكبر من قيمة مستوى الدلالة (0.05)، ومنه لا يوجد اختلاف لعرض الاستيلاء من فقدان الشعر BRHL بين مجموعة العلاج الجراحي والعلاج الكيميائي.

جدول رقم 87: اختبار Mann-Whitney للفروق في BRHL بين مجموعة بين المجموعة العلاج الإشعاعي والكيميائي.

Tests statistiques<sup>a</sup>

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte [2*(sig. unilatérale)]
BRHL	33,500	243,500	-2,163	,031	,041 <sup>b</sup>

a. Variable de regroupement : نوع العلاج

b. Non corrigé pour les ex aequo.

يبدو أن قيمة الدلالة (0.041) أصغر من (0.05)، ومنه يوجد اختلاف في عرض الاستيلاء من تساقط الشعر بين مجموعتي العلاج الإشعاعي و العلاج الكيميائي. والجدول الموالي يوضح لصالح أي مجموعة يكمن هذا الاختلاف.

جدول رقم 88: متوسطات الرتب بين مجموعتي BRHL تبعا لنوع العلاج الإشعاعي والكيميائي.

Rangs

	نوع العلاج	N	Rang moyen :	Somme des rangs
BRHL	الإشعاعي	7	19,21	134,50
	الكيميائي	20	12,18	243,50
	المجموع	27		

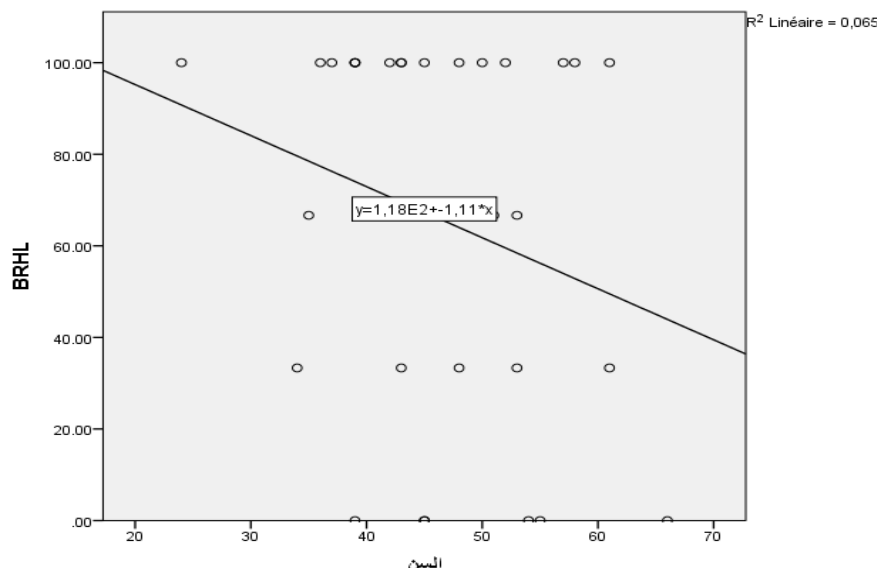
ومن خلال الجدول يظهر لنا وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الرتب في متغير الاستياء من فقدان الشعر بين نوع العلاج الإشعاعي (19.21) والعلاج الكيميائي (12.18)، لصالح العلاج الإشعاعي لأن لديه أكبر متوسط رتب. وهذا يعني أن الأفراد الذين يقومون بالعلاج الإشعاعي مستاءين بنسبة أكبر من تساقط شعرهم عن باقي المجموعات الأخرى. حيث شمل العلاج الكيميائي النساء والرجال وكما هو معروف فالرجال لا يستاءون من تساقط شعرهم بالقدر الذي تستاء منه المرأة، أما العلاج الإشعاعي في الدراسة الحالية (11) حالة كلهن نساء، عانى (07) أفراد منهم من تساقط الشعر، أي بنسبة 63.63 %، وأبدى (6) أفراد منهم استيائهم بنسبة 100% من تساقط شعرهم أي أنهم عبروا عن هذا العرض في الاستبيان المستخدم بـ "كثيرا جدا". ففي مقال نشرته عيادة (cleveland clinic) على صفحتها الإلكترونية بعنوان (Radiation Therapy Side Effects: Hair Loss) /العلاج الإشعاعي الآثار الجانبية: تساقط الشعر) ذكرت أن بصيالات الشعر تكون حساسة جدًا للإشعاع ، وقد يتسبب العلاج في فقدان الشعر، حيث سيلاحظ معظم المرضى فقدان الشعر في منطقة المعالجة بعد حوالي ثلاثة أسابيع من بدء الإشعاع. فتصبح فروة الرأس حساسة للإشعاع ، خاصة بعد تساقط الشعر ويصبح لونها وردي أو ملتهبة تشبه إلى حد كبير حروق الشمس.

<https://my.clevelandclinic.org/health/treatments/4533-radiation-therapy-side-effects-hair-loss>

كما تشمل التأثيرات الجانبية المبكرة الشائعة للعلاج الإشعاعي و التي تظهر خلال أيام أو أسابيع، مضاعفات الجلد و البشرة، و الإعياء و مضاعفات الفم المختلفة من الالتهابات و التقرحات والجفاف، تساقط الشعر، الغثيان والتقيؤ، الإسهال، فقدان الشهية و تغيرات حس الطعم و الذوق، وإحباط النخاع العظمي وانخفاض تعداد خلايا الدم. (وهي نفس الآثار الجانبية للعلاج الكيميائي تقريبا).

➤ ثم قمنا بحساب العلاقة بين هذا البعد أي عرض "الاستياء من فقدان الشعر" و"السن" بواسطة معامل الارتباط "Spearman" ( أنظر الجدول رقم 89) لأن العلاقة ليست خطية على طول الخط ولكنها عكسية كما هو موضح في (الشكل رقم 21)، لذلك أجرينا اختبار "Spearman" اللامعلمي، فوجدنا قيمته (-0.246) وهي منخفضة سالبة عكسية أي كلما زاد السن انخفض معه الاستياء من فقدان الشعر ولكنها علاقة ضعيفة وغير دالة عند مستوى دلالة (0.05) لأن قيمة الدلالة (0.183) وهي أكبر من مستوى الدلالة، وهذا يعني قبول الفرض الصفري الذي ينص على عدم وجود علاقة بين المتغيرين. إذن فالاستياء من فقدان الشعر للمرأة ليس مرتبط بشريحة عمرية محددة فكل امرأة مهما كان سنها تستاء من فقدان شعرها، لأنه يسبب لها جرح نفسي في هويتها كأنثى خصوصا من لم يكن لها خبرة مسبقا بسقوط الشعر مما يسبب لها صدمة نفسية ، وهذا ما يدفعهن لارتداء الخمار على رؤوسهن طوال الوقت حتى أمام أولادهن أو أزواجهن، وتذكر إحدى النساء من مجموعة البحث أن شعرها كان طويل جدا وقبل بدئها العلاج الكيميائي طلبت من ابنها أن يلتقط لها صورة وشعرها مفرد، وعندما بدأت جلسات العلاج الكيميائي وسقط شعرها رفض ابنها الأكبر رؤيتها وطلب منها عدم نزع الخمار أمامه، وهنا نلاحظ أن عرض الاستياء من سقوط الشعر لا يمس المرأة فقط حتى المحيطين بها يتأثرون بهذا العرض، وهذا ما يزيد من شدته عند بعض المريضات، بينما نلاحظ بعضهن لا تبد اهتماما لهذا العرض خصوصا من كان لها خبرة مسبقا بتأثير العلاج الكيميائي و

المهم عندهم هو الشفاء أما الشعر فسيعاود النمو بعد الانتهاء من العلاج، فتجربة فقدان شعرهم ليست مزعجة لهم كما كانوا يعتقدون ، فإنهم يركزون أكثر على العلاج والشفاء.



شكل رقم 21: لوحة انتشار للعلاقة بين السن والاستياء من فقدان الشعر

جدول رقم 89: معامل Spearman للعلاقة الارتباطية بين السن والاستياء من فقدان الشعر BRHL  
Corrélations

	Rho de Spearman					
	السن			BRHL		
	Coefficient de corrélation	Sig. (bilatéral)	N	Coefficient de corrélation	Sig. (bilatéral)	N
السن	1,000	.	31	-,246	,183	31
BRHL	-,246	,183	31	1,000	.	31

كما عرفت قيمة الآثار الجانبية للعلاج بالأجهزة قيمة متوسطة، حيث بلغت (46,29)، وهذا يدل أن النساء لديهن أعراض متوسطة من جفاف الفم، اختلاف مذاق الأكل أو الشرب، التهاب العينين، تساقط الشعر، توعك الصحة، احمرار الوجه والصداع، وأردنا التأكد إذا كان هنا اختلاف بين نوع العلاج (العلاج الجراحي، الإشعاعي والكيميائي) وعرض الآثار الجانبية للعلاج بالأجهزة، فاستعملنا تحليل التباين الأحادي "ANOVA" (أنظر الجدول رقم 93) بعد التأكد من تجانس المجموعات فيما بينها (أنظر

الجدول رقم 90)، فتوضح من خلال قيمة التجانس (0.084) والتي هي أكبر من (0.05) أن المجموعات متجانسة فيما بينها، فكانت قيمت الدلالة لـ "ANOVA" (0.382) عند مستوى دلالة (0.05)، وهي تدل على عدم وجود فروق بين المجموعات تعزى لمتغير الآثار الجانبية للعلاج بالأجهزة، أي أن كل نوع علاج له قيمة متوسطة من هذا العرض ولا يوجد مجموعة مختلفة عن الأخرى.

**جدول رقم 90: اختبار التجانس من الفروق لمجموعات نوع العلاج تبعا لعارض الآثار الجانبية للعلاج بالأجهزة**

Test d'homogénéité des variances

BRST

Statistique de Levene	ddl1	ddl2	Sig.
2,627	2	43	,084

**جدول رقم 91: اختبار ANOVA لعرض الآثار الجانبية للعلاج بالأجهزة BRST تبعا لنوع العلاج.**

ANOVA

الآثار الجانبية للعلاج بالأجهزة BRST

	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
داخل المجموعات	1577,517	2	788,758	,983	,382
بين المجموعات	34489,461	43	802,080		
المجموع	36066,977	45			

إذن نستنتج أن القيمة المتوسطة لبعدها (الصحة العامة/ نوعية الحياة "QL2") (53.43)، التي عبرت عنها المصابات في البندين (29 و 30) والتي تُعنى بتقييم المريض لصحته ونوعية حياته تتوافق مع نتائج الأداء الوظيفي التي بلغت قيمة متوسطها بـ (54.61) والتي تدل على تحسن متوسط في نوعية الحياة،

وتتوافق أيضا مع قيم أبعاد الأعراض حيث تراوحت أغلب قيمها بقيم منخفضة نوعا ما حيث بلغت قيمة متوسطها بـ (36.11)، وهي قيمة تدل أيضا على تحسن في نوعية الحياة بانخفاض الأعراض المصاحبة للمرض، وعند جمع هذه القيم باستثناء قيمة الأعراض باعتبارها قيمة جيدة كلما انخفضت ولكن إذا قمنا بجمعها مع باقي القيم فسوف تنقص من قيمة نوعية الحياة، فقمنا بطرح قيمتها من "100" واعتبرنا القيمة المتحصل عليها وهي (63.89) قيمة تدل على انخفاض في شدة الأعراض وتحسن في نوعية الحياة، فكانت النتيجة (57.31) وهذا يدل على مستوى متوسط لنوعية الحياة عند النساء المصابات بسرطان الثدي.

✚ ومنه الفرضية التي تنص على انخفاض في مستوى نوعية الحياة لدى مرضى سرطان الثدي لم تتحقق. فكما هو ملاحظ فإن نوعية الحياة عندهن متوسطة.

### 3- عرض ومناقشة الفرضية الجزئية الثالثة:

نص الفرضية: " هناك انخفاض في مستوى نوعية الحياة لدى مرضى سرطان الرئة".

جدول رقم 92: وصف البيانات لنوعية الحياة عند مرضى سرطان الرئة

التباين	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	عدد الاستجابات	البعد
279.68	16.72	48.21	14	الحالة الصحية العامة/ نوعية الحياة QL2
				Functional scales
578.47	24.05	50.54	14	الأداء البدني PF2
1133.48	33.55	17.88	14	الأداء الوظيفي RF2
1486.44	38.55	52.50	14	الأداء العاطفي EF
1015.77	31.87	69.28	14	الأداء المعرفي CF
1942.73	44.07	51.26	14	الأداء الاجتماعي SF
				أبعاد الأعراض / البنود
1465.80	38.28	64.28	14	التعب FA
752.41	27.43	22.61	14	الغثيان والقيء NV
1568.85	39.76	66.66	14	الألم PA
1568.85	39.60	40.47	14	ضيق في التنفس DY
2008.53	44.81	49.99	14	الأرق SL
1446.1	38.03	30.71	14	فقدان الشهية AP

2130.1	46.15	35.71	14	الإمساك CO
79.34	8.90	2.38	14	الإسهال DI
2325.96	48.22	45.23	14	صعوبات مالية FI
				أبعاد استبيان سرطان الرئة QLQ-LC13
925,84	30,43	38,89	14	ضيق في التنفس LCDY
1813,16	42,58	45,24	14	السعال LCCO
201,43	14,19	7,14	14	بزق الدم LCHA
1440,73	37,96	23,81	14	قرحة الفم LCSM
1568,90	39,61	26,19	14	عسر البلع LCDS
1538,36	39,22	33,33	14	الاعتلال العصبي المحيطي LCPN
2423,66	49,23	40,48	14	تساقط الشعر LCHR
1514,02	38,91	38,09	14	ألم في الصدر LCPC
1513,96	38,91	28,57	14	ألم في الذراع أو الكتف LCPA
2252,76	47,46	40,48	14	ألم في أجزاء أخرى LCPO
1944,33	44,09	44,44	09	دواء الألم LCPM

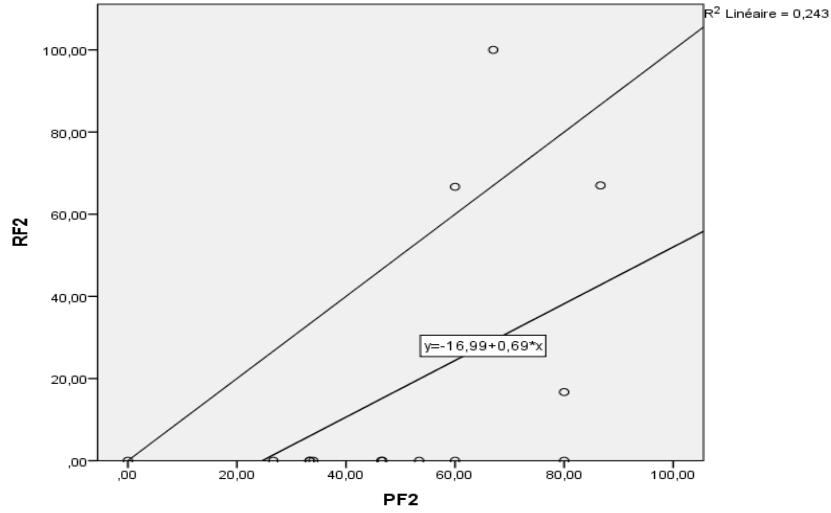
## ملاحظة:

فيما يخص نتائج استبيان سرطان الرئة "QLQ-LC13" فكل القيم العليا تعبر عن انخفاض في مستوى نوعية الحياة، الحد الأدنى: 0 ، الحد الأقصى: 100. لأنها تعبر عن شدة الأعراض.

أما خانة عدد الاستجابات فهي نفس الشيء كما ذكرت سابقاً، ولهذا لا يتم إدراج الأشخاص الذين لم يتناولوا أدوية مسكنة للألم (دواء الألم LCPM) (أنظر الملحق رقم 09).

## التفسير:

يظهر من خلال الجدول السابق قيمة متوسطة لبعدها (الحالة الصحية العامة/ نوعية الحياة QL2) ب (48.21)، وتوضح قيم الأبعاد الوظيفية مستوى متوسط بين كل من (الأداء البدني PF2، الأداء العاطفي EF، الأداء المعرفي CF و الأداء الاجتماعي SF) حيث بلغت قيمهم (50.54، 52.50، 69.28، 51.26) على الترتيب، ويبدو أن قيمة (الأداء المعرفي CF) هي الأعلى بينهم والمتمثلة في (التركيز التذكر) بقيمة (69.28) ، إذ يظهر أن المرضى يعانون بشكل أقل من المتوسط من مشاكل في الذاكرة تؤثر عليهم سلباً على التركيز أو صعوبات في التذكر، بينما نجد قيمة (الأداء الوظيفي RF2) منخفضة ب (17.88) والمتمثلة في عدم القدرة على ممارسة الأنشطة اليومية أو الهوايات في أوقات الفراغ، فقماً بحساب العلاقة الإرتباطية بين الأداء البدني والوظيفي كما هو موضح:



شكل رقم 22: لوحة الانتشار للعلاقة بين الأداء البدني PF2 والأداء الوظيفي RF2

يبدو من خلال الشكل أن البيانات لا تتبع التوزيع الخطي، هذا يعني أننا سنستخدم اختبار "Spearman" لقياس العلاقة كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم 93: معامل Spearman للعلاقة الارتباطية بين الأداء البدني PF2 والأداء الوظيفي RF2

#### Corrélations

	Rho de Spearman					
	PF2			RF2		
	Coefficient de corrélation	Sig. (bilatéral)	N	Coefficient de corrélation	Sig. (bilatéral)	N
PF2	1,000	.	14	,657*	,011	14
RF2	,657*	,011	14	1,000	.	14

\*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

نلاحظ من خلال الجدول أن قيمة الارتباط "Spearman" بلغت (0.675) وهي قيمة فوق المتوسط موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05)، كما بلغت قيمة الدلالة (0.011) وهي أصغر من قيمة مستوى الدلالة، إذن نرفض الفرض الصفري ونقبل الفرض البديل الذي ينص على وجود علاقة ارتباطية بين المتغيرين، أي كلما زاد الأداء البدني زاد معه طردا الأداء الوظيفي.

بعدها قمنا بمقارنة بعد "الأداء البدني PF2" مع "الجنس" لمعرفة من لديه من الذكور والإناث ارتفاع في هذا الأداء، وذلك باستخدام "اختبار ت لعينتين مستقلتين"، وبما أن عدد الأفراد اقل من (30) فيجب أولاً التأكد من تجانس المجموعتين الذكور والإناث عن طريق اختبار التجانس، وكانت النتائج كما يلي:

#### جدول رقم 94: اختبارات التوزيع الاعتمالي للذكور والإناث في بعد الأداء البدني PF2

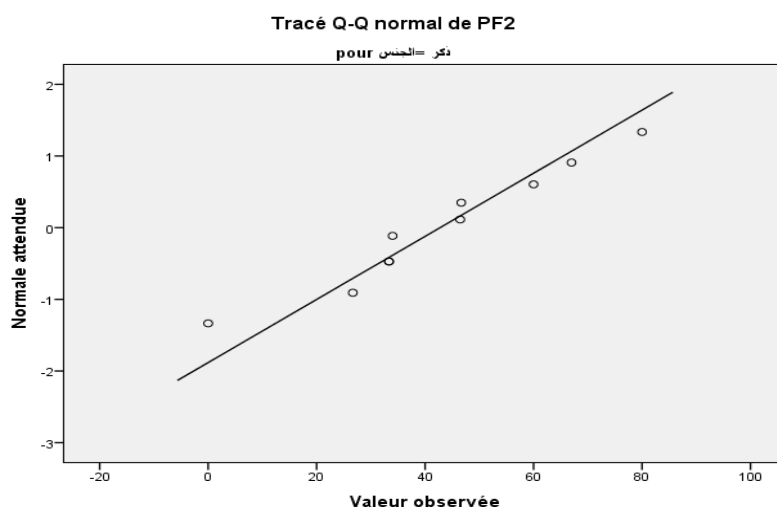
Tests de normalité

	الجنس	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistiques	ddl	Sig.	Statistiques	ddl	Sig.
PF2	ذكر	,150	10	,200*	,967	10	,866
	أنثى	,236	4	.	,911	4	,485

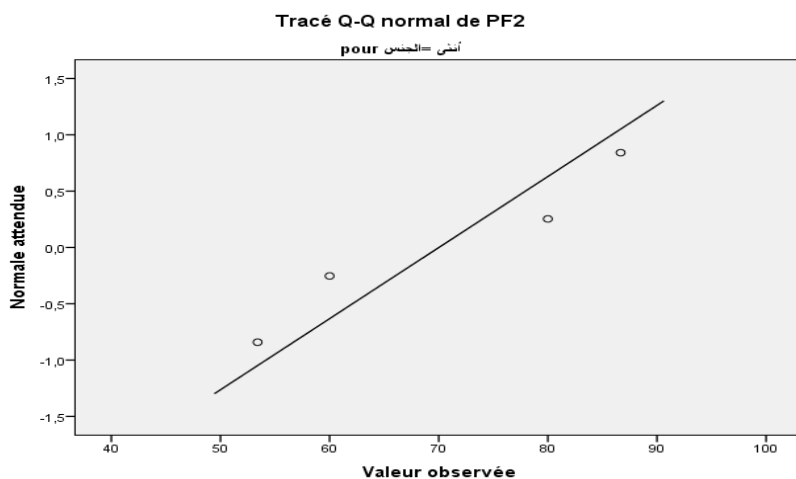
\*. Il s'agit de la borne inférieure de la vraie signification.

a. Correction de signification de Lilliefors

يبدو من خلال قيم الدلالة في الجدول (0.485 و 0.866) والتي هي أكبر من (0.05)، أن البيانات متجانسة فيما بينها وتتبع توزيعاً طبيعياً، والشكلين التاليين يؤكدان ذلك، وبالتالي يمكننا تطبيق الاختبار البارامترى "ت".



شكل رقم 23: التوزيع الاعتمالي للذكور حسب الأداء البدني PF2



شكل رقم 24: التوزيع الاعتيادي للإناث حسب الأداء البدني PF2

جدول رقم 95: توزيع المتوسطات للذكور والإناث حسب الأداء البدني PF2

Statistiques de groupe

	الجنس	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
PF2	ذكر	10	42,7490	22,71118	7,18191
	أنثى	4	70,0175	15,84769	7,92384

جدول رقم 96: اختبار "ت" للأداء البدني PF2 حسب الجنسين

Test des échantillons indépendants

		PF2	
		Hypothèse de variances égales	Hypothèse de variances inégales
Test de Levene sur l'égalité des variances	F Sig.	,316 ,584	
Test t pour égalité des moyennes	t	-2,174	-2,550
	ddl	12	8,126
	Sig. (bilatéral)	,050	,034
	Différence moyenne	-27,26850	-27,26850

Différence erreur standard		12,54482	10,69425
Intervalle de confiance	Inférieur	-54,60131	-51,86326
de la différence à 95 %	Supérieur	,06431	-2,67374

من خلال جدول "اختبار ت" يظهر أن قيمة دلالة "اختبار Levene" للتباين وهي (0,584) أكبر من (0.05) وذلك يعني أن المجموعتين متساوية التباين فيما بينها، وبالتالي سنأخذ قيم العمود الثاني "Hypothèse de variances égales" والتي أعطت قيمة (ت = -2,174) بقيمة دلالة (0.050)، وهي تساوي مستوى الدلالة (0.05)، أي يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في بعد "الأداء البدني PF2". والفرق لصالح الإناث (أنظر الجدول رقم 95) لأنها تملك أكبر متوسط بقيمة (70,01) مقارنة بالذكور بمتوسط (42,74)، أي أن الإناث لديها القدرة على بذل مجهود جسدي والمسافة طويلة أو قصيرة، كما أنهن لا يحتجن للبقاء في السرير أو الكرسي خلال اليوم أو المساعدة في الأكل وارتداء الملابس... أكثر من الذكور. فالمرأة رغم مرضها بسرطان الرئة إلا أنها تقوم بنشاطاتها اليومية المعتادة عكس الرجال الذين يظهرون نقص قدرتهم في بذل مجهود جسدي، وربما ذلك راجع لطبيعة المرأة التي تعتبر القيام بواجباتها المنزلية واجب عليها القيام به متخطية بذلك صعوبات المرض.

➤ كما أردنا حساب العلاقة بين "الأداء الوظيفي RF2" و"الجنس"، وكان لا بد أولاً من التأكد من

اعتدالية التوزيع كما هو موضح في الجدول التالي:

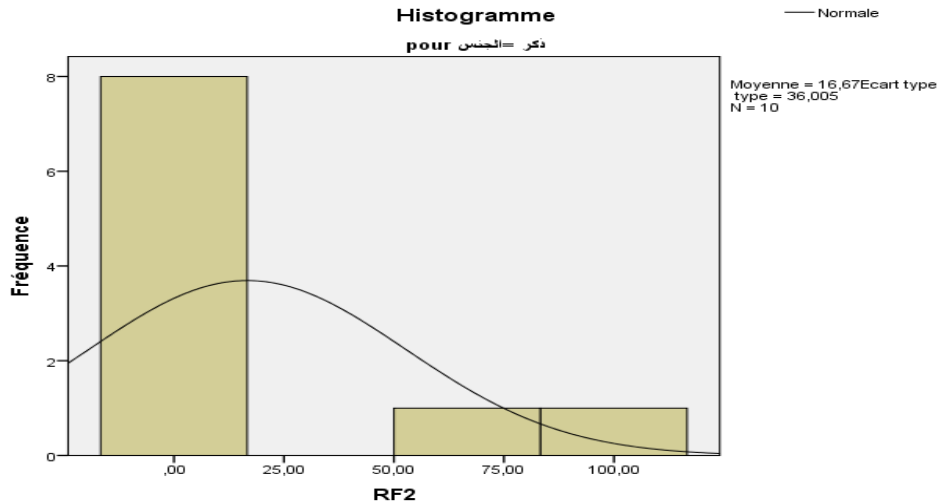
#### جدول رقم 97: اختبار التوزيع الطبيعي للجنس حسب الأداء الوظيفي RF2

Tests de normalité

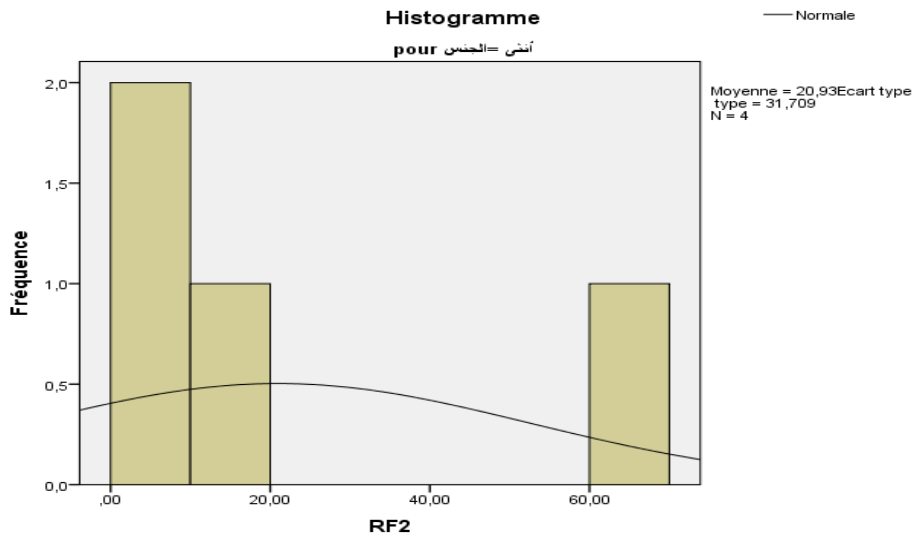
	الجنس	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistiques	ddl	Sig.	Statistiques	ddl	Sig.
RF2	ذكر	,478	10	,000	,539	10	,000
	أنثى	,303	4	.	,790	4	,086

a. Correction de signification de Lilliefors

يظهر من خلال الجدول السابق أن قيم الدلالة أصغر من (0.05) ، وبالتالي البيانات لا تتبع توزيع طبيعي كما هو موضح في الشكلين التاليين، اللذان يوضحان وجود قيم شاذة في التوزيع للذكور والإناث. ولهذا سنستخدم الاختبار اللابرامتري "Mann-Whitney" لاختبار الفروق.



شكل رقم 25: توزيع الذكور حسب الأداء الوظيفي RF2



شكل رقم 26: توزيع الإناث حسب الأداء الوظيفي RF2

جدول رقم 98: متوسطات الرتب للذكور والإناث حسب الأداء الوظيفي RF2

Rangs

	الجنس	N	Rang moyen	Somme des rangs
RF2	ذكر	10	7,00	70,00
	أنثى	4	8,75	35,00
	Total	14		

جدول رقم 99: اختبار "Mann-Whitney" للأداء الوظيفي RF2 للجنسين

Tests statistiques<sup>a</sup>

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte [2*(sig. unilatérale)]
RF2	15,000	70,000	-,886	,376	,539 <sup>b</sup>

a. Variable de regroupement : الجنس

b. Non corrigé pour les ex aequo.

من خلال جدول اختبار "Mann-Whitney" للفروق يظهر أن قيمة الدلالة هي ( 0.539 ) أكبر من قيمة مستوى الدلالة (0.05)، وذلك يعني قبول الفرض الصفري الذي ينص على عدم وجود فروق في متوسطات الرتب للمجموعتين بمعنى أن متوسطات الرتب للمجموعتين متساوي بين الذكور والإناث. ومتوسطات الرتب للجنسين تؤكد ذلك فكما هو ملاحظ لا يوجد فروق معنوية بين متوسط رتب الذكور (07) ومتوسط رتب الإناث ( 8.75 ) ، أي أن كلا الجنسين لديهم انخفاض في هذا البعد والمتمثل في عدم القدرة على ممارسة النشاطات اليومية أو الهوايات في أوقات الفراغ.

ومنه نستنتج أن انخفاض قيمة الأداء الوظيفي RF2 يعود إلى الذكور والإناث، كما يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في بعد الأداء البدني PF2 . والفرق لصالح الإناث . فرغم تدني الأداء الوظيفي عند الإناث أو المرأة المصابة بسرطان الرئة إلا أنها تحافظ على مستوى متوسط من الأداء البدني عكس الرجال المصابين بسرطان الرئة فأداءهم البدني والوظيفي منخفض مقارنة بالنساء، ويعود ذلك حسب ملاحظتنا العيادية لمجموعة البحث كون معظم الرجال في مرحلة التقاعد عن العمل أو التوقف عنه بسبب المرض وبالتالي تناقص أداءهم البدني والوظيفي مع هذه المرحلة من حياتهم.

أما بالنسبة لأبعاد الأعراض المتمثلة في "التعب FA" و "الألم PA" فقد عرفت ارتفاعا في قيمها مقارنة مع باقي القيم التي عرفت انخفاضا محسوسا خاصة عرض "الإسهال DI" الذي مثل أدنى قيمة قدر متوسطها بـ (2.38)، أي أن المصابين بسرطان الرئة لا يعانون من هذا العرض إلا عدد قليل جدا فقط منهم من يعاني منه.

➤ ثم قمنا بحساب العلاقة بين "التعب FA" و "الجنس" وكانت النتائج كما هي موضحة فيما يلي:

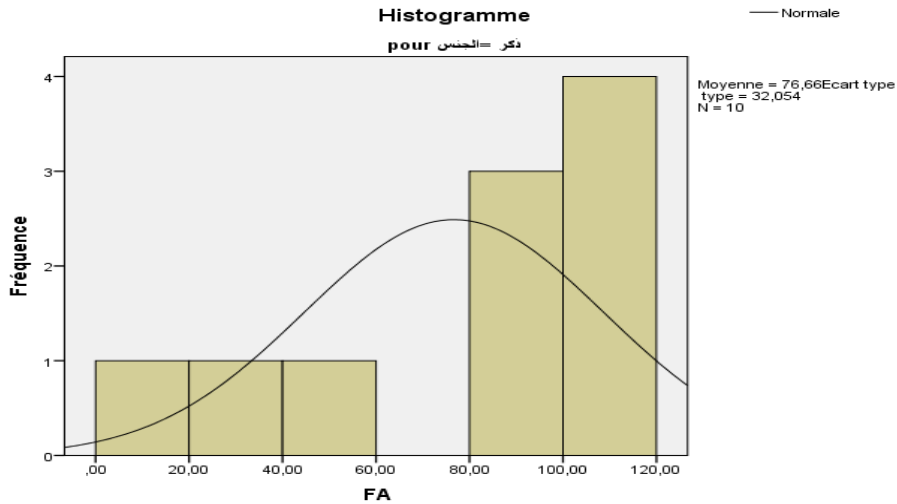
#### جدول رقم 100: اختبارات التوزيع الاعتدالي للجنسين حسب عرض التعب FA

##### Tests de normalité

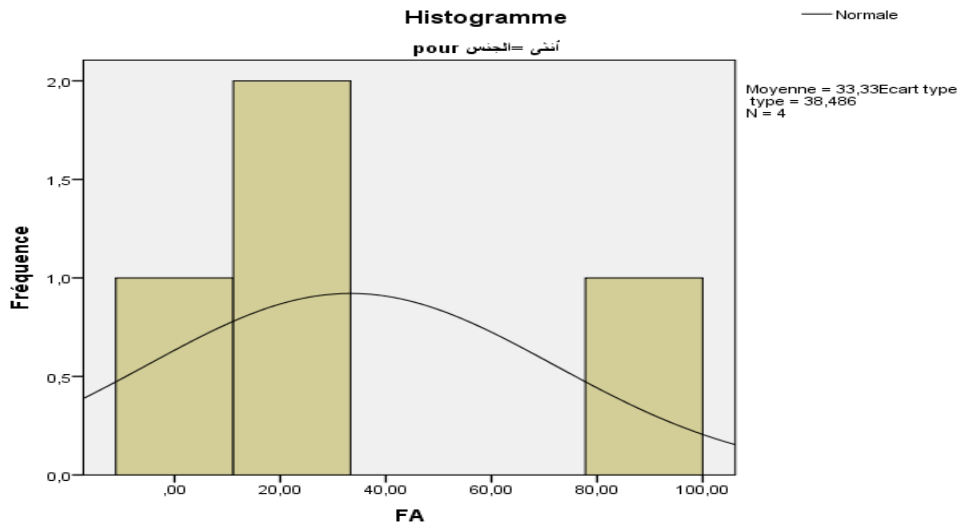
	الجنس	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistiques	ddl	Sig.	Statistiques	ddl	Sig.
FA	ذكر	,348	10	,001	,760	10	,005
	أنثى	,364	4	.	,840	4	,195

a. Correction de signification de Lilliefors

من خلال قيم الدلالة الموضحة في الجدول وهي (0.001) و(0.005) يظهر أن التوزيع ليس اعتدالياً، وكذا الشكلين الموائين يظهران قيم شاذة للجنسين، وبالتالي نختار الاختبار اللامعلمي "Mann-Whitney" لقياس العلاقة الارتباطية بين الجنس والتعب FA.



شكل رقم 27: توزيع الذكور حسب عرض التعب FA



شكل رقم 28: توزيع الإناث حسب عرض التعب FA

جدول رقم 101: متوسطات رتب الجنسين حسب عرض التعب FA

Rangs

	الجنس	N	Rang moyen	Somme des rangs
FA	ذكر	10	8,85	88,50
	أنثى	4	4,13	16,50
	Total	14		

جدول رقم 102: اختبار "Mann-Whitney" للفروق بين الجنسين حسب عرض التعب FA

Tests statistiques<sup>a</sup>

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte [2*(sig. unilatérale)]
FA	6,500	16,500	-1,955	,051	,054 <sup>b</sup>

a. Variable de regroupement : الجنس

b. Non corrigé pour les ex aequo.

من خلال الجدول السابق يبدو أن قيمة الدلالة (0.054) مساوية لقيمة مستوى الدلالة (0.05)، ومنه نرفض الفرض الصفري ونقبل الفرض البديل الذي ينص على وجود فروق ذات دلالة معنوية في متوسطات الرتب بين الجنسين حسب عرض التعب، والفرق لصالح الذكور كما هو موضح في الجدول رقم (101)، فمتوسط رتب الذكور بلغ ( 8.85 ) وهو أكبر من متوسط رتب الإناث الذي بلغت قيمته (4.13)، فالفرق واضح بين القيمتين، وبالتالي فالرجال المصابون بسرطان الرئة يشعرون بالتعب أكثر من النساء المصابات بسرطان الرئة.

➤ ولهذا أردنا معرفة ما إذا كان لعرض "التعب FA" علاقة ارتباطية "بالسن"، وكانت النتائج كما هي موضحة فيما يلي:

جدول رقم 103: قيم النزعة المركزية لمتغير السن لمرضى سرطان الرئة

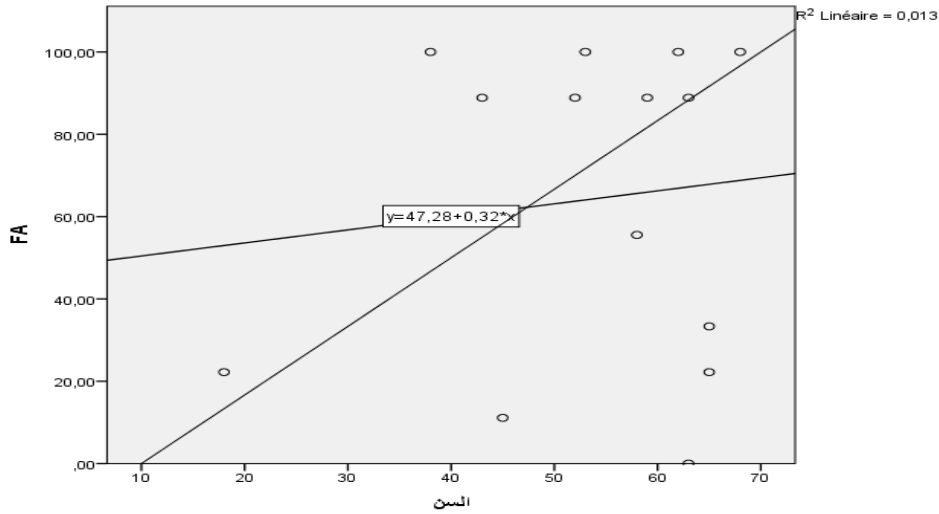
#### Statistiques

السن

N		Moyenne	Médiane	Mode	Minimu m	Maximu m
Valide	Manquant					
14	0	53,71	58,50	63 <sup>a</sup>	18	68

a. Présence de plusieurs modes. La plus petite valeur est affichée.

فكما هو موضح في الجدول السابق فقيم السن عند مجموعة البحث متفاوتة فيما بينها فأعلى قيمة بلغت 68 سنة وأقل قيمة 18 سنة ، بمتوسط حسابي 53.71 ، ووسيط 58.50، ومنوال 63.



شكل رقم 29: لوحة الانتشار للعلاقة بين السن والتعب FA

الشكل يظهر أن المتغيرين لا يتبعان علاقة خطية ، ولهذا سنستخدم اختبار اللابرامتري "Spearman" كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم 104: اختبار "Spearman" للعلاقة الارتباطية بين السن وعرض التعب FA

Corrélations

	Rho de Spearman					
	السن			FA		
	Coefficient de corrélation	Sig. (bilatéral)	N	Coefficient de corrélation	Sig. (bilatéral)	N
السن	1,000	.	14	-,020	,945	14
FA	-,020	,945	14	1,000	.	14

من خلال معطيات الجدول التي تظهر قيمة دلالة (0.945) وهي أكبر من قيمة مستوى دلالة (0.05)، وبالتالي نقبل الفرض الصفري الذي ينص على عدم وجود علاقة ارتباطية بين المتغيرين، إذن السن ليس له علاقة بشعور مرضى سرطان الرئة بالتعب.

➤ ثم أردنا التحقق من علاقة "التعب FA" "بالحالة المدنية"، يعني هل هناك فروق في عرض التعب

تعزى للحالة المدنية للمريض، فاتبعنا الخطوات التالية:

جدول رقم 105: اختبارات التوزيع الاعتمادي لمتغير الحالة المدنية حسب عرض التعب FA

Tests de normalité<sup>b</sup>

	الحالة	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistiques	ddl	Sig.	Statistiques	ddl	Sig.
FA	عزباء	,260	2	.			
	متزوج	,327	11	,002	,788	11	,007

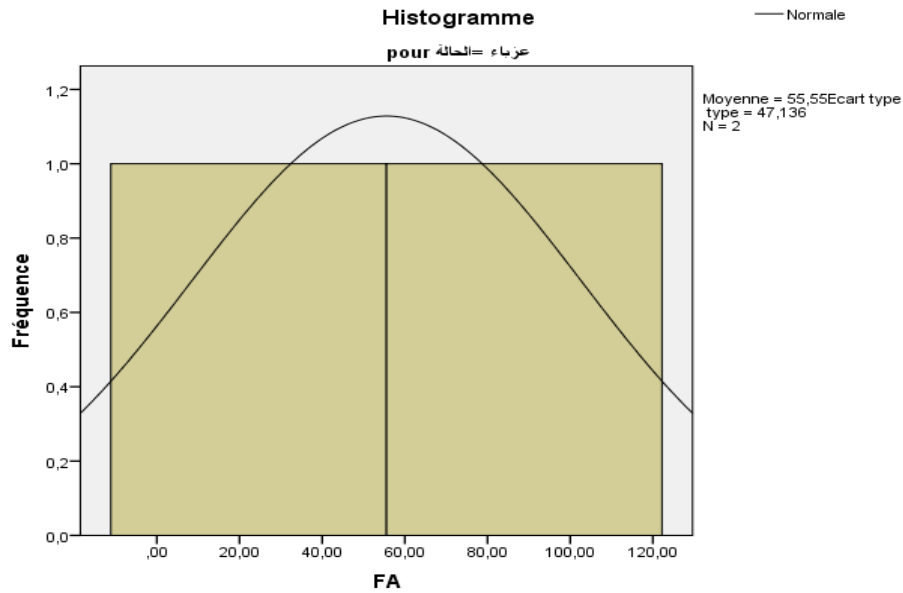
a. Correction de signification de Lilliefors

b. FA ثابت عند الحالة = أرمل. لقد تم حذفه.

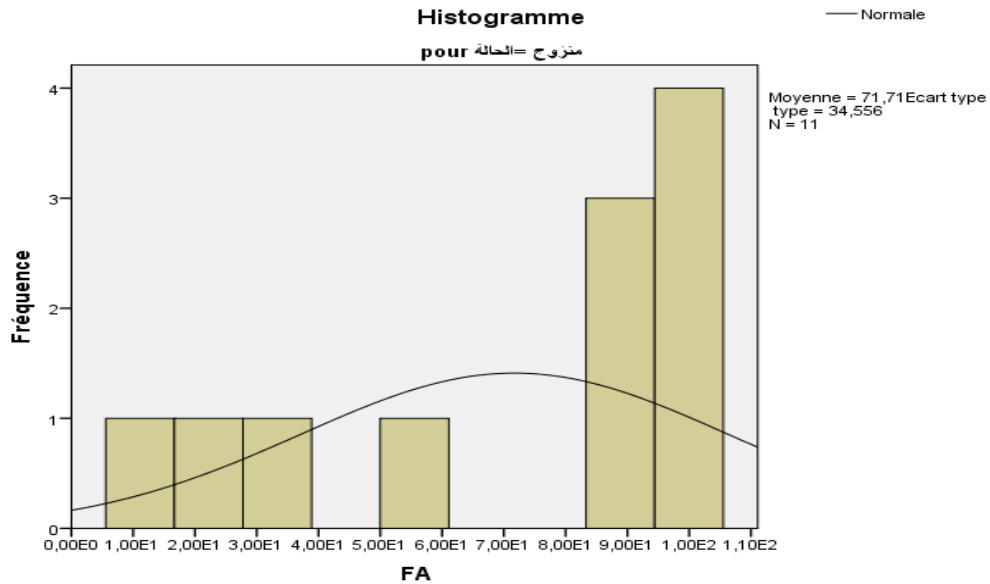
من خلال الجدول يظهر أن التوزيع ليس اعتدالياً لأن قيمة دلالة اختبار "Kolmogorov-Smirnov" للاعتدالية بلغت (0.002)، وكذا قيمة اختبار "Shapiro-Wilk" (0.007)، وهما قيمتان أصغر من

قيمة مستوى دلالة (0.05) . وكذا الشكلين المواليين يظهران قيم شاذة للجنسين، وبالتالي نختار الاختبار

اللامعلمي "Kruskal Wallis" لتحديد الفروق بين مجموعات الحالة المدنية حسب التعب FA



شكل رقم 30: توزيع الحالة المدنية "عزب" حسب التعب FA



شكل رقم 31: توزيع الحالة المدنية "متزوج" حسب التعب FA

جدول رقم 106: متوسطات الرتب للحالة المدنية حسب التعب FA

Rangs

	FA			
	الحالة المدنية			
	عزباء	متزوج	أرمل	Total
N	2	11	1	14
Rang moyen	6,00	8,36	1,00	

جدول رقم 107: اختبار "Kruskal Wallis" للفروق بين الحالة المدنية حسب التعب FA

Tests statistiques<sup>a,b</sup>

	Khi-deux	ddl	Sig. asymptotique
FA	3,292	2	0,193

a. Test de Kruskal Wallis

b. Variable de regroupement: الحالة المدنية<sup>a,b</sup>

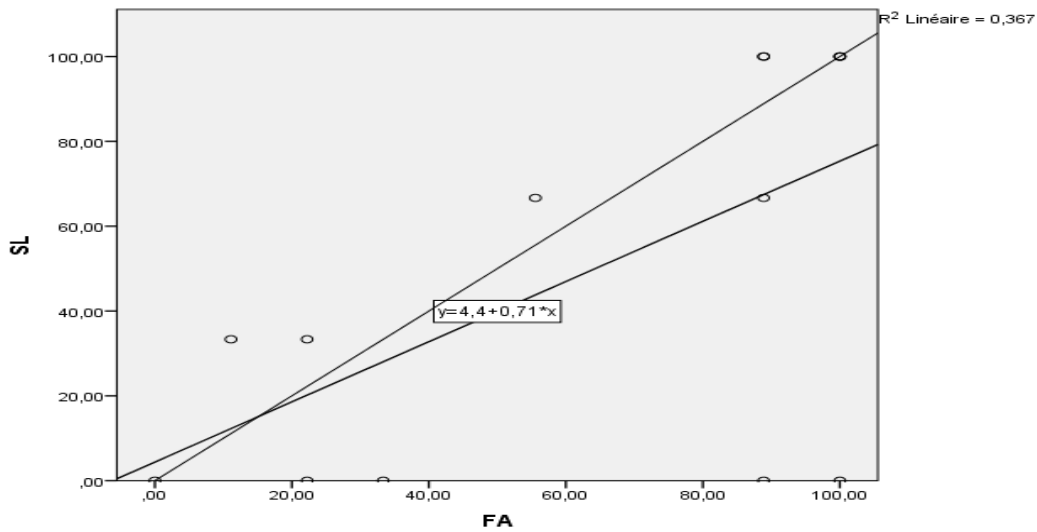
يبدو من خلال جدول "Kruskal Wallis" أن قيمة الدلالة (0.193) أكبر من قيمة مستوى الدلالة (0.05)، ومنه نقبل الفرض الصفري الذي ينص على أنه لا يوجد فروق بين مجموعات الحالة المدنية تعزى لمتغير التعب، أي أن كل مجموعات الحالة المدنية سواء كان متزوج أو أعزب أو أرمل لهم تقريبا نفس الشعور بعرض التعب، ومتوسطات الرتب تؤكد على عدم وجود فروق معنوية بينها.

ويعتبر التعب من أكثر الأعراض التي يتم الإبلاغ عنها بشكل متكرر عند مرضى سرطان الرئة طوال فترة المرض ، وتوصي جميع التوجيهات الدولية بالفحص المبكر للإجهاد المرتبط بالسرطان (CRF) والأعراض التي يمكن أن تؤثر على نوعية حياة المرضى الذين يعانون من سرطان الرئة، وينتمي التعب إلى مجموعة أعراض الألم والاكتئاب والأرق ، والتي يتم ملاحظتها بشكل متزامن في وقت واحد، ولكن

عادة ما يتم التعامل معها على أنها منفصلة على الرغم من أنها قد يكون لها آليات بيولوجية مشتركة. وبظل علاج الإجهاد المرتبط بالسرطان (CRF) أحد المجالات الصعبة في مجال الأورام، حيث تدعم الأدلة النادرة العلاجات الدوائية ، في حين تشير بعض البيانات المثيرة للاهتمام إلى وجود علاجات بديلة ويبدو أن التمارين الرياضية هي واحدة من أكثر المناهج فعالية بالنسبة لعلاج الإجهاد المرتبط بالسرطان في أي مرحلة من مراحل سرطان الرئة (Simona Carnio,2016).

وبما أن كل أفراد مجموعة البحث المصابين بسرطان الرئة في مرحلة العلاج الكيميائي، والذي يسبب هو بدوره تعباً يصفه المرضى بأنه الانعدام التام للطاقة، كما يصفون حالتهم بالإنهاك، وأن الشعور بالتعب أكثر من أي وقت في حياتهم.

➤ وللتأكد من علاقة "التعب FA" و"الأرق SL"، اتبعنا الخطوات التالية:



شكل رقم 32: لوحة الانتشار للعلاقة بين التعب FA والأرق SL

يظهر من خلال الشكل أن البيانات تنتشر وفق علاقة خطية وبالتالي نستخدم الاختبار المعلمي

"Pearson" وفق الجدول التالي:

جدول رقم 108: معامل ارتباط Pearson لعرضي التعب FA والأرق SL

Corrélations

	FA			SL		
	Corrélacion de Pearson	Sig. (bilatérale)	N	Corrélacion de Pearson	Sig. (bilatérale)	N
FA	1		14	,606*	,022	14
SL	,606*	,022	14	1		14

\*. La corrélacion est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

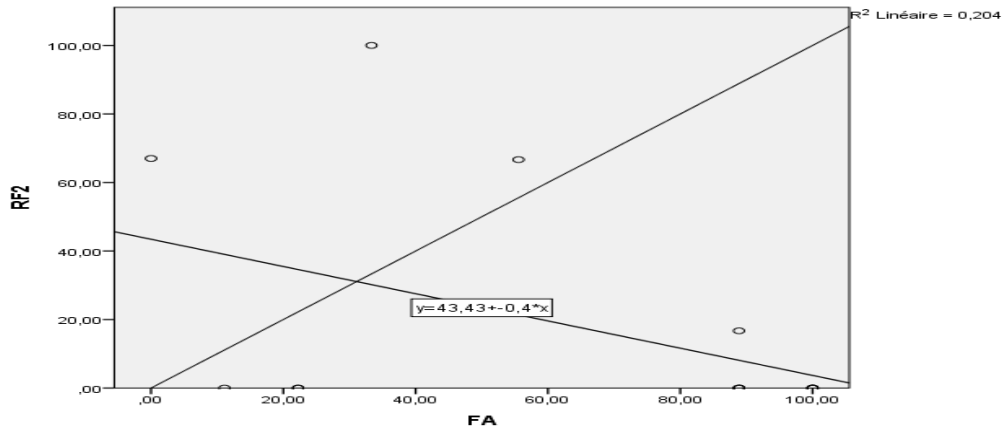
يبدو من خلال الجدول السابق أن قيمة "Pearson" التي تساوي (0.606) هي قيمة متوسطة موجبة دالة عند مستوى دلالة (0.05)، وبما أن قيمة الدلالة (0.022) أصغر من (0.05)، إذن نرفض الفرض الصفري ونقبل الفرض البديل الذي ينص على وجود علاقة بين عرضي التعب والأرق، أي كلما زاد الأرق زاد التعب والعكس صحيح. وهي نفس نتائج الدراسة التي عرضناه سابقاً للباحث Simona "Carnio".

وفي دراسة وصفية ارتباطية لـ ( Dean GE et al,2013 ) لتقييم النوم، المزاج ونوعية الحياة لدى المرضى الذين يتلقون العلاج من سرطان الرئة، حيث شملت 35 مرض سرطان الرئة لعيادتين متقلبتين للأورام، وتم استخدام الأدوات التالية لجمع المعلومات "مؤشر نوعية النوم" (Sleep Quality Index) (PSQI)، مقياس القلق والاكتئاب بالمستشفى "Hospital Anxiety and Depression Scale"، التقييم الوظيفي لعلاج سرطان الرئة " (FACT-L) Functional Assessment of Cancer Treatment-Lung"، مفكرة النوم "a sleep diary"، "motionlogger actigraph". وتوصلوا إلى الرغم من أن المرضى الذين يعانون من سرطان الرئة قد يبلغون عن نوعية نوم مقبولة بشكل عام عند تقييمهم من خلال سؤال واحد، فإن هؤلاء المرضى أنفسهم قد لا يزال لديهم زيادة في النوم بشكل ملحوظ أو انخفاض وقت النوم

الإجمالي، وتشير النتائج إلى تعقيد اضطرابات النوم لدى مرضى سرطان الرئة. كما كان لأعراض سرطان الرئة ارتباط قوي بالنوم أكثر من المزاج. حيث يتعرض المرضى الذين يتلقون العلاج من سرطان الرئة إلى مخاطر متزايدة لاضطرابات النوم وسيستفيدون من تقييم النوم الروتيني وإدارته. بالإضافة إلى ذلك ، قد يؤدي تقييم الأعراض الشائعة وإدارتها إلى تحسين النوم، وفي النهاية إلى تحسين نوعية الحياة QOL. ولقد كان واضحاً تواتر اضطرابات النوم عند المرضى الذين يتلقون العلاج من سرطان الرئة ، وكان الذين لديهم مستوى نوعية حياة منخفضة فترة نوم أقل. ولهذا قد تكون اضطرابات النوم أكثر ارتباطاً بأعراض سرطان الرئة من القلق أو الاكتئاب. وبالتالي قد يؤدي تحسين أعراض سرطان الرئة مثل ضيق التنفس إلى تحسين النوم عندهم.

➤ بعد ذلك قمنا بحساب العلاقة بين "التعب FA" و"الأداء الوظيفي RF2" والذي مثل أقل قيمة في

الأبعاد الوظيفية.



شكل رقم 33: لوحة الانتشار للعلاقة بين التعب FA والأداء الوظيفي RF2

يبدو من لوحة الانتشار أن البيانات لا تتبع العلاقة الخطية في التوزيع، كما يظهر من خلال الشكل أن

العلاقة عكسية بينهما، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم 109: معامل Spearman للعلاقة الارتباطية بين التعب FA والأداء الوظيفي RF2

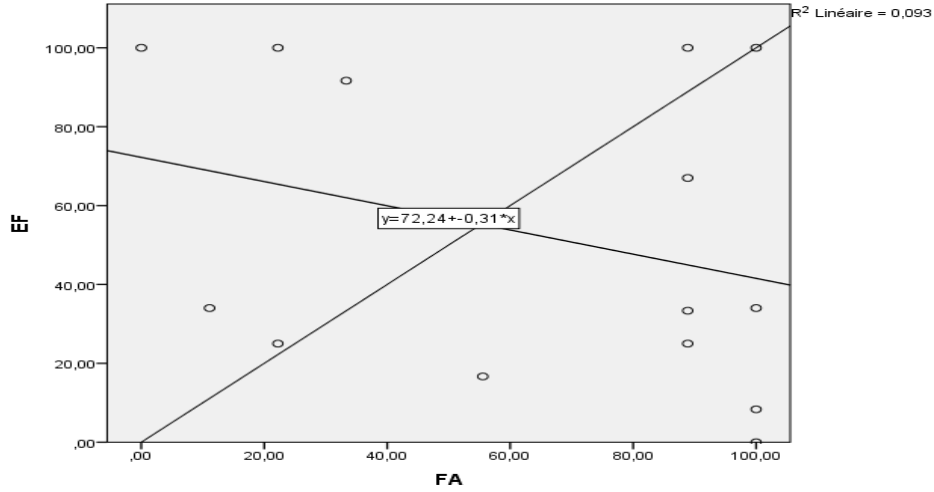
Corrélations

	Rho de Spearman					
	RF2			FA		
	Coefficient de corrélation	Sig. (bilatéral)	N	Coefficient de corrélation	Sig. (bilatéral)	N
RF2	1,000	.	14	-,419	,136	14
FA	-,419	,136	14	1,000	.	14

من خلال نتائج الجدول أظهر أن قيمة "Spearman" بلغت (-0,419) وهي قيمة متوسطة سالبة، أي هناك علاقة عكسية بين التعب والأداء الوظيفي ، ولكنها غير دالة عند مستوى دلالة (0.05)، بمعنى العلاقة موجودة بالصدفة، والصدفة هنا لا تعني الخطأ في الحساب بل هي خطأ في المعاينة وبالصدفة وجدنا خصائص مجموعة البحث تحوي على هذه العلاقة العكسية. إذن كلما زاد التعب تدنى معه الأداء الوظيفي.

إذن فانخفاض قيمة "الأداء الوظيفي RF2" بـ (17.88) يعود إلى ارتفاع قيمة عرض "التعب FA" بـ (64.28)، ومنه فمرضى سرطان الرئة يعانون من انخفاض في الأداء الوظيفي "RF2" نتيجة لشعورهم بالتعب.

➤ والآن سنقوم بحساب العلاقة بين "التعب" و"الأداء العاطفي EF" ، فكما عرضنا سابقا في دراسة "Simona Carnio" فالتعب له علاقة بالاكنتاب، والأداء العاطفي في دراستنا الحالية يتمثل في الشعور "بالتوتر، القلق، الانزعاج والاكنتاب".



شكل رقم 34: لوحة الانتشار للعلاقة بين التعب FA والأداء العاطفي EF

يبدو من لوحة الانتشار أن البيانات لا تتبع العلاقة الخطية في التوزيع، كما يظهر من خلال الشكل أن العلاقة عكسية بينهما، والجدول التالي يوضح ذلك

جدول رقم 110: معامل Spearman للعلاقة الارتباطية بين التعب FA والأداء العاطفي EF  
Corrélations

	Rho de Spearman					
	EF			FA		
	Coefficient de corrélation	Sig. (bilatéral)	N	Coefficient de corrélation	Sig. (bilatéral)	N
EF	1,000	.	14	-,333	,245	14
FA	-,333	,245	14	1,000	.	14

من خلال نتائج الجدول أظهر أن قيمة "Spearman" بلغت (-0.333) وهي قيمة منخفضة سالبة، أي هناك علاقة عكسية متوسطة بين التعب والأداء العاطفي، ولكنها غير دالة عند مستوى دلالة (0.05)، بمعنى أن العلاقة موجودة بالصدفة، والصدفة هنا لا تعني الخطأ في الحساب بل هي خطأ في المعاينة

وبالصدفة وجدنا خصائص مجموعة البحث تحوي على هذه العلاقة العكسية. إذن كلما زاد التعب انخفض معه الأداء العاطفي.

➤ بعد ذلك أردنا معرفة إذا كان هناك فروق بين "الجنسين" في عرض "الألم PA". واتبنا الخطوات التالية:

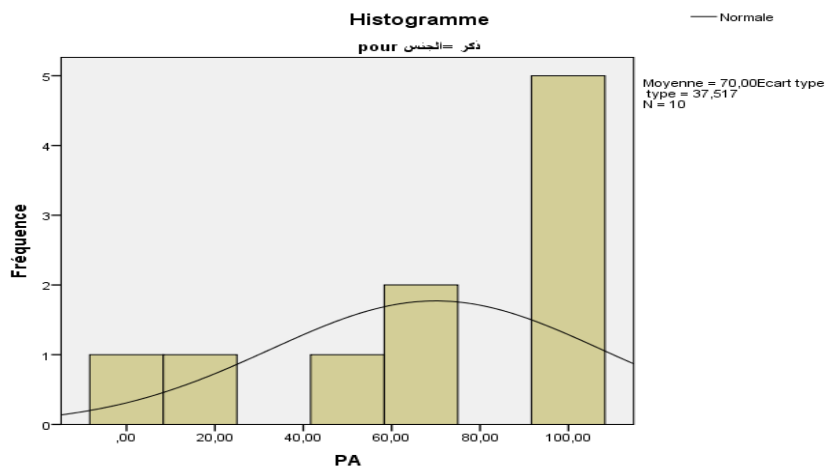
### جدول رقم 111: اختبارات التوزيع الاعتدالي لمتغير الجنس حسب عرض الألم PA

#### Tests de normalité

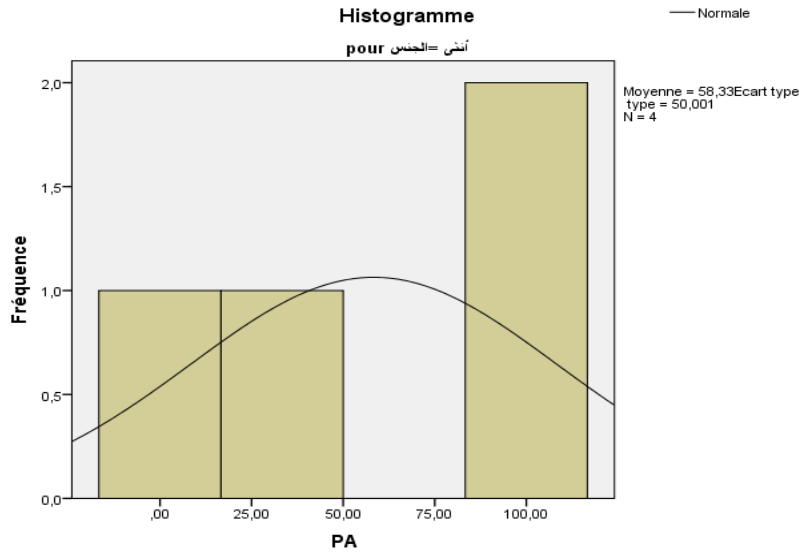
	الجنس	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistiques	ddl	Sig.	Statistiques	ddl	Sig.
PA	ذكر	,288	10	,018	,804	10	,016
	أنثى	,298	4	.	,849	4	,224

a. Correction de signification de Lilliefors

من خلال الجدول يظهر أن التوزيع ليس اعتدالياً لأن قيمة دلالة اختبار "Kolmogorov-Smirnov" للاعتدالية بلغت قيمته (0.018) وكذا قيمة اختبار "Shapiro-Wilk" قيمته (0.016)، وهما قيمتان أصغر من قيمة مستوى دلالة (0.05). وكذا الشكلين الموليين يظهران قيم شاذة للجنسين، وبالتالي نختار الاختبار اللامعلمي "Kruskal Wallis" لتحديد الفروق بين الجنسين حسب عرض الألم PA.



شكل رقم 35: توزيع الذكور حسب عرض الألم PA



شكل رقم 36: توزيع الإناث حسب عرض الألم PA

جدول رقم 112: متوسطات الرتب للجنسين حسب عرض الألم PA

Rangs

	الجنس	N	Rang moyen :	Somme des rangs
PA	ذكر	10	7,75	77,50
	أنثى	4	6,88	27,50
	Total	14		

جدول رقم 113: اختبار "Mann-Whitney" للفروق بين الجنسين حسب عرض الألم PA

Tests statistiques<sup>a</sup>

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte [2*(sig. unilatérale)]
PA	17,500	27,500	-,378	,705	,733 <sup>b</sup>

a. Variable de regroupement : الجنس

b. Non corrigé pour les ex aequo.

يظهر من خلال قيمة الدلالة الموضحة في الجدول وهي (0.733)، والتي هي أكبر من قيمة مستوى الدلالة (0.05)، تدل على أنه لا يوجد فروق بين الجنسين تعزى لعرض الألم، وجدول متوسطات الرتب يؤكد ذلك، فنجد متوسط رتب للذكور (7.75) وللإناث (6.88)، حيث نلاحظ أنه لا توجد فروق معنوية بينهما. أي أن كلا الجنسين لديهما قيمة أكثر من المتوسط في عرض الشعور بالألم وهي (66.66)، والمناطق في الجسم التي كانوا يحسون فيها بالألم تمثلت في ( الظهر، الجنب الأيمن، المفاصل والمفصل العجزي، الساقين، الكتف)، على العموم فقد اشتكى معظم مرضى سرطان الرئة من آلام على مستوى الظهر. وهذا ما توصلت إليه دراسة (Lütfiye Pirbudak et al, 2013) من جامعة "غازي عنتاب، كلية الطب، تركيا" حول (خصائص الألم عند مرضى سرطان الرئة، Characteristics of pain in lung cancer patients)، على عينة قوامها (216 مريضا) منهم (184 ذكور) و(32 إناث)، تم تحديد مناطق الألم عندهم في (الظهر، الكتفين، البطن العلوي، المفصل العجزي والساقين). وأظهرت النتائج أن ألم الاعتلال العصبي كان أكثر تواترا عند المرضى، وتم التحكم فيه بطرق طبية أو تدخلية عند جميع المرضى. حيث يعتبر سرطان الرئة من أكثر أنواع السرطان المسبب للألم عند المرضى، فتحدث 40% من الآلام الشديدة خلال فترة المرض.

❖ إذن نستنتج أن القيمة المتوسطة لبعدها (الصحة العامة/ نوعية الحياة "QL2") (48.21)، التي عبر عنها المصابين بسرطان الرئة في البندين (29 و30) والتي تُعنى بتقييم المريض لصحته ونوعية حياته تتوافق مع نتائج الأداء الوظيفي التي بلغت قيمة متوسطها بـ (48.29) والتي تدل على تحسن متوسط في نوعية الحياة، وتتوافق أيضا مع قيم أبعاد الأعراض حيث تراوحت أغلب قيمها بـ (33.33)، وهي قيمة تدل أيضا على تحسن في نوعية الحياة بانخفاض الأعراض المصاحبة للمرض، وعند جمع هذه القيم باستثناء قيمة الأعراض

باعتبارها قيمة جيدة كلما انخفضت ولكن إذا قمنا بجمعها مع باقي القيم فسوف تنقص من قيمة نوعية الحياة، فقمنا بطرح قيمتها من "100" واعتبرنا القيمة المتحصل عليها وهي (66.67) قيمة تدل على انخفاض في شدة الأعراض وتحسن في نوعية الحياة، فكانت النتيجة (54.59) وهذا يدل على مستوى متوسط لنوعية الحياة عند المرض المصابين بسرطان الرئة.

ومنه الفرضية التي تنص على انخفاض في مستوى نوعية الحياة لدى مرضى سرطان الرئة لم تتحقق. فكما هو ملاحظ فإن نوعية الحياة عندهم متوسطة.

#### 4- عرض ومناقشة الفرضية الجزئية الرابعة:

نص الفرضية: " يوجد فروق في مستوى نوعية الحياة لدى مرضى سرطان الثدي و سرطان الرئة بناءا على الجنس".

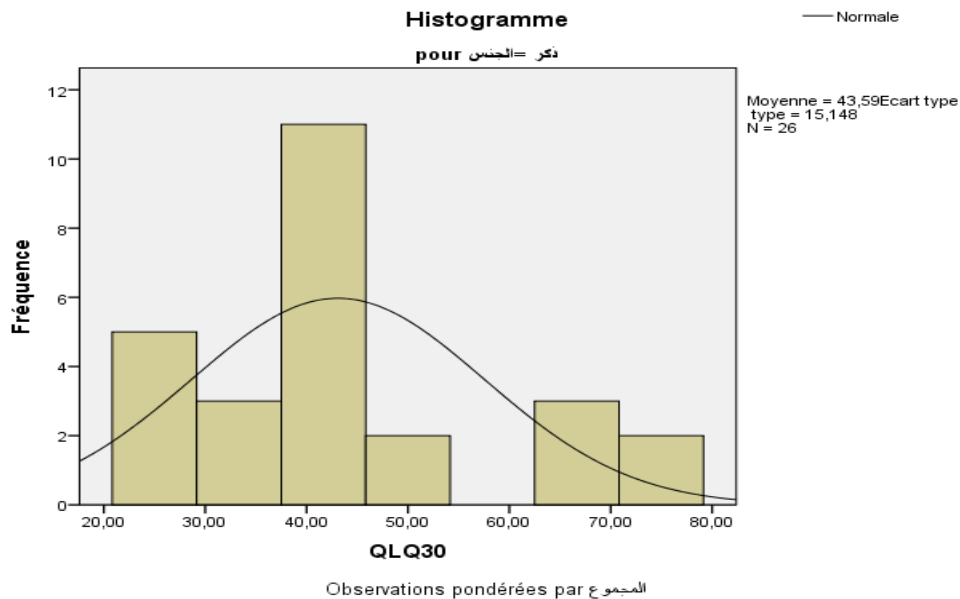
جدول رقم 114: اختبارات التوزيع الاعتدالي لمتغير الجنس حسب نوعية الحياة QOL

Tests de normalité

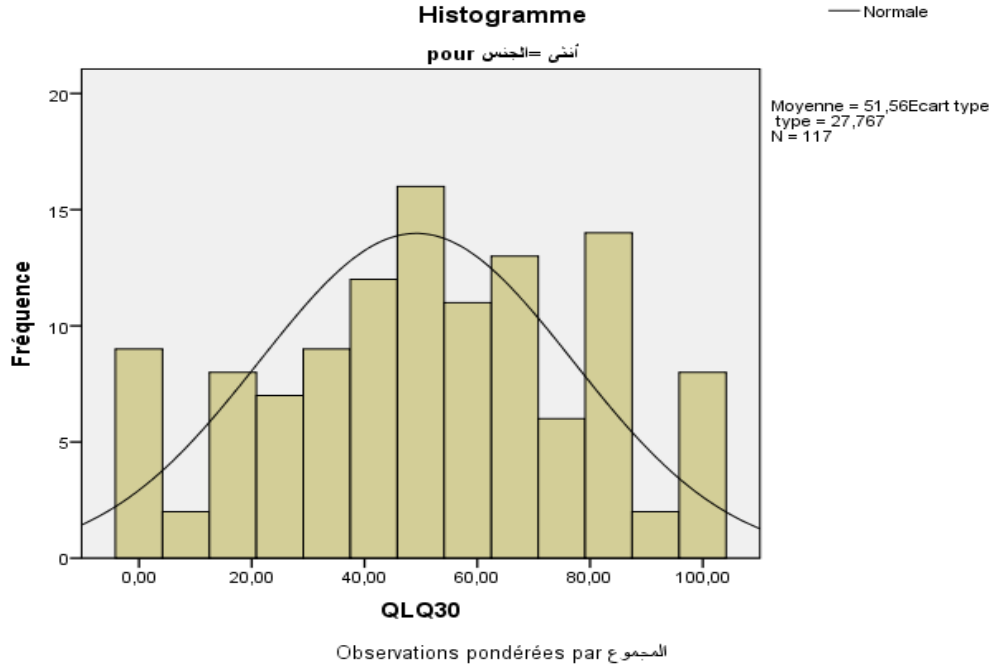
	الجنس	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistiques	ddl	Sig.	Statistiques	ddl	Sig.
QOL	ذكر	,281	26	,000	,859	26	,002
	أنثى	,079	117	,071	,964	117	,003

a. Correction de signification de Lilliefors

من خلال الجدول يظهر أن التوزيع ليس اعتداليا لأن قيمة دلالة اختبار "Kolmogorov-Smirnov" للاعتدالية بلغت قيمته (0.000) وكذا قيمة اختبار "Shapiro-Wilk" قيمته (0.002) (0.003) ، وهي قيم أصغر من قيمة مستوى دلالة (0.05) . وكذا الشكلين الموليين يظهران قيم شاذة للجنسين، وبالتالي نختار الاختبار اللامعلمي "Mann-Whitney" لتحديد الفروق بين الجنسين حسب نوعية الحياة.



شكل رقم 37: توزيع الذكور حسب نوعية الحياة QOL



شكل رقم 38: توزيع الإناث حسب نوعية الحياة QOL .

جدول رقم 115: متوسطات الرتب للجنسين حسب نوعية الحياة QOL .

Rangs

	الجنس	N	Rang moyen	Somme des rangs
QOL	ذكر	26	59,13	1537,50
	أنثى	117	74,86	8758,50
	Total	143		

جدول رقم 116: اختبار "Mann-Whitney" للفروق بين الجنسين حسب نوعية الحياة QOL.  
Tests statistiques<sup>a</sup>

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asymptotique (bilatérale)
QOL	1186,500	1537,500	-1,760	,078

a. Variable de regroupement : الجنس

يظهر من خلال قيمة الدلالة الموضحة في الجدول وهي (0.078)، والتي هي أكبر من قيمة مستوى الدلالة (0.05)، تدل على أنه لا يوجد فروق بين الجنسين تعزى لمتغير نوعية الحياة، وجدول متوسطات الرتب يؤكد ذلك، فنجد متوسط رتب للذكور (59,13) وللإناث (74,86)، حيث نلاحظ أنه لا توجد فروق معنوية بينهما. أي أن كلا الجنسين لديهما قيمة متوسط على مستوى نوعية الحياة لديهم. ودراسة " Ali Dehkordi et al (2009) تؤكد ذلك (أنظر الإشكالية).

ومن الفرضية الجزئية الرابعة لم تتحقق، حيث لم نجد فروق في مستوى نوعية الحياة لدى مرضى سرطان الثدي و سرطان الرئة بناء على الجنس.

## 5- عرض ومناقشة الفرضية الجزئية الخامسة:

نص الفرضية: " يوجد فروق في مستوى نوعية الحياة لدى مرضى سرطان الثدي و سرطان الرئة بناءا على مستوى التعليم".

جدول رقم 117: اختبارات التوزيع الاعتدالي لمتغير المستوى الدراسي حسب نوعية الحياة QOL

Tests de normalité<sup>b</sup>

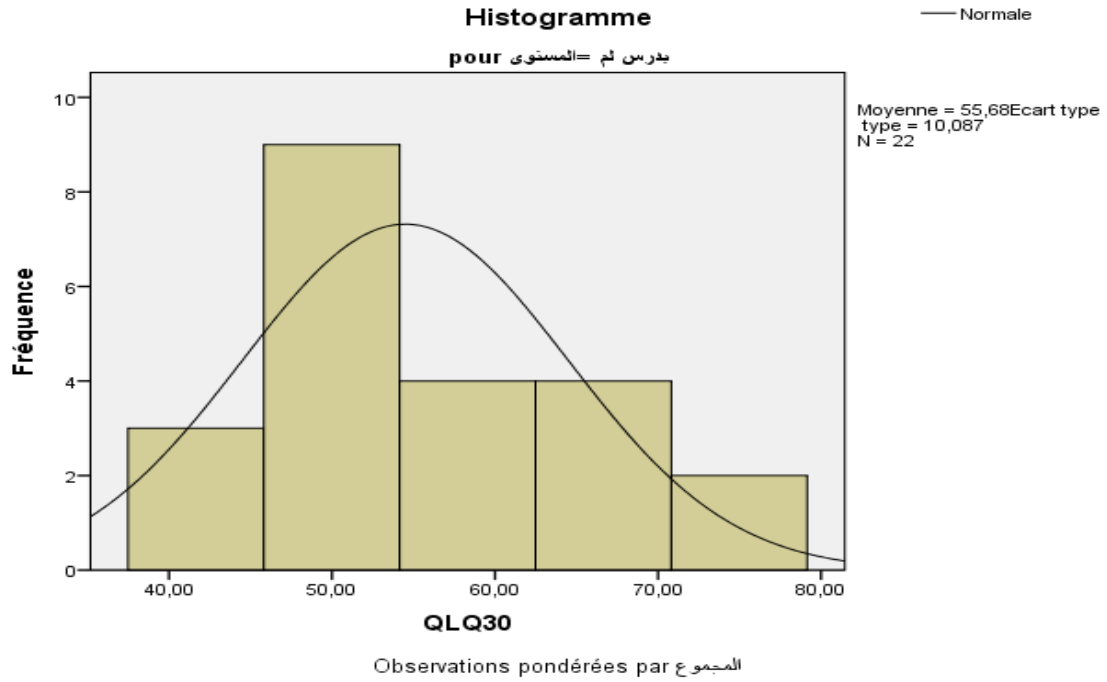
	المستوى الدراسي	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistiques	ddl	Sig.	Statistiques	ddl	Sig.
QOL	لم يدرس	,259	22	,000	,892	22	,020
	ابتدائي	,268	15	,005	,844	15	,014
	متوسط	,200	48	,000	,931	48	,007
	ثانوي	,188	43	,001	,903	43	,002
	عليا دراسات	,150	13	,200*	,933	13	,369

\*. Il s'agit de la borne inférieure de la vraie signification.

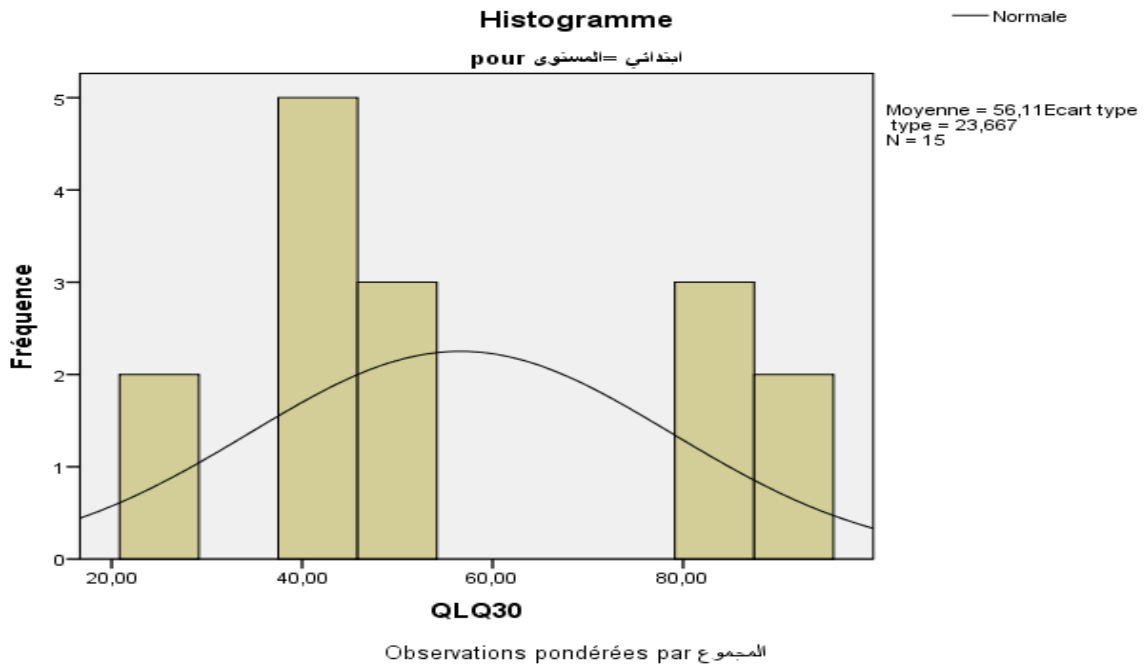
a. Correction de signification de Lilliefors

b. QOL est une constante lorsque المستوى الدراسي = جامعي. Elle a été omise.

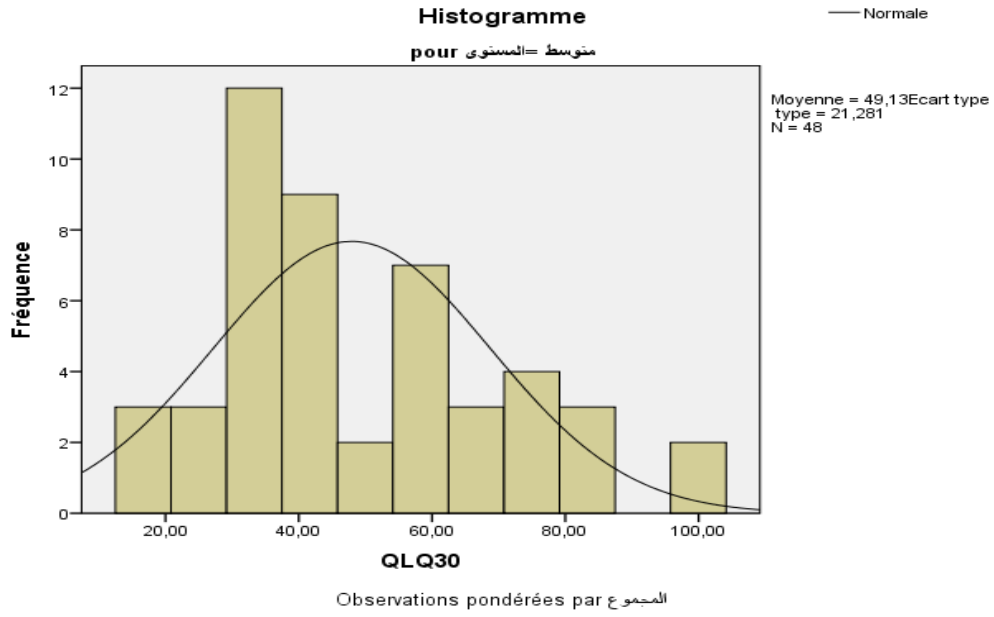
من خلال الجدول يظهر أن التوزيع ليس اعتداليا لأن قيم دلالة اختبار "Kolmogorov-Smirnov" للاعتدالية بلغت (0.000)، (0.005)، (0.000)، (0.001) بالنسبة للمستويات ( لم يدرس، ابتدائي، متوسط، ثانوي) على الترتيب، وكذا قيم اختبار "Shapiro-Wilk" (0.014)، (0.020)، (0.007)، (0.002) للمستويات سابقة الذكر، وهي قيم أصغر من قيمة مستوى دلالة (0.05). بينما نلاحظ وجود تجانس في مستوى الدراسات العليا بقيمة أكبر من قيمة مستوى الدلالة (0.200)، وكذا الأشكال الموائية تظهر قيم شاذة للمستويات الغير متجانسة، وبالتالي نختار الاختبار اللامعلمي "Kruskal Wallis" لتحديد الفروق بين المستويات الدراسية حسب نوعية الحياة.



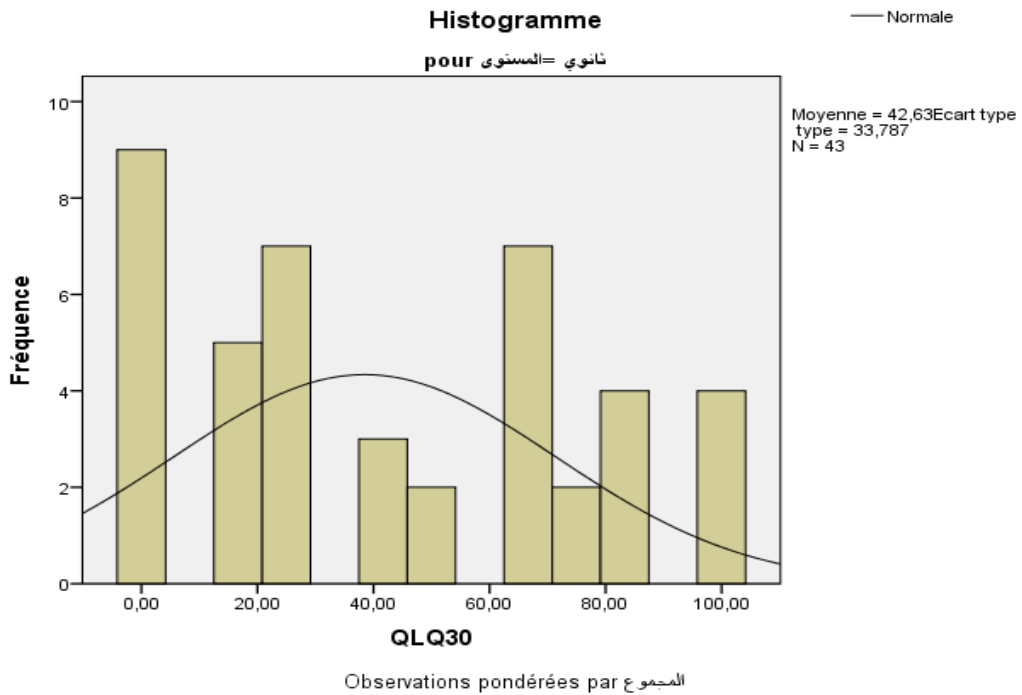
شكل رقم 39: توزيع مجموعة "لم يدرس" حسب نوعية الحياة QOL .



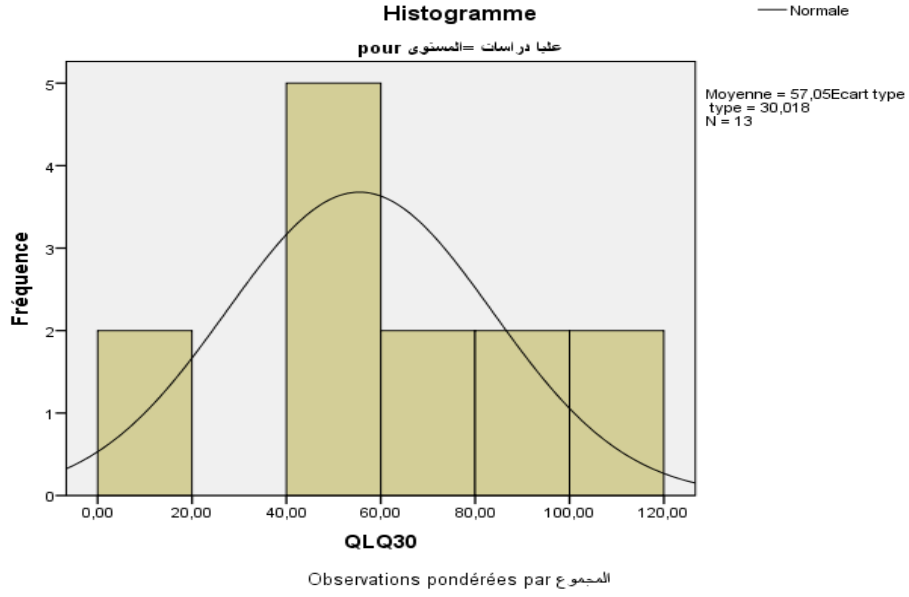
شكل رقم 40: توزيع المستوى الدراسي "الابتدائي" حسب نوعية الحياة QOL .



شكل رقم 41: توزيع المستوى الدراسي "متوسط" حسب نوعية الحياة QOL .



شكل رقم 42: توزيع المستوى الدراسي "الثانوي" حسب نوعية الحياة QOL .



شكل رقم 43: توزيع المستوى الدراسي "دراسات عليا" حسب نوعية الحياة QOL .

جدول رقم 118: متوسطات الرتب للمستويات الدراسية حسب نوعية الحياة QOL .

Rangs

	المستوى الدراسي	N	Rang moyen
QOL	لم يدرس	22	84,07
	ابتدائي	15	80,07
	متوسط	48	68,33
	ثانوي	43	61,31
	جامعي	2	126,50
	عليا دراسات	13	82,77
	Total	143	

## جدول رقم 119: اختبار "Kruskal Wallis" للفروق بين مستويات الدراسة حسب نوعية الحياة QOL

Tests statistiques<sup>a,b</sup>

	Khi-deux	ddl	Sig. asymptotique
QOL	10,124	5	,072

a. Test de Kruskal Wallis

b. Variable de regroupement : المستوى الدراسي

يظهر من خلال قيمة الدلالة الموضحة في الجدول وهي (0.072)، والتي هي أكبر من قيمة مستوى الدلالة (0.05)، تدل على أنه لا يوجد فروق بين مستويات الدراسة تعزى لمتغير نوعية الحياة، وجدول متوسطات الرتب يؤكد ذلك، حيث نلاحظ أنه لا توجد فروق معنوية بينهم.

وهذا ما توصلت إليه دراسة " Heydar nejad et al " (2011)، حيث أشارت النتائج إلى عدم وجود ارتباط بين نوع السرطان ومستوى التعليم. وكذا دراسة " Ali Dehkordi et al " (2009) (انظر الاشكالية)

ومن الفرضية الجزئية الخامسة لم تتحقق، حيث لم نجد فروق في مستوى نوعية الحياة لدى

مرضى سرطان الثدي و سرطان الرئة بناء على مستوى التعليم.

## 6- عرض ومناقشة الفرضية الجزئية السادسة:

نص الفرضية: "يوجد فروق في مستوى نوعية الحياة لدى مرضى سرطان الثدي و سرطان الرئة بناء على الحالة المدنية".

جدول رقم 120: اختبارات التوزيع الاعتدالي لمتغير الحالة المدنية حسب نوعية الحياة QOL

### Tests de normalité

	الحالة المدنية	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistiques	ddl	Sig.	Statistiques	ddl	Sig.
QOL	عزباء	,159	24	,120	,944	24	,204
	متزوج	,111	113	,002	,967	113	,007
	أرمل	,288	6	,130	,804	6	,064

a. Correction de signification de Lilliefors

يبدو من خلال قيم الدلالة الموضحة في الجدول بالنسبة (للعزباء، 0.120) و (الأرمل، 0.130) وهي أكبر من (0.05)، تدل على وجود تجانس في هذين المجموعتين، ولكن بالمقابل نجد (المتزوج، 0.002) وهي أصغر من (0.05) وبالتالي لا يوجد تجانس في هذه المجموعة، أي أننا سنطبق اختبار تحليل التباين الأحادي "ANOVA"، ولكن لابد من قراءة الجدول البعدي لتحديد الفروق بالنسبة لمجموعة المتزوجين. والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم 121: اختبار ANOVA للحالة المدنية حسب نوعية الحياة QOL

### ANOVA

QOL

	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
داخل المجموعات	6516,742	2	3258,371	5,068	,007
بين المجموعات	90008,812	140	642,920		
Total	96525,554	142			

من خلال الجدول السابق بقيمة دلالة (0.007) والتي هي أكبر من قيمة مستوى الدلالة (0.05)، تدل على عدم وجود فروق بين مجموعات الحالة المدنية تعزى للمستوى نوعية الحياة، ولكن بعد قراءة جدول الاختبار البعدي لـ "Scheffé" (أنظر الجدول رقم 122)، نلاحظ وجود فروق دالة إحصائية بين مجموعة المتزوجين ومجموعة العزباء، بقيمة دلالة (0.010) وهي أصغر من (0.05)، ولكي نتعرف لصالح من يكمن الفرق قمنا بأجراء اختبار "Mann-Whitney" للفروق بين المجموعتين، فكانت قيمة دلالاته (0.002) (أنظر الجدول رقم 124)، والتي هي أقل من (0.05) أي أن الفرق دال بين المجموعتين (متزوج/ أعزب)، والفرق لصالح مجموعة (عزباء) بأكبر متوسط رتب قدر بـ (91.44) (أنظر الجدول رقم 123)، وذلك يعني أن مجموعة العزباء أو الأعزب لهم نوعية حياة مرتفعة مقارنة بمجموعة المتزوجين.

#### جدول رقم 122: الاختبار البعدي Scheffé لمجموعات الحالة المدنية حسب نوعية الحياة QOL

Comparaisons multiples :

Variable dépendante: QOL

Scheffé

الحالة المدنية (I) (J) الحالة المدنية (I)	Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	Sig.	Intervalle de confiance à 95 %	
				Borne inférieure	Borne supérieure
متزوج عزباء	17.51032*	5.69894	,010	3.4102	31.6105
أرمل	23.26292	11.57332	,136	-5.3714	51.8973
متزوج عزباء	-17.51032*	5.69894	,010	-31.6105	-3.4102
أرمل	5.75260	10.62275	,864	-20.5299	32.0351
أرمل عزباء	-23.26292	11.57332	,136	-51.8973	5.3714
متزوج	-5.75260	10.62275	,864	-32.0351	20.5299

\*. La différence moyenne est significative au niveau 0.05.

جدول رقم 123: متوسطات الرتب للحالة المدنية حسب نوعية الحياة QOL .

Rangs

	الحالة المدنية	N	Rang moyen	Somme des rangs
QOL	عزباء	24	91,44	2194,50
	متزوج	113	64,23	7258,50
	Total	137		

جدول رقم 124: اختبار "Mann-Whitney" للفروق بين المتزوج والأعزب حسب نوعية الحياة QOL .

Tests statistiques<sup>a</sup>

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asymptotique (bilatérale)
QOL	817,500	7258,500	-3,066	,002

a. Variable de regroupement : المدنية الحالة :

ومنه الفرضية الجزئية السادسة تحققت جزئياً، حيث لم نجد فروق في مستوى نوعية الحياة لدى مرضى سرطان الثدي و سرطان الرئة بناء على الحالة المدنية (الأرمل/ المتزوج) و(الأرمل/ الأعزب)، بينما وجدنا فروق دالة إحصائية لدى المرضى بين (المتزوج/ الأعزب) والفرق لصالح الأعزب بارتفاع مستوى نوعية الحياة لديه مقارنة بالمتزوج.

## 7- عرض ومناقشة الفرضية الجزئية السابعة:

نص الفرضية: "يوجد فروق في مستوى نوعية الحياة لدى مرضى سرطان الثدي و سرطان الرئة بناء على نوع العلاج".

جدول رقم 125: اختبارات التوزيع الاعتدالي لمتغير نوع العلاج حسب نوعية الحياة QOL

Tests de normalité

	نوع العلاج	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistiques	ddl	Sig.	Statistiques	ddl	Sig.
QOL	الجراحي	,217	27	,002	,899	27	,013
	الإشعاعي	,115	27	,200*	,956	27	,307
	الكيميائي	,135	89	,000	,962	89	,010

\*. Il s'agit de la borne inférieure de la vraie signification.

a. Correction de signification de Lilliefors

من خلال الجدول يظهر أن التوزيع ليس اعتدالياً لأن قيمة دلالة اختبار "Kolmogorov-Smirnov" للاعتدالية بلغت قيمته (0.002 ، للجراحي) و(0.000، للكيميائي)، وكذا قيمة اختبار "Shapiro-Wilk" قيمته (0.013) و(0.010)، وهي قيم أصغر من قيمة مستوى دلالة (0.05). بينما نلاحظ وجود تجانس لدى نوع العلاج الإشعاعي بقيمة دلالة (0.200)، وبالتالي نختار الاختبار اللامعلمي Kruskal "Wallis" كما هو موضح فيما يلي:

جدول رقم 126: متوسطات الرتب لنوع العلاج حسب نوعية الحياة QOL .

Rangs

	نوع العلاج	N	Rang moyen
QOL	الجراحي	27	68,83
	الإشعاعي	27	77,81
	الكيميائي	89	71,20
	Total	143	

جدول رقم 127: اختبار "Kruskal Wallis" للفروق بين نوع العلاج حسب نوعية الحياة QOL

Tests statistiques<sup>a,b</sup>

	Khi-deux	ddl	Sig. asymptotique
QOL	,731	2	,694

a. Test de Kruskal Wallis

b. Variable de regroupement : نوع العلاج

يظهر من خلال قيمة الدلالة الموضحة في الجدول وهي (0.694)، والتي هي أكبر من قيمة مستوى الدلالة (0.05)، تدل على أنه لا يوجد فروق بين أنواع العلاج (الجراحي، الإشعاعي والكيميائي) تعزى لمتغير نوعية الحياة، وجدول متوسطات الرتب يؤكد ذلك، حيث نلاحظ أنه لا توجد فروق معنوية بينهم.

ومنه الفرضية الجزئية السابعة لم تتحقق، حيث لم نجد فروق في مستوى نوعية الحياة لدى

مرضى سرطان الثدي و سرطان الرئة بناء على نوع العلاج.

## 8- عرض ومناقشة الفرضية الجزئية الثامنة:

نص الفرضية: "توجد فروق دالة احصائيا بين مستوى نوعية الحياة حسب نوع المرض(سرطان الثدي/سرطان الرئة) لدى المصابين بمرض السرطان."

### جدول رقم128: اختبارات التوزيع الاعتدالي لمتغير نوع المرض حسب نوعية الحياةQOL

#### Tests de normalité

نوع المرض	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistiques	ddl	Sig.	Statistiques	ddl	Sig.
سرطان الثدي	,093	107	,024	,959	107	,002
سرطان الرئة	,245	36	,000	,881	36	,001

a. Correction de signification de Lilliefors

من خلال الجدول يظهر أن التوزيع ليس اعتداليا لأن قيمة دلالة اختبار "Kolmogorov-Smirnov" للاعتدالية بلغت قيمه (0.024، سرطان الثدي) و(0.000، لسرطان الرئة)، وكذا قيمة اختبار "Shapiro-Wilk" قيمته (0.002) و(0.001) ، وهي قيم أصغر من قيمة مستوى دلالة (0.05) . وبالتالي نختار الاختبار اللامعلمي "Mann-Whitney" لتحديد الفروق بين مجموعتي نوع المرض حسب نوعية الحياة.

### جدول رقم129: متوسطات الرتب لنوع المرض حسب نوعية الحياة QOL .

#### Rangs

نوع المرض	N	Rang moyen	Somme des rangs
سرطان الثدي	107	74,10	7929,00
سرطان الرئة	36	65,75	2367,00
Total	143		

جدول رقم 130: اختبار "Mann-Whitney" للفروق بين مجموعتي نوع المرض حسب نوعية الحياة.

QOL  
Tests statistiques<sup>a</sup>

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asymptotique (bilatérale)
QOL	1701,000	2367,000	-1,052	,293

a. Variable de regroupement : نوع المرض

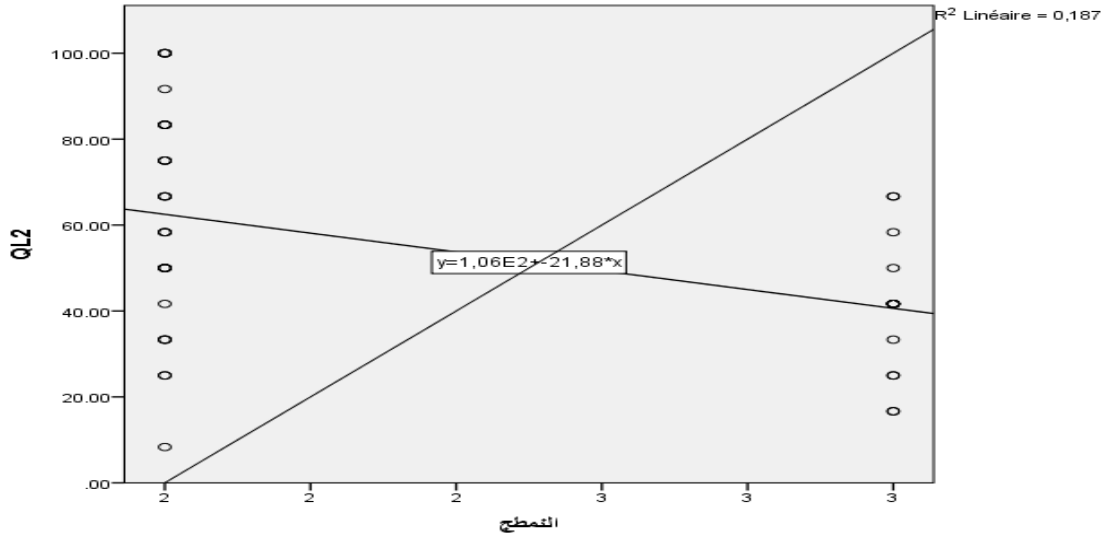
يظهر من خلال قيمة الدلالة الموضحة في الجدول وهي (0.293)، والتي هي أكبر من قيمة مستوى الدلالة (0.05)، تدل على أنه لا يوجد فروق بين مجموعتي نوع المرض تعزى لمتغير نوعية الحياة، وجدول متوسطات الرتب يؤكد ذلك، فنجد متوسط رتب سرطان الثدي (74,10) و لسرطان الرئة (65,75)، حيث نلاحظ أنه لا توجد فروق معنوية بينهما. أي أن كلا نوعي المرض لديهما قيمة متوسط على مستوى نوعية الحياة لديهم.

ومن الفرضية الجزئية الثامنة لم تتحقق، حيث لم نجد فروق بين مستوى نوعية الحياة حسب نوع

المرض (سرطان الثدي وسرطان الرئة).

## 9- عرض ومناقشة الفرضية الجزئية التاسعة:

نص الفرضية: "توجد علاقة ارتباطية عكسية دالة إحصائياً بين مستوى نوعية الحياة والنمط السلوكي "ج" عند مرضى سرطان الثدي".



شكل رقم 44: لوحة الانتشار للعلاقة بين النمط "ج" ونوعية الحياة عند سرطان الثدي

يظهر من خلال لوحة الانتشار أن البيانات لا تتبع خط مستقيم في التوزيع، وبالتالي نختار معامل ارتباط "Spearman" لقياس العلاقة الارتباطية بين المتغيرين، كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم 131: معامل Spearman للعلاقة الارتباطية بين النمط "ج" ونوعية الحياة عند سرطان الثدي

	Rho de Spearman					
	QOL			النمط ج		
	Coefficient de corrélation	Sig. (bilatéral)	N	Coefficient de corrélation	Sig. (bilatéral)	N
QOL	1,000	.	46	-,443**	,002	46
النمط ج	-,443**	,002	46	1,000	.	46

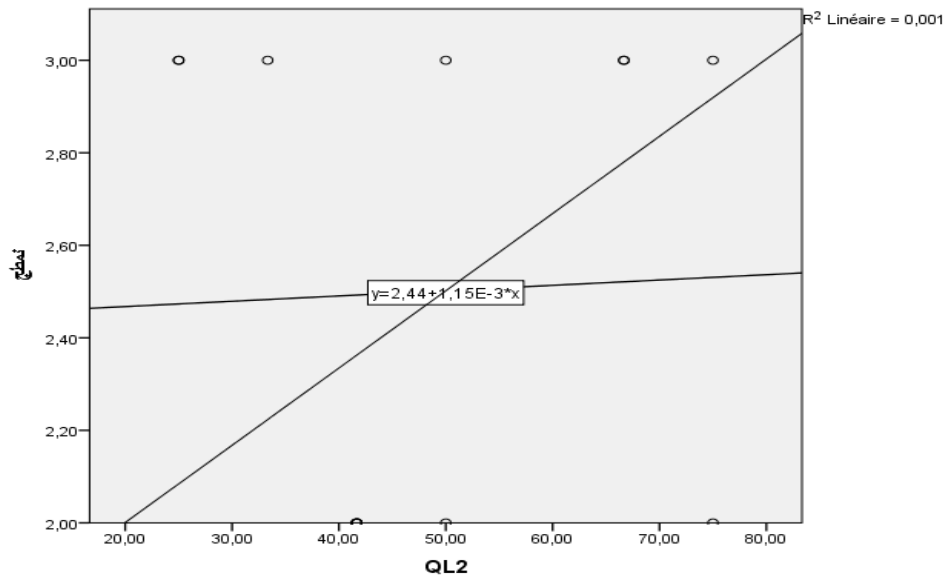
\*\* . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

يبدو من خلال الجدول السابق، حيث بلغت قيمة الارتباط (-0.443)، وهي علاقة ارتباطية سالبة متوسطة عكسية ذات دلالة قوية عند مستوى دلالة (0.01)، كلما زاد النمط السلوكي (ج) كلما نقص مستوى نوعية الحياة عند مرضى سرطان الثدي، والعكس صحيح .

ومنه الفرضية الجزئية التاسعة تحققت، حيث وجدنا علاقة ارتباطية عكسية دالة إحصائياً بين مستوى نوعية الحياة والنمط السلوكي "ج" عند مرضى سرطان الثدي.

## 10- عرض ومناقشة الفرضية الجزئية العاشرة:

نص الفرضية: "توجد علاقة ارتباطية عكسية دالة إحصائياً بين مستوى نوعية الحياة والنمط السلوكي ج عند مرضى سرطان الرئة".



شكل رقم 45: لوحة الانتشار للعلاقة بين النمط "ج" ونوعية الحياة عند سرطان الرئة

يظهر من خلال لوحة الانتشار أن البيانات لا تتبع خط مستقيم في التوزيع، وبالتالي نختار معامل ارتباط "Spearman" لقياس العلاقة الارتباطية بين المتغيرين، كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم 132: معامل Spearman للعلاقة الارتباطية بين النمط "ج" ونوعية الحياة عند سرطان الرئة

Corrélations

	Rho de Spearman					
	QOL			نمط ج		
	Coefficient de corrélation	Sig. (bilatéral)	N	Coefficient de corrélation	Sig. (bilatéral)	N
QOL	1,000	.	14	-,018	,951	14
نمط ج	-,018	,951	14	1,000	.	14

من خلال نتائج الجدول، يظهر لنا أنه لا يوجد علاقة ارتباطية بين النمط السلوكي (ج) ونوعية الحياة عند مرضى سرطان الرئة، لأن قيمة الارتباط ضعيفة جدا (-0.018) وهي غير دالة، لأن قيمة الدلالة (0.951).

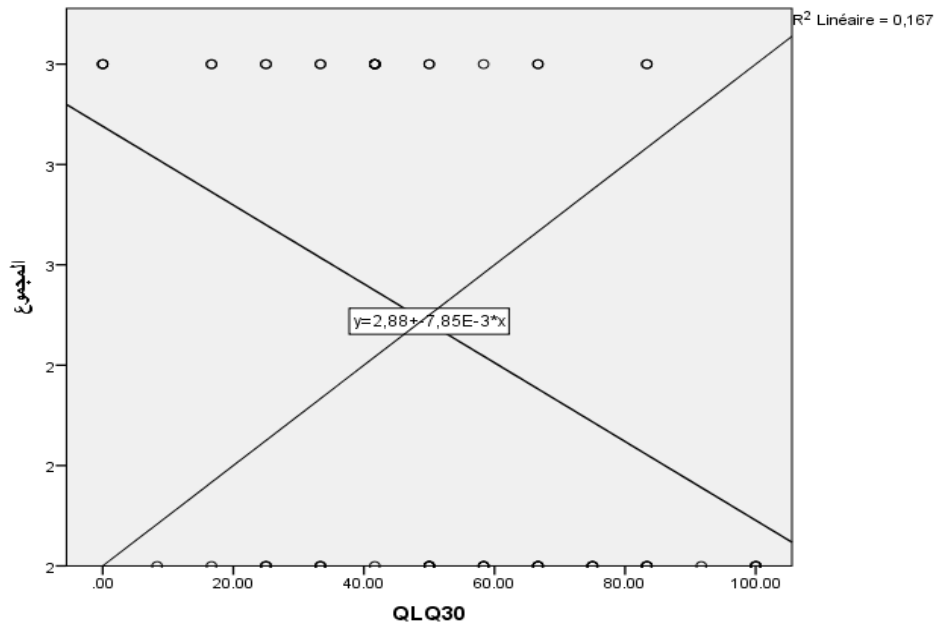
ومنه الفرضية الجزئية العاشرة لم تتحقق، حيث أننا لم نجد علاقة ارتباطية عكسية بين مستوى نوعية الحياة والنمط السلوكي "ج" عند مرضى سرطان الرئة.

## 11- عرض ومناقشة الفرضية العامة:

نص الفرضية: " توجد علاقة عكسية بين النمط السلوكي (ج) ونوعية الحياة عند مرضى سرطان الثدي وسرطان الرئة."

من خلال ما تم عرضه يمكننا أن نستنتج الفرضية العامة، ونقول أن العلاقة العكسية موجودة بين النمط السلوكي (ج) ونوعية الحياة عند مرضى سرطان الثدي، ولكنها غير موجودة عند مرضى سرطان الرئة.

ولكن فضلنا أن نقوم بإجراء بعض التقنيات الحسابية للتأكد أكثر من هذه العلاقة، ولتحديد أي من أبعاد النمط السلوكي (ج) الأكثر تأثيرا في هذه العلاقة، فقمنا بما يلي:



شكل رقم 46: لوحة الانتشار للعلاقة بين النمط "ج" ونوعية الحياة عند مرضى سرطان الثدي والرئة

يظهر من خلال لوحة الانتشار أن البيانات لا تتبع خط مستقيم في التوزيع، كما ان العلاقة عكسية بين المتغيرين، وبالتالي نختار معامل ارتباط "Spearman" لقياس العلاقة الارتباطية بين المتغيرين، كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم 133: معامل Spearman للعلاقة الارتباطية بين النمط "ج" ونوعية الحياة عند مرضى

سرطان الثدي والرئة

Corrélations

	Rho de Spearman					
	المجموع			QOL		
	Coefficient de corrélation	Sig. (bilatéral)	N	Coefficient de corrélation	Sig. (bilatéral)	N
المجموع	1,000	.	143	-,407**	,000	143
QOL	-,407**	,000	143	1,000	.	143

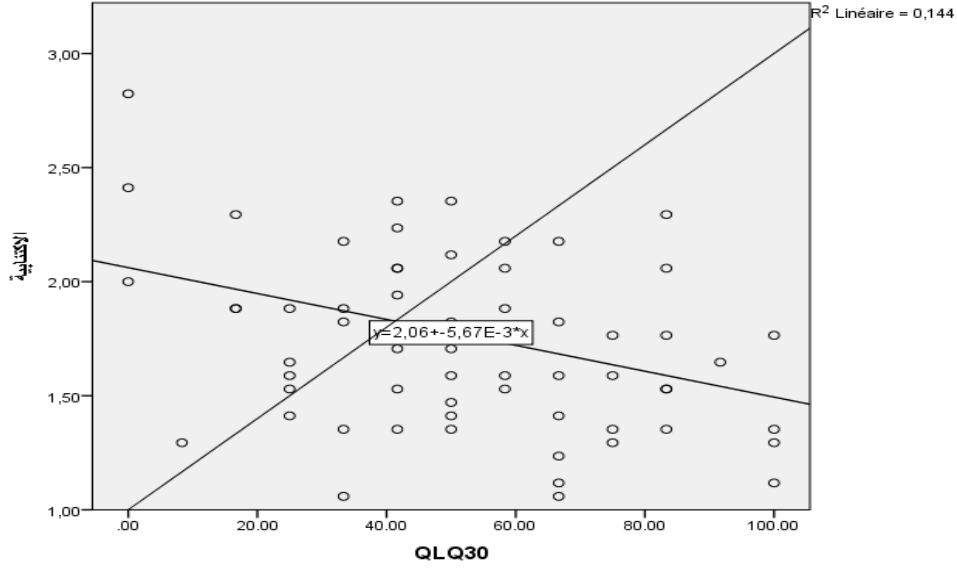
\*\* . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

يبدو من خلال قيم الجدول السابق، حيث بلغت قيمة الارتباط (-0.407)، وهي علاقة ارتباطية سالبة متوسطة عكسية ذات دلالة قوية عند مستوى دلالة (0.01)، أي كلما زاد النمط السلوكي (ج) كلما نقص مستوى نوعية الحياة عند مرضى سرطان الثدي والرئة، والعكس صحيح وذلك موضح في لوحة الانتشار. والعلاقة متوسطة وليست قوية ربما راجع إلى مرضى سرطان الرئة، حيث وجدنا سابقا أنه لا توجد علاقة بين النمط السلوكي (ج) ونوعية الحياة لديهم، وهذا ما أثر سلبا على نتيجة العلاقة العامة.

➤ التأكيد من علاقة كل بعد من أبعاد النمط السلوكي (ج) بمستوى نوعية الحياة لدى مرضى سرطان

الثدي وسرطان الرئة.

• بعد الادراكات الاكتئابية:



شكل رقم 47: لوحة الانتشار للعلاقة بين بعد الادراكات الاكتئابية ونوعية الحياة عند مرضى سرطان الثدي والرئة

يظهر من خلال لوحة الانتشار أن البيانات تتبع خط مستقيم في التوزيع، وبالتالي نختار معامل ارتباط " Pearson " لقياس العلاقة الارتباطية بين المتغيرين، كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم 134: معامل Pearson للعلاقة الارتباطية بين بعد الادراكات الاكتئابية ونوعية الحياة عند مرضى سرطان الثدي والرئة

Corrélations

	QOL			الاكتئابية h		
	Corrélacion de Pearson	Sig. (bilatérale)	N	Corrélacion de Pearson	Sig. (bilatérale)	N
QOL	1		143	-,379**	,000	143
الاكتئابية	-,379**	,000	143	1		143

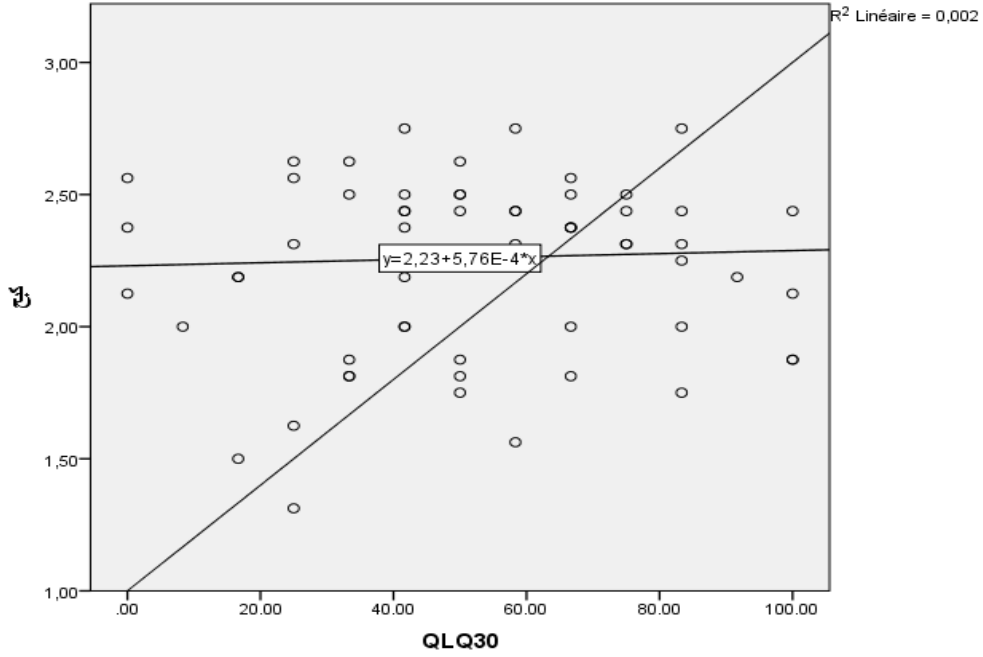
\*\* . La corrélacion est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

يبدو من خلال قيم الجدول السابق، حيث بلغت قيمة الارتباط (-0.379)، وهي علاقة ارتباطية سالبة متوسطة عكسية ذات دلالة قوية عند مستوى دلالة (0.01)، كلما زاد بعد الإدراكات الاكتئابية كلما نقص مستوى نوعية الحياة عند مرضى سرطان الثدي سرطان الرئة، والعكس صحيح.

فلقد أشارت ( Amanda J. Shallcross et al, 2015 ) ، أن لانتشار الاكتئاب دور كبير في ضعف مستوى نوعية الحياة، فالإدراك السلبي للمرض يفسر هذه العلاقة بينهما، ولهذا قد يكون إدراك المرض هدفا هاما للفحص والتدخلات الرامية لتحسين نوعية الحياة لدى المرضى.

فالهدف الأساسي من علاج المرضى الذين يعانون من مرض مزمن كالسرطان، هو تحسين وضعهم الصحي، بما في ذلك الأعراض المصاحبة للمرض والأداء الوظيفي ونوعية حياتهم، فكثيرا ما يصاحب الاكتئاب هؤلاء المرضى ويترافق مع الحالة الصحية لديهم. وعلى الرغم من أن المسارات السببية بين الإدراكات الاكتئابية وتدني مستوى نوعية الحياة لا يمكن تحديدها من خلال دراستنا فقط، فإن نتائجنا تشير إلى أن أعراض الاكتئاب المتمثلة في الإدراكات الاكتئابية هي عامل مهم في إدراك المرض وبالتالي الحالة الصحية المتصورة وعلاقتها بنوعية الحياة عند المرضى المصابين بالسرطان. ومنه نستنتج أن الأعراض الاكتئابية تعتبر من عوامل الخطر القابلة للتعديل، حيث ترتبط ارتباطا وثيقا بأعراض الأعراض، الوظيفة الجسدية ونوعية الحياة الخاصة بالمرض، وكذا الصحة العامة المتصورة بين مرضى السرطان.

• بعد كبح الانفعالات:



شكل رقم 48: لوحة الانتشار للعلاقة بين بعد كبح الانفعالات ونوعية الحياة عند مرضى سرطان الثدي والرئة

يظهر من خلال لوحة الانتشار أن البيانات تتبع خط مستقيم في التوزيع، وبالتالي نختار معامل ارتباط "

Pearson " لقياس العلاقة الارتباطية بين المتغيرين، كما هو موضح في الجدول التالي:

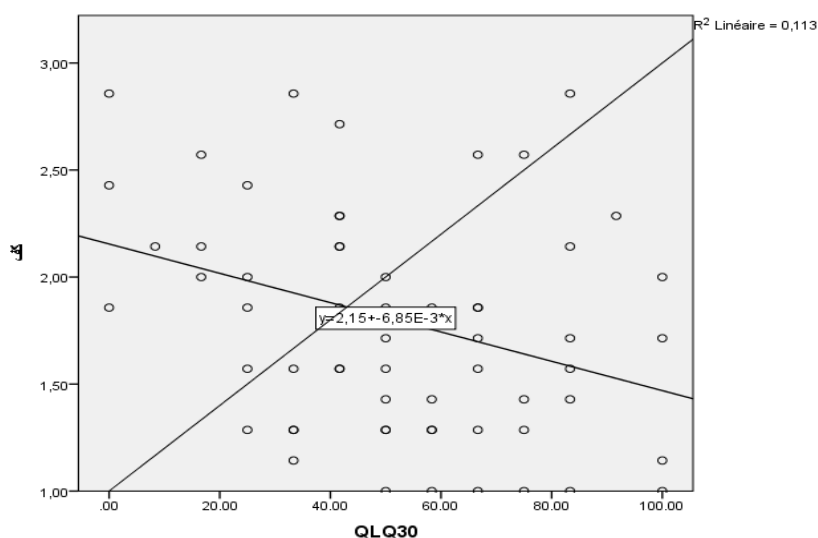
جدول رقم 135: معامل Pearson للعلاقة الارتباطية بين بعد كبح الانفعالات ونوعية الحياة عند مرضى سرطان الثدي والرئة

Corrélations

	QOL			كبح الانفعالات		
	Corrélacion de Pearson	Sig. (bilatérale)	N	Corrélacion de Pearson	Sig. (bilatérale)	N
QOL	1		143	,046	,586	143
كبح الانفعالات	,046	,586	143	1		143

يظهر من خلال قيمة الارتباط المقدر بـ (0.046) أنها قيمة ضعيفة جدا وغير دالة عند مستوى دلالة (0.05)، لأن قيمة الدلالة (0.586) وهي اكبر من قيمة مستوى الدلالة، وبالتالي لا توجد علاقة بين بعد كبح الانفعالات ومستوى نوعية الحياة لدى مرضى سرطان الثدي سرطان الرئة.

• بعد الكف الاجتماعي:



شكل رقم 49: لوحة الانتشار للعلاقة بين بعد الكف الاجتماعي ونوعية الحياة عند مرضى سرطان الثدي والرئة

يظهر من خلال لوحة الانتشار أن البيانات تتبع خط مستقيم في التوزيع، وبالتالي نختار معامل ارتباط " Pearson " لقياس العلاقة الارتباطية بين المتغيرين، كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم 138: معامل Pearson للعلاقة الارتباطية بين بعد الكف الاجتماعي ونوعية الحياة عند

مرضى سرطان الثدي والرئة

Corrélations

	QOL			كف اجتماعي		
	Corrélacion de Pearson	Sig. (bilatérale)	N	Corrélacion de Pearson	Sig. (bilatérale)	N
QOL	1		143	-,336**	,000	143
كف اجتماعي	-,336**	,000	143	1		143

\*\* . La corrélacion est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

ظهرت قيمة العلاقة الارتباطية من خلال الجدول بين بعد الكف الاجتماعي ومستوى نوعية الحياة لدى مرضى السرطان، والتي قدرت بـ (-0.336) وهي علاقة ارتباطية سالبة وعكسية بين المتغيرين، ذات دلالة قوية عند مستوى دلالة (0.01)، أي كلما زاد الكف الاجتماعي عند أفراد مجموعة البحث كلما نقص معه مستوى نوعية الحياة لديهم، والعكس صحيح.

ويعتبر الكف الاجتماعي أو العزلة الاجتماعية عامل خطر في تطور المرض والإعاقة التي يمكن أن تحدث في سياق المرض الموجود. وقد أدرجت أيضا في قياس نوعية الحياة، وبالتالي فهي نتيجة وكذلك عامل خطر. وغالبا ما ينظر إلى العزلة الاجتماعية في سياق الدعم الاجتماعي، ويتم استخدام الاثنين في معظم الحالات بالتبادل، كما يمكن تعريف العزلة الاجتماعية على أنها غياب التفاعلات الاجتماعية، الاتصالات، والعلاقات مع العائلة والأصدقاء، والجيران على المستوى الفردي، ومع المجتمع ككل (National Academies Press (US); 1992).

ومنه نستنتج أن لمستوى نوعية الحياة علاقة عكسية مع كل من البعدين (الادراكات الاكثنايية/ الكف الاجتماعي)، بينما نلاحظ غياب هذه العلاقة بين مستوى نوعية الحياة وبعد "كبح الانفعالات"، وذلك عند مرضى سرطان الثدي وسرطان الرئة من الجنسين.

كما لاحظنا أن لشدة النمط السلوكي (ج) تأثير على نوعية حياة مرضى السرطان (والمتمثلة في الآثار الجانبية للعلاج كالتعب والألم)، فكلما زاد تأثير هذا النمط أثر سلبا على نوعية حياة المرضى وبالتالي زادت معه شدة الأعراض المصاحبة للمرض. وكذا دراسة " Jue Chen et al " (2015) تؤكد ذلك (أنظر الإشكالية) حيث ارتبط وجود الاكتئاب بانخفاض نوعية الحياة ، وتزايد تطور المرض ، والغثيان والإرهاق. واستكشف "Kreiler" وزملاؤه (2007) العلاقة بين الضغط النفسي والكفاءة أو الفعالية الذاتية ونوعية الحياة لدى مرضى السرطان، وذلك باختبار نموذج تفاعلي يعتمد على متغيرين وسيطين هما

الكرب المدرك والكفاءة الذاتية، وتكونت العينة من 60 مريضا، وفرق الباحثون بين الكرب الصحي والكرب الاجتماعي، ودلت النتائج على أن مؤشر الكرب الصحي يؤثر في نوعية الحياة عبر الكرب المدرك، وأن الكفاءة المدركة تساعد في خفض الكرب المدرك وبالتالي ترفع من مستوى نوعية الحياة، وكذلك فإن نوعية الحياة تتأثر سلبا بالكرب الاجتماعي.

أما "Mazanec" وزملاؤه (2010) فتناولوا بالبحث العلاقة بين التفاؤل ونوعية الحياة لدى المصابين بالسرطان حديثي التشخيص، وركزوا على الصحة لدى عينة من 163 مريضا، مرت 6 أشهر على تشخيصهم باستعمال بطارية مكونة من مقاييس نفسية اجتماعية، ودلت النتائج على ارتباط التفاؤل بنوعية الحياة وبالقلق والاكتئاب، ولم يكن التفاؤل عاملا تنبؤيا بنوعية الحياة المرتبطة بالصحة، وارتبطت الوجدانات السالبة (القلق والاكتئاب) بانخفاض نوعية الحياة.

ومنه الفرضية العامة التي تنص على وجود علاقة عكسية بين النمط السلوكي (ج) ونوعية الحياة عند مرضى سرطان الثدي وسرطان الرئة تحققت، وذلك لصالح بعد "الادراكات الاكتئابية" و"الكف الاجتماعي".

فمن خلال تفحص النتائج المتحصل عليها سابقا، والتي تظهر سيادة بعد "كبح الانفعالات" الخاص بالنمط السلوكي (ج) عند مجموعة البحث، غير أن هذا البعد ليس له علاقة بانخفاض مستوى نوعية الحياة لديهم عكس بعد "الادراكات الاكتئابية" و"الكف الاجتماعي" الذي ظهر أن له علاقة بهذا الأخير، هو ما يفسر المستوى المتوسط لنوعية الحياة لدى مرضى سرطان الثدي والرئة. فأغلب الدراسات التي تناولت موضوع نوعية الحياة وعلاقته بالحالة النفسية لدى مرضى السرطان، وجدت علاقة بين انخفاض نوعية الحياة وارتفاع المزاج الاكتئابي لدى المرضى. ومنها دراسة (Sarna L et al, 2010) التي أظهرت ارتباط قوي للمزاج المكتئب باضطرابات في نوعية الحياة العاطفية والجسدية. وأيضا دراسة (et al, 2015) ودراسة (Jue Chen, 2009, et al, Jafari, E, et al) تؤكد ذلك (أنظر الإشكالية).

كما يعتبر الشعور باليأس عند مرضى السرطان، والذي يعتبر من طائفة الخصائص المكونة للنمط السلوكي (ج)، من العوامل التي تساهم في انخفاض مستوى نوعية الحياة لديهم.

فحسب مقال (Pelın Kanten et al, 2017) حيث اعتبر الشخصية ذات النمط السلوكي (ج) جزءا من سمات الشخصية السلبية، وذلك استنادا إلى بعض خصائص الأفراد مثل: عدم القدرة على التحمل والقدرة السلبية، ومع ذلك يمتلك الأفراد من النمط (ج) بعض الصفات الإيجابية، مثل التركيز على أشخاص آخرين، ويعتبرون من الأشخاص الطيبين والمهذبين والمعياريين الذين يفضلهم الآخرون في العمل والحياة الاجتماعية. ومن ناحية أخرى ، يعتبر هؤلاء الأفراد أشخاصا انطوائيين وأذكياء، يهتمون بالتفاصيل كإكتشاف أشياء جديدة، كما أنهم حريصون على تحقيق مهنة ناجحة في الحياة المهنية. وقد يتميز هؤلاء الأفراد بسلوك المواطنة التعاونية والتنظيمية بالإضافة إلى الجانب الحسي للإيثار والحساسية، كما أنهم يشعرون بأنهم يشاركون في ادوار العمل أكثر من الآخرين في بيئة العمل. ولديهم القدرة على تبني سلوك جديد بفضل مخيلتهم ولكن من المنظور المتشائم. ومن الممكن استنتاج أنه بسبب انفعالاتهم السلبية، فإن الأفراد ذوي النمط السلوكي (ج) يشعرون بالحزن وعدم الرضا عن وظائفهم، وبالتالي فمن المتوقع أن ينخفض مستوى الأداء الوظيفي، الدوافع ومستويات الالتزام لديهم. ويمكن تصنيف السلوك الايجابي والسلبى للنمط السلوكي (ج) حسب الجدول التالي:

#### جدول رقم 137: آثار النمط السلوكي (ج) على السلوك المتعلق بالعمل

السلوك السلبي	السلوك الايجابي
مستوى أدنى من الرضا	المشاركة في العمل
مستوى أدنى من الداء	السلوك التعاوني
مستوى أقل من الالتزام	السلوك الإبداعي
مستوى أدنى من التحفيز	سلوك المواطنة التنظيمية
سلوك الصمت	النجاح الوظيفي

فأنماط التكيف عند الأفراد من النمط السلوكي (ج) غير كافية لمواجهة المواقف المجهدة، والتي تؤدي إلى إضعاف استجابات الغدد الصماء والمناعية ضد الإجهاد المزمن، بحيث يكون الفرد عرضة للاكتئاب بسهولة. وبعبارة أخرى، يسبب اليأس وعدم الجدوى والسيطرة في المواقف العصبية إلى تدني المقاومة ضد المرض في بداية مراحله. ويمكن استنتاج أن النمط (ج) ليس له أساليب فعالة للتكيف تسمح له بالتوازن بين المشاكل العقلية والنفسية والحياتية، ولهذا السبب من المحتمل أن يطور أصحاب النمط (ج) جميع أنواع السرطان مثل سرطان الثدي والرئة وعنق الرحم والبروستات. ومن ناحية أخرى، اقترحت العديد من الدراسات وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الشخصية ذات النمط السلوكي (ج) والألكسيثيميا " Alexithymia" مما يعني عدم القدرة على فهم مشاعر الآخرين، وجود اضطراب في المشاعر الجسدية بسبب العواطف، أحلام قليلة أو تخيلات. وبسبب عدم التعبير عن المشاعر، ينتج الأفراد من النمط (ج) هرمونات الإجهاد بما في ذلك الكورتيزول بكميات أكبر، كما أن المواد الكيميائية الموجودة في الدماغ لديها تأثير مسكن يؤدي إلى قمع أجهزة المناعة والتقليل من المناعة. بالإضافة إلى ذلك، واستنادا إلى مستويات الإجهاد لدى الأفراد من النمط (ج) يعتقد أنهم معرضون لأمراض القلب والأوعية الدموية، ويمكن تصنيف تأثير النمط السلوكي (ج) على الحالة الصحية كما يلي:

#### جدول رقم 138: تأثير خصائص النمط السلوكي (ج) على الحالة الجسمية والنفسية

الناحية النفسية	الناحية الجسدية
القلق	سرطان الثدي
الاكتئاب	سرطان الرئة
الإجهاد المزمن	سرطان عنق الرحم
ارتفاع التوتر	سرطان البروستات
الألكسيثيميا	الحد من نظام المناعة
	أمراض القلب والأوعية الدموية

(Pelin Kanten et al ,2017)

في الواقع، تعتبر ردود الفعل العاطفية للسرطان من الجوانب المهمة لفهم نوعية حياة المرض، كونها مواقف سلبية كاستراتيجيات للتكيف، ومن المهم أيضا تحديد المشاعر التي تطورت إلى جانب نوعية الحياة، فتلك الخصائص الشخصية والشكل السلوكي من حالات الصراع لمرضى السرطان يمكن أن تتداخل مع نوعية الحياة لديهم. كما يسبب العلاج الكيميائي والجراحي والإشعاعي فقدان للقوة وضرر في الأنسجة الطبيعية، وبالتالي قد يكون هناك فقدان للتحكم الذاتي. تجلب هذه التغيرات ضيقا نفسيا وتغييرا لأنشطة اليومية، وهنا المريض بالسرطان بحاجة للدعم الاجتماعي والعاطفي والجسدي من أجل تغيير عاداته وتحسين صحته، هذا النوع من الرعاية يتدخل بشكل إيجابي مع آليات التأقلم والتي توفر الاستقلالية عن طريق توضيح وتعزيز نوعية الحياة وفقا لظروف معيشتة.

# الاستنتاج العام

## الاستنتاج العام:

حققت نتائج هذه الدراسة الأهداف التي بدأت بها، فالعلاقة بين النمط السلوكي (ج) ونوعية الحياة عكسية حيث بلغت القيمة الارتباطية بينهما (-0.407) لصالح بعدي "الادراكات الاكتئابية" بقيمة ارتباطية (-0.379) و"الكف الاجتماعي" بقيمة ارتباطية (-0.336)، وكلها ذات دلالة قوية عند مستوى دلالة (0.01). ومن جهة أبرزت النتائج أن مستوى النمط السلوكي عند مرضى سرطان الثدي والرئة متوسطة، ومن جهة أخرى بينت بأن نوعية الحياة متوسطة لديهم كذلك. بينما لاحظنا غياب هذه العلاقة بين بعد "كبح الانفعالات" ونوعية الحياة عند مرضى سرطان الثدي والرئة. وهذا ما يفسر تساؤلنا الأول حول العلاقة بين شدة النمط السلوكي (ج) ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة والمتمثلة في (الغثيان والقيء، فقدان الشهية، الإسهال...)، فكما هو موضح كلما زاد ارتفاع مستوى النمط السلوكي (ج) عند مرضى السرطان من اكتئاب وعزلة اجتماعية، كلما زادت معه حدة الآثار الجانبية للعلاج وبالتالي تؤثر سلبا على نوعية حياة المرضى.

كما يتبين أيضا من خلال مناقشة الفرضيات الجزئية: أن بعد "كبح الانفعالات" بأكبر قيمة للمتوسط الحسابي "Moyenne" (2.22) ومنوال "Mode" (2.44) هو الأكثر شيوعا عند مجموعة البحث، بينما نلاحظ أن بعد "الادراكات الاكتئابية" و"الكف الاجتماعي" تقاربت قيمة المتوسط الحسابي بينهما، كما ظهر أن البند (23) (أحرص على عدم إيذاء مشاعر الآخرين) بعد "كبح الانفعالات" والبند (17) (أتساهل مع الآخرين حتى لا أدخل في صراع معهم) بعد "الادراكات الاكتئابية"، احتلا أكبر نسبة أو مجموع بين البنود الأخرى، فقمع الانفعالات وكبحها والتساهل مع الناس لتجنب الدخول في صراعات معهم حرصا على عدم إيذاء كشاعرهم هما أكثر صفتين تم التعبير عنهما عند مجموعة البحث. وتوصلنا إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة متوسطة ذات دلالة قوية عند مستوى دلالة (0.01) بين بعد

"الادراكات الاكتئابية" وبعد "كبح الانفعالات" بقيمة ارتباطية قدرت ب (0.279)، بينما نلاحظ غياب العلاقة الارتباطية بين بعد "الكف الاجتماعي" و"كبح الانفعالات"، ولكن بالمقابل نجد علاقة ارتباطية متوسطة بين "الكف الاجتماعي" و"الادراكات الاكتئابية" بقيمة (0.228) ذات دلالة قوية عند مستوى دلالة (0.01)، أي أن الكف الاجتماعي هو نتيجة لبعد الادراكات الاكتئابية فكلما زاد هذا البعد عند الفرد زاد معه الكف الاجتماعي والشعور بالعزلة والغربة عن الآخرين، ومن هنا يمكن اعتبار بعد "الكف الاجتماعي" كمتغير جديد يمكن إضافته مع بعدي "الادراكات الاكتئابية" و"كبح الانفعالات" وذلك في البحث عن خصائص النمط السلوكي (ج) عند مرضى السرطان.

ولم نجد اختلاف في أبعاد النمط السلوكي (ج) المتمثلة في أبعاد (الادراكات الاكتئابية، كبح الانفعالات والكف الاجتماعي) عند الذكور والإناث، مجموعات الحالة المدنية، نوع المرض. بينما لم نجد فروق بين مجموعات نوع العلاج حسب بعدي "كبح الانفعالات" و"الكف الاجتماعي"، ولكن وجدنا فروق دالة إحصائية على مستوى بعد "الادراكات الاكتئابية" بين العلاج الكيميائي والعلاج الإشعاعي والفرق لصالح نوع العلاج الإشعاعي.

وتوصلنا أيضا إلى فروق دالة إحصائية في بعد "الكف الاجتماعي" لصالح المستوى الدراسي "الجامعي"، أي أن هذه المجموعة تعاني من مستوى مرتفع من "الكف الاجتماعي" مقارنة بالمستويات الدراسية الأخرى. كما نلاحظ أن الفرق دال أيضا في هذا البعد حسب الذين لم يدرسوا بأقل قيمة، وذلك يدل أن هذه الأخيرة لا تعاني من "كف اجتماعي" كبير مقارنة بالمستويات الدراسية الأخرى. ومنه فالفرق بين المستوى الدراسي "الجامعي" ومستوى الذين لم يدرسوا" في بعد الكف الاجتماعي. كما أن السن لا يرتبط بأبعاد النمط السلوكي "ج" و مستواه (متوسط، مرتفع).

وفيما يخص نوعية الحياة عند مرضى السرطان، فوجدنا مستوى نوعية الحياة متوسطة عند مرضى سرطان الثدي بقيمة (57.31)، حيث بلغت قيمة بعد (الصحة العامة/ نوعية الحياة "QL2") (53.43)، وتتوافق مع نتائج (الأداء الوظيفي) التي بلغت قيمة متوسطها ب (54.61) والتي تدل على تحسن متوسط في نوعية الحياة، وتتوافق أيضا مع قيم (أبعاد الأعراض) حيث تراوحت أغلب قيمها بقيم منخفضة نوعا ما حيث بلغت قيمة متوسطها ب (36.11)، وهي قيمة تدل أيضا على تحسن في نوعية الحياة بانخفاض الأعراض المصاحبة للمرض.

كما لاحظنا ارتفاع متوسط لقيمة "الأداء البدني PF2" (67,46)، "النظرة المستقبلية BRFU" بقيمة (54,35)، "صورة الجسم" بقيمة (58,81)، حيث ارتبط هذا الأخير بالسن أي كلما زاد السن زاد معه عدم الاهتمام بصورة الجسم، بينما عرفت قيمة "النشاط الجنسي BRSEF" انخفاضا محسوسا حيث بلغت قيمته (25,46).

أما بالنسبة لأبعاد الأعراض عند مرضى سرطان الثدي، فنجد أن القيم متفاوتة فيما بينها وتفاوتت قيمها إلى المتوسط، أي أن النساء يعانين من هذه الأعراض بشكل متوسط. حيث تمثلت قيمة "الأرق" بأكبر قيمة ب (53.62) والتي ارتبطت بعلاقة عكسية مع عرض "الأداء المعرفي CF" المتمثل في (التركيز والتذكر)، وبالعلاقة طردية مع عرض الألم.

وأقل قيمة كانت لعرض "الإسهال DI"، "أعراض الذراع BRAS" و "أعراض الثدي BRBS"، أي أن النساء لا يعانين بشكل كبير من هذه الأعراض والمتمثلة في الإسهال، صعوبة تحريك الذراع وألم فيه وفي الكتف و لا يعانين أيضا من تورم أو حساسية في منطقة الثدي المصاب بشكل كبير.

بالمقابل نجد أن قيمة عرض "الاستياء من فقدان الشعر BRHL" مرتفعة نوعا ما (65,59)، حيث أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في هذا العرض بين نوع العلاج الإشعاعي والعلاج الكيميائي،

والفرق لصالح العلاج الإشعاعي، وهذا يعني أن الأفراد الذين يقومون بالعلاج الإشعاعي مستاءين بنسبة أكبر من تساقط شعرهم عن باقي المجموعات الأخرى باعتبار أن كل من يقوم بالعلاج الإشعاعي في مجموعة البحث نساء.

أما مستوى نوعية الحياة عند مرضى سرطان الرئة فقد عرفت قيمة متوسطة قدرت بـ (54.59)، وذلك بقيمة متوسطة لبعدها (الصحة العامة/ نوعية الحياة "QL2") (48.21)، والتي تتوافق مع نتائج (الأداء الوظيفي) التي بلغت قيمة متوسطها بـ (48.29) والتي تدل على تحسن متوسط في نوعية الحياة، وتتوافق أيضا مع قيم (أبعاد الأعراض) حيث تراوحت أغلب قيمها بقيم منخفضة نوعا ما حيث بلغت قيمة متوسطها بـ (33.33)، وهي قيمة تدل أيضا على تحسن في نوعية الحياة بانخفاض الأعراض المصاحبة للمرض.

حيث وجدنا أن لـ "الأداء المعرفي CF" أعلى قيمة بـ (69.28) إذ يظهر أن المرضى يعانون بشكل أقل من المتوسط من مشاكل في الذاكرة تؤثر عليهم سلبيا على التركيز أو صعوبات في التذكر، بينما نجد قيمة "الأداء الوظيفي RF2" منخفضة بـ (17.88)، والذي ارتبط طردا مع "الأداء البدني PF2"، أي كلما زاد الأداء البدني زاد معه طردا الأداء الوظيفي، كما وجدنا فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في هذا البعد، أي أن الإناث لديهن القدرة على بذل مجهود جسدي والمشى لمسافات طويلة أو قصيرة، كما أنهم لا يحتجن للبقاء في السرير أو الكرسي خلال اليوم أو المساعدة في الأكل وارتداء الملابس... أكثر من الذكور.

أما بالنسبة لأبعاد الأعراض المتمثلة في "التعب FA" و "الألم PA" فقد عرفت ارتفاعا في قيمها مقارنة مع باقي القيم، حيث وجدنا فروق بين الجنسين في بعد "التعب FA"، والفرق لصالح الرجال المصابون بسرطان الرئة، أي أنهم يشعرون بالتعب أكثر من النساء المصابات بسرطان الرئة. كما وجدنا علاقة

طردية بين عرضي "التعب FA" و"الأرق SL"، أي كلما زاد الأرق زاد التعب والعكس صحيح. وكان للتعب أيضا علاقة عكسية مع عرض "الأداء الوظيفي RF2"، أي كلما زاد التعب تدنى معه الأداء الوظيفي. وله أيضا علاقة عكسية مع عرض "الأداء العاطفي EF"، أي كلما زاد التعب انخفض معه الأداء العاطفي.

واستنتجنا أن انخفاض قيمة "الأداء الوظيفي RF2" بـ (17.88) يعود إلى ارتفاع قيمة عرض "التعب FA" بـ (64.28)، ومنه فمرضى سرطان الرئة يعانون من انخفاض في الأداء الوظيفي نتيجة لشعورهم بالتعب.

ولم نجد فروق بين الجنسين تعزى لعرض "الألم PA"، والمناطق التي كانوا يحسون فيها بالألم في الجسم تمثلت في ( الظهر، الجنب الأيمن، المفاصل والمفصل العجزي، الساقين، الكتف).

وتوصلنا إلى عدم وجود فروق في مستوى نوعية الحياة لدى مرضى سرطان الثدي و سرطان الرئة بناء على الجنس، مستوى التعليم، نوع العلاج، نوع المرض (سرطان الثدي وسرطان الرئة)، الحالة المدنية (الأرمل/ المتزوج) و(الأرمل/ الأعزب)، بينما وجدنا فروق دالة إحصائية لدى المرضى بين (المتزوج/ الأعزب) والفرق لصالح الأعزب بارتفاع مستوى نوعية الحياة لديه مقارنة بالمتزوج.

ووجدنا علاقة ارتباطية عكسية دالة إحصائية بين مستوى نوعية الحياة والنمط السلوكي "ج" عند مرضى سرطان الثدي، بينما غابت هذه العلاقة بين مستوى نوعية الحياة والنمط السلوكي ج عند مرضى سرطان الرئة.

خاتمة

## خاتمة:

في نهاية هذه الدراسة يمكننا القول أن مرضى سرطان الثدي والرئة لديهم مستوى متوسط من النمط السلوكي (ج)، وذلك عكس ما افترضناه بارتفاع هذا الأخير عندهم، والبعد الأكثر تأثيراً تمثل في بعد "كبح الانفعالات" الذي ارتبط ببعد "الادراكات الاكتئابية"، ولم يرتبط ببعد "الكف الاجتماعي". حيث ارتبط هذا الأخير ببعد "الادراكات الاكتئابية". وهذا ما يدل أن ارتفاع مستوى النمط السلوكي عند مرضى السرطان مرتبط بقمع الانفعال، أي منع الوعي بالمشاعر السلبية أو عدم عرضها، وهذا ما قد يكون عامل خطر مهم للسرطان، فأسلوب المواجهة الذي تتبناه الشخصية بقمع العاطفة السلبية قد يزيد من خطر الإصابة بالسرطان وذلك من خلال إضعاف جهاز المناعة. أما بعد "الادراكات الاكتئابية" فكانت قيمتها أقل عند المرضى، وذلك راجع إلى الإيمان بقضاء الله وقدره، فالفرد الذي يوكل أمره إلى الله ويرضى بمشيئته عز وجل، لا يخاف المرض، ولا ما يحمله له في باقي أيام العمر.

كما توصلنا إلى مستوى نوعية حياة متوسطة عند المرضى، وذلك أيضاً عكس ما افترضناه بانخفاض هذه الأخيرة لديهم، ولم نجد فروق فيها تعزى لمتغير: الجنس، مستوى التعليم، نوع العلاج، نوع المرض، الحالة المدنية (الأرمل/ المتزوج) و (الأرمل/ الأعزب)، بينما وجدنا فروق دالة إحصائية لدى المرضى بين (المتزوج/ الأعزب) والفرق لصالح الأعزب بارتفاع مستوى نوعية الحياة لديه مقارنة بالمتزوج.

وأسفرت النتائج النهائية على وجود علاقة عكسية بين النمط السلوكي (ج) ونوعية الحياة لدى مرضى السرطان.

المراجع

## قائمة المراجع

### باللغة العربية:

- 1- أبو السعد عبد اللطيف (1995): سرطان الثدي مشكلة الأفاق، مجلة العربي الكويت، نوفمبر، العدد 144.
- 2- احمد محمد عبد الخالق (2000): نمط السلوك (أ) دراسة لبعض الارتباطات الاجتماعية والنفسية، مجلة دراسات نفسية، رابطة الأخصائيين النفسانيين المصرية، عدد 4، مجلد 10، القاهرة.
- 3- أسعد يوسف ميخائيل (1980): الثقة بالنفس، دار النهضة، القاهرة، مصر.
- 4- أمال أباطة (1997): الشخصية (الاضطرابات السلوكية الوجدانية)، الطبعة الأولى، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- 5- أمال عبد السميع أباطة (2000): الأنماط السلوكية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- 6- آن بولنج (2007): قياس الصحة (عرض لمقاييس جودة الحياة)، ترجمة: أ.د. حين حشمت، ط1، مجموعة النيل العربية، مصر.
- 7- بدر محمد الأنصاري (1997): الشخصية من المنظور النفسي، دار الكتاب الجامعي للنشر والتوزيع، الطبعة 1، الكويت.
- 8- بطرس حافظ بطرس (2008): التكيف والصحة النفسية للطفل، الطبعة الأولى، دار الميسرة للنشر والتوزيع، عمان.
- 9- بن زروال فتيحة (2008): أنماط الشخصية وعلاقتها بالإجهاد (المستوى، الأعراض، واستراتيجيات المواجهة) دراسة ميدانية على عينة من العاملين بالحماية المدنية، البريد، مصلحتي الاستعجالات والتوليد بولاية أم البواقي، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في علم النفس، جامعة منتوري، قسنطينة، الجزائر.

- 10- بوعافية نبيلة (2008): نمط شخصية المديرين وعلاقته بالضغط المهني واستراتيجيات المواجهة، مذكرة لنيل شهادة الدكتوراه تخصص علم النفس الاجتماعي، جامعة الجزائر.
- 11- تومي سميث (2001): موسوعة صحة العائلة، دار العلم للملايين، بيروت، لبنان.
- 12- جبريل، عماد محمد : ( 2007 ) جودة الحياة وبعض المتغيرات الشخصية لدى فئتين من مرضى الألم المزمن مقارنة بأصحاء، رسالة ماجستير مقدمة لقسم علم النفس، جامعة المنوفية.مصر.
- 13- الراسبي خميس سالم (2006): تجربة وزارة التربية والتعليم في تعزيز جودة حياة المتعلمين بمدار السلطنة، ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس، 17-19 ديسمبر، عمان.
- 14- الزروق فاطمة الزهراء (2009): دراسة النمط السلوكي للمصابين بالسكري من خلال طريقة الحياة، رسالة لنيل شهادة الدكتوراه، تخصص علم النفس العيادي، جامعة الجزائر.
- 15- زهران حامد عبد السلام(1980): الصحة النفسية والعلاج النفسي، الطبعة الأولى، عالم الكتب.
- 16- زياد بركات (2006): سمات الشخصية المستهدفة بالسرطان، دراسة مقارنة بين الأفراد المصابين وغير المصابين بالمرض، مجلد جامعة النجاح للأبحاث.
- 17- زينب محمد شقير (2002): الأمراض السيكوسوماتية، الطبعة الأولى، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، مصر.
- 18- السليمان هاني إبراهيم (2005): دليلك إلى الثقة بالآخرين، دار الإسرائ، عمان.
- 19- سميح نجيب خوري (1999): دليل المرأة في حملها وأمراضها، دار الأفاق، الأردن.
- 20- شيلي تايلور (2008): علم النفس الصحي، الطبعة الأولى، جامعة عمان، الأردن.
- 21- صالح، ناهد : ( 1990 ) مؤشرات نوعية الحياة :نظرة عامة على المفهوم والمدخل، المجلة الاجتماعية القومية، مجلد ( 27 )، عدد(2)، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، القاهرة.
- 22- صمويل تامر بشرى (2007): الاكتئاب والعلاج بالواقع، مكتبة الأنجلو المصرية.
- 23- عبد الرحمن سي موسي ورضوان زقار ( بدون سنة نشر): الصدمة والحداد عند الطفل والمراهق، نظرة الاختبارات النفسية، جمعية علم النفس للجزائر العاصمة.

- 24- عبد الرقيب أحمد البحيري (1987): الشخصية النرجسية، دراسة في ضوء التحليل النفسي، الطبعة الأولى، دار المعارف.
- 25- عبد العلي الجسماني (1998): الأمراض النفسية "تاريخها، أنواعها، أعراضها، علاجها" الطبعة الأولى، بيروت، لبنان.
- 26- عبد الله وعبد الفتاح (1997): الشخصية من المنظور النفسي، الطبعة الأولى، دار الكتاب الجامعي للنشر والتوزيع، الكويت.
- 27- عبد المعطي، حسن مصطفى (2005) ( الإرشاد النفسي وجودة الحياة في المجتمع المعاصر، ورقة عمل منشورة في وقائع المؤتمر العلمي الثالث للإنماء النفسي والتربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة، جامعة الزقازيق، مصر، 13-23.
- 28- الغندور، العارف بالله محمد (1999) : أسلوب حل المشكلات وعلاقته بنوعية الحياة "دراسة نظرية، " المؤتمر الدولي السادس لمركز الإرشاد النفسي، جودة الحياة توجه قومي للقرن الواحد والعشرين، جامعة عين شمس، القاهرة، ص ص 1-177.
- 29- فايد علي حسين (2001) : دراسات في الصحة النفسية، تقديم أبو النيل السيد محمود، الطبعة الأولى، المكتب الجامعي الحديث الأزاريطة، الاسكندرية.
- 30- فيصل خير الزاد (2000): الأمراض النفس جسدية، الطبعة الأولى، دار النقاش، بيروت
- 31- لطفي الشربيني (2010): المرجع الشامل في علاج القلق، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان.
- 32- لطفي الشربيني (بدون سنة نشر): معجم مصطلحات الطب النفسي، مركز تعريب العلوم الصحية، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي.
- 33- مأمون صالح (2008): الشخصية (بناءها، تكوينها، أنماطها، اضطراباتها)، دار أسامة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن.
- 34- مايكون سوارتز (1992): السرطان ما هو؟ أنواعه ومحاربه، ترجمة: عماد أبو سعد، دار الهدى، الطبعة الأولى، الجزائر.

- 35- محمد احمد النابلسي (1996): **أمراض القلب النفسية**، الطبعة الثانية، مركز الدراسات النفسية والفسدية.
- 36- محمد عبد الله عادل (2000): **دراسات في الصحة النفسية**، الطبعة الأولى، دار النشر للجامعات، مصر.
- 37- محمد مقداد، منى الأنصاري، عطاء الله العنزي (2014): **الخبرة المعيشية للمتعافين من السرطان**، **مجلة العلوم الانسانية الاجتماعية**، العدد 17، ديسمبر 2014، ص ص 01-16.
- 38- منى خليل عبد القادر (2001): **التغذية العلاجية**، مجموعة النيل العربية، الطبعة الأولى، القاهرة.
- 39- نجية عبد الله وعبد الفتاح رأفت (1995): **العوامل النفسية في أمراض السرطان**، دراسة ميدانية في أحداث الحياة والشخصية لدى مرضى السرطان، **مجلة علم النفس**، مصر، العدد 9، ص ص 140 – 159.
- 40- نيكولاس جيمس (2013): **السرطان (مقدمة قصيرة جدا)**، ترجمة: أسامة فاروق حسن، الطبعة الأولى، مؤسسة هنداوي للتعليم والثقافة، القاهرة، مصر.
- 41- هاشم سامي محمد (2001): **جودة الحياة لدى المعوقين جسميا والمسنين وطلاب الجامعة**، مجلة الإرشاد النفسي، **جامعة عين شمس**، العدد 13، ص ص 125-180.
- 42- يعقوب يوسف الكندري (2013): **الثقافة، الصحة والمرض**، جامعة الكويت.

- 1- A Prospective Case–Control Study in Finland, **ANTICANCER RESEARCH** 31: 4013-4018.
- 2- Aaronson NK, Ahmedzal S, Bergman B et al. (1993): The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ C-30 : a quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology. **J Natl Cancer Inst** ;No 85 : pp365-76.
- 3- AFSOS (2011) : **Association française en soins oncologique de support, Dépression.** 06,13,14
- 4- AFSOS (2013) : **Association française en soins oncologique de support. psychooncologie,dépression.** 08, 16, 19, 24
- 5- Alami Sakineh, Nisi, Dr. Behnam Makvandi and Dr. Alireza Heidari (2015): Comparing Personality Characters, Type C Personality and Coping Styles In People With Breast, Uterine Cervix, Lung and Prostate Cancer, **MAGNT Research Report** (ISSN. 1444-8939), Vol.3 ( 3). PP: 1516-1534.
- 6- Alexander, JM( 2006): '**The role of psycho-social experience in chronic disease**', PhD thesis, Southern Cross University, Lismore, NSW. Copyright JM Alexander 2006
- 7- Archinard A. murphy esvam (2005 : **psychothérapie et cancer du sein revu de formation continue**, N2423/revue médicale suisse.
- 8- Aulagnier P(1986): **Un interprète en quête de sens**, éd Payot, Paris
- 9- Auquier P. (1997): **La qualité de vie liée à la santé. Haut Comité de la santé publique.** Actualité et dossier en santé publique n° 17.
- 10- Baillet F, Pelicier N (1998): **L'annonce diagnostique, impact psychologique et aspects pratique**, l'encéphale, 35
- 11- Bensoussan Patrick(2004): **Le cancer, approche psycho dynamique chez l'adulte**, Ramonville, Eles, 31
- 12- Bert Garssen, Margot Remie and Marije van der Lee (2010) : **REPRESSION QUESTIONNAIRES COMPARED**, Psychology of Denial, pp. 103-130; Eds.: Sofia K. Ogden and Ashley D.Biebers © 2010 Nova Science Publishers, Inc.
- 13- Bessis F, Ferey N (1991): **Cancer, trauma, soin, créativité association psychisme et cancer**, Ed le coq héron, 29

- 14- Bielefeld Y ( 2007): **L'univers médical n°11 Dictionnaire médical Edition Presses de Lutèce** ,Paris , p.203.
- 15- Bircan Ahmet,. Bahadar Berktafl,; Hülya Baysz,; Nihal Baflay, Sema Bircan, Mine Berkoglu (2003): Effects of Chemotherapy on Quality of Life for Patients with Lung Cancer; **Turkish Respiratory Journal**, August 2003, Vol.4, No.2 pp 61-66.
- 16- Bishop, M & Feist- Price, S(2002): Quality of life assessment in the rehabilitation counseling Rehabilitation: strategies and measures, **Journal of Applied rehabilitation counseling** vol. (33) . No (1). P. p.7-35
- 17- Bredart A, Swaine Verdier A, Dolbeault S (2007): évaluant l'image du corps, femme atteinte d'un cancer du sein, **revue de psycho oncologie**, France, 32-33
- 18- Broquen M, Gernez JC (1997): **L'effraction par-delà le trauma**, Ed Hamilton, Paris.
- 19- Bruchon- schweitzer M, Dantzer Quintard B (2001): **Personnalité et maladie, stress, coping et ajustement**, Ed Dunod, Paris, 04
- 20- Cerisey Catherine (2010): **Cancer du sein et sexualité**, un sujet encore tabou institute curie, Sylvie henry sexologue.com
- 21- Chalvin, D. (1993): **Faire face aux stress de la vie quotidienne**. Paris: ESF, 5e éd.
- 22- Cummins, R. A. & McCabe, M. P. (1994): The comprehensive Quality of life scale(com Qol): Instrument development and psychometric evaluation on college staff and students; **Education & psychological. Measurement**.vol.(54).issue(2).pp.372-383
- 23- Daly L, Schweitzer N (2008): **Suivi médical du patient traiter pour un cancer**, Ed Masson, France, 159- 162
- 24- Dauchy S, Chauffour –Aderc(2002): **Prise en charge de l'anxiété en soins palliatifs, privilégier un traitement étiologique**, Med Pal, 19
- 25- Dauphin marie (2013): Le soutien psychologique, **journée régionale** du 24 sep ,cancer prise en charge et accompagnement, France.
- 26- Dehkordi. A , M. Saeed Heydarnejad, Daryoush Fatehi(2009): Quality of Life in Cancer Patients undergoing Chemotherapy; **Oman Medical Journal** 2009, Volume 24, Issue 3, July 2009.
- 27- Delay, J. & Pichot, P. (1999): **Psychologie**. Paris: Masson, 3e éd.
- 28- Dellofre.c.j y vaillant(2008):**cancer de la trachee**. Des bronche et du
- 29- Delvaux N, Razavi D(2002): **Psycho –oncologie, le cancer, le malade et sa famille**. Ed Masson, Paris,

- 30- Deschamps D (1997): **psychanalyse et cancer, au fil des mots**, Ed halattan, Paris
- 31- Desclaux Bernard(2013): **Image du corp et motivations**, .institut clauds us regfud France, 6
- 32- Dolbeault Sylvie (2011): **Prise en change psychoco oncologie**. colloque du canceropolle\_8novembre. Paris
- 33- Dolto (F) 1997 : **Le sentiment de soi : aux sources de l'image du corps**, GALLIMARD
- 34- Donald P Braun, Digant Gupta and Edgar D Staren (2011): Quality of life assessment as a predictor of survival in non-small cell lung cancer, **BMC Cancer; Cancer Treatment Centers of America®® at Midwestern Regional Medical Center**, Zion, IL, 60099, USA. Pp 02/09.
- 35- DSM4(1994): **Biogratric and svalistical manual of mental disorder**, 751.
- 36- ED john Reich Michel, Venin P, Belkacemi y (2008): **L'annonce de diagnostic du cancer, l'acte qui doit sceller le pacte de confiance, medecin\_ malade**. Bull\_cancer libbey eurothe
- 37- El Fakir S, Abda N, Bendahhou K, Zidouh A, Bennani M, Errihani H, Benider A, Bekkali R and al (2016): Quality of life of early stage colorectal cancer patients in Morocco, **Journal List BMC Gastroenterol v.16; 2016**
- 38- Ellen, L., (2006): Inviting confidence in school: invitation as a critical source of the academic selfefficacy beliefs of entering school students. **Journal of Invitational Therapy and Practice**, 12, 7-16
- 39- Ellis, A., (2003): Self- confidence and rational emotive behaviour therapy. **Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly** . 17(3), 225-240
- 40- **EORTC QLQ-C30 Scoring Manual**, The EORTC QLQ-C30, Third edition 2001, Brussels.
- 41- Eskelinen M and Ollonen P (2011): **Assessment of Cancer prone Personality' Characteristics in Healthy Study Subjects and in Patients with Breast Disease and Breast Cancer Using the Commitment Questionnaire:**
- 42- Eveline M. A. Bleiker , Jan H. C. L. Hendriks , Johannes D. M. Otten , André L. M. Verbeek , Henk M. van der Ploeg (2008): Personality Factors and Breast Cancer Risk: A 13-Year Follow-up; **J Natl Cancer Inst** 2008;100: 213 – 218

- 43- Felce, D. & Perry, J.(1995): Quality of life Its definition and Measurement, **Research in developmental disabilities**, vol(16), No.(1). p.p.51-74.
- 44- Fischer Gustave –Nicolas (2013): **Psychologie du cancer, un autre regard sur la maladie et la guérison**. Ed Odile Jacob, France,
- 45- Fitch Margaret (2008): **Cadre des soins de soutiens, revue canadienne de soins infirmiers en oncologie** .Canada
- 46- Fred.f.ferri (2006): **guide pratique de la prise en charge de patient**
- 47- Gêmez .M et Bouzid . K (2004): spécial cancer en Algérie, **revue médicale trimestrielle**,(N°1), Alger. P16-20
- 48- Goode, d. (1994): quality of life for persons with disabilities: international perspectives and issues; n: mitchel, d. (1997): book review; **journal of intellectual & developmental disability**; vol. 22(1),pp 63-75.
- 49- Goode, D.(1990): **Thinking about and discussing QoL**. In R. Shalock and M. J. Bogal(EDS), QoL prespectives and Issues. p.p 41-58
- 50- Graziani P, Hantekeete M (2001): **Stress, Anxiété et trouble de l'adaptation**, Ed Masson, Paris
- 51- Greenley, J. R. & Greenberg, J. T. (1997): Measuring Quality of life: A disorders in practical survey Instrument; **Social Work**, vol. (42). NO. (3).p.p. 244-254.
- 52- Greer S, Morris T (1975): Psychological attributes of women who develop breast cancer: a controlled study. **J Psychosom Res**.
- 53- Greer, S., Morris, T.& Pettingale, W. (1994): **Psychological response to breast cancer: effect on outcome**. In Steptoe, A.& Wardle, J. (Ed), **Psychology Processes and Health**, Cambridge University Press.
- 54- Gridelli. C, Perrone. F, Nelli. F, S. Ramponi3 & F. De Marinis (2001): Quality of life in lung cancer patients, **Annals of Oncology 12** (Suppl. 3). S21-S25, pp 21-25.
- 55- Guideline Steward (2012): A Pan-Canadian Practice Guideline Prevention, Screening, Assessment and Treatment of Sleep Disturbances in Adults with Cancer; **Canadian Association of Psychosocial Oncology**
- 56- Héron JF (2002): **Les réactions pathologiques du cancer**, Édition faculté de médecine de Caen, France,

- 57- Heydar nejad MS , Dehkordi A Hassanpour, and Dehkordi K .(2011): Solati Factors affecting quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy Afr Health Sci. **June**; 11(2): 266–270.
- 58- Hill, P. C. and Pargament, K. I. (2008). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health. **Psychology of Religion and Spirituality**. 5, 3-17
- 59- Honore .s (2005): **Cancer du sein**, éd. seuil, Paris, 157
- 60- **Institut national du cancer**(2010):les traitements des cancer du
- 61- J.B.brehant et tamatose (1992): **le médecin et le malade devant la mort**, ed tirage, France.
- 62- Jafari, E, Sohrabi, F, Jomehri,F., Najafi, M.(2009): The Relation ship between type C personality, locus of control and hardiness in patients suffering from cancer and normal subjects; **Journal of Clinical Psychology**, Vol. 1, No.1, 2009, Pages: 57-66.
- 63- Jarousse Noëlla(2002): **Cancer et sexualité**, éd Ellébore, 24
- 64- Joyeux Henri, Guibert(2004): **Place de la spiritualité dans la lutte contre le cancer**, éd Fnac, France
- 65- Jue Chen1, Weichun Li, Lin Cui, Yayun Qian, Yaodong Zhu, Hao Gu, Gaoyang Chen, Yi Shen, Yanqing Liu (2015): Chemotherapeutic Response and Prognosis among LungCancer Patients with and without Depression; **Journal of Cancer 2015**, Vol. 6 (11): 1121-1129.
- 66- Julien Samier (2006): Qualite de vie et etudes, **THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE**; Université de Lille 2.
- 67- Justin A. Kurrass: **Link between behavior variables and health, " The Development of a Behavioral Measure of Type C"**, Armstrong Atlantic State University.
- 68- Kadan –Lottick NS, Vanderwerker (2005): **Psychiatric disorder and mental healt**, service use in patients whith advanced cancer, 81
- 69- Kangas M, Henry JL,Bryant RA (2005): **The course of psychological disorders in the 1 st year after cancer diagnosis**. Consult clin psycho
- 70- Katz, L. S., & Epstein, S. (2005): The relation of cancer-prone personality to exceptional recovery from cancer: A preliminary study; **the National Institutes of Mental Health to Seymour Epstein**. *Advances*, 21, pp 1-15.

- 71- Keith J. Petrie, Roger J. Booth, James W. Pennebaker (1998): The Immunological Effects of Thought Suppression, **Journal of Personality and Social Psychology**, November 1998 Vol. 75, No. 5, 1264-1272
- 72- King Douald(1990): **Religion and health relationships**,reue de la religion et sante,112
- 73- Krause, K. (1991). **Contracting cancer and coping with it: patients' experiences**. Cancer Nursing, 14, 240-245.
- 74- Kreitler, S., Peleg, D., & Ehrenfeld, M.(2007): **Stress, self-efficacy and quality of life in cancer**, November; 67(5): 369–376.
- 75- Lacave L (2005): **Les différents types du cancer** , Edition Cuire, Paris, p.81. -36
- 76- Laplanche J, Pantalís JB (1967): **Vocabulaire de la psychanalyse**, Paris, PUF3eme édition, 499
- 77- **Larousse médicale**, 1999, librairie larousse, paris,France, 9eme. ed.
- 78- Lavdaniti M and Tsitsis N (2015): Definitions and Conceptual Models of Quality of Life in Cancer Patients, **Health Science Journal**; Vol 9 No 26; pp 1-5.
- 79- Leborain sophie (2009): Qualité de vie et développement post traumatique de patientes en rémission à long terme d'un cancer du sein, **Thèse de doctorat en psychologie**, université de Nantes, 320
- 80- Liebens F, Aimont M (2001): La prise en charge globale des femmes en cas de mammographie positive. **Newsletter de sénologie de gynweb**, chu saint pierre, Bruxelles
- 81- Lütfiye P, Meral U, Alper S, Elzem Ş (2013): Characteristics of pain in lung cancer patients, **Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi** 2013;21(4):995-999
- 82- Lutgendorf, S. K., Costanzo, E. S. & Sood, A. K. (2012): Psychoneuroimmunology and Cancer: Biobehavioral Influences on Tumor Progression. In S. C. Segerstrom (Ed.), **The Oxford handbook of psychoneuroimmunology** vol. 19 (pp. 341–368). Oxford: Oxford University Press
- 83- Lynette Guziaték-Trojniak, Sharon West, Trace Kershaw, Darlene Mood (1999): The Quality of Life of African American Women with Breast Cancer; **Research in Nursing & Health**, 1999, 22, 449–460.

- 84- Maggie A. Ward (2013): Factors Affecting Quality of Life in Breast Cancer Survivors, Faculty: Elaine E. Steinke; **School of Nursing, College of Health Professions, GRASP: Graduate Research and Scholarly Projects**, volume 9, 2013, pp 10-11.
- 85- Marcotte J (2008): **Le cancer ,Edition Centre de documentation sur l'éducation des adultes et la condition féminine.** p 07.
- 86- Marjorie Dahlem (2010): **Cancer du sein, féminité, soins palliatifs.** Institution de formation en soins infirmiers de Jury Les Metz, 07 -08
- 87- Miller, W. R. (Ed.) (1999). Integrating Spirituality into Treatment: Resources for Practitioners . Washington, DC: **American Psychological Association**
- 88- Miller, W. R. and Thoresen, C. E. (2003). Spirituality, religion, and health: An emerging research field. **American Psychologist.** 58, 24-35.
- 89- Mimoun, S. (2000): **Traité de gynécologie-obstétrique psychosomatique.** Paris: Flammarion Médecine-science, 1re éd.
- 90- Mitchell AJ, Chan M (2011): **Prévalence of dépression anxiety and adjustment disorder in oncological hematologica**
- 91- Mitchell AJ, Vahabzadeh A, Magruderk (2011): **Screening for distress and dépression in cancer setting**, 10 lessons from 40 years of reseach, 84
- 92- Montazeri.A (2008): Health-related quality of life in breast cancer patients: A bibliographic review of the literature from 1974 to 2007, **Journal of Experimental & Clinical Cancer Research** 2008, 27:32, pp 1-31.
- 93- Montazeri.A, Gillis CR, McEwen J. (1998): Quality of Life in Patients With Lung Cancer : A Review of Literature From 1970 to 1995, **US National Library of Medicine National Institutes of Health**, 113(2):467-81 · February 1998
- 94- Nejari.Ch (2014): The european organization for research and treatment of cancer quality of life questionnaire-BR23 breast cancer-specific quality of life questionnaire: psychometric properties in a Moroccan sample of breast cancer patients, **BMC Research Notes** 2014, 7:53;pp 2-6.
- 95- Nicklasson Mercedes (2013): **Quality of life assessment in patients with lung cancer Clinical implications**; Printed by Ineko AB, Gothenburg, Sweden.
- 96- Nicoleau Petit(2009): **Les séquelles psycho affectives après le Traitement d'un cancer du sein**, lettre de sénologie numéro 44, 31
- 97- OMS (1946): **Organisation Mondiale de la santé**, numéro 2, 100

- 98- PÄIVI SALONEN (2011): **Quality of Life in Patients with Breast Cancer**, ACADEMIC DISSERTATION, A prospective intervention study, UNIVERSITY OF TAMPERE, Finland.
- 99- Paraskevi Theofilou (2013): Quality of Life: Definition and Measurement, Europe's **Journal of Psychology** ; Vol. 9(1), 150–162
- 100- Pelin Kanten, Gülten Gümüştekin, Selahattin Kanten (2017): Exploring the Role of A, B, C and D Personality Types on Individuals Work-Related Behaviors and Health Problems: A Theoretical Model, **International Journal of Business and Management Invention**, ISSN (Online): 2319 – 8028, ISSN (Print): 2319 – 801X. www.ijbmi.org || Volume 6 Issue 7 || July. 2017 || PP—29-37.
- 101- Persaud, R. (2006):**The Motivated Mind**. New York: Bantam Books Ltd. poumon, paris.P9-10
- 102- Priscila Isolani de Oliveira, Carlos Alberto de Castro Pereira, Angélica Gonçalves Silva Belasco, Ana Rita de Cássia Bettencourt (2013): Comparison of the quality of life among persons with lung cancer, before and after the chemotherapy treatment; Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2013 May-June;21(3):787-94.**psychologie de la santé**, 4eme édition, France
- 103- Quality of life and patient-reported outcomes in cancer: A guide for advocates (2003); Research advocacy network; www. **Researchadvocacy.org**
- 104- Reich Michel (2008): **Cancer et image du corp**. 27 eme journées de la société de l'information psychiatrique lille ED John Libbey Eurotext, 247, 248, 249, 252
- 105- Reich Michel, Venin P, Belkacemi Y (2008): **L'annonce de diagnostic du cancer, l'acte qui doit sceller le pacte de confiance**, médecin\_malade. Bull\_cancer. ED John Libbey Eurotext 841
- 106- Roger Gyps(1994): **les maladies du sein**, québec, canada.
- 107- Rosen, M. (1995): Subjective Measure of Quality of life. **Mental retardation**; vol. (33).No.(1).p.p. 31-34.
- 108- Saglier J. et autre( 2003): **cancer du sein question et réponses au quotidien**, masson, paris 2eme ed.
- 109- Sammarco A (2001b): **Psychological stages and quality of life of women with breast cancer**. Cancer Nursing 24, 272-277.
- 110- Satet et ettera (1992): **troubles psychiques en cancérologie**, masson, paris.

- 111- Schilder ,P (1968) : **L'image du corps**, GALLIMARD, Paris.
- 112- Shozo Ohsumi, Kojiro Shimozuma, Satoshi Morita, Fumikata Hara, Daisuke Takabatake, Seiki Takashima, Naruto Taira, Kenjiro Aogi and Shigemitsu Takashima (2009): Factors Associated with Health-related Quality-of-life in Breast Cancer Survivors: Influence of the Type of Surgery; **Jpn J Clin Oncol** 2009;39(8)491–4960
- 113- Simona Carnio, Rosario Francesco D,i Stefano, Silvia Novello (2016): Fatigue in lung cancer patients: symptom burden and management of challenges, **Lung Cancer: Targets and Therapy** 2016;7 pp73–82
- 114- Spiegel D, Bloom JR (1989): **Effet of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer**, *Lancet*, 91
- 115- Stark DPH, House A (2000): **Anxiety in cancer patients**, *Br J cancer*, 7
- 116- Sunderland, L. (2004): **Speech, language and audiology Services in public Schools**. *Intervention in School and Clinic*, 39 (4), 209-217
- 117- Susanne S. Pedersen and Johan Denollet (2003): Type D perosnality, cardiac events, and impaired quality of life: a review, **European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation** 2003, Vol 10 No 4, pp242- 248 .
- 118- Taquet A (2005): **Cancer du sein et sexualite**, **springer**. France, 171-172- 173
- 119- Veenhoven, R. (1994): is happines atrait? Tests of theory abetter society does not make people any happier. **Social indicators research**, No 32, p.p 101-160
- 120- Velikova G, Wright P, Smith AB, Stark D, Perren T, Brown J, Selby P. Self-reported quality of life of individual cancer patients: concordance of results with disease course and medical records.**J Clin Oncol** 2001 Apr 1;19(7):2064-73.
- 121- Widar, M ; Ahltrom, G & Ek, A. (2003): Health-related Quality of Life in persons with long- Term pain after a Stroke, **Journal of Clinical Nursing**, vol. (13) PP. 497–505
- 122- Wild .P,Bourghard.e(2008): **cancer du poumon et exposition professionnelle aux métaux, une revue des études épidémiologiques**, inrs,paris.P204-206
- 123-Yuki Nakatani, Yumi Iwamitsu, Masaru Kuranami, Shigemi Okazaki, Hiroe Shikanai, Kenji Yamamoto, Masahiko, WatanabeHitoshi, Miyaoka (2014): The Relationship Between Emotional Suppression and Psychological Distress in Breast Cancer Patients After Surgery, **Jpn J Clin Oncol** 2014;44(9)818 – 825 doi:10.1093/jjco/hyu089 Advance Access Publication 15 July 2014, pp 819-825.

- 124- Zabora J.(2001): Prevalence of psychological distress by cancer site. **Journal of Psychosocial Oncology** 2001;10:19-23
- 125- Zatout Ramdane.et Belaacel Amel.(2012):.Bilan d'activité du centre anti-cancer d'Ouargla, communication orale. **Journée internationale du cancer** 2012.
- 126- Željko Glavić, Slavka Galić & Marija Krip (2014): Quality of life and personality traits patients with colorectal; **Psychiatria Danubina**, 2014; Vol. 26, No. 2, pp 172-180, Medicinska naklada - Zagreb, Croatia.

مواقع الانترنت:

- 1- سرطان الثدي، موقع الصحة ، <http://www.Sehha.com>
- 2- [www.onz.fr.pr.hamdi.cherif](http://www.onz.fr.pr.hamdi.cherif), seminaire sur les maladies, alger 01 au3/04/2003.
- 3- [www.ammabaa.org.nba.cancer/htm\\_1/03/2013](http://www.ammabaa.org.nba.cancer/htm_1/03/2013)
- 4- دلال موسى قويدر (2008): الخوف من سرطان الدم وعلاقته بالصدمة النفسية، دراسة ميدانية لنيل درجة الإجازة في الإرشاد النفسي، جامعة دمشق، الموقع الالكتروني: نساء سورية [www.nesasy.org](http://www.nesasy.org)
- 5- قاري عبد الرحيم (2008) : أمراض الدم والورام ، PDF <http://www.garimedical.com/news.htm>
- 6- (www.sonafi-aventis.com /health care/cancer, 05/12/2010)
- 7- (جمعية السرطان الأمريكية). <http://www.cancer.org>

9- زعطوط رمضان (بدون سنة نشر): نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين وعلاقتها ببعض المتغيرات، رسالة محاضرة لنيل شهادة الدكتوراه تخصص علم النفس الاجتماعي، جامعة قاصدي مرباح ورقلة. <https://bu.univ-ouargla.dz/Theses%20DOCTORAT/Zatout-Ramdane-Doctorat.pdf>.

10- BSc DPhil FMed Sc (2009): What is quality of life?; Second edition; Published by Hayward Medical Communications, a division of Hayward Group Ltd. Copyright ©2009HaywardGroupLtd. <file:///C:/Users/Client/Downloads/WhatisQOL.pdf>

11- Poghosyan H, Sheldon LK, Leveille SG, Cooley ME.(2013): Health-related quality of life after surgical treatment in patients with non-small cell lung cancer: a systematic review, US National Library of Medicine, National Institutes of Health; Lung Cancer. 2013 Jul;81(1):11-26. doi: 10.1016/j.lungcan.2013.03.013. Epub 2013 Apr 4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23562675>

12-<https://www.nytimes.com/1992/09/06/books/l-the-type-c-connection-196992.html>

13- Eskelinen M<sup>1</sup>, Ollonen P. (2011): Assessment of 'cancer-prone personality' characteristics in healthy study subjects and in patients with breast disease and breast cancer using the commitment questionnaire: a prospective case-control study in Finland, US National Library of Medicine, National Institutes of Health, Anticancer Res. 2011 Nov;31(11):4013-7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22110235>

14-Cédric Lemogne, \* Silla M. Consoli, Béatrice Geoffroy-Perez, Mireille Coeuret-Pellicer, Hermann Nabi, Maria Melchior, Frédéric Limosin, Marie Zins, Pierre Ducimetière, Marcel Goldberg, and Sylvaine Cordier (2014): Personality and the risk of cancer: a 16-year follow-up study of the GAZEL cohort, US National Library of Medicine, National Institutes of Health; Psychosom Med. Author manuscript; available in PMC 2014 Apr 7. Published in final edited form as: Psychosom Med. 2013 Apr; 75(3): 262–271. Published online 2013 Mar

19. doi: 10.1097/PSY.0b013e31828b5366.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3977138/>

15- <https://www.djazairess.com/annasr/191187>

16- Dknews : Quotidien National d'Information 2015 18 كانون/يناير 18:29-الأحد,

<http://www.ar.dknews-dz.com/index.php/nation/actualite/26170-20-4-40>

17- <http://groups.eortc.be/qol/eortc-qlq-c30>

-18 بدر الدين الأنصاري ، الشخصية المستهدفة للإصابة بالسرطان

<http://www.acofps.com/vb/showthread.php?t=22184>

19- Amanda J. Shallcross, Danielle A. Becker, Anuradha Singh, Daniel Friedman, Jacqueline Montesdeoca, Jacqueline French, Orrin Devinsky, and Tanya M. Spruill (2015): Illness Perceptions Mediate the Relationship Between Depression and Quality of Life in Epilepsy Patients, US National Library of Medicine National Institutes of Health, Published online 2015 Sep 22. doi: [10.1111/epi.13194](https://doi.org/10.1111/epi.13194), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4626428/>

20- National Academies Press (US); (1992).: The Second Fifty Years: Promoting Health and Preventing Disability. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235604/>

21-Dean GE, Redeker NS, Wang YJ, Rogers AE, Dickerson SS, Steinbrenner LM, Gooneratne NS (2013): Sleep, mood, and quality of life in patients receiving treatment for lung cancer, [US National Library of Medicine](#), National Institutes of Health, *Oncol Nurs Forum*. 2013 Sep;40(5):441-51. doi: 10.1188/13.ONF.441-451. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23989018>

22- Sarna L, Cooley ME, Brown JK, Chernecky C, Padilla G, Danao L, Chakravarty D, Elashoff D (2010): Women with lung cancer: quality of life after thoracotomy: a 6-month prospective study, [US National Library of Medicine](#), National Institutes of Health, *Cancer Nurs*. 2010 Mar-Apr;33(2):85-92. doi: 10.1097/NCC.0b013e3181be5e51. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20142740>

الملاحق

## الملحق رقم 01

صدق المحكمين للتأكد من صدق استبيان النمط السلوكي (ج) النسخة الأولى

من إعداد طالبة: دايدي مريم السنة : الثالثة دكتوراه تخصص علم النفس العيادي

الجامعة: أبو القاسم سعد الله -الجزائر2- الأستاذ المشرف: محمود بن خليفة

أساتذتي الأفاضل أتقدم إلى حضرتكم بهذا الاستبيان قصد التحقق من صدقه، وذلك في إطار الإعداد لنيل شهادة الدكتوراه تحت عنوان (نوعية الحياة والنمط السلوكي ج عند مرضى السرطان)، مع العلم أنني قمت ببناء الاستبيان انطلاقا من خصائص هذا النمط. والهدف من إعداده هو التأكد من شيوع النمط ج عند مرضى السرطان في المجتمع الجزائري وكذا محاولة معرفة درجة انتشاره عندهم انطلاقا من أن هذا النوع من النمط يرتبط ارتباطا دالا بتطور مرض السرطان وسرعة انتشاره. فمن خلال هذا الاستبيان نحاول التأكد من وجود هذا النوع من النمط عند مرضى السرطان أو غيابه، كما سنتحقق إذا كان فعلا هذا النمط له علاقة فعلا بتطور مرض السرطان وسرعة وانتشاره ، انطلاقا من طرح التساؤل التالي:

- هل خصائص النمط السلوكي (ج) موجود فعلا عند مرضى السرطان؟
- هل توافر هذا النمط (شدة النمط) عند مرضى السرطان له علاقة بتطور مرض السرطان وسرعة وانتشاره ؟

مع العلم أنني لم أتحصل على دراسات تثبت أن مرضى السرطان في المجتمع الجزائري يتميزون بالنمط السلوكي (ج)، ما عدا بعض الدراسات التي قامت بتحليل الإنتاج الإسقاطي لهؤلاء المرضى والذي غلب عليهم طابع الكف والاختصار في محتوى البروتوكول.

مع العلم أن عينة الدراسة ستكون من سرطان الثدي عند النساء وسرطان الرئة عند الرجال والنساء.

اسم الأستاذ:.....

الدرجة الاكاديمية:.....

الجامعة:.....

## تعريف النمط السلوكي ج:

يعبر النمط السلوكي بشكل عام عن الطريقة أو الأسلوب الخاص والمميز للفرد في الاستجابة للمواقف الاجتماعية المختلفة، وفي التعامل مع نفسه ومع الآخرين، وهو على مستوى من الترتيب والتنظيم الذي يوفر حدا مقبولا من الفهم والضبط والتنبؤ. في أوائل ثمانينات القرن العشرين قدم كل من "جرير" و "موريس" (1980) نمطا يسمى النمط ج ، طورته فيما بعد "تيموشوك وزملاؤها" (1981-1985)، ويعتقد "جرير" و "موريس" أن هذا النمط يرتبط ارتباطا دالا بتطور مرض السرطان وسرعة انتشاره. وأهم ما يميزه:

- الميل إلى استبطان استجابة ثابتة إزاء الإجهاد آملا من خلال ذلك أن يسيطر على نفسه وأن يتحكم فيه الأمر الذي يحققه ظاهريا فقط.
- يميزه الامتثال لمواصفات السلوك المتعارف عليها والحفاظ على مظهر لطف مفرط. خضوع للمعايير الاجتماعية، إحساس كبير بالمسؤولية.
- تثبيط لمشاعر العدوانية، خوف من الصراعات، شعور بالدونية والعجز وميل اكتئابي.
- يتسم بالعجز عن التعبير عن الغضب والميل للموافقة والانصياع غير مؤكد لذاته ومضحي بها.
- هادئ صبور وعديم المنافسة ونتيجة لذلك فهو يعجز عن تفريغ التوتر ولا يفصح عما يستبد به من انفعالات ومعدوم الكفاءة وقاصر الهمة.
- فوضوي ويتمسك بالروتين ويعيش في وحدة نفسية.
- يعاني الاكتئاب والتشاؤم ويشعر باليأس.
- ينظر إلى الحياة الخارجية بصفة هادئة وعقلانية ومجردة من العواطف.
- الامتناع والكبت، الاستجابة لرغبات الآخرين وعدم التسلط.
- الشعور في أعماقه بأنه تافه ، الجبن والخوف الاجتماعي، تجنب الاختصار أو السلوك الذي يمكن أن يجرح الآخرين.

## ملحق رقم 02

استبيان النمط السلوكي (ج) (النسخة الأولى)

الجنس: ذكر/ أنثى

السن: ..... المستوى التعليمي: .....

وافق أو لا على البند خانة الأستاذ	لا	نعم	البند
	0	1	1- أجد صعوبة في التعبير عن غضبي
	0	1	2- كثيرا ما ترهقني مشاكل
	0	1	3- غالبا ما أشعر بالاكتئاب صباحا، واعتقد أنه لا فائدة من النهوض عن السرير
	0	1	4- أظهار بالسعادة حتى عندما أكون تعيسا
	0	1	5- عندما أفشل في عمل ما، ألوم نفسي لفترة طويلة
	0	1	6- لدي صعوبة كبيرة في مواجهة الناس عندما اعتقد أنهم سيؤذونني
	0	1	7- إذا خططت لشيء، عادة ما افترض أنه سيلغى أو يتحول بشكل سيء
	0	1	8- أوجل ذهابي إلى الطبيب عندما أمرض على أمل أن أشفى
	0	1	9- إذا لم أتعافى من المرض، أفترض أنه لا يمكن علاجه، و لا أتحدث عن مرضي مع الطبيب
	0	1	10- كثيرا ما أشعر بالغيرة والعزلة والاختلاف عن الآخرين
	0	1	11- أفضل أن يكون لي عدد قليل من الأصدقاء
	0	1	12- أشعر بالذنب إذا تشاجرت مع الآخرين
	0	1	13- أحيانا أعتقد أن الحياة لا تستحق العيش
	0	1	14- أميل للعيش في خيبات الأمل لفترات طويلة
	0	1	15- أفضل عدم القيام بالمهام الصعبة خشية الفشل
	0	1	16- أتعامل مع المواقف الصعبة بالهروب أو تناول المهدئات
	0	1	17- أشعر بالوحدة عندما أكون تعيسا أو مكتئبا

0	1	18- أتجنب أخذ القرارات الصعبة
0	1	19- أحرص على عدم إيذاء مشاعر الآخرين
0	1	20- أعتبر رغبات الآخرين أولى من رغباتي
0	1	21- لا أستطيع رفض عمل لا أحبه
0	1	22- أظهار باللطف حتى مع الأشخاص السيئين
0	1	23- أستطيع تحدي أشخاص ذوي سلطة
1	0	24- أسمح للغير بالتعرف على إرادتي بسهولة
1	0	25- أشعر بقدرتي على التحكم في أشخاص أو في مجريات حياتي
1	0	26- أرى العوائق تحديات أكثر منها تهديدات
1	0	27- أنا متفائل فيما يخص المستقبل
1	0	28- عندما أكون متوتر أبدأ بالشتم والتوبيخ
0	1	29- لا أستطيع التكلم مع شخص غاضب
0	1	30- أشعر بانعدام الأمل

#### طريقة التصحيح:

تتقط (نعم) بنقطة واحدة (1) وذلك من البند 1 إلى 23 ، والبندين 29 و30.

تتقط (لا) بنقطة واحدة (1) من البند 23 إلى 27.

وبذلك يكون أعلى درجة يتحصل عليها الفرد هي 25 وأقل درجة هي 5.

#### التفسير

أقل من 8: أنت لست من النمط السلوكي ج.

من 9 إلى 16: إنذار بميول للنمط السلوكي ج.

من 17 إلى 24: أنت من أصحاب النمط السلوكي ج.

### ملحق رقم 03

قائمة الأساتذة المحكمين لاستبيان النمط السلوكي (ج)

الجامعة	الدرجة الأكاديمية	اسم الأستاذ
جامعة أبو القاسم سعد الله، الجزائر 2	أستاذ التعليم العالي	مسيلي رشيد
جامعة أبو القاسم سعد الله، الجزائر 2	أستاذة التعليم العالي	آيت حمودة حكيمة
جامعة لونيبي علي، البليدة 2	أستاذة محاضرة "أ"	كركوش فتيحة
جامعة لونيبي علي، البليدة 2	أستاذة محاضرة أ	الزروق فاطمة الزهراء
جامعة لونيبي علي، البليدة 2	أستاذة التعليم العالي	شرادي نادية
المركز الجامعي غليزان	أستاذ مساعد صنف "ب" تخصص القياس في علم النفس والتربية	عباس عبد الرحمن
جامعة أبو القاسم سعد الله، الجزائر 2	أستاذ التعليم العالي	بن خليفة محمود

## ملحق رقم 04

### النسخة النهائية لاستبيان النمط السلوكي (ج)

الجنس: ذكر / أنثى

السن: .....

المستوى الدراسي: ابتدائي / متوسط / ثانوي / جامعي / دراسات عليا.

ضع إشارة X في العبارة التي تعتقد أنها تعبر عن شخصيتك. وحاول الإجابة بكل مصداقية حيث لا يوجد إجابة صحيحة أو إجابة خاطئة.

لا	أحيانا	نعم	البند
			1- أجد صعوبة في التعبير عن غضبي
			2- أشعر بالاكئاب صباحا
			3- أعتقد أنه لا فائدة من النهوض عن السرير صباحا.
			4- عندما أفشل في عمل ما، ألوم نفسي لفترات طويلة.
			5- أفترض أن مخططاتي ستلغى أو ستتحوّل بشكل سيئ.
			6- أعتقد أن الحياة لا تستحق العيش.
			7- أميل للعيش في خيبة الأمل لفترات طويلة.
			8- أفضل عدم القيام بالمهام الصعبة خشية الفشل.
			9- أشعر بالوحدة عندما أكون مريضا.
			10- أرى العوائق تهديدات أكثر منها تحديات.
			11- أشعر بانعدام الأمل.
			12- أعتقد أن مواهبي قليلة.
			13- أرى أنني غير قادر على تحقيق أهداف كبيرة لذلك لا أسعى إليها.
			14- أفضل الحياة اليومية التي اعتدت عليها أكثر من التغيير.
			15- تتفصني الثقة الكافية بالنفس لمواجهة الآخرين.

			16- أرى النجاح صعب جدا عليا.
			17- أتساهل مع الآخرين حتى لا أدخل في صراع معهم.
			18- طموحي قليل لأنني غير قادر على إنجاز الكثير.
			19- أتظاهر بالسعادة حتى عندما أكون تعيسا.
			20- أشعر بالذنب إذا تشاجرت مع الآخرين.
			21- أتعامل مع المواقف الصعبة بالهروب أو تناول المهدئات.
			22- أتجنب أخذ القرارات الصعبة.
			23- أحرص على عدم إيذاء مشاعر الآخرين.
			24- أعتبر رغبات الآخرين أولى من رغباتي.
			25- أقوم بالأعمال التي لا أحبها.
			26- أتظاهر باللطف حتى مع الأشخاص السيئين.
			27- أتجنب تحدي أشخاص ذوي سلطة.
			28- من الصعب التعرف على إرادتي بسهولة.
			29- أتجنب التكلم مع شخص غاضب.
			30- أميل إلى الهدوء.
			31- أفضل أن لا أفصح عن مشاعري.
			32- أعتقد أن التحدث عن المشاعر دليل ضعف.
			33- أرى أن إظهار الفرد لتوتره أمر غير لائق.
			34- أفضل أن يكون لي عدد قليل من الأصدقاء.
			35- أتجنب الذهاب إلى المناسبات العائلية.
			36- أفضل عدم الاختلاط بالناس كثيرا.
			37- أشعر بالغيرة والعزلة عن الآخرين.
			38- عندما أمرض لا أذهب إلى الطبيب على أمل أنني سأشفى.
			39- كثيرا ما أفضل البقاء بمفردي.
			40- أتجنب الكلام مع الغرباء.

## ملحق رقم 05

ملاحق الثبات:

الثبات عن طريق الفا كرونباخ:

البعد الاول		
	N	%
Cases	Valid	167
	Excluded <sup>a</sup>	0
	Total	167
a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.		

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,794	,802	17

Summary Item Statistics							
	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Variances	,563	,379	,782	,402	2,061	,012	17
Inter-Item Correlations	,193	-,069	,515	,583	-7,506	,019	17

Item-Total Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
VAR00001	27,2216	35,186	,262	,223	,792
VAR00002	27,4671	34,335	,360	,271	,785
VAR00003	26,9281	35,344	,202	,124	,797
VAR00004	27,1198	34,202	,358	,244	,786
VAR00005	27,6287	33,970	,491	,429	,778
VAR00006	27,5569	33,453	,567	,469	,774
VAR00007	27,2635	33,593	,400	,333	,783
VAR00008	27,0898	35,263	,192	,163	,798
VAR00009	27,1856	33,176	,458	,312	,778
VAR00010	27,4671	33,347	,523	,419	,775
VAR00011	27,1198	32,925	,459	,330	,778
VAR00012	27,2455	31,861	,595	,535	,768
VAR00013	26,9641	36,252	,079	,122	,808
VAR00014	27,3293	33,379	,434	,397	,780
VAR00015	27,4072	32,881	,536	,375	,773
VAR00016	26,4431	35,887	,193	,133	,795
VAR00017	27,4132	32,629	,538	,473	,773

ScaleStatistics			
Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
28,9281	37,874	6,15421	17

البيانات الثاني			
		N	%
Cases	Valid	167	100,0
	Excluded <sup>a</sup>	0	,0
	Total	167	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

ReliabilityStatistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,696	,697	16

Summary Item Statistics							
	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Variances	,539	,322	,678	,356	2,105	,012	16
Inter-Item Correlations	,126	-,201	,332	,533	-1,651	,012	16

Item-Total Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
VAR00035	30,6826	22,266	,265	,255	,686
VAR00036	30,5210	22,094	,348	,232	,677
VAR00037	31,6048	23,012	,282	,216	,685
VAR00038	30,9641	22,252	,304	,215	,681
VAR00039	30,1677	23,442	,184	,181	,693
VAR00040	30,9701	20,993	,464	,314	,661
VAR00041	31,2036	23,729	,101	,156	,703
VAR00042	30,6407	21,304	,413	,311	,668
VAR00043	31,1138	21,475	,367	,379	,673
VAR00044	30,7605	22,653	,197	,231	,695
VAR00045	30,5389	22,744	,209	,283	,693
VAR00046	30,2455	22,210	,382	,259	,674
VAR00047	30,5868	22,605	,273	,181	,685
VAR00048	31,2096	21,962	,322	,213	,679
VAR00049	30,6407	23,111	,143	,129	,702
VAR00050	30,9940	20,970	,465	,337	,661

Scale Statistics			
Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
32,8563	24,871	4,98706	16

البيانات الثالث			
		N	%
Cases	Valid	167	100,0
	Excluded <sup>a</sup>	0	,0
	Total	167	100,0
a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.			

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,566	,571	7

Summary Item Statistics							
	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Variances	,590	,383	,692	,308	1,805	,012	7
Inter-Item Correlations	,160	-,105	,403	,508	-3,834	,015	7

Item-Total Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
VAR00052	11,5449	6,249	,268	,186	,536
VAR00053	12,3114	6,384	,295	,122	,525
VAR00054	11,9222	5,916	,349	,266	,503
VAR00055	12,5329	6,793	,261	,122	,538
VAR00056	11,9401	6,888	,105	,100	,599
VAR00057	11,8922	5,976	,405	,210	,483
VAR00058	11,8922	6,012	,366	,190	,497

Scale Statistics			
Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
14,0060	8,018	2,83161	7

المقياس ككل			
		N	%
Cases	Valid	167	100,0
	Excluded <sup>a</sup>	0	,0
	Total	167	100,0
Listwise deletion based on all variables in the procedure. .a			

Item-Total Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
VAR00001	74,0838	119,523	,173	.	,839
VAR00002	74,3293	117,704	,287	.	,836
VAR00003	73,7904	118,323	,217	.	,838
VAR00004	73,9820	117,331	,298	.	,836
VAR00005	74,4910	116,854	,409	.	,834
VAR00006	74,4192	116,438	,441	.	,833
VAR00007	74,1257	116,074	,352	.	,834
VAR00008	73,9521	119,070	,159	.	,840
VAR00009	74,0479	116,190	,352	.	,834
VAR00010	74,3293	115,969	,431	.	,833
VAR00011	73,9820	114,741	,418	.	,833
VAR00012	74,1078	112,639	,554	.	,829
VAR00013	73,8263	118,783	,162	.	,840
VAR00014	74,1916	114,337	,466	.	,831
VAR00015	74,2695	113,511	,558	.	,829
VAR00016	73,3054	116,936	,368	.	,834
VAR00017	74,2754	113,888	,507	.	,830
VAR00035	73,6168	119,262	,162	.	,840
VAR00036	73,4551	118,683	,230	.	,837
VAR00037	74,5389	116,515	,477	.	,832
VAR00038	73,8982	115,562	,421	.	,833
VAR00039	73,1018	120,767	,118	.	,840
VAR00040	73,9042	115,665	,387	.	,833
VAR00041	74,1377	119,493	,182	.	,839
VAR00042	73,5749	118,077	,237	.	,837
VAR00043	74,0479	115,817	,358	.	,834
VAR00044	73,6946	116,454	,313	.	,836
VAR00045	73,4731	118,648	,206	.	,838
VAR00046	73,1796	119,028	,238	.	,837
VAR00047	73,5210	118,372	,256	.	,837
VAR00048	74,1437	116,774	,320	.	,835
VAR00049	73,5749	119,415	,148	.	,840
VAR00050	73,9281	113,850	,497	.	,830
VAR00052	73,3293	119,307	,151	.	,840
VAR00053	74,0958	117,557	,288	.	,836
VAR00054	73,7066	117,775	,234	.	,838

VAR00055	74,3174	117,182	,382	.	,834
VAR00056	73,7246	119,309	,150	.	,840
VAR00057	73,6766	114,979	,446	.	,832
VAR00058	73,6766	117,545	,268	.	,837

ReliabilityStatistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,839	,843	40

Summary Item Statistics							
	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Variances	,558	,322	,782	,460	2,429	,012	40
Inter-Item Correlations	,118	-,201	,515	,716	-2,558	,015	40

ScaleStatistics			
Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
75,7904	122,685	11,07631	40

ملحق رقم 06  
صدق استبيان النمط السلوكي (ج)

الصدق الاتساق الداخلي:  
1- (ارتباط البند بالبعد)

		البعد الاول																	
		V1	V2	VAR00003	VAR00004	VAR00005	VAR00006	VAR00007	VAR00008	VAR00009	VAR00010	VAR00011	VAR00012	VAR00013	VAR00014	VAR00015	VAR00016	VAR00017	VAR00018
VAR00001	Pearson Correlation	1	,293**	,194	,087	,134	,321**	,104	,092	,048	,248**	,132	,080	,022	,037	,100	,046	,205**	,367**
	Sig. (2-tailed)		,000	,012	,262	,084	,000	,183	,235	,536	,001	,088	,307	,781	,637	,198	,536	,008	,009
	N	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167
VAR00002	Pearson Correlation	,293**	1	,095	,324**	,289**	,292**	,083	,125	,180*	,330**	,317**	,183	-,050	,107	,160	,084	,114	,459**
	Sig. (2-tailed)	,000		,220	,000	,000	,000	,285	,108	,038	,000	,000	,018	,524	,169	,038	,282	,141	,000
	N	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167
VAR00003	Pearson Correlation	,194	,095	1	,143	,161	,210**	,183	,027	,059	,056	,056	,143	-,060	,137	,084	,057	,130	,324**
	Sig. (2-tailed)	,012	,220		,065	,038	,006	,018	,727	,450	,469	,471	,066	,439	,077	,282	,484	,093	,000
	N	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167
VAR00004	Pearson Correlation	,087	,324**	,143	1	,349**	,314**	,157	,086	,206**	,321**	,238**	,241**	-,011	,096	,253**	-,030	,144	,461**
	Sig. (2-tailed)	,262	,000	,065		,000	,000	,043	,397	,007	,000	,002	,002	,893	,219	,001	,699	,064	,000
	N	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167
VAR00005	Pearson Correlation	,134	,299**	,161	,349**	1	,515**	,096	,036	,187	,463**	,355**	,436**	-,069	,202**	,336**	,114	,299**	,565**
	Sig. (2-tailed)	,084	,000	,038	,000		,000	,216	,844	,015	,000	,000	,000	,378	,009	,000	,144	,000	,000
	N	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167
VAR00006	Pearson Correlation	,321**	,292**	,210**	,314**	,515**	1	,183	,199*	,327**	,456**	,227**	,387**	,080	,150	,332**	,204**	,259**	,593**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,006	,000	,000		,018	,010	,000	,000	,003	,000	,304	,054	,000	,008	,001	,000
	N	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167
VAR00007	Pearson Correlation	,104	,083	,183	,157	,096	,183	1	,184	,291**	,157	,181	,279**	,095	,271**	,328**	,025	,481**	,505**
	Sig. (2-tailed)	,183	,285	,018	,043	,216	,018		,035	,000	,043	,019	,000	,222	,000	,000	,751	,000	,000
	N	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167
VAR00008	Pearson Correlation	,092	,125	,027	,066	,036	,199*	,164	1	,315**	,143	-,002	-,005	,147	,066	,070	,044	,056	,321**
	Sig. (2-tailed)	,235	,108	,727	,397	,644	,010	,035		,000	,065	,984	,948	,059	,394	,370	,571	,473	,000
	N	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167
VAR00009	Pearson Correlation	,048	,160	,059	,206**	,187	,327**	,291**	,315**	1	,286**	,189	,275**	,188**	,327**	,303**	,115	,257**	,556**
	Sig. (2-tailed)	,536	,038	,450	,007	,015	,000	,000	,000		,000	,015	,000	,015	,000	,000	,139	,001	,000
	N	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167
VAR00010	Pearson Correlation	,248**	,330**	,056	,321**	,463**	,456**	,157	,143	,286**	1	,316**	,440**	-,063	,206**	,318**	,089	,381**	,600**
	Sig. (2-tailed)	,001	,000	,469	,000	,000	,000	,043	,065	,000		,000	,000	,419	,008	,000	,252	,000	,000
	N	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167
VAR00011	Pearson Correlation	,132	,317**	,056	,238**	,355**	,227**	,181	-,002	,189	,316**	1	,415**	,024	,354**	,323**	,106	,395**	,560**
	Sig. (2-tailed)	,088	,000	,471	,002	,000	,003	,019	,884	,015	,000		,000	,759	,000	,000	,174	,000	,000
	N	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167
VAR00012	Pearson Correlation	,080	,183	,143	,241**	,438**	,387**	,279**	-,005	,275**	,440**	,415**	1	,112	,482**	,514**	,121	,499**	,576**



VAR00040	Pearson Correlation	.190*	.227**	.258**	.171*	.235**	1	.198*	.262**	.311**	.150	.000	.196*	.149	.267**	.078	.286**	.581**
	Sig. (2-tailed)	.014	.003	.001	.027	.002		.010	.001	.000	.053	.997	.044	.055	.000	.315	.000	.000
	N	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167
VAR00041	Pearson Correlation	.067	-.032	.102	.094	-.016	.198*	1	.164*	.110	.081	-.201**	-.064	.021	.017	.038	.057	.236**
	Sig. (2-tailed)	.386	.681	.189	.229	.842	.010		.034	.156	.300	.009	.412	.790	.825	.824	.466	.002
	N	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167
VAR00042	Pearson Correlation	.311**	.332**	.054	.105	.248**	.262**	.164*	1	.108	.052	.117	.222**	.195*	.169*	-.017	.299**	.538**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.489	.176	.001	.001	.034		.163	.502	.133	.004	.012	.015	.828	.000	.000
	N	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167
VAR00043	Pearson Correlation	-.090	.133	.274**	.332**	.120	.311**	.110	.108	1	.082	.307**	.276**	-.015	.056	.132	.242**	.503**
	Sig. (2-tailed)	.247	.087	.000	.000	.124	.000	.158	.163		.238	.000	.000	.844	.469	.089	.002	.000
	N	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167
VAR00044	Pearson Correlation	.122	-.004	.271**	.047	-.061	.150	.081	.052	.092	1	-.115	.131	.103	.216**	-.104	.332**	.653**
	Sig. (2-tailed)	.115	.961	.000	.542	.432	.053	.300	.502	.238		.139	.092	.186	.005	.182	.000	.000
	N	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167
VAR00045	Pearson Correlation	.047	.249**	.023	.158*	.124	.000	-.201**	.117	.307**	-.115	1	.182*	.167*	-.023	.209**	.124	.354**
	Sig. (2-tailed)	.542	.001	.767	.041	.110	.997	.009	.133	.000	.139		.018	.031	.766	.007	.110	.000
	N	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167
VAR00046	Pearson Correlation	.173*	.230**	.006	.053	.124	.156*	-.064	.222**	.276**	.131	.182*	1	.202**	.225**	.190*	.260**	.487**
	Sig. (2-tailed)	.025	.003	.940	.500	.111	.044	.412	.004	.000	.092	.018		.009	.004	.014	.001	.000
	N	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167
VAR00047	Pearson Correlation	.190*	.099	.088	.106	-.029	.149	.021	.195*	-.015	.103	.167*	.202**	1	.249**	.122	.092	.899**
	Sig. (2-tailed)	.014	.204	.261	.172	.710	.055	.790	.012	.844	.186	.031	.009		.001	.115	.235	.000
	N	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167
VAR00048	Pearson Correlation	.220**	.031	.163*	.104	.008	.267**	.017	.189*	.056	.216**	-.023	.225**	.249**	1	.104	.221**	.456**
	Sig. (2-tailed)	.004	.689	.035	.182	.916	.000	.825	.015	.469	.005	.766	.004	.001		.181	.004	.000
	N	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167
VAR00049	Pearson Correlation	.054	.127	.012	-.001	.027	.078	.038	-.017	.132	-.104	.209**	.180*	.122	.104	1	-.010	.289**
	Sig. (2-tailed)	.487	.101	.873	.987	.725	.315	.624	.828	.089	.182	.007	.014	.115	.181		.898	.000
	N	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167
VAR00050	Pearson Correlation	.314**	.186*	.148	.272**	.037	.286**	.057	.299**	.242**	.332**	.124	.260**	.092	.221**	-.010	1	.582**
	Sig. (2-tailed)	.000	.016	.057	.000	.637	.000	.466	.000	.002	.000	.110	.001	.235	.004	.898		.000
	N	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167
VAR00051	Pearson Correlation	.409**	.468**	.385**	.434**	.299**	.581**	.236**	.536**	.503**	.353**	.354**	.487**	.398**	.456**	.299**	.582**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

البعد الثالث

		VAR00052	VAR00053	VAR00054	VAR00055	VAR00056	VAR00057	VAR00058	VAR00059
VAR00052	Pearson Correlation	1	,105	,403**	,007	-,063	,199**	,200**	,526**
	Sig. (2-tailed)		,176	,000	,930	,417	,010	,009	,000
	N	167	167	167	167	167	167	167	167
VAR00053	Pearson Correlation	,105	1	,230**	,187*	,193*	,162*	,093	,523**
	Sig. (2-tailed)	,176		,003	,015	,012	,036	,233	,000
	N	167	167	167	167	167	167	167	167
VAR00054	Pearson Correlation	,403**	,230**	1	,098	-,105	,188*	,301**	,593**
	Sig. (2-tailed)	,000	,003		,208	,177	,015	,000	,000
	N	167	167	167	167	167	167	167	167
VAR00055	Pearson Correlation	,007	,187*	,098	1	,175*	,286**	,125	,459**
	Sig. (2-tailed)	,930	,015	,208		,024	,000	,108	,000
	N	167	167	167	167	167	167	167	167
VAR00056	Pearson Correlation	-,063	,193*	-,105	,175*	1	,125	,092	,388*
	Sig. (2-tailed)	,417	,012	,177	,024		,108	,239	,000
	N	167	167	167	167	167	167	167	167
VAR00057	Pearson Correlation	,199**	,162*	,188*	,286**	,125	1	,350**	,614**
	Sig. (2-tailed)	,010	,036	,015	,000	,108		,000	,000
	N	167	167	167	167	167	167	167	167
VAR00058	Pearson Correlation	,200**	,093	,301**	,125	,092	,350**	1	,582**
	Sig. (2-tailed)	,009	,233	,000	,108	,239	,000		,000
	N	167	167	167	167	167	167	167	167
VAR00059	Pearson Correlation	,526**	,523**	,593**	,459**	,388**	,614**	,592**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	167	167	167	167	167	167	167	167

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

## 2- ارتباط البعد بالدرجة الكلية

## ارتباط الابعاد بالدرجة الكلية

		البعد الاول	البعد الثاني	البعد الثالث	الدرجة الكلية
البعد الاول	Pearson Correlation	1	,467**	,357**	,897**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000
	N	167	167	167	167
البعد الثاني	Pearson Correlation	,467**	1	,381**	,807**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000
	N	167	167	167	167
البعد الثالث	Pearson Correlation	,357**	,381**	1	,626**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000
	N	167	167	167	167
الدرجة الكلية	Pearson Correlation	,857**	,807**	,626**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	
	N	167	167	167	167

\*\*. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

## ملحق رقم 07

### استبيان نوعية الحياة العام النسخة الثالثة EORTC QLQ-C30 version 3.0

نحن مهتمون بمعرفة بعض المعلومات عنك و عن صحتك. الرجاء الإجابة بنفسك عن كل من الأسئلة التالية و ذلك بوضع إشارة X في الخانة الأكثر ملائمة لك. لا يوجد جواب "صحيح" أو "خطأ". جميع المعلومات ستعامل بسرية تامة.

الجنس: ذكر / أنثى

الفقرة	إطلاقاً (لا)	قليلاً	بعض الشيء	كثيراً جداً
1- هل لديك صعوبة في بذل مجهود جسدي شاق (متعب) مثل حمل كيس مشتريات ثقيل أو حقيبة؟				
2- هل لديك صعوبة بالمشي لمسافة طويلة؟				
3- هل لديك صعوبة بالمشي لمسافة قصيرة خارج البيت؟				
4- هل تحتاج للبقاء في السرير أو الكرسي خلال اليوم؟				
5- هل تحتاج للمساعدة في الأكل، ارتداء الملابس، الاغتسال أو استخدام المراض؟				

خلال الأسبوع الماضي:

الفقرة	إطلاقاً (لا)	قليلاً	بعض الشيء	كثيراً جداً
6- هل كنت محدود/ مقيد عند القيام بعملك أو نشاطات يومية أخرى؟				
7- هل كنت محدود/ مقيد في ممارسة هواياتك أو نشاطات في أوقات الفراغ؟				
8- هل شعرت بضيق بالنفس؟				
9- هل شعرت بأي ألم؟				
10- هل كنت بحاجة للراحة؟				
11- هل عانيت من مشاكل في النوم (أرق/				

				صعوبة في النوم/ نوم متقطع)؟
				12- هل شعرت بالضعف؟
				13- هل فقدت شهيتك (القدرة على الأكل)؟
				14- هل شعرت بالغثيان ؟
				15- ؟ هل تقيأت؟
				16- هل عانيت من الإمساك؟

خلال الأسبوع الماضي:

كثيرا جدا	بعض الشيء	قليلا	إطلاقا (لا)	الفقرة
				17- هل كان لديك إسهال؟
				18- هل كنت متعب؟
				19- هل عانيت من ألم أثر سلبا على نشاطاتك اليومية؟
				20- هل كان لديك صعوبة بالتركيز في بعض الأمور مثل قراءة الجريدة أو مشاهدة التلفاز؟
				21- هل شعرت بالتوتر؟
				22- هل شعرت بالقلق؟
				23- هل شعرت بالانزعاج؟
				24- هل شعرت بالاكتئاب؟
				25- هل كانت لديك صعوبة بتذكر الأشياء؟
				26- هل حالتك الجسدية أو عالجك الطبي أثر سلبا على حياتك العائلية؟
				27- هل حالتك الجسدية أو عالجك الطبي أثر سلبا على حياتك الاجتماعية؟
				28- هل حالتك الجسدية أو عالجك الطبي أديا إلى مشاكل مالية؟

في الأسئلة التالية الرجاء الإشارة بدائرة حول الرقم بين 1-7 الأكثر ملاءمة لك:

29- كيف تُقيّم صحتك عموماً خلال الأسبوع الماضي؟

1 2 3 4 5 6 7  
سيء جداً ممتاز

30- كيف تُقيّم /جودة حياتك عموماً/ مستوى حياتك عموماً خلال الأسبوع الماضي؟

1 2 3 4 5 6 7  
سيء جداً ممتاز

## ملحق رقم 08

### استبيان نوعية الحياة المحدد لسرطان الثدي EORTC QLQ-BR-23

نحن معنيون ببعض المعلومات عنك وعن صحتك، لذا الرجاء الإجابة عن كل البنود، ويرجى الإشارة إلى الدرجة التي عانيتي فيها مثل هذه الأعراض أو المشاكل خلال الأسبوع الماضي. بوضع إشارة X. في الخانة المناسبة.

الفقرة	أبدا ( لا )	قليلا	بعض الشيء	كثيرا جدا
1- هل شعرت بجفاف في الفم؟				
2- هل اختلف مذاق الأكل أو الشرب عن الطعم الاعتيادي؟				
3- هل شعرت بألم أو التهاب في العينين أو هل كانتا دامعتين؟				
4- هل تساقط شعرك؟				
5- أجب على هذا السؤال فقط إذا كنت تعاني من تساقط الشعر: - هل كنت منزعجة بسبب تساقط شعرك؟				
6- هل كنت مريضة أو متوعكة الصحة؟				
7- هل شعرت باحمرار أو تورد الوجه؟				
8- هل شعرت بالصداع؟				
9- هل شعرت أنك أقل جاذبية ( لست مرغوبة جنسيا) بسبب مرضك أو العلاج؟				

				10- هل كنت تشعرين أنك أقل أنوثة بسبب مرضك أو العلاج؟
				11- هل تجدين صعوبة عند النظر إلى نفسك وأنت عارية؟
				12- هل كنت غير راضية عن جسدك؟
				13- هل كنت قلقة بخصوص صحتك في المستقبل؟

خلال الأسابيع الأربعة الماضية:

الفقرة	أبدا (لا)	قليلا	بعض الشيء	كثيرا جدا
1- إلى أي درجة كانت عندك رغبة بالجماع				
2- إلى أي درجة كنت نشيطة جنسيا ( بجماع أو بدونه)؟				
3- أجيبني عن هذا السؤال فقط إذا كنت نشيطة جنسيا: - إلى أي درجة كان الجماع ممتعا بالنسبة لك؟				

خلال الأسبوع الماضي:

كثيرا جدا	بعض الشيء	قليلا	أبدا (لا)	الفقرة
				1- هل شعرت بأي ألم في الذراع أو في الكتف؟
				2- هل عانيت من تورم في اليد أو الذراع؟
				3- هل كان صعبا عليك رفع ذراعك أو تحريكه جانبيا؟
				4- هل كنت تشعرين بألم في منطقة ثديك المصاب؟
				5- هل كانت منطقة ثديك المصاب متورمة؟
				6- هل كانت منطقة ثديك المصاب شديدة الحساسية؟
				7- هل عانيت من مشاكل البشرة حول منطقة صدرك المصاب أو حوله ( مثلا الحكة، الجفاف، التقشر)؟

## ملحق رقم 09

### استبيان نوعية الحياة المحدد لسرطان الرئة EORTC QLQ-LC13

يقول المرضى في بعض الأحيان أنهم يتعرضون للأعراض أو المشاكل التالية، الرجاء تحديد إلى أي مدى حدثت لك هذه الأعراض أو المشاكل خلال الأسبوع الماضي، الرجاء الإجابة بوضع إشارة X في الإجابة التي تنطبق عليك بأدق ما يمكن.

#### خلال الأسبوع الماضي:

الفقرة	لا شيء (لا)	قليلا	بعض الشيء	كثيرا جدا
1- ما هو عدد المرات التي سعلت فيها؟				
2- هل سعلت دما؟				
3- هل شعرت بضيق في التنفس وأنت مستريح؟				
4- هل شعرت بضيق في التنفس عند المشي؟				
5- هل شعرت بضيق في التنفس أثناء صعود السلالم؟				
6- هل شعرت بالتهاب في الفم أو اللسان؟				
7- هل شعرت بصعوبة في البلع؟				
8- هل شعرت بتنميل في اليدين أو القدمين؟				
9- هل لاحظت حدوث تساقط بشعرك؟				
10- هل شعرت بألم في الصدر؟				
11- هل شعرت بألم في الذراع أو الكتف؟				
12- هل شعرت بألم في الأجزاء الأخرى من جسمك؟ - إذا كان الرد بالإيجاب، - فأين:.....				
13- هل تناولت أي دواء ضد الألم: لا / نعم - إذا كان الرد بالإيجاب فما هو مدى نفع الدواء؟				

## ملحق رقم 10

جداول الفرضية الأولى: المجموع والمتوسطات، وجداول الارتباط بين البنود حسب الأبعاد

### Statistiques descriptives

البند	N	Minimu m	Maximu m	Somme	Moyenn e	Ecart type	Varianc e
س1	143	1	3	329	2,30	,856	,733
س2	143	1	3	226	1,58	,754	,569
س3	143	1	3	222	1,55	,828	,686
س4	143	1	4	288	2,01	,919	,845
س5	143	1	3	213	1,49	,749	,562
س6	143	1	3	202	1,41	,675	,455
س7	143	1	3	218	1,52	,749	,561
س8	143	1	3	281	1,97	,915	,837
س9	143	1	3	258	1,80	,906	,821
س10	143	1	3	250	1,75	,876	,767
س11	143	1	3	197	1,38	,680	,462
س12	143	1	3	286	2,00	,942	,887
س13	143	1	3	269	1,88	,953	,908
س14	143	1	3	231	1,62	,847	,717
س15	143	1	3	255	1,78	,905	,819
س16	143	1	3	234	1,64	,801	,641
س17	143	1	3	409	2,86	,469	,220
س18	143	1	3	281	1,97	,974	,949
س19	143	1	3	307	2,15	,864	,746
س20	143	1	3	377	2,64	,698	,487
س21	143	1	3	236	1,65	,866	,750
س22	143	1	3	262	1,83	,904	,817
س23	143	1	3	409	2,86	,484	,234
س24	143	1	3	373	2,61	,661	,437
س25	143	1	3	263	1,84	,939	,882
س26	143	1	3	388	2,71	,667	,445
س27	143	1	3	272	1,90	,952	,906
س28	143	1	3	312	2,18	,954	,910
س29	143	1	3	300	2,10	,914	,835
س30	143	1	3	365	2,55	,719	,517
س37	143	1	3	209	1,46	,812	,659
س31	143	1	3	327	2,29	,819	,671
س32	143	1	3	281	1,97	,967	,935
س33	143	1	3	368	2,57	,755	,570
س34	143	1	3	293	2,05	1,002	1,005

س35	143	1	3	236	1,65	,841	,708
س36	143	1	3	260	1,82	,932	,868
س38	143	1	3	306	2,14	,916	,839
س39	143	1	3	262	1,83	,864	,746
س40	143	1	3	247	1,73	,882	,777
N valide (liste)	143						



26س	Corrélation de Pearson	,140	,171*	,168*	,130	,223**	,311**	,223**	,139	1	,321**	-,039	-,150	-,005	,113	,192*	,147
	Sig. (bilatérale)	,096	,041	,045	,122	,007	,000	,008	,097		,000	,642	,074	,951	,180	,022	,080
	N	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143
27س	Corrélation de Pearson	,166*	,009	-,065	-,042	,218**	,154	-,151	-,081	,321**	1	,074	,084	,080	,136	,057	,167*
	Sig. (bilatérale)	,048	,915	,443	,620	,009	,067	,072	,338	,000		,380	,319	,345	,106	,495	,046
	N	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143
28س	Corrélation de Pearson	,243**	,147	,375**	-,221**	,093	,178*	-,132	,064	-,039	,074	1	,068	,243**	,726**	,389**	,099
	Sig. (bilatérale)	,003	,080	,000	,008	,270	,034	,116	,446	,642	,380		,418	,003	,000	,000	,241
	N	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143
29س	Corrélation de Pearson	,124	,142	,034	,168*	,284**	,159	-,076	-,228**	-,150	,084	,068	1	,089	,160	-,092	,224**
	Sig. (bilatérale)	,140	,090	,686	,045	,001	,058	,367	,006	,074	,319	,418		,293	,057	,276	,007
	N	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143
30س	Corrélation de Pearson	,060	,265**	,094	-,242**	,046	,062	-,105	-,128	-,005	,080	,243**	,089	1	,315**	,018	,113
	Sig. (bilatérale)	,476	,001	,262	,004	,584	,464	,213	,127	,951	,345	,003	,293		,000	,832	,180
	N	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143
31س	Corrélation de Pearson	,258**	,269**	,369**	-,146	,132	,315**	-,116	,216**	,113	,136	,726**	,160	,315**	1	,502**	,245**
	Sig. (bilatérale)	,002	,001	,000	,083	,116	,000	,166	,010	,180	,106	,000	,057	,000		,000	,003
	N	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143
32س	Corrélation de Pearson	,174*	,234**	,336**	-,048	-,023	,170*	-,099	,219**	,192*	,057	,389**	-,092	,018	,502**	1	,211*
	Sig. (bilatérale)	,037	,005	,000	,567	,786	,042	,241	,009	,022	,495	,000	,276	,832	,000		,011
	N	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143
33س	Corrélation de Pearson	-,040	,269**	,211*	,029	,142	,298**	,100	,052	,147	,167*	,099	,224**	,113	,245**	,211*	1
	Sig. (bilatérale)	,637	,001	,011	,733	,091	,000	,233	,541	,080	,046	,241	,007	,180	,003	,011	
	N	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143

\*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

\*\* . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).



	N	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143
11س	Corrélation de Pearson	,242**	,340**	,014	-,034	,241**	,134	,112	,315**	,078	1	,044	,059	,034	,145	,021	,034	,137
	Sig. (bilatérale)	,004	,000	,868	,690	,004	,111	,183	,000	,354		,602	,485	,688	,083	,802	,684	,103
	N	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143
12س	Corrélation de Pearson	,268**	,135	,122	,259**	,022	,309**	,098	,124	,299**	,044	1	,596**	,335**	,273**	,299**	,000	,184*
	Sig. (bilatérale)	,001	,107	,147	,002	,793	,000	,244	,141	,000	,602		,000	,000	,001	,000	1,000	,028
	N	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143
13س	Corrélation de Pearson	,381**	,218**	,122	,447**	,241**	,354**	,124	,152	,268**	,059	,596**	1	,135	,223**	,386**	-,037	,329**
	Sig. (bilatérale)	,000	,009	,145	,000	,004	,000	,139	,069	,001	,485	,000		,108	,007	,000	,657	,000
	N	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143
14س	Corrélation de Pearson	,098	,104	,025	-,045	,082	,132	,201*	-,200*	,315**	,034	,335**	,135	1	,377**	,239**	,218**	,393**
	Sig. (bilatérale)	,243	,215	,766	,592	,327	,117	,016	,017	,000	,688	,000	,108		,000	,004	,009	,000
	N	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143
15س	Corrélation de Pearson	-,010	,095	,122	,230**	-,083	,086	,229**	-,018	,339**	,145	,273**	,223**	,377**	1	,590**	-,072	,494**
	Sig. (bilatérale)	,902	,258	,146	,006	,323	,308	,006	,833	,000	,083	,001	,007	,000		,000	,393	,000
	N	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143
16س	Corrélation de Pearson	,049	,040	,083	,439**	,058	,203*	,252**	,008	,140	,021	,299**	,386**	,239**	,590**	1	-,136	,480**
	Sig. (bilatérale)	,563	,639	,322	,000	,491	,015	,002	,925	,096	,802	,000	,000	,004	,000		,104	,000
	N	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143
17س	Corrélation de Pearson	,112	,055	-,093	-,084	-,217**	-,191*	,120	-,032	,017	,034	,000	-,037	,218**	-,072	-,136	1	,174*
	Sig. (bilatérale)	,184	,512	,267	,316	,009	,022	,154	,706	,844	,684	1,000	,657	,009	,393	,104		,037
	N	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143
18س	Corrélation de Pearson	,085	,094	,166*	,255**	-,031	,025	,362**	,032	,501**	,137	,184*	,329**	,393**	,494**	,480**	,174*	1
	Sig. (bilatérale)	,311	,264	,048	,002	,709	,764	,000	,704	,000	,103	,028	,000	,000	,000	,000	,037	
	N	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143	143

\*\* . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

\* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

## ملحق رقم 11

### القائمة الكلية لأفراد العينة

نوع العلاج	الحالة المدنية	المستوى الدراسي	السن	الجنس	
العلاج بالجراحات التي	متزوجة	متوسط	34	انثى	سرطان الثدي
	متزوجة	ثانوي	37		
	متزوجة	ثانوي	39		
	متزوجة	متوسط	44		
	متزوجة	ثانوي	45		
	متزوجة	دراسات عليا	46		
	متزوجة	لم تدرس	47		
	أرملة	ثانوي	49		
	متزوجة	ثانوي	50		
	متزوجة	ثانوي	55		
	متزوجة	متوسط	61		
العلاج بالأشعة	عزباء	جامعي	20	انثى	سرطان الثدي
	عزباء	متوسط	24		
	متزوجة	متوسط	39		
	متزوجة	ابتدائي	39		

	متزوجة	متوسط	39		
	عزباء	ابتدائي	42		
العلاج بالأشعة	متزوجة	لم تدرس	43	أنثى	سرطان الثدي
	عزباء	ثانوي	52		
	متزوجة	لم تدرس	57		
	متزوجة	لم تدرس	61		
	متزوجة	لم تدرس	61		
العلاج الكيماوي	متزوجة	ثانوي	36	أنثى	سرطان الثدي
	متزوجة	متوسط	38		
	عزباء	ثانوي	39		
	متزوجة	متوسط	40		
	متزوجة	دراسات عليا	43		
	متزوجة	دراسات عليا	43		
	عزباء	ثانوي	44		
	متزوجة	متوسط	45		
	متزوجة	ثانوي	45		
	عزباء	متوسط	48		
	متزوجة	ثانوي	48		
	متزوجة	متوسط	49		

العلاج الكيميائي	متزوجة	ثانوي	50	الأنثى	سرطان الثدي
	متزوجة	ثانوي	51		
	متزوجة	متوسط	52		
	متزوجة	ابتدائي	53		
	متزوجة	دراسات عليا	53		
	متزوجة	ثانوي	54		
	عزباء	ابتدائي	54		
	متزوجة	متوسط	55		
	متزوجة	ثانوي	57		
	متزوجة	متوسط	58		
	متزوجة	لم تدرس	58		
أرملة	دراسات عليا	66			
العلاج الكيميائي	عزباء	متوسط	18	أنثى	سرطان الرئة
	متزوج	ابتدائي	38	ذكر	
	عزباء	ابتدائي	43	أنثى	
	متزوج	لم يدرس	45	ذكر	
	متزوج	متوسط	52	ذكر	
	متزوج	متوسط	53	ذكر	
	متزوج	ثانوي	58	ذكر	

	متزوج	دراسات عليا	59	ذكر	
	متزوج	متوسط	62	ذكر	
	متزوج	متوسط	63	ذكر	
	أرملة	لم تدرس	63	أنثى	
	متزوجة	لم تدرس	65	أنثى	
	متزوج	لم يدرس	65	ذكر	
	متزوج	ثانوي	68	ذكر	

سيدي، دايدى مرتيم  
تم الهاتف.

البلدي: ٤٤ - ١١ - ٢٠١٦

إلى السيد رئيس مصلحة طب الأورام  
بمستشفى فزان فانون

موضوع: إجراء دراسة ميدانية بالمصلحة.

سيدي، يسرني أن أقدم إلى سيادتكم بهذه الصلابة،  
سماع بإجراء دراسة ميدانية بالمصلحة، في إطار الإعداد المذكورة  
لتوراه العلوم السنة الخامسة، تخصص علم النفس  
لعيادي. والدراسة تخص مرضى سرطان البرية.  
مع التعهد باحترام القانون الداخلي للمصلحة.

شكرا

الإهداء

14/05/2016

Pr. Adia, BOUNEDJAR  
Chef de Service  
Oncologie Médicale  
CHU de FZAN  
FZAN