

جامعة الجزائر 2  
كلية العلوم الإجتماعية  
قسم علم النفس

**استراتيجيات التنظيم الإنفعالي، المقاومة الثنائية  
و نوعية الحياة لدى مريضات سرطان الثدي و  
أزواجهن أثناء فترة العلاج الكيميائي**

- دراسة ثنائية للأثر "فاعل – شريك" -

رسالة لنيل شهادة دكتوراه ل.م.د في علم نفس الصحة

إشراف: الأستاذة الدكتورة

زنادة دليلة

إعداد الطالبة:

أيت أعراب صبرينة

السنة الدراسية: 2020/2019

## الشكر:

أتقدم بخالص الشكر و الإمتنان، إلى الأستاذة المشرفة على هذا البحث، الأستاذة  
الدكتورة "زنادة دليلة"، على جهودها، و توجيهاتها الصائبة.

كما أتقدم بالشكر إلى كل العاملين بمصلحة أمراض السرطان بمستشفى "محمد الصغير  
النقاش"، و على رأسهم رئيس المصلحة.

إلى رفيق دربي "شعلاال مولود"، شكرا لك على تفهمك و وقوفك بجانبي، و دعمك  
الدائم.

## الإهداء:

إلى من علماني الصمود في وجه الصعاب، و عدم الإستسلام لتقلبات الحياة،

والديا الكريمان، رمزا الصبر و العطاء،

لولاكما لما استطعت المضي قدما،

إلى جدتي الغالية أطل الله في عمرها،

إلى إخوتي، لمياء، محمد رفيق، عماد الدين، أشكركم على وجودكم بجانبني،

إلى جمال، مدينة، و لينة،

إلى فرحة عمري، و نور عيني، إحسان نور الهدى، و مريم إخلص

إلى روح جدي الغالي، كم تمنيت لو كنت معي اليوم.

## ملخص:

تعتبر الأشهر الأولى التي تلي إعلان التشخيص و الانطلاق في العلاج من أصعب المراحل الممكن أن تمر بها مريضات سرطان الثدي و أزواجهن، لما تحمله من انفعالات سلبية تستلزم جهودا نفسية و استراتيجيات مقاومة خاصة، من أجل تنظيمها ولتكيف أفضل مع المرض، و هذا باعتبار سرطان الثدي ضغط ثنائي يمس كلا الزوجين. و في هذا الصدد انطلقت أبعاد إشكالية بحثنا و مدى استعجالها، والتي تلخصت في مايلي : هل استراتيجيات التنظيم الإنفعالي، و المقاومة الثنائية المستعملة من طرف مريضات سرطان الثدي و أزواجهن، تؤثر على جودة نوعية الحياة لديهم أثناء فترة العلاج الكيميائي؟ و للإجابة على هذا التساؤل ارتأينا أن نتبع المنهج الوصفي، بالإضافة إلى دراسة إحصائية حسب نموذج APIM. و قد تمثلت الأدوات المستعملة في الدراسة، بعد دراسة الصدق لديها و الثبات، في: مقياس المقاومة الثنائية (DCI) لـ Bodenmann، مقياس التنظيم الإنفعالي (ERQ) لـ Gross و John، و مقياس نوعية الحياة SF-12. و ذلك و ذلك على عينة مكونة من 30 ثنائية (30 امرأة مصابة بسرطان الثدي، و أزواجهن)، و قد خلصت النتائج إلى: أنّ كلا استراتيجيتي التنظيم الإنفعالي المستعملة من طرف مريضات سرطان الثدي لها أثر على نوعية الحياة النفسية و الجسدية لديها، إلا أنّ استراتيجيتي القمع التعبيري ليس لها أثر على نوعية الحياة الجسدية للأزواج، في حين لا أثر لاستراتيجيتي إعادة التقييم المعرفي المستعملة من طرف الأزواج على نوعية حياة المريضات بتاتا، فهي تؤثر فقط على نوعية الحياة النفسية لديهم. كما لم نجد أي أثر لاستراتيجيات التنظيم الإنفعالي على الدرجات العامة للمقاومة الثنائية، و لا لهذه الأخيرة على نوعية الحياة لكل من النساء المصابات بسرطان الثدي و أزواجهن، و مع ذلك توصلنا إلى وجود أثر إيجابي لكل من استراتيجيتي إعادة التقييم المعرفي و القمع التعبيري التي تستعملها النساء المصابات بسرطان الثدي على المقاومة الثنائية السلبية لديهن.

الكلمات المفتاحية: سرطان الثدي، الأزواج، المقاومة الثنائية، استراتيجيات التنظيم الإنفعالي، نوعية الحياة، نموذج APIM، الأثر فاعل - شريك.

## **Résumé:**

Les premiers mois après l'annonce du diagnostic et l'entame du traitement est une étape des plus difficiles que les patientes atteintes d'un cancer du sein et leurs conjoints peuvent traverser, en raison des émotions négatives nécessitant des efforts psychologiques et des stratégies de résistance particulières, pour s'organiser et s'adapter au mieux à la maladie. Et cela, eu égard au stress dyadique qui touche les deux parties à l'issue de cette atteinte. C'est dans ce contexte que notre recherche a pris des dimensions et revêtu une certaine urgence. Nous la récapitulons comme suit ;

- Les stratégies de régulation émotionnelle et de coping dyadique utilisées par les patientes atteintes d'un cancer du sein et leurs conjoints affectent-elles la qualité de leur vie pendant la chimiothérapie?

Afin de répondre à cette problématique, nous avons jugé utile de suivre le processus descriptif, et de procéder à une étude statistique selon le modèle APIM, en utilisant des outils à savoir ; l'inventaire du coping dyadique de BODENMANN (DCI), le questionnaire de la qualité de vie SF 12 et le questionnaire de la régulation émotionnelle (ERQ) de GROSS et JOHN, après étude de leur validité et fidélité.

Nous avons choisi un échantillon de trente dyades (30 femmes atteintes d'un cancer du sein et leurs conjoints).

Les résultats ont débouché sur ce qui suit ; les stratégies de régulation émotionnelle (réévaluation cognitive et suppression expressive) utilisées par les patientes atteintes d'un cancer du sein affectent la qualité de leur vie psychologique et physique, tandis que la stratégie de suppression expressive n'a aucun effet sur la qualité de vie physique des conjoints.

En outre, la stratégie de réévaluation cognitive utilisée par ceux-ci n'affecte nullement la qualité de vie des patientes, elle agit uniquement sur la qualité de leur vie psychologique.

Aussi, nous n'avons décelé aucun impact des stratégies de régulation émotionnelle sur les degrés totaux du coping dyadique. Ce dernier n'a pas d'impact sur la qualité de vie des patientes et leurs conjoints.

Cependant, nous avons conclu qu'il existe un effet positif des stratégies de réévaluation cognitive et de suppression expressive utilisées par ces femmes sur leur coping dyadique négatif.

**Mots clés ;** cancer du sein, conjoints, coping dyadique, stratégies de régulation émotionnelle, qualité de vie, modèle APIM, l'effet Acteur- Partenaire.

**Abstract:**

The first months after diagnosis and starting treatment are one of the most difficult stages for breast cancer patients and their husbands, because of negative emotions that require psychological efforts and special coping strategies, in order to regulate and better adapt to the disease since cancer Breast consists a dyadic pressure on both spouses. In this regard, the dimensions of our research have begun to be problematic and urgent and it is summarized as follows:

- Do emotional regulation strategies and dyadic coping used by breast cancer patients and their husbands affect the quality of their life during chemotherapy?

To answer this question, we decided to follow the descriptive approach, in addition to a statistical study according to the APIM model. The tools used in the study are: the DCI of BODENMANN, the emotional regulation questioner (ERQ) of GROSS and JOHN, and the questioner of life quality SF-12 and this, after checking their reliability and validity. We have chosen a sample of 30 couples (30 women with breast cancer and their husbands), the results concluded that the strategies of emotional regulation (cognitive reappraisal and expressive repression) used by breast cancer patients have an impact on the quality of their psychological and physical life. The strategy of expressive repression has no impact on the physical quality of life of husbands, and the cognitive reappraisal strategy used by these ones has no effect on the quality life of patients at all, it affects only their psychological quality of life. Neither the emotional regulation strategies have had an impact on the global grades of dyadic coping, nor the latter on the quality of life of women with breast cancer and their husbands.

However, we found a positive effect of both the cognitive reappraisal and expressive suppression strategies used by women with breast cancer on their negative dyadic coping.

**Keywords:** breast cancer, couples, dyadic coping, emotional regulation strategies, quality of life, APIM model, effect Actor- Partner.

## محتويات البحث:

1. - مقممة .....

### الإطار المفاهيمي للبحث

- 1-الإشكالية ..... 5
- 2-الفرضيات ..... 11
- 3-تحديد المفاهيم ..... 12
- 4-أهداف البحث ..... 14
- 5- أهمية البحث ..... 15

### الجانب النظري

#### ● الفصل الأول: سرطان الثدي

- تمهيد ..... 18
- 1- تعريف سرطان الثدي ..... 19
- 2- البنية التشريحية للثدي ..... 19
- 3- أعراض سرطان الثدي ..... 21
- 4- تشخيص السرطان ..... 22
- 5- علاج السرطان ..... 24
- 6- العوامل المشجعة للإصابة بسرطان الثدي ..... 25
- 7-العوامل النفسية للإصابة بسرطان الثدي ..... 26
- 1/7- نمط الشخصية و علاقته بالإصابة بسرطان الثدي ..... 26
- 2/7- أحداث الحياة الضاغطة و الصدمات ..... 29
- 3/7- النماذج النكاملية المفسرة للإصابة بالسرطان ..... 32
- 8- الإضطرابات النفس-إجتماعية المصاحبة لسرطان الثدي و علاجاته ..... 37
- 1/8- الضغط كنتيجة لسرطان الثدي ..... 37
- 2/8- الإضطرابات النفسية المصاحبة لسرطان الثدي ..... 38
- 9- التوافق مع سرطان الثدي و علاجاته ..... 42
- 10-دينامية الزوج في مواجهة سرطان الثدي ..... 45
- خلاصة ..... 47

● الفصل الثاني: الإنفعالات و استراتيجيات التنظيم الإنفعالي

- تمهيد ..... 49
- 1 - الإنفعالات ..... 49
- 1/1- ماهية الإنفعالات ..... 49
- 2/1- تصنيف الإنفعالات ..... 52
- 3/1- مولّدات الإنفعال ..... 54
- 4/1- وظائف الإنفعالات ..... 55
- 5/1- التّموذج الشّكلي للإنفعالات ..... 57
- 2 - تنظيم الإنفعالات ..... 59
- 1/2- ماهيّة التّنظيم الإنفعالي ..... 60
- 2/2- الأسس العصبيّة لتنظيم الإنفعالات ..... 62
- 3/2- مراحل التّنظيم الإنفعالي ..... 64
- 4/2- أنواع التّنظيم الإنفعالي ..... 67
- 5/2- أهميّة التّنظيم الإنفعالي ..... 75
- 6/2- استراتيجيات التّنظيم الإنفعالي و سرطان النّدي ..... 77
- 7/2- استراتيجيات التّنظيم الإنفعالي و المقاومة ..... 78
- 8/2- أدوات قياس استراتيجيات التّنظيم الإنفعالي ..... 80
- خلاصة ..... 81

● الفصل الثالث: المقاومة الثنائية

- تمهيد ..... 83
- 1 - لمحة عن الضّغط و المقاومة ..... 83
- 2 - المقاومة داخل العلاقة الزوجية ..... 84
- 3 - مفهوم المقاومة الثنائية ..... 86
- 1/3- المقاومة الثنائية و الدّعم الإجتماعي ..... 87
- 2/3- المقاومة الثنائية و الوعي بالعلاقة ..... 88
- 3/3- المقاومة الثنائية و التّوافق الثنائي ..... 88
- 4 - مراحل المقاومة الثنائية ..... 89
- 5 - أنواع المقاومة الثنائية ..... 92
- 1/5- المقاومة الثنائية الإيجابية ..... 92
- 2/5- المقاومة الثنائية السلبية ..... 93
- 6 - أدوات قياس المقاومة الثنائية ..... 95



- 7 - من النموذج التعاقدى إلى النموذج الثنائي للمقاومة في مجال الصحة.....97
- 1/7- النموذج التعاقدى في مجال الصحة.....97
- 2/7- النموذج التكاملي المتعدد العوامل في مجال الصحة.....100
- 3/7- التقارب النسقي للعلاقات الإجتماعية في مجال الصحة.....103
- 4/7- النموذج النسقي للصحة.....103
- 5/7- النموذج النسقي التعاقدى في مجال الصحة.....104
- 6/7- النموذج النسقي التعاقدى للثنائيات في علم نفس الصحة.....107
- 8 - المقاومة الثنائية و السرطان.....109
- 9 - المقاومة الثنائية و سرطان الثدي.....110
- 1/9- الطرق المتبعة من الزوجين في مواجهة سرطان الثدي.....110
- 2/9- مراحل مواجهة الزوجين لسرطان الثدي.....113
- خلاصة.....115

● الفصل الرابع: نوعية الحياة

- تمهيد.....117
- 1 - تعريف نوعية الحياة.....118
- 2 - أبعاد و اتجاهات نوعية الحياة.....118
- 3 - أهمية دراسة نوعية الحياة.....123
- 4 - تقييم نوعية الحياة.....124
- 5 - نوعية الحياة و السرطان.....127
- 1/5- وسائل قياس نوعية الحياة لدى مرضى السرطان.....129
- 2/5- أهمية قياس نوعية الحياة لدى مرضى السرطان.....132
- 3/5- نوعية حياة مريضات سرطان الثدي.....132
- 4/5- نوعية حياة أزواج مريضات سرطان الثدي.....134
- 6 -علاقة نوعية الحياة بالمقاومة الثنائية و التنظيم الإنفعالي.....134
- خلاصة.....130

## الجانب المنهجي

- 1 - منهج الدراسة ..... 138
- 2 - الدراسة الإستطلاعية ..... 139
- 3 - عينة البحث و خصائصها ..... 139
- 4 - أدوات جمع البيانات ..... 140
- 1/4 - مقياس المقاومة الثنائية DCI ..... 140
- 2/4 - مقياس استراتيجيات التنظيم الإنفعالي ERQ ..... 144
- 3/4 - مقياس نوعية الحياة SF12v2 ..... 147
- 5 - إجراءات البحث ..... 150
- 6 - المعالجة الإحصائية ..... 151

## الجانب التطبيقي

- 1 - عرض و تفسير النتائج ..... 154
- 1/1 - عرض النتائج الأولية ..... 154
- 2/1 - عرض نتائج الدراسة الثنائية ..... 157
- التحقق من الفرضية الأولى ..... 157
- التحقق من الفرضية الثانية ..... 160
- التحقق من الفرضية الثالثة ..... 166
- التحقق من الفرضية الرابعة ..... 173
- التحقق من الفرضية الخامسة ..... 176
- التحقق من الفرضية السادسة ..... 183
- 2 مناقشة النتائج ..... 192
- خاتمة ..... 198
- مراجع ..... 202
- ملحق ..... 214

## فهرس الجداول:

رقم الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
74	جدول موضح للإختلافات بين استراتيجيات القمع التعبيري و استراتيجيات إعادة التقييم المعرفي	1
131	وسائل قياس نوعية الحياة لدى مرضى السرطان	2
141	نتائج test-retest مقياس المقاومة الثنائية	3
145	نتائج test-retest مقياس استراتيجيات التنظيم الإنفعالي	4
149	نتائج test-retest مقياس المقاومة الثنائية لمقياس نوعية الحياة	5
154	النتائج الوصفية لمقياس المقاومة الثنائية	6
155	النتائج الوصفية لمقياس استراتيجيات التنظيم الإنفعالي	7
156	النتائج الوصفية لمقياس نوعية الحياة	8

## فهرس الأشكال

رقم الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
20	مقطع يظهر عناصر الثدي	1
22	رسم توضيحي لأعراض سرطان الثدي	2
34	نموذج التحكم لـ (FISHER 1988)	3
36	نموذج الإنفعالات لـ (CONTRADA 1990)	4
51	مخطط يميز بين الإنفعالات و باقي السياقات العاطفية	5
53	الإنفعالات الأساسية	6
54	الإنفعالات الأساسية و الثانوية	7
57	النموذج الشكلي للإنفعالات	8
59	شكل توضيحي للجانب الرّجعي للإنفعالات	9
62	البنىات الدماغية التي تتدخل في ظهور الإنفعال و تنظيمه	10
67	مختلف مراحل التنظيم الإنفعالي	11
68	التنظيم الإنفعالي الداخلي و الخارجي	12
70	استراتيجيات التنظيم الإنفعالي خلال مختلف ظهور الإنفعال	13
78	مركبات تنظيم العاطفة	14
92	مخطط توضيحي لأنواع المقاومة الثنائية	15
98	النموذج التعاقدى ضغط – مقاومة لـ (LAZARUS et FOLKMAN 1984)	16
99	نموذج (NOURTHOUSE 2001)	17
101	النموذج التعاقدى التكاملى المتعدد العوامل لـ (BRUCHON SCHEITZER 2002)	18
102	النموذج التكاملى المطبق على مريضات سرطان الثدي	19
104	النموذج النسقى للصحة لـ (ROLLAND 2005)	20
106	نموذج (UPCHUR et BERG 2007)	21
108	النموذج النسقى التعاقدى للثنائيات في علم نفس الصحة	22
114	السياق الثقافى العلائقى لـ (KAYSER et al 2007)	23
119	شكل توضيحي لمفهوم نوعية الحياة و التقييم الشامل المتعدّد الأبعاد	24
121	نموذج نوعية الحياة لـ (CORTEN.Ph)	25
133	الأبعاد الخمسة لنوعية الحياة لدى مريضات سرطان الثدي	26

135	نموذج تحليلي يهدف إلى إختبار الأثر الوسيط للمقاومة الثنائية بين التنظيم الإنفعالي و نوعية الحياة	27
152	شكل توضيحي لنموذج أثر فاعل – شريك APIM	28
201	نموذج توضيحي لآثار فاعل – شريك لأستراتيجيات التنظيم الإنفعالي و المقاومة الثنائية على نوعية الحياة لدى مريضات سرطان الثدي و أزواجهن أثناء فترة العلاج الكيميائي	29

يشهد العالم اليوم ارتفاعا متزايدا لمرضى السرطان عموما، و للمصابات بسرطان الثدي على وجه الخصوص، فتشير الأرقام إلى 40.000 حالة جديدة للسرطان سنويا في الجزائر، مع أكثر من 25000 حالة وفاة، كما سجّلت الإحصائيات في الجزائر 7500 حالة إصابة بسرطان الثدي، مع ما يقارب 3500 حالة وفاة سنويا (DIFL.S, BOUZID. K, 2017) هذه الأرقام إنّ دلّت على شيء فإنّما تدلّ على أنّ سرطان الثدي يعتبر أول سرطان يصيب المرأة بنسبة 45%، مقارنة بباقي الإصابات، إلا أنّ نسبة الوفيات لاتزال مرتفعة، ما يساوي 46.66%، وهذا رغم ما توصلت إليه البحوث في العلوم الطبية من علاجات، و تقنيات الفحص، و الكشف المبكر. ه ذا ما جعل مرض السرطان بأنواعه، و بمختلف علاجاته الجراحية، الكيميائية الإشعاعية و الهرمونية، من المواضيع التي يهتم علم النفس الصحة بدراسة إلى جانب الطب و البيولوجيا ، فيتضح ذلك من خلال تشجيع الجمعية الأمريكية للسرطان، الباحثين في مجال الأورام السرطانية من أطباء و سيكولوجيين و بيولوجيين على القيام بالأبحاث في مجال تحديد مختلف الأسباب البيولوجية و السيكلوجية و الاجتماعية المساهمة في ظهور و تطور أمراض السرطان ، بالإضافة الى اكتشاف المتغيرات النفسية التي لها دور في الوقاية من المرض، و التحكم فيه و السيطرة عليه، أو التوافق معه. و تعتبر الأشهر الأولى من بعد إعلان التشخيص و الانطلاق في العلاج من أصعب المراحل التي يمكن أن تمر بها مريضات سرطان الثدي و أزواجهن، لما تحمله من انفعالات سلبية تستلزم جهودا نفسية و استراتيجيات مقاومة خاصة، لتنظيمها وللتكيف الأفضل مع مرض السرطان، و في هذا الصدد انطلقت أبعاد مشكلة البحث الحالي و حد استعجالها، إذ من الضروري تحديد نوع العلاقة الموجودة بين استراتيجيات التنظيم الإنفعالي، المقاومة الثنائية، و نوعية الحياة لدى مريضات سرطان الثدي و أزواجهن، بعد استئصال الثدي، و خلال مرحلة العلاج الكيميائي، و هذا من أجل تكيف أفضل للمريضات و للأزواج مع المرض، فانطلاقا من دراستنا الإستطلاعية ، كأخصائية نفسانية في مصلحة السرطان، لاحظنا أن الزوج هو مقدم الرعاية الطبيعي لمريضات سرطان الثدي، مما يجعله في تأثر مباشر بمختلف مراحل المرض و علاجه، كما ان له دور أساسي في تكيف المريضات مع

مسار السرطان و علاجاته الثقيلة، إضافة إلى الدراسات السابقة التي ركزت على تكيف مريضات سرطان الثدي و أزواجهن كمحورا أساسيا لاهتماماتها ، ارتأينا أن نركز في الجانب النظري لبحثنا هذا على سرطان الثدي، كفصل أوّل، لنسلط الضوء من خلاله على الأسباب البيولوجية، النفسية و الاجتماعية للمرض و التي تعمل أيضا على تفاقمه، بالإضافة إلى تأثيراته السلبية و التغييرات التي يمكن أن يسببها على مستوى الحياة النفسية للمريضات، الأزواج، و العلاقة الزوجية ككل، و في الفصل الثاني سنتحدث الإنفعالات و استراتيجيات التنظيم الإنفعالي، لمحاولة إظهار دور هذه الإستراتيجيات، و ما هي الأكثر استعمالا من طرف مريضة السرطان و الزوج، كما نجد فصلا آخر سنتناول من خلاله المقاومة الثنائية، و التي تستدعي جهود كلا الزوجين في مواجهة مختلف الضغوط التي يمكن لهما مواجهتها يوميا، و كيف يمكن لهذه المقاومة أن تعمل في حالة إصابة الزوجة بسرطان الثدي، مع التركيز أيضا في هذا الفصل على الضغط، ذلك لأن مرض السرطان و علاجه الكيميائي يشكل وضعية ضاغطة، بالإضافة إلى فصل أخير يتضمن نوعية الحياة، جوانبها الصحية، الاجتماعية و النفسية، بالإضافة إلى خصوصيتها عند مرضى السرطان عموما، و مريضات سرطان الثدي و أزواجهن على وجه الخصوص. كل هذا مسبقا بالإطار المفاهيمي لإشكالية البحث، و الذي يتضمن إشكالية البحث و فرضياته، بالإضافة إلى أهمية، أهداف البحث، و تحديد المفاهيم.

و في الجانب المنهجي سوف نركز على المنهج الوصفي، إضافة إلى دراسة إحصائية حسب نموذج APIM، أو ما يسمى بـ (actor-partener interdependent model)، و هو نموذج يهدف إلى مقارنة تأثير أحد المتغيرات على المتغيرات الأخرى عند كلا فردي الثنائية، و تمثلت الأدوات المستعملة في الدراسة، في: مقياس المقاومة الثنائية (DCI) لـ BODENMANN، مقياس التنظيم الإنفعالي (ERQ) لـ GROSS و JOHN، و مقياس نوعية الحياة SF12v. و قد تكوّنت عيّنة البحث من 30 زوجا، أين الزوجة مصابة بسرطان الثدي غير الإنبثائي، و التي تكون قد استفادت من عملية استئصال الثدي، و بدأت في العلاج الكيميائي، كمرحلة ثانية من العلاج، و اتخذنا من الجانب التطبيقي حقلنا من أجل تحديد الاختلافات، و نوع العلاقة الموجودة بين مختلف متغيرات الدراسة، و تقييم تأثير

استراتيجيات التنظيم الإنفعالي على كل من المقاومة الثنائية، و نوعية الحياة لدى المريضات و أزواجهن، إضافة إلى تأثير المقاومة الثنائية على نوعية الحياة من أجل التحقق من وسطيتها في العلاقة الموجودة من استراتيجيات التنظيم الإنفعالي و نوعية الحياة.



# الإطار المفاهيمي لإشكالية البحث

## الإشكالية:

يتميز السرطان بالنمو الفوضوي و غير المنضبط للخلايا، فهو يتسبب في تغييرات على المستوى الفيزيولوجي و البنيوي للثدي، حيث يؤدي تكاثر الخلية السرطانية السريع، غير العادي، و العشوائي، و الذي لا يمكن لميكانيزمات المراقبة الداخليّة أن تكشفه و/أو توقفه، إلى تكوّن ورم على مستوى الثدي، و هو ارتفاع في حجم النسيج، و الذي يزداد مع نموّ الخلايا العشوائية. (MIKOLACZAK.M, 2013, p 87)

و قد توصلت الأبحاث و الدراسات العديدة في مجال طب السرطان عموماً و سرطان الثدي على وجه الخصوص، إلى العديد من العلاجات الجراحية، الكيميائية، الإشعاعية و الهرمونية، و التي تتسبب في تغيير الصورة الجسدية للمرأة، الشيء الذي يؤثر سلباً على نفسيّتها، و على مستوى تقبلها و تكيفها مع المرض و العلاج.

إلا أنه خلال العشر سنوات الأخيرة، أصبح من البديهي أنّ السياقات الإنفعالية تلعب دوراً مهماً في الصحة، و قد أثبتت الدراسات أنه في مجال طب السرطان، الطريقة التي ينظّم بها الأفراد انفعالاتهم لا تؤثر فقط على تكيفهم النفسي و الجسدي، و لكن كذلك على مآل السرطان. (PAIS BRANDAO.T.R,2017, p 16)

فاستراتيجيات تنظيم الإنفعالات، و التي يُعرّفها GROSS، أنها السيورة التي يؤثر الأفراد من خلالها على انفعالاتهم، متى ظهرت، كيف عايشوا التجربة الإنفعالية، و كيف عبّروا عنها، تلعب دوراً مهماً ليس فقط على النتائج العامة المرتبطة بالصحة، كالأعراض الجسدية، و لكن كذلك على مسار نتائج السرطان، كالإنتكاسة، تفاقم المرض، و التماثل للشفاء، و لهذا السبب تعتبر دراسة تنظيم الإنفعالات في إطار سرطان الثدي ذات أهمية كبيرة. (DESAUW.A, 2014, p 84)

و حسب العديد من الدراسات ، فللنساء المصابات بسرطان الثدي يمتزناً بالقمع التعبيري للإنفعالات السلبية، فقد أثبتت دراسة لـ BENSON و آخرون سنة 2002، أنّ استراتيجيات التنظيم الإنفعالي عند النساء المصابات بسرطان الثدي تنحصر خصوصاً في استراتيجيات

التعبير أو عدم التعبير عن الإنفعالات السلبية (قمعها)، حيث أنّ هذه الأخيرة تُعتبر كعامل مشارك في اضطرابات التكيف مع المرض على المدى البعيد أو القريب.

(BENSON.J et al, 2002,p 916)

و قد جاء هذا تأكيدا لما قدّمه كلا من GROSS و TEMOSHOK، على أن قمع الإنفعالات هو عامل خطر في ظهور و تطوّر السرطان. فللنساء المصابات بسرطان الثدي، و اللاتي يستعملن استراتيجيات أقل تكيف للتنظيم الإنفعالي، كالقمع التعبيري، يُظهرن اضطرابات انفعالية أكثر، بالإضافة إلى أعراض القلق و الإكتئاب، و انخفاض في نوعية الحياة، و الصحة الجسدية. (PAIS BRANDAO.T.R,2017, p 108)

وفي نفس السياق، تضيف LINGYAN LI و آخرون سنة 2015 في الصين، من خلال دراسة مقارنة بين 655 امرأة مشخّصة حديثا بسرطان الثدي، و 622 امرأة سليمة، أنّ استعمال استراتيجيات إعادة التقييم له آثار إيجابية على نوعية الحياة، أكثر منه من الإستراتيجيات السلوكية، و التي نجد من بينها استراتيجيات القمع التعبيري .  
(LINGYAN.L, et all, 2015, p9)

إضافة إلى هذا، فاستراتيجيات القمع التعبيري تؤثر سلبا على العلاقات، و التفاعلات الإجتماعية، فحسب دراسة لـ: DANOFF-BURG و آخرون سنة 2000، النساء المصابات بسرطان الثدي و اللاتي يعبرن عن انفعالاتهن السلبية، يتمتّعن بحيوية أكثر، و تحسّن في الضيق النفسي بعد ثلاث أشهر من إعلان التشخيص، على عكس المريضات اللاتي يستعملن القمع التعبيري، كما أنهن يتوافقن بطريقة أفضل إذا ما كان أزواجهن يلجؤون إلى التعبير عن انفعالاتهم اتجاه مرض السرطان.

(MIKOLACZAK.M et DESSEILLES.M, 2009, p 411)

فسرطان الثدي هو حدث ضاغط، ليس فقط للمريضات، و إنما لمحيطهن كذلك، فالفحوص و العلاجات المستعملة، تثير العديد من المخاوف لدى أقاربهن، ما يتسبّب في اضطرابات

داخل العائلة أو داخل العلاقة الزوجية، أثناء العلاج. فحسب كل من RAZAVI و DELVAUX سنة 2008، سرطان الثدي يُغيّر حتى من طبيعة العلاقات الإجتماعية، و يؤدي إلى إعادة توزيع الأدوار داخل العائلة، حيث أنه حتى الأقارب يعيشون المرض بطريقة سيّئة و يجدون صعوبة بادئ الأمر في تقبل المرض، لما يحدثه من تغييرات على سلوكيات المريض و تصرفاته. (MIKOLACZAK. M, 2013, p 88)

و هذا ما يجعل السرطان يؤثر على المريض و عائلته في نفس الوقت، فمن المعتاد ملاحظة توتّر على المستوى الإنفعالي، و الوظيفي مباشرة بعد إعلان تشخيص السرطان، فالعائلة تواجه من جهة مشاعر الخوف و الحزن، و من جهة أخرى تكوّن نظام ديناميكي مُحكم، يمتاز بتوزيع الأدوار و المسؤوليات، فهي تُعتبر السند الأوّل للمريض، و هي بهذا تؤثر و تتأثر بالحالة النفسية لمريض السرطان، و على ما يبدو الأزواج هم الأكثر تأثراً و أوّل من يقدم الدّعم للنساء المصابات بسرطان الثدي.

فباعتبار الأزواج هم مقدّمي الرعاية الأوليين، فإنهم يجدون أنفسهم في مواجهة مواقف مشبّعة بالإنفعالات، تستوجب التكيف دون توقّف، وقد أظهرت العديد من الدراسات أن لجوء أزواج النساء المصابات بسرطان الثدي إلى استراتيجيات قمع الإنفعالات سيكون له تأثيراً سلبياً على التكيف مع المرض. (LAFAYE.A, 2009, p67)

فقد أظهرت العديد من الدراسات، أن مستوى الإكتئاب، و القلق يكون مرتفع عند الأزواج الأصحاء بنفس المستوى منه عند المريضات، و حسب HANNUM فالقدرة التكيفية عند أحد الزوجين تؤثر على تكيف الآخر. (RAZAVI.D, DELVAUX.N, 2002, p218)

و هذا ما يجعل الحدث الضاغط (مرض السرطان)، لا يقتصر فقط على مريضة السرطان، و إنّما يتّسع ليشمل المساعد الطبيعي، أو ما يُسمّى بمقدّم الرعاية، و المتمثّل في الشريك، و كذلك الرّوج ككل (le couple)، و هذا ما يُكسبه صبغة "الضغطة المشتركة أو الثنائي"، و بالتالي مواجهة هذا الضغطة تستدعي اللجوء إلى مقاومة من نوع خاص، و المسماة بـ: "بالمقاومة الثنائية".

و التي حسب النموذج النسقي التعاقدى للضغط و المقاومة داخل الزوج، لـ: BODNMANN سنة 1995، هي مجموع الجهود التي يبذلها أحد الزوجين أو كلاهما، من أجل تسيير، و مواجهة المواقف الضاغطة التي تصيب أحد الزوجين (ضغط ثنائي غير مباشر)، أو كلاهما (الضغط الثنائي)، فالضغط الذي سيواجه أحد الزوجين سيؤثر حتما على الآخر، ما يدعوهما إلى تقديم الدعم لبعضهما البعض، بهدف خلق حالة من الإتساق الداخلي، الرفاهية، و الرضا داخل العلاقة. (SEGERSTAN-CROUZET.C, 2010, p 133)

فالأزواج عند مواجهتهم للسرطان يتعاملون كوحدة وليس كأفراد، الشيء الذي سيخفف من الضيق لدى كلا الزوجين، فغالبا ما اعتبر الأزواج كمصدر أولي للسند بالنسبة للمرضى، إلا أن المنظور الثنائي يفترض أن الأزواج هم كذلك بإمكانهم الإستفادة من السند المقدم من طرف المرضى، و لذلك اعتبر كل من MANNE و BAIDER العلاقة الزوجية كمورد لكلا الزوجين في مواجهة السرطان، و أن السياقات العلائقية التي تربط بين المرضى و الأزواج ذات أهمية في التوافق مع السرطان، و أضافا إلى أنه على الأزواج أن يدركوا أهمية العلاقة في علاج السرطان، و أن يستثمروا لتحسينها. (HAGEDOORN, 2011, P 208)

و بالتالي فإن المقاومة الثنائية في مواجهة السرطان ستسمح بخفض الضغط لدى كلا الزوجين، و الرفع من الثقة المتبادلة و التماسك. و في هذا الصدد أظهرت العديد من الدراسات النسقية، لدراسة REGAN و آخرون سنة 2012، أهمية تبني منظور يركز على الزوجين في مواجهة السرطان، بهدف التحسين من نوعية الحياة.

(TRAA et al, 2014, p3)

من كل هذا يبدو أن للمقاومة الثنائية دور مهم في توافق مريضات سرطان الثدي و أزواجهن مع مرض السرطان عموما، فهي تلعب دور الوسيط بين استراتيجيات التنظيم الإنفعالي، و نوعية الحياة.

فسرطان الثدي يؤدي إلى تدهور نوعية الحياة، من حيث أبعادها الثلاث: البعد الجسمي، النفسي، و الإجتماعي، إذ أن المضاعفات الجسمية المرتبطة بالعلاجات المستعملة، كالعلاج الكيميائي، و المتمثلة في: الغثيان، الألم، و التعب، و التي تحد من ممارسة النشاطات

اليومية، أما الصعوبات النفسية، و التي نجد منها: القلق، التوتر، الخوف و الإكتئاب، فإنها تظهر، خلال مختلف مراحل المرض. (MIKOLACZAK.M, 2013, p 88)

كما أن الأزواج يُظهرون مشاكل في التكيف مثلهم مثل زوجاتهم المصابات بسرطان الثدي، حيث أثبتت العديد من الدراسات أن معاش المريضة يؤثر على الزوج و العكس صحيح، حيث أن البعد الجسمي، يتأثر على المدى القريب، أما البعد النفسي فيبقى مضطربا على المدى البعيد. (SEGERSTAN-CROUZET.C, 2010, p 30)

فقد جاءت دراسة لـ: SERGETAN-CROUZET سنة 2010، و التي درست من خلالها تطوّر كلّ من التوافق الثنائي، نوعية الحياة، التنظيم الإنفعالي، الدّعم الاجتماعي، الضيق الإنفعالي، و المقاومة، خلال مختلف مراحل المرض، عند 83 امرأة مصابة بسرطان الثدي، و 76 زوجا (couples)، و قد خلصت النتائج إلى أنّ التنظيم الإنفعالي (القمع التعبيري)، الدّعم الاجتماعي السلبي، و استراتيجيات المقاومة الإنفعالية لديها تأثير سلبي على تكيف مريضات سرطان الثدي و أزواجهن، في حين أن التوافق الثنائي، و الدّعم الاجتماعي لهما تأثير إيجابي على التكيف مع المرض.

بالإضافة إلى دراسة RAGYENET-PRE سنة 2012، و التي خصّت 37 امرأة مصابة بسرطان الثدي و أزواجهن، حيث قام المشاركون في الدراسة بملء العديد من السّلام، من أجل تقييم سمة التّفاؤل، التسيير الثنائي للضغط (المقاومة الثنائية)، نوعية الحياة، و التّطور ما بعد الصّدمي، و قد توصلت النتائج إلى أنّ كلا من التّفاؤل و المقاومة الثنائية هي مؤشّرات جيّدة للتكيف مع سرطان الثدي، إما بطريقة مباشرة، أو من خلال الشريك.

و قد استعملت هاتين الدراستين النموذج الإحصائي APIM، أو ما يسمّى بـ: « actor-partener interdependent model »، لصاحبه KENNY.D، من أجل دراسة الثنائيات، حيث يأخذ بعين الاعتبار أثريّن: الأوّل أثر فاعل، وهو أثر المتغيّر (x)، على المتغيّر (y) عند نفس الفرد، و الثاني أثر شريك، حيث يدرس أثر المتغيّر (x) للفرد (s1) على المتغيّر (y) للفرد (s2)، نظرا لأهميّة هذا النوع من المعالجة الإحصائية في دراسة الثنائيات و/أو الأزواج كوحدة.

و انطلاقاً من كل هذه الدراسات، سنحاول الكشف عن نوع التنظيم الإنفعالي، و المقاومة الثنائية لدى مريضات سرطان الثدي، و أزواجهن أثناء فترة العلاج الكيميائي، و كيف تؤثر على نوعية الحياة لديهم.

و في ضوء كل ما سبق، تمّ تلخيص إشكالية الدراسة في التساؤلات التالية:

**هل استراتيجيات التنظيم الإنفعالي، و المقاومة الثنائية المستعملة من طرف مريضات سرطان الثدي و أزواجهن، تؤثر على جودة نوعية الحياة لديهم أثناء فترة العلاج الكيميائي؟**

- هل نوع استراتيجية التنظيم الإنفعالي المستعملة من طرف مريضات سرطان الثدي يتنبأ بدرجة نوعية الحياة لديهن و لدى أزواجهن أثناء فترة العلاج الكيميائي؟
- هل نوع استراتيجية التنظيم الإنفعالي المستعملة من طرف مريضات سرطان الثدي يتنبأ بدرجة المقاومة الثنائية لديهن و لدى أزواجهن أثناء فترة العلاج الكيميائي؟
- هل نوع المقاومة الثنائية المستعملة من طرف مريضات سرطان الثدي، يتنبأ بدرجة نوعية حياة جيّدة لديهن و لدى أزواجهن أثناء فترة العلاج الكيميائي؟
- هل نوع استراتيجية التنظيم الإنفعالي المستعملة من طرف أزواج مريضات سرطان الثدي يتنبأ بدرجة نوعية الحياة لديهم و لدى زوجاتهم أثناء فترة العلاج الكيميائي؟
- هل نوع استراتيجية التنظيم الإنفعالي المستعملة من طرف أزواج مريضات سرطان الثدي يتنبأ بدرجة المقاومة الثنائية لديهم و لدى زوجاتهم أثناء فترة العلاج الكيميائي؟
- هل نوع المقاومة الثنائية المستعملة من طرف أزواج مريضات سرطان الثدي، يتنبأ بدرجة نوعية الحياة لديهم و لدى زوجاتهم أثناء فترة العلاج الكيميائي؟

## الفرضيات:

استراتيجيات التنظيم الإنفعالي، و المقاومة الثنائية المستعملة من طرف مريضات سرطان الثدي و أزواجهن، تؤثر على جودة نوعية الحياة لديهم أثناء فترة العلاج الكيميائي.

- نوع استراتيجية التنظيم الإنفعالي المستعملة من طرف مريضات سرطان الثدي يتنبأ بدرجة نوعية الحياة لديهن و لدى أزواجهن أثناء فترة العلاج الكيميائي.
- نوع استراتيجية التنظيم الإنفعالي المستعملة من طرف مريضات سرطان الثدي يتنبأ بدرجة المقاومة الثنائية لديهن لدى أزواجهن أثناء فترة العلاج الكيميائي.
- نوع المقاومة الثنائية المستعملة من طرف مريضات سرطان الثدي، يتنبأ بدرجة نوعية الحياة لديهن و لدى أزواجهن أثناء فترة العلاج الكيميائي.
- نوع استراتيجية التنظيم الإنفعالي المستعملة من طرف أزواج مريضات سرطان الثدي يتنبأ بدرجة نوعية الحياة لديهم و لدى زوجاتهم أثناء فترة العلاج الكيميائي.
- نوع استراتيجية التنظيم الإنفعالي المستعملة من طرف أزواج مريضات سرطان الثدي يتنبأ بدرجة المقاومة الثنائية لديهم و لدى زوجاتهم أثناء فترة العلاج الكيميائي.
- نوع المقاومة الثنائية المستعملة من طرف أزواج مريضات سرطان الثدي، يتنبأ بدرجة نوعية الحياة لديهم و لدى زوجاتهم أثناء فترة العلاج الكيميائي.



**تحديد المفاهيم:**

## ● سرطان الثدي:

من أجل تحديد دقيق لمفهوم سرطان الثدي، ارتأينا أن نحدد أولاً مفهوم السرطان عموماً، فقد استعملت كلمة سرطان في البداية لوصف أنواع مختلفة من الأورام، و بالرغم من أنه في أغلب الأحيان يعتقد ان السرطان هو عبارة عن مرض واحد، إلا أنه في الحقيقة تعبير يستعمل لوصف ما يزيد عن 200 مرض مختلف، فمن الناحية الفسيولوجية، يوجد داخل الجسم توازن بين تجدد مختلف الخلايا، و السرطان ما هو إلا اضطراب في هذا التوازن، و ذلك من خلال نمو غير طبيعي وغير منضبط للخلية، دون أن تكشفه آليات الرقابة الداخلية و / أو تدمره، ما ينتج عنه ورم (زيادة حجم الأنسجة)، هذا ينمو مع تكاثر الخلايا. (NOGARET.J.M, 2010, p5)

و بالتالي سرطان الثدي هو التكاثر العشوائي، و السريع للخلايا على مستوى الثدي، و يمكن أن تنتقل الأورام إلى أعضاء أخرى ذات نفس الطبيعة النسيجية للثدي، و هنا تضيف LEMAIRE.V و آخرون، أن سرطان الثدي هو " سرطان يصيب الغدة الثديية عند المرأة، يكون غالباً على شكل Adénocarcinome أو ما يسمى بسرطان النسيج الغددي، و أحيانا على شكل Sarcome و الذي يصيب النسيج الضام".

(LEMAIRE.V et al, 2002, P 837)

## ● استراتيجيات التنظيم الإنفعالي:

يعرف التنظيم الإنفعالي على أنه السيرورات التي تؤثر على انفعالاتنا، عندما نخبرها و نُعبّر عنها. (GROSSE.J, 2002, p282)

فاستراتيجيات التنظيم الإنفعالي عند مريضات سرطانات الثدي، و أزواجهن هي الإستراتيجيات التي يلجأ إليها كلاهما من أجل تنظيم تنظيم انفعالاتهم عادة، حتى قبل الإصابة بسرطان الثدي، و ذلك حسب الدرجات التي يتحصلون عليها في مقياس التنظيم الإنفعالي ERQ لـ GROSS و JOHN.

### ● المقاومة الثنائية:

عرّف BAIDER وآخرون المقاومة الثنائية على أنها سيرورة بين شخصية، تتضمن الزوجين، و تهدف إلى التخفيف من الضغط. (HARTMANN.A, 2008, p144)

و المقاومة الثنائية لدى مريضات السرطان، و أزواجهن هي استراتيجيات المقاومة التي يتبعها الزوج (le couple) للتصدي للموقف الضاغط و المتمثل في مرض السرطان، و هي الدرجات التي يتحصل عليها كل من المريضات و الأزواج على مقياس المقاومة الثنائية DCI لـ BODENMANN.

### ● نوعية الحياة:

تعرف المنظمة العالمية للصحة، نوعية الحياة بأنها: "انطباع الفرد اتجاه حياته ضمن النسق و المعايير الثقافية في مجتمعه، و مستوى العلايقى بين تحقيق أهدافه و توقعاته وفق مفاهيم معيارية محدّدة لديه، و من جهة أخرى هي عملية الدمج الإعتماضية و العلاقات الاجتماعية، و علاقة ذلك بما يبرز في المستقبل من أحداث بيئية".

(FISHER.G.N, 2002, p 298)

و نوعية الحياة لدى مريضات سرطان الثدي، و اللاتي تعرضن لجراحة الإستئصال، و تتلقين العلاج الكيميائي، تعتمد على استجابات المريضات، أحكامهن، و اعتقاداتهن حول وضعهن الصحي (الجسدي، النفسي، و الإجتماعي)، و هي الدرجات المتحصل عليها في مقياس نوعية الحياة SF12v2.

أما نوعية الحياة لدى أزواج مريضات السرطان، فهي تعتمد على استجاباتهم، و أحكامهم حول وضعهم العلائقي، و الصحي (الجسدي، النفسي، و الاجتماعي)، و هي الدرجات المتحصل عليها في مقياس نوعية الحياة SF12v2.

## أهداف البحث:

- إظهار الاختلاف الموجود في استراتيجيات التنظيم الإنفعالي، المقاومة الثنائية، و نوعية الحياة بين مريضات سرطان الثدي و أزواجهن.
- إظهار تأثير استراتيجيات التنظيم الإنفعالي المستعملة من طرف النساء المصابات بسرطان الثدي على درجة نوعية الحياة لديهن و لدى أزواجهن أثناء العلاج الكيميائي.
- إظهار تأثير استراتيجيات التنظيم الإنفعالي المستعملة من طرف النساء المصابات بسرطان الثدي على المقاومة لديهن و لدى أزواجهن أثناء العلاج الكيميائي.
- إظهار تأثير المقاومة الثنائية لدى النساء المصابات بسرطان الثدي على درجة نوعية الحياة لديهن و لدى أزواجهن أثناء فترة العلاج الكيميائي.
- إظهار تأثير استراتيجيات التنظيم الإنفعالي المستعملة من طرف أزواج النساء المصابات بسرطان الثدي على درجة نوعية الحياة لديهم و لدى زوجاتهم أثناء العلاج الكيميائي.
- إظهار تأثير استراتيجيات التنظيم الإنفعالي المستعملة من طرف أزواج النساء المصابات بسرطان الثدي على المقاومة الثنائية لديهم و لدى زوجاتهم أثناء العلاج الكيميائي.
- إظهار تأثير المقاومة الثنائية لدى أزواج النساء المصابات بسرطان الثدي على درجة نوعية الحياة لديهم و لدى زوجاتهم أثناء فترة العلاج الكيميائي.

**أهمية البحث:**

رغم الجهود المبذولة من طرف أخصائيي علم النفس في مجال أمراض السرطان، إلا أن الدراسات الميدانية، و الملاحظات العملية اليومية لمريضات سرطان الثدي بينت أن للجانب العلائقي دور جد مهم في تقبل المرض، و التكيف معه و مع العلاجات المستعملة، لما تحمل من تأثيرات سلبية على الحياة النفسية للمريضات، من حيث نوعية الحياة لديهن، و انفعالاتهن، الشيء الذي سيؤثر بطبيعة الحال على حياتهن العلائقية (الزوجية)، و من هنا كان من الضروري دراسة تأثير الأزواج بإصابة زوجاتهم بسرطان الثدي، و الدور الذي يلعبونه في تقبلهن للمرض.

- الإهتمام بالحياة العلائقية، للنساء المصابات بسرطان الثدي، و ذلك لما لها من تأثير على الجانب النفسي، من حيث تقبل المرض، التكيف مع العلاجات، و بالتالي تحسين نوعية الحياة.

# الجانب النظري

# الفصل الأول: سرطان الثدي

**تمهيد:**

أصبح مرض السرطان عموماً، و سرطان الثدي على وجه الخصوص مؤخراً يعتبر من الأمراض المزمنة، ولم يعد كما كان سابقاً يكتسي صبغة المرض القاتل، و هذا لما توصل إليه الطبّ من علاجات كيميائية، إشعاعية و حتىّ هرمونية، ناهيك عن التكلّف النفسي و الذي ينبغي أي يكون خلال فترات المرض الخمس: التشخيص، بداية العلاج، المراقبة الطبية، إمكانية الإنتكاسة، و أخيراً المرحلة النهائية، و بهذا فإنّ مفهوم الصدمة في هذا النوع من الأمراض طويلة الأمد و المزمنة يتخذ نوعاً من الإستمرارية، ما يجعل المريض يستجيب بطريقة خاصّة نوعاً ما، فنجدّه يمتاز بنوع من القلق يكون ذو علاقة و طبيعة المرض كقلق الموت، القلق المرتبط بتغير الصورة الجسدية بسبب المرض أو العلاجات المصاحبة له، و قلق فقدان، ضف إلى هذا حالات الإكتئاب و الإضطرابات النفسية التي قد تصاحب المريض خلال فترة العلاج، دون تجاهل الدور الذي يلعبه الأزواج في تقبل زوجاتهم لإصابتهم إما بالإيجاب أو بالسلب، و هذا باعتبارهم المصدر الأولي و الأساسي للدعم.

**تعريف سرطان الثدي:**

حسب المنظمة العالمية للصحة، 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, P 37)

فالسرطان مرض مزمن، يبدأ في خلية واحدة من خلايا الجسم، ويكون نتيجة للتكاثر العشوائي و اللامحدود للخلايا المكونة لأي نسيج من أنسجة الجسم، و تكمن خطورته في إمكانية انتشاره إلى سائر الجسد عبر الأوعية اللمفاوية أو الدموية، لتندمج خلايا الأنسجة السليمة، و إفقادها تخصصها الوظيفي. و سرطان الثدي هو ورم يصيب الغدة الثديية، يكون غالبا على شكل Adénocarcinome أو ما يسمى بسرطان النسيج الغدي، و أحيانا على شكل Sarcome و الذي يصيب النسيج الضام.

(LEMAIRE.V et al, 2002, P 837)

من ه ذا التعريف لسرطان الثدي يتضح أن نوع السرطان في هذا العضو، يختلف حسب النوع النسيجي المصاب، الشيء الذي يجعل الكفالة الطبية تختلف من نوع لآخر، ولذا ارتأينا ان نتطرق إلى نظرة عامة عن بنية الثدي التشريحية.

**البنية التشريحية و الفيزيولوجية للثدي:**

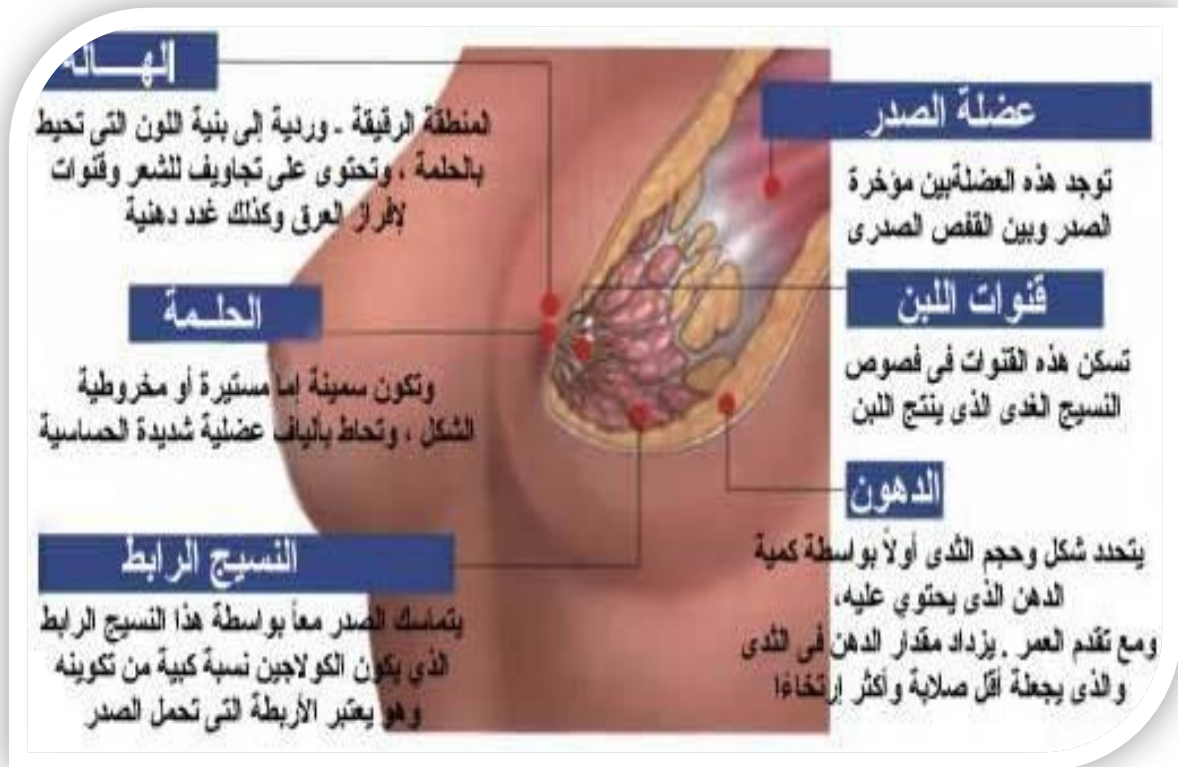
يتموضع الثدي إلى الخلف على العضلة الصدرية، هو عضو غدي ذو إفراز خارجي، يتضمن تركيبية تشريحية تتموضع على الجزء الأمامي للصدر، و يأخذ الثدي شكل نصف دائري، تتوسطه الحلمة المحاطة بمنطقة مخضبة محببة تدعى "الهالة"، حيث أن البشرة في هذه المنطقة جد رقيقة و مشوهة بعض الشيء، بسبب فتحات الغدد الدهنية، الغدد العرقية، و بصيلات الشعر.



و يتكوّن الثدي من عشرين فصاً غدي مغلّفة بنسيج دهني، القنوات الخارجة من هذه الفصوص تدعى القنوات الناقلة للحليب، والتي تنتهي في الحلمة. من الناحية الفيزيولوجية، يعتبر نمو الثدي أول علامة لبلوغ المرأة، وتستجيب الغدة الثديية للتقلبات الهرمونية أثناء الدورة الشهرية، فيزيد حجمها أثناء فترة ما قبل الحيض، بسبب تأثير الإستروجين، في حين ينخفض حجم الثدي بعد اليأس، أين تتوقف عملية إنتاج الإستروجين من طرف المبيضين.

و تتمثل الوظيفة البيولوجية الأساسية للثدي في إنتاج الحليب أثناء فترة الحمل، حيث يقوم كل من الجسم الأصفر و المشيمة بإفراز البروجسترون، و التي تعمل على نمو الغدة الثديية و بالتالي اتساع الحلمتين، مباشرة بعد الولادة الثدي يفرز سائل مائي، و المسمى باللبأ، هذا الأخير، و تحت تأثير هرمون البرولاكتين يختفي بعد اليوم الثالث من الولادة ليحل مكانه حليب الأم، و بالإضافة إلى الوظيفة الغذائية، للثدي كذلك و وظيفة جنسية، و أخرى جمالية.

(LEMAIRE.V et al, 2002, P 836-837)



شكل رقم (1): مقطع يظهر عناصر الثدي

من خلال البنية التشريحية و الوظيفة الفيزيولوجية للثدي، يبدو ان السرطان يأتي يؤثر على هذين الجانبين الأساسيين، و من هنا تتمحور أعراض سرطان الثدي.

### أعراض سرطان الثدي:

تتمثل أعراض سرطان الثدي عموماً فيما يلي:

- جس كتلة أو منطقة متورمة لم تكن موجودة في السابق.
- انكماش الجلد (ظهور غمارة على الثدي) بطريقة عفوية، أو مفتعلة عند تحر  
الذراعين، و/أو انكماش الحلمة.
- تغير عام في مظهر الثدي و حجمه.
- سيلان الحلمة، خصوصاً إذا كان على شكل دم.
- شدوذ جلد الحلمة و/أو الهالة، يكون على شكل اكزيما.
- احمرار الجلد، أو مظهر جلد البرتقالة.
- الألم، رغم أنه نادراً ما يصاحب مرض السرطان.

(MIKOLAJCZAK. M, 2013, P87)



شكل رقم (2): رسم توضيحي لأعراض سرطان الثدي

وأحيانا يمكن ان لا يظهر أي عرض من الأعراض المذكورة سابقا، ويتم الكشف عن المرض من خلال الفحص الإشعاعي للثدي. (LEMAIRE.V et al, 2002, P837) و من هنا يبدو لنا جليا أن أفضل طريقة لتشخيص سرطان الثدي، هي الفحوصات الإشعاعية، و التحاليل الطبية اللازمة، من أجل وضع تشخيص قاطع.

### تشخيص السرطان:

يتم الكشف عن مرض سرطان الثدي، إما من خلال فحص طبي روتيني، أو من قبل المرأة نفسها من خلال الفحص الذاتي للثدي، و يتم القطع النهائي في تشخيص المرض من خلال التصوير الإشعاعي للثدي (mamographie)، يُتبع بفحص الموجات فوق صوتية (échographie mammaire)، و أخيرا الخزعة من أجل فحص السائل تحت المجهر بحثا عن الخلايا السرطانية. (LEMAIRE.V et al, 2002, P837)

و يتم التشخيص وفقا للمراحل التالية:

- الفحص العيادي: من خلاله يبحث الطبيب عن الخصائص العيادية التي توحى إلى وجود سرطان، و التي تتمثل في الأعراض المذكورة سابقا، بالإضافة إلى علامات الإلتهاب المصنفة حسب التوجه التطوري، و التهاب العقد اللمفاوية الإبطية، و الفوق الترقوية (sus claviculaire).

- الفحص الإشعاعي للثدي (mamographie): هو أول فحص نقوم به، و يظهر الورم من خلال العتامة (l'opacité)، عدم الإنتظام البنيوي، و التكتلات الصغيرة (microcalcification). و حسب هذا الفحص يتم تصنيف سرطان الثدي حسب التصنيف الأمريكي لكلية الأشعة (American College of Radiology (ACR).

- فحص الموجات فوق صوتية للثدي (échographie mammaire): لا يمكن إجراء هذا الفحص إلا بعد كل من الفحص العيادي و الإشعاعي للثدي، فهو يسمح بأن يوضح بصورة أكثر دقة النتائج المتوصل إليها من خلال الفحصين الأولين.

- الخزعة (biopsie): التكفل بالسرطان يستلزم تحليل نسيجي، أو على الأقل خلوي، و هذا من أجل التعرف على نوع الورم و بالتالي اتباع العلاج المناسب.

- فحص الإمتداد (bilan d'extension): نقوم به بعد التأكد بأن نوع السرطان هو من النوع التسللي (carcinome infiltrant)، و تتمثل هذه الأشعة و الفحوصات فيما يلي:

- أشعة الرئة.

- فحص الموجات فوق صوتية للبطن.

- Sceintigraphie osseuse

- و أخيرا قياس كمية علامات الورم في الدم (ACE, CA 15-3)، من أجل مراقبة فعالية العلاج المستعمل.

و أخيرا يتم تصنيف السرطان، حسب حجم الورم، الإجتياح الغددي و الإنبثاث (TNM)

(SAMI.S, 2012, pp 9-12)

بعض وضع التشخيص، و القيام بتصنيف الإصابة السرطانية، ننتقل إلى العلاجات الطبية المستعملة.

### علاج السرطان:

تتم الكفالة الطبية بمريضات سرطان الثدي من خلال 4 علاجات أساسية، حسب نوع المرض:

- العلاج الجراحي: يعتمد أساسا على استئصال أكبر مساحة ممكنة من النسيج و العقد السرطانية، بالإضافة إلى مساحة كافية من الأنسجة السليمة المحيطة، و هذا من أجل التأكد النهائي من التشخيص، و تحديد العلاج المناسب، و نجد من أنواع الجراحة المستعملة في سرطان الثدي مايلي:
- الجراحة الحافظة: ويتم خلالها استئصال الورم.
- الجراحة الجذرية: و يتم خلالها استئصال كل الثدي المصاب.
- جراحة تجويف الإبط: ويتم خلالها استئصال العقد اللمفاوية تحت الإبط، لتفادي الإنبثاث.
- الجراحة التجميلية: إعادة ترميم الثدي.
- العلاج الإشعاعي: و هو علاج يهدف إلى السيطرة على منطقة الورم، و الحد من خطر معاودة ظهور المرض على مستوى الثدي.
- العلاج الكيميائي: في بداية الأمر كان يستعمل مع السرطان في حالاته المتطورة أي في حالة انتقال المرض إلى مناطق أخرى من الجسم، و لكن اليوم أصبح العلاج الكيميائي في سرطان الثدي يستعمل حتى قبل العلاج الجراحي.

- العلاج الهرموني: أصبح العلاج الهرموني في سرطان الثدي ذو أهمية بالغة، و لأخذ قرار وصف العلاج الهرموني للمريضات، نعتمد على بعض الشروط المهمة، و المتمثلة في و جود مستقبلات هرمونية إيجابية، حالة المرأة قبل أو بعد مرحلة اليأس.

- العلاج الإستهدافي: هو دواء انتقائي يهاجم الخلايا السرطانية عن طريق تحديد هدف معين (مورثة او مستقبلات البروتين)، و الحفاظ على أكبر عدد ممكن من الخلايا السليمة. (SAMI.S, 2012, pp 15-16)

طبيعة العلاج المستعمل يختلف وفقا لنوع الإصابة السرطانية على مستوى الثدي، و المرحلة التي وصل إليها. و قد حاول الباحثون منذ ظهور مرض سرطان الثدي، البحث في أسبابه، و العوامل المتدخلة في ظهوره.

### العوامل المشجعة للإصابة بسرطان الثدي:

خطر الإصابة بمرض السرطان يكون جد مرتفع في الحالات التالية:

- إذا ما وُجدت حالات سرطان في العائلة: الأم، الأخت، أو الخالة. فقد أظهرت الدراسات عن جود الجينات (BRCA1, BRCA2) عند 5% من الحالات، حيث يصل احتمال الإصابة عندهن إلى 85%.
- العوامل الهرمونية: و المتمثلة في البلوغ المبكر ( 10 سنوات)، تأخر سن اليأس (بعد 55 سنة)، أول حمل بعد 30 سنة.
- النساء اللاتي كان لبيدهن تكيس أو ورم حميد على مستوى الثدي.
- في حين لم يتم إثبات الدور المسرطن لمضادات الحمل، و لا حتى الدور الواقى للرضاعة. (LEMAIRE.V et al, 2002, P837)

و أمام عجز الجانب الطبي الفيزيولوجي، الوراثي، و الهرموني في تحديد أسباب الإصابة بمرض سرطان الثدي عند بعض النسوة ، لجأ الباحثون إلى العمل من أجل تحديد العوامل

النفسية، الشخصية و الخبرات الصدماتية المعاشة ، و التي يمكن أن تكون ذات صلة في ظهور أعراض سرطان الثدي، أو عدم التماثل للشفاء، أو إمكانية الإنتكاسة.

### العوامل النفسية لإصابة بسرطان الثدي:

فرضية وجود علاقة بين العوامل النفسية و الإنفعالية في ظهور مرض السرطان و تطوره، أصبحت شيئاً بديهياً و مفروغاً منه في الوقت الحالي، إلا أنه من الناحية الطبية، و رغم الاهتمام المتزايد يوماً بعد يوم بهذا الجانب، لا يؤخذ به بعين الاعتبار في مراحل تشخيص المرض، و يعطي الأطباء لمرض السرطان صبغة وراثية و/أو تسمية، متناسين بذلك تأثير الشخصية، و الصدمات النفسية في ظهور هذا المرض.

- نمط الشخصية و علاقته بالإصابة بمرض السرطان:

منذ الأعمال الأولى لكلّ من BACON، RENNKER، و BAHNSON تؤكد وجود نوع من الشخصية، المسمّى بالشخصية "ج"، و التي نجدها عند المصابين بمرض السرطان، 1992، (SALTEL.P, P2)

درست هذه الشخصية في وقت واحد من طرف البحوث السيكوسوماتية و البحوث الوبائية:

بالنسبة للأولى: اعتبرت أنّ هنالك بنية و تاريخ خاصّ، (صراع سابق لم يتم حلّه، فقدان الآخر المهم بالنسبة للفرد، مشاعر الذنب)

بالنسبة للثانية: هي مجموعة مرگّبة، تعرف أحياناً بنمط الشخصية "ج" ، لدى كل من CONTRADA et al 1990، و TEMOSHOCK et al 1990، في حين تعرف بالنمط I لدى FISHER, 2002, p 54). Grossarth Matrick et Eysenk 1990

و يعرف هذا النمط السلوكي على أنّه ذاك النمط الذي يحوي على عدد من سمات الشخصية المختلفة، أنماط السلوك، و استراتيجيات المواجهة، و التي قام بتجميعها TEMOSHOCK سنة 1987، و أطلق عليها اسم "شخصية نمط ج"، و هي تعتبر عامل خطر في ظهور

و تطوّر مرض السرطان.فتتسم هذه الشخصية بـ: الهدوء أمام أحداث الحياة ، لا تعبّر عن الغضب و لا الإنفعالات السلبية ، عرضة للإصابة بالإكتئاب ، ردود الفعل اتجاه المرض تكون بالإستسلام. (SCHWEITZER.M.B, 1994, P 189)

كما يتسم أصحاب هذا النمط السلوكي، بـ: التعاونية، الإستيعاب، صعوبة في تأكيد الذات، الرضوخ عن طيب خاطر للسلطة، تقديم التضحيات للآخرين، الميل إلى العجز و اليأس.

(JADOULL.V et all, 2004, P250)

و هذا ما يجعل التكيف مع المواقف الضاغطة، الصراعات أو فقدان، يتأرجح بين قمع الإنفعالات/ التكيف الشديد (suradaptation) ، و العجز، اليأس، الإكتئاب ( فيض من الإنفعالات السلبية ). (SANTIAGO.M, 2004, P16)

بمعنى أنّ الأشخاص اللذين يتمتعون بهذا النوع من الشخصية، يمتازون بكف/أو انكار لمشاعر العدوان و الغضب، كما قد يميل الشخص إلى وضعيات الخضوع، و التكيف مع المحيط، التضحية من اجل الآخر، بالإضافة إلى الميول الإكتئابية. و هنا نلاحظ أنّ هؤلاء الأشخاص لديهم قدر كاف من التحكم في الإنفعالات، و هذا التحكم يصبح عامل خطر مسرطن، و له تأثير سلبي على تطور المرض، أي أنّ تكيف هؤلاء المرضى مع الوضعية المرضية ما هو إلا واجهة، تخفي وراءها الكف.

و فيما يتعلق، بربط هذا النمط السلوكي بالإصابة بمرض السرطان، قام كل من الباحثين TEMOSHOCK و KNEIR، في جامعة كاليفورنيا، بسان فرانسيسكو، بالمقارنة بين ردود الفعل الإنفعالية لمرضى القلب و مرضى السرطان، حيث تمّ تعريضهم لصدمات كهربائية صغيرة، و من ثم يقومان بقياس الإستجابات الفيزيولوجية، و بعدها يطلبان منهم أن يسردوا لهم كيف عاشوا التجربة، فكانت الإستجابة الفيزيولوجية لمرضى السرطان أكثر شدة من مرضى القلب، و لكن من خلال إجابتهم على السؤال كانوا يقللون من شأن التجربة.

(SCHREIBER.D.S. 2007, P222)

و تشير الدراسات التي قام بها TEMOSHOCK :1985، 1987، 1990، JENSEN:

1987، CONTRADA et al، 1990، LEVY et HEIDEN: 1990، إلى العلاقة القائمة بين



هذا النمط من الشخصية، و الخطر المرتفع للإصابة بسرطان الثدي و الورم الجلدي القتاميني الخبيث (Le mélanome). (SCHWEITZER.M.B, 2002, P 172)

و في هذا السياق نضيف TEMOSHOCK 1987، أن شخصية مر يرض السرطان، تحمل ثلاث مكوّنات نفسية، والتي تتلخص من خلالها خصائص النمط السلوكي "ج"، و تتمثل هذه المكونات الثلاث فيما يلي:

الإكتئاب، القمع أو اليأس: أظهرت دراسة JANSSEN et MUENZ سنة 1988، أن الأشخاص المصابين بالسرطان هم أكثر اكتئابا مقارنة مع أشخاص آخرين، و تبقى نتائج هذه الدراسات صعبة التفسير، لأنّ الإكتئاب قد يكون نتيجة للمرض، و ليس سببا في الإصابة به، وقد كان SHEKELL سنة 1981 قد تكلم عن أنّ "خطر الإصابة بالسرطان مرتفع ضعفين عند مجموعة الأشخاص الذين تم تشخيصهم كاكئابيين، و ذلك بعد 17 سنة من إجراء الدراسة".

في حين أثبت GREER et al سنة 1979 عكس ذلك، إذ لم يجد علاقة بين الإكتئاب الذي يتبع تشخيص السرطان، و احتمال ظهور الأورام الثانوية، أما DATTORE سنة 1980، فيؤكّد ما توصل إليه كل من JANSSEN et MUENZ.

قمع الإنفعالات: في إطار نماذج التعبير الإنفعالي و ظهور أورام السرطان، بيّن كل من GROSSARTH et MATICEK و آخرون، سنة 1982 أنّ الأشخاص الذين يقمعون انفعالاتهم باستمرار، لا سيما المتعلقة بالعدوانية و الغضب، يحملون خطر الإصابة بالسرطان، و يضيف CONTRADA 1990 et DANTZER 1994 أنّ ذلك يؤثّر سلبا في مدّة بقائهم على قيد الحياة.

غياب الدّعم الاجتماعي: ليس هناك اتفاق بين الباحثين فيما يخصّ علاقة الدّعم الاجتماعي بظهور و تطوّر الأورام السرطانية، ف دراسة ANTONIE et GOODKIN سنة 1988، تذهب إلى أنّ سرطان الرّحم لدة النّساء له صلة بالإفتقار إلى الدّعم الإجماعي. في نفس السّياق يؤكّد SPEIGEL سنة 1989، أنّ معدّل العيش عند النّساء المصابات بسرطان الثدي مرهون بضرورة مشاركتهن في برنامج علاج معرفي سلوكي، يهدف إلى تحسين مستوى دعمهن الاجتماعي.

(SCHWEITZER.M.B, 1994, P 190-192)

إلا أنّ العلاقة الموجودة بين ه ذه الأنماط و خطر الإصابة بالسرطان تبقى محلّ نقاش، أي هل هي مسبّبة له أو ناجمة عنه؟ و ترى SCHWEITZER et al سنة 1998، أنّ النّمط "ج" لا يعتبر حالياً طابعا استعداديا، بل أسلوب تسوية متبنى من قبل بعض الأفراد لمواجهة الأحداث المدركة بمثابة فقدان، مثل قمع الإنفعالات السلبية: و الذي يمثّل عامل خطر ، و مشاعر العجز و اليأس: و التي تعدّ عامل تنبؤي للإصابة بالسرطان.

(SCHWEITZER.M.B, 1994.p.174)

#### - أحداث الحياة الضاغطة والصدمات:

حسب SARAFINO سنة 1992، الضغط هو منبع بيئي، و قد يكون حدثا واحدا، أو مجموعة من الظروف يدركها الفرد على أنها مهدّدة أو مؤذية، ينتج عنها مشاعر التوتر، و تدعى هذه بالضواغط، كما أن الضغط يمكن أن يكون كاستجابة تتمثّل برد فعل الإنسان على الضواغط، و هو يمثّل حالة التوتر لديهم.

(أبو حمدان و العزاوي، 2001، ص 121)

من هذا التعريف لمفهوم الضغط، فإن هذا الأخير في مجال أمراض السرطان يمكن ان يكون كسبب للإصابة بالمرض، كما يمكن أن يكون كنتيجة بعد تعرّف المريض على حقيقة إصابته. فعندما نتكلّم عن الأحداث الضاغطة، و الصدمات في علاقتها في ظهور أمراض

السّرطان، فإن هذا يقودنا إلى التكلّم عن الطب الألماني الحديث، و ب التحديد أعمال الطبيب الألماني Ryke Geerd HAMER، حيث أنّه اكتشف إصابته بسرطان الخصيتين سنة 1978، و كان هذا بعد مقتل ابنه Dirk، البالغ من العمر 19 سنة، فقام بعدها بمعاينة 170 ملف طبي، لأشخاص مصابين بالسرطان بمختلف أنواعه، فاكتشف أنّ كل المرضى قد عايشوا صدمة عاطفية مهمّة خلال حياتهم، و قبل ظهور السرطان لديهم. فقام بعدها بمتابعة أبحاثه على أكثر من 15000 حالة، و وضع 5 قوانين بيولوجية، تعتمد على وجود علاقة وطيدة بين نوع الصدمة النفسية، منطقة دماغية محدّدة و الإصابة بنوع محدّد من السّرطان، بمعنى أنّ كل عضو يرتبط بصدمة من نوع خاص، و يكون لها مركز في واحدة من المناطق الدماغية، ما أسماه هذا الطبيب بـ: متلازمة Syndrome de Dirk Hamer، نسبة إلى ابنه المتوفى.

(HAMER.R.G,1988,P5)

و قد قام فيما بعد، و خلال سنوات العديد من الأطباء و الباحثين بالتحقّق من أبعاد هذه النظرية، وكانت نتائجهم مشابهة لما جاء به HAMER. و جاءت دراسة كلّ من COOPER و FARAGHER، لتبيّن وجود علاقة بين عدم القدرة على التعبير الإنفعالي في مواجهة الأحداث الضاغطة، و ظهور سرطان الثدي، في حين قام GREER et MORRIS سنة 1978، بنقد الدراسات التتبعية في هذا المجال بأنّها تعتمد أساسا على ذكريات المريض، و التي تكون غالبا إمّا مشوهة أو ناقصة.

(BRANNON.L et FEIST.J, 1996, P 256-257)

و قد كانت أولى الدراسات عن علاقة الضغوط بظهور و تطوّر السرطان، تخص فئران المخابر، و هي دراسة تعود إلى Vernon RILEY سنة 1975، حيث عرض عددا من فئران المخبر إلى مجموعة من الضغوط (العزلة، الإكتظاظ)، و بعد فترة من الزمن 90% الفئران المتعرضة لشتى الضغوط أصيبت بسرطان الثدي بنسبة ، أمّا الفئران التي لم تتعرض لمثل هذه الضغوط، فقد ظهر سرطان الثدي عند 7% منها فقط. (RILEY.V, 1975,

p 76)

و من هنا تعددت الدراسات بين المؤكدة و النافية لوجود علاقة بين الضغط النفسي و ظهور مرض السرطان، و/أو ظهور الإنتكاسة، و هذا كان بعد إمكانية تكميم عوامل الضغط (مقياس أحداث الحياة Holmes et Rah)، و من بين هذه الدراسات نجد:

- دراستين لكل من GEYER، CHEN و آخرون تؤكد على وجود علاقة إيجابية بين أحداث الحياة الصعبة و ظهور سرطان الثدي.

- في حين تظهر دراسة أخرى أكثر دقة على عدم وجود أية علاقة، وهي دراسة لـ PROTHEROE وآخرون.

- RAMIREZ و آخرون، لاحظوا خلال دراسة قاموا بها أنه هناك علاقة وطيدة بين أحداث الحياة الضاغطة و ظهور مرحلة جديدة لدى مريضات السرطان (انتقال المرض إلى مناطق أخرى من الجسم).

- في حين توجد دراسة أكثر حداثة لـ BARRACLOUGH، و بعينة تفوق أربع مرات الدراسة السابقة، أظهرت انه لا توجد علاقة بين الضغط النفسي، و الإكتئاب الذي يصاحب مريضات السرطان عادة و بين الإنتكاسة.

(TOUSIGNANT.M et al, 2001, p 76)

- دراسة أجريت سنة 1999، من أجل التعرف على تأثير العوامل النفسية، كالضغوط على سرطان الرئة، حيث أظهرت هذه الدراسة أنّ جهاز المناعة (الخلايا المناعية) لدى مريض السرطان و الذي يعاني من اكتئاب شديد، لا يمكنه تجديد ADN المتلف بعد التعرض لأشعة X، الضغط المزمن، كبت الغضب أثناء حالة الإكتئاب، ما يؤدي إلى انخفاض في نشاط الخلايا القاتلة الطبيعية (NK)، و التي تقوم بالدفاع عن العضوية ضد تطوير فوضى خلوية.

(KIECOLT.J.K et al, 1999, p 271-272)

و يضيف SCHREBER، أن أغلب المرضى المصابين بالسرطان كانوا قد عاشوا مرحلة ضغط خاصة خلال الأشهر السابقة للتشخيص، و الأمر هنا لا يخص أي نوع من الضغط و إنما هي خبرة تترك لأفراد شعور رهيب بعدم القدرة، و بأن حياتهم لم تعد ملك أيديهم، مع غياب كلي لمعالم الفرح. (SCHREBER.D.S, 2007, p217)

## - النماذج التكاملية المفسرة للإصابة بالسرطان:

توصّلت جهود الباحثين في مجال السرطان إلى تحديد مجموعة من النماذج المفسرة للسرطان عموماً، و سرطان الثدي على وجه الخصوص، وهذا وفقاً للنماذج التكاملية الثلاث التالية:

نموذج الـ *TEMOSHOCK - coping*: تؤكد TEMOSHOCK على الطبيعة الديناميكية لنموذجها الذي وضعته سنة 1990، حيث ترى أنّ السرطان مرض يتطور خلال الوقت، و الجهازين النفسي و الفيزيولوجي يتفاعلان باستمرار، و لهذا فإنه يأخذ بعين الاعتبار هذه المظاهر التطورية و التفاعلية لتفسير مرض السرطان، كما تعتقد أنّ التجنب كأسلوب للمواجهة و الذي يميّز الشخصية نمط ج، يسمح للأفراد بالتصرف أمام الأحداث الضاغطة، مخفضاً من أثرها الانفعالي و حافظاً على علاقته مع الآخر، لكن في خضم سيرورة الإلتزان الاجتماعي هذه، يتم فقدان الإلتزان النفسي أو البيولوجي. و قد يكون هذا الأسلوب فعال في مواجهة الضغوط اليومية، لكنه يبدو غير فعال أمام الضغوطات المتكررة أو الحادة، و في حالة النوبة النفسية المعبر عنها عند فشل أسلوب المواجهة المتبني، قد تتجم إحدى النتائج التالية:

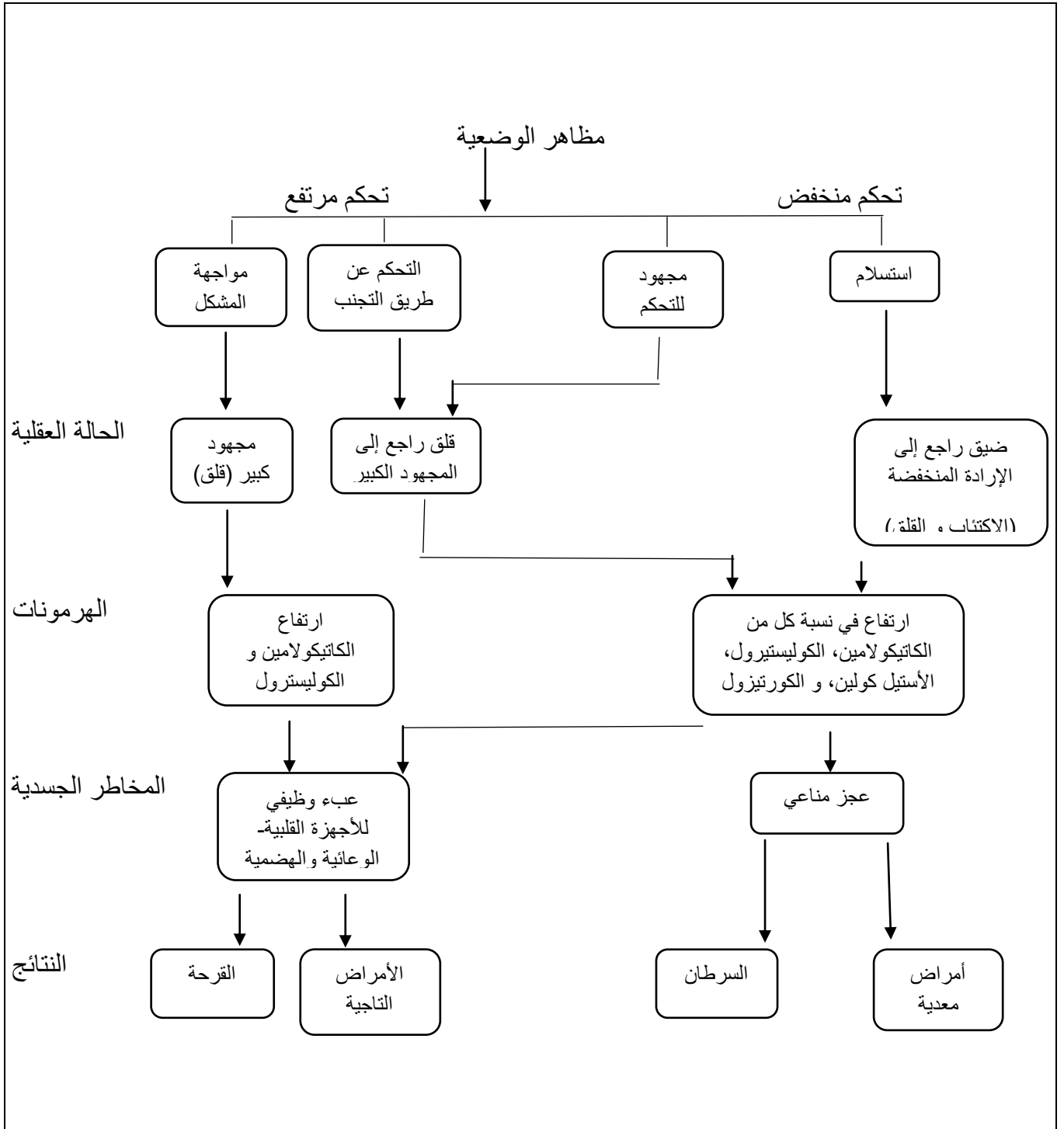
- أولاً: تبني أسلوب مواجهة أكثر فعالية، و هو ما يحسّن النشاط الفيزيولوجي.
- ثانياً: الجمود، أو المواظبة على تبني استراتيجيات مواجهة غير فعالة.
- ثالثاً: انهيار واجهة المواجهة التجنبية مما يؤدي إلى ظهور اليأس و الإكتئاب.

(SCHWEITZER.M.B, 1994, P 193)

نموذج عدم القدرة على التحكم *FISHER*: اقترح FISHER سنة 1988 نموذج بيو-نفسى-اجتماعي، ذو طابع شامل من أجل تفسير علاقة المستوى الضعيف من التحكم المدرك للأحداث الضاغطة لدى الفرد، و إمكانية إصابته بمرض السرطان أو بأمراض معدية. حيث أنّ صعوبة التحكم في الضغوط، يمكن أن تؤدي إما إلى بذل مجهود كبير للتحكم، أو إلى اليأس و الإستقالة، و في كلتا الحالتين يكون هناك ارتفاع في تركيز الكورتيزول، حيث

أن هذا الهرمون يؤثر على الخلايا المناعية، و ذلك بالتقليل من كفاءتها، مما يعزز نمو الأورام السرطانية.

و تكمن خصوصية هذا النموذج في إدماج التحكّم الذي يمكن للفرد أن يمارسه (أو يعتقد أنه بإمكانه ممارسته) على الضغوط، و نتائج هذا التحكم على نشاط قشرة الكظر، و إفراز الكورتيزول. (SCHWEITZER.M.B, 1994, P 193-195)



شكل رقم (3): نموذج التحكم لـ: FISHER (1988)

(SCHWEITZER.M.B, 1994, P 195)

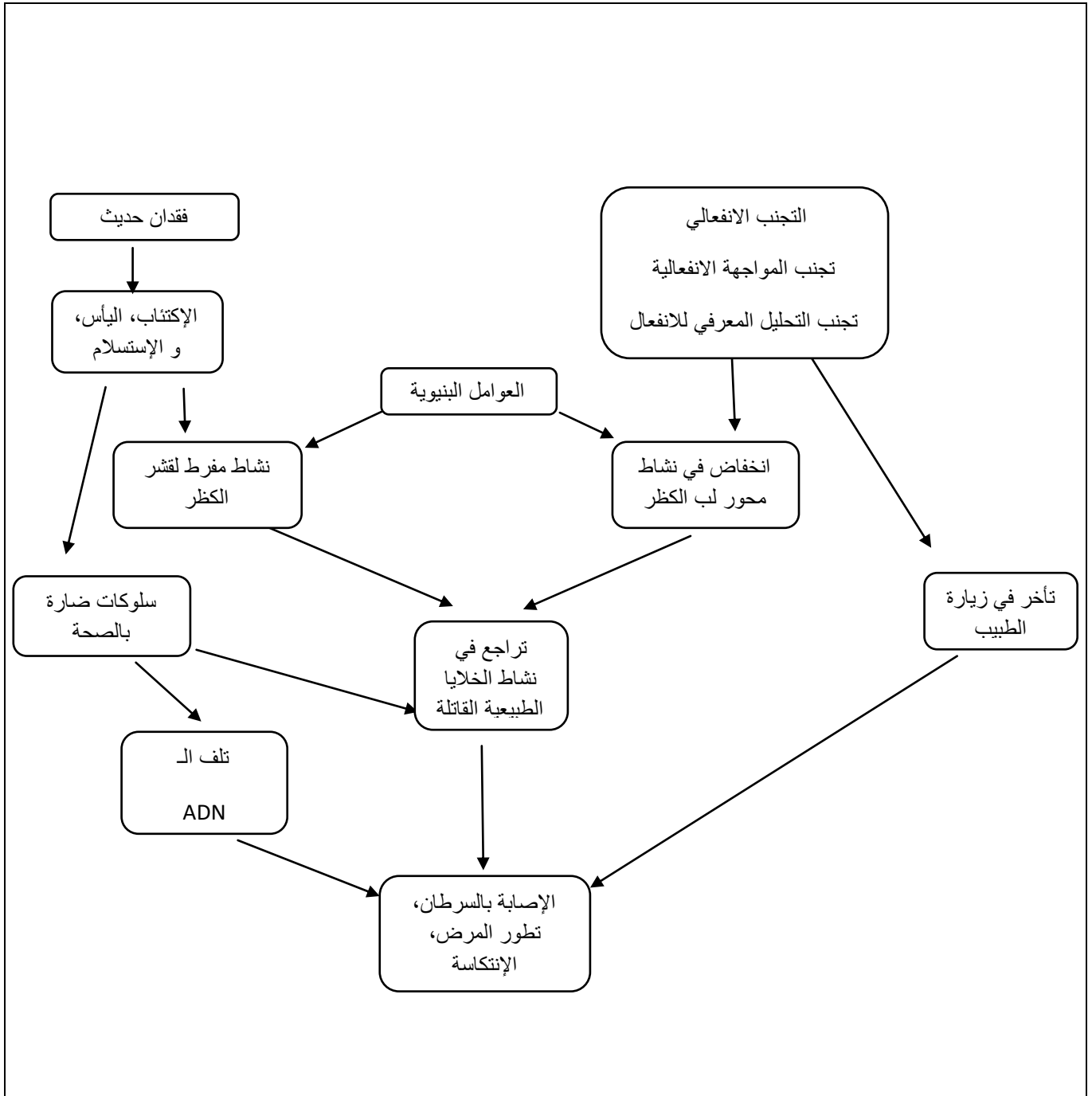
نموذج الإنفعالات لـ *CONTRADA*: في هذا النموذج المقترح من طرف *CONTRADA* سنة 1990، تعتبر سلسلة الأحداث التي تربط بين العوامل البيو-نفس-اجتماعية و الهشاشة الدفاعية المناعية، و التي لها علاقة مع الإصابة بمرض السرطان أو خطر الانتكاسة، مختلفة من فرد إلى آخر، و هذا حسب نوع استجابة الفرد للوضع الضاغطة بالإكتئاب، أو التجب. ففي حالة ما استجاب الفرد بالإكتئاب، فإن هذا قد يجعله يتبع سلوكيات خطية، كتعاطي الكحول، التدخين، و الإختلاط الجنسي، هذا السلوك يعرض الفرد إلى المسرطنات، أو الإعتداءات البيئية و التي من الممكن أن تسبب ضرر في سير الجهاز المناعي. فالإصابة أو تطور السرطان في هذه الحالة يعتبر نتاج للتغيرات السلوكية. و من جهة أخرى فإن الإكتئاب يرتبط بزيادة في نشاط قشرة الكظر، و الذي يسبب تدهور في عمل الخلايا القاتلة الطبيعية.

في الحالة الثانية، أين يعمل الفرد بالتجنب الإنفعالي، حيث أن هذا الأخير له تأثير سلبي مزدوج على السرطان (تأثير سلوكي، و تأثير فيزيولوجي)، فللصعوبة التي تكون لدى الفرد في مواجهة الضغوط، و ما تسببه هذه الأخيرة من انفعالات سلبية، يؤدي إلى تأخير الذهاب إلى استشارة الطبيب، و عدم إدراك الأعراض بقدرها الكافي، مما يؤدي إلى تفاقم المرض قبل أي إجراء طبي.

التجنب الإنفعالي، يرتبط كذلك بانخفاض في نشاط الجهاز ال ودي، و الذي تكون له كنتيجة انخفاض في فعالية الخلايا القاتلة الطبيعية (NK).

و بالتالي، *CONTRADA* يقترح العديد من الطرق التكميلية السلوكية و الفيزيولوجية، و التي ممكن أن تربط الخصائص النفسية للنمط "ج" و الإصابة بمرض السرطان. فللفرد الذي يستجيب لحدث ضاغط بالإكتئاب و التجنب الإنفعالي في آن واحد، يكون معرض لخطر الإصابة بمرض السرطان، و هذا حسب المخطط التالي:





شكل رقم (4): نموذج الإنفعالات لـ CONTRADA (1990)

(SCHWEITZER.M.B, 1994, P 196-197)

و بهذا فإنه للوصول إلى نتائج صحيحة، يمكن أخذها بعين الإعتبار، ف من المستحسن القيام بدراسات تتبعية لأشخاص غير مصابين بمرض السرطان، أي بمعنى دراسة الأفراد اللذين تعرضوا لصدمات نفسية، و عاطفية، و تتبع تطور حالتهم الصحية على المستويين النفسي و الجسدي. إلا أنه يمكن دراسة الإضطرابات النفس - إجتماعية المصاحبة لمرض السرطان

عبر مختلف مراحل التشخيصية والعلاجية، و هذا من أجل تكفل أفضل بهذه الشريحة من المرضى .

### 1 -الإضطرابات النفس إجتماعية المصاحبة لسرطان الثدي و علاجاته:

قبل التطرق إلى مختلف الإضطرابات النفس-إجتماعية الناتجة عن سرطان الثدي، يجب الإشارة إلى أن السرطان اليوم يعتبر كحدث ضاغط كبير، و له تأثير كبير على مختلف جوانب حياة المريضات و أزواجهن، باعتبار الزوج هو مقدم السند الأولي، فالسرطان اليوم لم يعد يكتسي صبغة المرض الفردي و إنما تعدى ذلك ليصبح مرض ثنائي يصيب الزوجين من الناحية الإنفعالية.

#### 1/8- الضَّغَط كُنْتِجَة لِسِرطَانِ الثَّدْيِ:

- الضغوط الطبية: أثناء تشخيص السرطان، هناك العديد من التساؤلات التي تدور حول نوع العلاج المستعمل، فالعملية الجراحية كالأستئصال الكامل للثدي ستسبب في تغير الصورة الجسدية للمرأة، و العلاج الكيميائي بكل ما يحمله من أعراض جانبية، كالغثيان، التقيؤ، التعب، تساقط الشعر، كل هذا يجعلنا نتساءل عن قدرة الزوجين في مواجهة السرطان.
- الضغوط الإجتماعية: هذا النوع من الضغط يشعر به الزوجان عند إعلانهما عن المرض للعائلة و الأصدقاء، فعلى الزوجين أن يحددا بدقة من هم الأشخاص الممكن أن يقدموا لهما الدعم اللازم، و قد تتغير بعض العلاقات إما بالإقتراب أكثر أو على العكس، بالتباعد. (KAYSER.K et SCOTT.J, 2008, P26)

و يبقى الدعم المقدم من طرف الزوج كمصدر مساعدة جد مهم بالنسبة للمريضات، و لكن بما أنه هو كذلك يعاني من تأثير المرض على حياته الإنفعالية، فمن الممكن أن يكون الدعم الذي يقدمه غير فعال، كما أن الأزواج في بحث دائم عن الدعم لدى زوجاتهم بغض النظر إن كن مريضات أو لا. (RAZAVI.D et DELVAUX.N, 2002, P218-219)

- عوامل الضغط الإنفعالي: نجد من خلالها الإكتئاب، الحزن، و القلق، ومن المظاهر السلوكية لهذه الإنفعالات يمكن أن نجد الأرق، عدم القدرة على التركيز، فقدان الشهية، استهلاك الأدوية المهدئة، أفكار انتحارية، اختلال الوظيفة الجنسية، و تعطل في النشاطات اليومية، و عادة ما يزيد الضيق خلال السنة الأولى من تشخيص السرطان، و في كثير من الأحيان تعود المريضات إلى حياتهن الإنفعالية الأولية قبل الإصابة. نفس الشيء بالنسبة للأزواج فيمكن أن نجد لديهم القلق، شعورهم بأنهم غير قادرين على مساعدة زوجاتهم لتخطي الأزمة، بالإضافة إلى الإنشغالات الجسدية. فالعديد من الأزواج لا يشعرون بأنهم مستعدين لمواجهة ردود فعلهم الإنفعالية اتجاه السرطان و علاجاته، و يخبّرون صعوبات في التوافق النفس إجتماعي بنفس مستوى زوجاتهم المريضات.

(KAYSER.K et SCOTT.J, 2008, P26)

يبدو أن الضغط الإنفعالي، و ما يحمله من إضطرابات نفسية له تأثير كبير على علاقة الأزواج و قدرتهم على التوافق مع سرطان الثدي.

#### - الإضطرابات النفسية المصاحبة لمرض السرطان:

مرض السرطان مثله مثل باقي الأمراض العضوية الخطيرة، يحمل في طياته العديد من الآثار النفسية، على رأسها نجد الإكتئاب، و الذي قد يصاحب من 15% إلى 25% من المرضى، فالشعور بالحزن و عمل الحداد تعتبر ردود فعل عادية اتجاه مرض السرطان.

و باختصار نجد في مرض السرطان الإضطرابات النفسية التالية: صعوبة في تقبل الذات و خاصة لدى النساء، ارتفاع درجة القلق و الإكتئاب، انعدام القدرة على التكيف مع الأحداث، الشعور بالحزن و الأسى نحو الذات، انخفاض مفهوم الذات، عجز في بناء علاقات اجتماعية قوية. (فوقية حسن رضوان، 2003، ص106)

و فيما يلي سنحاول التطرّق إلى أهم الاضطرابات النفسية، بالتفصيل:

### ● الإكتئاب:

الحزن و فقدان الأمل، هي من بين المشاعر العادية و التكيفية لمرض السرطان في بعض من مراحلها، فهي ترافق تقبل الشخص لحقيقة إصابته بمرض يعتبر قاتل، و يظهر الإكتئاب لدى مرضى السرطان من خلال: نوع العلاقات مع العائلة، و مع الفريق الطبي و الشّبه الطبي، و يمكن الخلط بين أعراض الإكتئاب و بين الأعراض المصاحبة للمرض و العلاجات، كالتعب، فقدان الشهية، الآلام المزمنة، و لهذا قام HOLLAND بتحديد مدّة أسبوعين من أجل إعطاء صبغة مرضية للإضطرابات السلوكية الملاحظة على مريض السرطان، ففقدان الأمل و غياب النظرة الإيجابية للمستقبل تمثل من أهم العناصر المحدّدة لوجود الإكتئاب، مع شعور بعدم القدرة، و بالذنب عما يحدث معه، غالبا ما يقوم المرء بحض باستعادة الذكريات و التجارب المؤلمة، و يعيشها بكثير من الإنفعال. (SATEL.P,1992, P2-3)

كما أظهرت دراسة أجريت على 283 امرأة مصابة بسرطان الثدي و أزواجهن، أن اضطراب الإكتئاب وجد عند 24% من النساء المصابات بسرطان الثدي، في حين قدّر بـ 31% عند الأزواج. (REYNAERT.CH et al, 2006, p476)

### ● القلق:

يرافق القلق حياة المصاب بالسرطان، خلال جميع مراحل المرض: عند التشخيص، خلال مختلف الفحوصات و العلاجات الضرورية، عند القيام بالعلاجات الأساسية و المتمثلة في العلاجات الكيميائية، الإشعاعية، و الجراحية، أثناء المراقبة و انتظار النتائج، عند تغيير العلاج، الإنتكاسة، في حالة الألم، و عند الذكرى السنوية لاكتشاف المرض. و هنا نجد القلق يظهر من خلال:

قلق الموت: عند التكلّم عن الأمراض العضوية الخطيرة، بما فيها سرطان الثدي، أول ما يتبادر إلى ذهننا هو الموت، فيكون الفرد خلال حياته و قبل وقوعه في المرض يعيش

كإنسان خالد، و لا يؤمن لا شعوريا بموته، و بظهور المرض لديه فإنه يجد نفسه في مواجهة مباشرة مع موته الحقيقي، ما يوّلد لديه قلق شديد، متعلّق بتصور الموت، أو تصور الفرد لموته هو.

- القلق من تغيير الصورة الجسدية نتيجة للمرض: و هو خوف من تغيير مظهر الجسم الخارجي، دعم صورة الذات و الهوية، أي الخوف من الآثار الخارجية الظاهرة للمرض: كفقدان الوزن، و علامات التعب... و بهذا نجد اضطرابات عميقة في الصورة الجسدية، و التي تسبب جروح نرجسية شديدة، و هنا تصبح المريضة ملزمة على القيام بعمل الحداد لجسمها السليم، حتى تتمكن من العيش من خلال جسم مريض و مشوّه.

- العلاجات كسبب مفجر لقلق الموت و قلق تغيير الصورة الجسدية: أول الأمر نتحدث عن الجراحة و التي تمثل طعن في الوحدة الجسدية، فهي محملة بمشاعر القلق و الخوف، و في السرطان تمثل جراحة الإستئصال أكثر الجراحات المستعملة، و التي ينجر عنها فقدان على مستوى وظيفة العضو، فبتر الرجل مثلا يمنع المريض من المشي، فقدان من الناحية الجمالية، و الأمر هنا متعلق بنظرة الآخر لنا، و بالفقدان النرجسي، هوية الجماعة، فالاختلاف قد يوّلد الرفض، و أخيرا فقدان رمزي، و الأمر هنا يتعلق بالوضع الرمزية الممثلة للعضو المستأصل، فالثدي هو رمز الأنوثة، و استئصاله يؤدي إلى تشوه في مفهوم الصورة الجسدية، و بالتالي فقدان الثقة في النفس. أما فيما يخص العلاجات الإشعاعية، فإنها تتسبب في آثار جانبية ، لفقدان الشعر في المنطقة المتعرضة للعلاج، جفاف الفم، و إن لم يتم استعمال هذا النوع من العلاج بطريقة مدروسة فإنه قد يسبب حروق و ندبات للمريض، الشيء الذي يجعل قلق تغيير الصورة الجسدية يزداد حدّة.

و أخيرا العلاجات الكيميائية، حيث أن هذا النوع من العلاج سيؤثر على نوعية حياة المريض، من حيث آثاره الجانبية الصعبة التحمل، ما يجعل قلق الموت و قلق الصورة الجسدية يزدادا شدة و تواترا.

- قلق الانتكاسة و عودة المرض: و هذا القلق يكون لدى المريضات بعد انتهاء العلاج، و خلال المراقبة الدورية.

- قلق فقدان و/أو الرفض: و هنا يراود المريضة خوف من أن لا تصبح محبوبة من العائلة، كما كانت في السابق، و أن يرفضها أقرب الناس لديها ( خصوصاً في العلاقة مع الزوج).

#### • الاضطرابات الهذائية:

و في غالب الأحيان تكون ذات علاقة بإصابة سرطانية على مستوى الجهاز العصبي المركزي، أو كنتيجة للاضطرابات الأيضية، و غالباً ما تعتبر كحالة خلط ذهني أو اكتئاب، و من أهم الأسباب العضوية التي يجب أن نتأكد منها نجد: ارتفاع نسبة الكالسيوم في الدم، نقص الصوديوم، قصور كبدي، بعض العلاجات الكيميائية، الأورام الثانوية الدماغية.

• الألم: حيث أن الألم عند مريض السرطان، له جانب عضوي (ألم حقيقي)، و جانب نفسي (ألم معنوي)، إذ أنه يلجأ إليه للفت الإنتباه، و حتى يعبر المريض عن خوفه و قلقه، و بهذا فإن وجود الألم يجعل المريض يدخل في حلقة مفرغة، مركبها الأساسيين القلق، و الألم، فكلما زاد الأول، زاد الثاني، و هكذا دواليك.

(REVIDLP, 1994, PP1-9)

كان هذا عرض مختصر لمختلف الاضطرابات النفس-اجتماعية المصاحبة لسرطان الثدي، و لعل من أهم المراحل الفاصلة في التكفل بسرطان الثدي نجد التشخيص و بداية العلاج، إضافة إلى مرحلة الانتكاسة من أهم المراحل و التي تلعب دوراً مهماً في طريقة تعامل المريضات مع إصابتهن، و فيما يلي سنحاول التطرق إلى الكيفية التي يتبناها كل من المريضة و زوجها من أجل التوافق مع المرض و العلاج المستعمل.

### - التوافق مع سرطان الثدي و علاجاته:

تشخيص السرطان يمكن أن يتسبب في مجموعة من الإستجابات المعرفية، الإنفعالية و السلوكية، حيث أن هذه الإستجابات النفسية تكون ذات علاقة بالحالة النفسية، الشخصية، و بالدعم النفس إجتماعي. فاستجابات المريضات تتمحور حول أزمنة فاصلة، وكما رأينا سابقا تعتبر الإصابة بسرطان الثدي مصدرا من مصادر الضغط، لدى المريضات و لدى أزواجهن كذلك. فمع ظهور الأعراض الأولى للمرض تبدأ أعراض القلق و الشعور بالخوف من المجهول، و إعلان عن التشخيص يجعل المريضة تمر عبر مراحل عديدة حسب نموذج Elizabeth Kubler Ross، حتى تصل إلى تقبل الإصابة، و تتمثل هذه المراحل في: الصعق الأولي، الإنكار، التمرد، المساومة، التفكير، و أخيرا التقبل.

(GIRAUDET.J.S, 2006, P10)

بعد التشخيص نبدأ في العلاجات، و التي كما رأينا هي علاجات متعددة و لكن سنخص بالذكر العلاج الجراحي (استئصال كلي للثدي)، و العلاج الكيميائي.

#### • العلاج الجراحي:

- يسبب العلاج الجراحي استجابات نفسية حادة، تتعلق بنوع الجراحة و التي هي جراحة استئصالية للعضو المريض (الثدي)، ما يسبب تشوه في الصورة الجسدية، و بالتالي الشعور بالنقص، و اختلال في الوظيفة الجنسية. فحسب LEHMANN المرأة تجد صعوبة في تقبل العلاج الجراحي، و هذا على ثلاث مستويات:
- تغير الصورة الجسدية: بعض المريضات يرفضن النظر إلى أنفسهن في المرآة أو لمس أثر الجراحة لعدة أشهر بعد عملية الإستئصال، و أخريات تبدلن ملابسهن في الظلام حتى لا يُصدمن و/ أو يُصدمن أزواجهن.
- تأثر هوية المريضات: بعد عملية الإستئصال يمكن للمريضة أن تعتبر نظرات الآخرين كتطفل.

- إصابة على مستوى الحياة الجنسية و العاطفية: يمكن أن تظهر صعوبات على مستوى العلاقة الزوجية، كما يمكن أن تصبح العلاقة أكثر تماسكا.

(UNTAS.A et al, 2009, P 135)

و قد أظهرت الدراسات أن الأزواج يتأثرون كذلك بالعلاج الجراحي لزوجاتهم، فنجد لديهم درجات مرتفعة من الضيق مساوية لدرجات المريضات أنفسهن. حيث أن الرجال الذين تعرضت زوجاتهم لاستئصال الثدي يعانون من ضيق انفعالي أكثر من الرجال الذين استفادت زوجاتهم من الجراحة الحافظة، حيث أن الإستئصال أدى إلى تأثير إدراكهم للصورة الجسدية و لجنسية زوجاتهم: فيجدون أقل أنوثة ما أدى إلى اختلال في الوظيفة الجنسية. إلا أن الأزواج لا يتشاركون انفعالاتهم بخصوص الجراحة مع المريضات، و هذا ما يجعل سلوكهم يتسم بالتجنب و نقص في الإتصال داخل الزوج.

و يضيف HILTON سنة 1993، أن خلال الفترة الفاصلة بين العلاج الجراحي و الكيميائي، يمكن أن نجد ثلاثة مواضيع أساسية وفقا لدراسة قام بها على النساء المصابات بسرطان الثدي و عائلاتهم، و تتمثل هذه المواضيع في:

1-المشاكل المتعلقة بعدم اليقين: انتظار العلاج الكيميائي، و توقع الآثار الجانبية المصاحبة له، و البحث عن المعلومة.

2 - التأثير على العائلة: بمعنى الإستجابات الإنفعالية، الإتصال العائلي، الدعم العائلي، تغير في الأولويات، المشاكل الزوجية.

3 - تسيير المشاكل الأخرى: المهنية، المالية، و الطبية، غير المرتبطة بالسرطان.

(SERESTAN-CROUZET.C, 2010, P 49-50)

خلال هذه المرحلة التي تسبق العلاج الكيميائي، نجد نفس المشاكل التي تكون خلال مختلف مراحل المرض، إضافة إلى التوقعات المتعلقة بالعلاج الكيميائي و آثاره.



## • العلاج الكيميائي:

للعلاج الكيميائي العديد من الآثار الجانبية، من أهمها: الغثيان، التقيؤ، فقدان الشهية، تساقط الشعر، التعب، و انخفاض في الرغبة الجنسية. كل هذا يجعل المريضة تعيش في حالة من القلق و الضغط، كما يمكن أن تطور اضطراب نفسي، و المسمى بالغثيان و التقيؤ ما قبل العلاج الكيميائي. فالقلق أثناء العلاج الكيميائي يمكن أن يأخذ أشكالاً عدة و يختلف من فرد إلى آخر، فقد يكون أولي و أساسي من أجل التكيف مع الوضعية، كما يمكن أن يعبر على موقف صعب التسيير و على فقدان التحكم.

و قد بينت العديد من الدراسات ان المريضات اللاتي يتلقين العلاج الكيميائي يعانين من الضيق الإنفعالي، ففي دراسة لـ : BREEN, BARAVELLI, SCHOFIELD, : JEFFORD, YATES et AARANDA سنة 2009 على 192 امرأة مصابة بسرطان الثدي، تبين أن 45% منهن يعانين من القلق، و 25% أظهرن أعراض الإكتئاب. و قام كل من ALDER et BITZER سنة 2003، بمحاورة 126 مريضة مصابة بسرطان الثدي، و توصل إلى أن أصعب مرحلة عبّرت عنها المريضات كانت العلاج الكيميائي، لما تحمله من آثار جانبية فالتعب مثلاً يؤدي إلى تغيير الأدوار داخل العائلة، و بهذا يصبح الزوج هو المساعد الأول للمرأة المصابة بسرطان الثدي. و حسب LETHBORG et al سنة 2003، الأزواج يعيشون تجربة العلاج الكيميائي كصدمة، فأول ما يشعرون به هو عدم القدرة، و من ثم يحاولون استرجاع التحكم، تقديم السند اللازم لزوجاتهم، و أن يكونوا أكثر إيجابية، و لكن هذه الجهد الذي يبذلونه من أجل زوجاتهم سيكون له تأثير على حياتهم الشخصية (الشعور بالعزلة، الإنهاك...).

(SERESTAN-CROUZET.C, 2010, P 59-54)

من كل ما سبق من الواضح أن الأزواج يتأثرون بإصابة زوجاتهم بسرطان الثدي، و يظهر هذا من خلال صعوبات علائقية و جنسية.

#### - دينامية الزوج في مواجهة سرطان الثدي:

تشخيص السرطان مثلما يتسبب في اضطرابات نفسية لدى المريضات، فإنه سيؤثر كذلك على الأزواج، و هذا باعتبارهم مقدّمي الرعاية من الدرجة الأولى، فقد أثبتت العديد من الدراسات التي خصّت الأزواج، أنّ نسبة مرتفعة منهم يعانون من ضيق انفعالي، الشيء الذي سيثبّت استراتيجياتهم التكيفية. فتجربة السرطان قد تولّد لدى الشريك إنفعالات سلبية عديدة، كالشعور بالذنب، الغضب، الشك، القلق، و حتّى أعراض إكتئابية.

فالعلاقة الزوجية السليمة، يمكن أن تصادف العديد من المشاكل و الصعوبات، و لكن يمكن أن تواجهها و تحلّها، إلّا أنّ مرض السرطان يتسبب في انقطاع في سيرورة الزمن للزوج (le couple)، بحيث يتسبب في اختلال توازن الأولويات، ففي هذه الحالة على كلا الزوجين أن يحافظا على بعض من الفردية بعيدا عن نظام الزوج، كما يجب أن يحتفظ الزوج على بعض من "نحن"، و الذي لم يتأثر بالسرطان إلّا في الأوقات المفصلية. من المعروف أن العلاقة الزوجية الصلبة مع مستوى عالي من الصراعات ستجد صعوبة في التكيف مع كل المواقف الجديدة التي يتسبب فيها مرض خطير كالسرطان (التشخيص، العلاج، التماثل للشفاء، الإنتكاسة، المرحلة النهائية)، فالأمر لا يقتصر على وجود شريك بجانبك من أجل مساندتك أمام السرطان، و إنما على علاقة زوجية تمتاز بانسجام و مرونة كافيين، إضافة إلى كل هذا للسرطان عموما و سرطان الثدي على وجه الخصوص أثر على الزوج من حيث العلاقة الجنسية.

فدينامية الزوج المناسبة، هي التي تطوّر التواصل بين الزوجين، أين يمكن لهما أن يعبّرا عن عن انفعالاتهما الإيجابية و السلبية، فالتواصل في إطار المرض شيء جد صعب، و هذا لما يسببه سرطان الثدي من ألم و معاناة نفسية لدى الزوجين على جميع الأصعدة.

(REYNAERT.CH et al, 2006, p467-479)

يبدو من كل ما سبق أن رد الفعل الطبيعي للأزواج أمام مرض السرطان، هو التقارب، إلا أن هذا التقارب ليس دائماً إيجابياً، و خاصة إذا ما كان بدافع القلق، و الخوف، و مجموعة من الإنفعالات التي من الصعب التعبير عنها من طرف المريضات و أزواجهن.

## خلاصة:

سرطان الثدي، و باختلاف أنواعه و مراحلہ، و العلاجات المستعملة، يؤثر سلبا على الجانب النفسي للمرأة، من حيث نظرتها لجسدها، و بالتالي لذاتها، كامرأة و كعضو فعال في المجتمع، ما يسبب في ظهور اضطرابات تكيفية لها و لزوجها، حيث لاحظنا من خلال هذا الفصل أن الجانب الإنفعالي يطغى على مجموع الإضطرابات النفس إجتماعية المصاحبة لمرض السرطان لدى كل من المريضات و أزواجهن، حيث تظهر هذا الإضطرابات من خلال أعراض القلق و الإكتئاب، و التي قد تكون نتيجة لفشل في تنظيم الإنفعالات.

# الفصل الثاني

## الإنفعالات و استراتيجيات التنظيم الإنفعالي

**تمهيد:**

إن علاقة سرطان الثدي مع الحياة الإنفعالية للمريضات أصبح شيئاً مفروغاً منه، و لا مجال للنقاش فيه، فقد أثبتت العديد من الدراسات مدى أهمية الجانب الإنفعالي باعتباره عامل خطر في ظهور و مآل مختلف الأمراض، و على رأسها مرض السرطان، و في هذا الفصل سنحاول التطرق إلى تنظيم الإنفعالات، من أجل التعرف على مدى أهميتها في التكيف مع سرطان الثدي، لدى المريضات و أزواجهن.

**الإنفعالات:**

- ماهية الإنفعالات:

يعرّف القاموس الأساسي لعلم النفس الإنفعالات على أنها: " كوكبة من الإجابات ذات شدة مرتفعة، و التي تحمل مظاهر تعبيرية، فيزيولوجية، و ذاتية نموذجية".

(BLOCH.H et all, 2002, p 422)

و في نفس السياق يضيف GROSS، أن الإنفعالات هي: "مجموعة من التغيرات المعرفية، الذاتية، الفيزيولوجية و الحركية، و التي تنتج عن التحديد الواعي أو غير الواعي، للفرد على أن للمثير قيمة إيجابية أو سلبية في إطار معيّن، و ذو علاقة بالأهداف الحالية للفرد".

(ETKIN. A et GROSS. J, 2015, p 693)

من هذين التعريفين يتضح أن الإنفعالات متعددة الأبعاد، و هذا ما وضحه الباحث السويسري Klans Scherer، حيث اقترح سنة 2001 تصنيف مختلف مظاهر الإنفعال وفقاً لخمسة أبعاد كبرى، كالتالي:

- **البعد الأول:** يتمثل في الأفكار الناتجة عن الموقف.
- **البعد الثاني:** و هو التغيرات البيولوجية، و التي تظهر من خلال ثلاثة أنماط: التغيرات العصبية (تنشيط اللوزة الدماغية)، التغيرات الفيزيولوجية (معدل ضربات

القلب، معدل التنفس، الضغط الدموي، درجة حرارة الجسم)، و المظاهر العصبية الإعاشية.

- **البعد الثالث:** و يتعلق بالاتجاه نحو النشاط، فكل انفعال يسبب رغبة ملحة للقيام بشيء ما.

- **البعد الرابع:** يتمثل في التغيرات التعبيرية و السلوكية، فالإنفعال يرافقه تغير على مستوى تعابير الوجه، الوضعية، و الصوت، و تعتبر هذه التغيرات المكون الأكثر وضوحا للعين الخارجية.

- **البعد الخامس و الأخير هو:** التجربة الذاتية للشعور.

(MIKOLAJCZAT. M, 2009, p14)

كما هو واضح فيما سبق، يتم التعبير عن الإنفعال على المستوى الفيزيولوجي، السلوكي، و الذاتي، و ذلك نتيجة لمثير معين، فحسب LUMINET سنة 2002، الإنفعالات هي حالات قصيرة نوعا ما (بعض الثواني، إلى بعض الدقائق)، يتسبب فيها مثير أو موقف معين.

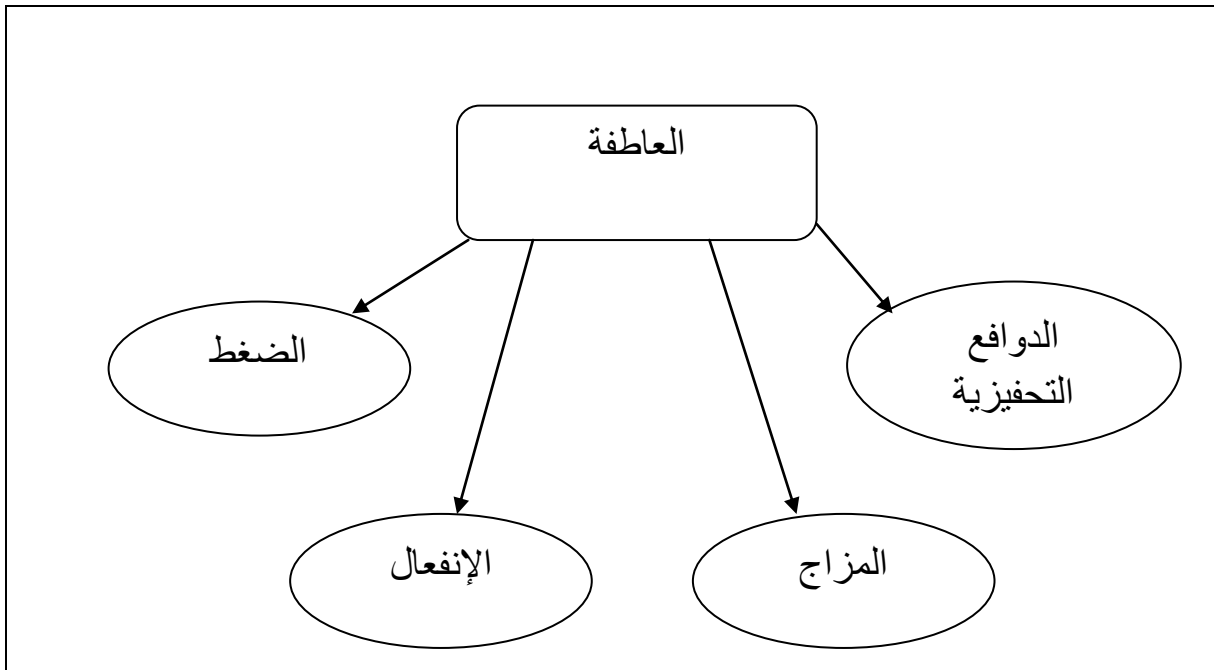
(Mikolajczat. M, 2009, p15)

و في نفس السياق يضيف O'LEARY، أن الإنفعالات هي حالة عاطفية ذات مدة زمنية قصيرة نسبيا، و تميل إلى أن تكون مختلفة عن استجابات الضغط .  
(O'LEARY, D. 2018, p22). و من هنا يمكن أن نميز بين الإنفعالات و باقي السياقات العاطفية، و التي غالبا ما تتداخل مختلف المصطلحات في لغتنا المتداولة للتعبير عن حالتنا الإنفعالية، و لكن الكتابات العلمية ميزت بينها، و ذلك منذ 1984، فحسب SCHERES،

العاطفة تعلق مختلف الحالات التي تتضمن تمييزاً سريعاً لما هو جيد، و سيء، و تتمثل الحالات العاطفية الأخرى فيما يلي:

- ردود فعل عامة للضغط (ظروف أو مواقف سيئة)
- الإنفعالات مثل الحزن و الغضب.
- المزاجية مثل الإكتئاب و النشوة.
- غيرها من الدوافع التحفيزية، مثل تلك المتعلقة بالجنس، الأكل، العدوانية، و الألم.

و على الرغم من تداخل هذه المصطلحات فيما بينها، إلا أنه يمكن إظهارها بشكل مبسط وفقاً للشكل التالي.



الشكل رقم (5): مخطط يميز بين الإنفعالات و باقي السياقات العاطفية

و يوضح الشكل (5)، أن الإنفعالات ما هي إلا واحدة من الحالات العاطفية، و التي يمكن التمييز فيما بينها كما يلي:



كما رأين سابقا، الإنفعالات تتسم بمدتها القصيرة نسبيا، و تظهر إثر موقف معين، و لها مظاهر فيزيولوجية و سلوكية، على العكس نجد المزاج الذي يدوم طويلا (ساعات إلى أيام)، ذو شدة ضعيفة إلى متوسطة، لا يمكن بالضرورة تحديد العنصر المسبب له، و ليس له مظاهر فيزيولوجية أو سلوكية ملحوظة ، كما يمكن التمييز بين الإنفعالات و الدوافع التحفيزية، من حيث أن الإنفعالات تعتبر أكثر مرونة، و لها أهداف محتملة أكثر، و هذا رغم أن لكليهما قوة دافعة ، و سلوك توجيه الطاقة. أما فيما يتعلق بالإنفعالات و الضغط، فالأولى تشير إلى الحالات العاطفية سلبية كانت أم إيجابية، أما الضغط فيشير إلى الإستجابات العاطفية السلبية فقط.

(GROSS.J et THOMPSON. A, 2007, p 6-7)

و يبقى التساؤل، ما العلاقة بين الإنفعال و الطبع، و كيف يمكن التمييز بينهما؟

فالتبع يعبر عن الحالة الأساسية للفرد، استعداده الطبيعي لتحمل العاطفة (إنفعال، مزاج، ضغط، الدوافع التحفيزية)، فبعض الأفراد يتسمون بطبع "سلبى"، تجدهم يميلون إلى إظهار العواطف السلبية أكثر من الإيجابية. و بالتالي فالتبع يؤثر على المزاج، و الذي بدوره يؤثر على الإنفعالات، و العكس صحيح و لكن بشدة أقل، فيجب أن لا تتناسب الإنفعالات مع الحالة المزاجية، و تكون أكثر شدة منها حتى تكون ذات تأثير عليها.

(MIKOLAJCZAT. M, 2009, p16)

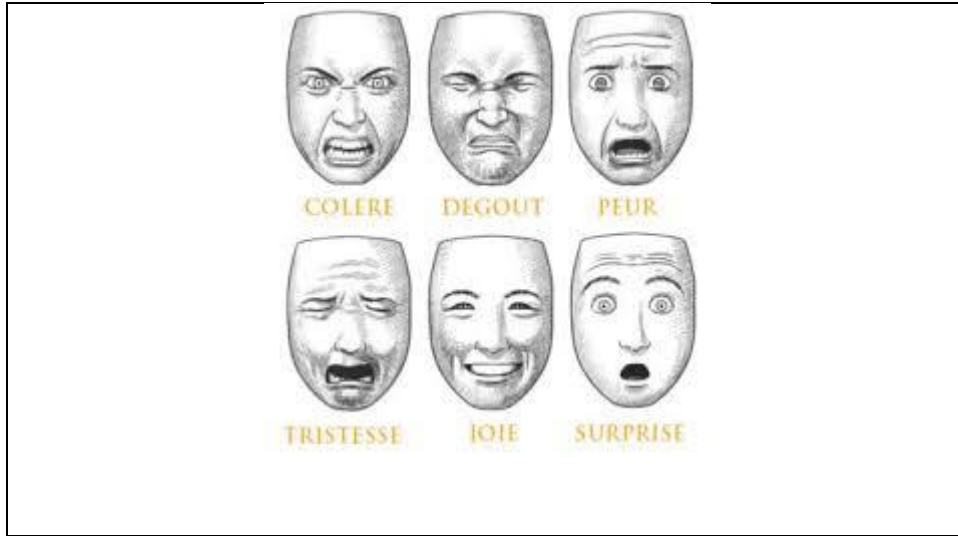
بعد هذا التطرق لفهم ماهية الإنفعالات، سنحاول فيما يلي تحديد هذه الإنفعالات، من حيث أنواعها و تصنيفاته.

- تصنيف الإنفعالات:

لقد تعددت التصنيفات الخاصة بالإنفعالات، و فيما يلي سنشير إلى ما جاء به EKMANN سنة 1992، حيث وضع قائمة تتكون من ستة انفعالات أساسية، و المتمثلة في: الغضب، الإشمئزاز، الفرح، الخوف، المفاجأة، و الحزن.

و كما نلاحظ هنا أن عدد الإنفعالات الأساسية قليل، و من أجل التعرف عليها نحتاج إلى المعايير التسع التالية:

- لكل إنفعال تعبير وجه موحدة عند كل الأفراد.
- نجدها عند الفصائل الأخرى ماعدا الإنسان.
- لديها نمط محدد من الإستجابات الفيزيولوجية.
- يتم تشغيلها بسرعة.
- تبدو عفوية.
- ترتبط بمحفزات إستثنائية عالمية متميزة.
- يتم تقييمها تلقائياً.
- لديها مدة محددة.
- لديها إستجابات إنفعالية أو مكونات متقاربة.

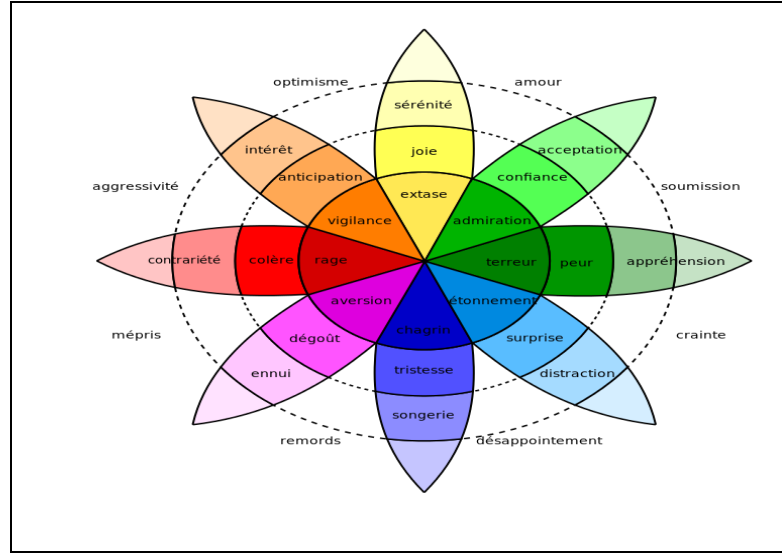


الشكل رقم (6): الإنفعالات الأساسية

في حين أن الإنفعالات الأخرى التي نشعر بها تدخل في إطار ما يسمى بالإنفعالات الثانوية، و تكون نتيجة لتداخل الإنفعالات الأساسية. و هذا ما جاء به PLUTCHIK سنة 1980، إذ أنه أشار إلى وجود ثمانية انفعالات أساسية، و التي وضعها على شكل ثنائيات (الخوف - الغضب، الفرح - الحزن، المفاجأة - التوقع، و الإشمئزاز - التقبل)، و تعكس الأجزاء السفلى

و العلوية نفس الإنفعالات لكن بدرجات مختلفة، و الإنفعالات الثانوية تظهر نتيجة تجمع انفعالين أساسيين مثلا الحب، هو نتيجة للفرح، و الثقة.

(MIKOLAJCZAT. M, 2009, p44-45)



الشكل رقم (7): الإنفعالات الأساسية و الثانوية

إضافة إلى هذا نجد تصنيفا آخر، يعتمد على ما إذا كانت هذه الإنفعالات ذات طبيعة إيجابية أو سلبية، و رغم تعدد التصنيفات إلا أن مولدات الإنفعال هي نفسها دائما.

- مولدات الإنفعال:

تظهر الإنفعالات في حالتين أساسيتين، الأولى ترتبط بأهداف الفرد، و الثانية بمعتقداته، حسب GROSS سنة 2007، في الحالة الأولى نجد أن الإنفعالات السلبية تظهر في المواقف التي تهدد أو تعيق تحقيق الأهداف، و العكس بالنسبة للإنفعالات الإيجابية التي أغلبها تظهر في المواقف التي لا يتمكن خلالها الفرد من تحقيق أهدافه. هذه الأهداف يمكن أن تكون دائمة و هامة، أو عابرة و ثانوية، كما يمكن أن تكون شعورية و معقدة، أو لا شعورية و بسيطة، كما قد تكون متشاركة و مفهومة داخل نفس الثقافة، أو خاصة و غريبة بعض الشيء من وجهة نظر الآخرين، فأى كان الهدف، و مهما كان مصدر المعنى الموقفي للفرد، فهذا المعنى هو الذي يولد الإنفعال، و بما أن المعنى قد يتغير بمرور الوقت ( بسبب التغيرات في

الموقف نفسه، أو التغيرات في المعنى الذي يحمله الموقف)، فإن الإنفعالات ستتغير كذلك.  
(GROSS.J et THOMPSON. A, 2007, p4)

في الحالة الثانية و المتعلقة بالمعتقدات الأساسية، و هي التي تساعد الفرد على القيام بوظيفته، و إعطاء معنى للفوضى، و قد وضع Janoff-Bulman ثلاث معتقدات، و المتمثلة في:

- العالم المحيط هو على العموم جيد (لا أحد يؤدي الآخر من دون سبب أو من أجل اللذة و فقط).
- العالم عموما عادل (كل فرد يأخذ ما يستحقه).
- أنا عموما الأفضل مقارنة بمتوسط أفراد الجماعة التي أنتمي إليها.

دور هذه المعتقدات الضمنية هو إعطاء للواقع نوعا من التناسق و التعايش، و أي موقف يمثل تكديبا لواحد من هذه المعتقدات سيؤدي إلى ظهور الإنفعال.

(MIKOLAJCZAT. M, 2009, p16)

من كل هذا يتبين لنا ان الإنفعالات تظهر من أجل أن تقوم بوظيفة معينة و لأهداف محدّدة و هذا ما سنحاول إظهاره في الفقرة التالية.

- وظائف الإنفعالات:

الإنفعالات تعتبر ظواهر متعددة الأوجه، تمس كل الجسم، و هي تنطوي على تغيرات واسعة تشمل التجربة الذاتية، السلوك، و الفيزيولوجية المركزية و الطرفية، و هذا ما يجعل وظائفها متعددة:

- **الإنفعال كمصدر للمعلومة:** إذا ما توصل الفرد إلى أهدافه، فالإنفعال السلبي يعبر عن وجود عائق لتحقيق الهدف، أما الإنفعال الإيجابي فمعناه أن الهدف قد تحقق أو أنه في الطريق السليم.
- **الإنفعال كمسهّل للفعل:** و وظيفة الإنفعالات هي تيسير تكيف الفرد مع محيطه، فهي تعتبر كـ: "دليل سلوكي"، الهدف منه السماح للفرد التصرف بسرعة و بطريقة جيدة، فالخوف مثلا يسهل الهروب، و يثبّت مجموعة من السلوك غير ملائم.
- **الإنفعال كحامل للقرار:** فقد أظهرت العديد من الدراسات، و من بينها أبحاث DAMASIO، عن المرضى الذين يعانون من إصابة دماغية على مستوى المسارات العصبية للإنفعال، أن هؤلاء المرضى يتخذون قرارات عشوائية و غير مجدية، يعانون من علاقات إجتماعية و زوجية متدهورة، بالإضافة إلى تدهور حياتهم المهنية، و بالتالي فإن الإنفعالات مهمة في مسارات اتخاذ القرار.
- **الإنفعال كأداة مهمة في التكيف:** و يظهر هذا الدور من حيث أن الإنفعالات تقوم بتنظيم إجابات مختلف الأنظمة: معرفية، و فيزيولوجية، و هذا حتى تتمكن العضوية من الإستجابة بطريقة ملائمة عند مواجهة بعض المواقف.

(MIKOLAJCZAT. M, 2009, p18-23)

من كل ما سبق يمكن أن نستخلص الخصائص الثلاث للإنفعالات، و المتمثلة في:

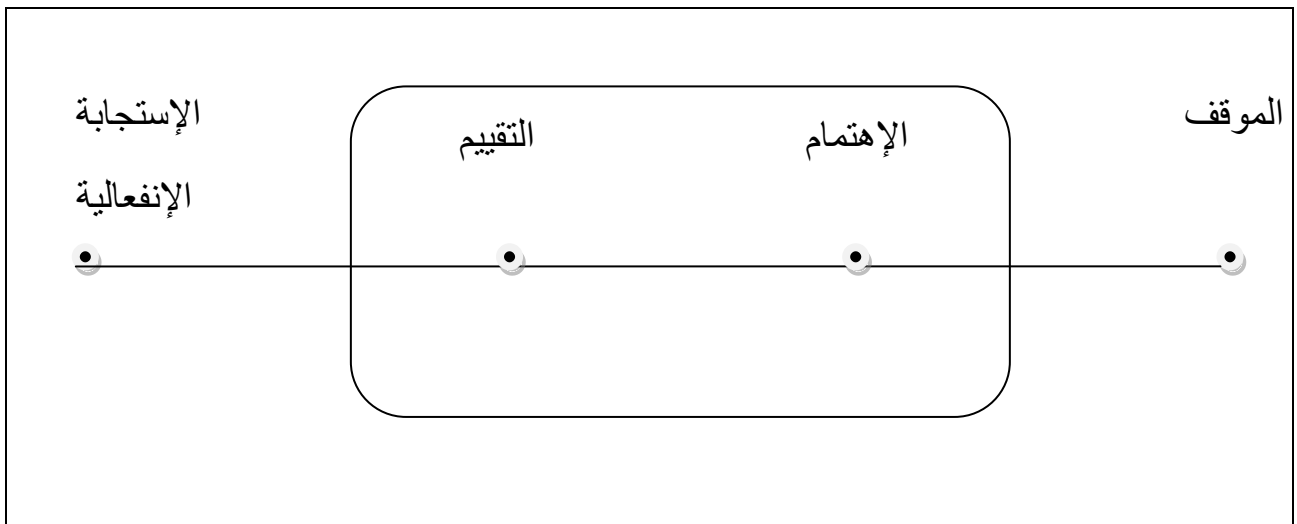
- أولاً: الإنفعالات تظهر عندما يعيش الفرد موقفاً، و يعتبره يتوافق أو لا مع أهدافه.
- ثانياً: الإنفعالات هي ظواهر متعددة الأوجه.

- ثالثا و أخيرا: التغييرات المتعددة الأنظمة المرتبطة بالإنفعالات نادرا ما تكون إلزامية، فالإنفعالات تمتلك خاصية حتمية، و التي أطلق عليها FRIJDA سنة 1986، اسم: "التحكم المسبق"، أي أنها يمكن أن تقاطع ما نقوم به و تفرض نفسها على الوعي.

هذه الخصائص الثلاثة للإنفعالات أدت إلى ظهور "النموذج الشكلي".

- النموذج الشكلي للإنفعالات:

اقترح كل من GROSS و THOMPSON، سنة 2007، نموذجا تفسيريا لمراحل تكون الإنفعال، سميها بـ: "النموذج الشكلي للإنفعالات"، وفقا لهذا النموذج إذا ما قام الفرد بالحكم على الموقف المناسب، من حيث المثير إذا ما كان داخلي أو خارجي، فهذا سيؤدي إلى انطلاق مراحل متتالية، حيث أن المرحلة الأولى تتعلق بالتقييم المعرفي لهذا الموقف، و التي يمنح الفرد من خلاله للموقف قيمته الإيجابية أو السلبية، ملاءمته، و مدى أهميته، هذا التقييم للموقف يولد الإستجابة الإنفعالية، هذه الأخيرة تظهر على مستوى التجربة الإنفعالية (الشعور الوجداني)، السلوكية، و الفيزيولوجية، كل هذه المراحل موضحة في الشكل التالي

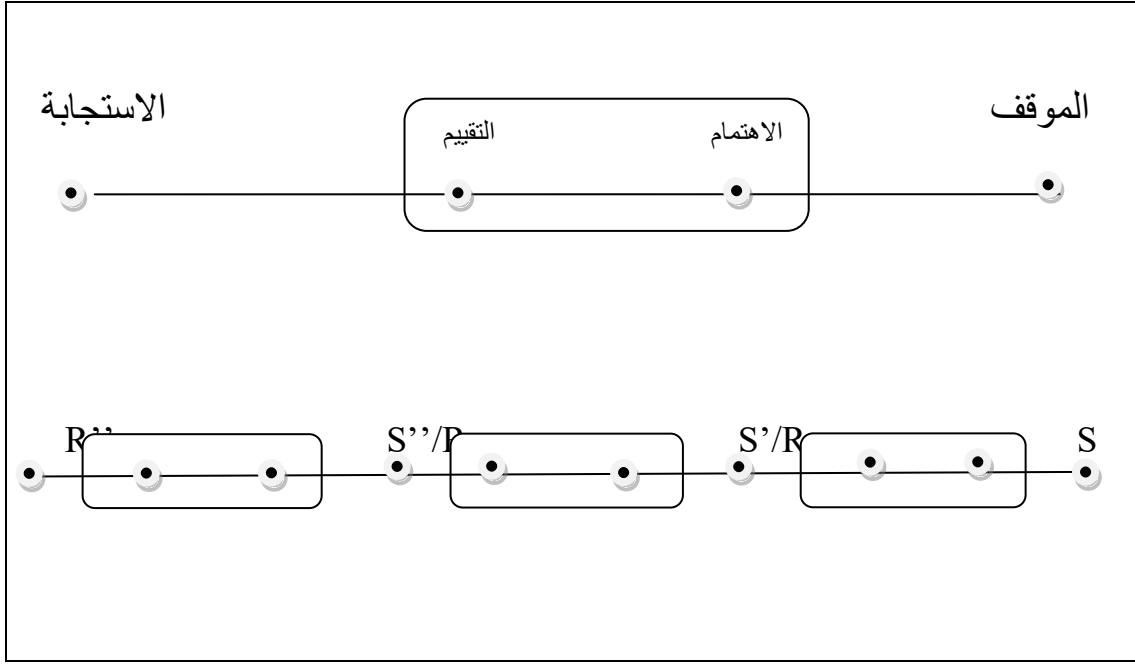


الشكل رقم (8): النموذج الشكلي للإنفعالات

(DESAUW.A, 2014, p 86)

من خلال الشكل يتوضح أن "الصندوق الأسود" للعضوية يتموضع بين الموقف و الإستجابة، و هذا ما جعل اهتمام المنظرين ينصب على خطوات و مختلف أبعاد التقييم، و اتفقوا جميعهم على أنه رغم التغيرات التي طرقت على سياقات التقييم و التي تعود إلى أسباب تطورية، إلا أن هذه التقييمات هي التي تؤدي إلى استجابات انفعالية، و كما ذكرنا سابقا يُعتقد أن الإستجابات الإنفعالية الناتجة عن التقييمات تنطوي على تغييرات في أنظمة الإستجابات التجريبية، السلوكية، و العصبية البيولوجية.

غالبا ما تُغَيَّر الإستجابة الإنفعالية من الموقف مصدر الإستجابة، و هذا مثلما هو موضح في الشكل (أ)، و الذي يمثل استجابة رجوع إلى الموقف. كما يمكن توضيح هذا الجانب الرجعي وفقا للشكل (ب)، حيث يصور الزمن على المحور ( X )، و وجود ثلاث نسخ مصغرة من الشكل (أ)، ممثلة الواحدة تلوى الأخرى لتجعل هذه الفكرة الرجعية أكثر واقعية. و لتوضيح أكثر لهذا الجانب الرجعي نأخذ المثال التالي، نأخذ شخصين في خلاف شديد (الموقف S)، عندما يبدأ أحدهما بالبكاء (استجابة R)، هذه الإستجابة الإنفعالية تغير بشكل كبير الموقف العلانقي بالتفاعل مع شخص قمت بإبكاؤه إلى (الموقف ' S)، هذا الموقف الجديد سيجعل الفرد يطلب الإعتذار، و بالتالي ظهور استجابة جديدة (الإستجابة ' R)، و الذي سيحول مرة أخرى الموقف إلى موقف (S ")، و المتمثل في الرد على شخص طلب الإعتذار، و الذي بدوره سيثير استجابة أخرى (R")... إلخ



الشكل رقم (9): شكل توضيحي للجانب الرجعي للإنفعالات

من كل ما سبق حاولنا إظهار أهمية الإنفعالات سلبية كانت أم إيجابية، و كيف يمكن أن تؤثر على حياتنا، وتتدخل في تغيير الموقف، و مقاطعة ما كنا نقوم به، و هذا ما يجعل التساؤل الأكثر أهمية الذي يجب طرحه، كيف يمكن تنظيم انفعالاتنا حتى نتفادى تأثيرها السلبي؟ و ما هي الإنفعالات التي تستدعي هذا التنظيم؟ هذا ما سنحاول التطرق إليه فيما يلي.

### تنظيم الإنفعالات:

غالبا ما تتوافق استجابتنا الإنفعالية مع متطلبات ظروف حياتنا المتغيرة، و لكن الإختلاف الحادث في المجتمعات المعاصرة، مقارنة بتلك التي شكلت انفعالاتنا على مدى آلاف السنين، قد يؤدي إلى أن تصبح الإستجابات الإنفعالية ضارة أكثر منها نافعة، و هنا تبدو انفعالاتنا غير مطابقة للموقف، ما يجعلنا نحاول في كثير من الأحيان تنظيمها حتى نخدم أهدافنا بشكل جيد، فماذا نقصد بالتنظيم الإنفعالي؟



**- ماهية التنظيم الإنفعالي:**

رغم وجود العديد من التعاريف للتنظيم الإنفعالي، إلا أن أغلب الباحثين، و من أهمهم BRIDGES و DENHAU، سنة 2004، يعتبران أنه لا يوجد تعريف يُلْم بجميع أبعاد التنظيم الإنفعالي، و الذي عرفه THOMPSON سنة 1994، على أنه: "مجموع من السيرورات الداخلية و الخارجية، المسؤولة عن تعديل، تقييم، و تغيير الإستجابات الإنفعالية، و خصوصا شدتها و مدتها، و هذا من أجل الوصول إلى هدف محدد". (LANGVIN.R, 2015, p 11)

من هذا التعريف يبدو أن استراتيجيات التنظيم الإنفعالي، تستهدف الإنفعالات، سلبية كانت أم إيجابية، و ذلك من خلال تثبيط، تقليل، أو رفع التنشيط الإنفعالي، و هذا ما أظهره GROSS، سنة 2006، عندما أشار إلى ان التنظيم الإنفعالي لا ينطوي فقط على التخفيف من الإنفعالات (down-regulation)، و إنما يمكن أن يتم من خلال رفعها (up-regulation).

فالتنظيم الإنفعالي يسمح بتغيير شدة، مدة و تكافؤ الإنفعال، و يضيف أن هذه الإستراتيجيات تشير إلى: "المحاولات التي يحققها الأفراد من أجل التأثير على طبيعة الإنفعالات التي يخبرونها، و كيف يشعرون بها، و يعبرون عنها، حيث أن هذه السياقات قد تكون تلقائية، أو متحكم بها، شعورية أو لا شعورية.

(CHRISTOPHE. N, et al, 2009, P 60)

و تضيف MIKOLAJCZAT أن التنظيم الإنفعالي هو أحد الكفاءات الإنفعالية الخمس، أو ما يسمى بالذكاء الإنفعالي، و الذي يشير إلى الطريقة التي يتبعها الأفراد، من أجل تحديد، تعبير، فهم، استخدام، و تنظيم انفعالاتهم، و انفعالات الآخرين.

(MIKOLAJCZAT. M, 2009, P07)

و في نفس السياق فإنه علينا أن نكون على استعداد لتنظيم انفعالاتنا عندما تكون هذه الأخيرة غير وظيفية، بمعنى لا تتوافق و أهدافنا، أو لا تتلاءم و الإطار، و بالتالي نجد مجموعة من المواقف التي توجب تنظيم الإنفعالات، لأنها لا تتفق و أهداف الفرد (انفعال ذو تأثير ضار على رفاهية الفرد، انفعال ذو تأثير ضار على الأداء، و انفعال ذو تأثير ضار على الآخر). و كما أشرنا سابقا، فإن التنظيم الإنفعالي لا يقتصر فقط على الحد، أو التخلص من الإنفعالات السلبية، بل هو يساعد على تغيير مختلف خصائص الإنفعالات، كما هو مبين فيما يلي:

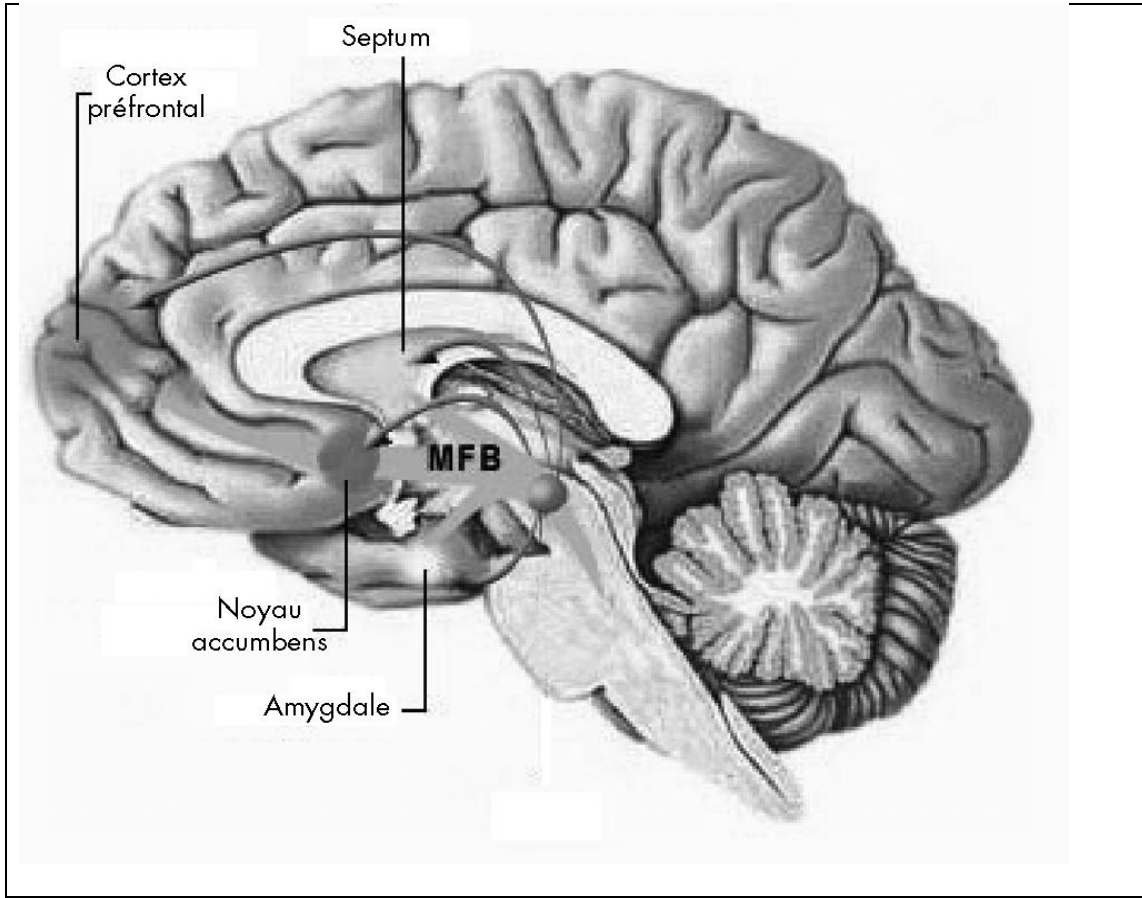
- **نوع الإنفعال**: الحالة الأكثر كلاسيكية للتنظيم هي محاولة المرور من انفعال سلبي، إلى غياب الإنفعال، لا بل حتى الوصول إلى الإنفعال الإيجابي، كمحاولة تغيير الملل اتجاه مهمة أو حوار إلى اهتمام، أو تغيير الحزن بعد التعرض للخيانة من الزوج إلى غضب.
- **شدة الإنفعال**: هي أن نبقى في نفس السجل الإنفعالي، لكن نقوم بالتخفيض من شدة الإنفعال الذي نشعر به.
- **مدة الإنفعال**: الأمر يتعلق هنا بتمديد، أو على العكس تقصير من مدة الإنفعال.
- **واحدة أو العديد من مكونات الإنفعال**: من الممكن كذلك تغيير كل مكونات الإنفعال بطريقة تجعلنا لا نشعر بأي شيء، أو أن نغير فقط من المكون التعبيري حتى لا نكشف للآخر ما نشعر به بالداخل.

(MIKOLAJCZAT. M, 2009, p138)

مما سبق يبدو أن الإنفعالات و تنظيمها هي عملية معقدة تستلزم تدخل أجهزة مهمة على مستوى الدماغ. و هذا ما سنحاول التطرق إليه فيما يلي.

## - الأسس العصبية لتنظيم الإنفعالات:

سنحاول فيما يلي التطرق إلى البنيات العصبية، و التي تتدخل في توليد الإنفعال و تنظيمه. فالدارة الإنفعالية للإنسان تحوي على صلات أحادية و ثنائية الإتجاه بين مجموعة من البنيات، و فيما يلي سنشير بشكل مبسط إلى دور ثلاثة بنيات أساسية، و المتمثلة في: اللوزة الدماغية، اللحاء ما قبل الجبهي و النواة المتكئة *le noyau accumbens*.



الشكل رقم (10): البنيات الدماغية التي تتدخل في ظهور الإنفعال و تنظيمه

- **اللوزة الدماغية:** تعتبر اللوزة الدماغية مركز الإنفعالات، حيث يتم تنشيطها كلما واجه الفرد مثيرا سيئا كان أو جيدا، و قد لوحظ نشاطا زائدا للوزة دماغية في حالة اضطراب القلق، الرهاب الإجتماعي، و ضغط ما بعد الصدمة، كما أن إصابة على مستواها يؤدي إلى عدم القدرة على الشعور ببعض الإنفعالات كالخوف.

كما لها علاقة بمختلف البنيات المسؤولة عن ردود الفعل، تعابير الوجه، تنشيط الجهاز الودي (الذي يؤدي إلى ارتفاع في معدل نبضات القلب)، و المحور تحت الميهادي-النخامي-الكظري (و الذي يعمل على رفع احتياطي الغلوكوز في الجسم، و توزيعه خصوصا على الدماغ و العضلات)

يتم تنشيط اللوزة الدماغية بطريقتين، و هما المسار القصير، و المسار الطويل، الأول سريع و لكن غير دقيق، أين يقوم الميهاد الحسي بتنشيط اللوزة الدماغية بشكل مباشر استجابة لمثير قادم من احدى الحواس الخمس، و هذا ما يسمح بالإستعداد للخطر حتى قبل أن نعرف بما يتعلق، أما المسار الطويل فهو بطيء، و لكن دقيق، فالمعلومة تنتقل من الميهاد، و صولا إلى اللحاء الحسي، حيث أن هذا الأخير سيقدر إن كان سينشط اللوزة الدماغية أم لا.

من الواضح أن اللحاء الحسي له إمكانية تعديل نشاط اللوزة الدماغية إذا لم يتوافق المثير الحسي مع ما أدركه الميهاد، فإذا قرر اللحاء الحسي أن الإنذار خاطئ فإن تنشيط اللوزة الدماغية سيتوقف، و في الحالة المعاكسة فإن التنشيط سيستمر و قد يتسع، و لا يمكن للحاء الحسي أن يغير شيء، و هذا ما يستدعي تدخل منطقة أخرى من أجل الحفاظ على القليل من الهدوء.

- **اللحاء ما قبل الجبهي:** هذه المنطقة هي مركز تحكم الفرد، فهي تسمح بتحليل الموقف، و وضع مخطط للتنفيذ، الإحتفاظ به في الذاكرة، و البدء في المراحل اللازمة لتحقيق الهدف، و كذلك منع الأفعال أو المعلومات التي تعيق تحقيق الهدف، و أخيرا مراقبة ما إذا تم الوصول إلى الهدف . باختصار اللحاء ما قبل الجبهي يقوم بالتخطيط و مراقبة كل شيء، و بالتالي التحكم حتى في الإنفعالات. فإذا لم يتوافق إنفعال ما مع الإطار، سيسبب هذا تنشيط المنطقة الأمامية للحاء الحزامي، و التي بدورها ستقوم بتبليغ اللحاء ما قبل الجبهي عن وجود مشكل يتطلب حل، حيث يسمح لنا هذا الأخير بتحليل الموقف و تقرير استراتيجية التنظيم الملائمة.

- **النواة المتكئة:** و تسمى بمركز اللذة، لأنها تنشط خاصة عند الأكل، أو أثناء العلاقة الجنسية، و كذلك عند توقع هذه النشاطات، على عكس اللوزة الدماغية و التي تنشط بشكل تفضيلي – وليس حصري – استجابة للمثيرات السلبية.

(Mikolajczat. M, 2009, p26-30)

من كل هذا يبدو أنّ اللوزة الدماغية تلعب دور الرادار الذي يستقطب المثيرات السلبية، فهي تُنشط خصوصاً في وجود منبه مهدّد، من أجل لفت انتباه الفرد، و إعطاء إشارة للحاء ما قبل الجبهي من أجل تنظيم الإنفعال، إلا أن هذا التنظيم لا يكون بهذه البساطة و إنما يمر بعدة مراحل، حتى يصل إلى الهدف المراد تحقيقه، و هذا ما سنحاول توضيحه فيما يلي

#### - مراحل التنظيم الإنفعالي:

تم تحديد مراحل التنظيم الإنفعالي و فقا لنموذج GROSS، و الذي يعتمد على النموذج الشكلي للإنفعالات، حيث افترض هذا الباحث سنة 2015، أن الإنفعالات تنطوي أساساً على تقييم - تحديد- كل ما هو "سيئ لي" مقابل ما هو "جيد لي". سياق التقييم هذا يقارن بين إدراك العالم (على سبيل المثال التأخر عن مقابلة مهمة)، بالحالة المرغوبة (الرغبة في الأداء الجيد أثناء المقابلة)، مما يؤدي إلى رد فعل تقييمي (كالقلق).

و لفهم الجهاز التقييمي، نعود إلى نقطة كنا أشرنا إليها سابقاً، و المتعلقة بالنموذج التفسيري لمراحل ظهور الإنفعال، انظر الشكل (8) و (9)، و هذا ما يجعل الجهاز التقييمي يتم كما يلي، الفرد معرض للعالم (W)، و الذي يمكن أن يكون داخلي أو خارجي، يدرك هذا العالم (P)، و من ثم يقيمه (V) - جيد، سيء، لا يتناسب و الحالة المرغوبة- و أخيراً يصبح لديه دافع للفعل (A)، من أجل ملء الفجوة الموجودة بين العالم الواقعي، و العالم المرغوب فيه.

و بالتالي، فالعالم يمثل موقف من المحتمل أن يثير انفعال (W)، ثم يدركه الفرد (P)، و يقيمه (V)، و على أساس هذا التقييم تولد استجابة انفعالية (A)، و هذا ما يؤدي إلى وجود العديد من أنظمة التقييم المختلفة، حيث يمكن لهذه الأنظمة أن تتفاعل مع بعضها البعض بطرق مختلفة، و بالتالي هذا المنظور يفتح المجال لتنظيم الإنفعال، فحسب الشكل ( 11 )، الإنفعال يمثل نظام تقييم من "الدرجة الأولى"، و الذي يعتبر العالم كمدخل له، أما تنظيم الإنفعالات فيعتبر تقييم من "الدرجة الثانية"، و التي تتخذ نظام تقييم آخر، يكون فيه الإنفعال هو المدخل، و الذي يمكن ان يكون انفعال الفرد نفسه (التنظيم الداخلي)، أو انفعال شخص آخر (التنظيم الخارجي). بشكل مبسط، عند وجود انفعال (W)، و يدرك (P)، ثم يقيم على أنه يحتاج إلى تنظيم (V)، فإن الدافع للفعل الناتج (A) مصمم للمساعدة في تنظيم تلك الإنفعالات، غير أنّ تنظيم الإنفعالات ليس بناءً أحادي منفرد، و إنما هو سياق متعدد المراحل، يتم بمرور الوقت، تتسبب كل مرحلة منه في إثارة المرحلة الموالية.

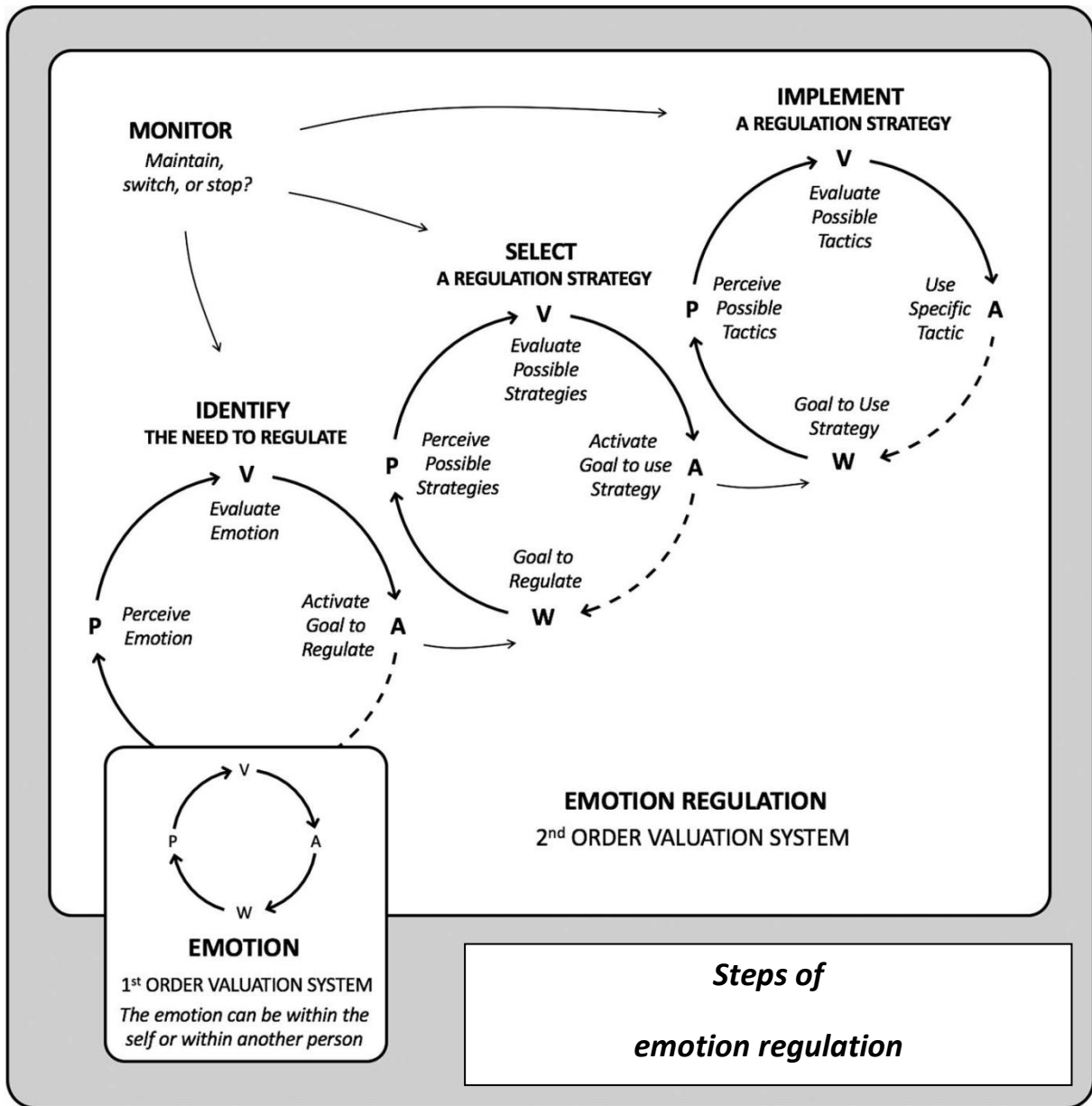
- **مرحلة المطابقة:** تتمثل في تحديد ما إذا كان من المهم البدء في تنظيم الإنفعالات، هذه المرحلة تعتبر نظام تقييم في حد ذاتها، و تتكون من ثلاثة مراحل:
  - مرحلة الإدراك (P): مهمتها الكشف عن الإنفعال.
  - مرحلة التقييم (V): لها مهمة تحديد ما إذا كانت قيمة الإنفعال سلبية أو إيجابية كفاية لتفعيل التنظيم.
  - مرحلة الفعل (A): يتم خلالها تنشيط هدف من أجل تنظيم الإنفعال، هذا الهدف يمثل تغيير في العالم الخارجي (W)، و تحديد المرحلة الموالية.
- **مرحلة الاختيار:** تتمثل في اختيار الإستراتيجيات المستعملة، و تتم كذلك وفقاً لثلاثة مراحل.
  - مرحلة الإدراك (P): مهمتها تمثيل مختلف استراتيجيات التنظيم (على سبيل المثال، استعمال التغيير المعرفي من أجل إعادة إدراك الموقف)، إضافة إلى مختلف خصائص الموقف (W)، و التي قد تؤثر على الإستراتيجية (كالموارد الفيزيولوجية، أو المعرفية، نوع أو أشكال الإنفعال).

- مرحلة التقييم (V): لها مهمة تقييم تكلفة و فوائد هذه الإستراتيجيات، بناءً على خصائص الموقف. إذا تم تقييم استراتيجية معينة بطريقة إيجابية كفاية يتم تنشيط مرحلة الفعل.
- مرحلة الفعل (A): يتم خلالها تنشيط هدف لإستخدام تلك الإستراتيجيات، هذا الهدف يمثل تغييراً في العالم الداخلي (W)، و قد يتم بعد ذلك تنشيط المرحلة الموالية.

- **مرحلة التنفيذ:** و يتم من خلالها ترجمة الإستراتيجيات المختارة (مثل التغيير المعرفي)، إلى تقنيات محدّدة حسب الحالة (كاستعمال إعادة التقييم الإيجابي من أجل إعادة تحديد معنى الموقف بطريقة أكثر إيجابية)، و هذا من خلال:
  - مرحلة الإدراك (P): مهمتها تصور مختلف الطرق التي يمكن أن تدخل في تنفيذ استراتيجية معينة و كذلك الخصائص المتوافقة في الموقف، والتي من الممكن أن تؤثر على التنفيذ.
  - مرحلة التقييم (V): مهمتها تقييم تكاليف و فوائد هذه التقنيات حسب الخصائص المتوافقة و الموقف.
  - مرحلة الفعل (A): و يتم خلالها تنفيذ الإستراتيجية المنتقاة، فنجاح التنظيم الإنفعالي يعتمد على هذه المرحلة الأخيرة من السياق.

(FORD.B et GROSS.J, 2018, p 3-5)

و طوال فترة سيرورة التنظيم، يقوم الأفراد باتباع جهودهم التنظيمية، ليقرروا ما إذا كان من الممكن تصحيح مسارهم، حيث يقومون بمراقبة تنظيمهم للإنفعالات، و تعتبر **مرحلة المراقبة** أكثر المراحل بروزاً بعد **مرحلة التنفيذ**، حيث يقوم الأفراد خلالها بتقييم نتيجة التنظيم، و تقرير ما إذا كانوا سيحتفظون بجهودهم التنظيمية، يغيرونها، أو يوقفونها، و هذا ما يجعل هناك تنوع في استراتيجيات التنظيم الإنفعالي.



الشكل (11): مختلف مراحل التنظيم الإنفعالي

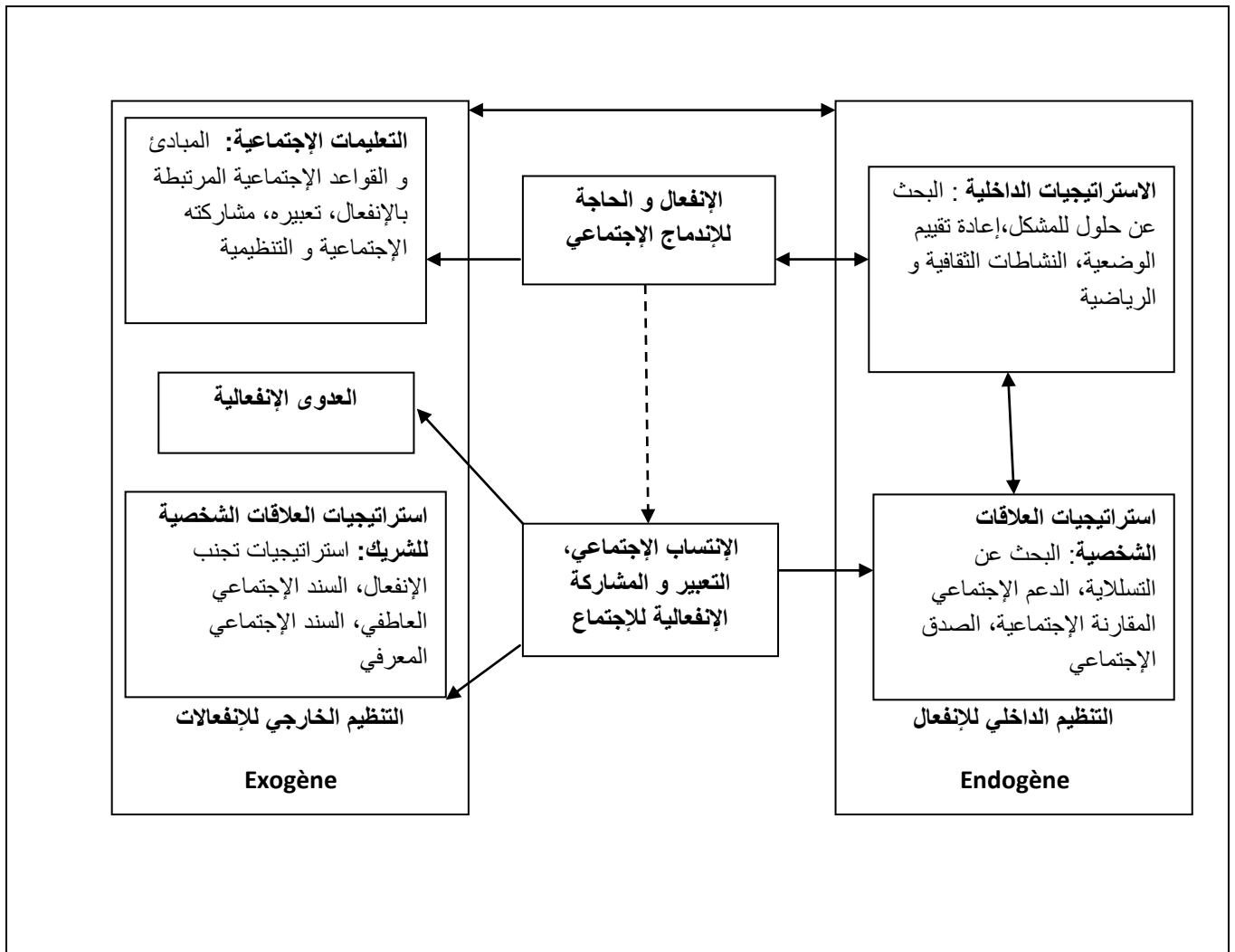
- أنواع التنظيم الإنفعالي:

أول تصنيف لاستراتيجيات التنظيم الإنفعالي يعتمد على نوع التنظيم الداخلي، و الخارجي، ما يقدم لنا نوعين أساسيين: استراتيجيات داخلية (endogène)، و استراتيجيات خارجية (exogène)، حيث تركز الأولى على استعمال الفرد لاستراتيجيات معرفية (كتجنب الإهتمام، إعادة تقييم الموقف، البحث عن حل المشكل...إلخ)، أو سلوكية (النشاطات الثقافية،



الرياضية، الترفيهية... إلخ)، من أجل تغيير حالته الإنفعالية على المدى القصير و الطويل. أما التنظيم الخارجي للإنفعالات فيشير إلى مجموع السياقات التي من خلالها يقوم المحيط بتحديد و التحكم بطريقة مباشرة، أو غير مباشرة، صراحة أو ضمناً، في طبيعة و / أو شدة التجارب و التعابير الإنفعالية للفرد، و يكون هذا التنظيم الخارجي للإنفعالات نقل القواعد و القيم الإجتماعية الخاصة بالتجربة و التعبير الإنفعاليين، و كذلك تنظيمها بوجود أو غياب الآخر. (LEROY. T, et al, 2013, P02)

و لتبسيط السياقات التنظيمية الداخلية و الخارجية، نقدم الشكل التالي:



الشكل (12): التنظيم الإنفعالي الداخلي و الخارجي

من خلال الشكل يتضح لنا أن هذين النوعين من التنظيم متكاملين و غير قابلين للإنفصال، و يتفاعلان فيما بينهما، من أجل تسهيل تكيف الفرد مع المواقف الصعبة و إندماجه في الشبكة الإجتماعية، إلا أنه و بشكل عام يركز الباحثون في دراسة الطفل على الإستراتيجيات الخارجية، و التي تكون بارزة جدا في مرحلة الطفولة و الطفولة المبكرة، أما لدى الراشد فإننا نعمل على الإستراتيجيات الداخلية، و التي كما رأينا لا ترمي فقط إلى التخفيف من شدة الإنفعالات، لكن يمكن كذلك أن تهدف إلى الحفاظ أو زيادة شدة الإنفعال، و هذا ما يجعلنا نحدد (4) أنواع من التنظيم الإنفعالي، وفقا ما إذا زدنا أو خففنا في الإنفعال، و وفقا ما إذا كانت هذه الإنفعالات إيجابية أو سلبية، و المتمثلة في:

- التخفيف من الإنفعالات السلبية.
- الزيادة في الإنفعالات السلبية.
- التخفيف من الإنفعالات الإيجابية.
- الزيادة في الإنفعالات الإيجابية.

إلا أن النوعان الأكثر استعمالا هما: التخفيف من الإنفعالات السلبية، و زيادة الإنفعالات الإيجابية. (MIKOLAJCZAT. M, 2009, P139-140)

كما يمكن تصنيف استراتيجيات التنظيم الإنفعالي وفقا لوقت تدخل هذه الإستراتيجيات في سيرورة ظهور الإنفعال، و هذا وفقا للتصنيف الذي وضعه GROSS سنة 1998، و الذي يعتمد على النموذج الشكلي للإنفعال و لإستراتيجيات تنظيمها، و حسب هذا التصنيف نجد نوعان:

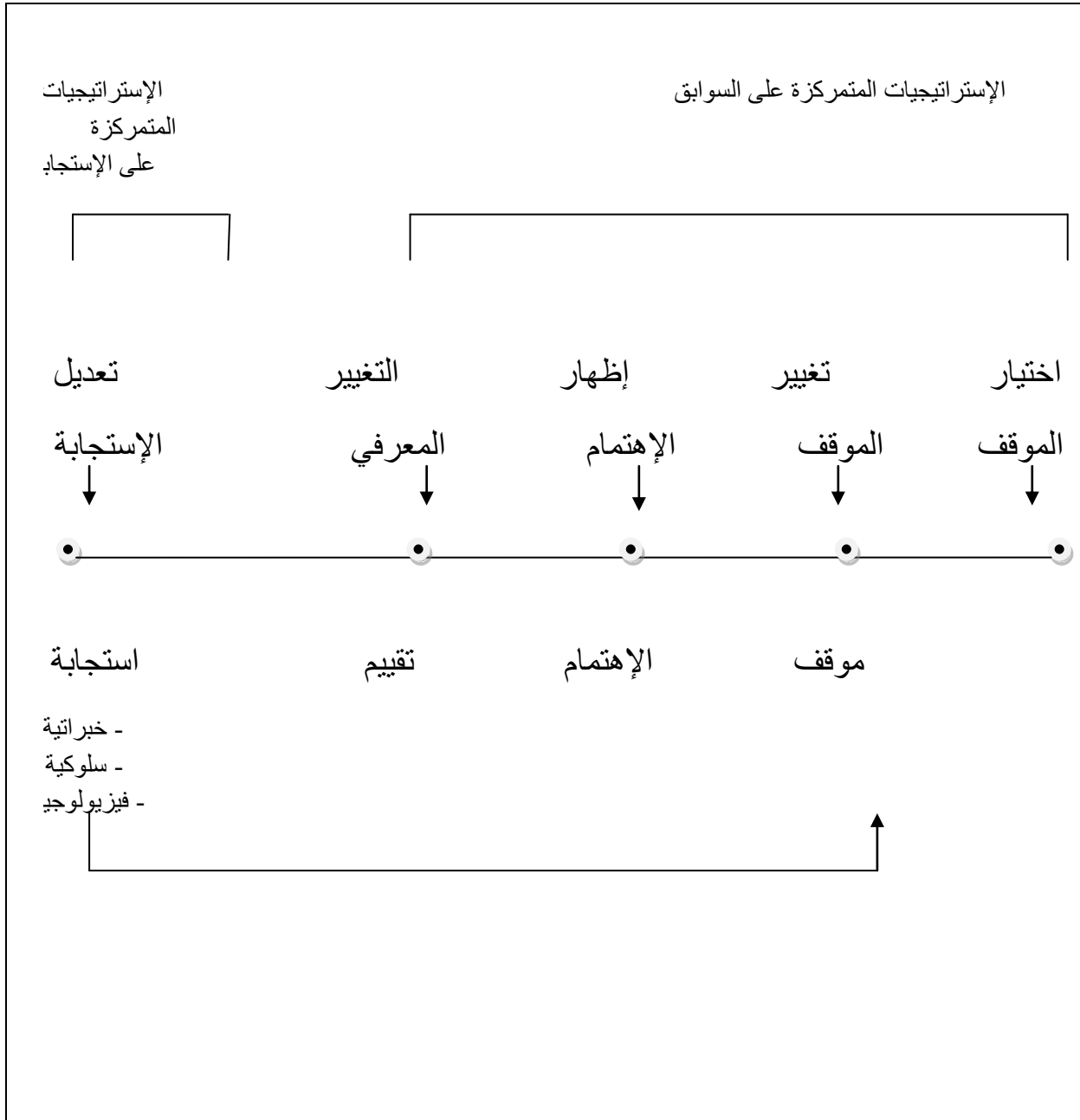
- **الإستراتيجيات المتمركزة على السوابق :** و تتمثل في تلك الإستراتيجيات التي تتدخل قبل الإستجابة الإنفعالية، و من بينها ميز GROSS، أربع أنواع، و المتمثلة في:
- إختيار الموقف: و هو التوجه نحو الموقف، أو تجنبه، وفقا للأثر الإنفعالي المتعلق به.

- تغيير الموقف: هو الإستراتيجية التي يقوم الفرد من خلالها بتغييرات على الموقف، من أجل تغيير النتائج الإنفعالية.
- إظهار الإهتمام: و يتمثل في تغيير الإهتمام الذي يحمله الفرد عن الموقف، إما بالتركيز عليه، و إما بتجنب التفكير فيه، و إما بتوجيه اهتمامه إلى شيء آخر، التسلية و التشتيت، من أهم الإستراتيجيات التي تنتمي لسياق إظهار الإهتمام.
- التغييرات المعرفية: تحوي تغيير تقييم الموقف المختار من الفرد مبدئياً، هذه التغييرات المعرفية تخص كذلك إدراك الفرد للموقف في حد ذاته، أكثر من إدراكه لموارده الخاصة من أجل تسيير هذا الموقف، و من بين الإستراتيجيات التي تدخل في إطار التغيير المعرفي، نجد استراتيجيات إعادة التقييم المعرفي.

### الإستراتيجيات المتمركزة على الإستجابة الإنفعالية و تتعلق بتغيير الإجابة الإنفعالية

على المستوى الخبراتي، السلوكي، و الفيزيولوجي، فحسب GROSS و THOMPSON، سنة 2007 اللجوء إلى الإسترخاء، و الترفيه يسمح بالتخفيف من الإنفعال السلبي الناتج عن موقف ضاغط، مثله مثل تعاطي الكحول، او المخدرات، و التي يمكن أن تقدم لنا تغيير فيزيولوجي مزيل للقلق. إضافة إلى استراتيجيتان تخص التعبير عن الإنفعال، و المتمثلة في استراتيجيات التعبير الإنفعالي، و استراتيجيات القمع التعبيري، حيث أن الأولى لها تأثير شافي، أما الثانية فينطوي عنها التثبيط الإرادي للتعبير الإنفعالي، حيث يخفي الفرد التعبير اللفظي و السلوكي. (DESAUW.A, 2014, P 86-87)

و حسب GROSS، فإن هذه الإستراتيجيات تتدخل بطريقة تسلسلية، و هذا ما يمكن توضيحه في الشكل الموالي:



الشكل (13): استراتيجيات التنظيم الإنفعالي خلال مختلف مراحل ظهور الإنفعال

و قد ركز كل من JOHN و GROSS، اهتمامهما على استراتيجيتين خاصتين، و هما: إعادة التقييم المعرفي، والقمع التعبيري، فيعتبران أنّ إعادة التقييم المعرفي يتم في مرحلة التقييم، ضمن مجموعة استراتيجيات التغيير المعرفي، أمّا القمع التعبيري، يكون في آخر مرحلة و المتمثلة في مرحلة الإستجابة، ضمن مجموع استراتيجيات تعديل الإستجابة.

و من أجل فهم هاتين الإستراتيجيتين أكثر سأحاول فيما يلي التطرق إليهما و لو بشكل وجيز.

### • القمع التعبيري:

و يتمثل في تثبيط التعبير عن الإنفعالات، حتى لا يتواصل مع الآخرين حول حالته الإنفعالية، الأمر يتعلق بتغيير الإجابة الإنفعالية بعد ظهورها، فهذه الإستراتيجية تتدخل في وقت متأخر نسبيا في التسلسل الإنفعالي، و تقوم أولا بتغيير الجوانب السلوكية لاتجاه الحركة الإنفعالية. تعمل هذه الإستراتيجية على خفض من التعبير السلوكي للإنفعالات السلبية، و الإيجابية على حد سواء، و مع ذلك فإن الشعور الإنفعالي أمام الموقف لن ينخفض، ما سيتسبب في التخفيف من الرفاهية النفسية للأشخاص الذين يستعملون هذه الإستراتيجية بكثرة، و يشجع في نفس الوقت ظهور الإضطرابات الإنفعالية كالقلق، أو الإكتئاب في الحالات القصوى. (CHRISTOPHE.V et all, 2009, p 60)

فالقمع التعبيري، يعمل على تنظيم مظاهر الإنفعال الظاهرة، كتعبير الوجه، وضعية الجسم، و الصوت، و هي استراتيجية غير وظيفية، فحذف المكون التعبيري للإنفعال لا يغير شيء في المكونات الأخرى، حيث أن شدة الإنفعال لا تنخفض، و في الحقيقة التنشيط الفيزيولوجي في هذه الحالة يزيد، هذا من جهة، و من جهة أخرى، الإنفعالات الظاهرة غالبا ما يُشعر بها كما هي من طرف شركاء التفاعل الإجتماعي. و نظرا إلى أن عددا معينا من الإنفعالات لا يمكن التعبير عنها، فإنه على الفرد استخدام أسلوب آخر لتنظيم الإنفعالات، كإعادة التقييم المعرفي للموقف. (MIKOLAJCZAT. M, 2009, p 187)

### • استراتيجية إعادة التقييم المعرفي:

كما أشرنا سابقا، الإنفعال لا يرتبط بالموقف في حد ذاته، و إنما بإدراك الفرد للموقف، و بالتالي فتقييم الموقف هو الذي يحدد الإنفعال، و من هنا يتضح أن تغيير الإدراك يسمح بتغيير الإنفعال، و تشير استراتيجية إعادة التقييم المعرفي إلى سياق معرفي، و الذي يتم من خلاله تقييم الموقف، من أجل التخفيف أو الزيادة في طبيعته الإنفعالية، فهي

استراتيجية متمركزة على سوابق الإستجابة الإنفعالية، حيث تظهر و تتدخل قبل إنشاء اتجاهات الإستجابة، و هي تسمح بالتخفيض من الإنفعالات السلبية، و الرفع من الإيجابية، و كذلك من الرفاهية النفسية التي يسببها الموقف، و هنا يقترب إعادة التقييم ال معرفي من مفهوم إعادة التقييم الإيجابي، الناتج عن القراءات حول المقاومة و التفاؤل، و التي تتمثل في تحديد الجوانب الإيجابية للموقف أثناء توقع العواقب.

(CHRISTOPHE.V et all, 2009, p 60)

فإستراتيجية إعادة التقييم تتطلب جهد معرفي، و تستلزم بعض الوقت حتى تصبح تلقائية، و هناك العديد من التقنيات التي تساعد على إعادة التقييم المعرفي للموقف، و المتمثلة في:

- فحص المعتقدات: تعتمد على فحص الحجج وفقا لما نفاك ر و نشعر به، و نبحث عن حجج تعاكس أفكارنا و مشاعرنا.
- التنسيب: من خلال التحقق إذا لم نعط قيمة أكبر للموقف و/أو مقارنة الموقف الحالي مع مواقف أسوء.
- البحث عن الجوانب الإيجابية: و هو البحث عن الفائدة الإيجابية للموقف.
- البحث عن المكاسب على المدى الطويل: المكاسب الإيجابية قد لا تظهر على الفور، و لكن قد تكون نتيجة على المدى الطويل، و هنا من الأفضل التوقف عن الحكم عن قيمة الموقف بدلا من تصنيفه أنه سلبي تماما.

(MIKOLAJCZAT. M, 2009, p 170)

و يضيف ETKIN، سنة 2015، أنه و استنادا على النتائج السلوكية و التصوير العصبي، فقد اتضح أنه هناك نوعان من التنظيم الإنفعالي، **التنظيم الصريح**، و **التنظيم الضمني**، حيث أنّ الأول يتطلب جهدا واعي للقيام به، و مستوى معين من المراقبة النشطة للإنفعال أثناء التنفيذ، و بالتالي يرتبط بمستوى معين من الفهم و الوعي، و من بين الإستراتيجيات الأكثر استعمالا في التنظيم الصريح، نجد استراتيجية إعادة التقييم المعرفي، و التي أظهرت الدراسات التحليلية للتصوير العصبي، أنّها ترتبط بتنشيط مختلف مناطق المخ، بما في ذلك اللحاء ما قبل الجبهي، بالإضافة إلى اللحاء الجزري.

(ETKIN.A et GROSS.J, 2015, p 694)

و فيما يلي جدول يلخص الاختلافات الموجودة بين كل من القمع التعبيري، و إعادة التقييم المعرفي، على المستوى العاطفي، المعرفي، الإجتماعي، الفيزيولوجي و الصحي، و فقا لدراسة لـ: GROSS سنة 2002.

إعادة التقييم المعرفي	القمع التعبيري	
الشعور بالإنفعالات الإيجابية أكثر، و السلبية أقل	الشعور بالإنفعالات السلبية أكثر	المستوى الإنفعالي
تتم مبكرا في سياق توليد الإنفعال، و بالتالي لا تتطلب جهدا ذاتيا مستمرا.	يتطلب مراقبة ذاتية، و تصحيح ذاتي طوال فترة الموقف الإنفعالي، و بالتالي استعمال مستمر للموارد المعرفية.	المستوى المعرفي
الميل لمشاركة الإنفعالات إيجابية كانت أو سلبية. هم أشخاص محبوبون.	ميل أقل لمشاركة الإنفعالات السلبية أو الإيجابية. دعم إجتماعي ضعيف. استخدام أقل للدعم الإجتماعي المادي و الإنفعالي.	المستوى الإجتماعي
تنشيط شديد للمناطق ما قبل الجبهية الجانبية المهمة في التحكم المعرفي. انخفاض في تنشيط اللوزة الدماغية، و اللحاء الجبهي الواسطي.	زيادة انشاط الجهاز القلبي الوعائي: ارتفاع ضغط الدم. انخفاض سعة نبض الإصبع. انخفاض درجة حرارة الإصبع.	المستوى الفيزيولوجي

**جدول رقم (01): جدول توضيحي للإختلافات الموجودة بين استراتيجية القمع التعبيري و استراتيجية إعادة التقييم المعرفي**

(GROSS.J, 2002, p 283 – 284)

يبدو للوهلة الأولى بعد ملاحظة الجدول السابق، أنّ استراتيجية إعادة التقييم المعرفي، هي الإستراتيجية المفضلة مقارنة بالقمع التعبيري، إلا أن هذا ليس صحيح، فمن الممكن أن يكون من الصعب إعادة التقييم و يكون القمع هو الوسيلة الوحيدة لتنظيم الإنفعال السلبي، من كل

هذا يمكن أن نؤكد بأن كل من القمع التعبيري، و إعادة التقييم المعرفي تعمل على التخفيف من الإنفعال، و الذي يعتبر الهدف المشترك و القيم لكل استراتيجيات التنظيم الإنفعالي، إلا أن و رغم هذا الهدف المشترك، يبقى السؤال الذي يطرح نفسه بالحاح هو ما أهمية استراتيجيات التنظيم الإنفعالي في مختلف جوانب الحياة.

### - أهمية التنظيم الإنفعالي:

من المهم تنظيم الإنفعالات إذا لم تتوافق و المعايير المتعلقة بالتعبير الإنفعالي، أو إذا كان لها نتائج آثار سلبية على رفاهية الفرد، كفاءته، أو على الآخر، و قد أظهرت العديد من الدراسات أن قدرة تنظيم الإنفعالات هي استعداد مهم، و أن هذا الإستعداد له نتائج أساسية على خمس مجالات في الحياة على الأقل، و المتمثلة في الأداء الأكاديمي و المهني، تسيير الموارد المادية، العلاقات الإجتماعية، الصحة النفسية، و الصحة الجسدية، و فيما يلي سنحاول توضيح هذه الأهمية على ثلاث مجالات فقط.

- **العلاقات الإجتماعية:** حيث أن الأفراد الذين يسببون انفعالاتهم بطريقة سيئة يكون لهم أصدقاء أقل، و يمتازون بعلاقات إجتماعية و زوجية سيئة، فهم أقل تقديرا من طرف أقرانهم. فقد أثبتت الدراسات أن الإستخدام الإعتيادي للقمع التعبيري سيكون له تأثير على التعبير الإنفعالي في الحياة اليومية، ما يؤدي إلى العديد من العواقب الإجتماعية السلبية، مثل دعم إجتماعي أقل، و انخفاض الرضا الإجتماعي، و اقتراب أقل من الآخرين، فالإستخدام المعتاد لاستراتيجية القمع التعبيري قد تكون ضارة بشكل خاص على تطوير العلاقات الوثيقة و الحفاظ عليها، كما أن لجوء الأزواج إلى استخدام القمع التعبيري يكون له أثر سلبي على الرضا الزوجي، أكثر مما إذا لجأ إليه الزوجات، فهن أكثر حساسية لإستخدام أزواجهن لهذه الإستراتيجية. (VELOTTI.P et all, 2015, p1-2)
- **الصحة النفسية:** الأفراد الذين يسببون انفعالاتهم بطريقة سيئة، تكون نوعية حياتهم النفسية متدهورة، فقد أظهرت الدراسات أن إمكانية إصابتهم



بالإضطرابات النفسية تكون أكثر من الآخرين، فهم أكثر عرضة للإصابة بالإكتئاب، نوبات القلق، و غيرها من الإضطرابات النفسية.

● **الصحة الجسدية:** تظهر الصعوبة في تنظيم الإنفعالات من خلال الصّعوبة في خفض من الإنفعالات السلبية، و التي تمثل عامل خطر في ظهور أو تفاقم العديد من الأمراض الجسدية، كالربو، السكري، أمراض المعدة و القولون، الأمراض الوعائية القلبية، و حتى بعض الإصابات السرطانية. و هذا راجع للجانب البيولوجي للإنفعالات، فعند الشعور بالغضب مثلا، يظهر الإنفعال علينا من خلال تسارع ضربات القلب، تشنّج عضلات الذّراعين و اليدين، الشعور بالحرارة في الجسم... إلخ، حيث أن هذه المظاهر هي نتاج التغيرات الحادثة على مستوى نشاط مختلف النّواقل العصبية، و بسبب تحرير بعض الهرمونات. و كما نعلم، الضغط يؤدّد مجموعة متتالية من الإستجابات، و التي تؤدّي إلى تحرير هرمون الكورتزول، حيث أن هذا الأخير على المدى القصير يزوّد العضوية بالطاقة اللازمة (السكر، و الأوكسجين) من أجل مواجهة الضغط، مع أولوية توجيه الدم للمخ و العضلات، أما الأجهزة التي لا تساهم بطريقة مباشرة في تسيير الضغط فإنه يخضعها للراحة (كالجهاز الهضمي و التكاثري)، كما يؤدي إلى إنخفاض مؤقت للإستجابة المناعية، إلا أن ارتفاع الكورتزول على المدى الطويل، بسبب استمرار الضغط، أو الفشل في تسييره، سيتسبّب في ارتفاع نسبة السكر في الدم، اضطرابات هضمية – معوية، انخفاض الرغبة الجنسية، و القابلية للإصابة بالفيروسات، و الأمراض السرطانية.

(MIKOLAJCZAT. M, 2009, p 141-143)

يبدو أن المركب الفيزيولوجي للإنفعالات هو عامل مشجع في تدهور كل من العلاقات الإجتماعية، و الصحة النفسية و الجسدية، و هذا ما يجعل تنظيمها السيء يؤدي إلى تفاقم و تسارع العديد من الأمراض، و التي نجد من بينها أمراض السرطان، و هذا ما سنحاول توضيحه فيما يلي.

## - استراتيجيات التنظيم الإنفعالي و سرطان الثدي:

خلال السنوات الأخيرة، أكدت كل الدراسات على الدور المهم الذي تلعبه الإنفعالات في مجال الصحة، فرغم أن بعض الإصابات السرطانية تكون نتيجة لتغيرات على مستوى الخلية، إلا أن الإحصائيات تشير إلى أن 50% من الوفيات الناجمة عن السرطان قد تكون بسبب سلوكيات يمكن الوقاية منها، مثل التدخين، الإدمان على الكحول، و الإفراط في تناول الطعام. و هذا ما يجعل عدم التسيير الجيد للإنفعالات يؤدي إلى اللجوء إلى سلوكيات غير تكيفية و خطيرة تتسبب في الإصابة بالأمراض السرطانية، و تفاقم أو الوقوع في الإنتكاسة، و من جهة أخرى نجد سلسلة الإستجابات الفيزيولوجية و التي يمكن توضيحها وفقا لنموذج التحكم لـ FISHER. (انظر الشكل رقم (3) الفصل الأول ص 36)

كما بينت الدراسات الحديثة في مجال أمراض السرطان، كدراسة FALAGAS و آخرون سنة 2007، أن الطريقة التي ينظم بها الأفراد انفعالاتهم لا تؤثر فقط على تكيفهم النفسي و الجسدي، من حيث الأعراض و الصحة الجسدية، و لكن كذلك على مسار نتائج السرطان، و التي تظهر من خلال الإنتكاسة، تفاقم المرض، و البقاء على قيد الحياة. و في نفس السياق يضيف AVILA و آخرون، سنة 2015، أن النساء المصابات بسرطان الثدي ينظمن انفعالاتهن بطريقة ترتبط بالتكيف النفسي و خصوصا من حيث نوعية الحياة، الأعراض، المزاج أو الإكتئاب. (PAIS BRANDAO.T.R,2017, p 16)

و يعتبر التعبير الإنفعالي كعامل مهم في الصحة النفسية لمرضى السرطان، و هذا ما أثبتته دراسة لـ Danoff-Burg، و آخرون سنة 2000، على 92 امرأة مصابة بسرطان الثدي، حيث أظهرت هذه الدراسة أن المريضا الأكثر تعبيراً عن إصابتهم بالسرطان قد أظهروا تحسن في الضيق النفسي بعد ثلاثة أشهر. و في نفس السياق يضيف كل من MEHNERT و KOCH، سنة 2008، أن النساء المصابات بسرطان الثدي و اللاتي لا يعبرن بحرية عن مرضهن، بسبب محيط غير مستقبلي، أو منغلق، يُظهرن أعراض ما بعد الصدمة.

و لا تقتصر أهمية تنظيم الإنفعالات على مريضات سرطان الثدي فقط و إنما تتسع لتشمل الشريك (الزوج) باعتباره مقدّم الرعاية الرئيسي، فقد أظهرت نفس الدراسة لـ

: Danoff-Burg و آخرون سنة 2000، أفضل تكيف لمريضات سرطان الثدي إذا ما كان الأزواج يميلون إلى التعبير عن انفعالاتهم بخصوص السرطان.

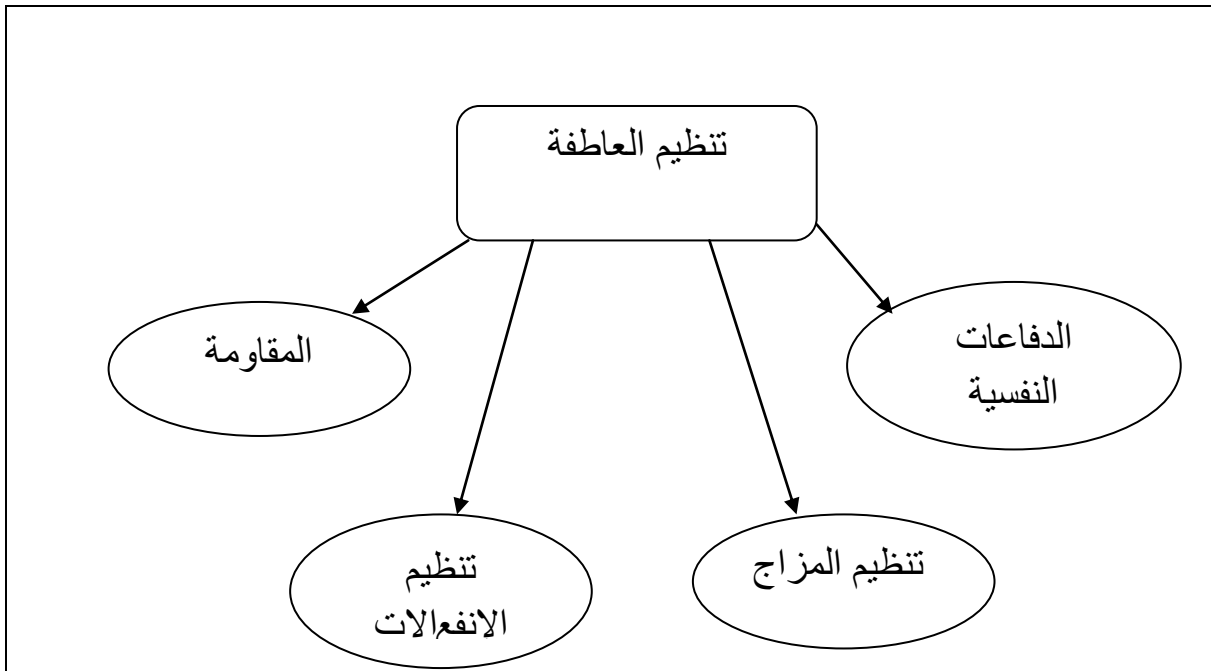
(MIKOLAJCZAT. M et DESSEILLES.M, 2009, p 411)

من الواضح من كل هذا أن تنظيم الإنفعالات قد يؤثر على التكيف مع المرض، من حيث استراتيجيات المقاومة المستعملة، فما العلاقة بين استراتيجيات التنظيم و المقاومة؟

- استراتيجيات التنظيم الإنفعالي و المقاومة:

يعتبر تنظيم الإنفعالات أحد مركبات تنظيم العاطفة، و التي تحوي على ثلاثة مركبات أخرى إضافة إلى التنظيم الإنفعالي، و المتمثلة في: المقاومة، تنظيم المزاج، و الدفاعات النفسية. مثلما هو موضح في الشكل رقم (14).

(GROSS.J et THOMPSON. A, 2007, p09)



الشكل (14): مركبات تنظيم العاطفة

اهتم العديد من الباحثين بدراسة العلاقة الموجودة بين استراتيجيات التنظيم الإنفعالي و المقاومة، حيث ان هذه الأخيرة تركز بصورة كبيرة في الخفض من العواطف السلبية، في حين أن التنظيم الإنفعال يرمي إلى تنظيم كل من العواطف السلبية و الإيجابية على حد سواء، كما أن المقاومة هي سياقات عاطفية أكثر اتساعاً زمنياً (المزاج)، مقارنة بالتنظيم الإنفعالي، و أخيراً نجد اختلاف في حجم المقاومة و التنظيم الإنفعالي، حيث أن الأولى تشمل إجراءات ليس انفعالية، و ذلك من أجل الوصول إلى أهداف ليست انفعالية (كالمعمل أكثر من أجل الحصول على ترقية)، في حين أن التنظيم الإنفعالي، فهو موجه للإنفعالات فقط بغض النظر عن الموقف الذي ظهر فيه. (DELILS. G et all, 2011, p473)

و في نفس السياق أكد COMPAS و آخرون سنة 2013، أن استراتيجيات التنظيم الإنفعالي تشمل السياقات الواعية و اللاواعية، في حين أن المقاومة تحوي على إجابات واعية، فهي تعني الإستجابة للضغط، أما التنظيم الإنفعالي فيتمثل في جهود تنظيمية تعمل على نطاق أوسع من المواقف و الخبرات الإنفعالية. (PAIS BRANDAO.T.R,2017, p 109)

وحسب GROSS و آخرون سنة 2006، استراتيجيات التنظيم الإنفعالي موجهة خصوصاً من أجل تنظيم الإنفعالات، في حين أن المقاومة يمكن أن يكون لها تأثيرات على مجالات أخرى، و يضيف مؤكداً أنهما متداخلان فيما بينهما جزئياً، فأنشطة المقاومة موجهة نحو مواقف مهددة، و هي في الواقع تشمل جزء فقط من وظائف و أهداف التنظيم الإنفعالي. إلا أن استعمال استراتيجيات إعادة التقييم المعرفي و القمع التعبيري سيكون لها تأثير على كل أنواع المقاومة، فهي في الواقع لا تركز فقط على الإنفعالات، فالمقاومة تأتي نتيجة للنشاطات الأقل تحكماً لتنظيم الإنفعال. فالمقاومة المتمركزة على الإنفعال تعمل على ما لم يتم تغييره من طرق استراتيجيات التنظيم الإنفعالي - لشدته لا يمكن أن تخضع لإعادة التقييم المعرفي، أو لا يمكن قمع مظاهره التعبيرية - و الذي يعتمد على التجارب الإنفعالية التي يمر بها الأشخاص.

من كل هذا يبدو أن استراتيجيات التنظيم الإنفعالي تتنبأ بنوع المقاومة المستعملة، فهي تمهد الطريق لاستخدام استراتيجيات المقاومة الملائمة. رغم هذا لم نجد دراسة حول العلاقة

الموجودة بين استراتيجيات التنظيم الإنفعالي و المقاومة الثنائية، إلا أن هناك بعض الأبحاث التي توصلت إلى أن الجنس يتدخل في تعديل العلاقة الموجودة بين استراتيجيات التنظيم الإنفعالي و المقاومة، و هذا فيما يتعلّق بالبحث عن السند الإجتماعي (الإنفعالي و المادي)، حيث أن النساء اللاتي يستعملن إستراتيجية إعادة التقييم المعرفي يملن إلى مواجهة المشكل، و كذلك يسعين للحصول على السند الإجتماعي، أما استخدامهن للقمع التعبيري يجعلهن يتجنبن مواجهة المشكل، و كذلك ي تجنبن النصيحة و المساعدة المادية (الدعم الإجتماعي المادي) من الآخرين إلا أنه ليس هناك أي فرق في اختيار احد الإستراتيجيتين من كلا الجنسين. (DELILS. G et all, 2011, p474-476)

من كل ما سبق يبدو من الواضح أن هناك اختلاف بين استراتيجيات التنظيم الإنفعالي، و المقاومة، و هذا ما يجعل الوسائل المستعملة لقياس هذه الإستراتيجيات مختلفة.

- أدوات قياس استراتيجيات التنظيم الإنفعالي:

لقد أدى عدم توصل المختصين إلى اتفاق يشمل تعريف و تصنيف تنظيم الإنفعالات إلى صعوبة قياسه، فالعدد الهائل و التعقيد في السيرورات التي ينطوي عليها تنظيم الإنفعال، بالإضافة إلى خصائصه المحددة، كل هذا يجعل مقاييس استراتيجيات التنظيم الإنفعالي أكثر تنوعاً، من طرق التقييم الذاتي، إلى الملاحظة، و طرق علم النفس الفيزيولوجي، و أكثر ما يهمنا هو وسائل التقييم الذاتي، أو ما يسمى بالسلالم و الإستبيانات، إذ يوجد العديد من السلالم التي تستخدم للتعرف على الإستراتيجيات المستخدمة من أجل تنظيم الإنفعالات، و من أهمها:

- سلم التحكم الإنفعالي Courtland
- سلم التناقض أمام التعبير الإنفعالي ( AEEQ )
- مقياس التعبير الإنفعالي ( EEQ )
- مقياس التنظيم الإنفعالي ( ERQ )
- سلم ستانفورد للكفاءة الذاتية الإنفعالية للسرطان (SESES-C)

و رغم تعدد المقاييس، إلا أنها تشترك في نقطة مهمة، ألا و هي المفاهيم التي صممت من أجل تقييمها، كما نجد أن عددا منها تركز على قدرة الأفراد في تحديد و وصف انفعالاتهم، أمّا البعض الآخر فتركز على قدرة الأفراد على التعبير على انفعالاتهم، أو حتى ميلهم للتحكم فيها أو إطفاءها.

و كما أشرنا سابقا مريضات سرطان الثدي و أزواجهن، لديهم صعوبة في تسيير الإنفعالات المعقّدة و الناتجة عن التشخيص و العلاجات المستعملة، إلا أنّ كل هذه المقاييس المذكورة لم تبنى لقياس التنظيم الإنفعالي لدى مرضى السرطان، إلا المقياس الأخير و الخاص بالفعالية الذاتية لدى مرضى السرطان، إلا أنّ كل المقاييس الأخرى استعملت مع هته الفئة من المرضى و خاصة مع مريضات سرطان الثدي، حيث أنّ كل سلم يقيس جانب معين من استراتيجيات تنظيم الإنفعالات، و خلال بحثنا هذا قمنا باستعمال مقياس التنظيم الإنفعالي لـ GROSS، و الذي يقيس استراتيجيتين مهمتين، و المتمثلتان في استراتيجية إعادة التقييم المعرفي، و استراتيجية القمع التعبيري.

### خلاصة:

يبدو أنّ استراتيجيات تنظيم الإنفعالات تحتل أهمية بالغة في تكيف مريضات سرطان الثدي، و أزواجهن، مع تشخيص المرض و العلاجات المتعددة، إضافة إلى أنّ الإستراتيجيات المستعملة من طرف الأزواج قد تؤثر في تكيف زوجاتهم مع مرض السرطان، فمرض السرطان كما رأينا في الفصل السابق، يكتسي صبغة الضغط المشترك، بحيث سيؤثر على المريضات، أزواجهن، و الزوج ككل، فاستراتيجيات التنظيم الإنفعالي في هذه الحالة تساعد على اختيار الأزواج لطرق المقاومة الثنائية الملائمة، و التي ستساعد في التكيف مع المرض، من خلال تحسين نوعية الحياة عموما، و هذا ما سنحاول التطرق إليه فيما يلي.

# الفصل الثالث

## المقاومة الثنائية

**تمهيد:**

الدراسات التي خصت سرطان الثدي عديدة، و لكن كان أغلب اهتمامها يصب على العوامل النفسية المسببة للسرطان، ما جعل كل الدراسات تتخذ منظور فردي بحت يخص المريضة و فقط، و لكن و باعتبار تشخيص السرطان حدث ضاغط فإنه بطبيعة الحال سيمس حتى الأشخاص المقربين من المريضة، و بطبيعة الحال يعتبر الزوج أول شخص يمكنه تقديم الدعم اللازم، و طريقة تعاملهما كوحدة مع الحدث الضاغط (السرطان) قد تشكل نقطة فاصلة في توافق المريضة مع إصابتها.

**لمحة عن الضغط و المقاومة :**

الضغط هو خبرة انفعالية سلبية، يتوافق ظهوره مع حدوث تغيرات بيوكيميائية، فيزيولوجية، معرفية، و سلوكية يمكن التنبؤ بها، و يمكن ان تؤدي إما إلى تغيير الحدث الضاغط، أو إلى التكيف مع آثاره. (شيلي تايلور، 2008، ص 343)

فحسب LAZARUS و FOLKMAN سنة 1984، الضغط هو تعاقد خاص بين الفرد و المحيط، أين يتم تقييم الوضعية من طرف الفرد على أنها شاقة أو تتجاوز موارده و يمكن ان تهدد رفاهيته. (M.B.SCHWEITZER, E. BOUJUT, 2014, P 437)

من هذا المنظور يتضح أنه ليست الخصائص الموضوعية للموقف الضاغط ( طبيعته، خطورته، تكراره، و مدته...) و إنما تقييم الفرد للموقف و أثره عليه هو الذي يغير العلاقة بين السياق السلبي و الحالة الإنفعالية أو الجسدية للفرد. فخلال فترات حياتنا نكون معرضين لمواجهة المواقف و الأحداث الضاغطة على مختلف المستويات: الفردي، العائلي، المهني و الاجتماعي. و هذا ما يؤكد الفكرة القائمة على أن الضغط يرتكز على العلاقة بين الفرد و البيئة، فهو ينشأ عن عمليات التقييم التي يقوم بها الفرد، أي تقييم ما إذا كانت إمكاناته الذاتية كافية لمواجهة مطالب البيئة، فالضغط إذا يتقرر بمدى الإنسجام بين الفرد و البيئة.

(شيلي تايلور، 2008، ص 344)



إن الفروق الفردية في تقييم الموقف الضاغط، تقود بالضرورة إلى الإختلاف في الإستجابة للضغط من فرد لآخر، فهناك بعض الأفراد يصبحون متوترين و سلبيين في الإستجابة، في حين أن الآخرين يقاومون بكل إيجابية، و ما يحدد هذه الفروق هي الإستراتيجيات التي يتبناها كل فرد على حدى للتعامل مع الضغوط. و التي يعرفها كل من LAZARUS و FOLKMAN على أنها، مجموع الجهود المعرفية و السلوكية الموجهة للتحكم و التحليل، أو تقبل المتطلبات الداخلية و الخارجية التي تهدد موارد الفرد. ( زناد. د، 2008، ص 163) أما ALTMAN، فيرى أن استراتيجيات التعامل، هي استراتيجيات فردية، تستعمل في وجه الضغوط، بحثا عن التغيير أو لتفادي الصعوبات المواجهة في المحيط، فالمواجهة هي استجابة يعبر عنها بأشكال متعددة منها تظاهرات جسدية، سلوكية، انفعالية، و معرفية، كما أن هذه الإستراتيجيات قد تكون إيجابية أو سلبية. ( مرزاق. و، 2009، ص 63) فيما سبق يبدو أن المقاومة اعتبرت و لمدة طويلة كسياق فردي، و التي في موقف ضاغط داخل العلاقة الزوجية يمكن أن تصبح غير كافية للحفاظ على توافق الأزواج و تكيفهم مع الموقف الضاغط.

### **المقاومة داخل العلاقة الزوجية:**

يبدو أن المقاومة الفردية تظهر غير فعالة كفاية إذا ما تعرض الأزواج لموقف ضاغط، هنا ظهرت أعمال كل من COYNE و SMITH، سنة 1991، حيث كانا أول من أدخل مفهوم المقاومة المتمركزة على العلاقة الزوجية، في دراسة حول الضيق لدى أزواج المرضى المصابين بجلطة قلبية، و قد حددا وجود استراتيجيات للمقاومة و المتمركزة على العلاقة الزوجية، و التي تتمثل في: "استراتيجية الإلتزام النشط l'engagement actif"، و التي تعتمد على إدخال الحوار مع الفرد الآخر من الزوج، و محاولة فهم انفعالاته من أجل دراسة طريقة حل المشكل، و استراتيجيات "الصمام الواقي tampon protecteur"، و التي تظهر من

خلال الجهود التي يبذلها الفرد للتخفيف من انفعالات الآخر، مع تجاهل و استصغار مخاوفه و غضبه. (BERMEJO.E et all, 2012, P 6)

في نفس السياق أكد REVENSON سنة 1994، على الأخذ بعين الاعتبار التقارب الموجود بين استراتيجيات المقاومة المتبعة من كلا فردي الزوج، و التي تركز على استراتيجيات المقاومة الفعالة الفردية لكلا الزوجين و درجة التقارب أو الاختلاف الموجودة بينهما، حيث أن تقارب استراتيجيات المقاومة يرتبط بالرفاهية الفردية، و كذلك بالرضا الزوجي، كما أنه يمكن أن يخص أنماط المقاومة المتشابهة أو المتكاملة، فالهدف هو جمع بين استراتيجيات المقاومة من أجل الوصول إلى الهدف المشترك.

فلستعمال استراتيجيات المقاومة التكميلية يمكن أن يكون ذات فعالية أكثر إذا ما تبنى الزوجان استراتيجيات متشابهة، حيث يصبح لديهم سجل من استراتيجيات المقاومة أكثر شمولية، و الجهود التي يبذلها أحدهما في مواجهة الموقف الضاغط من الممكن أن تزيد من فعالية استراتيجيات المقاومة لدى الآخر. (SEGRESTAN-CROUZET.C, 2010, p133)

و رغم محاولة REVENSON المشاركة في تطوير مفهوم المقاومة لدى الأزواج، إلا أن جهوده بقيت تصب في منظور فردي، إلى أن رأت أعمال BODENMANN النور سنة 1995، بعد دراسات دامت قرابة 15 سنة، لينتقل مفهومي الضغط و المقاومة من المنظور التعاقدى الفردي إلى المنظور الثنائي، و يظهر ما أسماه بـ: "المقاومة الثنائية coping dyadique".

**مفهوم المقاومة الثنائية:**

ظهرت المقاومة الثنائية خلال العشرة سنوات الأخيرة، لتُعبّر عن الترابط الموجود بين الاستراتيجيات المتبناة من طرف شخصين في مواجهة نفس الحدث الضاغط.

(REVENSON et all, 2005)

فهي تعرف بأنها مجموع الجهود التي يبذلها الزوجان سويا في مقاومة ضغط مشترك.

(FELDMAN.B.N et BROUSSARD. C, 2006 , P 117)

و يكون الضغط مشتركا إذا ما أصاب كلا الزوجين، و اللذان يأخذان بعين الإعتبار إشارات الضغط اللفظية و غير اللفظية لأحد الشريكين، و ردود الفعل المستعملة من طرف الشريك الآخر لمواجهة هذه الإشارات. (BODENMANN.G, 1997, P 138) و

في هذا الإطار يضيف BODENMANN أن التواصل حول الضغط يولد لنا استجابة تكيفية لدى الشريك، حيث أن هناك العديد من السياقات المعرفية التي تدخل في التواصل حول الضغط، و المتمثلة في: تقييم من تأثر بالحدث الضاغط (أحد الزوجين أو كلاهما)، تقييم أسباب الحدث الضاغط ( الشريك، الآخرين، أسباب خارجية)، و أخيرا تقييم ضبط الحدث الضاغط (من طرف أحد الزوجان أو كلاهما). (KAYSER.K, 2008, P 38)

فحسب BODENMANN سنة 1995، المقاومة الثنائية تشمل مجموع الجهود التي يبذلها أحد الزوجين أو كلاهما من أجل تسيير و مقاومة الأحداث الضاغطة التي يتعرض لها أحد الزوجين (ضغط ثنائي غير مباشر)، أو كلاهما (ضغط ثنائي مباشر). فالضغط الذي قد يواجه أحدهما، سيؤثر حتما على الآخر، ما يدعوها إلى تقديم الدعم لبعضهما البعض، بهدف خلق حالة من الإتساق الداخلي (homéostasie) ، الرفاهية، و الرضا داخل العلاقة.

(SEGRESTAN-CROUZET.C, 2010, p133)

من هذا التعريف يتضح أن BODENMANN يعتبر الضغط مثله مثل تسييره، يتطلب ظاهرة تفاعلية بين كلا الزوجين، بما أن إشارات الضغط عند أحدهما تسبب استجابات لدى الآخر.

في حين يعرّف BAIDER وآخرون على أن هـ سيرورة ببشخصية، تتضمن الشريكين، و تهدف إلى التخفيف من الضغط. (HARTMANN.A, 2008, p144)

من هنا يبدو أن المقاومة الثنائية تعبر عن كيفية مواجهة كلا الزوجين للمواقف الضاغطة التي تصيب كلاهما أو أحدهما، و هي تظهر ارتباطات خطية مع متغيرات أخرى مثل الدعم الاجتماعي، الوعي بالعلاقة، و التوافق الثنائي.

- المقاومة الثنائية و الدعم الاجتماعي:

كثيرا ما تصور تعامل الزوجين مع الضغط على أنه مرتبط ببناء الدعم الاجتماعي، و يعكس هذا الارتباط تعريف LAZARUS للمقاومة سنة 1999، على أنها سياق ينطوي على تقييم، أفعال، انفعالات و ردود فعل الآخرين. (DONATO.S, et al, 2009, p27)

و رغم الارتباط الموجود بين المقاومة الثنائية و الدعم الاجتماعي، إلا أنهما مختلفان، فحسب BODENMANN , PIHET, KAYSER، سنة 2006، هناك العديد من أوجه الفرق بين مفهومي المقاومة الثنائية و الدعم الاجتماعي، و المتمثلة في أن:

- المقاومة الثنائية تخص الدعم الزوجي فقط كمنبع أساسي و أولي للدعم.
- المقاومة الثنائية تقتضي التزام كلا الزوجين لضمان الرفاهية و رضا كل منهما، على عكس الدعم الاجتماعي.

- مفهوم المقاومة الثنائية إضافة إلى الدعم الاجتماعي، يشمل كذلك على العديد من سلوك تسيير الضغط، و التي يشارك بها كلا الزوجين لمواجهة الضغط المشترك.

(HARTMAN.A, 2008, P 144)

من هذا يبدو أن الدعم الاجتماعي المقدم من خلال سياق المقاومة الثنائية، هو دعم خاص مقدم من كلا الزوجين، فداخل العلاقة الزوجية، الشريك هو منبع الدعم الأكثر أهمية في فترات الضغط، و بالتالي تلقي الدعم من الشريك له قيمة مختلفة مقارنة مع باقي مصادر

الدعم الإجتماعي، و كما سنرى لاحقا في تصنيف المقاومة الثنائية لـ: BODENMANN، فإن الدعم الزوجي (المقاومة الثنائية السندية) ما هو إلا واحد فقط من أنواع المقاومة الثنائية.

#### - المقاومة الثنائية و الوعي بالعلاقة:

علاوة على ذلك ترتبط المقاومة الثنائية بالوعي بالعلاقات، فحسب ACITELLI و آخرون سنة 1992، على الزوجين أن يفهما أنّ الموقف الضاغط هو مشكلتهما معاً، و أن يهتمّا بالزوج « couple »، أو العلاقة كوحدة. حيث يمكن اعتبار الوعي بالعلاقات كشرط مسبق، و نتيجة للمقاومة الثنائية في آن واحد، فمن خلال تفاعلات الزوجان عند مواجهة المشكل معا تظهر قدرتهما على تبني منظور علائقي، و في نفس السياق يفترض BODENMANN، أنه كلما كان الزوجان يقومان بنشاطات مشتركة، و التي تعزز الثقة المتبادلة و إدراك العلاقة كماوى آمن، كلما استطاعا إدراك أنفسهما كوحدة مزدوجة، و زيادة شعورهم بالإرادة.

(DONATO.S, et al, 2009, p28-29)

#### - المقاومة الثنائية و التوافق الثنائي:

هناك فرق بين المقاومة الثنائية و التي تعبر عن كيفية تعامل الزوجين من أجل التصدي للضغوط، و بين التوافق الثنائي و الذي يشير إلى جودة العلاقة، و الذي يعرفه SPANIER، سنة 1976 بأنه محدد بدرجة الفروق غير المحتملة بين الزوجين، التوترات البيئية و الشخصية، رضا الزوجين عن العلاقة، التماسك بين الأزواج، و الإتفاق على المواضيع التي تعتبر مهمة بالنسبة لأحدهما أو لكلاهما. و بالتالي يمكن أن نقول أن المقاومة الثنائية تساهم في التوافق الثنائي. (SEGRESTAN-CROUZET.C, 2010, p97)

من كل ما سبق، يبدو أن المقاومة الثنائية جاءت لتظهر أهمية القيام بدراسة الأزواج في مواجهة الضغط باعتبارهما وحدة، و ليس كشخصين مستقلين. فهي تدخل في إطار نموذج نسقي تعاقدية، و الذي يعتمد أساسا على النموذج التعاقدية لدراسة الضغط لكل من

LAZARUS و FOLKMAN سنة 1984، الشيء الذي جعل هناك أوجه تشابه في مراحل مواجهة الضغط على المستويين الفردي و الثنائي.

### مراحل المقاومة الثنائية:

يرى BODENMANN، أنّ الشريك (الزوج) يلجأ إلى المقاومة الثنائية إذا ما نفذت لديه الإستراتيجيات الفردية، فتظهر هنا المقاومة الثنائية في المقدّمة. و كونها تخص كلا الزوجين فهي من طبيعة مختلفة مقارنة بالمقاومة الفردية، إذ أنها تدخل في منظور نسقي – تعاقدية، إلا أنها تعتبر امتداداً لنموذج استراتيجيات المواجهة الكلاسيكي (النموذج التعاقدية)، المقترح من طرف LAZARUS و FOLKMAN، و الذي يقوم على: التقييم المعرفي، الإستجابة الإنفعالية، السلوك التكيفي، و التوافق. (KAYSER.K et SCOTT.J, 2008, P38) ففي هذا الإطار يضيف BODENMANN (1995 – 1997) أن الضغط مثله مثل تسييره يشكلان ظاهرة تفاعلية بين كلا الزوجين، بمعنى أن مؤشرات الضغط عند أحد الزوجين تؤدي إلى ظهور استجابات عند الآخر، و بهذا أدخل مفهوم "التسيير الثنائي للضغط"، و الذي يتعلّق بالسيرورة التالية: أحد الزوجين يدرك الموقف على أنه ضاغط (لأنه تم تقييمه كفقدان، تهديد، أو تحدي)، فيرسل إشارة إلى الآخر، و الذي يفسرها و يحل شفرتها، يتبنى استجابة، و يقدّم اجابة لمواجهة هذه الإشارة. فكل هذه المراحل تهدف لإعادة الرفاهية، و حالة من الإتساق الداخلي لدى كلا الزوجين، و كذلك إعادة التوازن البنيوي، السلوكي، الإنفعالي، و الإجتماعي داخل النظام الثنائي.

و حسب UNTAS و آخرون (2009)، فإن التسيير الثنائي للضغط يتم عبر ثلاثة مراحل:

\* *الاتصال حول الضغط*: التحدث مع الشريك عن الضغط الذي يشعر به و يطلب منه الدعم اللازم لمواجهته.

\* *المقاومة الثنائية*: و هي ردود الفعل التي يتبناها الأزواج (Les couples).

\**التغذية الرجعية*: و تمثل الفعالية و الرضا المدركان لتسيير الموقف الضاغط.

(RAGUENET.D, 2012, P20)

و بهذا فإن هذا نموذج يسمح الأخذ بعين الإعتبار الضغط و مواجهته على المستويين: الفردي و الثنائي، فعند مواجهة الزوجين، لوضعية ضاغطة ما، فإنهما يسلكان وفقا لنموذج LAZARUS و FOLKMAN، من خلال مجموعة من التقييمات، حسب ما يلي:

- **التقييم الأولي**: و يتكون في هذا النموذج من أربعة مراحل:
  - 1 - كل زوج يقيم رهانات الوضعية الضاغطة لما يخدم رفايته، رفاية الشريك، و رفاية الزوج كوحدة.
  - 2 - يحاول فيما بعد تقييم إدراك الشريك لهذه الوضعية بالنسبة له، للشريك، و للزوج ككل.
  - 3 - و من ثم يتحقق ما إذا كان الشريك مهتم به (هذا إذا ما مر بالمرحلة الثانية بطريقة جيدة).
  - 4 - و أخيراً، كلا الزوجين يقارنان تقييماتهما و يحاولان الجمع بينهما، من أجل تنسيق جهودهما لمواجهة الوضعية.
- **التقييم الثانوي**: يحدد ما إذا كان الزوجين قادرين على مواجهة الوضعية (بطريقة فردية أو كزوج)، و لهذا يجب المرور بثلاثة مراحل، و المتمثلة في:
  - 1 - الفرد يقيم موارده الخاصة، موارد الشريك، و موارد الزوج ككل.
  - 2 - ثم يحاول تخيل كيف يدرك الآخر من وجهة نظره مجموع موارد الزوج (على المستويين الفردي و الثنائي).

### 3 - و أخيرا مقارنة و تنسيق التقييمات الثنائية لكلا الزوجين من أجل الوصول إلى تقييم مشترك.

التقييمات الأولية و الثانوية ستسمح بتحديد استراتيجيات المواجهة المستعملة على المستويين الفردي و الثنائي على حد السواء. و حسب BODENMANN المقاومة الثنائية تشمل استراتيجيات المواجهة التي ترمي إلى الحفاظ أو إعادة التوازن البنيوي، الوظيفي، السلوكي، الإنفعالي، و الإجتماعي داخل العلاقة الزوجية، بمعنى أنها تهدف إلى حالة من الإتساق الداخلي (état d'homéostasie)، حيث أنّ حالة التوتر لدى أحد الزوجين ستؤثر بالضرورة على الآخر، ما يجعل كلاهما يهتم بمساندة الآخر من أجل ضمان الإتساق الداخلي، الرفاهية و الرضا داخل العلاقة.

و يبدو أنّ التقييمات الأولية و الثانوية للوضعية الضاغطة تتحدّد من خلال سيرورة التواصل حول الضغط. حيث أنّ أحد الزوجين يقوم بإيصال تقييمه للوضعية، من خلال إشارات لفظية و غير لفظية لشريكه، و الذي يدرك، يفسر، و يفك شفرة هذه الإشارات قبل أن يقوم بأية استجابة، و لهذا فإننا نجد العديد من الإستجابات، و المتمثلة في:

- عدم وجود تقييم: الشريك لا يقوم بتقييم مستوى ضغط الآخر، و هذا لنقص في الكفاءات، أو في الدافعية.
- عدوى الضغط: الشريك هو كذلك متأثر بالوضعية الضاغطة.
- اللجوء إلى استراتيجيات مقاومة إجابية أو سلبية.

(SEGRESTAN-CROUZET.C, 2010, p134-135)

يبدو أنّ المقاومة الثنائية ليست وظيفية في حد ذاتها، و لكن يمكن للأزواج أن يتخذوا أشكالاً إجابية و سلبية لتسيير الضغط داخل الزوج، فحسب تصور BODENMANN، المقاومة الثنائية هي بناء متعدد الأبعاد، يرتبط بنوع الوضعية، التقييمات و الأهداف الفردية



و الثنائية، و على الكفاءات الخاصة للأزواج، و بهذا يمكن أن تتخذ المقاومة الثنائية أنواعا مختلفة.

### أنواع المقاومة الثنائية:

أول تصنيف وضعه BODENMANN، كان سنة 1995، و ذلك بتمييز ثلاثة استراتيجيات للمقاومة الثنائية الإيجابية، و التي تركز على مسؤولية سيرورة المقاومة داخل الزوج، بمعنى من يشارك في سيرورة المقاومة، و تتمثل هذه الإستراتيجيات فيمايلي:

#### - المقاومة الثنائية الإيجابية:

- المقاومة الثنائية المشتركة (التسيير المشترك للضغط): كلا الزوجين مسؤولان عن حل الموقف الضاغط. فهما يشاركان في سيرورة المقاومة، هذه الإستراتيجيات قد تكون متمركزة على المشكل (مشاركتها في حل المشكل، تقسيم المهام بشكل متساوي، البحث عن المعلومة معا...)، أو على الإنفعال (التضامن المشترك، تمارين أو نشاطات معا...).
- المقاومة الثنائية السندية (الدعم الثنائي): و هو الدعم الذي يقدمه أحد الزوجين للآخر، الذي لا تكون له الموارد الكافية لمواجهة الموقف الضاغط. و نجد كاستراتيجيات المتمركزة حول المشكل المساعدة الواضحة في الأعمال اليومية، تقديم المعلومات، أما الإستراتيجيات المتمركزة على الإنفعال فنجد تقديم المساعدة على إعادة تقييم الموقف، *compréhension empathique*، المساعدة على الإسترخاء، و الإهتمام بالآخر.
- المقاومة الثنائية المفوضة: أحد الزوجين يأخذ على عاتقه كامل المسؤولية عن سيرورة المقاومة بهدف التخفيف من مستوى الضغط لدى شريكه. و لهذا يقوم بالأعمال التي كان يقوم بها شريكه عادة.

(SEGRESTAN-CROUZET.C, 2010, p135-136)

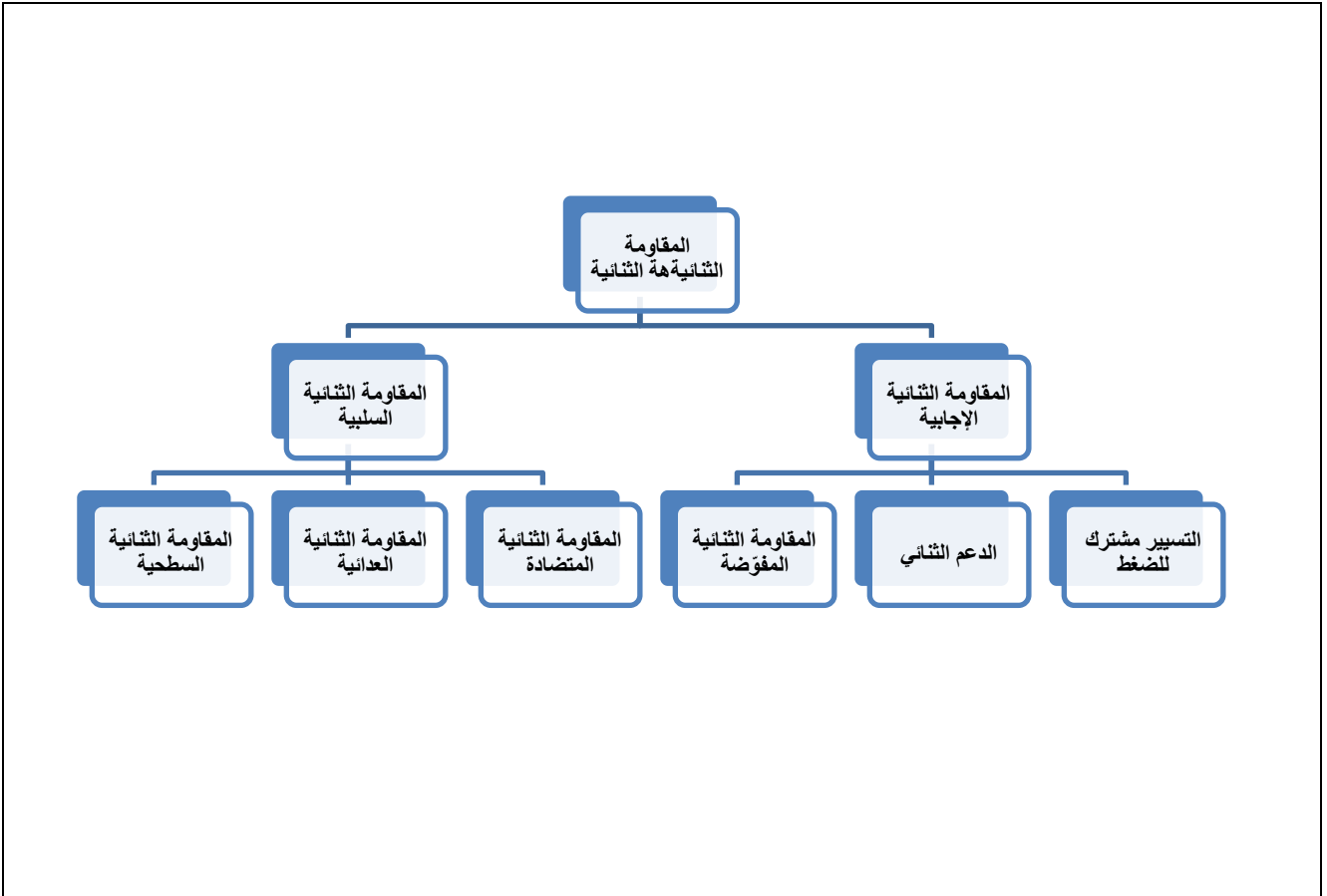
فمن أجل التغلب على المشكل المتعلق بالثنائية، يلجأ أحد الزوجين إلى المقاومة الثنائية السلبية و الدّاعمة، من أجل تقديم الدعم للآخر لكي يتصدى لعامل ضغط خارج الثنائية، و الذي يؤثر على هذه الأخيرة بطريقة غير مباشرة من خلال الشريك المضغوط، فالدعم الثنائي يشير إلى أن الشريك يعبر عن تفهمه و تضامنه مع الآخر، أو يزوّده بمعلومات و نصائح عملية، أما المقاومة الثنائية الموجهة فتتمثل في الجهود التي يبذلها أحد الزوجين لتولي المهام و الواجبات اليومية للآخر، و ذلك بهدف التخفيف من إدراكه للضغط، فهنا الشريك مدعو صراحة إلى تقديم المساعدة، و يمكن لكل من الدعم الثنائي، و التسيير المشترك للضغط أن يتحققا إما من خلال تقارب يتمحور على الإنفعالات، و التي تهدف إلى التخفيف من الضيق الإنفعالي للأزواج أو من خلال نشاطات تتمحور على المشكلات، و التي تهدف إلى تسيير المشكل.

و قد أظهر الإستقصاء النظري لـ: BODENMANN، سنة 1997، إمكانية وجود استجابات تكيفية ثنائية ذات طبيعة سلبية، و في هذا الوصف التكميلي لنموذجه، أضاف الباحث ثلاث أوجه سلبية للمقاومة الثنائية، و التي يمكن اعتبارها كإجابات دعم لتعبير الشريك عن الضغط، و لكن بدلالة سلبية.

- المقاومة الثنائية السلبية:

- المقاومة الثنائية المتضادة: أحد الزوجين يقدم دعمه للآخر لكن من دون دافعية، و لا احترام للآخر، بمعنى آخر الشريك يقدم دعمه لكن مع موقف يعبر عن عدم رغبته في المساندة لأن الدعم يعتبر غير ضروري، و/أو أن الشريك الذي يبحث عن السند هو أقل شأنًا منه أو غير كفاء. و في هذه الحالة الشريك يقدم الدعم لكنه يشعر و كأن الآخر لم يطلبه.
- المقاومة الثنائية العدائية: أحد الزوجين له حوار عدائي اتجاه الآخر، و ذلك من خلال التهكم اللامبالاة التقليل من الضغط الذي يشعر به الزوج.

- المقاومة الثنائية السطحية: يظهر أحد الزوجين أنه مهتم بالآخر، و في حقيقة الأمر هو لا يقدم له الدعم الذي يحتاجه. أي أنه يقدم الدعم و لكن بطريقة غير صادقة و غير حقيقية، كأن يسأل عن المشكلة و لكن لا يصغي إلى الرد، أو يقوم باحتضانه لكن دون انخراط عاطفي حقيقي. (DONATO.S, et al, 2009, p26-27) و يمكن توضيح أنواع المقاومة الثنائية في الشكل التالي:



الشكل رقم (15): مخطط توضيحي لأنواع المقاومة الثنائية

و لم يكتف BODENMANN، بوضع تصنيف جديد للمقاومة الثنائية، بل قام كذلك ببناء أدوات تسمح لنا بتقييمها.

### أدوات قياس المقاومة الثنائية:

كان كل من COYNE و SMITH، أول من وضع سلمًا لقياس المقاومة المتمركزة على العلاقة الزوجية سنة 1991، (« Relationship-focused coping scale » RFCS) و الذي يحوي على سلمين فرعيين، الأول يقيّم الإلتزام النشط من خلال 12 بندًا (مثال: الجلوس و التحدث معًا)، و بندًا لقياس استراتيجيات الصمام الواقية (كتجاهل و كتمان الغضب). (SEGRESTAN-CROUZET.C, 2010, p137)

و لكن هذه الأداة لم تكن تُحط بجميع أبعاد المقاومة الثنائية، و لهذا استعمل BODENMANN و فريقه في أبحاثهم، العديد من الوسائل من أجل قياس و تقييم هذا النوع من المقاومة، و هذا من أجل الإحاطة بمختلف أبعادها و من مختلف وجهات النظر، و تتمثل هذه الأدوات في:

- الملاحظة المنظمة: حيث أنها تقيس السياق الإستمراري لمحتوى المقاومة الثنائية، طوال تفاعل الزوجان، سواء على المستوى اللفظي أو غير اللفظي. وذلك من خلال استعمال نظام الترميز لتحليل سلوك المقاومة الثنائية للأزواج. (coping system for analyzing dyadic coping – SDAD)
- المقابلة لاستقصاء المقاومة الثنائية: و التي تكشف دوافع و تجربة الأزواج الذاتية.
- و أخيرا الإستبيانات: يمكن أن تلقي الضوء على مختلف جوانب الظاهرة، و خاصة الشعورية، بدءًا من استجابات مواجهة الضغط الخاصة إلى الميول العامة للإستجابة بطريقة معينة مع الضغط في مختلف المواقف.

من أجل هذا طور BODENMANN سنة 1990، أداة تقييم ذاتي على أساس منظوره النسقي- التعاقدية لمقاومة الثنائية، و المتمثلة في استبيان المقاومة الثنائية كميل (« Fragenbogen zur erfassung des dyadischen coping als tendenz » FDCT) ، حيث أن هذه الأداة تنفرد بكونها تقيم سلوك الفرد من جهة، و إدراكه لسلوك الشريك من جهة أخرى. و قد تم مراجعتها مرات عديدة، و هناك حاليًا نسختين حديثتين.

حيث أطلق كل من BODENMANN و CINA سنة 2000، نسخة جديدة و المتمثلة في « FDCT-N » و هو سلم يتكون من 39 بنداً، موجهة لتقييم التواصل حول الضغط، استجابات المقاومة الثنائية التي يتبناها الأزواج في مواجهة اشارات ضغط الشريك، و المقاومة الثنائية المشتركة، إضافة إلى بنديين إضافيين لتقييم فعالية المقاومة الثنائية، و رضا الأزواج عنها. (DONATO.S, et al, 2009, p29)

سنة 2008، ظهرت النسخة الجديدة لأستبيان المواجهة الثنائية و المسمى بـ « DCI » (Dyadisches coping inventar)، حيث اختصرت بنوده إلى 37 بنداً، تقيس الإتصال حول الضغط و المقاومة الثنائية، وفقاً للأبعاد التالية:

- كيف يدرك كلا الزوجان طريقة مواجهته للضغوط (ماذا أفعل عندما أشعر بالضغط؟ ماذا أفعل عندما يشعر شريكي بالضغط؟)
- إدراك كلا الزوجين لمواجهة الآخر (ماذا يفعل شريكي عندما يشعر بالضغط؟ ماذا يفعل إذا ما شعرت أنا بالضغط؟)
- وجهة نظر كلاهما لطريقة مواجهة الزوج ككل (ماذا نفعل إذا ما تعرض الزوج لـ « couple للضغط؟ »)

و يحوي هذا المقياس على تسع ( 9 ) سلالمة ثانوية، تميز بين المقاومة الثنائية الإيجابية و السلبية، و المتمركزة على المشكل و على الإنفعال، كما يمكن من خلاله حساب التباينات في تصور كلا الزوجين، من خلال مؤشر المعاملة بالمثل، مؤشر الإنصاف، و مؤشر التطابق. (BODENMANN, et al, 2008, p108)

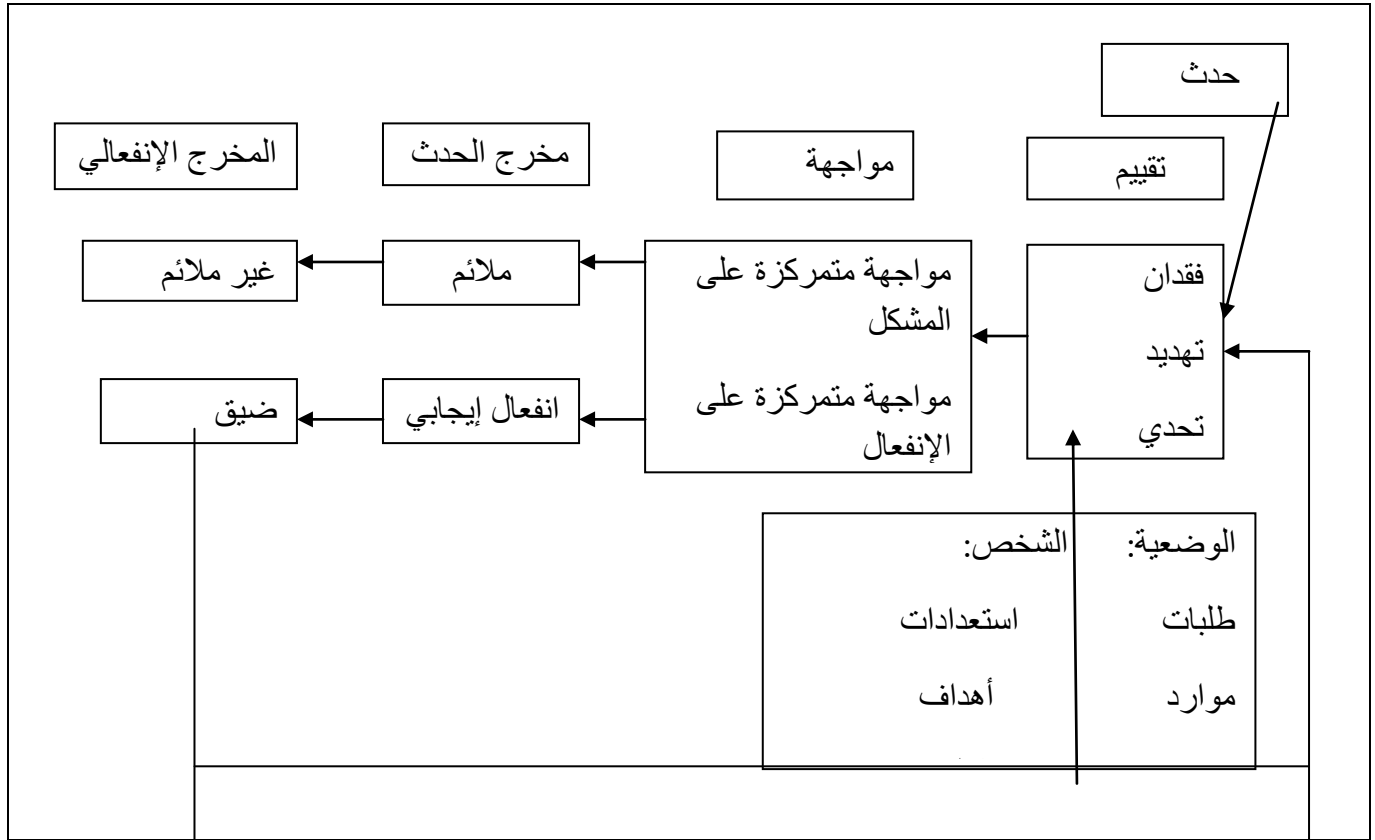
## من النموذج التعاقدى إلى النموذج الثنائي للمقاومة في مجال الصحة:

بعدما كان الإهتمام في علم نفس الصحة يركز على الشخص المريض فقط، تطوّر ليهتم بالأقارب و الأزواج، و بهذا تطورت النماذج المفسرة للضغط في مجال الأمراض المزمنة عموماً و أمراض السرطان على وجه الخصوص، انطلاقاً من النموذج التعاقدى وصولاً إلى النموذج الثنائي.

### - النموذج التعاقدى في مجال الصحة:

كما رأينا سابقاً، يعتبر النموذج التعاقدى ضغط-مقاومة (TSC)، الضغط كسيرورة دينامية خاصة بين الفرد و المحيط أين يتم تقييم الوضعية من طرف الفرد كمتعددية لموارده و مهددة لرفاهيته، و تعتبر المقاومة هنا كمجموع الجهود المعرفية و السلوكية المستمرة التغيير، و التي يستخدمها الفرد لتسيير متطلباته الخاصة الداخلية و / أو الخارجية و المقيمة كمستغلة أو متعدية لموارده.

فالسياقات التعاقدية تتم عبر مراحل عديدة، و المتمثلة في مرحلة التقييم الأولي (معنى الموقف)، مرحلة التقييم الثانوي (ما يمكن فعله؟)، و أخيراً إرصان استراتيجيات المواجهة أو "المقاومة"، و يمكن تلخيص النموذج التعاقدى ضغط-مقاومة في الشكل التالي:



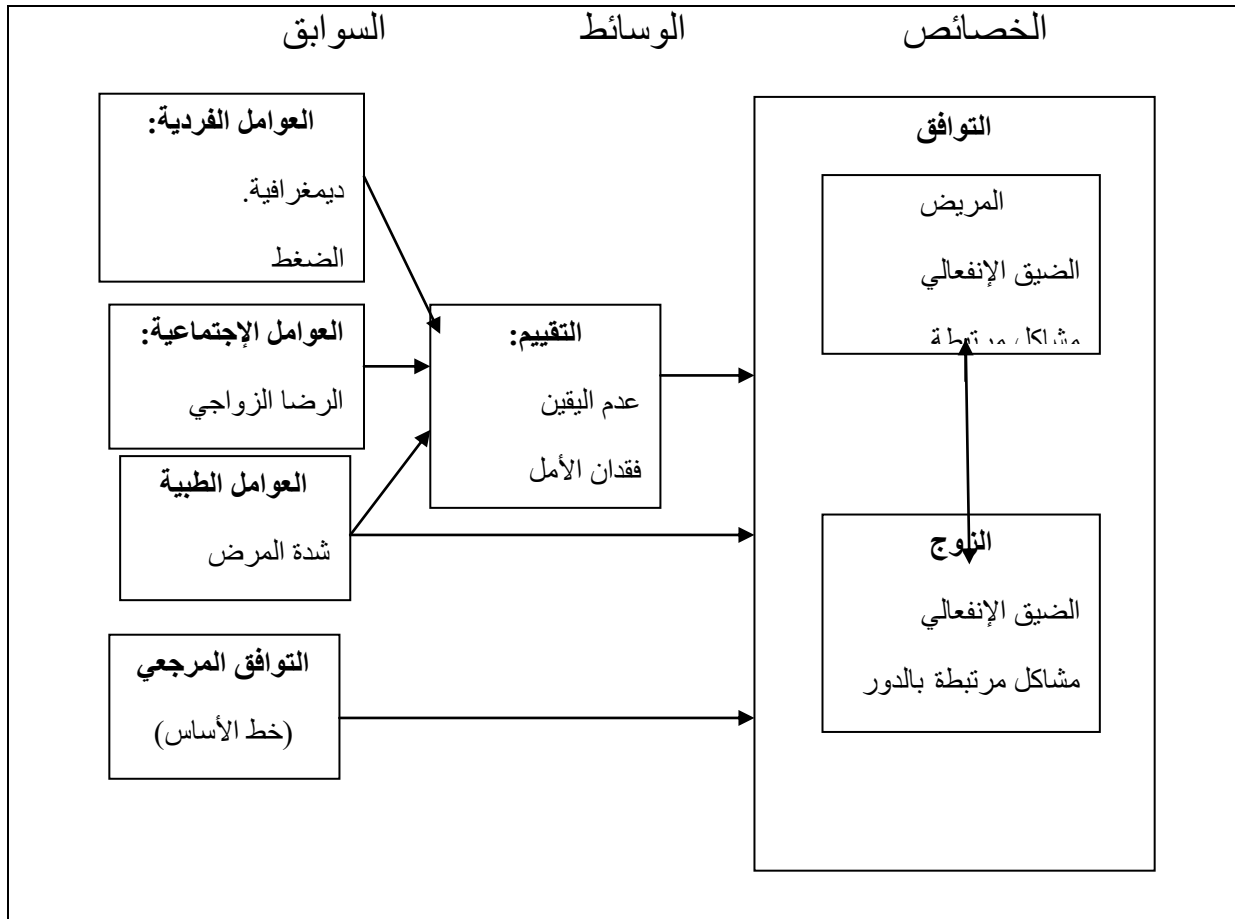
الشكل (16): النموذج التعاقدى ضغط مقاومة لـ: Lazarus et Folkman (1984)

حيث ان استراتيجيات مواجهة الوضعية (الحدث)، ترتبط بمرحلة التقييم، إذ أن هذه الإستراتيجيات هي استراتيجيات معقدة تدمج إجابات من مستويات مختلفة (معرفية، انفعالية، و سلوكية)، فهذه السياقات تغير في تأثير الأحداث الضاغطة على مصادر الصحة، بصفة عامة هذا النموذج يعتقد أن للسوابق الشخصية، و للحدث أو الوضعية الضاغطة أثر غير مباشر على مصادر الصحة، بمعنى أنه يمر عبر سياقات تعاقدية، إلا أن ترتيب هذه المراحل يختلف و يمكن ان تتكون حلقات رجعية، مع إعادة تقييم الوضعية، فهو يعطي أهمية للتعاقدات الآنية بين الفرد و المحيط، أي الجهود المعرفية و السلوكية المبذولة

من طرف الفرد للتكيف مع الوضعية الضاغطة. (حسب الشكل رقم 16)

(UNTAS.A et al. 2012, P90)

و سنة 2001 طوّر NOURTHOUSE و آخرون، نموذجا مستوحى من النموذج التعاقدى ضغط-مقاومة، خاص بتوافق الأزواج مع السرطان، حيث أن هذا النموذج الجديد يأخذ بعين الإعتبار ثلاث عناصر هامة: السوابق المقيمة أثناء التشخيص، الوسائط المقاسة بعد شهرين من التشخيص، و الخصائص بعد عام من التشخيص. و هذا حسب الشكل الموالي



الشكل رقم (17): نموذج NOURTHOUSE 2001

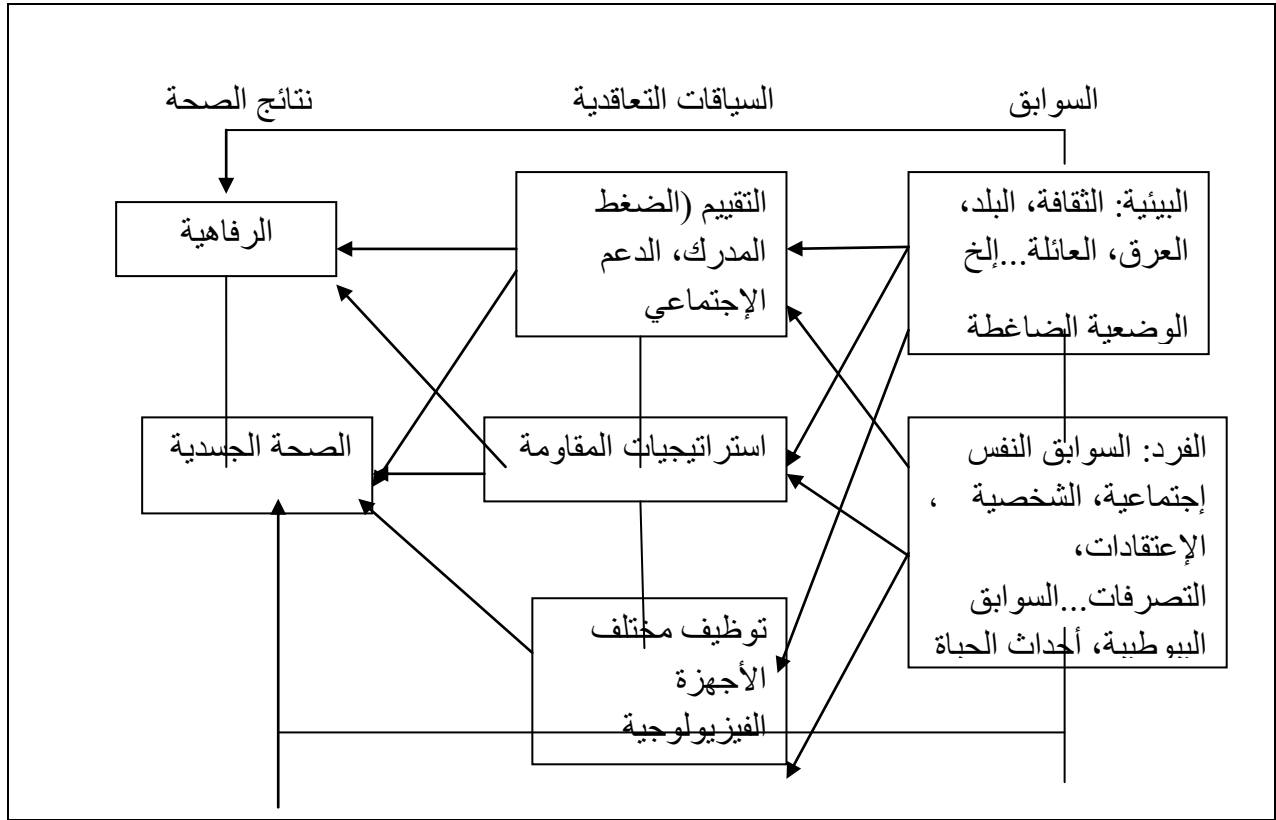
(SEGRESTAN-CROUZET.C, 2010, p151)

أكثر الأحداث الضاغطة المدروسة خلال هذا النموذج تمثلت في الإصابة بالمرض، مواجهة الفحوصات الطبية، و التشخيص. و من ثم جاء النموذج التعاقدى التكاملى المتعدد العوامل (TIM).



## - النموذج التعاقدى التكاملى المتعدد العوامل في مجال الصحة:

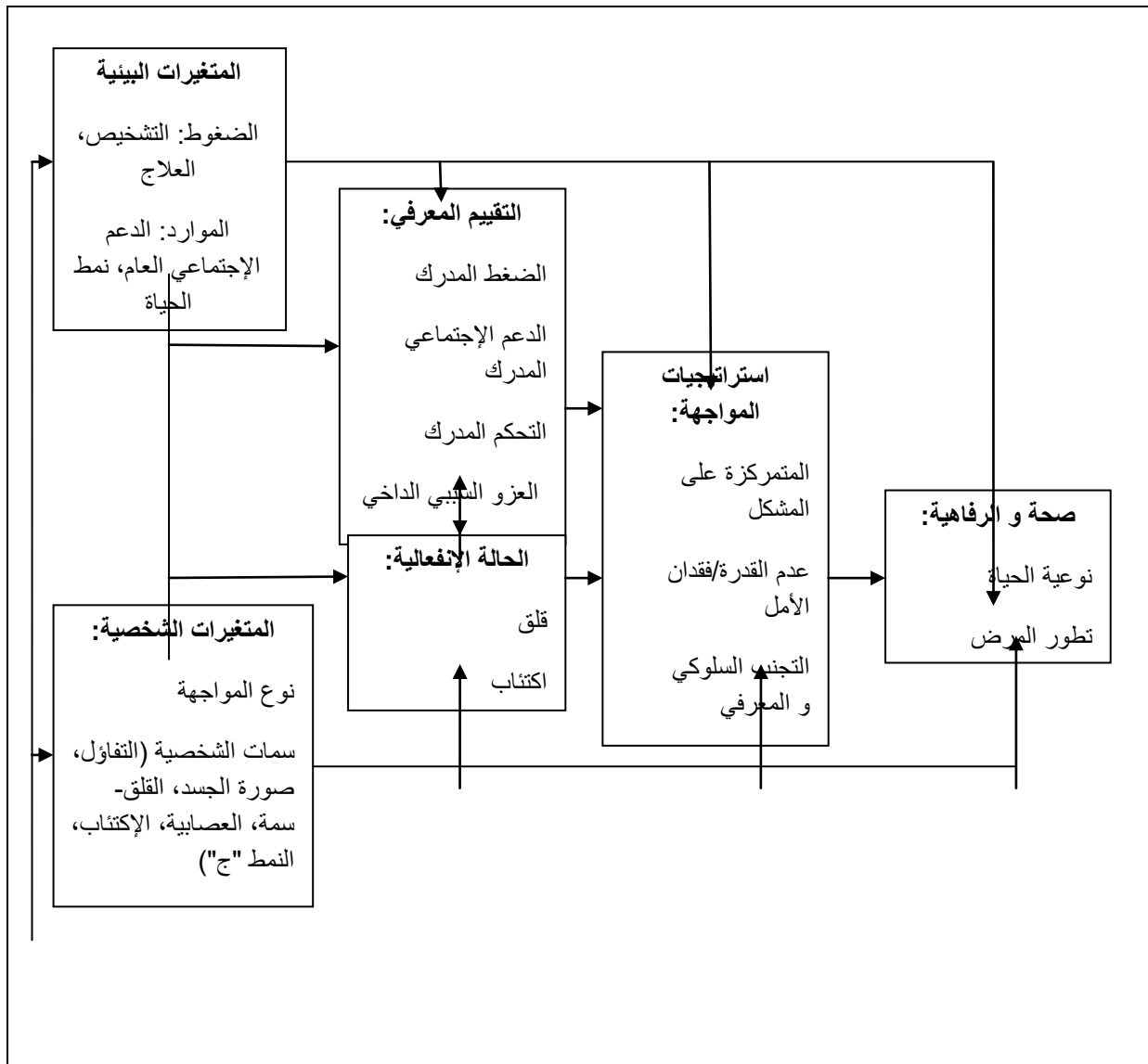
يعود هذا النموذج لصاحبته BRUCHON SCHWEITZER، و سمي بمتعدد العوامل، لإحتواءه على عوامل ذات طبيعة جد مختلفة، و تكاملية لأنه يأخذ بعين الإعتبار المتغيرات الناتجة عن مختلف التخصصات (علم النفس، علم الإجتماع، الإقتصاد، الطب، علم النفس العصبي المناعي)، النقطة المشتركة بين كل هذه العوامل هو تأثيرها على مختلف نتائج الإختلال الوظيفي (بداية المرض، التطور التقهقري لمختلف الأعراض و/أو الإضطرابات)، أو نتائج وظيفية (تحسين الصحة، الرفاهية، نوعية الحياة...)، و يتكون النموذج التعاقدى التكاملى المتعدد العوامل من ثلاثة مراحل أساسية، و المتمثلة في: المرحلة الأولى و التي ترتبط بالماضي القريب و البعيد، و هي تحوي السوابق البيئية و الشخصية، و التي لم تؤخذ بعين الإعتبار في النموذج التعاقدى الكلاسيكي، إلا أن مختلف الدراسات أظهرت أن لهذه العوامل آثارا مباشرة و غير مباشرة على نتائج الصحة، و يمكن تلخيص هذه العوامل في، عوامل بيئية (البلد، الثقافة، العرق، الدين، العائلة، و الخصائص المهنية)، المواقف الضاغطة المراد مواجهتها، العوامل النفس إجتماعية الفردية (تاريخ الأفراد، الخصائص السوسيوديمغرافية، البيوطبية، المستوى الإجتماعي الإقتصادي، المستوى الدراسي، السن، و الجنس)، إضافة إلى تأثير خصائص الشخصية على نوعية الحياة، فالأبعاد الشخصية تؤثر على نتائج الصحة، إما بطريقة مباشرة أو من خلال السياقات التعاقدية. و هنا تبدأ المرحلة الثانية و المتمثلة في المرحلة التعاقدية، و التي يتم من خلالها الربط بين ما يشعر به الفرد، يدركه، يفهمه، و الطريقة التي يتبعها لمواجهة الموقف (الإنفعالات، المعارف، السلوك الآني المرصن لمواجهة الضغوط)، أما في المرحلة الثالثة فإن المنافذ ترتبط بخصائص توافقية عديدة عامة أو خاصة مقيمة بطريقة موضوعية أو ذاتية. و يمكن تلخيص هذا النموذج في الشكل التالي:



الشكل رقم (18): النموذج التعاقدية التكاملي المتعدد العوامل لـ: Bruchon  
2002 Schweitzer

(UNTAS.A et al. 2012, p101)

إلا أن هذا النموذج لم يعد كافياً لتفسير المقاومة في حالة الإصابة بالسرطان، ولهذا طوّرت COUSSON-GELIE سنة 2006، نموذجاً مستوحى من النموذج التعاقدية التكاملي المتعدد العوامل، وهو يخص مريضات سرطان الثدي، وهذا لأن استراتيجيات المقاومة المستعملة من طرف مرضى السرطان تختلف عن الإستراتيجيات المستعملة من طرف أشخاص آخرين غير مصابين بالسرطان، حيث أن هذا النموذج يسمح بتوضيح الحالة الصحية اللاحقة، من خلال دمج عوامل الخطر النفسية، الإجتماعية، الطبية، و البيولوجية الكلاسيكية، بالإضافة إلى نشاطات الفرد، أي تعاقدات حقيقية من أجل مواجهة المرض، وتؤكد الباحثة على أن بعض العوامل التنبؤية و بعض الوسائط كاستراتيجيات التوافق يمكن أن تؤثر على التوافق الإنفعالي للمريضات بطريقة واضحة.



الشكل رقم (19): النموذج التكامل المطبق على مريضات سرطان الثدي

(SEGRESTAN-CROUZET.C, 2010, p145)

و قد سمحت الأعمال المقدمة من خلال النموذجين السابقين بإظهار العلاقات الاجتماعية للفرد (طبيعة و مصدر السند الاجتماعي المتقبل) و تأثيرها الذاتي عليه (السند الاجتماعي المدرك)، حيث أصبحت هذه المتغيرات ذات أهمية بالغة لدى الأشخاص المصابين بمرض خطير، فمثلا في حالة الإصابة بالعجز الكلوي و خضوع المريض إلى تصفية الكلى أثبتت دراسة لـ UNTAS و آخرون سنة 2011، أن رضا المرضى عن السند الاجتماعي المقدم يكون مرتبط بنوعية حياة جيدة، و إلتزام أفضل بالتعاليم الطبية، و في هذا المجال أصبح السند الذي تقدمه العائلة ذو أهمية بالغة، و يعتبر كل من الأزواج، الأبناء، و الوالدين أهم

مصادر السند الإجتماعي للمرضى، إلا أن هذه النماذج خصت بالدراسة الجانب الفردي و لا تسمح بفهم كيف يؤثر المرض على المريض و قريبه باعتبارهما وحدة، و هذا ما جعل للتقارب النسقي أهمية في فهم المتغيرات المرتبطة بالمريض و عائلته.

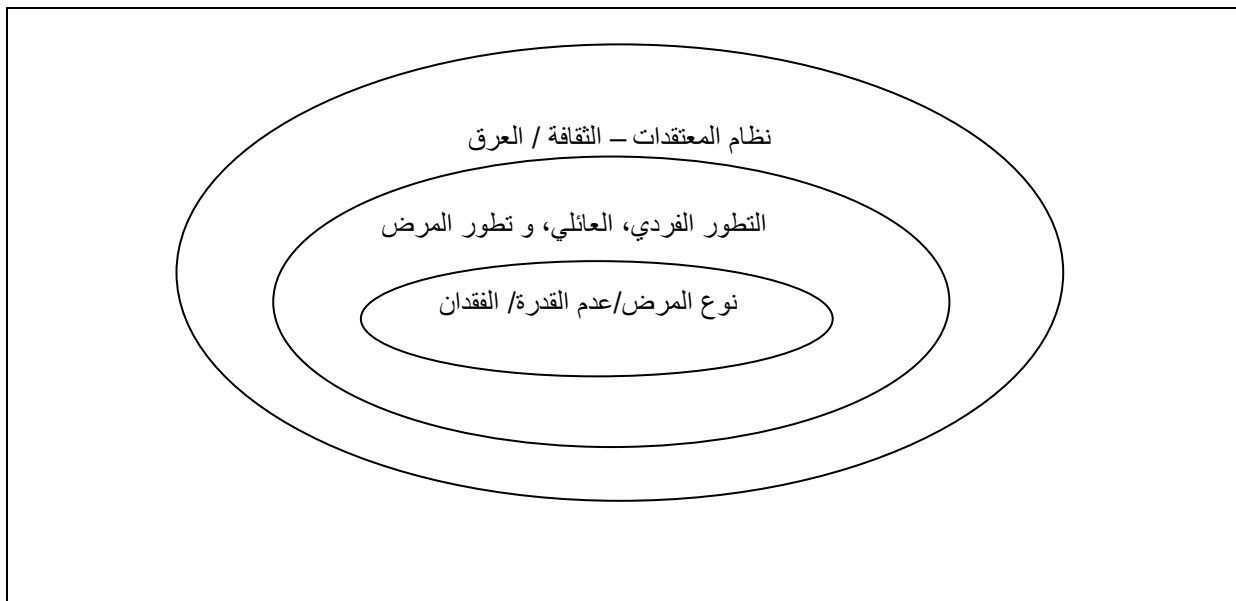
### 3/7- التقارب النسقي للعلاقات الإجتماعية في مجال الصحة:

من خلال هذا التقارب يعتبر BATESON العائلة كنظام، بمعنى مجموعة من العناصر في تفاعل، و أي تغيير عند أحد الأفراد يُحدث تغييرا عند بقية أفراد العائلة، جاء هذا التقارب في بادئ الأمر ليهتم بتوظيف العائلات التي يعاني بها أحد الأفراد من مشكل في الصحة العقلية، و حتى سنوات التسعينات أعطى أهمية خاصة لدور المرض الجسدي في حياة الفرد و عائلته، و هذا من أجل تشجيع تكيف أفضل للعائلة مع متطلبات المرض و تطورها خلال الزمن. (COOK-DATZENS,2005, p 169)، و بهذا ظهر النموذج النسقي للصحة على يد ROLLAND (1987 – 1994).

#### - النموذج النسقي للصحة:

و هو نسخة عن نموذج BPS البيو-نفس-اجتماعي، و المطبق في مجال الطب، حيث أن هذا النموذج يتكون من أربعة وحدات، و التي ترتبط و تدخل في دورة الحياة، و المتمثلة في: المريض ( بخصائصه الوراثية، الشخصية، مرحلة نموه، و تاريخه... )، العائلة (بطريقة سيرها، قيمها، تاريخها... )، النظام العلاجي (بسياسته، بنيته، و سير الفريق)، و أخيرا المرض بخصائصه (ظهوره، تطوره، مآله، و الإضطرابات الممكنة)، و هذا ما يجعل هذا النموذج ثلاثي الأبعاد، و يضيف ROLLAND، أنه من المهم تقدير الدينامية التطورية للمرض خلال الزمن، و لهذا وصف ثلاثة مراحل أساسية، و المتمثلة في مرحلة النوبة، و هي المرحلة الأولية لإعادة التوافق بعد التشخيص و البدء في العلاج، أما فيما يتعلق بالعائلة تعتبر هذه المرحلة مرحلة الهشاشة و عدم اليقين الشديدين، فمن خلالها يتوقف السير الاعتيادي للعائلة لتركز على المريض و مرضه، أما المرحلة الثانية فتسمى المرحلة المزمنة، و تتسم باستمرارية المرض مع مرور الوقت، و هنا يظهر دور العائلة من خلال قدرتها على الحفاظ على بعض من الحياة العادية في ظروف غير عادية، و أخيرا المرحلة

النهائية و تحوي الطور قبل النهائي للمرض، أين يسيطر الموت على الحياة العائلية، بالإضافة إلى فترة الحداد، الألم و الحزن المرتبط بالفراق، ثم استعادة حياة عائلية عادية ما بعد الفقدان، بالإضافة إلى فترات انتقال فاصلة لتكيف المريض و عائلته، و التي تربط المراحل الثلاث، و تسمح بإعادة تقييم التطابق الموجود بين البنية العائلية و الأولويات المرتبطة بالمرض، و كذلك الإختلالات المتعلقة بالطلبات التطورية للمرض. سنة 2005 كَيّف ROLLAND، نموذج الثلاثي الأبعاد لِيتماشى مع مرض السرطان، ولخصه في الشكل الموالي:



الشكل رقم (20): النموذج النسقي للصحة لـ: ROLLAND 2005

(SEGRESTAN-CROUZET.C, 2010, p148)

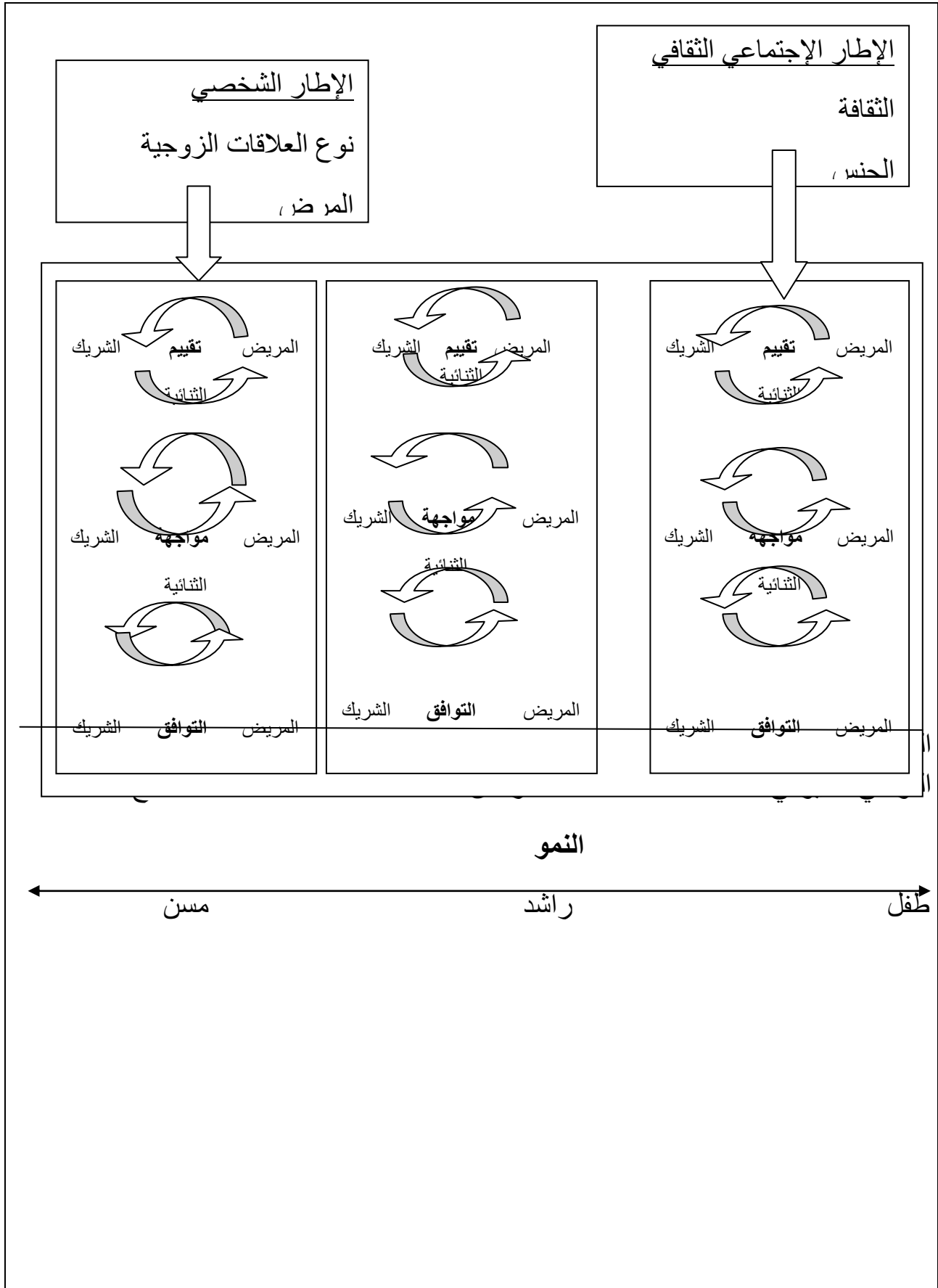
إلا أن هذا النموذج يعنى بالنظام العائلي ككل، إذ أنه لدراسة الأزواج كثنائيات في مجال الصحة كان من اللازم الرجوع إلى نظرية BODENMANN.

- النموذج النسقي التعاقدى في مجال الصحة:

و الذي كما رأينا سابقا يربط بين النموذج النسقي و النموذج التعاقدى، حيث أن هذا النموذج استعمل لفهم بطريقة أفضل تأثير الضغط اليومي المزمّن علي سير الزوج، و كذلك على

الرضا عن العلاقة الزوجية و خطر الفراق أو الطلاق، لتظهر فيما بعد دراسات عند الأزواج الذين يعاني أحدهما من الإكتئاب، أو حالة قلق ما بعد الصدمة، و من ثم دراسة المقاومة الثنائية لدى المرضى المصابين بالسرطان. و بناءً على نظرية BODENMANN، اقترح كل من BERG و UPCHURCH سنة 2007، نموذج تطوري و ظرفي للزوج في مواجهة المرض المزمن، حيث أن هذا النموذج استرجع نموذج TSC، مع الأخذ بعين الاعتبار مرحلة التقييم، استراتيجيات المواجهة، و توافق المريض و كذلك شريكه، و الإرتباطات الموجودة بين كل هذه المتغيرات كما أنهما أضافا لدى كلا الزوجين، التقييم و المواجهة الثنائيين، حيث أنهما يعتبران المقاومة الثنائية أولية، على عكس BODENMANN الذي يرى أن الأزواج يسلكان في المقاومة الثنائية إذا لم تفي المقاومة الفردية بالغرض، هذا النموذج يهتم بالمظهر التطوري للفرد، و كذلك بالمظهر الزمني لسياق المقاومة الثنائية و الذي يكون ذو علاقة بالمراحل التطورية للمرض المزمن. كما هو مبين في الشكل التالي:

(UNTAS.A et al. 2012, P105)



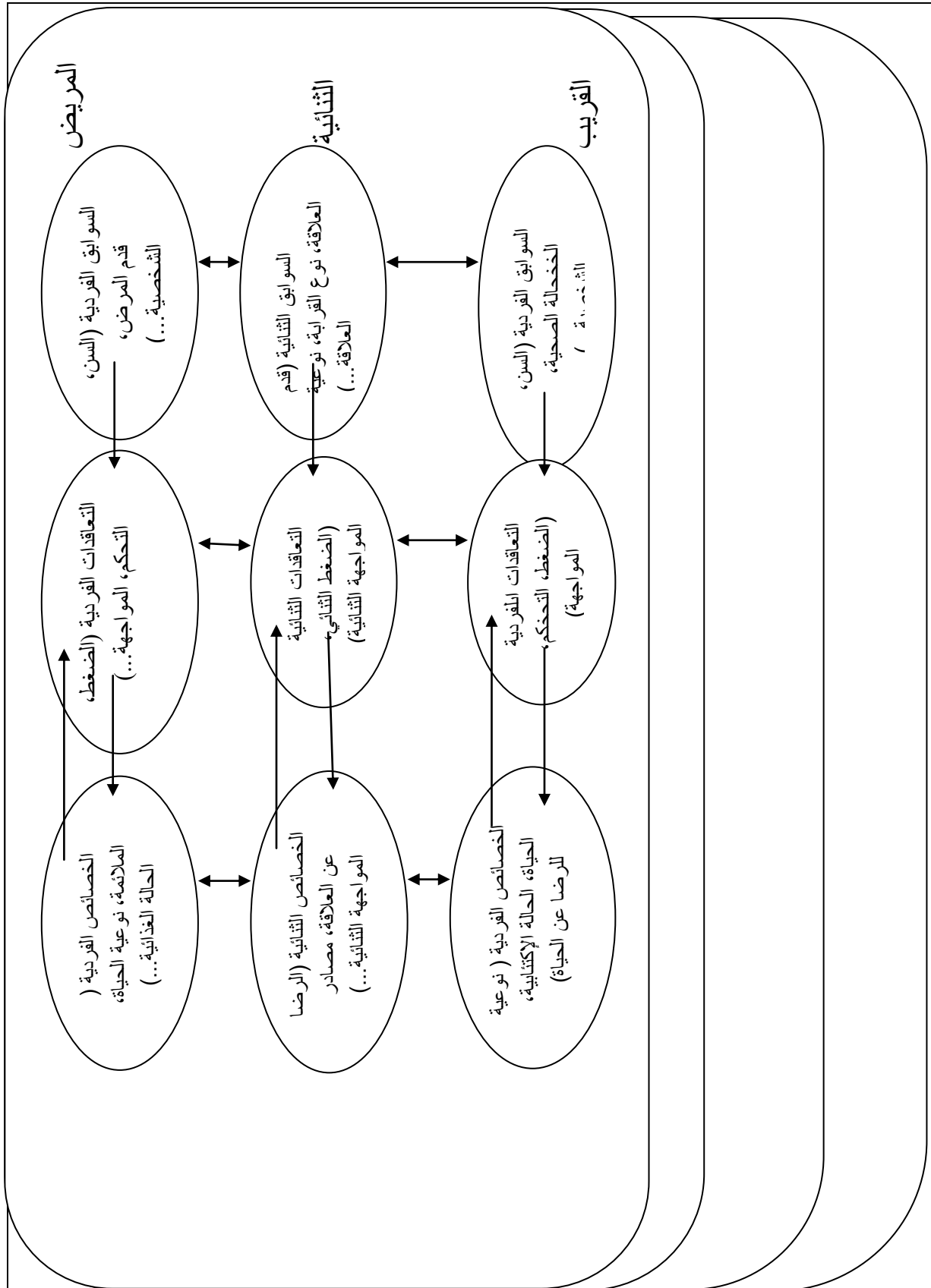
الشكل رقم (21) نموذج Berg و Upchurch (2007)

- النموذج النسقي التعاقدى للثنائيات في علم نفس الصحة:

سنة 2012، قام UNTAS و آخرون باقتراح نموذج جديد و الذي أطلقوا عليه اسم: "النموذج النسقي التعاقدى للثنائيات في علم نفس الصحة"، و هو يجمع بين كل النموذج المذكورة سابقا. و هذا بالرجوع إلى نموذج ROLLAND، من حيث اهتمامه بالمرض و بالسياق العائلي، الطبي و الإجتماعي، مع تحديد العلاقات بين المريض و شخص من محيطه، ليلتحق بنموذج BERG و UPCHURCH، لاحتواءه على ثلاثة وحدات: المريض، القريب، و الثنائية، و من نموذج TIM، و دراسات التفاؤل أقحم الشخصية، إلا أن النموذج النسقي التعاقدى للثنائيات في علم نفس الصحة، يؤكّد على أنه لكل وحدة (مريض، قريب، ثنائية) خصائص منفردة، فيما يتعلق بالسوابق، المتغيرات التعاقدية، و المعايير، حيث أن كل هذا يدخل في دورة خاصة بالمرض، المريض، القريب، و الثنائية كما هو مبين في الشكل رقم (22).

و تبقى هذه النماذج غير كافية لتفسير كيفية مواجهة الأزواج لمرض سرطان الثدي، و استلزم الأمر العديد من الدراسات التي خصت المقاومة الثنائية و علاقتها بالسرطان عموما، و سرطان الثدي على وجه الخصوص. (UNTAS.A et al. 2012, p108)





الشكل رقم (22) النموذج النسقي التعاقدي للثنائيات في علم نفس الصحة

### المقاومة الثنائية و السرطان:

غالباً ما تتدهور العلاقة الزوجية بسبب الضغط اليومي المزمن، وهذا ما جعل أولى الدراسات المتعلقة بالمقاومة الثنائية تخص الأزواج الأصحاء، و التي وصلت إلى أن المقاومة الثنائية الإيجابية ترتبط بتوظيف و رضا زوجي أفضل، كما لا يجب أن نغفل عن الأثر الذي تتسبب به الأحداث الضاغطة الكبرى، حيث أن للسرطان تأثير كبير على كلا الزوجين، و على كيفية مواجهتهما له. فالأزواج عند مواجهتهم للسرطان يتعاملون كوحدة وليس كأفراد، الشيء الذي سيخفف من الضيق لدى كلا الزوجين، و بالتالي فإن المقاومة الثنائية للسرطان ستسمح بخفض الضغط لدى كلا الزوجين، و الرفع من الثقة المتبادلة و التماسك. و في هذا الصدد أظهرت العديد من الدراسات النسقية، كدراسة HAGEDOORN و آخرون سنة 2008، دراسة MARTIRE و آخرون سنة 2010، دراسة BADR و KREBS سنة 2012، و أخيراً دراسة REGAN و آخرون سنة 2012، على أهمية تبني منظور يرتكز على الزوجين في مواجهة السرطان، بهدف التحسين من نوعية الحياة. (TRAA et al, 2014, p3)

فغالباً ما اعتبر الأزواج كمصدر أولي للسند بالنسبة للمرضى، إلا أن المنظور الثنائي يفترض أن الأزواج هم كذلك بإمكانهم الاستفادة من السند المقدم من طرف المرضى، و لذلك اعتبر كل من MANNE و BADR العلاقة الزوجية كمورد لكلا الزوجين في مواجهة السرطان، و أن السياقات العلائقية التي تربط بين المرضى و الأزواج ذات أهمية في التوافق مع السرطان، و أضافاً إلى أنه على الأزواج أن يدركوا أهمية العلاقة في علاج السرطان، و أن يستثمروا لتحسينها. (HAGEDOORN, 2011, P 208)

من كل هذا يبدو أن للمقاومة الثنائية دور مهم في توافق المرضى و أزواجهم مع مرض السرطان عموماً، و يبدو أن استراتيجيات المقاومة الثنائية التي يتبناها كل من مريضات سرطان الثدي و أزواجهن، لها خصائص و مراحل معينة و هذا ما سنحاول توضيحه فيما يلي.

## - المقاومة الثنائية و سرطان الثدي:

أثار سرطان الثدي العديد من التساؤلات حول كيفية تعامل المريضات حتى تتمكن من مواجهته و التوافق مع مختلف التغيرات و الضغوط التي تصاحب الإصابة و العلاجات المستعملة، و قد بينت العديد من الدراسات الدور الذي يلعبه الزوج في توافقهن مع المرض، و من خلال مايلي سنحاول توضيح الطرق التي يتبناها الزوجين في مواجهة سرطان الثدي باعتبارهما وحدة.

الطرق المتبعة من الزوجين في مواجهة سرطان الثدي:

كان أول من اعتبر الزوجين كوحدة في مواجهة سرطان الثدي، الباحث SKERRETT سنة 1998، حيث قام باستجواب 20 زوجا على طريقة مواجهتهم لسرطان الثدي، و قد توصل إلى أن:

- أغلب الأزواج يواجهون المرض بطريقة متبادلة، حيث أن كلا الزوجين يعيشان تجربة السرطان معا، يعتمد أحدهما على الآخر، و يقدمان النصيحة لبعضهما البعض، كما أنهما يتحدثان عن السرطان من دون طابوهات، من دون أن يجعلوه يسيطر على أحاديثهم اليومية.
- في حين أن البعض الآخر يكونون غير قادرين على جمع جهودهم معا لمواجهة السرطان، فتجدهم يتجنبون الحوار، و تنسم حياتهم بالقلق.

و في نفس السياق يؤكد ZUNKEL سنة 2002، على أن الزوجين في مواجهة السرطان يتبعان طريقة تعاونية، حيث أن الشريك يساهم في سيرورة المواجهة، من خلال أربعة سيرورات علائقية أو ثنائية، و المتمثلة في:

- المشاركة في نقاهة المريضة.
- مساعدة المريضة.

- المساعدة على عودة المريضة إلى حياتها العادية.
  - و أخيرا التعديل من تدخل المرض.
- و حسب الباحث، السيروريتين الأوليتين، تشكلان ما أسماه بـ "الوعي"، و هو أن يصرح و يعترف كلا الزوجان بأفكارهما، شعورهما، و انفعالاتهما، أما الإثنتين الأخريتين في تمثل "التقليل"، بمعنى تعديل، أو تقليل الأفكار، المشاعر، و الإنفعالات.
- كما حدد FOGEL, MORGANE و آخرون، سنة 2005 من خلال استجواب 12 زوجا على طريقة تسييرهم لسرطان الثدي، ستة أصناف للتسيير الثنائي، و المتمثلة في:
- المشي معا، الصلاة معا، البحث عن المعلومة و السند معا، أن يكون كلاهما موضع ثقة للآخر، التوافق معا، و أخيرا أن يكونا معا.
- و أضاف PICARD و آخرون سنة 2005، أربعة استراتيجيات تتعلق بأربع مواضيع خاصة بمواجهة سرطان الثدي من طرف الزوجين، و المتمثلة في:
- الموضوع الأول: "المجهول"، الإستراتيجية الخاصة هي الذهاب للإستشارة الطبية من أجل الحصول على المعلومات.
  - الموضوع الثاني: "تهديد فقدان"، و عدم اليقين في القدرة على المواجهة في المستقبل"، و من أجل المواجهة الزوجان يجددان التزامهما المتبادل، و يقدمان دعم متبادل، مع احترام الحدود الإنفعالية، كل هذا من خلال الإهتمام، بالذات، بالآخر، و بالزوج ككل.
  - الموضوع الثالث: "التغيرات الجسدية و الحياة الجنسية"، استراتيجية المواجهة الخاصة بهذا الموضوع هي التعامل باحترام مع المريضة، حتى تتمكن من إعادة بناء صورتها الجسدية الجديدة، و تطوير حياتها الجنسية.

- الموضوع الرابع و الأخير، و المتمثل في: "تنظيم شبكة الدعم الإجماعي"، حيث أن الزوجان يقومان بضبط أشكال و مصادر الدعم حسب احتياجاتهما.

(SEGRESTAN-CROUZET.C, 2010, p138-139)

يبدو من هذا أن طرق مواجهة الزوجين لسرطان الثدي، تعتمد أساسا على الدعم المقدم من طرف الزوج من أجل مساعدة المريضة على التوافق الأفضل، دون التطرق إلى الدور الذي تلعبه المريضات في مساندة أزواجهن من أجل مواجهة السرطان. فبناءً على نظرية BODENMANN للمقاومة الثنائية، قام كل من KAYSER و SCOTT سنة 2007، بوضع إطار يمكن من خلاله تحليل السياقات التكيفية لزوجين في مواجهة سرطان الثدي، و قد حدد KAYSER استجابتين متميزتين للأزواج في مواجهة السرطان، و المتمثلة في: الإستجابة المتبادلة و تجنب الانفصال.

- الإستجابة المتبادلة حيث أن الأزواج الذين يستجيبون بطريقة متبادلة للتكيف يميلون إلى تقييم السرطان كضاغط لكلاهما (ضغط ثنائي)، فيتواصلون من حيث الضغط المشترك و تجربة شدة الضغط على مستويات مماثلة، علاوة على ذلك السرطان سيغير حياتهم كزوجين، وبالتالي التحقق من صدق الإستجابة الإنفعالية للشريك، بمعنى عندما يقوم أحد الزوجين بالتعبير للآخر عن الضغط الذي يتعرض له، فإنه سيتسبب في انطلاق سياق التواصل حول الضغط، بحيث أن الزوج الذي يتلقى إشارة الضغط، سيدركها، يفسرها، و يحل شفرتها، و سيستجيب أو لا، مع الإشارة إلى أن بعض الإنفعالات ستزيد من احتمال استجابة الشريك للمنبهات، إذ أنها تشير إلى مستوى الضيق أو التوافق، و تنبه الشريك أو أعضاء آخرين في شبكة الدعم الإجماعي للأشخاص الذين يحتاجون للدعم، فهذا النمط من المواجهة يتسم بمستويات مرتفعة من التواصل، الإصغاء، و التنسيق، و لهذا استعمل KAYSER مصطلحي "نحن-الضغط we-stress" و "نحن-المرض we-disease"، تعبيرا على أن الزوجان يعيشان الحدث الضاغط بطريقة ثنائية، و أن الإصابة ترتبط بوحدة الزوج.

- تجنب الإنفصال: حيث أن كلا الزوجان يعيشان تجربة المرض بطريقة فردية، و يكون التواصل حول الضغط نادر.

(KAYSER.K et SCOTT.J, 2008, P36)

كل هذا من خلال عجلة تمثل دورة التكيف مع سلسلة من الضغوط المتعلقة بكل مرحلة من تجربة السرطان (التشخيص، العلاج، نهاية العلاج)، ويضيف الباحث أن مواجهة الزوجين لسرطان الثدي يتطلب أربعة مراحل أساسية.

مراحل مواجهة الزوجين لسرطان الثدي:

من خلال الدراسة التي قام بها KAYSER على الأزواج في مواجهة سرطان الثدي، توصل إلى وضع أربعة مراحل أساسية في سياق مواجهة سرطان الثدي من المنظور الثنائي، و تتمثل هذه المراحل في: انظر الشكل رقم (23)

- تقييم الضغط المتعلق بالمرض.

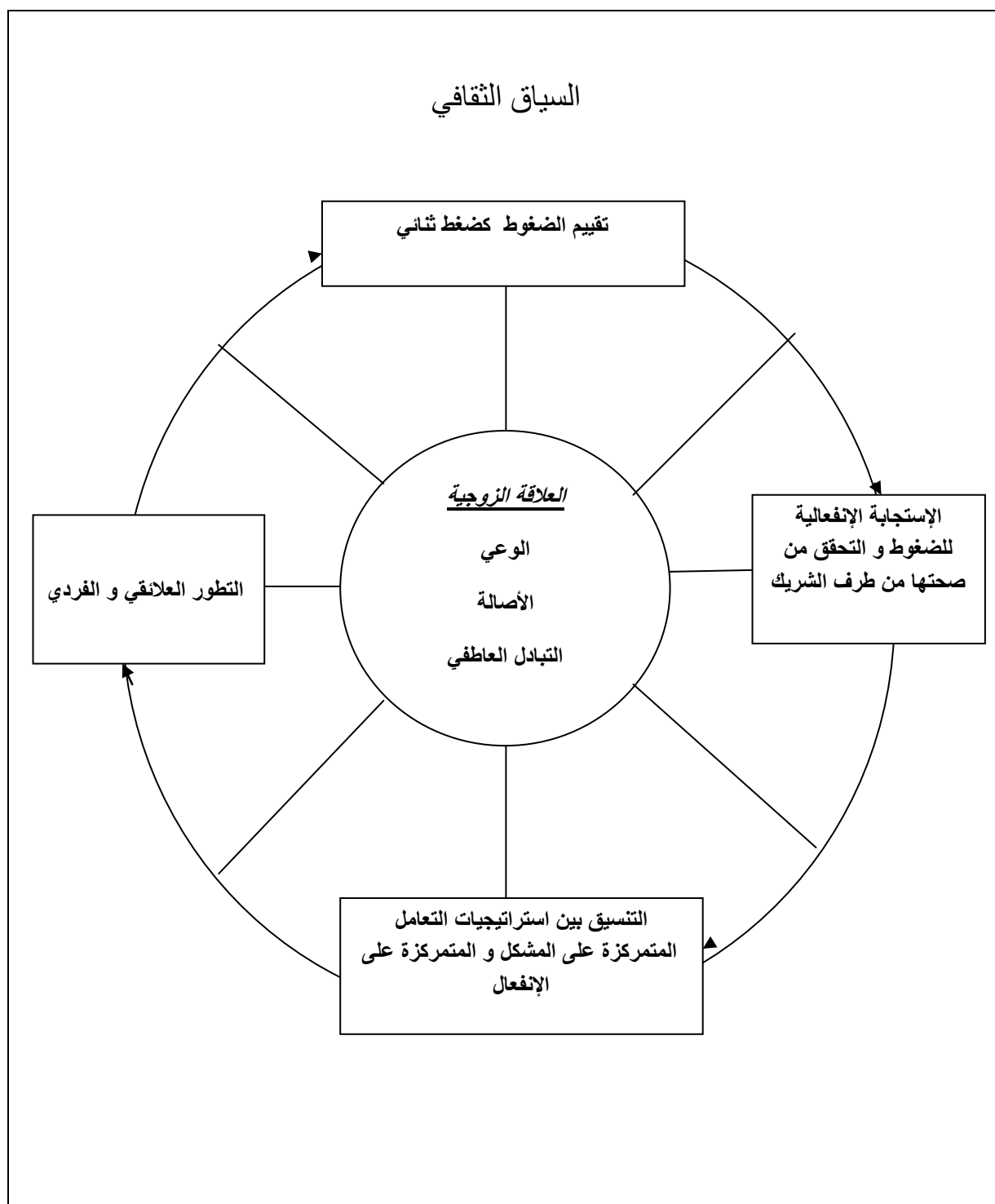
- التواصل حول الضغط و المرض.

- تنسيق جهود المواجهة.

- إعطاء معنى لتجربة السرطان.

ويضيف أن هناك خصائص تسمح لهذه المراحل أن تتم من خلال دورة، حيث نجد في محور العجلة ثلاثة خصائص علائقية، و هي التي تسهل الحركة من خطوة إلى أخرى، و تتمثل هذه الخصائص في: **الوعي**، و نقصد به فهم الضغط على أنه يخص كلا الزوجين، **الأصالة**، وهي التعبير الصادق عن المشاعر و الأفكار، و أخيرا **التبادل العاطفي**، أي قدرة الزوجين على التعاطف مع بعضهما البعض. هذه الخصائص تشكل نمط استراتيجيات المواجهة التي يطورها الأزواج.

(KAYSER.K et SCOTT.J, 2008, P38)



الشكل رقم (23): السياق الثقافي – العلائقي لـ Kayser et al (2007)

**خلاصة:**

من كل ما سبق يبدو أن الطرق و الاستراتيجيات التي يتبعها الأزواج في مواجهة سرطان الثدي تختلف عن الإستراتيجيات التي يتبعها أزواج آخرون في مواجهة ضغوط من نوع آخر، و هذا لما يحمله السرطان من انفعالات ذات دلالة سلبية، إلا أنها كلها تستدعي التواصل و العمل معاً، من أجل الوصول إلى نوعية حياة و رفاهية أفضل، للمريضات و لأزواجهن في آن واحد. و هذا ما سنحاول توضيحه في الفصل الموالي.



# الفصل الرَّابِع: نوعية الحياة

**تمهيد:**

أصبح مصطلح نوعية الحياة يخدم مختلف المجالات و البحوث، و قد تطورت تحاليل نوعية الحياة الذاتية في السبعينات، و كان الغرض من ذلك هو الوصف و قياس أثر مختلف الوضعيات على الحياة اليومية للأشخاص مع مراعاة الخصائص الإنفعالية، و الوظائف الاجتماعية، و الظروف المادية، و بهذا يكون هناك تناولا شاملا يجمع العوامل الاقتصادية، النفسية، الاجتماعية، و البيولوجية الطبية لنوعية الحياة، و تطور هذا المصطلح في مجالات علم النفس و الطب سنة 1980، و قد جاء ليفيد الباحثين حتى يتمكنوا من الإجابة على تطلعات الأفراد، و نعتبر دراسة و قياس نوعية الحياة عند مريضات سرطان الثدي، و أزواجهن شيء جد مهم من أجل تقديم أفضل تكفل بالمريضات.

**تعريف نوعية الحياة:**

يعرف كل من RAKER و WONG سنة 1988 نوعية الحياة، على انها "وجود للإنفعالات الإيجابية مثل الرضا و الهدوء، و غياب الإنفعالات السلبية كالخوف، و القلق، و الإكتئاب". (GRAVELLE.F et DENIS-MENARD.J, 1996, PP 118-127)

في حين SCHARAU و MERCIER سنة 1993، قالاً بأن: "مفهوم نوعية الحياة لا يخص الشروط الجسدية و/أو الثانوية التسمية لمختلف العلاجات فقط، و إنما هو مفهوم شامل، ذاتي، و متعدّد الأبعاد" (RISPAL.E, 2002, P 73)

و يضيف CORTEN، بأن تعريف مفهوم نوعية الحياة يختلف تبعاً للأهمية التي يمكن ان يقدمها الفرد لمختلف جوانب الحياة (الصحة، الأسرة،- البيئة...)، توقعاته، ثقافته، و خبرته. (NADJIB.R, 2011, P 18)

مما سبق يبدو ان نوعية الحياة، ه و مفهوم من الصعب تحديده، فكل فرد يحمل مفهوما خاصا لنوعية حياته، كما أنه يشمل جميع نواحي الحياة. و في هذا المنوال نجد تعريف المنظمة العالمية للصحة سنة 1998، و التي تعرّف نوعية الحياة على أنّها: " إدراك الفرد للمكانة التي يحتلّها في الوجود، و ذلك ضمن السياق الثقافي و نظام القيم الذي يعيش فيه، و يكون هذا الإدراك ذو علاقة ب: بأهداف الفرد، توقعاته، مبادئه، و توتراته. فالأمر يتعلّق بمجال إدراكي واسع، يشمل بطريقة معقّدة الصحة الجسدية للفرد، حالته النفسية، مستوى الإستقلالية التي يتمتع بها، علاقاته الاجتماعية، معتقداته الشخصية، و علاقاته بخصوصيات محيطه يتضح من هذا التعريف أنّ نوعية الحياة هي رضا الفرد و قناعاته، بحالته الصحية، الجسمية، النفسية و الاجتماعية، و هذا ما يجعل من نوعية الحياة مصطلح متعدّد الأبعاد.

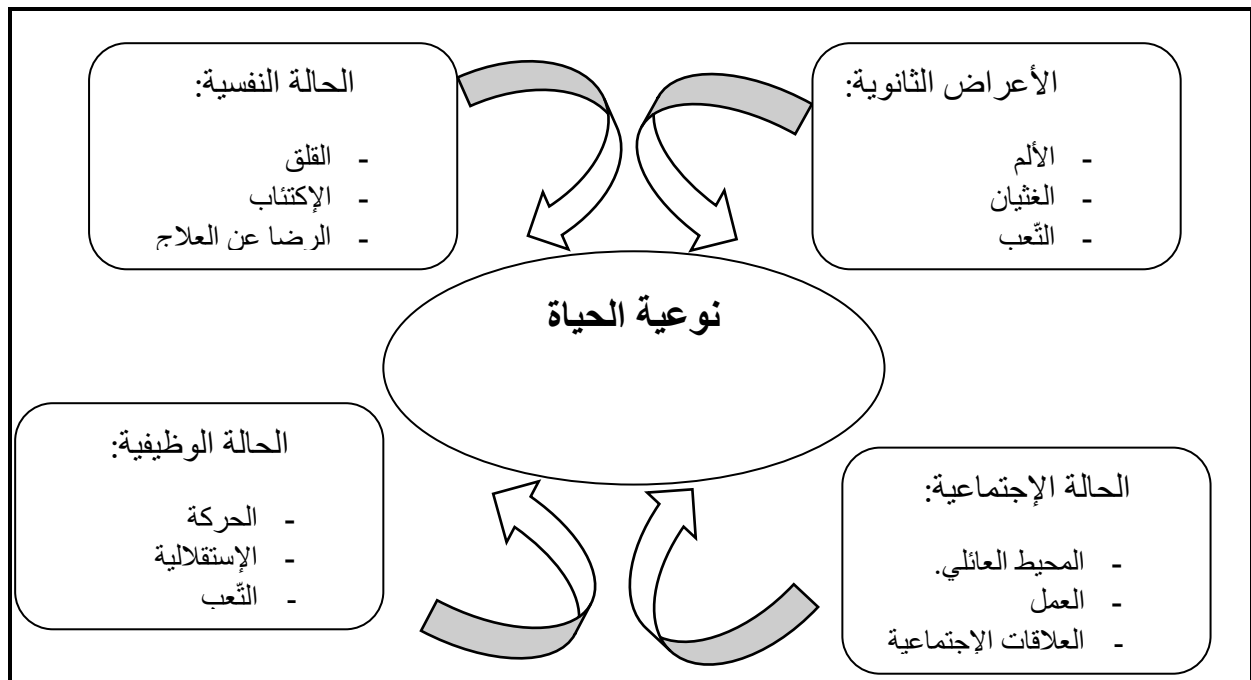
**أبعاد و اتجاهات نوعية الحياة:**

اتفق أغلب الباحثين أن نوعية الحياة تعتمد على أربعة أبعاد أساسية، و المتمثلة في:

- البعد الجسمي: القدرة الجسمية، الإستقلالية، القدرة على القيام بمهام الحياة اليومية...

- البعد النفسي: الإنفعالية، القلق، و الإكتئاب...
- البعد العضوي: الألم، التعب، النوم...
- البعد الاجتماعي: الوسط العائلي، المهني، العلاقات مع الأصدقاء، المشاركة في النشاطات الترفيهية، الحياة الجنسية... (NADJIB.R, 2011, P 19)

لا يقتصر تقييم نوعية الحياة على الصحة فقط، فهذه الأخيرة تمثل جزء فقط من حياة الفرد، و هذا ما يجعلها غير كافية أن نفسر من خلالها الفروق في مستوى نوعية الحياة، و هذا ما يجعل قياسها من خلال بعد الصحة لوحده قد يكون غير موضوعي، و فيمايلي شكل توضيحي لنوعية الحياة بأبعادها الأربعة.



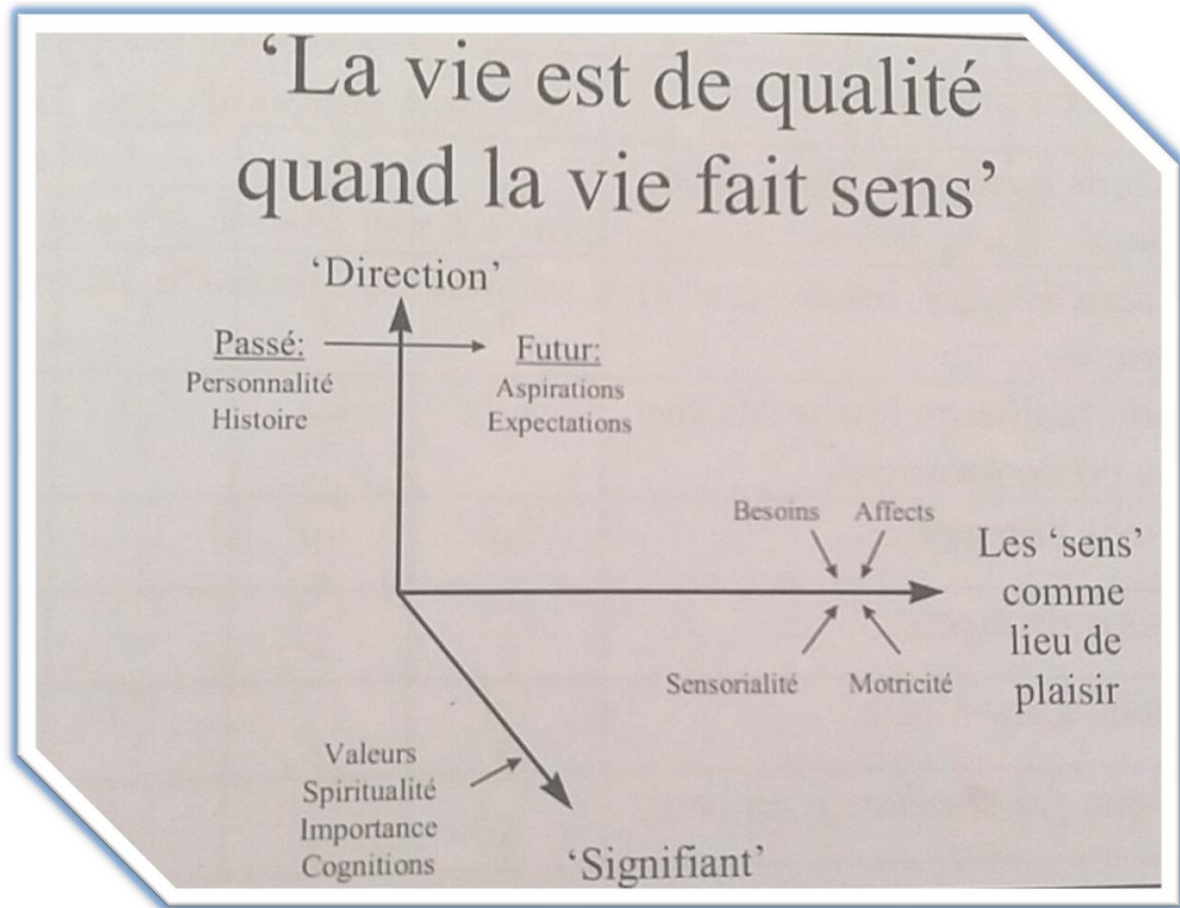
شكل (24): شكل توضيحي لمفهوم نوعية الحياة و التقييم الشامل و المتعدد الأبعاد

(NADJIB.R, 2011, P 20)

و حسب نموذج CORTEN.P بالشراكة مع كل من MERCIER.C و BERGERET.I، سنة 2006، و الذي توصلوا إليه بعد 10 سنوات من العمل: " الحياة

تكون ذات نوعية إذا ما كان لها معنى"، حيث أنّ مفهوم "معنى"، يمكن أن يعبر على أشياء عدّة و المتمثلة في:

- اللذة، و التي يجب أن تنبّه و تشبّع بما فيه الكفاية.
  - اتجاه مسار الحياة، حيث حيث أنّ الحدث إذا ما كان في نفس اتجاه حياة الفرد (الخلفية التربوية، الإجتماعية، الإنفعالية، بالإضافة إلى توقّعاته) فسيعتبره كهدية.
  - أو ذو دلالة، تدخل هنا الأفكار، الأحكام، و اتباع القيم الشخصية، و الجماعية.
- حيث يشير هذا النموذج إلى أنّ الإنسان في بحث دائم عن تحسين نوعية الحياة، أو على الأقل الحفاظ عليها، و ذلك من خلال تغيير سلوكه، تصرّفاته، و إدراكه (استعمال مختلف المواد كالتبغ، الكحول، الأدوية، و المخدّرات، أو الأنشطة التي من شأنها أن تغيّر في حالته كالرياضة، و اللّعب...)، و عدم استطاعته القيام بهذا التّغيير سيتسبب له بالمعاناة، حيث تطلق سيرورة الضّغط، إذا ما شعر الفرد بعدم قدرته على الإستجابة بشكل كاف لحاجة نوعية الحياة. و يمكن تلخيص هذا النموذج في الشّكل التالي:



### شكل رقم (25): نموذج نوعية الحياة لـ: Corten

(CORTEN.P, 2013, P99)

تعدد الأبعاد التي تتدخل في نوعية الحياة، إن دل على شيء فإنما يدل على تعدد الإتجاهات النظرية المختلفة المتدخلة في تكوين هذا المفهوم، حيث نجد:

- الإتجاه الاجتماعي: من الإتجاهات الأولى لنوعية الحياة، و يركز على معايير موضوعية في الحياة، كنسبة الوفيات، نسبة المواليد، نسبة انتشار المرض، نوعية المسكن، المستويات التعليمية، و مستوى الدخل للأسرة للفرد الواحد، فهذه المؤشرات تختلف من مجتمع لآخر، و هنا نجد ان نوعية الحياة ترتبط بطبيعة عمل الفرد من حيث الدخل المادي، و العلاقات التي يبنها مع زملائه في العمل، و التي تؤثر بدرجة ملحوظة على رضا او عدم رضا العامل عن عمله.

(RAPHEAL et al, 1996, P 66)

فيرى Griffen، أنه يجب الاهتمام أكثر بنوعية العلاقات الاجتماعية للأفراد، أكثر من الاهتمام بكمية هذه العلاقات، و يضيف Flanagan أن الإتجاه الإجتماعي في نوعية الحياة يندرج في طريقة تقييم الفرد للوظائف الاجتماعية (تقدير الذات الاجتماعية، الإحساس بتحقيق الذات، النجاحات و الفشل...إلخ)، و كذلك أهمية التطرق إلى فعالية شبكة العلاقات الاجتماعية للأفراد (التكوين، الكثافة، التشتت الجغرافي، وتيرة الإتصال بين الأفراد، كثافة العلاقات...إلخ).

وهذا ما يجعل البعد الاجتماعي بما يحمله من علاقات في المحيط الاجتماعي للمريض (العائلة، العمل، الأصدقاء و المستشفى) يعتمد أساسا على نوعية هذه العلاقات و كميتها في آن واحد، بمعنى مدى اندماج الفرد (المريض) في المجتمع، و فعالية المساندة التي يتلقاها، و هنا يدخل إدراكه الإيجابي أو السلبي لفعالية هذه العلاقات.

- الإتجاه النفسي: الأمر هنا يتعلق بمدى إدراك الفرد لنوعية الحياة في ظل المؤشرات الاجتماعية المذكورة سابقا، و هذا ما يتلور في مستوى السعادة، و الشقاء الذي يكون عليه، و هنا نجد ان مفهوم نوعية الحياة يرتبط بالعديد من المفاهيم النفسية، كالقيم، ادراك الذات، الرضا، التوافق و الصحة النفسية، و يرى بعض العلماء أن جوهر نوعية الحياة يكمن في إشباع الحاجات، و فقا لمبدأ اشباع الحاجات حسب نظرية ابرهام ماسلو (RAPHEAL et al, 1996, P 66) ، فعدم تمكن المريض من اشباع هذه الحاجات الأساسية، سيؤدي به إلى الوقوع في القلق، الإكتئاب، و عدم الرضا عن العلاج.

- الإتجاه الطبي: إن الهدف الأساسي لمقدمي الرعاية الصحية، هو تحسين نوعية الحياة للمرضى المزمنين، لما تحمله الأمراض المزمنة من تأثيرات سلبية على حياة المريض، فنوعية الحياة تعتبر مؤشرا لنوعية الخدمات المقدمة للمريض المزمن. صف إلى هذا فإن تقييم نوعية الحياة لدى هذه الشريحة من المرضى تسمح بتقييم

احتياجاتهم، و توفير البدائل لها (RAPHEAL et al, 1996, P 66). و نلاحظ هنا انه من أجل التطرق إلى المجال الطبي، لا يمكننا تناسي كل من الجانب النفسي، و الاجتماعي، لما يحمله من تأثير على القدرات و الوظائف الجسمية، و طبيعة إدراك المريض لمرضه، الشيء الذي سيحدد تقبله أو لا للمرض و العلاج. فنوعية الحياة عند المرضي المنظور المتعدّد الأبعاد، يجب أن تشمل على الأقل البعد النفسي، الجسدي، الاجتماعي، بالإضافة إلى الأعراض المرتبطة بالمرض، و بالعلاجات المستعملة. (FAURY .S et ZENAD. D, 2019, p2)، و من هنا تظعر أهمية دراسة نوعية الحياة لدى الأشخاص المرضي.

### أهمية دراسة نوعية الحياة:

تكمل أهمية دراسة نوعية الحياة في مجال الأمراض المزمنة، في تقييم الرعاية المقدمة للمرضي، من أجل تحسينها، بهدف الوصول إلى مستوى لا بأس به من الرضا، و بالتالي تقبل المرض، و العلاجات المستعملة، و يمكن أن نوضح أسباب دراسة نوعية الحياة في النقاط التالية:

- تحديد تأثير المرض على النشاط المهني، الاجتماعي، و الشخصي للمريض، ما يساعدنا على التعرف بأساس مهم للمعالجات التي تصمم لغاية تحسين نوعية الحياة.
- تساعدنا دراسة نوعية الحياة على تحديد نوع المشكلات التي تنشأ لدى المرضي المصابين بأمراض من نمط معين، فقد تكشف مثل هذه المقاييس على وجود صعوبات جنسية مرتبطة بأنواع معينة من السرطان، بينما تكشف أن الإكتئاب يرتبط بأنواع أخرى من السرطان، و مما لا شك فيه أن معلومات كهذه ستساعد في بلورة العلاجات المطلوبة.
- تتناول هذه الدراسات، تأثير بعض العلاجات على نوعية الحياة، ففي العناية بمرضى السرطان، قد نحتاج إلى تقييم إذا ما كان العلاج المستعمل أكثر ضررا من المرض نفسه، أو فيما كانت تزيد من معدلات بقاء المرض أم لا، أو فيما إذا كان لها آثار



- جانبيه سلبية، و في هذا السياق استطاعت مقاييس نوعية الحياة قياس أثر العلاجات غير السارة، و التعرف على بعض المتغيرات التي تضعف من التزام المريض.
- استخدام دراسة نوعية الحياة في المقارنة بين العلاجات، فمثلا إذا كانت معدلات الحياة الناجمة عن اتباع أسلوبين في العلاج متساوية، و كان هذان الأسلوبان يختلفان في تأثيرهما على نوعية الحياة، فيمكننا عندها اختيار الأسلوب الذي يكون له أدنى تأثير على نوعية الحياة.
  - و أخيرا يمكن لدراسة نوعية الحياة، أن تساعد مقدمي الرعاية على اختيار العلاج الذي يزيد من فرص البقاء، و يتيح للمريض في نفس الوقت أفضل نوعية حياة ممكنة، كما يمكن أن تزودهم بفرص الموازنة بين كلفة العلاج و فعاليته، من جهة، و نوعية الحياة من جهة أخرى. (شيلي تايلور، 2008، ص 622-623)
- كما أن قياس نوعية الحياة يساعد على التعرف على المشاكل العقلية، التي تظهر خلال الأمراض المزمنة، مثلا التعرف على الإكتئاب الذي يظهر في العديد من الأمراض المزمنة، و لعل التعرف على نوعية الحياة التي يعيشها المرضى يساعد على اختيار أنواع التدخلات لمساعدة هؤلاء المرضى، فمن خلال مقياس نوعية الحياة نتعرف على تأثير العلاج على نوعية الحياة، ذلك لأنه من المهم التعرف على مدى فعالية العلاج المقدم في الأمراض الخطيرة و المزمنة (زناد دليلة، 2008، ص 190)

### تقييم نوعية الحياة:

يعتمد قياس نوعية الحياة على المقابلات النفسية من جهة كوسائل تقييم نوعية، و على الوسائل السيكومترية من جهة أخرى للتقييم الكمي.

- المقابلة: تسمح المقابلة النفسية بإجراء تقييم أكثر شمولية لنوعية الحياة، و رغم قيمتها العلاجية، إلا أن لها العديد من العيوب، و التي تتمثل في صعوبة المعايرة، ما يجعل استخدامها يقتصر على الدراسات المقارنة، و استحالة استعمالها على نطاق واسع.

(MERCIER.M et SCHRAUB.S, 2005, P419)

فهي صعبة التكميم، و لها جانب ذاتي مرتبط بشخصية المعالج و نظرتة، و بهذا فإن

هذا الحوار ليس له مكان في البحث العيادي، و لكن تبقى هذه الوسائل من أفضل الوسائل في التطبيقات الميدانية، أين يقوم المختصين بمقابلات حرة و نصف موجهة، من أجل الإحاطة برغبات المريض و أولوياته.

(NADJIB.R, 2011, P 21)

- الوسائل السيكمترية: و تنقل في السلالم و الإستبيانات، التي تعتمد على التقييم الذاتي أو الغيري، و تساعدنا على تحقيق تقييما اكثر تقييدا لنوعية الحياة، و لكن يوفر مقاييس موحدة، و عادة ما تكون سهلة الإستعمال، حيث تستعمل مع أفراد من مجموعة معينة، قادرين على تقديم المعلومات اللازمة. فهذه الوسائل تستخدم م على المستوى الجماعي.

أما على المستوى الفردي، فمن الضروري أن تكون الأداة السيكمترية المستخدمة تهتم بالفرد كمرجعية، من خلال اكتساب، و تحليل جميع المجالات المكونة لنوعية الحياة، و الموازنة بين هذه المجالات وفقا لأهميتها عند كل فرد.

(MERCIER.M et SCHRAUB.S, 2005, P419)

كما انه تم اقتراح وسائل للقياس الذاتي لنوعية الحياة و التي تعتمد أساسا على "السلالم البصرية التناظرية" "les échelles visuelles analogiques"، و هي عبارة عن سلالم على شكل خط يعادل 10 سم، حيث يقوم المريض بتحديد حالته بين وضعيتين طرفيتين مختلفتين، حيث ان هذه السلالم تحتوي على بند واحد فقط: "كيف تشعر اليوم".

### خلال الأيام الثلاثة الأخيرة

إنني جد قلق      إنني لست قلق

إنني أشعر بالألم      إنني لا أشعر بالألم

هذه السلالم تسمح للمريض بتقييم شعوره بصفة عامة، و خلال فترة محددة، و لكن لا تسمح بالتحليل النوعي لمشاكله، بمعنى آخر السلالم البصرية التناظرية، تلعب دور مقياس الحرارة، حيث ان ميزتها الأساسية تتمثل في إمكانية استخدامها باستمرار مع نفس المريض.

(NADJIB.R, 2011, p22)

بجانب هذه السلالم البصرية التناظرية، نجد "السلالم القطعية" "Les échelles catégoriques"، و التي يمكن ان تستعمل في التقييم الذاتي، و التقييم الغيري على حد سواء، و يمكن ان نميز نوعين من الإستبيانات:

- الإستبيانات العامة: و قد صممت لتكون مؤشرا على الحالة الصحية، و على نوعية

الحياة عموما، فهي لا تأخذ بعين الإعتبار مرض محدد، درجة خطورته، العلاج

المتبع، و خصائص المرضى (السن، الجنس، العرق...)، هذه الإستبيانات تسمح لنا

بالمقارنة بين مختلف الإضطرابات، وحتى بين الأصحاء و المرضى. و من بين أهم

عيوب هذا النوع من القياس في نوعية الحياة، أنها تفتقر للحساسية في قياس الآثار الخاصة بأمراض معينة، و ذلك بسبب عدم استكشافها لبعض الجوانب الخاصة.

(ROTONDA.C, 2011, p 17)

- الإستبيانات الخاصة: و هي كيفية لقياس من أجل مرض محدد ( أمراض القلب، الجلد، الرئويات، الأعصاب، السرطان....)، أو لعرض محدد ( تعب، ألم، اضطراب النوم...)، تكون هذه الإستبيانات أكثر حساسية للتغيرات مقارنة مع الإستبيانات العامة، و لكن و بالمقابل المقارنة بين عينتين مختلفتين يكون أكثر صعوبة. و مع هذه الإستبيانات توجد وحدات فردية تسمى " الإستبيان المركزي questionnaire central"، حيث أن هذا الأخير لا يمكن تطبيقه مستقلا عن الإستبيان الخاص.

(MERCIER.M et SCHRAUB.S, 2005, P420)

و قد اتخذ قياس نوعية الحياة العديد من المحطات، إلى أن أصبح في يومنا هذا مؤشرا هاما للتعرف على مدى فعالية العلاجات المستخدمة في مجال الأمراض المزمنة عموما، و عند مرضى السرطان بصفة خاصة، و هذا ما سنحاول التطرق إليه فيما يلي.

### نوعية الحياة و السرطان:

كما أشرنا في الفصل 1 لأول، فإن الإستراتيجيات العلاجية في مرض السرطان تعتمد أساسا على العلاج الجراحي، الإشعاعي، و الكيميائي، و التي حدث بها العديد من التطورات، من أجل محاربة المرض، و الوصول إلى بقاء المريض على قيد الحياة من دون انتكاسة، بمعنى تحقيق أقصى قدر ممكن من الفعالية للعلاجات المستعملة.

و في هذا الإطار يرى كل من MACQUARTt-MOULIN.G و AUQUIER.P (1996)، أن قياس نوعية الحياة عند مرضى السرطان أصبح أمراً ضرورياً من وجهة النظر الأخلاقية، و ذلك بتقديمهم لثلاثة أسباب رئيسية:

- التسمم الدوائي، و الأثر النفسي لبعض العلاجات.
  - إذا ما تواجد تدهور في نوعية الحياة يجب علينا التساؤل عن القيمة الفعلية للفائدة من العلاج.
  - صعوبة اثبات تفوق علاج دوائي جديد من حيث فعاليته على المرض.
- و يضيف LIVARTOUSKY (1996)، أن الهدف من العلاج في امراض السرطان ليس التماثل للشفاء، و إنما تحسين الحالة الوظيفية، و في بعض الأحيان، و ببساطة أكثر تحسين حالة الصحة الذاتية.

و من اجل تقييم حالة الصحة الذاتية، أو نوعية الحياة يؤكّد كل من RODRAY و LEPLAGE (1998)، أنه يجب تقديم تعريف إجرائي، واضح، و موحد من أجل القيام بقياس كمي. فالإهتمام بنوعية حياة مرضى السرطان، هو أولاً و قبل كل شيء الاهتمام بالمرضى في شموليته، فأغلب الباحثين اتفقوا على المجالات الأربعة، المقترحة من طرف SCHRAUB و MERCIER، و المتمثلة في:

- الرفاهية الجسمية (الإستقلالية، و القدرة الجسمية).
- عدم الراحة الجسمية (الأعراض، نتائج المرض و العلاج).
- الحالة النفسية (الإنفعال، القلق، الإكتئاب).
- المشاكل العلائقية (الاجتماعية، العائلية، و المهنية).

(RISPAL.E, 2002, P 74)

فالتأثير السلبي لمرض السرطان، و العلاجات المستعملة يمكن استنتاجه من المعطيات الجسمية، النفسية، و العلائقية. وقد شهدت نوعية الحياة في مجال مرض السرطان العديد من

التطورات إلى أن وصلت إلى ما هي عليه الآن، و حيث أصبحت هناك سلاالم خاصة و استبيانات بمرضى السرطان، خلال مختلف مراحل المرض.

### - وسائل قياس نوعية الحياة لدى مرضى السرطان:

سنة 1949، تم وضع مؤشر من اجل اختبار الحالة الجسمية العامة، و استقلالية المرضى، و المسمى برمز KARNOFSKY، و الذي أصبح يستعمل في يومنا هذا بطريقة أكثر إيجازاً، نفس الشيء بالنسبة لرموز التسمم من العلاج الكيميائي أو الإشعاعي، و التي سمحت بالإهتمام بالاثار الثانوية للعلاجات المستعملة، هذا ما جعل كل من SCHRAUB و MERCIER يؤكّدان أن هذه الرموز تقيم موضوعياً بعد واحد فقط من نوعية الحياة، و المتمثلة في البعد الجسمي، أو عدم الراحة الجسدية. (RISPAL.E, 2002, P 74)

و بالتالي اصبح حالياً من الممكن تكوين فكرة عامة عن شعور المريض الذي يكونه اتجاه مرض السرطان، و اتجاه الكفالة العلاجية، و هذا بفضل العديد من الوسائل التي تجمع مجموع أبعاد نوعية الحياة، حيث اننا حتى في مرض السرطان نستعمل نفس الوسائل المستعملة في تقييم نوعية الحياة عموماً، فنجد: الوسائل المباشرة و المتمثلة في المقابلات العيادية الفردية (غير موجهة، نصف موجهة، و الموجهة)، و مقابلات جماعية، بالإضافة إلى وسائل غير مباشرة، أو تكيمية أين نجد السلاالم البصرية التناظرية، و السلاالم القطعية، في هذه الأخيرة نجد:

- السلاالم العامة: وهي تحوي الإستبيانات المستخدمة في الصحة و المرض، من بينها: - استبيان SF-36: هذا الإستبيان موجه لكل الأشخاص في صحة جيدة، أو المرضى، حيث أن هذا الإستبيان يسمح بالمقارنة بين مختلف الأمراض العضوية، و ارجاعها إلى عينة من الأشخاص السليمين، و يقيس الجوانب الثمانية التالية: النشاط الجسدي، الحياة و العلاقات مع الاخرين، الآلام الجسدية، الصحة المدركة، الحيوية، الحدود الراجعة إلى الحالة النفسية، الحدود الراجعة إلى الحالة الجسمية، و الصحة النفسية. هذا الإستبيان لا يحوي على بنود خاصة بمرض محدد، و هو ليس دقيق بما فيه

الكفاية لتقييم الأثر الخاص للتدخل، وهناك نسخته المختصرة إلى 12 بنداً، و المتمثلة في استبيان SF-12.

- استبيان EuroQoL 5D: هو استبيان أوروبى لقياس نوعية الحياة، سهل و سريع التطبيق، يحوي 5 بنود تمثل خمسة أبعاد (الحركة، الرعاية الذاتية، النشاط المعتاد، الآلام و عدم الراحة، القلق و الإكتئاب).
- استبيان WHOQOL: وضع من طرف المنظمة العالمية للصحة، في نسخته الكاملة يستكشف ستة مجالات: الصحة الجسمية (الطاقة و التعب، الألم و عدم الراحة، الراحة و النوم)، الصحة النفسية (الصورة الجسدية و المظهر، المشاعر السلبية، المشاعر الإيجابية، تقدير الذات، التفكير، التعلم، الذاكرة و التركيز)، مستوى التبعية (الحركية، نشاطات الحياة اليومية، التبعية للأدوية أو للمس اعدة الطبية، القدرة على العمل)، العلاقات الاجتماعية (العلاقات الاجتماعية، المساعدة الاجتماعية، النشاط الجنسي)، البيئة (الموارد المالية، الحرية و الأمن، توفر و نوعية نظام الرعاية...)، و أخيراً الجانب الروحاني و المعتقدات الشخصية.

- السلام الخاصة: طوّر المختصون في أمراض السرطان، و المختصين في القياس النفسي، استبيانات للتقييم الذاتي تتوافق و مرض السرطان، و التي تحوي العديد من الأسئلة لاستكشاف الجوانب المتعددة لنوعية الحياة، و التي لا تكون طويلة حتى لا نتعب المريض، و قد ظهرت هذه الإستبيانات في مختلف دول أمريكا الشمالية و أوروبا، بما فيها فرنسا، إيطاليا، و سويسرا. و يمكننا تلخيص وسائل القياس الخاصة لنوعية الحياة عن مرضى السرطان في الجدول التالي:

الأبعاد المستكشفة	عدد البنود	الأداة الخاصة بمرض السرطان
جسدية، نفسية، العلاقة مع البيئة.	22	Flic (Schipper H, 1984)

<p>15</p> <p>5 سلالم الوظيفية و 9 سلالم تخص الأعراض+1سلم الصحة</p> <p>العامة الجسمية، الاجتماعية، المعرفية، الوظيفة الشخصية و النفسية، حالة الصحية العامة التعب، الغثيان، القيء، الألم، ضيق التنفس، ارق، الشهية، الإمساك، الإسهال، المشاكل المالية.</p>	<p>2+28</p> <p>بين 13 و 38 حسب الإستبيانات الثانوية</p>	<p>EORTC QLQ-30C (Arenson 1993) + الإستبيانات الثانوية (الثدي، الرئة، المريء، الشرج، القولون، المعدة، البروستاتا، الأورام الدماغية، المسالك الهوائية الهضمية العليا)</p>
<p>5</p> <p>الجسمية، العائلية و الاجتماعية، العلاقة مع الأطباء، الراحة النفسية، الراحة الإنفعالية.</p>	<p>5+29</p> <p>ما بين 7 و 20 حسب الإستبيانات الثانوية</p>	<p>(Cella FACT G3 DF1993)+ الإستبيانات الثانوية (الثدي، الأورام الدماغية، القولون، عنق الرحم، المريء، المبيضين، فقر الدم، التعب...)</p>
<p>4</p> <p>نفس الشيء مع حذف العلاقة مع الأطباء</p>		<p>FACIT</p>
<p>5</p> <p>الأعراض الجسمية، الراحة الجسمية، الراحة النفسية، الراحة الوجودية، الدعم</p>	<p>1+16</p>	<p>Mac Gill QLQ soins palliatifs (Robin Cohen S,1997)</p>

جدول رقم (2): وسائل قياس نوعية الحياة لدى مرضى السرطان



### - أهمية قياس نوعية الحياة لدى مرضى السرطان:

إن استعمال قياس نوعية الحياة بالنسبة لمرضى السرطان يمكّننا من:

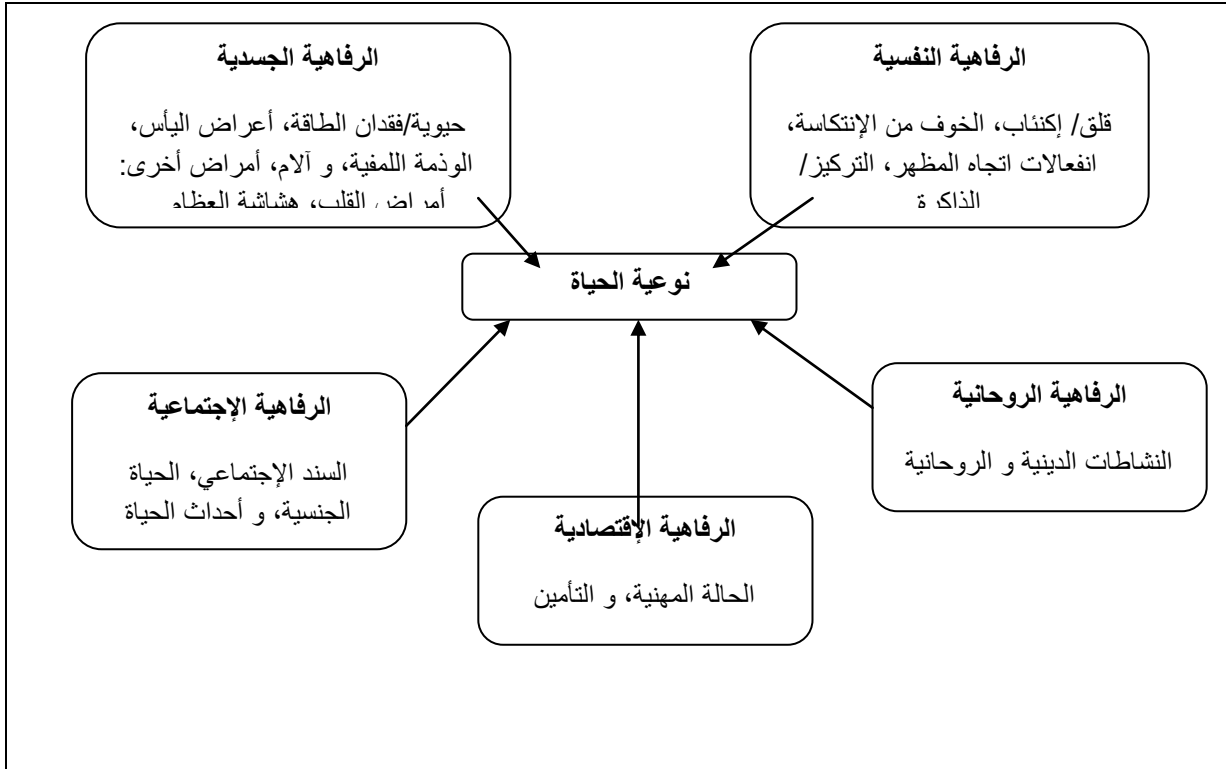
- دراسة تأثير السرطان و علاجاته على حياة المرضى.
- تقدير نوعية الحياة ، و الذي يعتبر ذا أهمية مهمة في الكشف عن المعاناة النفسية و الاجتماعية للمرضى.
- بالنسبة للتقييم العلاجي، فإن معرفة نوعية الحياة يساهم في أخذ القرارات أثناء العلاج مثل اختيار الدواء.

### - نوعية حياة مريضات سرطان الثدي:

نوعية حياة مريضات سرطان الثدي ترتبط بالمضاعفات الثانوية للمرض و للعلاجات المستعملة، فمن جهة نجد الآثار الجسمية و المتمثلة في الوذمة اللمفية Lymphodème، و التي تقيّد حركة الكتف، زيادة في الوزن، انقطاع الدورة الشهرية، و مشاكل على مستوى القلب، و من جهة أخرى نجد الآثار النفسية، و من بينها القلق، الإكتئاب، تغيير الصورة الجسدية، و التعب، و من جهة ثالثة هناك الآثار الاجتماعية، وهي الأكثر صعوبة أثناء التقييم. (MERCIER.M et SCHRAUB.S, 2005, P420)

و يعتبر نموذج FERRELL سنة 1993، هو أوّل نموذج وضع لنوعية الحياة لدى مريضات سرطان الثدي، و الذي يعتمد على أربعة أبعاد، و المتمثلة في: الرفاهية النفسية، الرفاهية الجسدية، الرفاهية الاجتماعية، و الرفاهية الروحانية، حيث أنّ هذه الأبعاد تتأثر بأعراض المرض، العلاجات المستعملة، و المعاناة الناتجة عن السرطان. ففي الجانب الجسدي نلاحظ التغيرات الهرمونية و التي قد تتسبب في تقدّم سن اليأس، التعب، و الألم، أما البعد النفسي فيتأثر بالضيق و الخوف من الإنتكاسة، الرفاهية الاجتماعية يمكن أن تظهر من خلال ضيق داخل العائلة، و أخيراً الرفاهية الروحانية و الذي يضطرب من خلال الشك، هذا النموذج استعمل من طرف العديد من الباحثين في نوعية حياة مريضات سرطان الثدي، إلا أن كل

من FLEMING و BITTONI سنة 2008، قسّمَا البعد الإجتماعي إلى بعد إجتماعي و آخر إقتصادي، و هذا مثلما هو موضح في الشكل التالي:



الشكل (26): الأبعاد الخمس لنوعية الحياة لدى مريضات سرطان الثدي

و قد أظهرت دراسة قام بها MONTAZERI سنة 2008، أنّ نوع الجراحة لا يؤثر على نوعية حياة المريضات، و وحده استئصال الثدي يؤثر سلبا على الصورة الجسدية، و الوظيفة الجنسية لديهن، في حين العلاج الكيميائي يلحق ضررا معتبرا بنوعية حياتهن، و لكنها تتحسن بعد إيقاف العلاج، و يضيف أن البعد النفسي يظهر من خلال أعراض القلق و الإكتئاب، و التي يمكن أن تبقى مطوّلا بعد الإنتهاء من العلاج، في حين يؤكّد على أن الدعم الإجتماعي يمكن أن يحافظ على نوعية حياة لا بأس بها فيما يخص البعد الإجتماعي.

(SEGRESTAN-CROUZET.C, 2010, p27)

مثلما هو واضح، لسرطان الثدي و العلاجات المستعملة، و على وجه الخصوص العلاج الكيميائي، آثارا سلبية على نوعية حياة المريضات، و لكن وكما تمّت الإشارة سابقا فالسرطان يؤثر كذلك على الأقارب، و الأشخاص الذين يقدمون الرعاية للمريضة، و على رأسهم الشريك، و الذي يعتبر مقدّم الرعاية الأوّلي، ما قد يتسبب في تأثر نوعية حياته.

### - نوعية حياة أزواج مريضات سرطان الثدي:

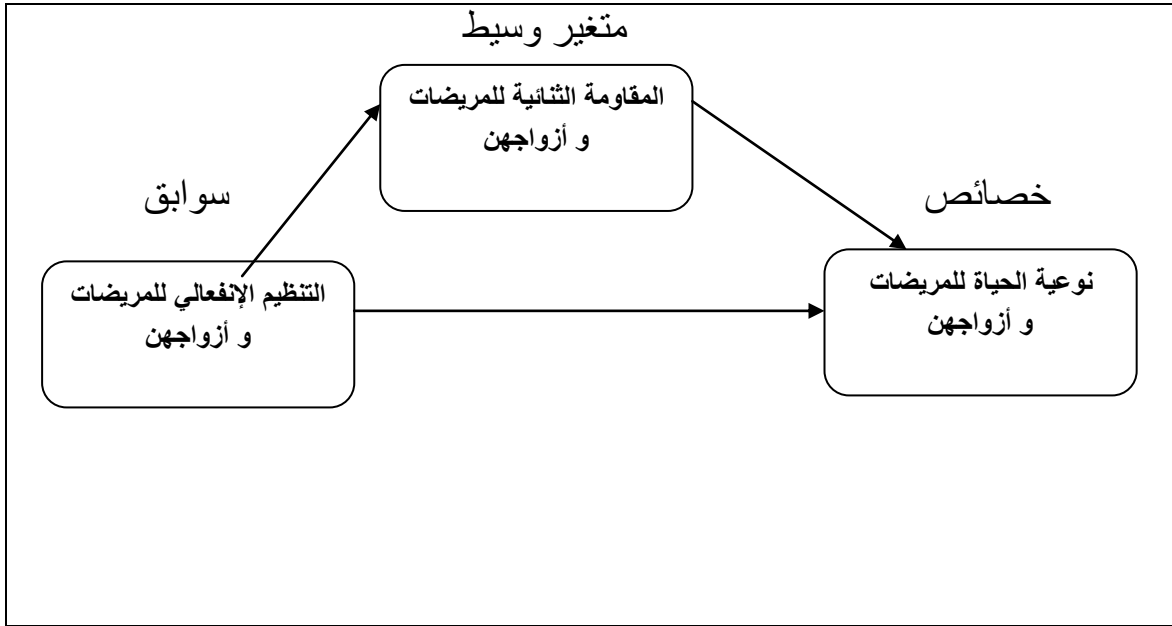
رغم اعتبار الأزواج أوّل من يقدم الدّعم لمريضات سرطان الثدي، إلّا أن الباحثين لم يطوّروا أي أداة تقيس نوعية الحياة لديهم، و اكتفوا باستعمال السلالم العامة ك: SF-12، و حسب WAGNER, BIGATTI و STORNIOLON سنة 2006، حيث قارنوا بين 79 زوجا لنساء مصابات بسرطان الثدي و 79 زوجا لنساء سليّمات، و وقد توصّلت النتائج إلى أنّ الأزواج الذين زوجاتهم مصابات بسرطان الثدي تحصّلوا على درجات جدّ منخفضة مقارنة بالمجموعة الضابطة، على العديد من سلالم مقياس نوعية الحياة MOS SF-36، بمعنى أن نوعية حياتهم تدهورت، بل أنها مرتبطة بنوعية حيان زوجاتهم، فحسب SEGRIN سنة 2005 نوعية حياة مريضات سرطان الثدي و أزواجهن تشهد اختلافات و التي تتبع نفس المسار عند كلاهما، و هذا وفقا لدراسته لـ 48، ثنائية تتكون من مريضات سرطان الثدي و مساعدهم الرئيسي (الزوج يمثل نسبة 67% من الحالات).

(SEGRESTAN-CROUZET.C, 2010, p30)

### علاقة نوعية الحياة بالمقاومة الثنائية و التنظيم الإنفعالي:

أجريت العديد من الدراسات التي أثبتت الدور الوسيط الذي تلعبه المقاومة بين الرفاهية النفسية و متغيّرات أخرى، كالدعم الإجتماعي المدرك، و التفاؤل. كما أنّ أثر المقاومة على تكيف أزواج مريضات سرطان الثدي، لا يختلف عن أثره على تكيف المريضات مع السرطان، و هذا ما جعل الباحثين يتجهون إلى دراسة المقاومة الثنائية باعتبار السرطان حدث ضاغط ثنائي، إضافة إلى المقاومة الثنائية اهتم الباحثون بالسوابق الشخصية لكل من المريضات و أزواجهن، كدراسة SEGRESTAN-CROUZET.C سنة 2010، حيث

اعتبرت أن تنظيم الإنفعالات، و القمع التعبيري من بين سمات الشخصية لدى مريضات سرطان الثدي، وهذا ما جعلنا نتجه من خلال هذه الدراسة إلى محاولة إظهار دور المقاومة الثنائية كمتغير وسيط، بين التنظيم الإنفعالي، باعتباره متغير مستقل و نوعية الحياة (متغير تابع)، لدى كل من مريضات سرطان الثدي و الأزواج. و هذا وفقا للنموذج التالي.



الشكل (27): نموذج تحليلي يهدف إلى إختبار الأثر الوسيط للمقاومة الثنائية بين التنظيم الإنفعالي و نوعية الحياة.

## خلاصة:

يبدو ان نوعية الحياة أصبحت تحتل أهمية بالغة في التكفل بمرضى السرطان، فهي تعتبر الهدف الأولي الذي يسعى لأجله كل العاملين و المشاركين في الرعاية الطبية بمرضى السرطان، حيث أن العمل مع مرضى السرطان لا يهدف إلى البحث عن الشفاء التام و إنما إلى تحسين نوعية الحياة كمؤشر على التكيف الجيد مع المرض، و بما أن العمل مع أقارب المرضى يعتبر من بين إشكاليات علم نفس أمراض السرطان، فإن البحث عن تحسين نوعية حياتهم يعتبر شيء مهم، و خصوصا إذا ما كانوا من مقدمي الرعاية الأساسيين لمريضات سرطان الثدي، و بالتالي يساعدون في تكيف المريضات مع إصابتهن، كل هذا من أجل إقحام مقدي الرعاية في برامج التكفل النفسي.

# الجانب المنهجي

منهج الدراسة:

إن طبيعة الدراسة و فرضياتها تقتضي تحديد المنهج الذي يتلاءم معها و يخدمها في تحليل نتائجها، و قد تم اختيار المنهج الوصفي الإحصائي، إذ أنه يتناسب و الوسط الطبيعي، من حيث وصف الظاهرة كما هي في الحقيقة، حيث يقوم هذا المنهج بجمع كل ما يتعلق بالظاهرة موضوع الدراسة، و ذلك باستخدام الملاحظة، المقابلة، و المقاييس، و من ثم تصنيف المعلومات في جداول و إعدادها للإستقراء، و استخلاص النتائج، كما أنه يسمح بتعميم النتائج المتحصّل عليها. (عبد الفتاح محمد دويدار، 2000، ص274).

فالمنهج الوصفي، يهدف إلى وصف ما هو كائن من ظواهر أو أحداث معينة بعد جمع البيانات، كما يهدف إلى تفسير الظواهر وتحديد الظروف والعلاقات التي توجد بين المتغيرات كما هي في الواقع.

و من خلال هذا البحث أردنا تقديم وصفا محددا و دقيقا لطبيعة المقاومة الثنائية، و استراتيجيات التنظيم الإنفعالي، و علاقتها بنوعية الحياة لدى كل من مريضات سرطان الثدي و أزواجهن أثناء فترة العلاج الكيميائي، وفقا لنموذج النظري لـ: Bruchon و Schweitzer، و المسمى النموذج النموذج التعاقدى التكاملى المتعدد العوامل ، و ذلك بالإعتماد على النموذج الإحصائي APIM.

الدراسة الإستطلاعية:

انطلقت فكرة البحث الحالي من الملاحظة الميدانية و الممارسة العيادية باعتباري أخصائية نفسانية في مصلحة أمراض السرطان بالمستشفى المركزي للجيش "محمد صغير النفاش"، حيث كانت لنا فرصة الإتصال بمرضى السرطان و أقاربهم، بالإضافة إلى القراءات العديدة في مجال علم نفس أمراض السرطان، هذا التناول الحديث و الذي هو جزء من علم نفس الصحة، حيث يهتم بتطبيقات علم النفس مع مرضى السرطان، و قد سمح لنا هذا بجمع معطيات هائلة حول هؤلاء المرضى، الشيء الذي جعل انتباهنا يركز على مريضات سرطان الثدي، باعتباره أول سرطان يصيب المرأة هذا من جهة، و من جهة أخرى لما

تسببه الإصابة بسرطان الثدي و علاجه الكيميائي من آثار سلبية على الحياة النفسية و العلائقية لدى المريضات، ما جعلنا نبحث في مقدمي الدعم و الرعاي ة لهن، و باعتبار الأزواج هم مقدمي الدعم الأساسيين للمريضات، و لما لاحظناه من تباين في تعامل الأزواج مع إصابة زوجاتهم، كل هذا جعلنا نتجه إلى العمل حول استراتيجيات التنظيم الإنفعالي و علاقتها بكل من المقاومة الثنائية، و نوعية الحياة لدى المريضات و أزواجهن. كما أنه من بين أهداف الدراسة الإستطلاعية، التحقق من صدق و ثبات المقاييس المستعملة في البحث الحالي، حيث استعملنا مجموعة من المقاييس لقياس المتغيرات قيد الدراسة، و المتمثلة في: مقياس المقاومة الثنائية لـ BODENMANN، مقياس استراتيجيات التنظيم الإنفعالي لـ GROSS، و مقياس نوعية الحياة SF-12v2، و هي مقاييس باللغة الإنجليزية و الفرنسية ما استلزم ترجمتها إلى اللغة العربية و تطبيقها على عينة تتكون من 30 فردا (15 مريضة و أزواجهن)، من أجل التأكد من مدى صلاحيتها، و لقياس خصائصها السيكمترية، و التي سيتم التطرق إليها فيما بعد.

### عينة البحث و خصائصها:

تتكون عينة البحث من 30 زوجا (30 امرأة مصابة بسرطان الثدي غير انبثائي و 30 رجلا "أزواجهن")، و قد كان المستشفى الإطار المكاني الأمثل للالتقاء بالمرضى، و بالتحديد مستشفى "محمد صغير النقاش" بعين النعجة، و الواقع بالجزائر العاصمة، و يحوي هذا المستشفى على العديد من المصالح، و من بينها نجد مصلحة أمراض السرطان، أين تم إجراء البحث الميداني، و تحوي هذه المصلحة على وحدتين: وحدة الإستشفاء، و وحدة المستشفى اليومي، و قد تم اختيار العينة بطريقة مقصودة وفقا للمعايير التالية:

- أن تكون النسوة مصابات بسرطان الثدي، مع عدم وجود أورام ثانوية، و قد تعرضن لاستئصال الثدي، على أن ينص البروتوكول العلاجي على تلقي 06 حصص علاج كيميائي، حصة كل 21 يوما، أي ما يقارب فترة 04 أشهر.
- الحالة المدنية: متزوجات و أمهات لأطفال.



- السن: سن المريضات تراوح بين 29 و 51 سنة (60% أقل من 40 سنة)، أما سن الأزواج فكان ما بين 32 و 61 سنة (80% أقل من 52 سنة).
- مدّة الزواج: تراوحت مدّة الزواج ما بين 4 سنوات إلى 32 سنة، مع وجود أغلبية بين 4 و 10 سنوات (بنسبة 53.33%).
- العدد: عدد الحالات كان مرتبطا بظروف عديدة، ك رغبة المريضات و أزواجهن في المشاركة، حيث تم استبعاد العديد من الحالات التي رفض فيها الزوج المشاركة.
- المنطقة الجغرافية: أفراد العينة من مختلف مناطق الوطن.
- المستوى المهني، الإقتصادي، و التعليمي: لم يحدد.

### أدوات جمع البيانات:

اعتمدنا في البحث الحالي على مجموعة من المقاييس من أجل جمع البيانات، بالإضافة إلى استمارة المعلومات العامة.

- مقياس المقاومة الثنائية DCI :

قمنا باستعمال النسخة الجديدة لمقياس المقاومة الثنائية ( « DCI » coping inventar ) التي قام BODENMANN بتعديلها سنة 2008، ليختصرها إلى سبعة و ثلاثين (37) بندا، و هو أداة موجهة لقياس التواصل المدرك، و المقاومة الثنائية (الداعمة، المواجهة، السلبية، و المشتركة)، في العلاقات الوثيقة أين يكون كلا أو أحد الزوجين يعيش في حالة ضغط، فالمقاومة الثنائية تشمل في آن واحد: فرد يحاول التخفيف من ضغط شريكه، هذا من جهة، و من جهة أخرى يسعى مشترك بين الزوجين للتعامل مع الضغوط الخارجية و التي تؤثر على العلاقة.

مقياس المقاومة الثنائية لـ: BODENMANN « DCI »، هو مقياس متعدد الأبعاد، إذ يتضمن أربعة أقسام، و المتمثلة في: المقاومة الثنائية الداعمة، المفوضة، السلبية، و المشتركة.

طريقة تطبيقه: يمكن أن يملؤه الفرد بمفرده، أو من طرف الأخصائي العيادي أثناء المقابلة، يستغرق من 10 إلى 15 دقيقة.

طريقة التنقيط: يتم تنقيط البنود على مقياس من 05 درجات، من 1 (نادر جدا)، إلى 5 (غالبا)، و من ثم يتم جمع درجات البنود من 1 إلى 35، بعد عكس التنقيط للبنود السلبية التالية: (7، 10، 11، 15، 22، 25، 26، و 27)، حيث أن آخر بندين 36 و 37، ووضعاً من أجل التقييم، و بالتالي لا يدخلان في المجموع الإجمالي.

درجات السلالم الفرعية هي مجموع البنود التالية:

- التواصل حول الضغط من قبل الفرد (SCO): 1، 2، 3، 4.
- المقاومة الثنائية السندية للفرد (SDC): 20، 21، 23، 24، 29.
- المقاومة الثنائية الموجهة للفرد (DDCO): 28، 30.
- المقاومة الثنائية السلبية للفرد (NDCO): 22، 25، 26، 27.
- التواصل حول الضغط للشريك (SCP): 16، 17، 18، 19.
- المقاومة الثنائية السندية للشريك (SDCP): 5، 6، 8، 9، 13.
- المقاومة الثنائية الموجهة للشريك (DDCP): 12، 14.
- المقاومة الثنائية السلبية للشريك (NDCP): 7، 10، 11، 15.
- المقاومة الثنائية المشتركة (CDC): 31، 32، 33، 34، 35.
- تقييم المقاومة الثنائية (EDC): 36، 37.

و كانت الدرجات المعيارية لمجموع بنود المقياس كمايلي:

التفسير	الدرجة الكلية للمقياس
المقاومة الثنائية أقل من المتوسط	111 <
المقاومة الثنائية في المعدل الطبيعي	145-111
المقاومة الثنائية أكثر من المتوسط	145 >

و يتميز المقياس بخصائص سيكومترية جيّدة من حيث الصدق و الثبات، فقد أظهرت دراسة ثبات المقياس على مجموعة من الأزواج على وجود اتساق داخلي عالي بين مختلف السلالم الفرعية للمقياس، حيث تراوح ما بين: 0.71 و 0.92.

بعد ترجمة مقياس المقاومة الثنائية من اللغة الإنجليزية إلى العربية تمّ عرضه على مجموعة من الأساتذة في علم النفس، بجامعة الجزائر 2، و قد أكدوا على صدق المقياس.

أما فيما يتعلّق بالثبات، فقد قمنا بحساب الثبات بطريقتين، الأولى المتمثلة في معامل ألفا كرونباخ، و الثانية طريقة قياس-إعادة قياس، و ذلك بعد تطبيقه على عينة تتكون من 15 امرأة مصابة بسرطان الثدي غير الإنبثائي و أزواجهن.

- معامل ألفا كرونباخ: بالنسبة للدرجة الإجمالية للمقياس كان يساوي لـ: 0.99،  
أما بالنسبة للسلالم الفرعية فكان يتراوح بين: 0.78 و 0.89، و هذا يعني أن المقياس ثابت.

كما قمنا باختبار الثبات من خلال طريقة إعادة التطبيق (test-retest)، حيث أعيد تطبيق المقياس بعد أسبوع من التّطبيق الأوّل على عينة مكوّنة من 15 مريضة مصابة بسرطان الثدي، و أزواجهن (30 فردا).

## جدول رقم (3): نتائج test-retest لمقياس المقاومة الثنائية

الأفراد	التطبيق الأول	التطبيق الثاني
1	117	113
2	126	120
3	132	130
4	128	132
5	106	110
6	129	130
7	114	111
8	118	118
9	127	127
10	123	123
11	115	112
12	113	114
13	147	145
14	150	150
15	75	70
16	73	73
17	145	150
18	142	140
19	143	145
20	151	153
21	142	140

120	123	22
125	119	23
120	117	24
130	132	25
130	131	26
142	138	27
135	128	28
79	81	29
95	91	30

و تمّ حساب معامل Pearson، و الذي تحدّد بـ: 0,98 عند مستوى دلالة 0,01، ممّا يدلّ على ارتباط مرتفع، قوي و موجب، و بالتالي تحقق صدق و ثبات المقياس.

- مقياس استراتيجيات التنظيم الإنفعالي (ERQ):

هو مقياس و ضعه كل من GROSS و JOHN سنة 2003، من أجل تقدير الفروق الفردية في استعمال استراتيجيتين للتنظيم الإنفعالي، و المتمثلة في استراتيجية إعادة التقييم المعرفي، و استراتيجية القمع التعبيري. وهو مكون من 10 بنود موضوعة على سلّم ليكرت من 1 غير موافق أبداً، إلى 7 موافق تماماً، مقسمة إلى سلمين فرعيين كمايلي:

- إعادة التقييم المعرفي: 1، 3، 5، 7، 8، 10.

- القمع التعبيري: 2، 4، 6، 9.

تنقيط المقياس يكون بجمع الدرجات من 1 (غير موافق) إلى 7 (موافق تماماً)، مع الحفاظ على نفس الترتيب مع كل البنود.

المقياس في نسخته الأصلية باللغة الإنجليزية، وتمّت ترجمته فيما بعد للعديد من اللغات من بينها اللغة العربية وهي النسخة المستعملة في البحث، حيث كانت الخصائص السيكومترية

للمقياس في بيئته الأصلية كمايلي: قدر معامل ألفا كرونباخ بـ 0.79 بالنسبة للبنود الخاصة بإعادة التقييم المعرفي، و 0.80 بالنسبة للبنود الخاصة بالقمع التعبيري.

و قد قمنا بدراسة اختبار صدق المقياس، عن طريق استطلاع رأي المحكّمين، إذ طلبنا من الأستاذة المشرفة، و بعض أساتذة علم النفس العيادي أن يقيّموا كل عبارة من عبارات المقياس من حيث الصّغية اللغوية و علاقتها بالموضوع الذي وضعت من أجله، و وضوح التّعلّيمية و تناسب مدّة التّطبيق.

و بعد دراسة الصّدق الذي توقفت دلالاته على صدق المحكّمين، تمّ اختبار ثبات المقياس، أوّلا من خلال استعمال معامل ألفا كرونباخ، و الذي جاء مساوٍ لـ: 0,89، بالنسبة للبنود الخاصة باستراتيجية إعادة التّقييم المعرفي، و 0,82 بالنسبة للبنود الخاصة باستراتيجية القمع التعبيري، ما يعني أن هذا المقياس ثابت.

كما قمنا باختبار الثبات من خلال طريقة إعادة التطبيق (test-retest)، حيث أعيد تطبيقه بعد أسبوع من التّطبيق الأوّل على عينة مكوّنة من 15 مريضات مصابات بسرطان الثدي، و أزواجهن (أي 30 فردا).

جدول رقم (4): نتائج test-retest لمقياس استراتيجيات التنظيم الإنفعالي

الأفراد	التطبيق الأوّل		التطبيق الثاني	
	إعادة التقييم المعرفي	القمع التعبيري	إعادة التقييم المعرفي	القمع التعبيري
1	18	4	15	5
2	33	17	31	16
3	13	9	12	10
4	28	5	30	4
5	30	21	32	20

22	5	20	24	6
19	39	18	40	7
4	42	4	40	8
18	40	18	39	9
12	30	15	33	10
20	20	21	22	11
18	20	20	18	12
18	25	21	25	13
18	30	20	33	14
20	16	28	17	15
20	23	28	22	16
12	40	10	42	17
7	35	5	30	18
25	20	26	18	19
25	25	26	22	20
23	6	21	7	21
26	39	28	42	22
27	22	28	24	23
25	40	28	42	24
28	30	28	27	25
22	35	24	38	26
26	30	22	25	27
20	30	24	33	28

25	20	28	21	29
24	20	28	22	30

و تمّ حساب معامل Pearson، و الذي تحدّد بـ: 0,90 بالنسبة لسلم إعادة التقييم المعرفي، و 0,94 بالنسبة لسلم القمع التعبيري، و هذا عند مستوى دلالة 0,01، ممّا يدلّ على ارتباط قوي و موجب، و بالتالي تحقق صدق و ثبات المقياس.

- مقياس نوعية الحياة SF12v2:

هو مقياس مختصر لمقياس نوعية الحياة SF36، يُستعمل بكثرة باللغة الانجليزية، لكن تمّت ترجمته إلى 15 لغة أخرى، هذا المقياس يسمح بالحصول على درجتين لنوعية الحياة، و المتمثلة في: درجة لنوعية الحياة العقلية، و درجة لنوعية الحياة الجسدية، حيث أنّ المقياس يضمّ 12 بُندا تتوزّع من خلال 08 مقاييس فرعية، و هي كالآتي:

Physical functioning	1 - التوظيف العضوي
Role physical	2 - دور الجسم
Pain bodily	3 - الآلام الجسدية
General health	4 - الصحّة العامّة
Vitality	5 - الحيوية
Social functioning	6 - التوظيف الإجتماعي
Role emotional	7 - دور الإنفعال
Mental health	8 - الصحّة العقلية

و كان الهدف من هذا المقياس، هو قياس نوعية الحياة لدى مريضات سرطان الثدي و لدى أزواجهن، حيث صمّم من أجل إمكانية تطبيقه مع الأشخاص المرضى، و الأصحاء على حدّ السواء، و هو عبارة عن تقرير ذاتي يُطبّقه الفاحص من خلال إجراء مقابلة مع المفحوص، يستغرق تطبيقه حوالي 15 دقيقة، و الدرّجة 100 هي أعلى درجة، و تُشير إلى نوعية حياة



جيدة، أي توظيف عقلي و جسمي مُرتفع، و أقل من 50 درجة تُشير إلى نوعية حياة رديئة. يتم حساب الدرجات من خلال جمع النقاط التي حصل عليها المفحوص، بعد عكس درجات البنود التالية: 5، 6a و 6b.

يتميز المقياس بخصائص سيكومترية جيدة إذ أظهر من خلال تطبيقاته على مرضى تصفية الدم درجات عالية في الصدق والثبات فكانت درجة الثبات من خلال معامل ألفا كرونباخ لمختلف المقاييس الفرعية كالاتي: التوظيف العضوي 0.93، دور الجسم 0.82، آلام جسدية 0.95، الصحة العامة 0.82، الحيوية 0.80، التوظيف الاجتماعي 0.90، دور الانفعال 0.83، الصحة العقلية 0.80.

كما أن الاختبار صادق إذ وجد الباحثون أن هناك علاقة ارتباط بين مقاييسه الفرعية، و مقياس نوعية الحياة SF-36، كما توجد علاقة بين هذا المقياس ومقاييس أخرى تقدر نوعية الحياة (صدق المحك).

وقد تمت دراسة اختبار صدق المقياس (بعد ترجمته من اللغة الفرنسية إلى اللغة العربية)، عن طريق استطلاع رأي المحكّمين، حيث قامت الأستاذة المشرفة، وبعض أساتذة علم النفس العيادي بتقييم كل عبارة من عبارات المقياس من حيث الصيغة اللغوية وعلاقتها بالموضوع الذي وضعت من أجله، ووضوح التعلّيمية وتناسب مدّة التّطبيق، وترتب على صدق المحكّمين تعديل صياغة بعض العبارات حيث أكدوا لنا على أنّ بعض العبارات تستلزم المزيد من التبسيط، و بعد دراسة الصدق الذي تتوقف دلالاته على صدق المحكّمين و فقط، تمّ اختبار ثبات المقياس، أولاً من خلال استعمال معامل ألفا كرونباخ، والذي جاء مساوٍ لـ: 0,88، بالنسبة لكل بنود المقياس، وتراوح ما بين 0,72 و 0,98، بالنسبة للسلاسل الفرعية، ما يعني أنّ هذا المقياس ثابت.

كما قمنا باختبار الثبات من خلال طريقة إعادة التطبيق (test-retest)، حيث تمت إعادة التطبيق بعد أسبوع من التطبيق الأوّل على عينة مكوّنة من 15 مريضة مصابة بسرطان الثدي، و أزواجهن.

جدول رقم (5): نتائج test-retest لمقياس نوعية الحياة

التطبيق الثاني		التطبيق الأول		الأفراد
Mcs	Phcs	Mcs	Phcs	
40	14	51	15	1
45	60	46	56	2
30	20	35	27	3
30	50	24	48	4
30	30	32	30	5
35	45	35	49	6
40	40	49	45	7
54	80	54	58	8
30	35	33	31	9
40	50	40	46	10
19	29	21	37	11
30	70	32	66	12
15	35	28	46	13
46	65	46	62	14
40	50	46	62	15
35	57	31	46	16
50	40	35	27	17
48	55	24	48	18
45	30	32	30	19

40	65	35	49	20
12	30	49	45	21
50	42	54	58	22
45	50	33	31	23
50	60	40	46	24
40	40	21	37	25
40	56	32	66	26
45	40	28	46	27
42	60	46	62	28
35	30	46	62	29
46	60	31	46	30

و تمّ حساب معامل Pearson، و الذي تحدّد بـ: 0,91 و 0,89، عند مستوى دلالة 0,01، ممّا يدلّ على ارتباط قوي و موجب و دال إحصائياً، و بالتالي تحقق صدق و ثبات المقياس.

### إجراءات البحث:

سمحت المقابلات الأولى التي أجريناها مع مريضات سرطان الثدي، بتحديد إجراءات التطبيق، فبعد جمع البيانات المتعلقة بإشكالية البحث، و انطلاقاً من المنهج الوصفي المتّبع في هذه الدراسة، جاءت الإجراءات كالتالي:

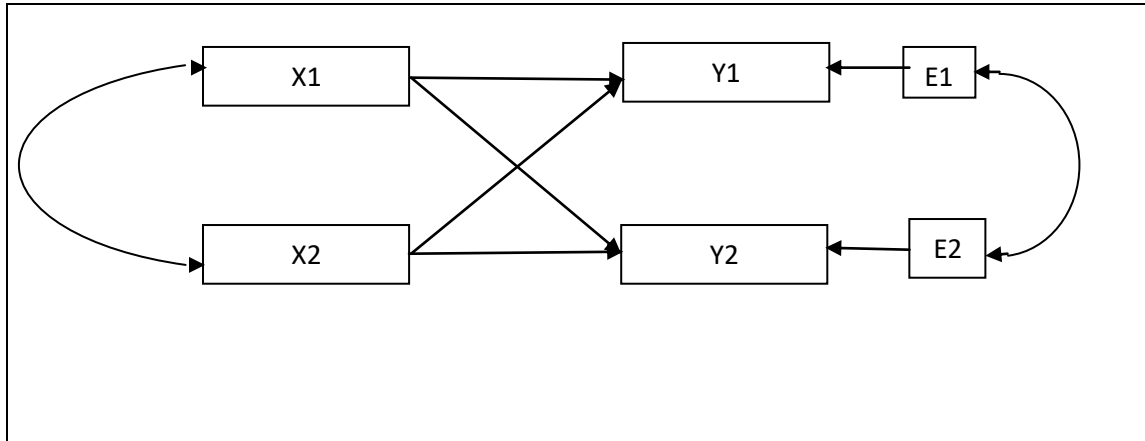
- إعداد بطارية المقاييس المذكورة سابقاً، و المقدّمة في نسختين الأولى للمريضات، و الثانية للأزواج.
- القيام بالمقابلة العيادية الموجهة، مع المريضات خلال الحصة الأولى، و الثانية للعلاج الكيميائي، و هذا من أجل جمع البيانات اللازمة، و تحديد العيّنة وفقاً للخصائص المذكورة سابقاً، و ملء استمارة المعلومات العامة.

- التقييم كان في منتصف مدة العلاج الكيميائي، أي ما بين الحصّة الثالثة، و الرابعة، حيث قمنا بتقديم بطارية المقاييس، و الإجابة عليها من طرف كل من المريضات و أزواجهن، بعد الإنتهاء من حصّة العلاج الكيميائي الثالثة، و قبل مغادرة المريضات للمستشفى.
- و أخيراً، و بعد القيام بحساب درجات مختلف المقاييس، تمّت معالجتها إحصائياً.

### المعالجة الإحصائية:

تمّت المعالجة الإحصائية من خلال استعمال برنامج الرّزم الإحصائية للعلوم الإجتماعية SPSS، في نسخته 23، من أجل القيام بدراسة ثنائية (étude dyadique)، و التي اعتمدت على "نموذج التّرابط فاعل – شريك Actor – Partner interdepenance model"، و الذي يُختصر ب: APIM، لصاحبه KENNY، حيث يعتمد هذا النموذج الإحصائي على دراسة الأزواج، و الثنائيات ككل، باعتبارهم كوحدة، حيث أنّ المبدأ الأساسي مع البيانات الثنائية، هو أنّ أفراد الثنائية الواحدة يتشاركون و/ أو يطوّرون تشابهات في بعض الصفات النفسية، إلى حدّ أن بياناتهم لا يمكن اعتبارها مستقلة عن بعضها البعض. حيث يمكن لنموذج APIM، تقدير مدى تأثير درجة المتغيّر المستقل على المتغير التابع لنفس الشخص، و هذا ما يُعرف بالأثر الفاعل effet acteur، كما يمكن أن يقيس تأثير المتغير المستقل للفرد على المتغير التابع لزوج، ما يسمى بالأثر الشريك effet partenaire.

و بهذا فإن كل تحليل يصل إلى أثرين فاعل و أثرين شريك، بحيث أن كل فرد من الثنائية له أثر فاعل، و أثر شريك الخاصين به. كما هو موضح في الشكل التالي:



شكل رقم (28): شكل توضيحي لنموذج أثر فاعل – شريك APIM

(KENNY.D, et al,2006)

التحليل الإحصائية المستعملة من طرف الباحثين في نموذج APIM، هي: النموذج الخطي المختلط (MultiLevel Modeling : MLM)، أو نموذج المعادلات الهيكلية (Structural Equations Model : SEM)، و بما أن هذا الأخير يستلزم حجم عينة كبير، فقد تم استعمال النموذج الخطي المختلط في البحث الحالي، إلا أن برنامج SPSS، يعطي لنا احتمال ثنائي الحد، و اختبار التباين هذا يستلزم احتمال وحيد الحد، ما جعلنا نقوم بتقسيم النتيجة المتحصل عليها على 2.

# الجانب التطبيقي

## عرض و تفسير النتائج:

قبل عرض النتائج النهائية للبحث، و التأكد من صحة الفرضيات ارتأينا أهمية عرض عام للنتائج المتحصّل عليها من طرف المريضات و أزواجهن من خلال تطبيق المقاييس الثلاثة المستعملة في الدراسة، و هذا من أجل تقديم عرض وصفي لعينة البحث.

- عرض النتائج الأولية:

مقياس المقاومة الثنائية:

التواصل حول الضغط (40_8)	المقاومة المفوضة (20_4)	المقاومة السلبية (40_8)	المقاومة السندية (50_10)	المقاومة الثنائية المشتركة (25_5)	المقاومة الثنائية (185_37)	
26,17	13,20	26,17	38,37	15,77	119,67	المريضات المتوسط
30	30	30	30	30	30	N
5,421	4,063	5,434	7,963	4,321	23,270	الأنحراف المعياري
13	6	16	19	5	61	أقل درجة
38	19	36	47	23	159	أعلى درجة
25,67	13,37	26,90	37,73	16,33	120,00	الأزواج المتوسط
30	30	30	30	30	30	N
5,803	3,662	6,194	7,343	4,521	22,773	الأنحراف المعياري
15	7	15	21	8	72	أقل درجة
36	19	39	46	24	158	أعلى درجة
25,92	13,28	26,53	38,05	16,05	119,83	المجموع المتوسط
60	60	60	60	60	60	N
5,573	3,836	5,789	7,601	4,393	22,827	الأنحراف المعياري
13	6	15	19	5	61	أقل درجة
38	19	39	47	24	159	أعلى درجة

جدول رقم (6): النتائج الوصفية لمقياس المقاومة الثنائية

يوضّح الجدول السابق أن متوسط المقاومة الثنائية لدى النساء المصابات بسرطان الثدي قدرّ بـ: 119,67، و بالنسبة للأزواج فقدّر بـ: 120، حيث أنّ متوسط المجموع قدرّ بـ: 119,83، و هي درجة في المعدّل الطبيعيّ وفقا للدرجات المعيارية. كما نلاحظ أنّ كلا من المريضات و الأزواج يلجؤون إلى المقاومة الثنائية السندية بمتوسط قدرّ بـ: 38,05، و درجة دنيا 19

(10)، أما الدرجة القصوى فمساوية لـ 47 (50)، و تأتي بعدها المقاومة السلبية بمتوسط قدر بـ: 26,53، و من ثم التّواصل حول الضّغط، حيث حدّدت قيمة المتوسط بـ: 25,92، مع درجة دنيا مساوية لـ 13 (8)، و القصوى 38 (40)، أما المقاومة المشتركة و المقاوم المفوضة فكانت متوسطاتها مساوية لـ: 16,05، و 13,28، على التّوالي.

تدل هذه النتائج على أن المقاومة الثنائية لدى مريضات سرطان الثدي، و أزواجهن هي مقاومة معتدلة، بما أنّها تفوق 111 عموماً، كم أنّها تمتاز باستخدام المقاومة السندية بالدرجة الأولى، و هذا ما يؤكّد أنّ الأزواج يعتبرون مقدّمي الرعاية و السند الأساسيين لمريضات سرطان الثدي، لتليها المقاومة السلبية و التواصل حول الضّغط على التّوالي، و من الواضح أنّ الأزواج يلجؤون إلى المقاومة السلبية أكثر من المريضات،

#### - مقياس استراتيجيات التنظيم الإنفعالي:

القمع التعبيري	إعادة التقييم المعرفي	
20,97	21,10	المريضات المتوسط
30	30	N
7,146	9,503	الأنحراف المعياري
20,47	29,17	الأزواج المتوسط
30	30	N
7,551	7,661	الأنحراف المعياري
20,72	25,13	المجموع المتوسط
60	60	N
7,293	9,475	الأنحراف المعياري

جدول رقم (7): النتائج الوصفية لمقياس استراتيجيات التنظيم الإنفعالي

من هذا الجدول من الواضح ان المريضات يستعملن استراتيجيات إعادة التقييم المعرفي، و القمع التعبيري بنفس المستوى، في حين أنّ الأزواج يلجؤون إلى استراتيجيات إعادة التقييم المعرفي أكثر من استراتيجيات القمع التعبيري.



## - مقياس نوعية الحياة:

PCS	MCS	
35,2621	32,8448	المريضات المتوسط
30	30	N
8,81825	12,12445	الأنحراف المعياري
15,07	13,07	أقل درجة
47,64	54,37	أعلى درجة
59,4128	38,8019	الأزواج المتوسط
30	30	N
7,06732	9,08170	الأنحراف المعياري
41,38	14,26	أقل درجة
67,84	54,14	أعلى درجة
47,3375	35,8234	المجموع المتوسط
60	60	N
14,52781	11,03708	الأنحراف المعياري
15,07	13,07	أقل درجة
67,84	54,37	أعلى درجة

جدول رقم (8): النتائج الوصفية لمقياس نوعية الحياة

من نتائج الجدول يبدو أن مريضات سرطان الثدي يتمتعن بنوعية حياة جسدية و نفسية تحت المتوسط، في حين أن نوعية الحياة الجسدية للأزواج حسنة أما نوعية الحياة النفسية فهي تحت المتوسط، و لكنها تبقى أفضل من الدرجات المتحصل عليها من طرف المريضات. و من هذا يتضح أن سرطان الثدي يؤثر على نوعية الحياة النفسية لدى الأزواج، و من أجل توضيح أكثر و التحقق من فرضيات الدراسة تم استعمال الدراسة الإحصائية الثنائية مثلما سيتم توضيحه فيما يلي.

## عرض نتائج الدراسة الثنائية:

فيمايلي سنقوم بعرض و مناقشة النتائج المتحصّل عليها بعد القيام بدراسة ثنائية وفقا للنموذج الإحصائي APIM، و هذا من أجل التحقق من الفرضية التي مفادها : استراتيجيات التنظيم الإنفعالي، و المقاومة الثنائية المستعملة من طرف مريضات سرطان الثدي، و أزواجهن تؤثر على نوعية الحياة لديهم أثناء فترة العلاج الكيميائي.

و لهذا كان من اللازم تجزئة فرضية الدراسة، إلى فرضيات جزئية يمكن دراستهما و العمل عليها بشكل أسهل و مبسّط.

- التحقق من الفرضية الأولى:

- نوع استراتيجية التنظيم الإنفعالي المستعملة من طرف مريضات سرطان الثدي يتنبأ بدرجة نوعية الحياة لديهن و لدى أزواجهن أثناء فترة العلاج الكيميائي.

أثر استراتيجية إعادة التقييم المعرفي على نوعية الحياة:

- أثر استراتيجية إعادة التقييم المعرفي على نوعية الحياة النفسية:

الدلالة الإحصائية	T	الخطأ المعياري	التقدير	
*0.05	0.99	0.10	0.20	أثر فاعل
*0.02	1.17	0.13	0.30	أثر شريك

جدول رقم (9): نتائج أثر استراتيجية إعادة التقييم المعرفي المستعملة من طرف النساء المصابات بسرطان الثدي على نوعية الحياة النفسية

التحليل الثنائي لأثر إستراتيجية إعادة التقييم المعرفي على درجة نوعية الحياة النفسية لمريضات سرطان الثدي و أزواجهن، يُشير إلى أثر فاعل دال إحصائيا لإستراتيجية إعادة التقييم المعرفي (  $p=0.05$  )، ما يعني أنّ: لجوء النساء المصابات بسرطان الثدي إلى استراتيجية التقييم المعرفي من أجل تنظيم إنفعالاتهن يتنبأ بنوعية حياة نفسية جيّدة لديهن. إضافة إلى وجود أثر شريك دال عند مستوى دلالة 0.02، و الذي يشير إلى أنّ استعمال

النساء المصابات بسرطان الثدي إلى استراتيجيات إعادة التقييم المعرفي من أجل تنظيم انفعالاتهن يتنبأ بنوعية حياة نفسية جيدة لدى أزواجهن.

- أثر استراتيجية إعادة التقييم المعرفي على نوعية الحياة الجسدية:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدلالة الإحصائية
أثر فاعل	0.1	0.55	0.27
أثر شريك	-0.35	-0.16	0.75

جدول رقم (10): نتائج أثر استراتيجية إعادة التقييم المعرفي المستعملة من طرف

النساء المصابات بسرطان الثدي على نوعية الحياة الجسدية

التحليل الثنائي لأثر إستراتيجية إعادة التقييم المعرفي على درجة نوعية الحياة الجسدية لمريضات سرطان الثدي و أزواجهن، لا يوحي إلى وجود الأثر فاعل-شريك (  $p > 0.07$  )، و الذي يعني أن استعمال النساء المصابات بسرطان الثدي لاستراتيجية إعادة التقييم المعرفي لا يتنبأ بجودة نوعية الحياة الجسدية لديهن، و لدى أزواجهن.

أثر استراتيجيات القمع التعبيري على نوعية الحياة:

- أثر استراتيجية القمع التعبيري على نوعية الحياة النفسية:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدلالة الإحصائية
أثر فاعل	-0.30	-0.75	0.14
أثر شريك	-0.067	-0.18	0.71

جدول رقم (11): نتائج أثر استراتيجية القمع التعبيري المستعملة من طرف النساء المصابات بسرطان الثدي على نوعية الحياة النفسية

التحليل الثنائي لأثر إستراتيجية القمع التعبيري على درجة نوعية الحياة النفسية لمريضات سرطان الثدي و أزواجهن، لا يوحي إلى وجود كل من الأثر الفاعل و الأثر الشريك على حد السواء، و هذا لأن النتائج المتحصّل عليها غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.07، ما

يعني أنّ: لجوء النساء المصابات بسرطان الثدي إلى استراتيجية القمع التعبيري من أجل تنظيم إنفعالاتهن لا يتنبأ بمدى جودة نوعية الحياة النفسية لديهن و لدى أزواجهن.

2/2- أثر استراتيجية القمع التعبيري على نوعية الحياة الجسدية:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدلالة الإحصائية
أثر فاعل	0.13	1.67	*0.00
أثر شريك	0.12	-0.68	0.18

جدول رقم (12): نتائج أثر استراتيجية القمع التعبيري المستعملة من طرف النساء المصابات بسرطان الثدي على نوعية الحياة الجسدية

التحليل الثنائي لأثر إستراتيجية القمع التعبيري على درجة نوعية الحياة الجسدية لمريضات سرطان الثدي و أزواجهن، يشير إلى وجود أثر فاعل، حيث أنّ ( $p < 0.07$ )، أما الأثر الشريك فهو غير دال إحصائياً، ما يعني أنّ استعمال النساء المصابات بسرطان الثدي لاستراتيجية القمع التعبيري يتنبأ بنوعية حياة جسدية جيّدة، في حين أنّه لا يتنبأ بمدى جودتها لدى أزواجهن.

أوصلنا التحليل الثنائي لأثر فاعل – شريك لاستراتيجيات التنظيم الإنفعالي المستعملة من طرف النساء المصابات بسرطان الثدي، على نوعية الحياة لديهن و لدى أزواجهن ، إلى أنّ وحدها استراتيجية إعادة التقييم المعرفي التي لها أنث فاعل –شريك على نوعية الحياة النفسية، في حين لا نلاحظ أي أثر على نوعية الحياة الجسدية، أما استراتيجية القمع التعبيري فلها أثر فاعل فقط على نوعية الحياة الجسدية، هذا يعني أنّ استعمال النساء المصابات بسرطان الثدي لاستراتيجية إعادة التقييم المعرفي من أجل تنظيم انفعالاتهن عادة يتنبأ بنوعية حياة نفسية جيّدة لديهن و لدى أزواجهن، في حين استعمالهن لاستراتيجية القمع التعبيري يتنبأ بنوعية حياة جسدية جيّدة لديهن. و بالتالي فقد تحققت الفرضية الأولى، و التي مفادها: نوع استراتيجية التنظيم الإنفعالي المستعملة من طرف مريضات سرطان الثدي يتنبأ بدرجة نوعية الحياة لديهن و لدى أزواجهن أثناء فترة العلاج الكيميائي.

## - التحقق من الفرضية الثانية:

- نوع استراتيجية التنظيم الإنفعالي المستعملة من طرف مريضات سرطان الثدي يتنبأ بدرجة المقاومة الثنائية لديهن لدى أزواجهن أثناء فترة العلاج الكيميائي.

أثر استراتيجية إعادة التقييم المعرفي على المقاومة الثنائية:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدلالة الإحصائية
أثر فاعل	0.24	0.22	0.28
أثر شريك	0.34	0.28	0.23

جدول رقم (13): نتائج أثر استراتيجية إعادة التقييم المعرفي المستعملة من طرف

النساء المصابات بسرطان الثدي على المقاومة الثنائية

تظهر نتائج الجدول، أنّ استراتيجية إعادة التقييم المعرفي المستعملة من طرف النساء المصابات بسرطان الثدي ليس لها أثر فاعل-شريك، و هذا لأنها غير دالة إحصائياً ( $p>0.07$ )، ما يعني أن استراتيجية إعادة التقييم المعرفي لا يمكن أن تنتبأ بجودة المقاومة الثنائية لدى النساء المصابات بسرطان الثدي و أزواجهن.

و هذا ما قادنا إلى دراسة تكميلية لأثر نوع استراتيجيات التنظيم الإنفعالي المستعملة من طرف النساء المصابات بسرطان الثدي على نوع المقاومة الثنائية المستعملة من طرفهن و من طرف أزواجهن، و كانت النتائج كما يلي:

- أثر استراتيجية إعادة التقييم المعرفي على المقاومة الثنائية الإيجابية:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدلالة الإحصائية
أثر فاعل	0.24	0.19	0.63
أثر شريك	0.20	0.23	0.40

جدول رقم (14): نتائج أثر استراتيجية إعادة التقييم المعرفي المستعملة من طرف النساء

المصابات بسرطان الثدي على المقاومة الثنائية الإيجابية

استراتيجية إعادة التقييم المعرفي المستعملة من طرف النساء المصابات بسرطان الثدي ليس لها أي أثر على المقاومة الثنائية الإيجابية لديهن و لدى أزواجهن، لأن النتائج المتحصّل عليها غير دالة إحصائياً ( $p > 0.07$ ).

- أثر استراتيجية إعادة التقييم المعرفي على المقاومة الثنائية المشتركة:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدلالة الإحصائية
أثر فاعل	0.06	0.41	0.11
أثر شريك	0.03	0.05	0.50

جدول رقم (15): نتائج أثر استراتيجية إعادة التقييم المعرفي المستعملة من طرف النساء المصابات بسرطان الثدي على المقاومة الثنائية المشتركة

استراتيجية إعادة التقييم المعرفي المستعملة من طرف النساء المصابات بسرطان الثدي ليس لها أي أثر على المقاومة الثنائية المشتركة لديهن و لدى أزواجهن، لأن النتائج المتحصّل عليها غير دالة إحصائياً ( $p > 0.07$ ).

- أثر استراتيجية إعادة التقييم المعرفي على المقاومة الثنائية السندية:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدلالة الإحصائية
أثر فاعل	0.39	0.08	0.62
أثر شريك	0.12	0.09	0.13

جدول رقم (16): نتائج أثر استراتيجية إعادة التقييم المعرفي المستعملة من طرف النساء المصابات بسرطان الثدي على المقاومة الثنائية السندية

استراتيجية إعادة التقييم المعرفي المستعملة من طرف النساء المصابات بسرطان الثدي ليس لها أي أثر على المقاومة الثنائية السندية لديهن و لدى أزواجهن، لأن النتائج المتحصّل عليها غير دالة إحصائياً ( $p > 0.07$ ).

- أثر استراتيجية إعادة التقييم المعرفي على التواصل حول الضغط:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدلالة الإحصائية
أثر فاعل	0.08	0.82	0.11
أثر شريك	0.27	0.21	0.67

جدول رقم (17): نتائج أثر استراتيجية إعادة التقييم المعرفي المستعملة من طرف النساء المصابات بسرطان الثدي على التواصل حول الضغط

استراتيجية إعادة التقييم المعرفي المستعملة من طرف النساء المصابات بسرطان الثدي ليس لها أي أثر على التواصل حول الضغط لديهن و لدى أزواجهن، لأن النتائج المتحصّل عليها غير دالة إحصائياً ( $p > 0.07$ ).

- أثر استراتيجية إعادة التقييم المعرفي على المقاومة الثنائية المفوضة:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدلالة الإحصائية
أثر فاعل	0.05	0.65	0.20
أثر شريك	0.18	0.18	0.71

جدول رقم (18): نتائج أثر استراتيجية إعادة التقييم المعرفي المستعملة من طرف النساء المصابات بسرطان الثدي على المقاومة الثنائية المفوضة

استراتيجية إعادة التقييم المعرفي المستعملة من طرف النساء المصابات بسرطان الثدي ليس لها أي أثر على المقاومة الثنائية المفوضة لديهن و لدى أزواجهن، لأن النتائج المتحصّل عليها غير دالة إحصائياً ( $p > 0.07$ ).

- أثر استراتيجية إعادة التقييم المعرفي على المقاومة الثنائية السلبية:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدلالة الإحصائية
أثر فاعل	0.007	0.07	0.88
أثر شريك	0.13	1.08	*0.04

جدول رقم (19): نتائج أثر استراتيجية إعادة التقييم المعرفي المستعملة من طرف النساء المصابات بسرطان الثدي على المقاومة الثنائية السلبية

استراتيجية إعادة التقييم المعرفي المستعملة من طرف النساء المصابات بسرطان الثدي ليس لها أثر فاعل على المقاومة الثنائية السلبية، لأن النتائج المتحصّل عليها غير دالة إحصائياً ( $p > 0.07$ )، في حين نلاحظ أثر شريك، بمعنى أنه كلما لجأت النساء إلى استراتيجية إعادة

التقييم المعرفي من أجل تنظيم انفعالاتهن يتسبب ذلك في ظهور المقاومة الثنائية السلبية لدى أزواجهن.

أثر استراتيجية القمع التعبيري على المقاومة الثنائية:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدلالة الإحصائية
أثر فاعل	0.41	-0.47	0.35
أثر شريك	0.39	-0.09	0.98

جدول رقم (20): نتائج أثر استراتيجية القمع التعبيري المستعملة من طرف النساء المصابات بسرطان الثدي على المقاومة الثنائية

تظهر نتائج الجدول، أنّ استراتيجية القمع التعبيري المستعملة من طرف النساء المصابات بسرطان الثدي ليس لها أثر فاعل-شريك، و هذا لأنها غير دالة إحصائياً ( $p>0.07$ )، ما يعني أنها لا يمكن أن تنتبأ بجودة المقاومة الثنائية لدى النساء المصابات بسرطان الثدي و أزواجهن.

و فيما يلي سنقدّم تحليل ثنائي لأثر استراتيجية القمع التعبيري على مختلف أنواع المقاومة الثنائية:

- أثر استراتيجية القمع التعبيري على المقاومة الثنائية الإيجابية:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدلالة الإحصائية
أثر فاعل	0.34	-0.40	0.43
أثر شريك	0.32	-0.28	0.57

جدول رقم (21): نتائج أثر استراتيجية القمع التعبيري المستعملة من طرف النساء المصابات بسرطان الثدي على المقاومة الثنائية الإيجابية

تظهر النتائج عدم وجود أثر فاعل-شريك و هذا لأنّ النتائج المتحصّل عليها غير دالة إحصائياً ( $p>0.07$ )، ما يعني أنّ استراتيجية القمع التعبيري المستعملة من طرف النساء المصابات بسرطان الثدي لا يمكن أنت تنتبأ بدرجة المقاومة الثنائية الإيجابية لديهن و لدى أزواجهن.



- أثر استراتيجية القمع التعبيري على المقاومة الثنائية المشتركة:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدلالة الإحصائية
أثر فاعل	0.07	-0.40	0.42
أثر شريك	0.07	-0.05	0.43

جدول رقم (22): نتائج أثر استراتيجية القمع التعبيري المستعملة من طرف النساء المصابات بسرطان الثدي على المقاومة الثنائية المشتركة

الجدول يوضح عدم وجود أثر فاعل-شريك و هذا لأنّ النتائج المتحصّل عليها غير دالة إحصائياً ( $p>0.07$ )، ما يعني أنّ استراتيجية القمع التعبيري المستعملة من طرف النساء المصابات بسرطان الثدي لا يمكن أنت تتنبأ بدرجة المقاومة الثنائية المشتركة لديهن و لدى أزواجهن.

- أثر استراتيجية القمع العبيرى على المقاومة الثنائية السندية:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدلالة الإحصائية
أثر فاعل	0.14	-0.48	0.34
أثر شريك	0.13	-0.07	0.88

جدول رقم (23): نتائج أثر استراتيجية القمع التعبيري المستعملة من طرف النساء المصابات بسرطان الثدي على المقاومة الثنائية السندية

من خلال النتائج المتحصّل عليها يبدو أنّ استراتيجية القمع التعبيري المستعملة من طرف النساء المصابات بسرطان الثدي ليس لها أي أثر فاعل – شريك على المقاومة الثنائية السندية لديهن و لدى أزواجهن، حيث ( $p>0.07$ ).

- أثر استراتيجية القمع التعبيري على التواصل حول الضغظ:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدلالة الإحصائية
أثر فاعل	0.10	0.07	0.88
أثر شريك	0.09	-0.25	0.61

جدول رقم (24): نتائج أثر استراتيجية القمع التعبيري المستعملة من طرف النساء المصابات بسرطان الثدي على التواصل حول الضغظ

تظهر النتائج عدم وجود أثر فاعل-شريك، و هذا لأنّ النتائج المتحصّل عليها غير دالة إحصائياً ( $p>0.07$ )، ما يعني أنّ استراتيجيّة القمع التعبيري المستعملة من طرف النساء المصابات بسرطان الثدي لا يمكن أنت تتنبأ بدرجة التّواصل حول الضّغط لديهن و لدى أزواجهن.

- أثر استراتيجية القمع التعبيري على المقاومة الثنائية المفوّضة:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدلالة الإحصائية
أثر فاعل	0.06	-0.73	0.16
أثر شريك	0.06	-0.50	0.32

جدول رقم (25): نتائج أثر استراتيجية القمع التعبيري المستعملة من طرف النساء المصابات بسرطان الثدي على المقاومة الثنائية المفوّضة

تظهر النتائج عدم وجود أثر فاعل-شريك و هذا لأنّ النتائج المتحصّل عليها غير دالة إحصائياً ( $p>0.07$ )، ما يعني أنّ استراتيجيّة القمع التعبيري المستعملة من طرف النساء المصابات بسرطان الثدي لا يمكن أنت تتنبأ بدرجة المقاومة الثنائية المفوّضة لديهن و لدى أزواجهن.

- أثر استراتيجية القمع التعبيري على المقاومة الثنائية السلبية:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدلالة الإحصائية
أثر فاعل	0.09	-0.62	0.22
أثر شريك	0.08	1.005	*0.05

جدول رقم (26): نتائج أثر استراتيجية القمع التعبيري المستعملة من طرف النساء المصابات بسرطان الثدي على المقاومة الثنائية السلبية

تظهر النتائج عدم وجود أثر فاعل لاستراتيجية القمع التعبيري المستعملة من طرف النساء المصابات بسرطان الثدي، و هذا لأنّ النتائج المتحصّل عليها غير دالة إحصائياً ( $p>0.07$ )،

في حين نلاحظ أثر شريك ( $p < 0.07$ )، ما يعني أنه كلما استعملت النساء المصابات بسرطان الثدي لاستراتيجية القمع التعبيري، لجأ أزواجهن إلى المقاومة الثنائية السلبية.

التحليل الثنائي لأثر فاعل-شريك الخاص باستراتيجيات التنظيم الإنفعالي المستعملة من طرف مريضات سرطان الثدي على المقاومة الثنائية لديهن و لدى أزواجهن، أظهر عدم وجود أي أثر، و هذا يعني أن الفرضية الثانية، و التي مفادها: نوع استراتيجية التنظيم الإنفعالي المستعملة من طرف مريضات سرطان الثدي يتنبأ بدرجة المقاومة الثنائية لديهن و لدى أزواجهن أثناء فترة العلاج الكيميائي، لم تتحقق.

إلا أن الدراسة التكميلية أوصلتنا إلى أن كلا استراتيجيتي التنظيم الإنفعالي، لها أثر شريك على المقاومة الثنائية السلبية، بمعنى أن كلما استعملت النساء المصابات بسرطان الثدي لهاتين الاستراتيجيتين كلما لجأ الأزواج إلى المقاومة الثنائية السلبية.

- التحقق من الفرضية الثالثة:

- نوع المقاومة الثنائية المستعملة من طرف مريضات سرطان الثدي، تتنبأ بدرجة نوعية الحياة لديهن و لدى أزواجهن أثناء فترة العلاج الكيميائي.

أثر المقاومة الثنائية على نوعية الحياة:

- أثر المقاومة الثنائية على نوعية الحياة النفسية:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدلالة الإحصائية
أثر فاعل	0.10	-0.49	0.33
أثر شريك	0.19	0.9	0.08

جدول رقم (27): نتائج أثر المقاومة الثنائية المستعملة من طرف النساء المصابات بسرطان الثدي على نوعية الحياة النفسية

تظهر النتائج عدم وجود أي أثر فاعل – شريك للمقاومة الثنائية للنساء المصابات بسرطان الثدي على نوعية الحياة النفسية لديهن و لدى أزواجهن، و هذا لأنّ النتائج المتحصّل عليها غير دالة إحصائياً ( $p>0.07$ ).

- أثر المقاومة الثنائية على نوعية الحياة الجسدية:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدلالة الإحصائية
أثر فاعل	0.07	0.98	*0.06
أثر شريك	0.08	-1.05	*0.045

جدول رقم (28): نتائج أثر المقاومة الثنائية المستعملة من طرف النساء المصابات بسرطان الثدي على نوعية الحياة الجسدية

تظهر نتائج الجدول أثر فاعل للمقاومة الثنائية المستعملة من طرف مريضات سرطان الثدي على نوعية الحياة الجسدية لديهن، كما نلاحظ أثر شريك سالب ، بمعنى أنّ المقاومة الثنائية المستعملة من طرف النساء المصابات بسرطان الثدي تتنبأ بنوعية حياة جسدية جيدة لديهن، في حين تتنبأ بنوعية حياة جسدية سيئة لدى أزواجهن.

هذه النتائج المتحصّل عليها قادتنا إلى التحقق من أثر مختلف أنواع المقاومة الثنائية على نوعية الحياة و كانت النتائج كما يلي:

أثر المقاومة الثنائية الإيجابية على نوعية الحياة:

- أثر المقاومة الإيجابية على نوعية الحياة النفسية:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدلالة الإحصائية
أثر فاعل	0.11	-0.38	0.44
أثر شريك	0.12	0.84	0.10

جدول رقم (29): نتائج أثر المقاومة الثنائية الإيجابية المستعملة من طرف النساء المصابات بسرطان الثدي على نوعية الحياة النفسية

يبدو أنّ المقاومة الثنائية الإيجابية ليس لها أي أثر فاعل – شريك على نوعية الحياة النفسية للمريضات و لأزواجهن على حدّ السّواء ، و هذت لأنّ النتائج المتحصل عليها غير دالة إحصائياً.

- أثر المقاومة الثنائية الإيجابية على نوعية الحياة الجسدية:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدلالة الإحصائية
أثر فاعل	0.17	1.04	*0.04
أثر شريك	-0.20	-1.19	*0.02

جدول رقم (30): نتائج أثر المقاومة الثنائية الإيجابية المستعملة من طرف النساء المصابات بسرطان الثدي على نوعية الحياة الجسدية

تظهر نتائج الجدول أثر فاعل للمقاومة الثنائية المستعملة من طرف مريضات سرطان الثدي على نوعية الحياة الجسدية لديهن عند مستوى دلالة  $0.04 (p < 0.07)$ ، كما نلاحظ أثر شريك سالب عند مستوى دلالة  $0.02 (p < 0.07)$ ، ما يعني أنّ كلّما لجأت النساء المصابات بسرطان الثدي إلى المقاومة الثنائية الإيجابية من أجل مواجهة الضّغط تحسّنت نوعية الحياة الجسدية لديهن و لدى أزواجهن.

أثر المقاومة الثنائية المشتركة على نوعية الحياة:

- أثر المقاومة الثنائية المشتركة على نوعية الحياة النفسية:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدلالة الإحصائية
أثر فاعل	1.11	0.96	*0.06
أثر شريك	-0.66	-0.60	0.24

جدول رقم (31): نتائج أثر المقاومة الثنائية المشتركة المستعملة من طرف النساء المصابات بسرطان الثدي على نوعية الحياة النفسية

نلاحظ وجود أثر فاعل ، مايدل على أنّ لجوء النساء النساء المصابات بسرطان الثدي إلى المقاومة الثنائية المشتركة سيحسن من نوعية الحياة النفسية لديهن، في حين لا نلاحظ أي أثر شريك على نوعية الحياة النفسية لدى أزواجهن.

- أثر المقاومة الثنائية المشتركة على نوعية الحياة الجسدية:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدلالة الإحصائية
أثر فاعل	0.37	0.41	0.41
أثر شريك	-0.43	-0.50	0.32

جدول رقم (32): نتائج أثر المقاومة الثنائية المشتركة المستعملة من طرف النساء المصابات بسرطان الثدي على نوعية الحياة الجسدية

ليس هناك أي أثر فاعل – شريك لأنّ النتائج المتحصل عليها غير دالة إحصائياً ( $p > 0.07$ )، ما يعني أنّ المقاومة الثنائية المشتركة ليس لها أي أثر على نوعية الحياة الجسدية.

أثر المقاومة الثنائية السندية على نوعية الحياة:

- أثر المقاومة الثنائية السندية على نوعية الحياة النفسية:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدلالة الإحصائية
أثر فاعل	-0.21	-0.57	0.26
أثر شريك	0.60	1.48	*0.006

جدول رقم (33): نتائج أثر المقاومة الثنائية السندية المستعملة من طرف النساء المصابات بسرطان الثدي على نوعية الحياة النفسية

نتائج الجدول الحالي تظهر عدم وجود أثر فاعل للمقاومة الثنائية السندية المستعملة من طرف النساء المصابات بسرطان الثدي على نوعية الحياة النفسية لديهن، و هذا لأنّ النتائج المتحصل عليها غير دالة إحصائياً ( $p > 0.07$ )، في حين يظهر وجود أثر شريك ( $p < 0.07$ )، ما يعني أنّه كلما لجأت النساء المصابات بسرطان الثدي للمقاومة الثنائية السندية تتحسن نوعية الحياة النفسية لأزواجهن.

- أثر المقاومة الثنائية السندية على نوعية الحياة الجسدية:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدلالة الإحصائية
أثر فاعل	0.20	0.63	0.21
أثر شريك	-0.32	-0.94	*0.07

جدول رقم (34): نتائج أثر المقاومة الثنائية السندية المستعملة من طرف النساء المصابات بسرطان الثدي على نوعية الحياة الجسدية

من الواضح أن المقاومة الثنائية السندية المستعملة من طرف النساء المصابات بسرطان الثدي ليس لها أثر فاعل على نوعية الحياة الجسدية، و هذا لأنّ النتائج المتحصّل عليها غير دالة إحصائياً ( $p > 0.07$ )، في حين يظهر وجود أثر شريك ( $p = 0.07$ )، ما يعني أنّه كلما لجأت النساء المصابات بسرطان الثدي للمقاومة الثنائية السندية سنلاحظ تدهوراً في نوعية الحياة الجسدية لأزواجهن.

أثر التواصل حول الضغط على نوعية الحياة:

- أثر التواصل حول الضغط على نوعية الحياة النفسية:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدلالة الإحصائية
أثر فاعل	-0.37	-0.64	0.21
أثر شريك	0.57	0.99	*0.05

جدول رقم (35): نتائج أثر التواصل حول الضغط المستعمل من طرف النساء المصابات بسرطان الثدي على نوعية الحياة النفسية

من الجدول من الواضح أنّه ليس هناك أثر فعال و هذا لأنّ النتائج المتحصّل عليها غير دالة ( $p > 0.07$ )، في حين نلاحظ وجود أثر شريك، حيث ( $p < 0.07$ ) بمعنى تواصل النساء مع أزواجهن حول إصابتهن بسرطان الثدي باعتباره موقف ضاغط، يحسّن من نوعية الحياة النفسية لدى أزواجهن.

- أثر التواصل حول الضغط على نوعية الحياة الجسدية:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدلالة الإحصائية
أثر فاعل	0.48	1.23	*0.02

أثر شريك	-0.38	0.19	-0.97	*0.06
----------	-------	------	-------	-------

جدول رقم (36): نتائج أثر التواصل حول الضغط المستعمل من طرف النساء المصابات بسرطان الثدي على نوعية الحياة الجسدية

نلاحظ وجود أثر فاعل، عند مستوى دلالة 0.02 ( $p < 0.07$ )، ما يدل على أنّ تواصل النساء مع أزواجهن حول إصابتهن بسرطان الثدي باعتباره موقف ضاغط، يحسّن من نوعية الحياة الجسدية لديهن، بالإضافة إلى أثر الشريك سالب، عند مستوى دلالة 0.06 ( $p < 0.07$ )، و الذي يعني أنّ استعمال النساء المصابات بسرطان الثدي للتواصل حول إصابتهن فإن هذا سيؤثر سلبا على نوعية الحياة الجسدية للأزواج.

أثر المقاومة الثنائية المفوضة على نوعية الحياة:

- أثر المقاومة الثنائية المفوضة على نوعية الحياة النفسية:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدلالة الإحصائية
أثر فاعل	0.49	0.90	0.08
أثر شريك	0.56	-0.52	0.30

جدول رقم (37): نتائج أثر المقاومة الثنائية المفوضة المستعملة من طرف النساء المصابات بسرطان الثدي على نوعية الحياة النفسية

ليس هناك أي أثر فاعل – شريك لأنّ النتائج المتحصل عليها غير دالة إحصائيا ( $p > 0.07$ )، ما يعني أنّ المقاومة الثنائية المفوضة ليس لها أي أثر على نوعية الحياة النفسية.

- أثر المقاومة الثنائية المفوضة على نوعية الحياة الجسدية:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدلالة الإحصائية
أثر فاعل	0.36	0.26	0.60
أثر شريك	0.41	-0.66	0.19

جدول رقم (38): نتائج أثر المقاومة الثنائية المفوضة المستعملة من طرف النساء المصابات بسرطان الثدي على نوعية الحياة الجسدية



ليس هناك أي أثر فاعل – شريك لأنّ النتائج المتحصل عليها غير دالة إحصائياً ( $p>0.07$ )، ما يعني أنّ المقاومة الثنائية المفوضة ليس لها أي أثر على نوعية الحياة الجسدية.

أثر المقاومة الثنائية السلبية على نوعية الحياة:

- أثر المقاومة الثنائية السلبية على نوعية الحياة النفسية:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدالة الإحصائية
أثر فاعل	-0.36	0.42	0.40
أثر شريك	0.54	0.37	0.15

جدول رقم (39): نتائج أثر المقاومة الثنائية السلبية المستعملة من طرف النساء المصابات بسرطان الثدي على نوعية الحياة النفسية

يبدو أنّ المقاومة الثنائية السلبية ليس لها أي أثر فاعل – شريك على نوعية الحياة النفسية للمريضات و لأزواجهن على حدّ السواء.

- أثر المقاومة الثنائية السلبية على نوعية الحياة الجسدية:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدالة الإحصائية
أثر فاعل	-0.07	0.32	0.83
أثر شريك	0.14	0.28	0.60

جدول رقم (40): نتائج أثر المقاومة الثنائية السلبية المستعملة من طرف النساء المصابات بسرطان الثدي على نوعية الحياة الجسدية

يبدو أنّ المقاومة الثنائية السلبية ليس لها أي أثر فاعل – شريك على نوعية الحياة النفسية للمريضات و لأزواجهن على حدّ السواء، حيث أنّ النتائج المتحصل عليها غير دالة إحصائياً ( $p>0.07$ ).

من هذا التحليل الثنائي، من الواضح أنّ درجة المقاومة الثنائية تتنبأ بنوعية الحياة الجسدية أين نجد أثر فاعل – شريك، بمعنى أنّ درجة المقاومة الثنائية للنساء المصابات بسرطان الثدي تتنبأ بنوعية حياة جسدية جيّدة لديهن، في حين تتنبأ بنوعية حياة جسدية متدهورة لدى أزواجهن، أمّا فيما يتعلّق بنوع المقاومة الثنائية المستعملة فنجد أنّ المقاومة الثنائية الإيجابية، كان لها أثر فاعل – شريك على نوعية الحياة الجسدية، الأول ذو اتجاه

موجب، أي أنّ المقاومة الثنائية الإيجابية تنتبأ بنوعية حياة جسدية جيدة لدى النساء المصابات بسرطان الثدي، أمّا الثاني فذو اتجاه سالب، ما يعني أنّها تنتبأ بنوعية حياة متدهورة لدى أزواجهن، في حين لاحظنا وجود أثر شريك لكل من التواصل حول الضّ غط، و المقاومة الثنائية السندية المستعملة من طرف النساء المصابات بسرطان الثدي، على كل من نوعية الحياة النفسية و الجسدية، أي أنّ تواصل النساء حول اصابتهم بمرض سرطان الثدي مع أزواجهن، و تقديمهن السند للأزواج سيجسّن من نوعية الحياة النفسية لديهم، إلّا أنّه في نفس الوقت ينتبأ بتدهور في نوعية الحياة الجسدية، في حين كان للمقاومة الثنائية المشتركة أثر فاعل على نوعية الحياة النفسية، و الذي يدلّ على أنّ المقاومة الثنائية المشتركة تحسّن من نوعية الحياة النفسية للمريضات، إلّا أنّنا لم نجد أي أثر فاعل - شريك لكل من المقاومة الثنائية المفوضة و السلبية.

و بالتالي تحققت الفرضية الثالثة، و التي مفادها: نوع المقاومة الثنائية لمريضات سرطان الثدي، تنتبأ بدرجة نوعية الحياة لديهن و لدى أزواجهن أثناء فترة العلاج الكيميائي.

#### - التحقّق من الفرضية الرابعة:

- نوع استراتيجية التنظيم الانفعالي المستعملة من طرف أزواج مريضات سرطان الثدي ينتبأ بدرجة نوعية الحياة لديهم و لدى زوجاتهم أثناء فترة العلاج الكيميائي.

أثر استراتيجية إعادة التقييم المعرفي على نوعية الحياة:

- أثر استراتيجية إعادة التقييم المعرفي على نوعية الحياة النفسية:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدلالة الإحصائية
0.20	0.10	0.94	*0.07
0.09	0.08	0.54	0.28

جدول رقم (41): نتائج أثر استراتيجية إعادة التقييم المعرفي المستعملة من طرف أزواج النساء المصابات بسرطان الثدي على نوعية الحياة النفسية

التحليل الثنائي لأثر إستراتيجية إعادة التقييم المعرفي المستعملة من طرف أزواج مريضات سرطان الثدي على درجة نوعية الحياة النفسية لهم و لزوجاتهم، يُشير إلى أثر فاعل دال إحصائياً لإستراتيجية إعادة التقييم المعرفي (  $p=0.07$  )، ما يعني أنّ: لجوء أزواج النساء المصابات بسرطان الثدي إلى إستراتيجية التقييم المعرفي من أجل تنظيم إنفعالاتهم يتنبأ بنوعية حياة نفسية جيّدة لديهم، إلا أنّ لا يتنبأ بدرجة نوعية الحياة النفسية لزوجاتهم، فالنتائج لا تشير إلى وجود أثر شريك لأنّ ( $p>0.07$ ).

- أثر إستراتيجية إعادة التقييم المعرفي على نوعية الحياة الجسدية:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدلالة الإحصائية
أثر فاعل	0.08	-0.75	0.26
أثر شريك	0.07	-0.13	0.79

جدول رقم (42): نتائج أثر إستراتيجية إعادة التقييم المعرفي المستعملة من طرف أزواج النساء المصابات بسرطان الثدي على نوعية الحياة الجسدية

التحليل الثنائي لأثر إستراتيجية إعادة التقييم المعرفي على درجة نوعية الحياة الجسدية لأزواج مريضات سرطان الثدي و زوجاتهم، لا يوحي إلى وجود كل من الأثر فاعل – شريك على حدّ السواء (  $p>0.07$  )، و الذي يعني أنّ استعمال أزواج النساء المصابات بسرطان الثدي لإستراتيجية إعادة التقييم المعرفي لا تتنبأ بنوعية الحياة لديهم و لدى زوجاتهم

أثر إستراتيجية القمع التعبيري على نوعية الحياة:

- أثر إستراتيجية القمع التعبيري على نوعية الحياة النفسية:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدلالة الإحصائية
أثر فاعل	0.15	0.11	0.82
أثر شريك	0.16	-0.07	0.89

جدول رقم (43): نتائج أثر إستراتيجية القمع التعبيري المستعملة من طرف أزواج النساء المصابات بسرطان الثدي على نوعية الحياة النفسية

التحليل الثنائي لأثر إستراتيجية القمع التعبيري على درجة نوعية الحياة النفسية لأزواج مريضات سرطان الثدي و زوجاتهم، لا يوحي إلى وجود كل من الأثر الفاعل و الأثر الشريك على حد السواء، و هذا لأن النتائج المتحصّل عليها غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.07، ما يعني أنّ: لجوء أزواج النساء المصابات بسرطان الثدي إلى استراتيجية القمع التعبيري من أجل تنظيم إنفعالاتهم لا يتنبأ بمدى جودة نوعية الحياة النفسية لديهم و لدى زوجاتهم.

- أثر استراتيجية القمع التعبيري على نوعية الحياة الجسدية:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدلالة الإحصائية
0.06	0.10	0.30	0.55
0.16	0.11	0.73	0.15

جدول رقم (44): نتائج أثر استراتيجية القمع التعبيري المستعملة من طرف أزواج النساء المصابات بسرطان الثدي على نوعية الحياة الجسدية

التحليل الثنائي لأثر إستراتيجية القمع التعبيري على درجة نوعية الحياة الجسدية لأزواج مريضات سرطان الثدي و زوجاتهم، لا يشير إلى وجود أثر فاعل - شريك، حيث أنّ ( $p > 0.07$ )، ما يعني أنّ استعمال أزواج النساء المصابات بسرطان الثدي لاستراتيجية القمع التعبيري لا يتنبأ بدرجة نوعية الحياة الجسدية لديهم و لدى زوجاتهم.

تظهر النتائج المتحصّل عليها وجود أثر فاعل وحيد لاستراتيجية إعادة التقييم المعرفي على نوعية الحياة النفسية، بمعنى أنّ استعمال أزواج مريضات سرطان الثدي لاستراتيجية إعادة التقييم سيتنبأ بتحسّن نوعية الحياة النفسية لديهم، في حين ليس له أي أثر على نوعية الحياة النفسية و الجسدية لزوجاتهم، كما لم نلاحظ أي أثر لاستراتيجية القمع التعبيري، و بالتالي يمكن القول أن الفرضية الرابعة، و التي مفادها: نوع استراتيجية التنظيم الإنفعالي المستعملة من طرف أزواج مريضات سرطان الثدي تتنبأ بدرجة نوعية الحياة لديهم و لدى زوجاتهم أثناء فترة العلاج الكيميائي، لم تتحقّق.

## - التحقق من الفرضية الخامسة:

- نوع استراتيجية التنظيم الإنفعالي المستعملة من طرف أزواج مريضات سرطان الثدي يتنبأ بدرجة المقاومة الثنائية لديهم و لدى زوجاتهم أثناء فترة العلاج الكيميائي.

أثر استراتيجية إعادة التقييم المعرفي على المقاومة الثنائية:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدلالة الإحصائية
أثر فاعل	0.19	0.36	0.47
أثر شريك	0.42	0.98	0.58

جدول رقم (45): نتائج أثر استراتيجية إعادة التقييم المعرفي المستعملة من طرف أزواج النساء المصابات بسرطان الثدي على المقاومة الثنائية

تظهر نتائج الجدول، أنّ استراتيجية إعادة التقييم المعرفي المستعملة من طرف أزواج النساء المصابات بسرطان الثدي ليس لها أثر فاعل-شريك، و هذا لأنها غير دالة إحصائياً ( $p > 0.07$ ).

و من أجل التأكّد من هذه النتائج، قمنا بدراسة أثر استراتيجية إعادة التقييم المعرفي لدى الأزواج على نوع المقاومة لديهم، و لدى زوجاتهم المصابات بسرطان الثدي، و كانت النتائج كما يلي:

- أثر استراتيجية إعادة التقييم المعرفي على المقاومة الثنائية الإيجابية:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدلالة الإحصائية
أثر فاعل	0.11	0.26	0.60
أثر شريك	0.37	1.05	*0.04

جدول رقم (46): نتائج أثر استراتيجية إعادة التقييم المعرفي المستعملة من طرف أزواج النساء المصابات بسرطان الثدي على المقاومة الثنائية الإيجابية

نلاحظ أنّ استراتيجية إعادة التقييم المعرفي المستعملة من طرف أزواج النساء المصابات بسرطان الثدي ليس لها أثر فاعل على المقاومة الثنائية الإيجابية، لأن النتائج المتحصّل عليها

غير دالة إحصائياً ( $p > 0.07$ )، إلا أن لها أثر شريك ( $p = 0.04$ )، ما يعني أنّ كلما استعمل أزواج النساء المصابات بسرطان الثدي استراتيجيات إعادة التقييم المعرفي من أجل تنظيم انفعالاتهم فإن زوجاتهم سيلجأن إلى المقاومة الثنائية الإيجابية.

- أثر استراتيجيات إعادة التقييم المعرفي على المقاومة الثنائية المشتركة:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدلالة الإحصائية
أثر فاعل	-0.006	-0.06	0.90
أثر شريك	0.06	0.68	0.18

جدول رقم (47): نتائج أثر استراتيجيات إعادة التقييم المعرفي المستعملة من طرف أزواج النساء المصابات بسرطان الثدي على المقاومة الثنائية المشتركة

نلاحظ أنّ استراتيجيات إعادة التقييم المعرفي المستعملة من طرف أزواج النساء المصابات بسرطان الثدي ليس لها أي أثر على المقاومة الثنائية المشتركة لديهم و لدى زوجاتهم، لأن النتائج المتحصّل عليها غير دالة إحصائياً ( $p > 0.07$ ).

- أثر استراتيجيات إعادة التقييم المعرفي على المقاومة الثنائية السندية:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدلالة الإحصائية
أثر فاعل	0.10	0.62	0.22
أثر شريك	0.10	0.78	0.13

جدول رقم (48): نتائج أثر استراتيجيات إعادة التقييم المعرفي المستعملة من طرف

أزواج النساء المصابات بسرطان الثدي على المقاومة الثنائية السندية

استراتيجيات إعادة التقييم المعرفي المستعملة من طرف أزواج النساء المصابات بسرطان الثدي ليس لها أي أثر على المقاومة الثنائية السندية لديهم و لدى زوجاتهم، و هذا راجع إلى أن النتائج المتحصّل عليها غير دالة إحصائياً ( $p > 0.07$ ).

- أثر استراتيجية إعادة التقييم المعرفي على التواصل حول الضغط:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدلالة الإحصائية
0.008	0.06	0.06	0.90
0.13	0.05	1.29	*0.015

جدول رقم (49): نتائج أثر استراتيجية إعادة التقييم المعرفي المستعملة من طرف أزواج النساء المصابات بسرطان الثدي على التواصل حول الضغط

نلاحظ عدم وجود أثر فاعل لاستراتيجية إعادة التقييم المعرفي المستعملة من طرف أزواج النساء المصابات بسرطان الثدي ( $p > 0.07$ )، في حين نلاحظ وجود أثر شريك ( $p = 0.015$ )، أي أن استعمال الأزواج لاستراتيجية إعادة التقييم المعرفي يتنبأ بتواصل جيد حول الضغط لدى المريضات.

- أثر استراتيجية إعادة التقييم المعرفي على المقاومة الثنائية المفوضة:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدلالة الإحصائية
0.008	0.04	0.10	0.84
0.07	0.03	1.11	*0.03

جدول رقم (50): نتائج أثر استراتيجية إعادة التقييم المعرفي المستعملة من طرف أزواج النساء المصابات بسرطان الثدي على المقاومة الثنائية المفوضة

من النتائج الموضحة في الجدول، يبدو أن استراتيجية إعادة التقييم المعرفي المستعملة من طرف أزواج النساء المصابات بسرطان الثدي ليس لها أثر فاعل على المقاومة الثنائية المفوضة لديهم و لدى زوجاتهم، لأن النتائج المتحصّل عليها غير دالة إحصائياً ( $p > 0.07$ )، في حين نلاحظ أثر شريك، أي كلما استعمل أزواج النساء المصابات بسرطان الثدي لاستراتيجية إعادة التقييم المعرفي كلما لجأت المريضات إلى المقاومة الثنائية المفوضة.

- أثر استراتيجية إعادة التقييم المعرفي على المقاومة الثنائية السلبية:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدالة الإحصائية
0.07	0.07	0.48	0.34
0.04	0.06	0.38	0.45

جدول رقم (51): نتائج أثر استراتيجية إعادة التقييم المعرفي المستعملة من طرف أزواج النساء المصابات بسرطان الثدي على المقاومة الثنائية السلبية

استراتيجية إعادة التقييم المعرفي المستعملة من طرف أزواج النساء المصابات بسرطان الثدي ليس لها أثر فاعل-شريك على المقاومة الثنائية السلبية، لأن النتائج المتحصّل عليها غير دالة إحصائياً ( $p > 0.07$ ).

أثر استراتيجية القمع التعبيري على المقاومة الثنائية:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدالة الإحصائية
-0.13	0.37	-0.17	0.73
-0.37	0.40	-0.46	0.36

جدول رقم (52): نتائج أثر استراتيجية القمع التعبيري المستعملة من طرف أزواج النساء المصابات بسرطان الثدي على المقاومة الثنائية

تظهر نتائج الجدول، أنّ استراتيجية القمع التعبيري المستعملة من طرف أزواج النساء المصابات بسرطان الثدي ليس لها أثر فاعل-شريك، و هذا لأنها غير دالة إحصائياً ( $p > 0.07$ ).

و من أجل التأكد من هذه النتائج قمنا بدراسة أثر استراتيجية القمع التعبيري على مختلف أنواع المقاومة الثنائية، وكانت النتائج كالاتي:



- أثر استراتيجية القمع التعبيري على المقاومة الثنائية الإيجابية:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدلالة الإحصائية
أثر فاعل	0.30	-0.42	0.40
أثر شريك	1.27	-0.54	0.28

جدول رقم (53): نتائج أثر استراتيجية القمع التعبيري المستعملة من طرف أزواج النساء المصابات بسرطان الثدي على المقاومة الثنائية الإيجابية

تظهر النتائج عدم وجود أثر فاعل-شريك و هذا لأنّ النتائج المتحصّل عليها غير دالة إحصائياً ( $p > 0.07$ )، ما يعني أنّ استراتيجية القمع التعبيري المستعملة من طرف أزواج النساء المصابات بسرطان الثدي لا يمكن أن تتنبأ بدرجة المقاومة الثنائية الإيجابية لديهم و لدى زوجاتهم.

- أثر استراتيجية القمع التعبيري على المقاومة الثنائية المشتركة:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدلالة الإحصائية
أثر فاعل	0.07	-0.62	0.21
أثر شريك	0.07	-0.23	0.64

جدول رقم (54): نتائج أثر استراتيجية القمع التعبيري المستعملة من طرف أزواج النساء المصابات بسرطان الثدي على المقاومة الثنائية المشتركة

الجدول يوضّح عدم وجود أثر فاعل-شريك و هذا لأنّ النتائج المتحصّل عليها غير دالة إحصائياً ( $p > 0.07$ )، ما يعني أنّ استراتيجية القمع التعبيري المستعملة من طرف أزواج النساء المصابات بسرطان الثدي لا يمكن أن تتنبأ بدرجة المقاومة الثنائية المشتركة لديهم و لدى زوجاتهم.

- أثر استراتيجية القمع التعبيري على المقاومة الثنائية السندية:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدلالة الإحصائية
أثر فاعل	0.11	-0.12	0.81
أثر شريك	0.11	-0.93	*0.07

جدول رقم (55): نتائج أثر استراتيجية القمع التعبيري المستعملة من طرف أزواج النساء المصابات بسرطان الثدي على المقاومة الثنائية السندية

من خلال النتائج المتحصّل عليها يبدو أنّ استراتيجية القمع التعبيري المستعملة من طرف الأزواج ليس لها أثر فاعل ( $p > 0.07$ )، و إنما يبدو واضحاً أنّ لها أثر شريك ( $p = 0.07$ )، هذا يعني أنّ استعمال الأزواج لاستراتيجية القمع التعبيري سيتنبأ بمقاومة ثنائية سندية أقل لدى زوجاتهم.

- أثر استراتيجية القمع التعبيري على التواصل حول الضّغط:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدلالة الإحصائية
أثر فاعل	0.09	-0.38	0.45
أثر شريك	0.10	0.22	0.65

جدول رقم (56): نتائج أثر استراتيجية القمع التعبيري المستعملة من طرف أزواج النساء المصابات بسرطان الثدي على التواصل حول الضّغط

نظهر النتائج عدم وجود أثر فاعل-شريك، و هذا لأنّ النتائج المتحصّل عليها غير دالة إحصائياً ( $p > 0.07$ )، ما يعني أنّ استراتيجية القمع التعبيري المستعملة من طرف الأزواج لا يمكن أن تتنبأ بدرجة التّواصل حول الضّغط لديهم و لدى زوجاتهم المصابات بسرطان الثدي.

- أثر استراتيجية القمع التعبيري على المقاومة الثنائية المفوضة:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدلالة الإحصائية
أثر فاعل	0.05	-0.56	0.27
أثر شريك	0.06	-0.38	0.45

جدول رقم (57): نتائج أثر استراتيجية القمع التعبيري المستعملة من طرف أزواج النساء المصابات بسرطان الثدي على المقاومة الثنائية المفوضة

تظهر النتائج عدم وجود أثر فاعل-شريك و هذا لأنّ النتائج المتحصّل عليها غير دالة إحصائياً ( $p>0.07$ )، ما يعني أنّ استراتيجية القمع التعبيري المستعملة من طرف الأزواج لا يمكن أنت تتنبأ بدرجة المقاومة الثنائية المفوضة لديهم و لدى زوجاتهم المصابات بسرطان الثدي.

- أثر استراتيجية القمع التعبيري على المقاومة الثنائية السلبية:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدلالة الإحصائية
أثر فاعل	0.10	0.6	0.22
أثر شريك	0.10	-0.09	0.85

جدول رقم (58): نتائج أثر استراتيجية القمع التعبيري المستعملة من طرف أزواج النساء المصابات بسرطان الثدي على المقاومة الثنائية السلبية

تظهر النتائج عدم وجود أثر فاعل - شريك لاستراتيجية القمع التعبيري المستعملة من طرف الأزواج، و هذا لأنّ النتائج المتحصّل عليها غير دالة إحصائياً ( $p>0.07$ )، ما يعني أنّ استعمالهم لهذه الإستراتيجية لا يتنبأ بدرجة المقاومة الثنائية السلبية لديهم و لدى زوجاتهم المصابات بسرطان الثدي.

لم تظهر النتائج أي أثر فاعل - شريك لاستراتيجيات التنظيم الإنفعالي المستعملة من طرف أزواج مريضات سرطان الثدي، على درجة المقاومة الثنائية لديهم و لدى زوجاتهم، و هذا يدل على عدم تحقّق الفرضية الخامسة، و التي مفادها: نوع استراتيجية التنظيم

الإفعالي المستعملة من طرف أزواج مريضات سرطان الثدي يتنبأ بدرجة المقاومة الثنائية لديهم و لدى زوجاتهم أثناء فترة العلاج الكيميائي.

إلا أن التحليل الإحصائي الثنائي التكميلي لأثر نوع استراتيجيات التنظيم الإفعالي على نوع المقاومة الثنائية، أظهر وجود أثر شريك موجب لاستراتيجيات إعادة التقييم المعرفي على كل من المقاومة الثنائية الإيجابية، المفوضة، و على التواصل حول الضغط، ما يعني أن استعمال أزواج مريضات سرطان الثدي لاستراتيجيات إعادة التقييم المعرفي من أجل تنظيم انفعالاتهم، يجعل زوجاتهم يستعملن المقاومة الثنائية الإيجابية بشكل كبير، بما في ذلك المقاومة الثنائية المفوضة، كما يجعلهن يلجأن إلى التواصل مع أزواجهن حول الضغط الذي يتعرضن له، أما استراتيجيات القمع التعبيري، فكان لها أثر شريك سالب على المقاومة الثنائية السلبية، فعدم تعبير الأزواج عن انفعالاتهم يجعل الزوجات لا يلجأن إلى المقاومة الثنائية السلبية من أجل مواجهة الضغط.

- التحقق من الفرضية السادسة:

- نوع المقاومة الثنائية المستعملة من طرف أزواج مريضات سرطان الثدي، تتنبأ بدرجة نوعية الحياة لديهم و لدى زوجاتهم أثناء فترة العلاج الكيميائي.

أثر المقاومة الثنائية على نوعية الحياة:

- أثر المقاومة الثنائية على نوعية الحياة النفسية:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدلالة الإحصائية
أثر فاعل	0.08	-0.32	0.52
أثر شريك	0.08	0.41	0.82

جدول رقم (59): نتائج أثر المقاومة الثنائية المستعملة من طرف أزواج النساء المصابات بسرطان الثدي على نوعية الحياة النفسية

تظهر النتائج عدم وجود أي أثر فاعل – شريك للمقاومة الثنائية للأزواج على نوعية الحياة النفسية لديهم و لدى زوجاتهم، و هذا لأنّ النتائج المتحصّل عليها غير دالة إحصائياً ( $p>0.07$ ).

- أثر المقاومة الثنائية على نوعية الحياة الجسدية:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدلالة الإحصائية
أثر فاعل	-0.008	0.06	0.90
أثر شريك	-0.07	0.06	0.91

جدول رقم (60): نتائج أثر المقاومة الثنائية المستعملة من طرف أزواج النساء المصابات بسرطان الثدي على نوعية الحياة الجسدية

تظهر نتائج الجدول غياب أثر فاعل-شريك للمقاومة الثنائية للأزواج، و هذا لأنها غير دالة إحصائياً ( $p>0.07$ )، ما يعني أنّ المقاومة الثنائية لأزواج مريضات سرطان الثدي لا تتنبأ بجودة نوعية الحياة الجسدية لديهم و لدى زوجاتهم.

هذه النتائج المتحصّل عليها قادتنا إلى التحقق من أثر مختلف أنواع المقاومة الثنائية على نوعية الحياة و كانت النتائج كما يلي:

أثر المقاومة الثنائية الإيجابية على نوعية الحياة:

- أثر المقاومة الثنائية الإيجابية على نوعية الحياة النفسية:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدلالة الإحصائية
أثر فاعل	-0.03	0.08	0.67
أثر شريك	-0.01	0.08	0.85

جدول رقم (61): نتائج أثر المقاومة الثنائية الإيجابية المستعملة من طرف أزواج النساء المصابات بسرطان الثدي على نوعية الحياة النفسية

يبدو أنّ المقاومة الثنائية الإيجابية للأزواج ليس لها أي أثر فاعل – شريك ( $p>0.07$ )، فهي لا يمكن أن تتنبأ بنوعية الحياة لكل من المريضات و أزواجهن.

- أثر المقاومة الثنائية الإيجابية على نوعية الحياة الجسدية:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدلالة الإحصائية
أثر فاعل	0.06	0.34	0.50
أثر شريك	0.06	0.00	1.00

جدول رقم (62): نتائج أثر المقاومة الثنائية الإيجابية المستعملة من طرف أزواج النساء المصابات بسرطان الثدي على نوعية الحياة الجسدية

تظهر نتائج الجدول عدم وجود أثر فاعل-شريك للمقاومة الثنائية الإيجابية المستعملة من طرف الأزواج على نوعية الحياة الجسدية لديهم و لدى زوجاتهم المصابات بسرطان الثدي.

أثر المقاومة الثنائية المشتركة على نوعية الحياة:

- أثر المقاومة الثنائية المشتركة على نوعية الحياة النفسية:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدلالة الإحصائية
أثر فاعل	0.42	0.07	0.14
أثر شريك	0.44	0.40	0.42

جدول رقم (63): نتائج أثر المقاومة الثنائية المشتركة المستعملة من طرف أزواج النساء المصابات بسرطان الثدي على نوعية الحياة النفسية

تظهر النتائج غياب أثر فاعل-شريك، حيث أنها غير دالة إحصائياً ( $p > 0.07$ )، ما يعني أنّ المقاومة الثنائية المشتركة للأزواج لا تنتبأ بجودة نوعية الحياة النفسية لديهم و لدى زوجاتهم المصابات بسرطان الثدي.

- أثر المقاومة الثنائية المشتركة على نوعية الحياة الجسدية:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدلالة الإحصائية
أثر فاعل	0.35	0.08	0.86
أثر شريك	0.36	-0.24	0.63

جدول رقم (64): نتائج أثر المقاومة الثنائية المشتركة المستعملة من طرف أزواج النساء المصابات بسرطان الثدي على نوعية الحياة الجسدية

ليس هناك أي أثر فاعل – شريك لأنّ النتائج المتحصل عليها غير دالة إحصائياً ( $p > 0.07$ )، ما يعني أنّ المقاومة الثنائية المشتركة ليس لها أي أثر على نوعية الحياة الجسدية.

أثر المقاومة الثنائية السندية على نوعية الحياة:

- أثر المقاومة الثنائية السندية على نوعية الحياة النفسية:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدالة الإحصائية
أثر فاعل	0.18	-0.09	0.85
أثر شريك	0.16	0.28	0.56

جدول رقم (65): نتائج أثر المقاومة الثنائية السندية المستعملة من طرف أزواج

النساء المصابات بسرطان الثدي على نوعية الحياة النفسية

نتائج الجدول الحالي تظهر عدم وجود أثر فاعل - شريك للمقاومة الثنائية السندية للأزواج النساء على نوعية الحياة النفسية لديهم و لدى زوجاتهم المصابات بسرطان الثدي، و هذا لأنّ النتائج المتحصل عليها غير دالة إحصائياً ( $p > 0.07$ ).

- أثر المقاومة الثنائية السندية على نوعية الحياة الجسدية:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدالة الإحصائية
أثر فاعل	0.14	-0.33	0.50
أثر شريك	0.13	0.12	0.98

جدول رقم (66): نتائج أثر المقاومة الثنائية السندية المستعملة من طرف أزواج

النساء المصابات بسرطان الثدي على نوعية الحياة الجسدية

من الواضح أنّ المقاومة الثنائية السندية للأزواج ليس لها أثر فاعل-شريك على نوعية الحياة الجسدية لديهم و لدى زوجاتهم المصابات بسرطان الثدي، و هذا لأنّ النتائج المتحصل عليها غير دالة إحصائياً ( $p > 0.07$ ).

أثر التواصل حول الضغط على نوعية الحياة:

- أثر التواصل حول الضغط على نوعية الحياة النفسية:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدلالة الإحصائية
أثر فاعل	-0.02	0.19	0.90
أثر شريك	-0.03	0.21	0.88

جدول رقم (67): نتائج أثر التواصل حول الضَّغط المستعمل من طرف أزواج النساء المصابات بسرطان الثدي على نوعية الحياة النفسية

ليس هناك أي أثر فاعل-شريك للتواصل الأزواج مع زوجاتهم حول إصابتهن بسرطان الثدي باعتباره حدث ضاغط، فالنتائج المتحصل عليها غير دالة إحصائياً ( $p > 0.07$ )، ما يعني أنّ التواصل حول الضغط المستعمل من طرف الأزواج لا يتنبأ بجودة نوعية الحياة النفسية لديهم و لدى زوجاتهم المريضات بسرطان الثدي.

- أثر التواصل حول الضغط على نوعية الحياة الجسدية:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدلالة الإحصائية
أثر فاعل	-0.06	0.14	0.65
أثر شريك	-0.10	0.15	0.52

جدول رقم (68): نتائج أثر التواصل حول الضَّغط المستعمل من طرف أزواج النساء المصابات بسرطان الثدي على نوعية الحياة الجسدية

نلاحظ عدم وجود أثر فاعل-شريك ( $p > 0.07$ )، ما يدل على أنّ تواصل الأزواج مع زوجاتهم حول إصابتهن بسرطان الثدي باعتباره موقف ضاغط، لا يتنبأ بجودة نوعية الحياة الجسدية لديهم و لدى زوجاتهم.



أثر المقاومة الثنائية المفوضة على نوعية الحياة:

- أثر المقاومة الثنائية المفوضة على نوعية الحياة النفسية:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدلالة الإحصائية
أثر فاعل	0.68	0.40	0.10
أثر شريك	0.28	0.37	0.45

جدول رقم (69): نتائج أثر المقاومة الثنائية المفوضة المستعملة من طرف أزواج

النساء المصابات بسرطان الثدي على نوعية الحياة النفسية

ليس هناك أي أثر فاعل – شريك لأن النتائج المتحصل عليها غير دالة إحصائياً ( $p > 0.07$ )، ما يعني أن المقاومة الثنائية المفوضة ليس لها أي أثر على نوعية الحياة النفسية.

- أثر المقاومة الثنائية المفوضة على نوعية الحياة الجسدية:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدلالة الإحصائية
أثر فاعل	-0.48	0.30	0.12
أثر شريك	0.08	0.27	0.77

جدول رقم (70): نتائج أثر المقاومة الثنائية المفوضة المستعملة من طرف أزواج

النساء المصابات بسرطان الثدي على نوعية الحياة الجسدية

ليس هناك أي أثر فاعل – شريك لأن النتائج المتحصل عليها غير دالة إحصائياً ( $p > 0.07$ )، ما يعني أن المقاومة الثنائية المفوضة ليس لها أي أثر على نوعية الحياة الجسدية.

أثر المقاومة الثنائية السلبية على نوعية الحياة:

- أثر المقاومة الثنائية السلبية على نوعية الحياة النفسية:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدلالة الإحصائية
أثر فاعل	-0.28	0.28	0.33
أثر شريك	0.36	0.32	0.26

جدول رقم (71): نتائج أثر المقاومة الثنائية السلبية المستعملة من طرف أزواج

النساء المصابات بسرطان الثدي على نوعية الحياة النفسية

يبدو أنّ المقاومة الثنائية السلبية المستعملة من طرف الأزواج ليس لها أي أثر فاعل – شريك على نوعية الحياة النفسية لديهم و لدى زوجاتهم المريضات بسرطان الثدي.

- أثر المقاومة الثنائية السلبية على نوعية الحياة الجسدية:

التقدير	الخطأ المعياري	T	الدلالة الإحصائية
أثر فاعل	0.19	1.34	*0.012
أثر شريك	0.22	-0.78	0.12

جدول رقم (72): نتائج أثر المقاومة الثنائية السلبية المستعملة من طرف أزواج النساء المصابات بسرطان الثدي على نوعية الحياة الجسدية

تظهر النتائج أثر فاعل للمقاومة الثنائية السلبية للأزواج ( $p < 0.07$ )، أي أنّ استعمالهم للمقاومة الثنائية السلبية، يتنبأ بنوعية حياة جسدية جيدة لديهم، في حي لا نلاحظ وجود أثر شريك ( $p > 0.07$ ).

أظهرت النتائج وجود أثر فاعل وحيد، و المتمثل في أثر المقاومة الثنائية السلبية، على نوعية الحياة الجسدية، ما يعني أنّ لجوء أزواج مريضات سرطان الثدي إلى المقاومة الثنائية من أجل مواجهة مرض زوجاتهم باعتباره حدث ضاغط مشترك، سيتنبأ بنوعية حياة جسدية جيدة لديهم، في حين لم يظهر أي أثر آخر لباقي أنواع المقاومة الثنائية، كما أنّ درجة المقاومة الثنائية لم يكن لها أي أثر، ما يعني أنّ الفرضية السادسة، و التي مفادها: نوع المقاومة الثنائية المستعملة من طرف أزواج مريضات سرطان الثدي، تتنبأ بدرجة نوعية الحياة لديهم و لدى زوجاتهم أثناء فترة العلاج الكيميائي، لم تتحقق.

و بالتالي، فإنّ الفرضية العامة قد تحققت، جزئياً، و التي مفادها: استراتيجيات التنظيم الإنفعالي، و المقاومة الثنائية المستعملة من طرف مريضات سرطان الثدي و أزواجهن، تؤثر على جودة نوعية الحياة لديهم أثناء فترة العلاج الكيميائي.

أمّا فيما يتعلّق بدراسة المتغيّر الوسيط، للمقاومة الثنائية، في العلاقة بين استراتيجيات التنظيم الإنفعالي و نوعية الحياة، و التي تعتمد على النموذج التكاملي المتعدّد العوامل لـ: Bruchon-Schweitzer (2002)، و الذي قمنا بتقديمه سابق في الفصل الثالث من الجانب النظري. (انظر ص 109)

و تتمثل شروط دراسة الأثر المتغير الوسيط، في العلاقة بين متغيّرين آخرين، و فقال: KENNY و BARON، كما يلي:

- توجد علاقة بين المتغير المستقل (استراتيجيات التنظيم الإنفعالي) والمتغير التابع (نوعية الحياة).
- توجد علاقة بين المتغير المستقل والمتغير الوسيط (في هذه الدراسة المقاومة الثنائية).
- يؤثر الوسيط، و المتمثل في المقاومة الثنائية على نوعية الحياة.
- العلاقة بين المتغير المستقل و المتغير التابع تتوسطها المقاومة الثنائية، بمعنى آخر ستخفض العلاقة بين المتغير ال مستقل والمتغير التابع بشكل كبير إذا تم استبعاد المقاومة الثنائية من معادلة الانحدار.

نتائج التحليل الثنائي السابقة أظهرت عدم إمكانية تحقّق الشروط، و لهذا لم نقم بدراسة الإنحدار مع الوساطة لدى المريضات، و لدى أزواجهن، و بهذا لم يتحقّق النموذج المقترح لدراسة المتغيّر الوسيط.

## - مناقشة النتائج:

لقد أثبتت العديد من الدراسات وجود علاقة تأثير و تأثر بين الزوجين عند إصابة أحدهما بمرض خطير كسرطان الثدي، أين يُعتبر الزوج أول من يقدم الدعم و الرعاية لزوجته، فهو بهذا يجد نفسه في مواجهة مواقف مشبّعة بالإنفعالات، تستوجب التكيف دون توقّف. (LAFAYE.A, 2009, p67) فقد أظهرت دراسة حديثة في بلجيكا، تخص استفتاء النساء المصابات بسرطان الثدي، حول من هو الشخص الذي ساعدهن في تسيير مرضهن، خلال الشهر الماضي فكانت إجابة 57% منهن الزوج.

(REYNAERT.CH, 2006, p471)

و هذا ما جعلنا نتساءل عن كيفية تفاعل الزوجين فيما بينهما في حالة مرض سرطان الثدي، و تمّ اختيار مريضات تلقين علاج جراحي، و المتمثل في استئصال الثدي، و يتلقين العلاج الكيميائي، لأنه يعتبر مرحلة مفصلية من مراحل المرض، أين نجد تداخل العديد من الإنفعالات لدى المريضة و زوجها، و التي تستلزم استراتيجيات من أجل تنظيمها، إلا أنّ هذه الاستراتيجيات لا تكون وليدة اللحظة، أو ناتجة عن الحدث الضاغط الحالي، و المتمثل في مرض سرطان الثدي، فهي الإستراتيجيات التي اعتاد كل من النساء المصابات بسرطان الثدي و أزواجهن استعمالها من أجل تنظيم انفعالاتهم مقابل مختلف ضغوط الحياة، و قد أوصلتنا المرحلة الأولى من الدراسة إلى أن النساء المصابات بسرطان الثدي يعتمدن على استراتيجيات إعادة التقييم المعرفي و القمع التعبير بنفس الدرجة، في حين نجد الأزواج يلجئون أكثر إلى استراتيجية إعادة التقييم المعرفي، و هذا ما تؤكده مختلف الدراسات حول شخصية النساء المصابات بسرطان الثدي، و التي تشير إلى أنّهن يمتزن بقمع التعبير عن الإنفعالات السلبية. فحسب REYNAERT و آخرون، "سرطان التّواصل" داخل العلاقة الزوجية هو تقييد الإنفعالات و عدم التّعبير عنها، فالنساء المصابات بسرطان الثدي تعودن على قمع التعبير عن انفعالاتهن، حتى لا تزعج محيطها، و تستمر باستعمال هذه الإستراتيجية حتى بعد الإصابة بسرطان الثدي، فتغيّر من الإستجابة الإنفعالية بقمعها، حتى لا تقلق الشريك. (REYNAERT.CH, 2006, p476)

و باعتبار مرض سرطان الثدي حدث ضاغط، يمس كلا الزوجين فإنه يعتبر كضغط ثنائي، و الذي يستدعي مقاومة من نوع آخر، و المتمثلة في المقاومة الثنائية، حيث قدر متوسط المقاومة الثنائية لدى النساء المصابات بسرطان الثدي بـ: 119.67 و بـ: 120 عند أزواجهن، و هي درجة تعبر على أن أزواج النساء المصابات بسرطان الثدي يلجؤون إلى مقاومة ثنائية معبئلة من أجل مواجهة الضغط الذي يتسببه سرطان الثدي، كما أن هذه المقاومة تمتاز بالمقاومة الثنائية السندية في المقام الأول، ثم نجد باقي أنواع المقاومة على التوالي: السلبية، التواصل حول الضغط، المقاومة الثنائية المشتركة و أخيرا المفوضة. و من المعروف أن الهدف الأساسي من علم النفس السرطان، هو العمل على التحسين من نوعية حياة المرضى، و لذا قمنا بتقييم نوعية الحياة لديهم و لدى أزواجهن، فقد أثبتت دراسة نوعية الحياة أن النساء المصابات بسرطان الثدي يمتزن بنوعية حياة جسدية و نفسية متدهورة، حيث قدرت نتائجها تحت المتوسط، و هي 35.26 و 32.84 على التوالي، أما الأزواج فنوعية الحياة الجسدية لديهم حسنة، قدرت بـ: 59.41، أما النفسية فكانت تحت المتوسط، مساوية لـ: 38.80، و هذا إن دلّ على شيء فإنما يدلّ على أن نوعية الحياة النفسية للأزواج تتأثر بالحالة الصحية لزوجاتهم المريضات.

هذه النتائج جاء تتوافق مع نتائج دراسة لـ: RAGUENE-PRE سنة 2012، على 37 ثنائية، أين الزوجة مصابة بسرطان الثدي، و قد أظهرت نتائج هذه الدراسة درجات معتدلة للمقاومة الثنائية على مقياس BODENMANN، و التي كانت مساوية لـ: 132.30 بالنسبة للمريضات، و 125.65، بالنسبة لأزواجهن، كما أن نتائج نوعية مقياس نوعية الحياة تعبر على أن تقييم الأزواج لنوعية الحياة الجسدية أفضل من تقييم زوجاتهم المصابات بسرطان الثدي، في حين نجد تقارب فيما يتعلق بنوعية الحياة النفسية، رغم ذلك تمتاز الزوجات بدرجات أقل . (RAGUENE-PRE.CH, 2012, p 24-29) و هذا ما جعلنا نلجأ إلى التحليل الثنائي لأثر

فاعل – شريك، من أجل التعرف على مختلف التأثيرات الممكنة لكل من استراتيجيات التنظيم الإنفعالي، و المقاومة الثنائية، على نوعية الحياة ببعديها الجسدي و النفسي. حيث توصلت نتائج التحليل الثنائي لأثر نوع استراتيجية التنظيم الإنفعالي على درجة نوعية الحياة لدى النساء المصابات بسرطان الثدي و أزواجهن أثناء فترة العلاج الكيميائي، و التي

تتلخّص في الفرضية الأولى، و الفرضية الرابعة، إلى وجود أثرين فاعل لاستراتيجية إعادة التقييم المعرفي على نوعية الحياة النفسية، إضافة إلى أثر شريك على نوعية الحياة النفسية للأزواج، و هذا يعني أنّ النساء المصابات بسرطان الثدي و اللاتي يمتزرن باستعمال استراتيجية إعادة التقييم المعرفي من أجل تنظيم انفعالاتهن قبل ظهور الإستجابة تكون نوعية الحياة النفسية، لديهن و لدى أزواجهن جيّدة، كما نلاحظ أنّ استعمال الأزواج لهذا النوع من استراتيجيات التنظيم الإنفعالي سيتنبأ بدرجة نوعية الحياة النفسية لديهم و فقط، أي أنّ أزواج مريضات سرطان الثدي الذين يستعملون استراتيجيّ إعادة التقييم المعرفي من أجل تنظيم انفعالاتهم، يقيمون إيجابيا حياتهم النفسية، و تتوافق نتائج الدّراسة الحالية مع نتائج دراسة مقارنة لـ: LINGYAN Li و آخرون سنة 2015 في الصين، بين 655 امرأة مشخّصة حديثا بسرطان الثدي، و 622 امرأة سليمة، حيث توصلت النتائج إلى أنّ استعمال استراتيجية إعادة التقييم له آثار إيجابية على نوعية الحياة، أكثر منه من الإستراتيجيات السلوكية، و التي نجد من بينها استراتيجية القمع التعبيري.

(LINGYAN.L, et all, 2015, p9)

و هذا ما أظهره التّحليل الثنائي لاستراتيجية القمع التعبيري في البحث الحالي، و التي تهدف إلى عدم التّعبير عن الإنفعال بعد ظهور الإستجابة الإنفعالية، و الذي يظهر من خلال وجود أثر فاعل وحيد على نوعية الحياة الجسدية للنساء المصابات بسرطان الثدي، أي أنّ عدم تعبير النساء المصابات بسرطان الثدي عن انفعالاتهن سيتنبأ بنوعية حياة جسدية جيدة لديهن، و هذا ما يتنافى مع ما جاء به GIESE و آخرون سنة 2008، و الذين أكدوا على وجد ارتباط بين استراتيجيات التنظيم القمعية و الإضطرابات الفيزيولوجية، كتنظيم الكورتزول و ارتفاع ضغط الدّم، في نفس السياق يضيف WANG و آخرون سنة 2014، أنّ النساء المصابات بسرطان الثدي بالتّحديد، و اللاتي يستعملن استراتيجيات أقل تكيفا لتنظيم انفعالاتهن، كاستراتيجية القمع التعبيري، يظهرن، المزيد من الإضطرابات الإنفعالية، و التي تتمظهر من خلال أعراض القلق، و الإكتئاب، بالإضافة إلى انخفاض في نوعية الحياة، و تدهور الصحة الجسدية. (PAIS BRANDAO.T.R,2017, p 108)

أما التحليل الثنائي لأثر نوع استراتيجيات التنظيم الإنفعالي على درجة المقاومة الثنائية لدى كل من النساء المصابات بسرطان الثدي و أزواجهن أثناء تلقيهن للعلاج الكيميائي، و التي ظهرت من خلال الفرضية الثانية، و الفرضية الخامسة، فلم نلاحظ وجود أي أثر فاعل - شريك، ما يعني أنّ استراتيجيات التنظيم الإنفعالي لا يمكن أن تتنبأ بالمقاومة الثنائية في مواجهة سرطان الثدي، إلا أننا نجد أثر شريك لاستراتيجيات إعادة التقييم المعرفي و القمع التعبيري على المقاومة الثنائية السلبية للأزواج، أي استعمال كلا الإستراتيجيتين من طرف النساء المصابات بسرطان الثدي يجعل الأزواج يستعملون المقاومة الثنائية السلبية.

في حين نلاحظ أثر شريك لإستراتيجية إعادة التقييم على درجة المقاومة الثنائية الإيجابية للمريضات، أي أنّ استعمال الأزواج لاستراتيجية إعادة التقييم من أجل تنظيم انفعالاتهم يتنبأ بدرجات مرتفعة للمقاومة الثنائية الإيجابية لدى زوجاتهم المصابات بسرطان الثدي، و التي تتمظهر من خلال أثر شريك لاستراتيجية إعادة التقييم المعرفي على المقاومة الثنائية المفوضة، و على التواصل حول الضغظ لدى الزوجات، ما يعني أنّ إعادة التقييم المعرفي المستعمل من طرف الأزواج، يجعل المريضات يلجأن إلى المقاومة الثنائية المفوضة، و يجعلهن يتواصلن أكثر مع أزواجهن حول إصابتهم بسرطان الثدي، بالإضافة إلى وجود أثر شريك سلبي لاستراتيجية القمع التعبيري على المقاومة الثنائية السلبية للمريضات، حيث أنّ عدم تعبير الأزواج عن انفعالاتهم يجعل النساء المصابات بسرطان الثدي يلجأن إلى المقاومة الثنائية السلبية بطريقة أقلّ، فعدم تعبير الأزواج عن انفعالاتهم يجعل النساء المريضات لا يقدّمن السند الكافي لهم، فحسب BALLANTYNE سنة 2004، وجود زوج قليل المشاركة، و قليل التعبير عن انفعالاته، يقلل من إمكانية مواجهة المرض و العلاجات من طرف الزوجات. (BALLANTYNE.P, 2004, p13)

هذه النتائج المتحصّل عليها جعلتنا نفكر في تأثير المقاومة الثنائية على نوعية الحياة لدى كل من المريضات و أزواجهن، و ذلك من خلال التحقق من الفرضيتين، الثالثة و السادسة، و قد توصلت النتائج إلى وجود أي أثر فاعل-شريك للمقاومة الثنائية المستعملة من طرف النساء المصابات بسرطان الثدي على نوعية الحياة النفسية و الجسدية أثناء فترة العلاج الكيميائي،

في حين لم يظهر أي أثر للمقاومة الثنائية المستعملة من طرف الأزواج، و هذا يتنافى مع دراسة لـ: RAGUENE-PRE، السالف ذكرها، و التي تؤكد على عدم وجود أي أثر فاعل-شريك لدرجة المقاومة عموماً على نوعية حياة المريضات و أزواجهن.

(RAGUENE-PRE.CH, 2012, p42-43)

في حين لاحظنا وجود أثر شريك سلبي للمقاومة الثنائية الإيجابية على نوعية الحياة الجسدية لأزواج مريضات سرطان الثدي، أي أنّ لجوء النساء إلى المقاومة الثنائية الإيجابية و التي تتمظهر من خلال الإستماع إلى مشاكل الزوج، مساعدته في أعماله، تقديم السند و الدعم الكافيين له، كل هذا سيكون ذو أثر سلبي على تقييمه لصحته الجسدية، هذه النتيجة غريبة بعض الشيء، إلاّ أنّ استعمال النساء للمقاومة الثنائية الإيجابية يستتبعاً بنوعية حياة جيّدة، و هذا يتوافق مع ما جاء في دراسة لـ: QUINTARD، UNTAS، و آخرون سنة 2009، و التي توصلت إلى أنّ مستوى مرتفع للمقاومة الثنائية الإيجابية يرتبط بنوعية حياة جيّدة لدى مريضات سرطان الثدي، اللاتي استُفدن من عملية ترميم الثدي بعد الإستئصال (UNTAS.A. et all, 2009, 139-140)

كل هذا جعلنا نبحث أكثر في أثر في نوع المقاومة الإيجابية، و توصلنا إلى وجود أثر شريك موجب لكلّ من المقاومة الثنائية السندية، و التواصل حول الضّغط على نوعية الحياة النفسية للأزواج، أي أنّ النساء المصابات بسرطان الثدي إذا ما استعملن المقاومة الثنائية السندية، و لجأن إلى التواصل مع أزواجهن حول إصابتهن المرضية فإنّ هذا سيتنبأ بنوعية حياة نفسية جيّدة لدى أزواجهن، و يظهر تحسّن نوعية الحياة النفسية لديهن، إذا ما استعملن المقاومة الثنائية المشتركة لوجود أثر فاعل، و قد أظهرت بعض الدّراسات أنّ أزواج النساء المصابات بسرطان الثدي يعانون من ضيق نفسي أقلّ إذا ما أدركوا أنّ زوجاتهم يُقدّم لهم السّند، فحسب DOUGLAS، فللسند المتبادل بين المريضات و الأزواج يُقدّم أفضل تنبؤ بدرجة نوعية الحياة، و يُضيف RAZAVI، أنّ الأزواج الذين يتكلّمون مع بعضهم عن المرض، يتوافقون مع تغيّر الأدوار الناتج عن الإصابة المرضية، أفضل من الأزواج الآخرين. (RAZAVI.D et DELVAUX.N, 2008, p173-174)



إلا أننا لاحظنا وجود أثر شريك سلبي لكل من المقاومة الثنائية السندية، والتواصل حول الضغط على نوعية الحياة الجسدية للأزواج، ما يعني أنّ استعمال النساء لهذا النوع من المقاومة الثنائية سيجعل أزواجهن يقيّمن صحتهن الجسدية على أنّها سيئة، فرغم مرضهن إلاّ أنّهن يقدّمن الدّعم لأزواجهن، و تجدهن في الإستماع لهم و لمشاكلهم، ما يجعل الأزواج يشعرون بالضعف و أنهم غير قادرين جسديا، غير أنّ هذه النتيجة و جدناها معكوسة في دراسة RAGUENE-PRE، حيث أنّ المقاومة الثنائية السندية، و التواصل حول الضّغط للأزواج هي التي تتنبأ بنوعية حياة جسدية سيئة لدى المريضات.

(RAGUENE-PRE.CH, 2012, p42-43)

في حين أنّنا لم نلاحظ أي أثر لنوع المقاومة الثنائية المستعملة من طرف الأزواج على نوعية الحياة النفسية و الجسدية للمريضات، و لا لأزواجهن، و نجد أثر فاعل وحيد للمقاومة الثنائية السلبية على نوعية الحياة الجسدية، أي أنّ استعمال أزواج النساء المصابات بسرطان الثدي للمقاومة الثنائية السلبية، و التي تتلخّص في المقاومة السطحية، العدائية، و المتضادة، سيجعلهم يقيمون صحتهن الجسدية على أنّها جيّدة، فحسب REYNAERT، المعاناة النفسية لأزواج مريضات سرطان الثدي، تجعل من الصّعب عليه م أن يقدّموا السّند الإجتماعي اللازم لزوجاتهم المريضات. (REYNAERT.CH, 2006, p476)

يمكن تفسير هذه النتائج من منظور علم النّفس الإجتماعي، و خصوصية المجتمع الجزائري، و الذي يمكن أن نوضّحه من خلال ما قدّمه الأستاذ سليمان مظهر في كتابه، " la violence sociale en Algérie"، حيث أوضح أنّ وحده التّعود على العيش ما يجعل العلاقات الزوجية تدوم، فالرجال في المجتمع الجزائري لا يعيشون كأزواج إلا نادرا، و هذا لأنهم مرتبطون عاطفيا بأمهاتهم، و يضيف أنّ الحياة العائلية تتمفصل حول توزيع الأدوار، وبهذا فالزوجة ما إن تصبح أمّا فإنّها بدورها ستكون مع أطفالها شبكة تنشّطها و تتحكّم فيها بفضل الرّوابط العاطفية التي تحافظ عليها فرديا مع كل واحد من أبناءها، و تعطي لزوجها إمكانية حل المشاكل التي لا يمكنها التحكّم فيها، هذه التّعبية ستنطفي الإحباط العاطفي للزوج ، و لكن ما أن تختفي الزوجة، أو ما إن يأتي أي خطب يهدد إختفاء الزوجة بسبب مرض مثلا،

سيصاب الزوج بالذعر، و هذا لسببين، الأول لوجود صلات ضعيفة مع الحب الزوجي، فمن جهة لم يعد يوجد لديه وسيط، ليخبره بتفاصيل الحياة العائلية، و يقترح عليه القرارات اللازم أخذها، و من جهة أخرى يجد نفسه أعزل أمام أطفاله، الذي فقدوا والدتهم، أي مركز ثقل علاقاتهم، و التي لم تعد تعتبر كشبكة. (MEDHAR.S, 1997, p80)

و هذا ما يفسر تدهور نوعية الحياة النفسية لدى أزواج مريضات سرطان الثدي، و كيف أنّ المقاومة الثنائية المقدّمة من الأزواج و التي تعتمد لديهم أساسا على المقاومة السندية لم يكن لها أي أثر على نوعية حياة المريضات، لا بل حتى طريقة تنظيم الأزواج لانفعالاتهم لا تؤثر على المقاومة الثنائية و لا على نوعية الحياة لدى زوجاتهم المصابات بسرطان الثدي، رغم أنّهما يعيشان ضمن ثنائية تعمل من خلال التأثير و التأثير المتبادلان، و كما أشرنا، فحسب ما جاء في دراسة الأستاذ سليمان مظهر، العلاقة الزوجية في المجتمع الجزائري مبنية على المرأة باعتبارها مركز الثقل للعلاقات داخل العائلة، و عليها تبنى الشبكات العلائقية بها، فهي و بهذا هي وحدها من تؤثر على أفراد العائلة ككل، و على الزوج بشكل خاص.

## خاتمة:

صمّم البحث الحالي من أجل أتأكد من صحة الفرضيات التالية:

- نوع استراتيجية التنظيم الإنفعالي المستعملة من طرف مريضات سرطان الثدي يتنبأ بدرجة نوعية الحياة لديهن و لدى أزواجهن أثناء فترة العلاج الكيميائي.
  - نوع استراتيجية التنظيم الإنفعالي المستعملة من طرف مريضات سرطان الثدي يتنبأ بدرجة المقاومة الثنائية لديهن لدى أزواجهن أثناء فترة العلاج الكيميائي.
  - نوع المقاومة الثنائية لمريضات سرطان الثدي، تتنبأ بدرجة نوعية الحياة لديهن و لدى أزواجهن أثناء فترة العلاج الكيميائي.
  - نوع استراتيجية التنظيم الإنفعالي المستعملة من طرف أزواج مريضات سرطان الثدي تتنبأ بدرجة نوعية الحياة لديهم و لدى زوجاتهم أثناء فترة العلاج الكيميائي.
  - نوع استراتيجية التنظيم الإنفعالي المستعملة من طرف أزواج مريضات سرطان الثدي يتنبأ بدرجة المقاومة الثنائية لديهم و لدى زوجاتهم أثناء فترة العلاج الكيميائي.
  - نوع المقاومة الثنائية لأزواج مريضات سرطان الثدي، تتنبأ بدرجة نوعية الحياة لديهم و لدى زوجاتهم أثناء فترة العلاج الكيميائي.
- توضح هذه الفرضيات، أنّ الهدف من البحث يتمثل في إيجاد تأثير استراتيجيات التنظيم الإنفعالي، على كل من المقاومة الثنائية و نوعية الحياة، بالإضافة إلى تأثير المقاومة الثنائية على نوعية الحياة، لدى كل من مريضات سرطان الثدي و أزواجهن، و هذا من خلال دراسة ثنائية، أي أثر فاعل-شريك، بحيث اختبرت

الفرضيات من خلال المنهج الوصفي، و بالاعتماد على النموذج الإحصائي APIM للثنائيات.

و قد سمحت لنا المقابلات العيادية الهوجّهة، التي أجريناها مع المريضات خلال الحصة الأولى، و الثانية للعلاج الكيميائي من جمع البيانات اللازمة، و تحديد العينة وفقا للخصائص المذكورة سابقا، ليكون التقييم في منتصف مدة العلاج الكيميائي، أي ما بين الحصة الثالثة، و الرابعة، حيث قمنا بتقديم بطارية المقاييس للمريضات، ليتم ملؤها من طرفهن، و من طرف أزواجهن، كل على حدى، لنقوم في الأخير بحساب درجات مختلف المقاييس، و معالجتها إحصائيا، و قد خلصت النتائج إلى: أنّ استراتيجية التنظيم الإنفعالي المستعملة من طرف مريضات سرطان الثدي و المتمثلة في كل من إعادة التقييم المعرفي، و القمع التعبيري، لها أثر على نوعية الحياة النفسية و الجسدية لديها، بالإضافة إلى أنّ وحدها استراتيجية القمع التعبيري التي لا أثر على نوعية الحياة الجسدية للأزواج، في حين نجد أنّ استراتيجية إعادة التقييم المعرفي المستعملة من طرف الأزواج ليس لها أي أثر على نوعية حياة المريضات، و لكن تؤثر على نوعية الحياة النفسية لديهم. في حين لم نجد أي أثر لاستراتيجيات التنظيم الإنفعالي على الدرجات العامة للمقاومة الثنائية، و لا لهذه الأخيرة على نوعية الحياة لكل من النساء المصابات بسرطان الثدي، و أزواجهن، إلا أنّنا توصلنا إلى وجود أثر إيجابي لكل من استراتيجية إعادة التقييم المعرفي، و القمع التعبيري المستعملة من طرف النساء المصابات بسرطان الثدي على المقاومة الثنائية السلبية لديهن، بالإضافة إلى أثر إيجابي لاستراتيجية إعادة التقييم المعرفي المستعملة من طرف الأزواج على المقاومة الثنائية الإيجابية، المفوضة و التواصل ح و ل الضّغط للمريضات، في حين توصلنا إلى أثر سلبي لاستراتيجية القمع التعبيري لديهم على المقاومة الثنائية السلبية للمريضات، أمّا فيما يتعلّق بالمقاومة الثنائية الإيجابية، المقاومة الثنائية السلبية، و التواصل حول الضّغط لدى المريضات، فلها أثر سلبي على نوعية الحياة الجسدية لأزواجهن، إلا أنّنا توصلنا إلى وجود أثر إيجابي على نوعية الحياة النفسية للمريضات إذا ما لجأنا إلى المقاومة الثنائية المشتركة، السلبية، و التواصل حول الضّغط، في حين تظهر المقاومة الثنائية السلبية لدى الأزواج من خلال أثر سلبي على نوعية الحياة الجسدية لديهم.

و بهذا فقد فتحت النتائج المتوصل إليها، المجال للبحث في مقدّمي الرّعاية، و مرافقي مرضى السرطان عموماً، و ذلك من أجل دمجهم في الكفالة النفسيّة، و التعامل معهم كوسطاء من أجل التمكن من التعرّف من قرب على التغيّرات الحادثة في سلوك المريض.

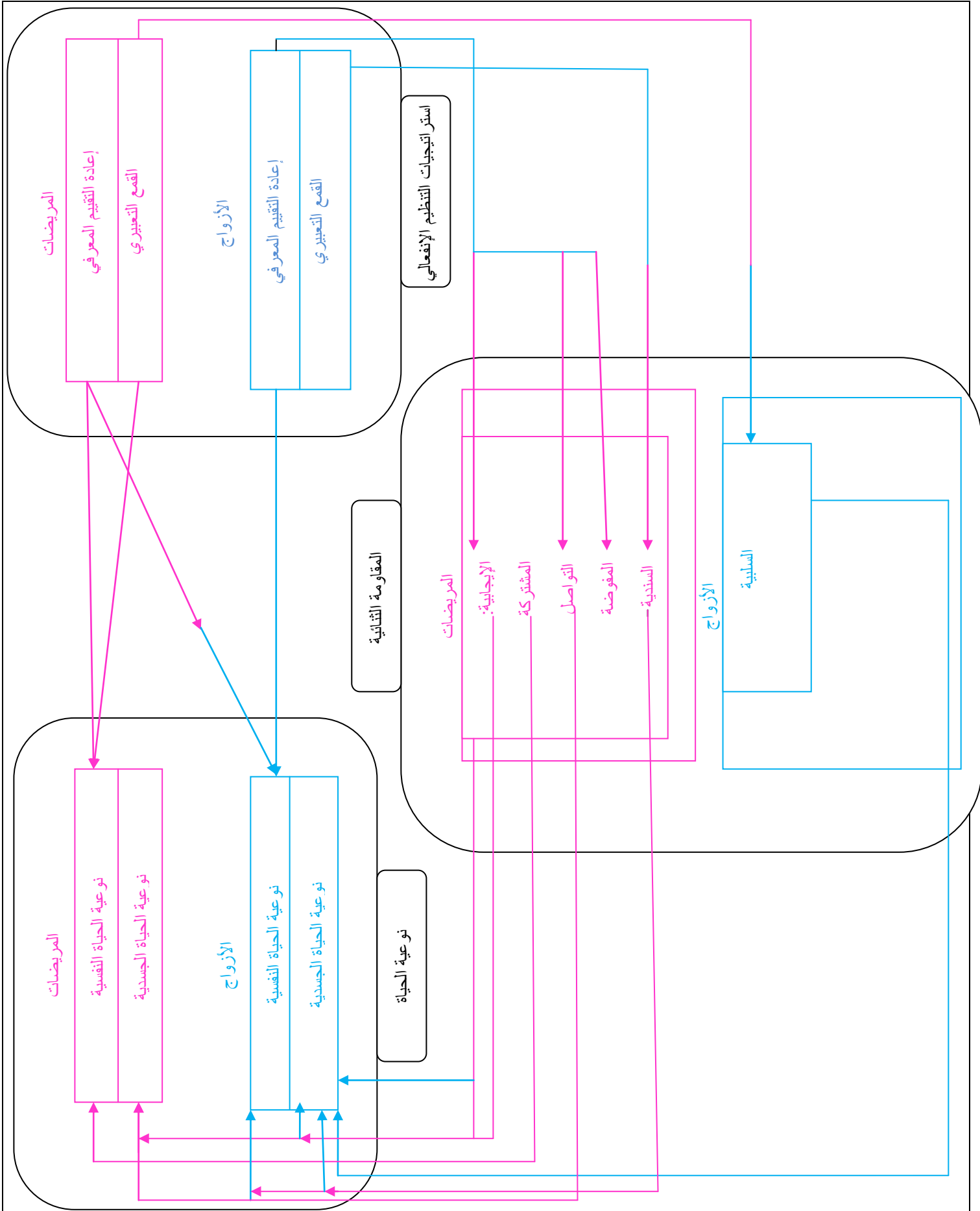
و أخيراً نتائج البحث الحالي، قد فتحت آفاقاً جديدة للقيام ببحوث أخرى:

- البحث في الإصابة بسرطان الثدي من منظور علم النفس الاجتماعي، من أجل تحديد مفهوم سرطان الثدي في المجتمع الجزائري، و هذا لفهم أفضل لسلوك الأزواج أثناء تقديمهم السند لزوجاتهم المريضات، و كيفية مواجهتهم و تكيفهم مع الوضع.
- بناء برامج علاجية نفسية تربوية، تضم كل من مريضات سرطان الثدي، و أزواجهن، و التي لها خلفية نظرية مستمدّة، من النظرية المعرفية السلوكية، و النظرية النسقية، هذا كلّ في إطار خصوصية المجتمع الجزائري، حيث تهدف هذه البرامج إلى التكفّل بالزوج ككل باعتباره وحدة.

- تعميم مثل هذه الدّراسات، و البرامج العلاجية النفسية تربوية، على مختلف أنواع السرطان لدى كلا الجنسين، و مع مختلف مقدّمي الرّعاية (العائلة).

و فيما يلي نموذج توضيحي، لعلاقات التأثير، بين كل من استراتيجيات التنظيم الإنفعالي، المقاومة الثنائية، و نوعية الحياة لدى كل من مريضات سرطان الثدي و أزواجهن، و التي توصلنا إليها خلال الدّراسة الحالية:

شكل رقم(29): نموذج توضيحي لآثار فاعل-شريك لاستراتيجيات التنظيم الإنفعالي، و المقاومة الثنائية على نوعية الحياة لدى مريضات سرطان الثدي و أزواجهن أثناء فترة العلاج الكيميائي



# مراجع

## - مراجع اللغة العربية:

- أبو حمدان يوسف و العزاوي محمد إلياس . (2001). تطور الضغوط النفسية عبر الأبعاد الزمنية (الماضي، الحاضر، المستقبل) و علاقته بمتغير الجنس، و الحالة الاقتصادية و الحالة الاجتماعية لدى عينة المعلمين المتحقين بالدارسة في جامعة مؤتة. دمشق. مجلة جامعة دمشق، المجلد 26، العدد 03 .
- بوحفص عبد الكريم . (2017). الأساليب الإحصائية و تطبيقاتها يدويا و باستخدام برنامج SPSS، الجزء الأول. الجزائر. ديوان المطبوعات الجامعية.
- بوحفص عبد الكريم . (2017). الأساليب الإحصائية و تطبيقاتها يدويا و باستخدام برنامج SPSS، الجزء الثاني. الجزائر. ديوان المطبوعات الجامعية.
- زناد دليلة. (2007). سلوك الملائمة العلاجية و علاقته بالمتغيرات النفسية، المعرفية و السلوكية لدى مرضى العجز الكلوي المزمن و الخاضعين لتصفية الدم (الهيموديايز) دراسة ميدانية من خلال نموذج علم نفس الصحة، رسالة دكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر 2.
- شيلي تايلور. (2008). علم النفس الصحي. الطبعة الأولى. لبنان. دهر الحامد للنشر و التوزيع.
- عبد الفتاح محمد دويدار . (2000) مناهج البحث في علم النفس . الإسكندرية. دار المعرفة الجامعية للطبع و النشر و التوزيع.
- مرازقة وليدة. (2009). مركز ضبط الألم و علاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الصحة، جامعة باتنة.
- مقدم عبد الحفيظ . (2003). الإحصاء و القياس النفسي و التربوي: مع نماذج من المقاييس و الإختبارات. الجزائر. ديوان المطبوعات الجامعية.



- BALLANTYNE , P. (2004). Social context and outcomes for the ageing breast cancer patient: considerations for clinical practitioners. People nursing. 13(3a),11-21.
- BLOCH, H et al. (2002). Dictionnaire fondamental de la psychologie. France. Larousse.
- BERMEJO, E et al. (2012). L'influence de l'alexithymie sur le coping dyadique : Gestion du stress personnelle interpersonnelle et commune.
- BODENMANN, G. (1997). Dyadic coping: a systemic-transactional view of stress and coping among couples: theory and empirical findings. Revue Européenne de Psychologie Appliquée.
- BODENMANN, G. (2008). Dyadisches Coping Inventar (DCI).
- BOINON, D et al. (2011). Les effets de l'expression émotionnelle sur l'ajustement au cancer: une revue de la littérature. Psycho-oncologie, 5(3), 173-190.
- BRANNON, L et FEIST, F. (1996). Health psychology: an introduction to behavior and health. Third edition. brooks cole.
- BRUCHON-SCHWEITZER, M et DANTZER, R. (1994). introduction à la psychologie de la sante. 1ere édition. puf.

- BRUCHON-SCHWEITZER, M et BOUJUT, E. (2014). psychologie de la santé : modèles concepts et méthodes, édition Dunod.
- BRUCHON-SCHWEITZER, M. (2001). personnalité et maladies stress, coping et ajustement, édition Dunod.
- BRUCHON-SCHWEITZER (M). (2002). psychologie de la sante modeles concepts et méthodes, edition Dunod.
- CHRISTOPHE, V. (2009). Evaluation de deux stratégies de régulation émotionnelle : la suppression expressive et la réévaluation cognitive. *Revue européenne De Psychologie appliquée*, 59(1), 59-67.
- COOK-DARZENS, S. (2005). La thérapie familiale : de la multiplicité à l'intégration. *Pratiques Psychologiques*. 11(2),169-183.
- CORTEN, Ph. (2013). Tuer le stress avant qu'il ne nous tue. Belgique. edition yasaye.
- DELELIS, G et all. (2011). Stratégies de régulation émotionnelle et de coping : Quels liens ?, *Bulletin de psychologie*, n°515, 471-479.
- DESAUW, A. (2014). Stratégie de régulation émotionnelle des praticiens lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie, (thèse de Doctorat). Université LILLE 3, France.

- DIFI , S et BOUZID, K. (2017). Épidémiologie du cancer du sein en Algérie.présenté à Cancer du sein RH+.
- DONATO (S) et al. (2009). Measuring dyadic coping: The factorial structure of bodenmann's "Dyadic coping questionnaire" in Italian sample, TPM, Vol 16, n° 1, 25-47.
- ETKIN, A et GROSS, J. (2015). The neural bases of emotion regulation, in nature reviw/s/ neuroscience, volume 16, 693-700.
- FAURY, S et ZENAD, D. (2019). Perspective temporelle et qualité de vie des patients atteints d'un cancer du rectum : une étude exploratoire. Bulletin du cancer.
- FELDMAN, B et BBROUSSARD, C.A. (2006). Men's adjustment to their partners' breast cancer: a dyadic coping perspective. in Health & social work 31(2):117-27.
- FISCHER, G.N. (2002). Traité de psychologie de la sante, édition dunod.
- FITZPATRICK, J et al. (2016). How to Use the Actor-Partner Interdependence Model (APIM) To Estimate Different Dyadic Patterns in MPLUS: A Step-by-Step Tutorial, in The Quantitative Methods for Psychology, vol 12, n°1, 74-86.
- FORD, B et GROSS, J. (2018). Emotion regulation: Why Beliefs Matter, in Canadian psychology, vol 59, n°1, 1-14.

- GIRAUDET, J.S. (2006). Annonce de diagnostic de maladie chronique à un patient. *Synoviale*. n°151, 8-13.
- GRAVELLE, F et DENIS MENARD, J. (1996). la qualité de vie chez les personnes âgées fréquentant un centre de jour francophone de la région d'ottawa, in revue d'intervention sociale et communautaire, vol2,n°2.
- GROSS, J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive and social consequence, In *psychology*, n°39, Cambridge university press in the usa, 39, 281-291.
- GROSS, J et THOMPSON, A. (2007). *Handbook of Emotion Regulation*. USA. Guilford Publications.
- HAGEDOORN, M et al. (2011). Relationship satisfaction in couples confronted with colorectal cancer: The interplay of past and current spousal support. *Journal of Behavioral Medicine*. 34 (4), 288-297.
- HAMER, R.G. (1988). LEGS ‘ ’ fondement’ ’ d’une nouvelle medecine : les cinq lois biologiques d’une nouvelle medecine, Espagne.
- HARTMANN, A. (2007). Etude longitudinale de la qualité de vie et des stratégies d’ajustement des patientes avec un cancer du sein et de leur "accompagnant-référent ", Thèse présentée en vue de l’obtention du

grade de Docteur en Psychologie, UNIVERSITÉ DE HAUTE -  
BRETAGNE RENNES II.

- JADOULL, V et all. (2004). Le cancer, défaut du psychisme. in Bulletin du Cancer, édition John Libbey Eurotext.
- KAYSER, K et SCOTT, J. (2008). Helping couples cope with women's cancer "an evidence based approche for practitioners", Springer.
- KENNY, D et al. (2006). Dyadic data analysis. USA. The Guilford Press.
- KIELCOLT, J.K et al. (1999). Psychoneuroimmunology and immunotoxicology: Implications for carcinogenesis. Psychosomatic Medicine, 61, 271–272.
- LAFAYE, A. (2009). Effets acteur-partenaires du soutien social et des stratégies de coping sur la qualité de vie et les troubles anxio-dépressifs de patients atteints d'un cancer de la prostate et de leur conjointe. thèse de Doctorat. UNIVERSITÉ DE BORDEAUX 2, FRANCE.
- LANGVIN, R. (2015). Régulation des émotions et troubles de comportement chez des enfants d'âge préscolaire victime d'agression sexuelle. thèse de Doctorat .UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL.
- LEMAIRE , V et al. (2002). petit larousse de la medecine. France. Larousse.

- LEROY, T et al. (2013). régulation endogène des émotions : des processus complémentaires et indissociables. in psychologie française.
- LINGYAN, L et all. (2015) cognitive emotion regulation characteristics and effects on quality of life in women with breast cancer. HEALTH AND QUALITY OF LIFE OUTCOMES, 13(51).
- MEDHAR, S. (1997). La violence sociale en Algérie. Algerie Thala edition.
- MERCIER, M et SCHRAUB, S. (2005). qualite de vie : quels outils de mesure ? in 27es journées de la SFSPM, Deauville. 418- 423.
- MIKOLAJCZAK, M. (2009). Les compétences émotionnelles, France.Dunod.
- MIKOLAJCZAK, M. (2013). Traiter de régulation des émotions, DE Boeck.
- MIKOLAJCZAK , M. (2013). les interventions en psychologie de la santé. France. Dunod.
- MIKOLAJCZAK, M et DESSEILLES, M. (2009). Traité de régulation des émotions, DE Boeck.

- NADJIB, R. (2011). Evaluation prospective de la qualite de vie des patients cancéreux suivis au service d'oncologie medicale du chu hasen II de Fes, these de doctorat en medecine.
- NOGARET, J. M. (2010). Le cancer du sein. Un regard optimiste vers l'avenir. louvain-la-neuve. Bruylant-academia.
- O'LEARY, D. (2018). Reducing behavior risk factors for cancer: An affect regulation perspective, in psychology health, vol 33n°1, 17-39.
- OMS. (1998). Education therapeutique du patient.
- PAIS BRANDAO, T.R. (2017). Adaptation to breast cancer: Exploring the role of attachment and emotion regulation process. PORTUGAL: UPORTO
- RAGUENET, D. (2012). Ajustement psychosocial du couple face au cancer du sein : Une approche dyadique. France.
- RAPHAEL, D et al. (1996). Quality of life indicator and health current status and emerging conception. Canada. Center for health promotion, university of Toronto.
- RAZAVI, D et Delvaux, N. (2002). Interventions psycho-oncologique ; la prise en charge du patient cancéreux, 2eme édition. France. Masson.

- RAZAVI, D et Delvaux, N. (1998). La prise en charge medio-psychologique du patient cancéreux. France. Masson.
- RAZAVI, D et DELVAUX, N. (2001). Psycho-oncologie le cancer, le malade et sa famille. France. Masson.
- RAZAVI, D et DELVAUX, N. (2008). Précis de psycho-oncologie. France. Masson.
- REVENSON , T.A, KAYSER, K, et BODEMANN, G. (2005). Couples coping with stress: emerging perspectives on dyadic coping, Washington DC. USA. American Psychological Association.
- REVIDI, P. (1994). Reactions psychologiques aux affections somatiques graves.in encyclopédie medico-chirurgicale, psychiatrie. France.
- REYNAERT, CH, et all. (2006). Cancer et dynamique de couple, in pouvoir médical. 467-480. 2006.
- RILEY , V. (1975). Le pouvoir de se guerir ou de s'autodetruire,
- RISPAL, E, (2001). Caner larynges et pharyngo-larynges : evaluation de laqualite de vie des laryngectomises, in recherche de soins infirmiers, n°66.



- ROTANDA, C. (2011). Qualite de vie et fatigue en cancerologie : cancer colorectal et cancer du sein. these de doctorat. Université Henri poincare.
- SALTEL, P et al. (1992). Troubles psychiques en cancerologie. In encyclopédie médico-chirurgicale, psychiatrie. France.
- SAMI ,S. (2012). Cancer du sein. in journal de la societe algerienne d'oncologie medicale, N2.
- SANTIAGO, M. Psychologie de la santé et cancer Etat de la question et nouvelles perspective, crpsa, Université de Lausanne.
- SCHREIBER, D.S. (2007). Anticancer : prevenir et lutter grace a nos defenses naturelles. France. edition reponse robert laffont.
- SERGRETAN-CROUZET, C. (2010). Evolution et différences dans l'ajustement des couples au cancer du sein : rôle des facteurs psychosociaux et influence réciproque des deux membres de la dyade. thèse de Doctorat. Université de BORDEAUX 2, FRANCE.
- UNTAS, A et al. (2009). Impact de la gestion dyadique du stress sur l'ajustement à une reconstruction mammaire différée après cancer. In annales médico psychologique. 167, 134-141.

- UNTAS, A et al. (2012). Du modèle transactionnel à une approche dyadique en psychologie de la santé. In *Psychologie Française*. Vol 57(2), 97-110.
- TOUSIGNANT, M et al. (2001). *Evenements de vie et psychiatrie: apport des etudes de life's events and difficulties schedule*, edition n°1. France. Doin.
- TRAA, M et al. (2014). Dyadic coping and relationship functioning in couples coping with cancer: A systematic review. In *British Journal of Health Psychology*.
- VELOTTI , P et al, Emotional suppression in early marriage: Actor, partner; and similarity effects on marital quality, *Journal of Social and Personal Relationships*, 2015.

ملحق

مختلف المقاييس المستعملة

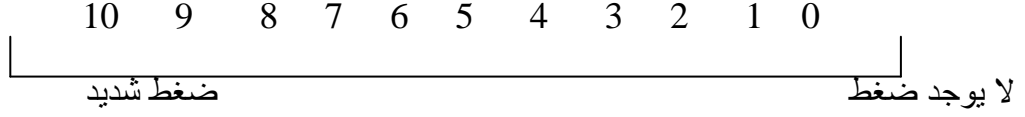
في البحث

## **1 - المعلومات الشخصية:**

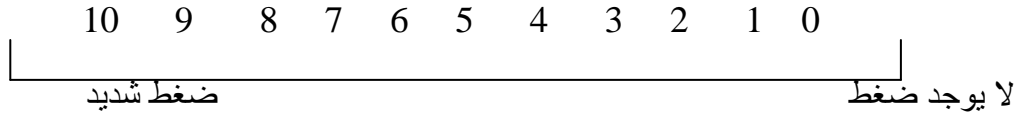
- الاسم (أو الرمز):
- سن الزوجة:
- سن الزوج:
- مدة الزواج:
- عدد الأطفال:
- تاريخ تشخيص السرطان:
- تاريخ العملية الجراحية:
- تاريخ أول جرعة كيميائي:

## 2 - المقاييس الموجهة للزوجة:

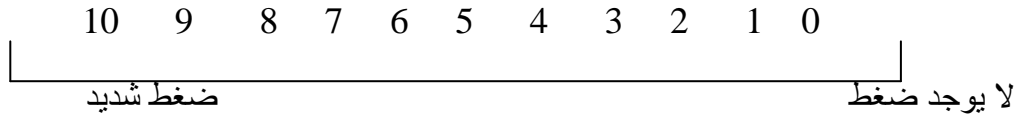
- هل تعتبرين اصابتك بسرطان الثدي حدث ضاغط؟ نعم  لا
- إذا كانت إجابتك نعم، ما درجة هذا الضغط على سلم من 0 إلى 10:



- هل تعتبرين العملية الجراحية التي تعرضتي لها و المتمثلة في استئصال الثدي كحدث ضاغط؟ نعم  لا
- إذا كانت إجابتك نعم، ما درجة هذا الضغط على سلم من 0 إلى 10:



- هل تعتبرين العلاج الكيميائي الذي تتلقينه كحدث ضاغط؟ نعم  لا
- إذا كانت إجابتك نعم، ما درجة هذا الضغط على سلم من 0 إلى 10:



مقياس المقاومة الثنائية:

التعليمة: صمّم هذا المقياس، ليقيس كيف تواجه بين أنت و زوجك الضغوط، من فضلك ضع علامة أمام أول إجابة تشعرين أنها مناسبة لك، يرجى أن تكوني صادقة قدر الإمكان، و أن تجيبين على كل البنود بوضع علامة في الخانة المناسبة و التي توافق وضعك الصحي، ليس هناك إجابة خاطئة.

غال با	كثيرا ما	أحيانا	نادرا	نادر جدا	
					01 أظهر لزوجي بأزهي أقدرّ دعمه لي، نصائحه و مساعدته
					02 أطلب من زوجي المساعدة عندما تكون لدي أشياء كثيرة أقوم بها
					03 من خلال سلوكي اظهر لزوجي انني لم أقم بعم لي بشاكل جيد أو أنه لدي مشاكل
					04 أخبر زوجي علنا عن شعوري و أنزهي أقدرّ دعمه لي
					05 يُظهر زوجي التعاطف و التفهّم
					06 يعبرّ زوجي عن وجوده إلى جانبي
					07 يبخني زوجي عن عدم مواجهتي للضغوط بشكل جيد
					08 يساعدني زوجي على رؤية المواقف الضاغطة بنظرة مختلفة
					09 زوجي يصغي إلي و يمنحني الفرصة لأكلمه عن ما يزعجني
					10 زوجي لا يأخذ الضغط الذي أتعرض إليه على محمل الجد
					11 يقدم زوجي الدعم لي عن طيب خاطر و بدون دوافع
					12 يقوم زوجي بالأشياء التي من المفروض أن أقوم بها انا عادة و هذا من اجل مساعدتي
					13 يساعدني زوجي على تحليل الموقف لأواجه المشكلة بشكل أفضل
					14 عندما أكون مشغولة جدا، زوجي يساعدني

					عندما أكون قلقة يميل زوجي للإسحاب	15
					يسمح لي زوجي بمعرفة أنه يُقدّر الدعم، النصح و المساعدة الذي أقدمهم له	16
					يطلب زوجي مساعدتي عندما تكون لديه الكثير من لأعمال للقيام بها	17
					يُظهر لي زوجي من خلال سلوكه أنه ليس على مايرام أو لديه مشاكل	18
					يخبرني زوجي صراحة بشعوره و انه يُقدّر دعمي له	19
					أظهر لزوجي أنني أتعاطف معه و أتفهمه	20
					أعبر لزوجي أنني بجانبه	21
					أوبخ زوجي على عدم مواجهته للضغوط بطريقة جيدة	22
					أقول لزوجي أن الضغط الذي يتعرض له ليس شديد السوء و أساعده لرؤية الموقف من مظهر مختلف	23
					أستمع لزوجي و أوفر له المكان و الزمان المناسبان للتكلم عما يزعجه حقا	24
					لا آخذ الضغط الذي يتعرض إليه زوجي على محمل الجد	25
					عندما يتعرض زوجي للضغوطات أميل للإسحاب	26
					أقدم الدعم لزوجي، لكن دون تلقائية ولا دافعية لأنني أعتقد أنه يجب أن يواجه مشاكله بنفسه	27
					أقوم بالأشياء التي يجب على زوجي القيام بها من أجل مساعدته	28
					أحاول مع زوجي تحليل الموقف بطريقة موضوعية و مساعدته على فهم و تغيير المشكل	29
					عندما يشعر زوجي أن لديه الكثير للقيام به خارجا أقدم له المساعدة	30
					نحاول معا أنا و زوجي مواجهة المشكل و إيجاد حلول	31
					ندخل في مناقشة جدية عن المشكل و نفكر فيما يمكن فعله	32
					نحن نساعد بعضنا البعض لوضع المشكل في إطاره الصحيح و رؤيته من منظور جديد	33

					34	نساعد بعضنا البعض على الإسترخاء من خلال التدليك، أخذ حمام معا، سماع الموسيقى
					35	نتعامل مع بعضنا بحنان و بحب لمواجهة الضغوط
					36	أشعر بالرضى عن الدعم الذي تلقينته من زوجي و عن الطريقة التي نتعامل بها مع الضغط
					37	أشعر بالرضى عن الدعم المقدم من زوجي و عن طريقة تعاملنا كزوجين



مقياس نوعية الحياة: (SF-12v2)

التعليمة: أجبني عن كل سؤال بوضع علامة (x) في الخانة المقابلة للإجابة الملائمة، إذا لم تك وري متأكدة من الإجابة، حاولي من فضلك أن تقدمي الإجابة الأفضل.

1 - بصفة عامة يمكنك القول بأن صحتك (حالتك الصحية):

ممتازة  جيدة  جدا جيدة  حسنة  ضعيفة

2 - الأسئلة التالية تدور حول الأنشطة التي يمكنك القيام بها في يومك العادي، هل تحد حالتك الصحية الان من قيامك بهذه الأنشطة؟

A - الأنشطة المعتدلة مثل تحريك الطاولة، لعب الكرة

نعم محدودة كثيرا  نعم تحدها قليلا  لا تحدها مطلقا

B - صعود عدة عتبات من الدرج

نعم محدودة كثيرا  نعم تحدها قليلا  لا تحدها مطلقا

3 - خلال الأربيع الأسابيع الماضية هل واجهت أي من المشاكل التالية في عملك، أو في أي من نشاطاتك اليومية المنتظمة الأخرى نتيجة لحالتك الصحية

A - أنجزت أعمال أقل مما كنت تريد

دائما  غالبا  كثيرا ما  أحيانا  أبدا

B -كنت محدودة في القيام ببعض الأعمال

دائما  غالبا  كثيرا ما  أحيانا  أبدا

4 - خلال الأربيع أسابيع الماضية هل واجهت أي من المشاكل التالية في عملك أو أنشطتك اليومية المعتادة الأخرى نتيجة لأي مشاكل نفسية كالشعور بالإكتئاب و بالقلق

A - أنجزت أقل مما كنت تريدين

دائما  غالبا  كثيرا ما  أحيانا  أبدا

B - وجدت صعوبة للقيام بما أنت متعود عليه بنفس الإهتمام و الدقة

دائما  غالبا  كثيرا ما  أحيانا  أبدا

5 - خلال الأربعة أسابيع الماضية إلى أي مدى أثر الألم الذي تشعرين به في عملك اليومي (بما في ذلك عملك داخل و خارج المنزل)

لا أبداً  قليلا جدا  بصورة متوسطة  كثيرا  بشدة

6 - الأسئلة التالية تتعلق بشعورك خلال الأربعة أسابيع الأخيرة ، الرجاء إعطاء الإجابة الأقرب لما كنت تشعر به:

A - هل كان هناك أوقات أين شعرت بالهدوء والأمن

دائماً  غالبا  كثيرا ما  أحيانا  أبداً

B - هل كان هناك أوقات أين شعرت بكثير من الطاقة

دائماً  غالبا  كثيرا ما  أحيانا  أبداً

C - هل شعرت بللحزن أو الأنكسار

دائماً  غالبا  كثيرا ما  أحيانا  أبداً

7 - خلال الأربعة أسابيع الأخيرة إلى أي مدى أثرت حالتك الصحية أو النفسية في أنشطتك الاجتماعية (مثل زيارة الأقارب أو الأصدقاء...)

دائماً  غالبا  كثيرا ما  أحيانا  أبداً

مقياس استراتيجيات التنظيم الإنفعالي:

التعلّمة: كل واحد منا يعبر عما يشعر به بطريقة مختلفة. ضع ي دائرة على الإجابة التي تتناسب و ما تفكرين القيام به، فيما يتعلق بالإقتراحات التالية.

مع الإشارة إلى أن الرقم 1 يعني أنك غير موافقة أبدا على الإقتراح، و الرقم 7 على أنك موافقة تماما على الإقتراح. و ما بين الإثنين يمكنك اختيار الإجابة الأكثر تعبيراً عن ما تشعرين به

1. عندما أريد أن أشعر بانفعالات إيجابية أكثر (كالفرح أو الإستمتاع)، أقوم باللازم لأغير فيما أنا أفكر فيه.

	غير موافق أبدا	موافق تماما					
	1	2	3	4	5	6	7
2.	أحتفظ بانفعالاتي لنفسى.						

	غير موافق أبدا	موافق تماما					
	1	2	3	4	5	6	7

3. عندما أريد أن أشعر بانفعالات سلبية أقل (كالحزن أو الغضب)، أقوم باللازم لأغير فيما أنا أفكر فيه.

	غير موافق أبدا	موافق تماما					
	1	2	3	4	5	6	7

4. عندما أشعر بانفعالات إيجابية، أنتبه لكي لا أعبر عنها.

	غير موافق أبدا	موافق تماما					
	1	2	3	4	5	6	7

5. عندما أكون في وضعية ضاعطة، أقوم بالتفكير بطريقة تجعلني أبقى هادنا.

	غير موافق أبدا	موافق تماما					
	1	2	3	4	5	6	7

6. أتحكّم في انفعالاتي من دون ان أعبر عنها.

غير موافق أبدا موافق تماما

7 6 5 4 3 2 1

7. عندما أريد أن أشعر بانفعالات إيجابية أكثر، أغير من طريقة نظري للوضعية.

غير موافق أبدا موافق تماما

7 6 5 4 3 2 1

8. أتحكّم في انفعالاتي بتغيري لطريقة نظري للوضعية التي أنا فيها.

غير موافق أبدا موافق تماما

7 6 5 4 3 2 1

9. عندما أشعر بانفعالات سلبية، لا أعبر عنها.

غير موافق أبدا موافق تماما

7 6 5 4 3 2 1

10. عندما أريد أن أشعر بانفعالات سلبية أقل، أغير من طريقة نظري للوضعية.

غير موافق أبدا موافق تماما

7 6 5 4 3 2 1

### 3 - المقاييس الموجهة للزوج:

- هل تعتبر إصابة زوجتك بسرطان الثدي حدث ضاغط؟ نعم  لا  إذا كانت إجابتك نعم، ما درجة هذا الضغط على سلم من 0 إلى 10:

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0  
لا يوجد ضغط ضغط شديد

- هل تعتبر العملية الجراحية التي تعرضت لها زوجتك و المتمثلة في استئصال الثدي كحدث ضاغط؟ نعم  لا  إذا كانت إجابتك نعم، ما درجة هذا الضغط على سلم من 0 إلى 10:

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0  
لا يوجد ضغط ضغط شديد

- هل تعتبر العلاج الكيميائي الذي تتلقاه زوجتك كحدث ضاغط؟ نعم  لا  إذا كانت إجابتك نعم، ما درجة هذا الضغط على سلم من 0 إلى 10:

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0  
لا يوجد ضغط ضغط شديد

مقياس المقاومة الثنائية:

التعليمة: صمم هذا المقياس، ليقيس كيف تواجه أنت و زوج بك الضغوط، من فضلك ضع علامة أمام أول إجابة تشعر أنها مناسبة لك، يرجى أن تكون صادقاً قدر الإمكان، و أن ترد على كل البنود بوضع علامة في الخانة المناسبة و التي توافق وضعك الصحي، ليس هناك إجابة خاطئة.

غالباً	كثيراً ما	أحياناً	نادراً	نادر جداً	
					01 أظهر لزوجتي بأنني أقدر دعمه الي، نصائحه او مساعدتها
					02 أطلب من زوجتي المساعدة عندما تكون لدي أشياء كثيرة أقوم بها
					03 من خلال سلوكي اظهر لزوجتي انني لم أقم بع ملي بشكل جيد أو أنه لدي مشاكل
					04 أخبر زوجتي علناً عن شعوري و أني أقدر دعمه لي
					05 تظهر زوجتي التعاطف و التفهم
					06 تعبر زوجتي عن وجوده ا إلى جانبي
					07 توبخني زوجتي عن عدم مواجهتي للضغوط بشكل جيد
					08 تشايعني زوجتي على رؤية المواقف الضاغطة بنظرة مختلفة
					09 تصغي زوجتي إلي و تمنحني الفرصة لأكلمه ا عن ما يزعجني
					10 زوجتي لا تأخذ الضغط الذي أتعرض إليه بجدية
					11 زوجتي تقدم الدعم لي عن طيب خاطر و بدون دوافع
					12 زوجتي تقوم بالأشياء التي من المفروض أن أقوم بها انا عادة و هذا من اجل مساعدتي
					13 تشايعني زوجتي على تحليل الموقف لأواجه المشكلة بشكل أفضل

					عندما أكون مشغول جدا، زوجتي بتساعدني	14
					عندما أكون قلق بميل زوجتي للإنسحاب	15
					تسمح لي زوجتي بمعرفة أنها تقدر الدعم، النصح و المساعدة الذي أقدمهم لها	16
					تطلب زوجتي مساعدتي عندما تكون لديها الكثير من الأعمال للقيام بها	17
					تظهر لي زوجتي من خلال سلوكها أنها ليست على مايرام أو لديها مشاكل	18
					تخبرني زوجتي صراحة بشعوره ا و انه تقدر دعمي لها	19
					أنا أظهر التعاطف و التفهم لزوجتي	20
					أعتبر لزوجتي أنني بجانبها	21
					أوبخ زوجتي على عدم مواجهتها للضغوط بطريقة جيدة	22
					أقول لزوجتي أن الضغط الهني تتعرض له ليس شديد السوء و أساعدها لرؤية الموقف من مظهر مختلف	23
					أستمع لزوجتي و أوفر له ا المكان و الزمان المناسبان للتكلم عما يزعجها حقا	24
					لا آخذ الضغط الذي تتعرض إليه زوجتي بجدية	25
					عندما تتعرض زوجتي للضغوطات أميل للإنسحاب	26
					أقدم الدعم لزوجتي، لكن دون تلقائية و لا دافعية لأنني أعتقد أنها يجب أن تواجه مشاكلها بنفسها	27
					أقوم بالأشياء التي يجب على زوجتي القيام بها من أجل مساعدتها	28
					أحاول مع زوجتي تحليل الموقف بطريقة موضوعية و مساعدتها على فهم و تغيير المشكل	29
					عندما تشعر زوجتي أن لديها الكثير للقيام به خارجا أقدم لها المساعدة	30
					نحاول معا مواجهة المشكل و إيجاد حلول	31
					ندخل في مناقشة جدية عن المشكل و نفكر فيما يمكن	32

					فعله	
					نحن نساعد بعضنا البعض لوضع المشكل في إطاره الصحيح و رؤيته من منظور جديد	33
					نساعد بعضنا البعض على الإسترخاء من خلال التدليك، أخذ حمام معاً، سماع الموسيقى	34
					نتعامل مع بعضنا بحنان و بحب لمواجهة الضغوط	35
					أشعر بالرضى عن الدعم الذي تلقينته من زوج تي و عن الطريقة التي نتعامل بها مع الضغط	36
					أشعر بالرضى عن الدعم المقدم من زوج تي و عن طريقة تعاملنا كزوجين	37



مقياس نوعية الحياة: (SF-12v2)

التعليمة: أجب عن كل سؤال بوضع علامة (x) في الخانة المقابلة للإجابة الملائمة، إذا لم تكون متأكدا من الإجابة، حاول من فضلك أن تقدم الإجابة الأفضل.

1 - بصفة عامة يمكنك القول بأن صحتك (حالتك الصحية):

ممتازة  جيدة  جدا جيدة  حسنة  ضعيفة

2 - الأسئلة التالية تدور حول الأنشطة التي يمكنك القيام بها في يومك العادي، هل تحد حالتك الصحية الان من قيامك بهذه الأنشطة؟

A - الأنشطة المعتدلة مثل تحريك الطاولة، لعب الكرة

نعم محدودة كثيرا  نعم تحدها قليلا  لا تحدها مطلقا

B - صعود عدة عتبات من الدرج

نعم محدودة كثيرا  نعم تحدها قليلا  لا تحدها مطلقا

3 - خلال الأربع الأسابيع الماضية هل واجهت أي من المشاكل التالية في عملك، أو في أي من نشاطاتك اليومية المنتظمة الأخرى نتيجة لحالتك الصحية

A - أنجزت أعمال أقل مما كنت تريد

دائما  غالبا  كثيرا ما  أحيانا  أبدا

B - كنت محدودا في القيام ببعض الأعمال

دائما  غالبا  كثيرا ما  أحيانا  أبدا

4 - خلال الأربع أسابيع الماضية هل واجهت أي من المشاكل التالية في عملك أو أنشطتك اليومية المعتادة الأخرى نتيجة لأي مشاكل نفسية كالشعور بالإكتئاب و بالقلق

A - أنجزت أقل مما كنت تريد

دائما  غالبا  كثيرا ما  أحيانا  أبدا

B - وجدت صعوبة للقيام بما أنت متعود عليه بنفس الإهتمام و الدقة

دائما  غالبا  كثيرا ما  أحيانا  أبدا

5 - خلال الأربعة أسابيع الماضية إلى أي مدى أثر الألم الذي تشعر به في عملك اليومي (بما في ذلك عملك داخل و خارج المنزل)

لا أبداً  قليلا جدا  بصورة متوسطة  كثيرا  بشدة

6 - الأسئلة التالية تتعلق بشعورك خلال الأربعة أسابيع الأخيرة ، الرجاء إعطاء الإجابة الأقرب لما كنت تشعر به:

A - هل كان هناك أوقات أين شعرت بالهدوء والأمن

دائماً  غالبا  كثيرا ما  أحيانا  أبداً

B - هل كان هناك أوقات أين شعر بكثير من الطاقة

دائماً  غالبا  كثيرا ما  أحيانا  أبداً

C - هل شعرت بللحزن أو الأنكسار

دائماً  غالبا  كثيرا ما  أحيانا  أبداً

7 - خلال الأربعة أسابيع الأخيرة إلى أي مدى أثرت حالتك الصحية أو النفسية في أنشطتك الاجتماعية (مثل زيارة الأقارب أو الأصدقاء...)

دائماً  غالبا  كثيرا ما  أحيانا  أبداً

مقياس استراتيجيات التنظيم الإنفعالي:

التعلّمة: كل واحد منا يعبر عما يشعر به بطريقة مختلفة. ضع دائرة على الإجابة التي تتناسب و ما تفكر القيام به، فيما يتعلّق بالإقتراحات التالية.

مع الإشارة إلى أن الرقم 1 يعني أنك غير موافق أبدا على الإقتراح، و الرقم 7 على أنك موافق تماما على الإقتراح. و ما بين الإثنين يمكنك اختيار الإجابة الأكثر تعبيراً عن ما تشعر به

1 - عندما أريد أن أشعر بانفعالات إيجابية أكثر (كالفرح أو الإستمتاع)، أقوم باللازم لأغير فيما أنا أفكر فيه.

غير موافق أبدا	موافق تماما						
1	2	3	4	5	6	7	

2 - أحفظ بانفعالاتي لِنفسي.

غير موافق أبدا	موافق تماما						
1	2	3	4	5	6	7	

3 - عندما أريد أن أشعر بانفعالات سلبية أقل (كالحزن أو الغضب)، أقوم باللازم لأغير فيما أنا أفكر فيه.

غير موافق أبدا	موافق تماما						
1	2	3	4	5	6	7	

4 - عندما أشعر بانفعالات إيجابية، أنتبه لكي لا أعبر عنها.

غير موافق أبدا	موافق تماما						
1	2	3	4	5	6	7	

5 - عندما أكون في وضعية ضاعطة، أقوم بالتفكير بطريقة تجعلني أبقى هادئا.

غير موافق أبدا	موافق تماما						
1	2	3	4	5	6	7	

6 - أتحكّم في انفعالاتي من دون ان أعبر عنها.

غير موافق أبدا موافق تماما

7 6 5 4 3 2 1

7 - عندما أريد أن أشعر بانفعالات إيجابية أكثر، أغير من طريقة نظري للوضعية.

غير موافق أبدا موافق تماما

7 6 5 4 3 2 1

8 - أتحكّم في انفعالاتي بتغيري لطريقة نظري للوضعية التي أنا فيها.

غير موافق أبدا موافق تماما

7 6 5 4 3 2 1

9 - عندما أشعر بانفعالات سلبية، لا أعبر عنها.

غير موافق أبدا موافق تماما

7 6 5 4 3 2 1

10 - عندما أريد أن أشعر بانفعالات سلبية أقل، أغير من طريقة نظري للوضعية.

غير موافق أبدا موافق تماما

7 6 5 4 3 2 1

Dyadic Coping Inventory

INSTRUCTIONS: This scale is designed to measure how you and your partner cope with stress. Please indicate the first response that you feel is appropriate. Please be as honest as possible. Please respond to any item by marking the appropriate case, which is fitting to your personal situation. There are no false answers.

		Very Rarely	Rarely	Some-times	Often	Very Often
01	I let my partner know that I appreciate his/her practical support, advice, or help.					
02	I ask my partner to do things for me when I have too much to do.					
03	I show my partner through my behavior when I am not doing well or when I have problems.					
04	I tell my partner openly how I feel and that I would appreciate his/her support.					
05	My partner shows empathy and understanding to me.					
06	My partner expresses that he/she is on my side.					
07	My partner blames me for not coping well enough with stress.					
08	My partner helps me to see stressful situations in a different light.					
09	My partner listens to me and gives me the opportunity to communicate what really bothers me.					
10	My partner does not take my stress seriously.					
11	My partner provides support, but does so unwillingly and unmotivated.					
12	My partner takes on things that I normally do in order to help me out.					
13	My partner helps me analyze the situation so that I can better face the problem.					
14	When I am too busy, my partner helps me out.					
15	When I am stressed, my partner tends to withdraw.					
16	My partner lets me know that he/she appreciates my practical support, advice, or help.					
17	My partner asks me to do things for him/her when he has too much to do.					
18	My partner shows me through his/her behavior that he/she is not doing well or when he/she has problems.					
19	My partner tells me openly how he/she feels and that he/she would appreciate my support.					

20	I show empathy and understanding to my partner.					
21	I express to my partner that I am on his/her side.					
22	I blame my partner for not coping well enough with stress.					
23	I tell my partner that his/her stress is not that bad and help him/her to see the situation in a different light.					
24	I listen to my partner and give him/her space and time to communicate what really bothers him/her.					
25	I do not take my partner's stress seriously.					
26	When my partner is stressed I tend to withdraw.					
27	I provide support, but do so unwillingly and unmotivated because I think that he/she should cope with his/her problems on his/her own.					
28	I take on things that my partner would normally do in order to help him/her out.					
29	I try to analyze the situation together with my partner in an objective manner and help him/her to understand and change the problem.					
30	When my partner feels he/she has too much to do, I help him/her out.					
31	We try to cope with the problem together and search for ascertained solutions.					
32	We engage in serious discussion about the problem and think through what has to be done.					
33	We help one another to put the problem in perspective and see it in a new light.					
34	We help each other relax with such things like massage, taking a bath together, or listening to music together.					
35	We are affectionate with each other, make love, and try that way to cope with stress.					
36	I am satisfied with the support I receive from my partner and the way we deal with stress together.					
37	I am satisfied with the support I receive from my partner and I find as a couple, the way we deal with					

## QUESTIONNAIRE DE QUALITE DE VIE : SF-12

Répondez à chaque question en plaçant une coche sur la case en face de la réponse appropriée. Si vous n'êtes pas sûr de la façon de répondre à une question, donnez s'il vous plaît la meilleure réponse possible

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

- 1 Excellente  2 Très bonne  3 Bonne  4 Médiocre  5 Mauvaise

2. En raison de votre état de santé actuel, êtes-vous limité pour :

• des efforts physiques modérés (déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules...)?

- 1 Oui, beaucoup limité  2 Oui, un peu limité  3 Non, pas du tout limité

• monter plusieurs étages par l'escalier ?

- 1 Oui, beaucoup limité  2 Oui, un peu limité  3 Non, pas du tout limité

3. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique :

• avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?

- 1 Toujours  2 La plupart du temps  3 Souvent  4 Parfois  5 Jamais

• avez-vous été limité pour faire certaines choses ?

- 1 Toujours  2 La plupart du temps  3 Souvent  4 Parfois  5 Jamais

4. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux ou déprimé) :

• avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?

- 1 Toujours  2 La plupart du temps  3 Souvent  4 Parfois  5 Jamais

• avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?

1 Toujours  2 La plupart du temps  3 Souvent  4 Parfois  5 Jamais

5. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont -elles limité dans votre travail ou vos activités domestiques ?

1 Pas du tout  2 Un petit peu  3 Moyennement  4 Beaucoup  5  
Enormément

6. Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque

question, indiquez la réponse qui vous semble la plus appropriée.

• y a t-il eu des moments où vous vous êtes senti calme et détendu ?

1 Toujours  2 La plupart du temps  3 Souvent  4 Parfois  5 Jamais

• y a t-il eu des moments où vous vous êtes senti débordant d'énergie ?

1 Toujours  2 La plupart du temps  3 Souvent  4 Parfois  5 Jamais

• y a t-il eu des moments où vous vous êtes senti triste et abattu ?

1 Toujours  2 La plupart du temps  3 Souvent  4 Parfois  5 Jamais

7. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a t-il eu des moments où votre état de santé physique ou émotionnel vous a gêné

dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

1 Toujours  2 La plupart du temps  3 Souvent  4 Parfois  5 Jamais



ERQ Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)  
Gross & John

نحب أن نسألك بعض الأسئلة عن حياتك الانفعالية بوجه خاص، وهي كيف يمكنك التحكم) بمعنى آخر تنظيم وإدارة (في انفعالاتك. وتشتمل الأسئلة التالية على جانبين أساسيين في حياتك الانفعالية: الأول هو التجربة الانفعالية، أو ما تشعر به داخلياً. والثاني هو التعبير الانفعالي، أو كيف تظهر مشاعرك في أسلوب كلامك، أو إشاراتك، أو تصرفاتك. وبالرغم من وجود بعض الأسئلة قد تبدو مشابهة لبعضها البعض، إلا أنها تختلف في جوانب مهمة.

1 - عندما أريد أن أشعر بانفعالات إيجابية أكثر (كالفرح أو الإستمتاع)، أقوم باللازم لأغير فيما أنا أفكر فيه.

غير موافق أبدا	موافق تماما					
1	2	3	4	5	6	7

2 - أحتفظ بانفعالاتي لنفسى.

غير موافق أبدا	موافق تماما					
1	2	3	4	5	6	7

3 - عندما أريد أن أشعر بانفعالات سلبية أقل (كالحزن أو الغضب)، أقوم باللازم لأغير فيما أنا أفكر فيه.

غير موافق أبدا	موافق تماما					
1	2	3	4	5	6	7

4 - عندما أشعر بانفعالات إيجابية، أنتبه لكي لا أعبّر عنها.

غير موافق أبدا	موافق تماما					
1	2	3	4	5	6	7

5 - عندما أكون في وضعية ضاعطة، أقوم بالتفكير بطريقة تجعلني أبقى هادئاً.

غير موافق أبدا	موافق تماما					
1	2	3	4	5	6	7

6 - أتحكّم في انفعالاتي من دون ان أعبر عنها.

	غير موافق أبدا	موافق تماما						
7	6	5	4	3	2	1		

7 - عندما أريد أن أشعر بانفعالات إيجابية أكثر، أغير من طريقة نظري للوضعية.

	غير موافق أبدا	موافق تماما						
7	6	5	4	3	2	1		

8 - أتحكّم في انفعالاتي بتغيري لطريقة نظري للوضعية التي أنا فيها.

	غير موافق أبدا	موافق تماما						
7	6	5	4	3	2	1		

9 - عندما أشعر بانفعالات سلبية، لا أعبر عنها.

	غير موافق أبدا	موافق تماما						
7	6	5	4	3	2	1		

10 - عندما أريد أن أشعر بانفعالات سلبية أقل، أغير من طريقة نظري للوضعية.

	غير موافق أبدا	موافق تماما						
7	6	5	4	3	2	1		

Note: Translation and back translation were conducted by a team supervised by Ibrahim Kira, Ph.D., Center for Cumulative Trauma Studies, [kiraaref@aol.com](mailto:kiraaref@aol.com)

# ملحق

جدول تفريغ البيانات و الجداول الإحصائية

SPSS22

**Estimations des effets fixes<sup>a</sup>**

Paramètre	Estimation	Erreur standard	ddl	t	Sig.	Intervalle de confiance à 95 %	
						Borne inférieure	Borne supérieure
						[Gender=-1,00]	89,550119
[Gender=1,00]	91,111440	965520,209657	1771544020,610	,000	1,000	-1892293,725833	1892475,948714
[Gender=-1,00] * réévaluation_A	,487452	,459182	26,251	1,062	,298	-,455972	1,430875
[Gender=1,00] * réévaluation_A	,384387	,535758	26,724	,717	,479	-,715430	1,484203
[Gender=-1,00] * réévaluation_P	,680346	,570013	26,168	1,194	,243	-,490968	1,851660
[Gender=1,00] * réévaluation_P	,839686	,430998	26,811	1,948	,062	-,044939	1,724312

a. Variable dépendante : coping dyadique\_patiente.

**Estimations des effets fixes<sup>a</sup>**

Paramètre	Estimation	Erreur standard	ddl	t	Sig.	Intervalle de confiance à 95 %	
						Borne inférieure	Borne supérieure
						[Gender=-1,00]	6,313910
[Gender=1,00]	23,325597	6,841993	27,000	3,409	,002	9,286989	37,364205
[Gender=-1,00] * réévaluation_A	,417002	,209016	27,001	1,995	,056	-,011863	,845867
[Gender=1,00] * réévaluation_A	,397234	,210158	27,000	1,890	,070	-,033975	,828443
[Gender=-1,00] * réévaluation_P	,607960	,259253	27,000	2,345	,027	,076017	1,139904
[Gender=1,00] * réévaluation_P	,184667	,169203	27,001	1,091	,285	-,162509	,531844

a. Variable dépendante : QDV\_MENT\_T1.

**Estimations des effets fixes<sup>a</sup>**

Paramètre	Estimation	Erreur standard	ddl	t	Sig.	Intervalle de confiance à 95 %	
						Borne inférieure	Borne supérieure
[Gender=-1,00]	136,367878	14,088984	27,000	9,679	,000	107,459671	165,276084
[Gender=1,00]	140,851043	13,571105	27,000	10,379	,000	113,005436	168,696650
[Gender=-1,00] * supression_A	-,782835	,829867	27,000	-,943	,354	-2,485581	,919912
[Gender=1,00] * supression_A	-,259874	,756518	27,000	-,344	,734	-1,812120	1,292372
[Gender=-1,00] * supression_P	-,014061	,785387	27,000	-,018	,986	-1,625541	1,597419
[Gender=1,00] * supression_P	-,740809	,799363	27,000	-,927	,362	-2,380966	,899349

a. Variable dépendante : coping dyadique\_patiente.

**Estimations des effets fixes<sup>a</sup>**

Paramètre	Estimation	Erreur standard	ddl	t	Sig.	Intervalle de confiance à 95 %	
						Borne inférieure	Borne supérieure
[Gender=-1,00]	23,632165	4,543227	27,000	5,202	,000	14,310233	32,954097
[Gender=1,00]	49,613190	3,939130	27,000	12,595	,000	41,530762	57,695617
[Gender=-1,00] * supression_A	,892118	,267604	27,000	3,334	,002	,343039	1,441197
[Gender=1,00] * supression_A	,131769	,219586	27,000	,600	,553	-,318784	,582321
[Gender=-1,00] * supression_P	-,345674	,253261	27,000	-1,365	,184	-,865322	,173975
[Gender=1,00] * supression_P	,338764	,232022	27,000	1,460	,156	-,137306	,814834

a. Variable dépendante : QDV\_PHY.

**Estimations des effets fixes<sup>a</sup>**

Paramètre	Estimation	Erreur standard	ddl	t	Sig.	Intervalle de confiance à 95 %	
						Borne inférieure	Borne supérieure
[Gender=-1,00]	48,418785	6,863695	27,000	7,054	,000	34,335646	62,501923
[Gender=1,00]	38,299068	5,663925	27,000	6,762	,000	26,677653	49,920482
[Gender=-1,00] * supression_A	-,606198	,404284	27,000	-1,499	,145	-1,435721	,223325
[Gender=1,00] * supression_A	,071719	,315734	27,000	,227	,822	-,576114	,719551
[Gender=-1,00] * supression_P	-,139935	,382615	27,000	-,366	,717	-,924995	,645126
[Gender=1,00] * supression_P	-,046025	,333616	27,000	-,138	,891	-,730548	,638498

a. Variable dépendante : QDV\_MENT