جامـــــــــعة وهـــران 2

كلية العلـــــوم الاجتمـــــاعية

أطروحـــــــة

للحصول على شهـــــادة دكتوراه LMD

في علـــــم النفـــس الصحة

مركز الضبط الصحي وعلاقته بالصلابة النفسية في ضوء استراتيجيات التكيف الخاصة لدى مرضى السرطان

–دراسة مقارنة بين أنواع السرطانات–

مقدمة ومناقشة علنا من طرف

السيد(ة): قينان إيمان

أمام لجنـــــــة المناقشـــــــة

اللقب والاسم	الرتبـــــة	المؤسسة الأصلـــية	الصـــــفة
كبداني خديجة	أستاذة التعليم العالي	جامعة وهـــران 2	رئيـــــسا
بن طاهر بشير	أستـاذ التعليم العالي	جامعة وهـــران 2	مقـــــررا
مـلال خديجة	أستاذة محاضرة –أ–	جامعة وهـــران 2	منـــاقشا
بلعـالية محـمد	أستـاذ التعليم العالي	جامعة تيـــــارت	منـــاقشا
رحـال ســامية	أستاذة التعليم العالي	جامعة الشـــــلف	منـــاقشا

الســـــنة الجـــامعية 2023/2022

كلمة الشكر

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات، وبفضله تتنزل الخيرات والبركات وبتوفيقه تتحقق المقاصد والغايات.

بداية أقدم أسمى آيات الشكر والامتنان إلى الأستاذ المشرف "بن طاهر بشير" على كل المساعدات والتوجيهات القيمة التي قدمها لي طيلة مشوار البحث فأسأل الله العزيز أن يجازيه خير الجزاء.

كما أتقدم بالشكر للأستاذ "حدو يوسف" على دعمه وصبره وتفهمه ومساعدته ومساندته لي في سبيل إنهاء هذه الأطروحة.

كما لا يفوتني أن أتقدم بالشكر إلى لجنة التكوين في الدكتوراه وعلى رأسهم رئيسة المشروع " محرزي مليكة" على كل ما قدمته لنا طيلة مسار الدكتوراه

ولن أنسى أن أقدم شكري الكبير لجميع أفراد عينة الدراسة مرضى السرطان على إسهامهم في هذا البحث متمنية لهم وافر الصحة والشفاء العاجل.

كما أشكر أعضاء لجنة المناقشة على تفضلهم بقبول مناقشة هذا العمل المتواضع.

الإهـــداء

أهدي ثمرة جهدي إلى من كانوا سبب وجودي "والدي الكريمين" عرفانا وتقديرا لهما على كل الدعم النفسي والمادي الذي قدموه لي طيلة مشواري العلمي.

إلى أختي ... "حياة" و إخوتي ... "محمود" ... و "رضوان".

إلى من كان سند لي في الأوقات الصعبة وأعانني على إنهاء هذا البحث ... "يوسف".

إلى من جمعني بهم منبر العلم والصداقة "ضاوية، كهينة ، نعيمة، مختارية".

إلى جميع أساتذتي الذين رافقوني طيلة مشواري الدراسي، وإلى كل من كان عون لي في إتمام هذا البحث من قريب أو بعيد.

ملخص البحث:

تهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين مركز الضبط الصحي والصلابة النفسية في ضوء استراتيجيات التكيف الخاصة وبعض المتغيرات الفردية لدى مرضى السرطان. تمت الدراسة على عينة مكونة من 150 مريض بالسرطان بمستشفى يوسف دمرجي وجمعية الفجر لمساعدة مرضى السرطان بولاية تيارت، ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام المنهج الاحصائي الوصفي بالاعتماد على كل من مقياس مركز الضبط الصحي لوالستون والمترجم من طرف الطالبة الباحثة، مقياس الصلابة النفسية لبشير معمرية، ومقياس استراتيجيات التكيف اتجاه المواقف الضاغطة لبشير بن طاهر، وأسفرت الدراسة على النتائج التالية:

- توزع العينة على أبعاد مركز الضبط الصحي بشكل غير متساو، مع وجود ميل واضح لصالح فئتي مركزي الضبط الصحي لذوي النفوذ ومركز الضبط الصحي الداخلي على التوالي.
- تمتع العينة الكلية بشكل عام بمستوى متوسط من الصلابة النفسية.
- تنوع استخدام استراتيجيات التكيف الخاصة بين الإيجابية والسلبية لدى عينة الدراسة.
- أن المرضى من فئتي: مركز ضبط الصحي لذوي النفوذ ومركز الضبط الصحي الداخلي أكثر ميلا لاستخدام استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية وأكثر صلابة نفسية بالمقارنة مع المرضى ذوي مركز ضبط الصحي للحظ، الذين يميلون أكثر لاستخدام استراتيجيات التكيف الخاصة السلبية.

الكلمات المفتاحية : مركز الضبط الصحي؛ الصلابة النفسية؛ استراتيجيات التكيف الخاصة.

قائمة المحتويات

المحتويات	الصفحة
كلمة الشكر	أ
الإهداء	ب
ملخص الدراسة	ج
قائمة المحتويات	د
قائمة الجداول	ه
قائمة الأشكال	و
مقدمة	1
الفصل الأول: تقديم الدراسة	
1. الإشكالية	6
2. فرضيات الدراسة	9
3. أهمية الدراسة	10
4. أهداف الدراسة	11
5. التعاريف الإجرائية لمفاهيم البحث الأساسية	12
6. حدود الدراسة	14
الفصل الثاني: تحليل المفاهيم الأساسية للدراسة	
I. مركز الضبط الصحي	
1. التطور التاريخي لمفهوم مركز الضبط الصحي	16

2. مفهوم مركز الضبط الصحي	17
3. أبعاد مركز الضبط الصحي	18
4. خصائص الأفراد ذوي مركز الضبط الصحي الداخلي والخارجي	21
II. الصلابة النفسية	
1. التطور التاريخي لمفهوم الصلابة النفسية	23
2. مفهوم الصلابة النفسية	24
3. أبعاد الصلابة النفسية	26
4. خصائص الأفراد ذوي الصلابة النفسية المرتفعة والمنخفضة	28
5. النظريات المفسرة للصلابة النفسية	30
III. استراتيجيات التكيف	
1. تطور مفهوم استراتيجيات التكيف	33
2. تعريف استراتيجيات التكيف	34
3. مفاهيم ذات صلة باستراتيجيات التكيف	36
4. النظريات المفسرة لاستراتيجيات التكيف	38
5. تصنيف استراتيجيات التكيف	42
6. وظائف استراتيجيات التكيف	46
<u>الفصل الثالث:</u> العلاقات المتبادلة بين مركز الضبط الصحي والصلابة النفسية واستراتيجيات التكيف وبعض المتغيرات الفردية	
1. الفروق الفردية في نوع مركز الضبط الصحي	49
2. الفروق الفردية في مستوى الصلابة النفسية	50
3. الفروق الفردية في نوع استراتيجيات التكيف	51
4. علاقة مركز الضبط الصحي بالصلابة النفسية	53

5. علاقة مركز الضبط الصحي باستراتيجيات التكيف	55
6. علاقة استراتيجيات التكيف بالصلابة النفسية	57
7. مركز الضبط الصحي ومرض السرطان	60
8. دور الصلابة النفسية في التخفيف من أثر الإصابة السرطانية	62
9. استراتيجيات التكيف المستخدمة لدى مرضى السرطان	64
الفصل الرابع: الإجراءات الميدانية للدراسة	
I. المنهج المتبع	
1. المنهج الاحصائي الوصفي	68
2. وسائل القياس	68
II. الدراسة الاستطلاعية	
1. أهداف الدراسة الاستطلاعية	75
2. مكان وزمان إجراء الدراسة الاستطلاعية	75
3. ظروف إجراء الدراسة الاستطلاعية	75
4. خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية	76
5. الخصائص السيكومترية لوسائل القياس	80
III. الدراسة الأساسية	
1. زمان ومكان إجراء الدراسة الأساسية	97
2. ظروف إجراء الدراسة الأساسية	97
3. خصائص عينة الدراسة الأساسية	97
4. الأساليب الاحصائية المعتمدة في الدراسة	102

الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة	
I. عرض نتائج الدراسة	
1. عرض وتحليل نتائج التساؤل الأول	104
2. عرض وتحليل نتائج اختبار الفرضية الأولى	107
3. عرض وتحليل نتائج اختبار الفرضية الثانية	123
4. عرض وتحليل نتائج اختبار الفرضية الثالثة	125
5. عرض وتحليل نتائج اختبار الفرضية الرابعة	127
6. عرض وتحليل نتائج اختبار الفرضية الخامسة	134
II. مناقشة وتفسير نتائج الدراسة	
1. مناقشة وتفسير نتائج التساؤل الأول	147
2. مناقشة وتفسير نتائج اختبار الفرضية الأولى	148
3. مناقشة وتفسير نتائج اختبار الفرضية الثانية	152
4. مناقشة وتفسير نتائج اختبار الفرضية الثالثة	153
5. مناقشة وتفسير نتائج اختبار الفرضية الرابعة	154
6. مناقشة وتفسير نتائج اختبار الفرضية الخامسة	155
خلاصة واستنتاجات	158
اقتراحات وتوصيات	161
قائمة المراجع	163
الملاحق	176

قائمة الجداول

رقم الجدول	العنوان	الصفحة
01	الفروق الجوهرية بين استراتيجيات التكيف وميكانيزمات الدفاع	36
02	الفروق الجوهرية بين التكيف والمواجهة	37
03	الفقرات المنتقاة من مقياس الصلابة النفسية لبشير معمرية (2019)	70
04	مقياس استراتيجيات التكيف في صورته الأولية المعدلة من استراتيجيات عامة إلى استراتيجيات خاصة بالحالة المرضية لعينة البحث	72
05	توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية بدلالة العمر ونوع السرطان	76
06	توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية بدلالة الجنس ونوع السرطان	77
07	توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية بدلالة الحالة الاجتماعية ونوع السرطان	78
08	توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية بدلالة المستوى التعليمي ونوع السرطان	79
09	فقرات المقياس في صورته الأصلية ويقابلها فقرات المعدلة بعد التحكيم	81
10	بنية مقياس مركز الضبط الصحي لدى مرضى السرطان بعد صدق المحكمين	82
11	مصفوفة قيم الشيوع وتشبعات فقرات مقياس مركز الضبط الصحي باستخدام التحليل العاملي قبل وبعد التدوير المتعامد بطريقة Varimax	84

12	الأبعاد المستخلصة من التحليل العاملي بعد التدوير المتعامد ومضامينه لمقياس مركز الضبط الصحي	85
13	بنية مقياس الصلابة النفسية بعد صدق المحكمين	86
14	معاملات الارتباط بين فقرات المقياس والدرجة الكلية لمقياس الصلابة النفسية	87
15	الصدق التمييزي لمقياس الصلابة النفسية لدى عينة الدراسة الاستطلاعية	90
16	بنية مقياس استراتيجيات التكيف بعد صدق المحكمين	91
17	دلالة الفروق في نوع استراتيجيات التكيف الخاصة المستخدمة في التعامل مع المرض بين ذوي الصلابة النفسية المرتفعة والصلابة المنخفضة	92
18	قيم ثبات وسائل القياس	96
19	توزيع عينة الدراسة الأساسية بدلالة الفئة العمرية ونوع السرطان	98
20	توزيع عينة الدراسة الأساسية بدلالة الجنس ونوع السرطان	99
21	توزيع عينة الدراسة الأساسية بدلالة الحالة الاجتماعية ونوع السرطان	100
22	توزيع عينة الدراسة الأساسية بدلالة المستوى التعليمي ونوع السرطان	101
23	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمتغيرات البحث الأساسية	104
24	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستراتيجيات التكيف الخاصة المستخدمة لدى مرضى السرطان	105
25	دلالة الفروق بين الذكور والإناث في نوع مركز الضبط الصحي، الصلابة النفسية، استراتيجيات التكيف الخاصة	108

26	دلالة الفروق بين الفئات العمرية في نوع مركز الضبط الصحي، الصلابة النفسية، استراتيجيات التكيف الخاصة	109
27	ترتيب نوع مركز الضبط الصحي، الدرجة الكلية لمقياس الصلابة النفسية، وأنواع استراتيجيات التكيف الخاصة المستخدمة حسب الفئات العمرية لمرضى السرطان	110
28	دلالة الفروق في الحالة الاجتماعية في نوع مركز الضبط الصحي، الصلابة النفسية، استراتيجيات التكيف الخاصة	112
29	ترتيب نوع مركز الضبط الصحي، الدرجة الكلية لمقياس الصلابة النفسية، وأنواع استراتيجيات التكيف الخاصة المستخدمة حسب الحالة الاجتماعية لمرضى السرطان	113
30	دلالة الفروق في المستويات التعليمية في نوع مركز الضبط الصحي، الصلابة النفسية، استراتيجيات التكيف الخاصة	115
31	ترتيب نوع مركز الضبط الصحي، الدرجة الكلية للصلابة النفسية، وأنواع استراتيجيات التكيف الخاصة المستخدمة حسب المستويات التعليمية لمرضى السرطان	116
32	دلالة الفروق في نوع مركز الضبط الصحي، الصلابة النفسية، استراتيجيات التكيف الخاصة حسب فئات مرضى السرطان	118
33	التصنيف الفئوي لمستويات أبعاد مركز الضبط الصحي لدى فئات مرضى السرطان بعد الكشف عن اتجاه الفروق لـ: شيفي	119
34	التصنيف الفئوي لمستويات الدرجة الكلية للصلابة النفسية لدى فئات مرضى السرطان بعد الكشف عن اتجاه الفروق لـ: شيفي	121

35	التصنيف الفئوي لمستويات بعدي استراتيجيات التكيف الخاصة لدى فئات مرضى السرطان بعد الكشف عن اتجاه الفروق لـ: شيفي	122
36	دلالة الفروق في نوع مركز الضبط الصحي في مستوى الصلابة النفسية	124
37	ترتيب نوع مركز الضبط الصحي حسب مستوى الصلابة النفسية	125
38	دلالة الفروق في مركز الضبط الصحي في نوع استراتيجيات التكيف الخاصة المتبناه من طرف المصابين بالسرطان	126
39	ترتيب نوع مركز الضبط الصحي في نوع استراتيجيات التكيف الخاصة المتبناة من طرف المصابين بالسرطان	126
40	اتجاه الفروق بين فئات استراتيجيات التكيف الخاصة في مستوى الصلابة النفسية	128
41	دلالة الفروق بين فئات العينة حسب نوع استراتيجيات التكيف الخاصة في مستوى الصلابة النفسية	128
42	ترتيب نوع استراتيجيات التكيف الخاصة في مستوى الصلابة النفسية	129
43	مستويات الصلابة النفسية	130
44	دلالة الفروق بين الفئات الثلاث للصلابة النفسية في مستوى استراتيجيات التكيف الخاصة	132
45	اتجاه الفروق بين فئات الصلابة النفسية في مستويات استخدام استراتيجيات التكيف الخاصة	133
46	استراتيجيات التكيف الخاصة السلبية	134
47	استراتيجيات التكيف الخاصة الايجابية	134

48	اختبار تجانس التباين في الفروق بين الفئات السبعة في مستوى الصلابة النفسية	137
49	تقديرات الصلابة النفسية في ضوء مركز الضبط الصحي	137
50	تقديرات الصلابة النفسية في ضوء استراتيجيات التكيف	137
51	دلالة الفروق في مستوى الصلابة النفسية في ضوء الفروق بين فئات مركز الضبط الصحي	138
52	المقارنات المتعددة واتجاه تباين المتوسطات	139
53	دلالة الفروق في مستوى الصلابة النفسية في ضوء الفروق بين فئات استراتيجيات التكيف الخاصة	140
54	المقارنات المختلفة واتجاهات التباين بين فئات استراتيجيات التكيف الخاصة في مستوى الصلابة النفسية	140
55	مستويات الصلابة النفسية في ضوء نوع استراتيجيات التكيف الخاصة ومركز الضبط الصحي والتفاعل بينهما	141
56	دلالة الفروق بين فئات استراتيجيات التكيف الخاصة ومركز الضبط الصحي في مستوى الصلابة النفسية	142
57	اتجاه الفروق بين فئات استراتيجيات التكيف الخاصة ومركز الضبط الصحي في مستوى الصلابة النفسية	143

قائمة الأشكال

رقم الشكل	العنوان	الصفحة
01	تطور أبعاد مركز الضبط الصحي	21
02	التأثير المباشر للصلابة النفسية لكوبازا (1983)	31
03	نموذج فنك المعدل لنظرية كوبازا مع الضغوط وكيفية مواجهتها	33
04	سيرورة استراتيجيات التكيف حسب النظرية التفاعلية	40
05	نموذج التصور العام للعلاقات المفترضة بين متغيرات البحث الأساسية	107
06	مضلع تكراري لإنحدار البواقي المعيارية	130
07	توزيع المعياري لدرجة الصلابة النفسية	131
08	المتوسطات المقدرة بين فئتت استراتيجيات التكيف الخاصة ومركز الضبط الصحي في مستوى الصلابة النفسية	145

مقدمـــــة:

تعتبر الأمراض المزمنة من أهم الأسباب الرئيسية للوفاة على مستوى العالم، وعلى الرغم من التطور التكنولوجي والعلمي الهائل في طرق اكتشاف المرض وأساليب الجراحة والعلاج، إلا أن نسبة الإصابة بهذه الأمراض في تزايد مستمر سنويا. ومن بين هذه الأمراض نجد مرض السرطان والذي يعتبر من أمراض العصر التي تهدد حياة الفرد وتعيقه لفترات طويلة على مدى حياته، وهو ثاني أكبر سبب للوفاة في العالم حيث أشارت (فضيلي وشريفي،2021، ص21) أن حوالي 8.8 ملايين شخص تعرضوا للوفاة بسبب الإصابة بالسرطان سنة (2015).

غالبا ما يترتب عن مرض السرطان أثار سلبية على المستوى الجسدي والنفسي والاجتماعي، والتي تتطلب من المريض تبني استراتيجيات تكيف بهدف التخفيف من المضاعفات التي يحدثها المرض في حياته. ولهذا زاد في السنوات القليلة الماضية التركيز على الخصائص الإيجابية في الشخصية، والتي من شأنها أن تجعل الفرد يتعامل بفعالية أثناء مواجهة الضغوط الناتجة عن المرض، وذلك من خلال نشأة تخصص جديد يتمثل في علم نفس الصحة، والذي يهتم بإشكالية الصحة والمرض ويركز على المتغيرات التي تجعل الأفراد عموما والمرضى خصوصا يحتفظون بصحتهم، على الرغم من تعرضهم لمواقف ضاغطة وذلك من خلال التعرف على العوامل التي تساهم في تنمية كفاءاتهم الذاتية، وتحسين مهاراتهم السلوكية.

إن البحث في الاستراتيجيات التي يستخدمها المصابين للتعامل مع مرضهم، أصبحت تفرض نفسها في العصر الحالي، لاسيما إذا أخذنا بعين الاعتبار، الانعكاسات السلبية التي يخلفها مرض السرطان منذ لحظة الإعلان عن التشخيص حتى مرحلة العلاج، حيث إن العمل مع مرضى السرطان على تعزيز استراتيجيات التكيف الإيجابية من شأنه أن يساهم في تغيير معتقدات المرضى حول وضعهم الصحي والذي قد يعمل على تحسين مستوى الصلابة النفسية لديهم. ومن هنا تظهر دور هذه المتغيرات على إدارة صحتهم بشكل أفضل وذلك من خلال التفاعل الإيجابي مع المرض وتبعاته النفسية والجسدية. وفي هذا الصدد أشار

كل من (زايكا وتشمبرلين، Zika & Chamberlain,1987) عن (مخيمر،2002، ص2) إلى أهمية التركيز على دراسة المتغيرات المخففة (Buffering) أو المعدلة (Moderating) والتي تشير إلى وجود متغيرات نفسية (كالصلابة النفسية ومركز الضبط..إلخ) تؤثر في كيفية إدراك الفرد للأحداث الضاغطة، وكيفية تفسيره لها، كما تؤثر في كيفية تقييم الفرد لمدى قدرته على مواجهة هذه الأحداث.

من خلال التجربة الخاصة للطالبة الباحثة في التعامل مع حالات المصابين بالسرطان ، حيث بحثت في موضوع الاضطرابات النفسية التي يخلفها مرض السرطان في حياتهم، ومن جملة النتائج التي انتهت إليها، أن هناك من يتقبل وضعية المرض من حيث إنها وضعية حياتية عادية وهناك من لا يتقبلها بسبب العديد من المعطيات نذكر منها: معتقدات المريض حول مرضه، اختلاف الطرق والأساليب التي يلجأ إليها كل مريض مقارنة بالآخر. لذلك سيتم من خلال هذا الطرح تسليط الضوء على دور متغيرات: مركز الضبط الصحي، استراتيجيات التكيف الخاصة في التفاعل مع بعض المتغيرات الفردية في تحديد مستويات الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان.

من خلال ما سبق، فإن البحث الحالي يسعى إلى دراسة العلاقة بين مركز الضبط الصحي والصلابة النفسية في ضوء استراتيجيات التكيف الخاصة لدى مرضى السرطان، وعلى هذا الأساس تم تقسيم الدراسة إلى خمسة فصول كالتالي:

الفصل الأول: المعنون بـ "تقديم الدراسة"، وفيه تم عرض لإشكالية البحث التي تمحورت حول طبيعة العلاقات المتبادلة بين مركز الضبط الصحي والصلابة النفسية في ضوء متغير استراتيجيات التكيف الخاصة وبعض المتغيرات الفردية لدى مرضى السرطان، والتي تم في ضوئها صياغة مجموعة من الفرضيات كإجابات مؤقتة عن التساؤلات الواردة في الإشكالية. كما تم تبيان كل من أهمية الدراسة النظرية والتطبيقية والأهداف المراد تحقيقها، وأخيرا تعريف للمتغيرات الأساسية تعريفا إجرائيا.

الفصل الثاني: المعنون بـ "تحليل المفاهيم الأساسية للدراسة"، وتم تقسيمه إلى ثلاثة أجزاء:

- أولا: تم التطرق إلى تطور التاريخي لمركز الضبط الصحي ومفهومه، ثم أبعاده وخصائص الأفراد ذوي مركز الضبط الصحي الداخلي والخارجي.
- ثانيا: تم التطرق إلى مفهوم الصلابة النفسية وخلفيتها التاريخية، أبعادها وخصائص الأفراد ذوي الصلابة النفسية المرتفعة والمنخفضة، ثم عرض أهم النظريات المفسرة للصلابة النفسية.
- ثالثا: تم التطرق إلى تطور مفهوم استراتيجيات التكيف وعرض جملة من التعريفات حول المفهوم، ثم عرض المفاهيم ذات الصلة باستراتيجيات التكيف وأهم تصنيفات استراتيجيات التكيف، والنظريات المفسرة لاستراتيجيات التكيف (النظرية التحليلية، النظرية المعرفية، النظرية التفاعلية) ، ووظائف استراتيجيات التكيف.

الفصل الثالث: المعنون بـ "العلاقات المتبادلة بين مركز الضبط الصحي والصلابة النفسية واستراتيجيات التكيف وبعض المتغيرات الفردية"، وذلك من خلال عرض جملة من الدراسات السابقة التي تناولت العلاقات المتبادلة بين تلك المتغيرات.

الفصل الرابع: المعنون بـ "الإجراءات الميدانية للدراسة"، وفيه تم عرض الدراسة الاستطلاعية من حيث مواصفات العينة، ظروف ومكان وزمان إجرائها، وخطوات تصميم وسائل القياس والكشف عن خصائصها السيكومترية، ثم عرض لإجراءات الدراسة الأساسية والأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.

الفصل الخامس: المعنون بـ "عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة"، وتضمن جزءا أولا وفيه تم عرض لنتائج الدراسة وفق إجرائيين: إجراء وصفي من خلال الكشف عن نتائج مستويات متغيرات البحث، والثاني استدلالي والذي تم في ضوئه اختبار الفرضيات، أما الجزء الثاني فتمثل في تفسير ومناقشة النتائج المتحصل عليها في ضوء الدراسات السابقة. وفي الأخير تم عرض خلاصة واستنتاجات حول الدراسة والخروج بمجموعة من التوصيات والاقتراحات في ضوء النتائج المتوصل إليها.

الفصل الأول: تقديم الدراسة

1. الإشكالية
2. فرضيات الدراسة
3. أهمية الدراسة
4. أهداف الدراسة
5. التعاريف الإجرائية لمفاهيم البحث الأساسية
6. حدود الدراسة

1. الإشكاليـــة:

يعد مرض السرطان واحدا من أخطر الأمراض المستعصية التي تشهدها المنظومة الصحية في العصر الراهن، نظرا لما له من انعكاسات جسمية ونفسية للمريض على حد سواء، حيث يشهد ارتفاع سنوي في عدد الإصابة به وزيادة معدل الوفاة الناتجة عنه على مستوى العالم، حيث سجل عام (2018) 53076 مصاب بالسرطان وأكثر من 29.000 حالة وفاة في الجزائر وفقا لآخر الأرقام الصادرة عن المركز الدولي لأبحاث السرطان (LARC) ومقره منظمة الصحة العالمية (فضيلي وشريفي،2021، ص23).

السرطان كمرض مزمن يحتاج المصاب به إلى القدرة على التحكم في الوضعية الصحية التي يعيشها نظرا للمضاعفات الحادة التي تنتج عن العلاجات التي تلي تشخيص المرض وأثارها الجانبية وبالتالي من المحتمل أن تؤثر على الحالة النفسية للمريض وتعيق عملية سير العلاج والمتابعة.

من خلال التجربة الخاصة للطالبة الباحثة في التعامل مع حالات المصابين بالسرطان، تبين أن هناك بعض المعتقدات التي تساهم بشكل مؤثر في استجابات المرضى اتجاه مرضهم، وبما أن مركز الضبط الصحي كمفهوم يقيس مستوى حضور المسؤولية الفردية في تفسير مخرجات سلوكه، التي تؤدي إلى تعزيز الشعور بالضبط، حيث أشارت الدراسات إلى أن المرضى الذين يشعرون بالسيطرة الشخصية على المرض ومعالجته هم من أكثر المرضى نجاحا في التعامل مع مرض السرطان (تايلور،2008، ص824). كما توصلت دراسة (سيمان وسيمان، Seeman&Seeman,1983) أن الأفراد الذين يعتقدون أنهم أكثر تحكما في صحتهم من المحتمل أن يلتزموا بالقيام بسلوكيات أكثر صحية مقارنة بمن يعتقدون أنهم أقل تحكما (أحمان ،2017).

كما يعمل مركز الضبط الصحي كمتغير مهم لا سيما لدى مرضى السرطان في مقاومة الضغط الناتج عن المرض وظروف العلاج، حيث أن معتقدات الفرد تؤثر في كيفية استجابته وتكيفه مع مرضه، وفي هذا الصدد توصلت دراسة (شوكلا وريشي، Shukla & Rishi,2018) إلى أن المرضى ذوو مركز ضبط صحي داخلي كانت لديهم القدرة على التعامل مع مرضهم مقارنة بأولئك الذين لديهم مركز ضبط صحي خارجي.

بالرجوع إلى الدراسات السابقة نجد أن هناك إشارة واضحة للعلاقة الخطية بين مركز الضبط الصحي والصلابة النفسية، وذلك من خلال أبحاث روتر Rotter حيث وجد أن الأفراد الذين يتسمون بالدرجة العالية من الصلابة النفسية يماثلون ذوي التحكم الداخلي (عسكر،2003، ص 156)، وفي نفس السياق، كشفت دراسة (تعولميت وعليوة،2022) عن وجود علاقة ارتباطية بين مركز الضبط الصحي والصلابة النفسية في البعد الداخلي، باعتبار أن الصلابة النفسية تمثل اعتقاد الفرد بقدرته على استخدام كل المصادر النفسية والبيئية لديه، كي يدرك ويواجه أحداث الحياة الضاغطة بفعالية، كما أن إدراك الفرد للظروف المحيطة به سواء كانت داخلية أم خارجية، هو ما يحدد فعاليتها في جعله قادرا على التغلب على المواقف الضاغطة، وهو ما يشير إليه مفهوم مركز الضبط الصحي، الذي يعكس مدى إدراك الفرد للعلاقة المحتملة بين سلوكه والأحداث التي تنتج عن هذا السلوك.

كما توصلت كوبازا من خلال دراستها إلى أن الأفراد ذوي الصلابة النفسية المرتفعة لديهم إنجاز أفضل وذوي ضبط داخلي، كما أنهم أكثر نشاطا وذوي دافعيه أفضل، ولديهم القدرة على التحكم والسيطرة في الأحداث (المهداوي،2016)، غير أن هذه العلاقة تتحكم فيها متغيرات وسيطية أخرى من خلال الإشراط الذي تمارسه استراتيجيات التكيف الخاصة التي يستخدمها مرضى السرطان اتجاه مرضهم، وذلك باعتبار أن مرض السرطان كوضعية حياتية ضاغطة تتطلب البحث عن مختلف الطرق التي تؤدي إلى التكيف مع

طبيعة المرض، حيث يواجه المرضى الذين يخضعون للعلاج الكيميائي والإشعاعي تحديات جسدية ونفسية كبيرة نتيجة للآثار الجانبية للأدوية والعلاجات المقدمة مما تتطلب أو تفرض تبني استراتيجيات تتوافق مع طبيعة التغيرات الحياتية التي يحدثها المرض في حياتهم.

بالتالي فاستراتيجيات التكيف ضرورية لتحديد الاستجابات التي قد يستخدمها المرضى بغية تقبل الوضعية المرضية، وعلى الرغم من أن التكيف مع مرض السرطان قد يكون صعبا بالنسبة للمرضى، وخاصة في الأشهر الأولى التي تلي التشخيص، إلا أن هناك العديد من إستراتيجيات التكيف التي يستخدمها المرضى والتي تختلف من مريض سرطان لآخر، قد تكون إيجابية وتؤدي إلى تحسين حالته الصحية والنفسية، وتمكنه من تقبل وضعه الصحي والتعايش معه، أو قد تكون سلبية وتزيد في مستوى تدني الجانب النفسي والجسمي لديه وتكمن أهمية استراتيجيات التكيف في توسطها العلاقة بين الضغط النفسي وردود الفعل الجسدية والانفعالية والسلوكية (التميمي،2006، ص60).

لقد لمست الطالبة الباحثة من خلال الدراسات السابقة قلة الدراسات العربية والأجنبية التي تناولت دور استراتيجيات التكيف في تحديد العلاقة بين مركز الضبط الصحي والصلابة النفسية عند المصابين بالسرطان وعلاقة المتغيرات الثلاثة ببعضهم البعض بصفة عامة ولدى فئة مرضى السرطان بصفة خاصة. وبناء على ما سبق يمكن تلخيص إشكالية الدراسة في التساؤلات التالية:

1) ما مستويات متغيرات البحث الأساسية بشكل عام؟
2) هل الفروق بين: (الذكور والإناث، الفئات العمرية، فئات الحالة الاجتماعية ، فئات المستوى التعليمي ونوع السرطانات) بالترتيب ترافقه فروق دالة إحصائيا في نوع مركز الضبط الصحي، استراتيجيات التكيف الخاصة ومستوى الصلابة النفسية على التوالي؟

3) هل الفرق في نوع مركز الضبط الصحي (داخلي، حظ، النفوذ) يرافقه فرق دال إحصائي في مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان؟

4) هل يوجد فرق إحصائي دال بين فئات مركز الضبط الصحي (داخلي، حظ ، النفوذ) في نوع استراتيجيات التكيف الخاصة المتبناة من طرف المصابين بالسرطان؟

5) هل الفرق في نوع استراتيجيات التكيف الخاصة المتبناة من طرف المصابين بالسرطان يرافقه فرق دال احصائيا في مستوى الصلابة النفسية لديهم؟

6) هل توجد علاقة ارتباطية دالة بين مركز الضبط الصحي والصلابة النفسية في ضوء استراتيجيات التكيف الخاصة المتبناة من طرف المصابين بالسرطان؟

2. فرضيات الدراسة:

بناء على التساؤلات السابقة يمكننا صياغة الفروض التالية:

الفرضية الأولى: إن الفروق بين: (الذكور والإناث، الفئات العمرية، فئات الحالة الاجتماعية، فئات المستوى التعليمي ونوع السرطانات) بالترتيب ترافقه فروق دالة إحصائيا في نوع مركز الضبط الصحي، استراتيجيات التكيف الخاصة ومستوى الصلابة النفسية على التوالي.

الفرضية الثانية: إن الفرق في نوع مركز الضبط الصحي(داخلي، حظ ،النفوذ) يرافقه فرق دال إحصائي في مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان.

الفرضية الثالثة: يوجد فرق إحصائي دال بين فئات مركز الضبط الصحي (داخلي، حظ ، النفوذ) في نوع استراتيجيات التكيف الخاصة المتبناة من طرف المصابين بالسرطان.

الفرضية الرابعة: إن الفرق في نوع استراتيجيات التكيف الخاصة المتبناة من طرف المصابين بالسرطان يرافقه فرق دال إحصائي في مستوى الصلابة النفسية لديهم.

الفرضية الخامسة: توجد علاقة ارتباطية دالة بين مركز الضبط الصحي والصلابة النفسية في ضوء استراتيجيات التكيف الخاصة المتبناة من طرف المصابين بالسرطان.

3. أهمية الدراسة:

أولا: الأهمية النظرية:

- لفت الانتباه إلى أهمية الدور الذي تلعبه استراتيجيات التكيف الخاصة التي يستخدمها مرضى السرطان في تحديد طبيعة العلاقة بين مركز الضبط الصحي والصلابة النفسية لدى مرضى السرطان.
- الخروج عن الجانب الباثولوجي والتركيز على بعض جوانب الإيجابية في الشخصية ألا وهي مركز الضبط الصحي والصلابة النفسية، واستراتيجيات التكيف الخاصة التي يستخدمها المرضى اتجاه مرضهم.
- ندرة الدراسات المتعلقة التي جمعت كل من متغير مركز الضبط الصحي وعلاقته بالصلابة النفسية واستراتيجيات التكيف الخاصة لدى مرضى السرطان في –حدود اطلاع الطالبة– فجاءت هذه الدراسة لسد النقص في هذا المجال.

ثانيا: الأهمية التطبيقية:

- يمكن الاستفادة من نتائج الدراسة في تصميم برامج علاجية تعمل على تنمية كل من مركز الضبط الصحي والصلابة النفسية وتعزيز استراتيجيات التكيف التي تساعد على تحسين استجابة المرضى للعلاج والتكيف مع الضغوط الناتجة عنه.
- مساعدة المختصين في المجال الصحي لمعرفة أكثر المعتقدات الصحية لدى المرضى وبالتالي فهم هذه الآليات يساعد على اختيار التدخلات المناسبة والتي من شأنها مساعدة المرضى على التعامل الجيد مع المرض.
- إضافة نتائج جديدة للأكاديميين يمكن الاستفادة منها في إجراء المزيد من الدراسات مستقبلا.

4. أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى:

- ✓ التعرف على كل من نوع مركز الضبط الصحي، مستوى الصلابة النفسية، ونوع استراتيجيات التكيف الخاصة المستخدمة لدى عينة الدراسة.
- ✓ الكشف عن الفروق في كل من نوع مركز الضبط الصحي، مستوى الصلابة النفسية، واستراتيجيات التكيف الخاصة تبعا لمتغيرات (الذكور والإناث، الفئات العمرية، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي ونوع السرطان).
- ✓ الكشف عن الفروق في نوع مركز الضبط الصحي (داخلي، حظ، النفوذ) تبعا لاختلاف مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان.

- ✓ الكشف عن الفروق بين فئات مركز الضبط الصحي (داخلي، حظ ، النفوذ) تبعا لاختلاف نوع استراتيجيات التكيف الخاصة المتبناة من طرف المصابين بالسرطان.
- ✓ الكشف عن الفرق في نوع استراتيجيات التكيف الخاصة المتبناة من طرف المصابين بالسرطان تبعا لاختلاف مستوى الصلابة النفسية لديهم.
- ✓ الكشف عن طبيعة العلاقة بين مركز الضبط الصحي والصلابة النفسية في ضوء استراتيجيات التكيف الخاصة المتبناة من طرف المصابين بالسرطان.

5. التعاريف الإجرائية لمفاهيم البحث الأساسية:

1.5. مركز الضبط الصحي:

يشير إلى الدرجة التي يعزو من خلالها المريض حالته الصحية لأفعاله وتصرفاته أو يردها إلى الآخرين من ذوي النفوذ، أو إلى الحظ والصدفة.

1.1.5. مركز الضبط الصحي الداخلي:

يشير إلى اعتقادات المريض بأن صحته ترجع إلى عوامل شخصية أين تكون له المسؤولية الفردية في ذلك التحسن أو التدهور، كمسؤوليته في التعامل مع المرض، ومدى تحكمه في ظروف ومتطلبات وتدابير العلاج والالتزام بها.

2.1.5. مركز الضبط الصحي الخارجي للحظ:

يعكس هذا البعد مدى اعتقاد المريض بأن تحسن صحته أو تدهورها راجع إلى تأثير العوامل الخارجية ممثلة في الحظ.

3.1.5. مركز الضبط الصحي الخارجي لذوي النفوذ:

يعتقد فيه أصحاب هذا المركز أن حماية صحة المريض وترقيتها تقع على عاتق العاملين في مجال الصحة من الطاقم الطبي أو الأسرة.

2.5. الصلابة النفسية:

هي مدى قدرة المريض على الصمود أمام الانعكاسات النفسية الناتجة عن المرض وظروف العلاج كما هو مبين في المقياس المستخدم في هذه الدراسة، وهو مفهوم من ثلاثة أبعاد:

1.2.5. الالتزام:

ويقصد به قدرة المريض على إيجاد هدف رغم الظروف الضاغطة الناتجة عن المرض من خلال التزامه بالإرشادات والضوابط التي تفرضها عليه الوضعية المرضية، كأخذ الدواء وزيارة الطبيب وإتباع التدابير الصحية اللازمة وتنفيذها.

2.2.5. التحكم:

يقصد به قدرة المرضى على التحكم في ما يواجهونهم من أحداث وضبطها وتحمل مسؤولية نتائج أفعالهم وقراراتهم.

3.2.5. التحدي:

يقصد به عدم استسلام المرضى اتجاه الضغوط رغم المعيقات التي تفرضها طبيعة المرض والعلاج، واعتبار الضغوط التي يتعرضون لها بمثابة منافسة تتطلب منهم تحديها والتغلب عليها.

3.5. استراتيجيات التكيف الخاصة:

تتمثل في مجموع الأساليب التي يستخدمها كل مريض على حدة اتجاه مرضه بهدف التخفيف من الضغوط النفسية المترتبة عن المرض، قد تكون إما إيجابية تساهم في التخفيف من حدة الضغط النفسي والتكيف معه بفعالية أو سلبية تؤدي إلى تفاقم الوضع النفسي وسوء التكيف.

4.5. مرضى السرطان:

كل فرد تم التأكد من إصابته بالسرطان بعد تشخيص طبي من خلال فحوصات وتحاليل الطبية ويتم متابعته من طرف الأطباء بمصلحة طب الأورام.

6. حدود الدراسة:

- **الحدود المكانية:** أجريت الدراسة بمستشفى يوسف دمرجي وجمعية الفجر لمساعدة مرضى السرطان بولاية تيارت.
- **الحدود الزمنية:** تمت الدراسة خلال الفترة الممتدة من بداية جوان لغاية نهاية شهر اكتوبر 2022 من نفس السنة.
- **الحدود البشرية:** تم إجراء الدراسة على عينة قوامها (150) مصابا ومصابة بأنواع مختلفة من السرطان ، لدراسة العلاقة بين مركز الضبط الصحي والصلابة النفسية في ضوء استراتيجيات التكيف الخاصة والكشف عن الفروق الفردية بين المصابين في مختلف أنواع السرطان.

الفصل الثاني: تحليل مفاهيم الأساسية للدراسة

تمهيد

I. **مركز الضبط الصحي**

1. التطور التاريخي لمفهوم مركز الضبط الصحي
2. مفهوم مركز الضبط الصحي
3. أبعاد مركز الضبط الصحي
4. خصائص الأفراد ذوي مركز الضبط الصحي الداخلي والخارجي

II. **الصلابة النفسية**

1. التطور التاريخي لمفهوم الصلابة النفسية
2. مفهوم الصلابة النفسية
3. أبعاد الصلابة النفسية
4. خصائص الأفراد ذوي الصلابة النفسية المرتفعة والمنخفضة
5. النظريات المفسرة للصلابة النفسية

III. **استراتيجيات التكيف**

1. تطور مفهوم استراتيجيات التكيف
2. تعريف استراتيجيات التكيف
3. مفاهيم ذات صلة باستراتيجيات التكيف
4. النظريات المفسرة لاستراتيجيات التكيف
5. تصنيف استراتيجيات التكيف
6. وظائف استراتيجيات التكيف

يستهدف هذا الفصل عرض وتحليل المفاهيم الدراسة الثلاث، وذلك من خلال التطرق للخلفية النظرية لكل متغير من حيث النشأة والتطور، ومن خلال نتائج البحوث السابقة حول ماهية هذه المفاهيم نظريا واجرائيا.

I. مركز الضبط الصحي:

1. التطور التاريخي لمفهوم مركز الضبط الصحي (Health locus of control):

يعد مركز الضبط أحد المفاهيم النظرية للتعلم الاجتماعي التي صاغها روتر Rotter في خمسينيات القرن الماضي، وقد عرف هذا المفهوم تطورا ملحوظا في جل مجالات علم النفس عامة وعلم النفس الصحة خاصة، حيث توصل الباحثون إلى الكشف عن وجود ارتباط بين هذا المفهوم ومجموعة من السلوكيات والمواقف الصحية المختلفة، وهذا ما ساعد على لفت انتباه والستون ومعاونيه عن العلاقة الموجودة بين الإدراك، الاعتقاد في التعامل مع المواقف السلوكية من جهة ومخرجات السلوك من جهة أخرى. فقد لوحظ وجود علاقة خطية دالة بين الإصابة بالسكرى ومستوى المسؤولية التي يعتقد فيها المصابون، حيث إن تركيز الطاقم الطبي على أهمية دور المرضى على رعايتهم بصحتهم وتشجيعهم على تبني الاعتقادات التي تصنف ضمن مركز الضبط الداخلي جعلهم في وضع صحي أحسن. الأمر الذي شجع والستون ومعاونيه لفكرة التأسيس للمفهوم بتسمية جديدة وهي "مركز الضبط الصحي"، من خلال إعداد أداة تقيس معتقدات الفرد في كيفية التحكم أو مراقبة صحته وادراكه لمسؤولياته اتجاه ذلك من خلال سلوكه (داخلي)، أو من خلال الاعتقاد أن صحته يتحكم فيها ذوو النفوذ من الأطباء والممرضين أو عوامل خارجية أخرى مثل الحظ والصدفة (خارجي). وكبداية أولى، قام معدوا المقياس بالمشاركة في المؤتمر السنوي للجمعية النفسية الامريكية في سانفرانسيسكو سنة 1973، حيث قدم والستون ومعاونوه ورقة بحثية حول التربية الصحية وإعداد برنامج تدريبي حول الضبط الداخلي (جبالي وعزوز،2014).

لقد ساعد مفهوم مركز الضبط الصحي في فهم دور المعتقدات في سياق السلوكيات الصحية وتم استخدامه في العديد من الدراسات مما أدى إلى ظهور قدر كبير من النتائج القيمة في أبحاث علم النفس الصحي. إذ أظهرت دراسة (فارس، Phares,1978) أن الأفراد ذوي الضبط الداخلي غالبا ما يبحثون عن معلومات عن حالتهم الصحية، حيث يعتبرون أكثر ميلا للإقلاع عن التدخين ويلبسون حزام (رباط) السلامة عند قيادتهم لسيارتهم، ويقبلون على التطعيم الواقي من الأمراض، ويقومون بالنشاطات التي تؤمن سلامة الجسم كممارسة الرياضة، ويبذلون جهدا كبيرا للمحافظة على وزن أجسامهم ويقومون باتباع نظام غذائي صحي واستخدام وسائل منع الحمل الأكثر سلامة (أحمان،2017).

في نفس السياق أشار(حوي ودالي،2020) أن مركز الضبط الصحي يمكن أن يرتبط بالحالة الصحية من خلال طريقتين: الأولى أن ذوي مركز الضبط الداخلي يميلون أكثر للحفاظ على صحتهم، والثانية أنه في حالة الإصابة بالمرض فإن ذوي مركز الضبط الداخلي أكثر قدرة على التعامل مع وضعية المرض ومتطلبات العلاج مقارنة بالأفراد ذوي مركز الضبط الخارجي.

بذلك أدى ظهور مفهوم مركز الضبط الصحي إلى استخدامات متعددة في الأبحاث المتعلقة بالصحة من حيث إنه يحدد بدرجة ما مدى اعتقاد الفرد في جدوى ما يقوم به من سلوكيات وما يتخذه من إجراءات بهدف الحفاظ على صحته، وذلك بناء على طريقة تفسيره للمواقف التي يتعرض لها.

2. مفهوم مركز الضبط الصحي:

عرف مركز الضبط الصحي تطورا ملحوظا في العقود الثلاثة الماضية، حيث قام العديد من الباحثين والعلماء بتطبيقه في مجال الصحة السلوكية Behavioral Health، حيث توصلت الدراسات إلى وجود ارتباط هذا المفهوم بالسلوكيات المرتبطة بصحة الفرد، ونجد أنه قد استخدم بترجمات متعددة إلى حد ما في الدراسات العربية، ومن ضمن هذه المفاهيم نذكر: مركز ضبط الألم (مرزاقة، 2016)، مصدر الضبط

الصحي (جبالي عزوز ،2014)، (أحمان، 2017)، (ساعد،2017) ومركز الضبط الصحي (سلوم وحمود، 2021).

يعتبر مركز الضبط الصحي مفهوما فرضيا لمتغير أساسي من متغيرات الشخصية الذي يبين طبيعة إدراك الفرد للعلاقة الكامنة بين حالته الصحية والعوامل الداخلية المرتبطة بذاته أو بمتغيرات مرتبطة بكل ما هو خارج عن إرادة الفرد والمتمثلة في الآخرين (الطاقم الطبي أو الحظ والصدفة وما إلى ذلك...) (أحمان،2017)، ويعبر هذا الاتجاه عما ذهب إليه (والستون وآخرون، 1978, Wallston et al) حيث يرون أن مركز الضبط الصحي هو درجة اعتقاد الفرد بأن صحته تعود إما إلى عوامل شخصية وهو ما يسمى بمركز الضبط الصحي الداخلي أو إلى عوامل خارجة عن نطاق الفرد وهو ما يعرف بمركز الضبط الصحي الخارجي. (لموفق، 2015، ص57).

بذلك فمفهوم مركز الضبط الصحي يعكس مجموعة من المعتقدات التي يمتلكها الفرد اتجاه العوامل المتحكمة في صحته، والتي تلعب دورا هاما في تحديد مخرجات سلوكه وتشمل إما على عوامل داخلية ذاتية تعود إلى الفرد بحد ذاته، أو على عوامل خارجية ترجع إلى تأثير الآخرين من ذوي النفوذ كالطاقم الطبي وغيرهم، أو إلى الحظ والصدفة.

3. أبعاد مركز الضبط الصحي:

بالرجوع إلى التراث النظري لمفهوم مركز الضبط نجد أنه يتضمن بعدين أساسيين وهما مركز الضبط الداخلي الذي يعزو فيه الفرد أفعاله ونتائج سلوكه إلى ذاته، ومركز الضبط الخارجي الذي يعزو فيه الفرد لما يحدث له سواء إلى الحظ والصدفة أو تأثير الآخرين أي قوى خارجية لا يمكنه التحكم فيها، وقامت (ليفنسون، 1974 ,Levenson) بتطوير مقياس مركز الضبط لروتر وتقسيمه إلى ثلاثة أبعاد هي:

1) ضبط داخلي.

2) ضبط خارجي للحظ.

3) ضبط خارجي لذوي النفوذ (قارة،2015، ص28) .

في هذا الإطار اقترح (Wallston et al, 1978) بضرورة إعادة النظر في مركز الضبط الصحي بصفته مفهوما متعدد الأبعاد والمستقلة نسبيا، وذلك بإعداد أداة لقياس معتقدات الأفراد حول العوامل المتحكمة في صحتهم وفق ثلاثة أبعاد وهي: بعد مركز الضبط الصحي الداخلي، بعد مركز الضبط الصحي الخارجي للحظ، بعد مركز الضبط الصحي الخارجي لذوي النفوذ والمكونة من 18 عبارة موزعة بشكل متساو على الأبعاد الثلاث سالفات الذكر.

فيما يلي عرض لأبعاد مركز الضبط الصحي الثلاث:

1.3. البعد الداخلي لمركز الضبط الصحي (IHLC): هو مفهوم يقيس اعتقاد الفرد بأن حالته الصحية تتأثر بسلوكياته الذاتية، كمسؤوليته في التعامل مع طبيعة المرض، ومدى تحكمه في ظروف وتدابير العلاج. وحسب (قارة وعزوز،2018) هو مدى إحساس الفرد بأن صحته هي نتاج تصرفاته الشخصية (كالالتزام بالتعليمات الطبية، اتباع نظام غذائي صحي ،ممارسة الرياضة...إلخ).

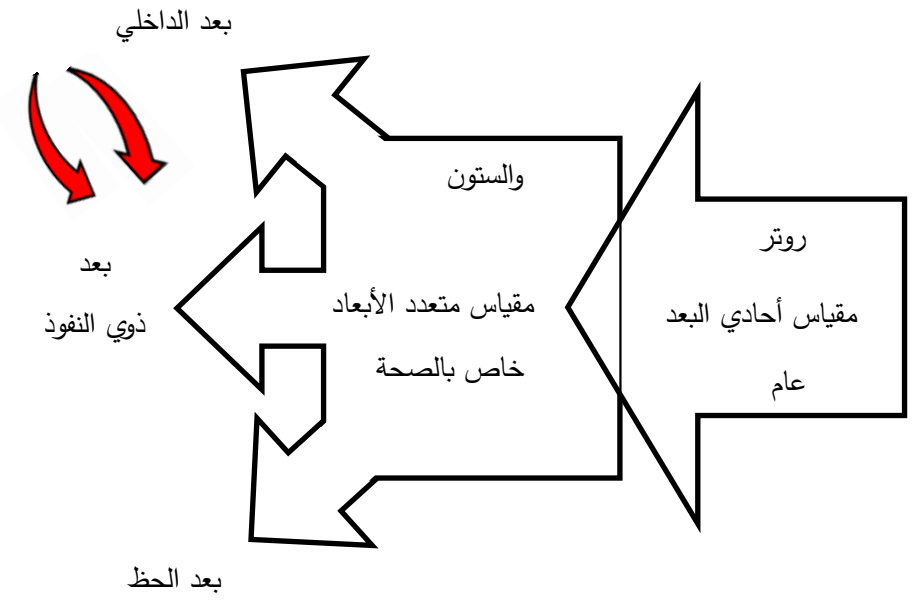
2.3. البعد الخارجي لمركز الضبط الصحي للحظ (CHLC): ويعكس هذا البعد مدى اعتقاد الفرد إلى أن العوامل التي تتحكم في حالته الصحية تكون وليدة الحظ،الصدفة أو القضاء والقدر.

3.3. البعد الخارجي لمركز الضبط الصحي لذوي النفوذ (PHLC): ويقيس مدى اعتقاد الفرد إلى أن العوامل المتحكمة في صحته تعود إلى دور الطاقم الطبي الذي يتعامل معه، بالإضافة إلى دور الدعم الاجتماعي الذي يتلقاه من الآخرين (كالأسرة، زملاء العمل، الأصدقاء...).

تجدر الإشارة إلى أنه على الرغم من تصنيف بعد ذوي النفوذ ضمن البعد الخارجي إلا أنه يحمل طابعا إيجابيا في معظم الأحيان، فقد كشفت دراسة (لديفنز وآخرون، Devins et al,1981) أن المرضى الذين تحصلوا على درجات مرتفعة على بعد الضبط الداخلي وبعد ذوي النفوذ كانوا أقل عرضة للاستجابة الاكتئابية والقلق في مواجهة مرضهم. وفي نفس السياق أشارت دراسة (شويتزر، Schweitzer,2014) أنه على الرغم من الآثار غير المرغوبة لبعد ذوي النفوذ لمركز الضبط الصحي على الصحة النفسية والجسمية إلا أنه يرتبط أحيانا بمتغيرات أخرى تجعله أكثر فاعلية. حيث إن اعتقاد المرضى بأن مرضهم يتحكم فيه الأطباء من شأنه أن يساعد في امتثال هؤلاء المرضى للعلاج والمتابعة.

(حوي ودالي،2020)

من خلال ما سبق نستخلص أن مركز الضبط الصحي المتعدد الأبعاد (MHLC) الذي طوره والستون (1978) يحتوي على ثلاثة أبعاد فرعية: مركز الضبط الصحي الداخلي (IHLC)، مركز الضبط الصحي للحظ (CHLC)، مركز الضبط الصحي لذوي النفوذ (PHLC)، حيث إن الأفراد ذوو مركز الضبط الصحي الداخلي لديهم اعتقاد قوي بأنهم مسؤولون عن نتائج سلوكياتهم الصحية، في حين أن الأفراد ذوو مركز الضبط الصحي الخارجي بنوعيه يعتقدون أن حالتهم الصحية يتم التحكم فيها بواسطة قوى خارجية كالحظ أو الطاقم الطبي والأسرة.



الشكل رقم(1): تطور أبعاد مركز الضبط الصحي
(Naviaux et al,2020)

4. خصائص الأفراد ذوي مركز الضبط الصحي الداخلي والخارجي:

من خلال الاطلاع على التراث النظري وبالرجوع للدراسات السابقة نجد أن الأفراد ذوي الضبط الصحي الداخلي يتميزون بسمات عن ذوي الضبط الصحي الخارجي في النقاط التالية:

1.4. خصائص الأفراد ذوي مركز الضبط الصحي الداخلي:

- لديهم التزام أفضل بالعلاج وأكثر تبنيا لسلوكيات صحية إيجابية مثل: البحث عن المعلومات، وتناول الأدوية، وزيارة الطبيب بانتظام ومراقبة النظام الغذائي، أو الإقلاع عن التدخين وبالتالي يؤدي إلى إكسابهم بما يسمى بالتثقيف العلاجي.
- لديهم معدلات عالية من النظام الغذائي الصحي ويمارسون التمارين الرياضية بانتظام.
- أكثر إيجابية وكفاءة في التفاعل مع متطلبات الرعاية الذاتية (Kilic &arslan,2018).
- يتخذون التدابير اللازمة لتحسين صحتهم (Afsahi & Kachooei,2020).
- أكثر ميلا للمشاركة في عملية صنع القرار فيما يتعلق بعلاجهم.

- يميلون أكثر إلى الالتزام بالقواعد الصحية السليمة.
- أكثر وعيا بوضعهم الصحي ويرغبون في المعرفة أكثر حول مرضهم.
- يسعون إلى إتباع أساليب صحية ووقائية للتخفيف من وطأة الضغوط بهدف الحفاظ على صحتهم (Lindstiom & Rosvall,2020).

2.4. خصائص الأفراد ذوي مركز الضبط الصحي الخارجي :

- أقل استعدادا لتنفيذ سلوكيات صحية وقائية مثل: مراجعة الطبيب، إجراء الفحوصات الطبية، وإتباع القواعد الصحية اللازمة (حوي ودالي،2020).
- لديهم عادات صحية سيئة ويتعرضون للمزيد من الأمراض.
- أقل ميلا لاتخاذ خطوات فعالة للعلاج (Afsahi & Kachooei,2020).
- أكثر عرضة للمرض وأقل توجها لممارسة نشاطات في سبيل الحفاظ على الصحة وترقيتها.
- أقل تفاؤلا فيما يخص نجاح العلاج ويعتقدون أنهم أقل صحة مقارنة بذوي مركز الضبط الداخلي.
- يمتازون بعدم الاعتماد على النفس في تسيير حالتهم الصحية بل على الآخرين.
- أكثر تبنيا لسلوك التجنب (Lindstiom & Rosvall,2020).

II. الصلابة النفسية Hardiness:

1. التطور التاريخي لمفهوم الصلابة النفسية:

تعود الخلفية النظرية للصلابة النفسية إلى أعمال كوبازا ومادي (1979)، هيجر (1986)، فرانكل (1960) وبيسوانجر (1963) في النظرية الوجودية، التي تأكد على أهمية البحث المستمر عن معنى وهدف لحياة الإنسان (Judkins et al,2020).

نشأ مفهوم الصلابة النفسية على يد كوبازا أثناء إعدادها لرسالة الدكتوراه سنة 1977 بجامعة شيكاغو بالولايات المتحدة الأمريكية، والتي استهدفت من خلالها معرفة المتغيرات النفسية التي تكمن وراء احتفاظ بعض الأشخاص بصحتهم الجسمية والنفسية رغم تعرضهم للضغوط. حيث لاحظت أن بعض الأفراد لديهم القدرة على التكيف والتغلب على العقبات رغم تعرضهم للكثير من الأمراض والضغوط في حياتهم، واستمرت في أبحاثها في دراسة العلاقة بين مستوى الضغط والتأثر بالأمراض لمدة ثلاث سنوات، واستخدمت تعبير الصلابة النفسية لوصف الأشخاص الذين يمكنهم تحمل الضغط دون أن يتأثروا بالمرض (Al-Masri,2020).

تأثرت كوبازا بعلماء النفس الإنسانيين وعلى رأسهم ماسلو وروجرز (Maslow&Rogers) اللذين أكدا على أن هناك بعض الأشخاص يستطيعون تحقيق ذواتهم واستخدام كل إمكاناتهم النفسية الكامنة رغم تعرضهم للضغوط، كما تأثرت بالمنظور المعرفي للازاروس وفولكمان (Folkman&Lazarus) وتتفق معهما في أن تأثيرات الصلابة النفسية على الصحة النفسية تتم من خلال لعب دور الوسيط، وذلك من خلال التقليل من تقييم التهديد وزيادة توقعات الفرد بأن جهود المواجهة ستكون فعالة (Bissonnette,1998).

لقد ساعد التراكم المعرفي على تحديد مفهوم الصلابة النفسية، حيث أظهرت كوبازا أن هذا المفهوم يساعد على مواجهة الأحداث الضاغطة المختلفة، ويزيد من استقلالية الأفراد ويحسن الأداء لأنه يخلق فرصة في مجرى توترات الحياة قصد مواجهتها بفعالية (Keyvan& Imamipour,2015).

بالتالي أدى ظهور مفهوم الصلابة النفسية إلى لفت انتباه الباحثين في مجال علم النفس بصفة عامة وعلم النفس الإيجابي بصفة خاصة وحفزهم على دراسة هذا المفهوم على نطاق واسع باعتباره إحدى سمات الشخصية التي تساعد الفرد على التعامل الجيد مع الضغوط، إلى جانب دوره في الوقاية من العديد من الأمراض المختلفة.

2. مفهوم الصلابة النفسية:

تعد الصلابة النفسية من المفاهيم الحديثة نسبيا والتي نالت قدرا كبيرا من الاهتمام البحثي حيث تشير إلى قدرة الفرد على تحمل الأحداث الضاغطة وإلى إدراك الفرد وتقبله للتغيرات أو الضغوط التي يتعرض لها وتحويلها إلى فرص للنمو والتطور.

تعتبر (كوبازا، Kobasa,1979) الصلابة النفسية من أهم العوامل التي ساعدت الأفراد على التغلب على الأزمات، وعلى كيفية التعامل معها، باعتبارها مجموعة من الخصائص النفسية التي تشمل متغيرات الالتزام والتحكم والتحدي، وهذه الخصائص من شأنها المحافظة على صحة الأفراد رغم تعرضهم للأحداث الضاغطة (الغفيلي،2020).

قد تعددت وجهات نظر العلماء التي سبق أن تعرضوا لمفهوم الصلابة النفسية، وفيما يلي عرض لأهم تعاريف الباحثين:

يعرفها كل من (كوبازا، مادي وكاهن، Kobasa, Maddi&Kahn 1982) على أنها مجموعة من الخصائص الشخصية التي تعمل كمصدر مقاومة في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة.

كما يعرف (بارتون وآخرون، Bartone et al,2008) الصلابة النفسية على أنها أسلوب نفسي مرتبط بالمرونة والصحة الجيدة والأداء في ظل مجموعة من الظروف المجهدة (Eroz& Onat,2018).

أما (مادي,Maddi,2006) فيرى بأنها مزيج معرفي/انفعالي، يشكل حاجزا شخصيا متعلما وموجها للنمو، وتتكون من السمات المعرفية والانفعالية والسلوكية، وتصف قدرة الأفراد في الحفاظ على الحالة الصحية أثناء تعرضهم للأحداث الضاغطة (Judkins et al,2020).

يرى (سانتفوك، Santvok) بأنها "خاصية تشير إلى قدرة الفرد على التحكم والالتزام والتحدي في أسلوب حياته، ومن شأن هذه الخاصية أن تساعد الفرد على مقاومة التعرض للإصابة بالأمراض النفسية والجسدية المختلفة (يوسفي،2016،ص100).

كما أشار (فينك، Funk,1992) بأنها "خصلة عامة في الشخصية تعمل على تكوينها وتنميتها الخبرات البيئية المتنوعة المحيطة بالفرد منذ الطفولة" (بن سالم،2019، ص45).

في حين عرفها (مخيمر،1996) بأنها "نمط من التعاقد النفسي يلتزم به الفرد اتجاه نفسه وأهدافه، وقيمه وقيم الآخرين من حوله، واعتقاد الفرد بإمكانية التحكم فيما يلقاه من خلال تحمل المسؤولية، وأن كل ما يطرأ على حياته من تغيير هو أمر طبيعي وضروري للنمو والارتقاء أكثر من كونه تهديدا له".

(شويطر،2017، ص92)

من خلال ما سبق يتضح أن جل التعريفات تتفق في اتجاهها حول الصلابة النفسية نحو:

- اعتبار الصلابة النفسية خاصية من خصائص النفسية الإيجابية والتي من شأنها مساعدة الأفراد على التعامل الفعال اتجاه الأحداث والمواقف الضاغطة التي قد تواجهه.
- التأكيد على فعالية هذه الخاصية في مقاومة الضغوط وفي المحافظة على صحة الأفراد النفسية والجسدية.

- التأكيد على اعتبارها خاصية تتضمن مجموعة من المكونات والمتمثلة في القدرة على التحكم في الأحداث المحيطة به، والالتزام تجاه الأنشطة التي يقوم بها، واحساس الفرد بالتحدي ازاء التغييرات التي تحدث في حياته واعتبارها فرصة للتطور بدلا من تهديد.

3. أبعاد الصلابة النفسية:

تتكون الصلابة النفسية حسب كوبازا من ثلاثة أبعاد أساسية (الالتزام،التحكم،التحدي)، وهي عناصر مهمة في شرح سبب قدرة بعض الأشخاص على تحمل الإجهاد دون أن يمرضوا، وفي هذا الصدد يؤكد (مادي،Maddi,2006) عن (الغفيلي،2020) أن مستوى الصلابة النفسية المطلوب للتعامل مع الأحداث الحياتية الضاغطة يقتضي توافر كل من الالتزام والتحكم والتحدي في نفس الوقت، وليس من الكافي أن يكون لدى الفرد واحدا أو اثنين منها دون الآخر، فالشخص المتمتع بالصلابة النفسية يجب أن يحصل على درجة مرتفعة في مستويات هذه الأبعاد. وفيما يلي توضيح لهذه المؤشرات أو الأبعاد:

1.3. الالتزام: يستدعي الشعور بالالتزام ميل الشخص إلى المشاركة في جميع الأنشطة التي يتم القيام بها أو المواقف التي يواجهها، ومن وجهة نظر وجودية، يمثل هذا البعد إحساسا أساسيا بقيمة الفرد ومسؤوليته، الأمر الذي يولد لديه مناعة أثناء تعرضه للشدائد. وتعرف (كوبازا، Kobasa,1982) الالتزام بأنه اتجاه الفرد نحو معرفة ذاته، وتحديد أهدافه، وتحمل مسؤولياته، وهو ما يشعر الفرد بقيمة وفائدة العمل الذي يقوم به سواء لذاته أو للمجتمع (الطبيخ وآخرون،2015). كما يرى (لازاروس ونوفاك، Novack&Lazarus,1990) أن الالتزام يعني مدى رغبة الفرد في الأداء والإنجاز والسعي والإصرار لتحقيق ما يريد (يوسفي،2013).

حسب (إسكلمان وآخرون، Eschleman et al,2010) الالتزام هو بمثابة تعاقد يلتزم بموجبه الفرد اتجاه ذاته وأهدافه والآخرين. ويعد هذا البعد مهما لأنه يمنح الفرد إحساسا بالهدف ويؤدي إلى تطوير العلاقات الاجتماعية التي تدعمه خلال تعرضه للمواقف الضاغطة.

2.3. التحكم: أشارت إليه (Kobasa,1979) بأنه مدى اعتقاد الفرد بأن مواقف الحياة المختلفة التي يتعرض لها يمكن التنبؤ بها والسيطرة عليها (الدرويش وآخرون،2022). فالأفراد الذين يمتلكون مستويات عالية من التحكم يكونون قادرين على القيام بدور فعال في حياتهم اليومية، ويظهرون مستويات عالية من الشعور بالمسؤولية تجاه المواقف التي يتعرضون إليها، كما أنهم أكثر قدرة على التأثير في النتائج التي تحدث من حولهم، باعتبارها نتائج لأفعالهم، ويرون الأحداث كمواقف يمكن التحكم فيها وتغييرها. ويتضمن التحكم أربع صور رئيسية هي:

1) القدرة على اتخاذ القرارات، والاختيار بين البدائل المختلفة.
2) التحكم المعرفي، وهو استخدام العمليات العقلية للتحكم في الأحداث الضاغطة.
3) التحكم السلوكي، وهو القدرة على المواجهة بفعالية، وبذل الجهد مع دافعيه كبيرة للإنجاز.
4) التحكم الاسترجاعي، ويرتبط بمعتقدات الفرد السابقة عن طبيعة الموقف، فيؤدي استرجاع الفرد لمثل هذه المعتقدات إلى تكوين تصور محدد لهذا الموقف، أي نظرة الفرد للحدث الضاغط ومحاولة إيجاد معنى له، مما يؤدي إلى التخفيف من أثر الضغوط النفسية لديه (سليم وعلي،2022).

3.3. التحدي: تعرفه (كوبازا، 1983) على أنه اعتقاد الفرد بأن التغيير في أحداث الحياة هو أمر طبيعي، بل حتمي ولابد منه أكثر من كونه تهديدا له (اشتيه،2018). كما يعكس التحدي حسب (Eschleman et al,2010) المدى الذي ينظر فيه الأفراد إلى المواقف الصعبة على أنها تحديات وليست تهديدات، وعلى انها فرصة للنمو وتعلم أشياء جديدة، وهذا النوع الفرعي من الصلابة مفيد لأنه يساهم في قدرة الفرد على أن يكون مرنا، مما يساعده على التكيف مع المواقف التي يحتمل أن تكون مرهقة.

في ضوء ما سبق، نجد أن هذا البعد مهم للحفاظ على صحة الفرد تجاه التغيرات والمستويات العالية من الضغوط النفسية التي قد تواجهه، فالأفراد الذين لديهم مستوى عال من التحدي يرون أن التغيير ضروري

في الحياة ويميلون إلى تقبل المواقف الضاغطة واعتبارها فرصة للتغيير، وليست تهديدا لهم على اعتبارها أمورا طبيعية لابد من حدوثها لنموهم وارتقائهم نحو الأفضل.

بهذا المعنى، فالصلابة النفسية هي بناء متعدد الأبعاد، وتتكون من ثلاثة جوانب فرعية: (الالتزام، التحكم والتحدي)، بحيث يتميز الأفراد مرتفعي الصلابة النفسية بقدرتهم على التأثير أو التحكم في المواقف عوض الشعور بالإنهاك (بعد التحكم)، ويواجهون مختلف الأحداث كما لو أنها فرصة أكثر من كونها أحداثا تفوق حجم إمكاناتهم (بعد التحدي)، كما يلتزمون بما يعملون لشعورهم بأهمية وقيمة الأنشطة التي يقومون بها (بعد الالتزام). حيث اشارت كوبازا أن هذه المكونات الثلاث ترتبط بارتفاع قدرة الفرد على مقاومة ضغوط البيئة وأحداث الحياة، كما أن نقص بعد واحد من هذه الأبعاد الثلاثة يوصف بأنه احتراق نفسي، ولا يكفي مكون واحد من مكونات الصلابة الثلاثة لتمدنا بالشجاعة والدافعية اتجاه الأحداث الضاعطة (العبدلي،2012، ص22).

4. خصائص الأفراد ذوي الصلابة النفسية المرتفعة والمنخفضة:

كشفت كوبازا من خلال دراستها (1979) والتي استهدفت الكشف عن المتغيرات النفسية التي من شأنها مساعدة الأفراد على الاحتفاظ بصحتهم الجسمية والنفسية رغم تعرضهم للضغوط، وأشارت النتائج إلى أن الأشخاص الأكثر صلابة يتسمون بأنهم أكثر صمودا ومقاومة وإنجازا وضبطا داخليا وقيادة واقتدارا ومبادأة ونشاطا وواقعية (يوسفي،2016،ص117).

كما أشار (معمرية،2019) أن الأفراد ذوي الصلابة النفسية المرتفعة يتصفون بالتزامهم بالعمل الذي عليهم أداؤه، بدلا من شعورهم بالاغتراب، ويشعرون بأنهم قادرون على التحكم في المواقف والأحداث المجهدة، بدلا من شعورهم بفقدان القوة والضعف، وينظرون إلى التغيير على أنه تحد عادي، بدلا من شعورهم بالتهديد في ادراكم وتقييمهم لأحداث الحياة الضاغطة.

بين كل من (ديلاد، 1990)، و(كوزي،1991)، و(كرليستوتر، 1996) أن ذوي الصلابة النفسية المرتفعة لديهم أعراض نفسية وجسدية أقل، ولديهم ارتفاع الدافعية نحو العمل، ولديهم القدرة على التفاعل، ويتميزون بالتفاؤل الدائم، كما أنهم أكثر توجها للحياة وأكثر قدرة على مواجهة أحداث الحياة الضاغطة (جعرير ،2016، ص208).

كما أشار (ألفرد وسميث، Allerd&Smith,1989) أن الأفراد ذوي الصلابة النفسية المرتفعة هم أكثر مقاومة للأمراض الناتجة عن الضغوط، ويرجع ذلك إلى الطريقة الإدراكية التكيفية التي تؤدي إلى خفض مستوى الإثارة الفسيولوجية لديهم، كما أن الأفراد الأكثر صلابة لديهم مجموعة من الجمل الإيجابية عن الذات حتى في ظل الظروف الأكثر تهديدا (الشهري،2021).

على النقيض من ذلك، نجد أن الأفراد ذوي الصلابة النفسية المنخفضة يتسمون بأنهم أقل التزاما، كما أنهم يشعرون بعدم القدرة على التحكم في الوضعيات الضاغطة، بسبب نقص القدرة على التحدي أمام الوضعيات الشاقة، حيث يتصف ذوو الصلابة النفسية المنخفضة بعدم القدرة على وضع أهداف لحياتهم، ويتوقعون التهديد والضعف في مواجهة مختلف الأحداث الضاغطة، وليس لديهم اعتقاد بضرورة التحدي، كما يشعرون بأنهم عاجزون عن تحمل الآثار السلبية للأحداث الضاغطة (إسماعيل والحسيني،2021).

كما وضح (الخالدي،2009) عن (بن سالم،2019،ص59) أن الأشخاص الأقل صلابة يكونون عرضة للاضطرابات النفسية ويشعرون بالعجز، وأنهم أكثر ضعفا في الضبط الداخلي، وأكثر نقدا لذواتهم وأكثر تعميما لخبرات الفشل.

كما ترى (برونوست، Pronsot) بأن الأشخاص منخفضو الصلابة النفسية لديهم شعور قوي بالإنهاك (Impuissance)، وأقل تحملا للضغوط النفسية والاجتماعية، كما أنهم أكثر تبنيا لاستراتيجيات العزل والإنكار والرفض (يوسفي،2016، ص119).

بالتالي يتضح أن الأفراد مرتفعو الصلابة يدركون الأحداث الإيجابية على أنها ذات معنى، وأنهم أشخاص مسؤولون عما يقومون به من قرارات وأفعال، ويدركون الأحداث السلبية بأنها غير مؤثرة، عكس الأفراد منخفضي الصلابة.

5. النظريات المفسرة للصلابة النفسية:

أولا: نظرية كوبازا (Kobasa,1983): تعتبر كوبازا أول من قدمت نظرية في مجال الوقاية من الاضطرابات النفسية والجسمية، وقد اعتمدت في نظريتها على مجموعة من الأسس العلمية والعملية، تمثلت الأسس العلمية في آراء بعض العلماء أمثال فرانكل وماسلو وروجرز.

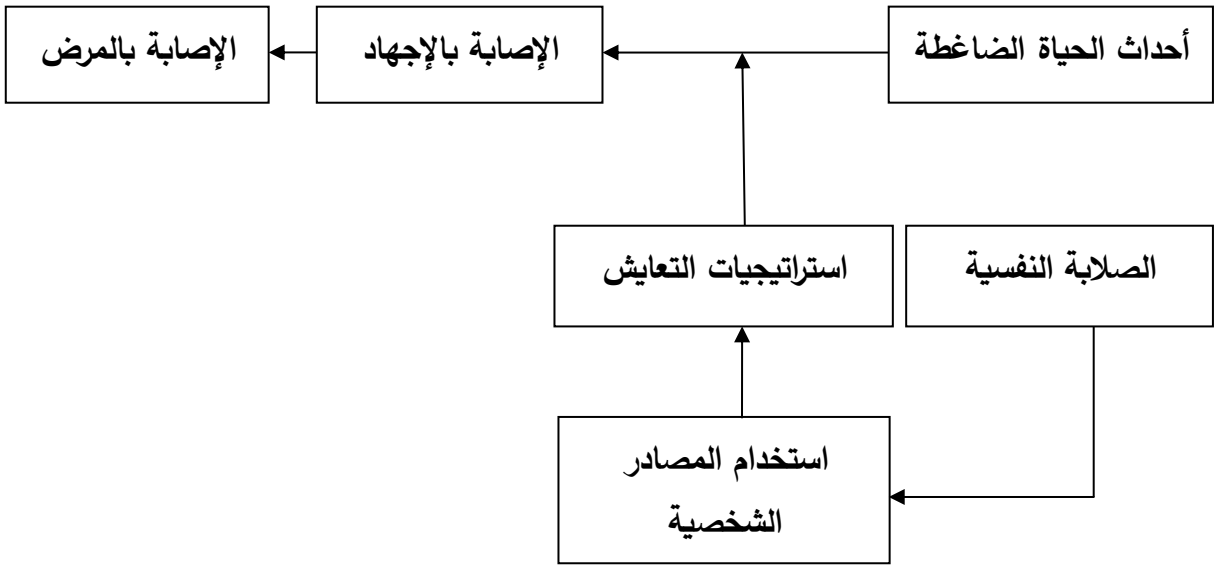
يعتبر نموذج لازاروس Lazarus من أهم النماذج التي اعتمدت عليها كوبازا من خلال ارتباطها بعوامل ثلاثة وهي:

- البيئة الداخلية للفرد.
- الأسلوب الإدراكي والمعرفي.
- الشعور بالتهديد والإحباط (الطاهر،2016).

باعتبار أن الصلابة النفسية تشمل الجوانب المعرفية لشخصية الفرد والتي تساهم في تسهيل وجود ذلك النوع من الإدراك والتقييم لمواجهة المواقف الضاغطة، والذي بدوره يؤدي إلى التوصل إلى الحل الناجح للموقف الذي خلفته الضغوط، وبالتالي مساعدة الأفراد على الاستمرار في إعادة التكيف وتبني استراتيجيات أكثر فعالية.

كما قامت (كوبازا،1983) بدراسة على عينة من العاملين بالمناصب الإدارية من رجال الأعمال والمحامين والعاملين في الدرجة المتوسطة والعليا في الصحة النفسية، وكشفت النتائج عن ارتفاع في مستوى الصلابة النفسية لدى العينة على الرغم من تعرضهم للضغوط الشاقة، وقد يعود ذلك إلى الدور الفعال للصلابة النفسية في إدراك الأحداث الضاغطة للحياة وتفسيرها بطريقة إيجابية (بن سالم،2019، ص52).

طرحت كوبازا سنة (1983) نموذج توضح من خلاله التأثير المباشر للصلابة النفسية كما هو موضح في الشكل التالي:



الشكل رقم (2): التأثير المباشر للصلابة النفسية لكوبازا (1983)

(بن سالم،2019، ص55)

يوضح الشكل رقم (2) التأثير المباشر للصلابة النفسية حسب كوبازا فهي ترى أن أحداث الحياة الضاغطة تؤدي إلى الإصابة بالإجهاد وبالتالي الإصابة بالمرض، ومن ثم يظهر دور الصلابة النفسية والتي تعمل على استخدام الفرد للمصادر الشخصية الموجودة لديه وبالتالي تعزيز استخدام الفرد لأساليب التعايش لمواجهة أحداث الحياة الضاغطة بشكل فعال.

ثانيا: نظرية مادي (Maddi,1984): اعتمد مادي هو الآخر في صياغة نظريته على عدد من الأسس النظرية، تمثلت في آراء بعض العلماء أمثال: ماسلو وروجرز وفرانكل والتي أشارت إلى أن وجود هدف للفرد ومعنى لحياته يجعله يتحمل ضغوطات الحياة، ويتقبلها، معتمدا في ذلك على قدراته واستغلال مصادره الشخصية والاجتماعية بصورة جيدة. كما اعتمد على النموذج المعرفي للازاروس والذي يرى أن أحداث الحياة الشاقة تنتج عن خبرة أو ظروف مؤلمة لها تأثير سلبي على الاستجابات السلوكية للحدث

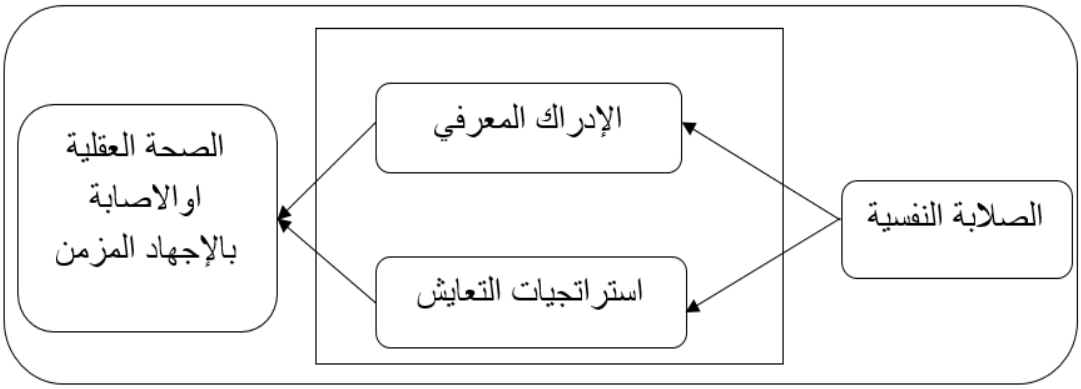
الضاغط. فتقييم الفرد لقدراته على نحو سلبي، وعدم القدرة على التعامل مع المواقف الصعبة يؤدي إلى شعوره بالتهديد، ومن ثم الإحباط والشعور بالخطر (الطاهر،2016).

يرى (مادي،1999) عن (كاردوم وآخرون،Kardum et al,2012) أن الصلابة النفسية تعمل كعامل وقائي في المواقف العصيبة من خلال التقييم المعرفي وتبني سلوكيات للمواجهة، فالأفراد الذين يتمتعون بصلابة عالية يتفاعلون مع متطلبات الحياة بنشاط ويدركون أنه بإمكانهم التعامل معها بنجاح.

بالتالي من خلال هذا النموذج النظري فإن الصلابة تظهر كمصدر للمواجهة، فالفرد ذوو الصلابة النفسية بإمكانه تخفيف التوتر الناتج عن الضغوط والمحافظة على صحته باستخدام استراتيجيات التكيف الفعالة رغم ظروف الحياة الضاغطة.

ثالثا: نموذج فنك للصلابة النفسية المعدل لنظرية كوبازا (1995) : قدم (فنك،1992) هذا النموذج من خلال دراساته التي أجراها بهدف البحث عن العلاقة بين الصلابة النفسية والإدراك المعرفي واستراتيجيات التعايش من ناحية والصحة العقلية من ناحية أخرى على عينة قوامها 167 جنديا، واعتمد على المواقف الشاقة في تحديده لدور الصلابة النفسية، وتوصل إلى وجود علاقة ارتباطية بين الالتزام والصحة العقلية من خلال عمل الالتزام على خفض الشعور بالتهديد واستخدم استراتيجيات التعايش خصوصا استراتيجية ضبط الانفعال، كما ارتبط التحكم إيجابيا بالصحة العقلية من خلال إدراك الموقف بأنه أقل ضغطا باستخدام استراتيجية حل المشكل للتعامل مع الضغوط.

كما قام (فنك،1995) بدراسة ثانية حول نفس الهدف وذلك بإتباع فترة تدريبية شاقة لمدة أربعة أشهر بشكل متواصل لقياس الصلابة وكيفية الإدراك المعرفي للأحداث الشاقة وطرق التعامل قبل فترة التدريب وبعدها، وتم التوصل إلى نفس نتائج الدراسة السابقة (جعرير،2016، ص212). فطرح نموذجا معدلا لنظرية كوبازا كما هو موضح في الشكل الآتي:



الشكل رقم (03): نموذج فنك المعدل لنظرية كوبازا مع الضغوط وكيفية مواجهتها (يوسفي،2016، ص114)

III. استراتيجيات التكيف (Coping):

1. تطور مفهوم استراتيجيات التكيف:

يرى لازاروس أن أول استخدامات مصطلح التكيف تنسب للعلوم البيولوجية والبحوث التجريبية على الحيوانات في طرق مواجهتها للضغوط والسيطرة، ويرى بأن التاريخ الحقيقي لبداية دراسة التكيف في العلوم النفسية يعود للستينيات (عاشور،2018،ص21) وارتبط مفهوم التكيف في البداية بنظرية التحليل النفسي من خلال التأكيد على مفهوم دفاعات الأنا، وقد ظهر مصطلح استراتيجيات التكيف وميكانيزمات الدفاع مرتبطا بعلم النفس التحليلي للأنا دون التفريق أو التمييز بينهما كمصطلحين مختلفين في المعنى.

(القرا،2015،ص39)

ويرى كثير من الباحثين أمثال (كارفر وشيبر، Carver & Sheier,1989)، (بيلينغ وموس، Billings &Moos,1984) أن البداية الصحيحة لفهم ديناميكية استراتيجيات التكيف تعود للنظرية المعرفية التي جاء بها (لازاروس وفولكمان، Folkman & Lazarus 1984) حيث أشاروا إلى مجموعة الاستراتيجيات وردود الأفعال التي يتبناها الفرد لمواجهة حالات الضغط والتوتر (منصوري،2015،ص72).

من ثم زاد الاهتمام في السنوات الآخيرة بالأساليب والطرق التي يلجأ إليها الفرد والتي من شأنها التخفيف من شدة المواقف الضاغطة نظرا لدورها الرئيس والفعال في التعامل الإيجابي مع الضغوط.

2. تعريف استراتيجيات التكيف:

كان للباحثين (لازاروس وفولكمان، 1984) الإسهام في إبراز مفهوم التكيف حيث أشاروا بأنه: "تغير معرفي متواصل، وجهود سلوكية لإدراك الحاجات الداخلية والخارجية، وخاصة تلك الحاجات التي يدرك الفرد أنها مرهقة وتفوق إمكانياته الذاتية" (مصطفى،2006، ص31).

تشير كلمة استراتيجية حسب (زناد وآخرون،2018، ص28) إلى نمط من السلوكيات والأفعال التي تستخدم لتحقيق أهداف معينة، بمعنى أنها عبارة عن مجموعة من الإجراءات والطرق التي يستخدمها الفرد لمواجهة المواقف الضاغطة.

تعددت المصطلحات التي تناولت استراتيجيات التكيف بتعدد وجهات نظر الباحثين، هناك من أطلق عليها استراتيجيات التدبر(أبركان،2013)،استراتيجيات التعامل (معروف،2019)،استراتيجيات المواجهة (مرازقة،2016).

نظرا لتعدد المقاربات النظرية للباحثين تعددت التعاريف النظرية المتعلقة بهذا المفهوم تبعا لكل باحث نذكر أهمها:

يعرفها (لازاروس وفولكمان، 1988) عن (Turmel,1999,p13) على أنها "مجموعة من الجهود المعرفية والسلوكية التي تهدف إلى التحكم في المتطلبات الداخلية أو الخارجية التي تهدد موارد الفرد أو تتجاوزها".

يرى (روتر، Rotter,1981) بأنها "مجمل المحاولات التي يبذلها الفرد لتغيير ظروف الضغوط النفسية أو تغيير تقييمه لها "(عريس،2017، ص20).

يعرف (فرنهام وترانر، Furnham & Traynar,1999) استراتيجيات التكيف بأنها: "مجموعة من الأساليب السلوكية والمعرفية للتعامل مع المواقف الضاغطة التي يواجهها الفرد، والتي قد تكون إما أساليب إيجابية، مثل: التركيز على المشكلة وحلها، أو أساليب سلبية، مثل: التجنب والهروب أو اللجوء إلى الإنكار (أبو العيش،2016).

كما (يرى برنر، Brenner,1984)ان استراتيجيات التكيف هي "مجموعة من السلوكيات التي يستخدمها الفرد للتكيف مع المواقف والأحداث الضاغطة، وهي تعد خاصية مكتسبة يمكن أن تتغير مع الوقت ويمكن تعديلها"، حيث أشار في هذا الصدد كل من (موس، Moos,1976) و(زتلن، Zeitlin,1987) أن استراتيجيات التكيف التي يستخدمها الفرد سواء أكانت إيجابية، أو سلبية هي سلوكيات متعلمة، وبالتالي يمكن اكتسابها، أو تغييرها (أبو العيش،2016).

يرى (أبو نجلاء، 2009) أن استراتيجيات التكيف تشير إلى تلك الجهود التي يبذلها الفرد في التغلب على الأحداث والمواقف المسببة للضغط والسيطرة عليها أو تقليلها، سواء كانت هذه الجهود نفسية أو سلوكية أو انفعالية، إيجابية أو سلبية (Abualkibash & Ballout,2021).

من خلال التعاريف السابقة نستنتج أن استراتيجيات التكيف هي مجمل الطرق والأساليب التي يتبناها الفرد بهدف التحكم في المواقف الضاغطة أو خفضها أو تقليلها من أجل إعادة التوازن النفسي والانفعالي.

3. مفاهيم ذات صلة بإستراتيجيات التكيف:

1.3. ميكانيزمات الدفاع: ارتبط مفهوم التكيف في البداية بنظرية التحليل النفسي من خلال التأكيد على مفهوم دفاعات الأنا، وقد ظهر مصطلح استراتيجيات التكيف وميكانيزمات الدفاع مرتبطا بالنظريات التقليدية للتكيف وخاصة علم النفس التحليلي دون التفريق أو التمييز بينهما كمصطلحين مختلفين في المعنى منذ النصف الثاني من القرن التاسع عشر، ومع بداية 1960 إلى غاية 1980 كان لا يزال هناك خلط بين

التكيف والدفاع، وبعدها تم نشر العديد من الأبحاث لتوضيح انفصال كلا المفهومين عن بعضهما البعض. وتتمثل أهم الاختلافات بين ميكانيزمات الدفاع واستراتيجيات التكيف على النحو التالي: ميكانيزمات الدفاع جامدة، غير واعية، غير متمايزة، مرتبطة بالصراعات داخل النفس وأحداث الحياة الماضية. بينما استراتيجيات التكيف تتميز بأنها مرنة، واعية، ومتباينة وهي موجهة نحو الواقع (داخلي أو خارجي)، كما تختلف عن ميكانيزمات الدفاع بأنها واعية (إرادية) لمواجهة المشكلات الحالية (الراهنة) (Schweitzer,2001). ويمكن تلخيص أهم الفروق الجوهرية بين كل من مصطلح استراتيجيات التكيف وميكانيزمات الدفاع في الجدول التالي:

جدول رقم (1): الفروق الجوهرية بين استراتيجيات التكيف وميكانيزمات الدفاع

استراتيجيات التكيف	ميكانيزمات الدفاع
مرنة	جامدة
شعورية	لاشعورية
تتغير حسب طبيعة الموقف الضاغط	لا يمكن مقاومتها
مرتبطة بالفرد وبالبيئة وبأحداث الحياة الآنية (الراهنة)	مرتبطة بصراعات نفسية داخلية وأحداث الحياة السابقة (الماضية)

2.3. استراتيجيات المواجهة: وفقا للازاروس وفولكمان فإن التكيف هو مفهوم واسع، والذي يشمل كلا من علم النفس وحتى علم الأحياء وجميع أنماط التفاعل بين الكائنات الحية التي تتفاعل مع الظروف البيئية المتغيرة، في المقابل تعتبر المواجهة مفهوما أكثر تحديدا، تتضمن استجابات مختلفة لدى الأفراد وتتعلق بردود الفعل على التغييرات في البيئة التي يتم تقييمها على أنها مهددة، بالإضافة إلى ذلك يتضمن

التكيف ردود فعل متكررة وتلقائية، في حين أن المواجهة تنطوي على جهود واعية ومتغيرة ومحددة وأحيانا معرفية وسلوكية جديدة للفرد (Schweitzer,2001).

كما أشارت (ريحاني،2019، ص89) أن مفهوم المواجهة تعود مرجعيته إلى النظريات المتعلقة بالتكيف وتطور الأجناس، والتي ترى بأن الفرد يمتلك مجموعة من الاستجابات سواء كانت فطرية أو مكتسبة والتي تسمح له بالبقاء والاستمرار تجاه مختلف التهديدات التي يتعرض لها، وهذا ما أكده العديد من الباحثين باعتبار أن العملية الدينامية التي تربط الضغط بالمواجهة تعتبر كجزء من ميكانيزمات التكيف للتصدي للمواقف والأحداث الشاقة. ويمكن تلخيص أهم الفروق الجوهرية بين كل من مصطلح التكيف والمواجهة في الجدول التالي:

جدول رقم (2): الفروق الجوهرية بين التكيف والمواجهة

التكيف	المواجهة
مفهوم واسع	مفهوم محدد
ردود فعل مكررة وأوتوماتيكية	تتطلب جهود معرفية وسلوكية جديدة محددة
تشمل جميع الكائنات الحية	تتعلق بالفرد فقط
تشمل ردود فعل جميع الكائنات الحية من خلال التفاعل مع مختلف الظروف البيئية	تقتصر على ردود فعل الفرد اتجاه الوضعيات البيئية التي يدركها الفرد على أنها تشكل تهديدا له

4. النظريات المفسرة لإستراتيجيات التكيف: تعددت النظريات التي ساهمت في تفسير استراتيجيات التكيف مع الضغوط النفسية ونذكر أهمها:

أولا: النظرية التحليلية: تناول فرويد (1933) مفهوم التكيف في إطار ميكانيزمات الدفاع والعمليات اللاشعورية حيث يرى أن هذه الميكانيزمات هي عبارة عن استراتيجيات تكيف يستخدمها الفرد ليحمي نفسه

من الصراعات والتوترات الناشئة من المكبوتات، وهذه الميكانيزمات ذات أهمية في خفض الصراع وتعمل على مستوى اللاشعور. وفي ذلك يرى فرويد أن ميكانيزمات الدفاع هي بمثابة استراتيجيات يلجأ إليها الفرد لاشعوريا لتخفيف التوتر والقلق والصراعات الداخلية. ومن أمثلة هذه الميكانيزمات: الكبت، الإنكار، التبرير، التجنب، الإسقاط، النكوص.. إلخ (يوسفي،2016، ص92).

حيث أشار (بولهان، Paulhan,1992) أن الأبحاث التي أجريت في السنوات الأخيرة مع المرضى في المستشفيات أثبتت دور آليات الدفاع في التكيف مع المرض، وبذلك فإن آليات معينة مثل: الإنكار والعزلة والروح القتالية ستحمي الفرد من القلق بشكل أكثر فاعلية من الميل إلى الإسقاط أو القدرية أو العدوانية. فحسب (عريس،2017، ص40) فإن استراتيجيات التكيف حسب مدرسة التحليل النفسي هي عملية لاشعورية يستخدمها الفرد للتخلص من التهديدات التي يواجهها سواء داخلية أو خارجية وإبقاءها في اللاشعور، وقد ساهم هذا النموذج إلى حد كبير في فهم أفضل ردود فعل الفرد تجاه الأحداث الضاغطة، حيث يعتبر التعامل مع استراتيجيات التكيف كنظام دفاعي، بهدف استعادة التوازن النفسي والانفعالي.

ثانيا: النظرية المعرفية: يرى أصحاب هذا الاتجاه وعلى رأسهم لازاروس وفولكمان (1984) مكينبوم (1977)، ألبرت أليس، إلى أن مواجهة الأفراد للمواقف الضاغطة يعتمد بشكل أساسي على العمليات المعرفية سواء في تفسير الفرد للموقف أو في تقييمه لمصادر التكيف معها، وقد ظهر هذا الاتجاه كرد فعل عن النظرية التحليلية التي ركزت على اللاشعور (يوسفي،2016،ص93)، وقد أشار (روجر،Ranger,2015,p22) أنه يتم تحديد استراتيجيات التكيف مع الضغوطات وفقا لنموذج لازاروس وفولكمان من خلال التقييم المعرفي للتهديد الذي يشكله الموقف الضاغط والموارد المتاحة للتعامل معه، وبالتالي فإن التكيف مع الضغوط يمثل عملية ديناميكية ومستمرة، تتجلى من خلال سلسلة من الجهود الإرادية، المعرفية والسلوكية للتخفيف من مصدر التوتر أو تقليل من تأثيره، وبالتالي فإن الطبيعة التكيفية

لهذه الاستراتيجيات تعتمد على مدى ملاءمتها للمواقف التي يواجهها، وعلى الموارد الداخلية والخارجية المتواجدة لدى للفرد.

يميز لازاروس وفولكمان (1984) نوعين من التقييم لتحديد وتقييم الوضعية الضاغطة وموارد المواجهة التي يمكن تبنيها:

- **التقييم الأولي:** يتضمن تحديد معنى الحدث الضاغط فيما يتعلق مع معتقدات وقيم ودوافع الفرد.
- **التقييم الثانوي:** يعتمد على القدرات والموارد المتاحة التي من المحتمل أن تقلل أو تعمل على تخفيف من أثار الموقف الضاغط (Hartmann,2008). وذلك عن طريق تقييم إمكانياته الشخصية للتكيف مع الحدث الذي تم تقييمه، حيث يحدد الفرد نوع استراتيجيات التكيف التي يمكن استخدامها إزاء العامل الضاغط، وفي هذا الصدد يؤكد فولكمان على أهمية التقييمات التي يقوم بها الفرد فيما يتعلق بالمتطلبات التي تفرضها عليه وضعية الضاغطة من جهة، وعلى أثار تلك التقييمات على استخدامه لاستراتيجيات معينة في التكيف مع تلك الوضعية من جهة أخرى (عريس،2017، ص41).

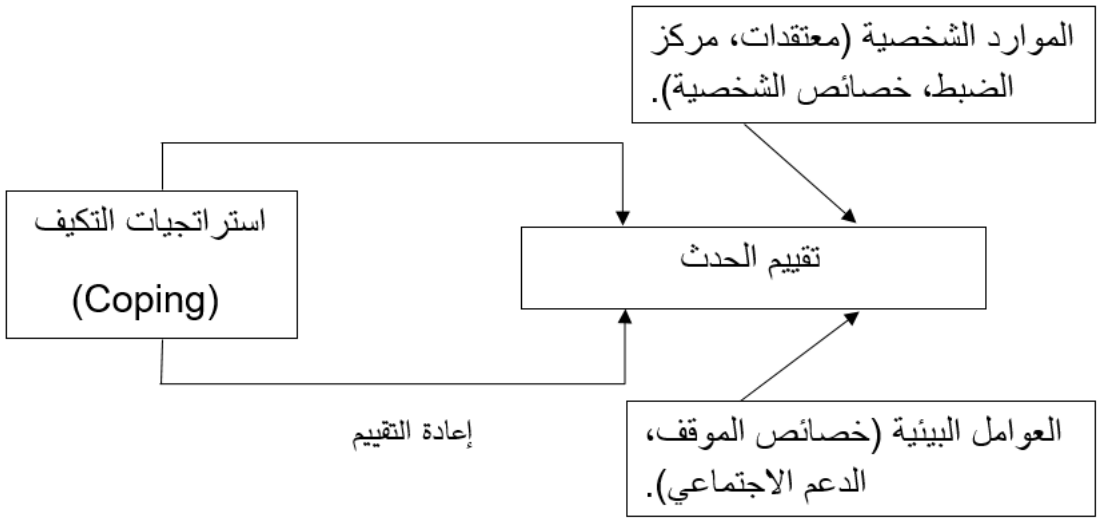
بالتالي تؤكد هذه النظرية على أهمية العوامل المعرفية وذلك في إدراك الفرد لما يتعرض له من أحداث ومواقف في البيئة الخارجية وتحديد كيفية تعامله معها، حيث تمثل العملية المعرفية القاعدة الأساسية لتحديد طبيعة استجابة الفرد للضغوط الحياتية والتغلب عليها.

ثالثا: النظرية التفاعلية: يستمد هذا النموذج من لفظ Transactionnel بمعنى تفاعلي، أي أن الفرد والبيئة متغيران لعلاقة ديناميكية وثنائية الاتجاه، يقوم على أساس التفاعل بين الفرد والمحيط والمتغيرات البيئية وخصائص الفرد وتقييمه للموقف للتكيف مع الحدث الضاغط (عريس،2017،ص44) وقد جاءت

هذه النظرية كرد فعل على الاتجاه التحليلي، حيث ترى أن استراتيجيات التكيف مع البيئة تزداد لدى الفرد كلما كانت علانية وشعورية بدلا من أن تكون لاشعورية ولا إرادية (مراكشي وخرموش،2019).

في هذا الصدد يرى كلا من (وينير وفريديهيم، Weiner&Freedheim,2003) أن استراتيجيات التكيف عبارة عن سلسلة من التفاعلات الدينامية بين الفرد والبيئة وأن الهدف من استراتيجيات التكيف هو التحكم في الأحداث الداخلية أو تغيير علاقات الفرد بالبيئة (القرا،2015، ص42).

حيث أشار (موس وبيلينخ، Moss& Billeings,1982) أن المصادر البيئية تؤثر بشكل فعال على تقييم الفرد للتهديد الذي ينتج عن الموقف الضاغط الذي يتعرض له وأيضا على اختيار استراتيجيات المواجهة بفعالية، وبذلك فإن عملية المواجهة تعتمد بشكل أساسي على العوامل الموقفية وعلى المصادر الداخلية والخارجية الموجودة لدى الفرد. (يوسفي،2016، ص94). وفي هذا الصدد يشير (Lazarus & Folkman) أن عمليات التقييم للعلاقة بين الفرد والبيئة تتأثر بالخصائص الشخصية (الموارد أو المصادر الشخصية) والمتغيرات المحيطة، وهذا ما يفسر كيف أن نفس الحدث الضاغط يقيم على أنه مهدد لشخص معين بينما يعتبره الآخر كتحد (زناد،2013، ص212).



الشكل رقم (04): سيرورة استراتيجيات التكيف حسب النظرية التفاعلية

(Paulhan,1992)

من خلال ما سبق عرضه حول أهم النظريات المفسرة لمفهوم استراتيجيات التكيف نستنتج وجود تباين في تفسير هذا المفهوم، حيث نجد أن الاتجاه التحليلي يعبر عن استراتيجيات التكيف بربطها باللاشعور، بمعنى أن الفرد يستخدم استراتيجيات التكيف بطريقة لاشعورية بهدف التخفيف من التوتر والصراع الناتج عن الحدث الضاغط، أما الاتجاه المعرفي فيرى استراتيجيات التكيف على أنها استراتيجيات شعورية واعية تعتمد على الأساليب المعرفية كالإدراك والتفكير في الطريقة التي تجعله يغير من الموقف الضاغط المعاش، بينما النموذج التفاعلي يرى أن استجابة للضغوط تظهر كنتيجة التفاعل بين مطالب البيئة وتقييم الفرد لهذه المطالب حسب المصادر الشخصية الموجودة لديه والتي تجعله يختار الاستراتيجيات المناسبة للتكيف مع المواقف والأحداث الضاغطة التي يتعرض لها.

5. تصنيف استراتيجيات التكيف:

من خلال مراجعة التراث النظري والدراسات المتعلقة بتصنيف استراتيجيات التكيف تبين وجود تصنيفات عديدة، حيث اختلف الباحثون في تصنيفهم لاستراتيجيات التكيف باختلاف الخلفية النظرية التي انطلق منها كل باحث في استخدام هذا المفهوم، واعتمد الباحثون على معايير مختلفة لتصنيف استراتيجيات التكيف بعضها صحي وتكيفي وبعضها الآخر غير صحي وغير تكيفي تبعا لطبيعة المواقف الضاغطة التي يتعرض لها الفرد، وسنحاول عرض أهم التصنيفات تبعا لكل باحث:

- **استراتيجيات التكيف عند (موس وبيلينغ، Billings et Moss,1981)**: حدد ثلاثة أنواع من استراتيجيات التكيف :

1) **الاستراتيجيات السلوكية الفعالة:** وتشمل مختلف المحاولات والمجهودات السلوكية الظاهرة للتعامل مباشرة مع المشكل.

2) **الاستراتيجيات المعرفية الفعالة:** وتتمثل في المجهودات المعرفية لتقدير الحدث بأنه ضاغط.

3) **الاستراتيجيات التجنبية:** هي استراتيجية الأكثر شيوعا تتمثل في استبدال العنصر المجهد بنشاط سلوكي أو معرفي (رياضة، ألعاب، أوقات الفراغ) (Marcel,2006).

❖ **تصنيف (لازاروس وفولكمان، Lzarus et Folkman,1984):**

1) **الاستراتيجيات التي تركز على المشكلة:** وتشير إلى محاولة الفرد حل المشكلة أو عمل أي شيء لتغيير مصدر الضغط والبحث عن الحلول الممكنة كالقيام بعملية التخطيط لحل المشكلة أو طلب النصيحة من الآخرين (التميمي، 2006،ص 25). وقد حدد لازاروس وفولكمان شكلين من أشكال الاستراتيجيات المتمركزة حول المشكلة وهما (عيسات،2022، ص130):

- **البحث عن المعلومات:** ويتم فيها الرغبة في الحصول عن معلومات أكثر حول الموقف، أو البحث عن توجيه من الأفراد الآخرين وطلب المساعدة.
- **العمل على حل المشكلة:** وتتمثل في إعداد خطط بديلة للتعامل مع الموقف، ومحاولة تعلم مهارات معينة موجه نحو المشكلة وحلها.

2) **الاستراتيجيات التي تركز على الانفعال:** ويقصد به تنظيم الانفعالات لتخفيف التأثير الانفعالي للضغط، وتشمل مجموعة من سلوكيات مثلا: إعادة البناء المعرفي، حل المشكلات، المهارات الاجتماعية، والبحث عن المعلومات (شويطر،2017،ص 81). كما تهدف إلى إدارة الاستجابات الانفعالية التي يسببها الموقف الضاغط، ويتم تنظيم هذه الانفعالات بطرق مختلفة (انفعالية، فسيولوجية، معرفية، سلوكية) (Schweitzer,2001).

وتوصل (لازاروس وفولكمان،1984) نقلا عن (عيسات،2022، ص131) من خلال تطبيق WCC إلى عوامل تتعلق بالمواجهة التي تركز على الانفعال والتي تتمثل فيما يلي:

- **التقليل من التهديد:** على سبيل المثال (لقد تصرفت وكأن شيئا لم يكن وقلت في نفسي إن الأمر ليس خطيرا جدا).
- **إعادة التقييم الإيجابي:** (خرجت أقوى من هذه التجربة).
- **اتهام الذات:** (لقد فهمت أنني أنا الذي كنت سبب المشكلة).
- **التجنب والهروب:** (اشعر بتحسن عن طريق الشرب أو التدخين، أحاول أن أنسى كل شيء).
- **البحث عن الدعم العاطفي الانفعالي:** (لقد تقبلت تعاطف شخص ما ودعمه لي).

❖ أما **تصنيف (مارتن وآخرون، Martin et al,1992)** قاموا بتصنيف استراتيجيات التكيف إلى نوعين رئيسيين هما:

1) **استراتيجيات المواجهة الانفعالية** (Strategies Emotional Coping): يستخدم فيها الفرد ردود فعل انفعالية تشمل التوتر والشك والغضب وعدم الراحة وغيرها.
2) **استراتيجيات المواجهة المعرفية** (Cognitive Coping Strategies): حيث يلجأ الفرد فيها إلى إعادة تفسير التحليل المنطقي والإيجابي والنشاط العقلي.

(Abualkibash & Ballout,2021)

❖ أما **تصنيف (كوهن، Cohen,1994)** عن (ليتيم وبوطوطن،2022) لاستراتيجيات التكيف والمتمثلة في:

1) **التفكير العقلاني:** وهي استراتيجية يلجأ من خلالها الفرد إلى التفكير المنطقي بحثا عن مصادر التوتر وأسبابه.
2) **التخيل:** استراتيجية يلجأ فيها الفرد إلى التفكير في المستقبل، كما أن لديهم قدرة كبيرة على تخيل ما قد يحدث.

3) **الإنكار:** هو نشاط يسعى من خلاله الفرد إلى إنكار الضغوط ومصادر التوتر بالتجاهل وكأنها لم تحدث على الإطلاق.

4) **حل المشكلة:** نشاط معرفي يقوم من خلاله الفرد إلى استخدام أفكار جديدة لمواجهة الموقف الضاغط.

5) **الدعابة/ الفكاهة:** استراتيجية تقوم على التعامل مع الضغوط ببساطة وروح الفكاهة، وعدم أخذ الحياة على محمل الجد بشكل كبير،كالقيام برحلة ترفيهية وأخذ إجازة عن العمل، أو قراءة كتب ومجلات ممتعة، أو مشاهدة برنامج تليفزيوني، أو اللعب مع الأطفال ، أو الذهاب للسينيما (مصطفى ،2006، ص 37).

6) **الرجوع إلى الدين:** في هذه الاستراتيجية يقوم الفرد بالإكثار من الدعاء وممارسة الطقوس الدينية كالصلاة والصوم وهو مصدر للدعم الروحي أو سلوك للتخفيف من الموقف الضاغط.

❖ **تصنيف (توبين، Tobin,2001)** عن (عاشور،2018) حيث قسم استراتيجيات التكيف التي يستخدمها الفرد عند مواجهة مشكلة معينة إلى:

1) **حل المشكلات (Problem Solving):** يهدف الأفراد في هذه الاستراتيجية إلى التخلص من مصادر المشكلة أو الموقف الضاغط عن طريق مواجهته وحل الموقف المشكل.

2) **إعادة تقييم الموقف (Cognitive restructuring):** يحاول الفرد في هذه الاستراتيجية تغيير أفكاره حول طبيعة المشكلة لتصبح أقل تهديدا، كما يحاول التركيز على الجوانب الإيجابية للموقف الضاغط بدلا من التركيز على كل ما هو سلبي.

3) **الدعم الاجتماعي (Social support):** يسعى الفرد في هذه الاستراتيجية للحصول وتقبل دعم الآخرين له سواء من الأسرة أو زملاء العمل، وكل من الأشخاص المحيطين به.

4) **التعبير عن المشاعر (Express emotions):** يطلق الفرد في هذه الإستراتيجية العنان لمشاعره، ويعبر عن عواطفه بكل حرية وتلقائية.

5) **تجنب المشكلات (Problem avoidance):** تشير هذه الاستراتيجية إلى محاولة الفرد الابتعاد عن المشكلات قدر الإمكان، وتجنب الأفكار والمواقف المسببة للقلق والتوتر بالنسبة له.

6) **التفكير التأملي (Wishful thinking):** تعكس هذه الاستراتيجية لجوء الفرد إلى التأمل على أن تكون الأمور ستكون أفضل وتحل المشكلة من تلقاء نفسها.

7) **الانسحاب الاجتماعي (Social withdrawal):** يحاول الفرد في هذه الاستراتيجية الانسحاب من المواقف الاجتماعية واللجوء إلى العزلة وتجنب الآخرين والابتعاد عن الأهل والزملاء.

8) **عتاب الذات (Self critsism):** يقوم الفرد في هذه الاستراتيجية بإلقاء اللوم على ذاته، وتحميل نفسه مسؤولية ما حدث.

من خلال التصنيفات التي تم التعرض لها يتضح لنا مدى تنوع استراتيجيات التكيف التي يستخدمها الفرد في مواجهة الأحداث والمواقف الضاغطة، فإما أن تكون فعالة أو إيجابية تخفف من الآثار السلبية الناتجة عن الضغوط، وإما قد تكون غير فعالة أو سلبية فتساهم في تفاقم الضغوط، وعلى الرغم من تعدد تصنيفات استراتيجيات التكيف إلا أن التصنيف الأكثر شيوعا هو تصنيف لازاروس وفولكمان القائم على استراتيجيات المركزة حول المشكل واستراتيجيات المركزة حول الانفعال.

6. وظائف استراتيجيات التكيف:

تم تناول الوظائف المتعددة لاستراتيجيات التكيف من طرف العديد من الباحثين كلا حسب نظريته، فقد حدد (ميشانيس،Mechanis,1974) صاحب النظرية الاجتماعية نقلا عن (عريس،2017،ص30) إلى وجود ثلاث وظائف لاستراتيجيات التكيف هي:

1) التعامل مع المتطلبات الاجتماعية والبيئية المحيطة بالفرد.
2) زيادة الدافعيه لمواجهة تلك المتطلبات.
3) المحافظة على التوازن النفسي بهدف توجيه الطاقة والاستعداد نحو مواجهة أو التكيف مع المتطلبات الخارجية.

❖ حدد **سكينر** وآخرون (2003) على أن استراتيجيات التكيف تؤدي وظيفتان هما:

1) حل المشكلة أو تغيير مصادر التوتر.
2) تنظيم/تعديل الضيق الذي تسببه مصادر التوتر (Massicotte,2015,p14).

❖ كما حدد **لازاروس وفولكمان** (Lazarus & Fokman,1984) نقلا عن (زناد وآخرون،2018، ص43) على أن استراتيجيات التعامل تهدف إلى تحقيق وظيفتين أساسيتين هما:

1) **الوظيفة الأولى:** تعديل الانفعالات الناتجة عن الموقف الضاغط الذي يمر به الفرد، وهنا يتم الاعتماد بشكل واضح على الاستراتيجيات المركزة على الانفعال من خلال تغيير درجة الاهتمام ورغم هذا إلا أن هذا النوع من الاستراتيجيات في التعامل مع الضغوط يحقق درجة من التحسن المؤقت، حيث يسمح هذا النوع بتخفيض المستوى الانفعالي الناتج عن الموقف أو الحدث الضاغط.
2) **الوظيفة الثانية:** العمل على معالجة المشكل المسبب للموقف الضاغط الذي يعيشه الفرد، وذلك بالاعتماد على الاستراتيجيات المركزة على المشكل، حيث يتم التركيز على تعديل

وتغيير المشكلة بشكل مباشر سواء عن طريق التصدي أو التخطيط، حيث يعمل هذان الأسلوبان بتوفير وسائل للفرد تمكنه من تحويل الموقف الذي يعيشه من موقف تهديد إلى فرص للنمو، الأمر الذي يسمح له بشكل غير مباشر بتغيير حالته النفسية والانفعالية.

- وحسب تصور (**وايت**، White,1974) عن (مكرلوفي،2022، ص81) فإن هذه الاستراتيجيات تمكن الأفراد من إنجاز ثلاث مهمات رئيسية وهي:

1) ضمان تأمين معلومات كافية حول البيئة أو المحيط.
2) الحرية في التعامل برصيد المعلومات وبطرق مرنة.
3) الحفاظ على الشروط الأساسية لعمليتي الأداء وانتقاء المعلومات.

الفصل الثالث: العلاقات المتبادلة بين مركز الضبط الصحي والصلابة النفسية واستراتيجيات التكيف وبعض المتغيرات الفردية

تمهيد

1. الفروق الفردية في نوع مركز الضبط الصحي
2. الفروق الفردية في مستوى الصلابة النفسية
3. الفروق الفردية في نوع استراتيجيات التكيف
4. علاقة مركز الضبط الصحي بالصلابة النفسية
5. علاقة مركز الضبط الصحي باستراتيجيات التكيف
6. علاقة استراتيجيات التكيف بالصلابة النفسية
7. مركز الضبط الصحي ومرض السرطان
8. دور الصلابة النفسية في التخفيف من أثر الاصابة السرطانية
9. استراتيجيات التكيف المستخدمة لدى مرضى السرطان

سنتطرق في هذا الفصل إلى عرض مختلف نتائج الدراسات السابقة فيما يخص العلاقات المفترضة بين المتغيرات الأساسية للبحث.

1. الفروق الفردية في نوع مركز الضبط الصحي:

كشفت العديد من الدراسات عن وجود فروق بين الجنسين في نوع مركز الضبط الصحي وقد أثبتت معظم الدراسات كدراسة (Seidenberg et al, 1978) أن الذكور أكثر تحكما داخليا من الإناث وذلك راجع للثقة العالية بالنفس والقدرة على التحكم في الأحداث مقارنة بالإناث، باعتبار أن البيئة وطبيعة المجتمع تتطلب من الذكور الصرامة والقوة، حيث يدفعون من الصغر لشق طريقهم بأنفسهم عكس الإناث.

(العاسمي،2016، ص273).

كما هدفت دراسة (لاو وآخرون، Lao et al 1988) عن (مرازقة،2016،ص26) في الكشف عن الفروق بين الجنسين في أبعاد مركز الضبط (البعد الداخلي/الخارجي) وقد تم تطبيق مقياس ليفينسون على عينة مكونة من 517 طالبا جامعيا صينيا، وتوصلت النتائج إلى ميل الذكور للضبط الداخلي مقارنة بالإناث، كما توصلت دراسة (Morowati et al,2009) إلى أن الذكور أكثر ميلا لمركز الضبط الداخلي والذي يزداد بالمستوى التعليمي مقارنة بالإناث اللواتي أظهرن ميلا لتبني مركز الضبط الخارجي للحظ، كما كشفت دراسة (سلوم وحمود،2021) عن وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مركز الضبط الصحي الداخلي والعمر ومستوى التعليمي، حيث كان الضبط الداخلي أعلى لدى المرضى الأكبر سنا والحاصلين على التعليم الجامعي، وتوصلت دراسة (لموفق،2015) عن وجود فروق في بعد الحظ تعزى للمستوى التعليمي لصالح المستوى الابتدائي، كما دراسة (ساعد،2017) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح الإناث فيما يتعلق ببعد الضبط الخارجي للحظ.

في حين أثبتت بعض الدراسات عن وجود فروق غير دالة إحصائيا بين المتغيرات الفردية في مركز الضبط الصحي كدراسة (نوار وحشاني،2020) التي توصلت إلى وجود فروق غير دالة في مركز الضبط الصحي لدى مرضى السكري حسب متغير الجنس، ودراسة عزوز (2015) حيث توصلت إلى عدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين مصدر الضبط الصحي والسن وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد مصدر الضبط الصحي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

2. الفروق الفردية في مستوى الصلابة النفسية:

تشير الأبحاث إلى أن الصلابة النفسية كخاصية نفسية تختلف من فرد لآخر تبعا لعدة عوامل من بينها التنشئة الاجتماعية وأساليب تعامل الآباء مع الأبناء، حيث كشفت العديد من الدراسات وجود فروق بين الجنسين في مستوى الصلابة النفسية ومن بين هذه الدراسات نجد دراسة عماد مخيمر (1996) بعنوان القبول والرفض الوالدين وعلاقته بالصلابة النفسية لدى طلاب الجامعة وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في الصلابة النفسية لصالح الذكور أي أن الذكور أكثر صلابة نفسية وإدراكا للتحدي والتحكم مقارنة بالإناث (يوسفي،2016، ص120)، كما توصلت دراسة (الكريديس،2021) عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان لصالح الذكور، كما كشفت دراسة (الغفيلي،2020) عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية للصلابة النفسية وأبعادها (الالتزام، التحدي، التحكم) لدى مرضى الفشل الكلوي لصالح المرضى الذكور ولصالح المرضى ممن فئاتهم العمرية (41–60 سنة)، ولصالح المرضى ممن مستواهم التعليمي (جامعي فأكثر) ولصالح المتزوجين، كما توصلت دراسة (Raz & Solomon,2006) إلى وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان حسب متغير الجنس لصالح الذكور (الغفيلي،2020).

أما دراسة (موريسي وهانا، Morrissey&Hanna,2001) عن (الطبيخ وآخرون،2015) والتي هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين الصلابة النفسية وعدد من المتغيرات، لدى عينة مكونة من (327) مراهقا، وتوصلت النتائج إلى أن الصلابة النفسية تزداد مع العمر، حيث توصلت إلى أن الإناث أكثر صلابة من الذكور في المستويات العمرية المبكرة، وفي نفس السياق هدفت دراسة (ستيفنسون،Stephenson,1990) عن (شويطر،2017) إلى معرفة العلاقة بين الصلابة النفسية واستراتيجيات التعامل باختلاف الجنس وأسفرت نتائجها أن الإناث أكثر صلابة نفسية من الذكور.

في حين أثبتت بعض الدراسات عن وجود فروق غير دالة احصائيا بين المتغيرات الفردية في مستوى الصلابة النفسية، ومن بينها دراسة عزة الرفاعي (2003) عن (الغفيلي،2020) حيث توصلت النتائج إلى وجود فروق غير دالة احصائيا بين الذكور والإناث في مستوى الصلابة النفسية، وفي نفس السياق توصلت دراسة (الدرويش وآخرون،2022) عن وجود فروق ليس لها دلالة احصائية بين الذكور والإناث على مقياس الصلابة النفسية.

3. الفروق الفردية في نوع استراتيجيات التكيف:

تعرف استراتيجيات التكيف مع الضغوط النفسية بأنها الأساليب التي يتبناها الفرد ويمارسها للتعامل مع مواقف الحياة الضاغطة، حيث تتعدد استراتيجيات التكيف التي يستخدمها الفرد تجاه المواقف التي يتعرض لها، وتختلف هذه الاستراتيجيات بإختلاف الأفراد، فما يستخدمه فردا تجاه موقف معين قد لا يستخدمه الآخر وذلك نظرا للفروق الفردية الموجودة بين الأفراد، وفي هذا الصدد أشار (لازاروس وليونار، Lazarus & Launier, 1978) إلى أن هناك العديد من العوامل التي تؤثر في استراتيجيات التكيف التي يستخدمها الأفراد في تعاملهم مع المواقف والأحداث الضاغطة، من بينها العوامل الشخصية؛ وتتضمن

الجنس والعمر والحالة الاقتصادية والاجتماعية للفرد.(أبو العيش،2016) والتي تساهم في اختيار الفرد لاستراتيجيات تكيف دون الأخرى.

كشفت العديد من الدراسات وجود فروق بين المتغيرات الفردية في استخدام استراتيجيات التكيف، ومن بين هذه الدراسات نجد ما توصل إليه (ريتز، Raetz,2002) عن (أبو العيش،2016) في دراسة حول الضغوط واستراتيجيات التكيف معها، حيث تكونت العينة من (209) من طالب وطالبة السنة الأولى بجامعة جورجيا الأمريكية، وتوصلت النتائج إلى أن هناك فروقا دالة احصائيا بين الجنسين في استخدام وسائل التكيف مع الضغوط يعود إلى الأدوار التقليدية التي تميز الذكور عن الإناث في مواجهة الضغوط النفسية، كما قام (ستون ونيل، Stone &Neale,1987) بدراسة استهدفت التعرف على أساليب المواجهة التي يستخدمها كل من الجنسين في مواجهة المشاكل اليومية، وأسفرت النتائج إلى أن الذكور يقومون بأفعال مباشرة في مواجهة المشاكل في حين أن الإناث تستخدمن استراتيجيات سلبية وتشمل التشتت والتنفيس والسعي إلى البحث عن المساندة الاجتماعية من الآخرين (مراكشي وخرموش،2019).

كما كشفت دراسة (غزال ودبك،2018) إلى أن استراتيجيات التكيف تتغير بتغير العمر والجنس، حيث تميل الإناث إلى استخدام الاستراتيجيات الموجهة للإنفعال ويميل المسنون لاستخدام استراتيجية الدعم الاجتماعي العاطفي والتقبل، إضافة إلى دراسة (ديركس و آخرون،Derks et al,2004) بعنوان الاختلافات في أسلوب التكيف ومركز الضبط بين المرضى الأكبر سنا والشباب المصابين بسرطان الدماغ والعنق، وأسفرت النتائج إلى استخدام المرضى الأصغر سن استراتيجيات التكيف النشطة بشكل ملحوظ في كثير من الأحيان، كما استخدم المرضى الأكبر سنا استراتيجية التدين بشكل متكرر، إذ يشير معظم الباحثين إلى أن استراتيجيات التكيف التي يستخدمها الفرد في التعامل مع الأحداث الضاغطة تتغير مع تقدم العمر وزيادة مستوى النمو المعرفي للفرد. فالبالغون يستخدمون ضبط النفس وإعادة التفسير المعرفي للأحداث والتأكيد على الجوانب الإيجابية للحدث، بينما يميل المسنون إلى استخدام استراتيجيات التكيف مثل الازاحة

والاسقاط والأساليب الدفاعية اللاشعورية في مواجهة الأحداث التي تعترضهم(غزال ودبك،2018). وفي نفس السياق كشفت دراسة (رجب،1995) عن أثر الفروق الجنسية والعمرية في أساليب المواجهة مع المواقف الضاغطة، على عينة قوامها 648 فردا من الجنسيين، وتوصلت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائيا تعزى إلى متغير السن، حيث تبين أن الشباب أكثر ميلا لاستخدام أسلوب إعادة التقييم الإيجابي للموقف والتحليل المنطقي والبحث عن المساندة الأسرية والاجتماعية مقارنة مع المراهقين (مرازقة،2016، ص30).

في حين توصلت بعض الدراسات إلى وجود فروق غير دالة احصائيا بين المتغيرات الفردية في استخدام استراتيجيات التكيف، ومن بينها ما أشارت إليه دراسة (رجب،1995) في الكشف عن الفروق الجنسية والعمرية في اساليب المواجهة مع المواقف الضاغطة، حيث أظهرت نتائج الدراسة إلى وجود فروق غير دالة إحصائيا في استخدام أساليب المواجهة تعزى إلى الجنسيين (مرازقة،2016، ص30)، كما توصلت دراسة (عاشور،2018) إلى وجود فروق ليس لها دلالة احصائية في متوسطات درجات مقياس استراتيجيات التكيف تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، ودراسة (شعبان،1995) عن (المساعيد،2013) إلى أنه لا يوجد فروقا جوهرية في أساليب التكيف الإقدامية والإحجامية بين الذكور والإناث.

4. علاقة مركز الضبط الصحي بالصلابة النفسية:

يعد كلا من مركز الضبط الصحي والصلابة النفسية من بين المتغيرات الشخصية ذات الأهمية في مقاومة الضغوط، حيث أثبتت الدراسات التي أجريت في هذا الشأن عن وجود علاقة ارتباطية بين كلا المفهومين، حيث أكد كريستوف على أن الصلابة النفسية ترتبط بمتغيرات إيجابية من بينها الضبط الداخلي والذي يعمل على تقوية البناء النفسي للفرد تجاه المواقف الضاغطة (المهداوي،2016).

كما توصلت كوبازا (Kobasa,1979) إلى أن الأفراد ذوو مركز الضبط الخارجي أقل صلابة نفسية وأكثر تعرضا للضغط (ساعد،2017). وحسب (يوسفي،2016) فإن خصائص الأفراد ذوو مركز الضبط الداخلي تتداخل مع خصائص الأفراد ذوي الصلابة النفسية ومن بينها القدرة على التحكم والسيطرة على الأحداث وحل المشكلات وعزوها إلى السلوك الشخصي. كما أشارت دراسة (كوبازا ومادي، 1984) إلى أن الأفراد الذين لديهم صلابة نفسية مرتفعة يستجيبون للمواقف الضاغطة بعدة اتجاهات ومن بينها مركز الضبط الداخلي، حيث يتحكمون في تصرفاتهم وأفعالهم ونتائج سلوكياتهم (معمرية،2019).

كما كشفت دراسة (تعولميت وعليوة،2022) بعنوان مصدر الضبط الصحي وعلاقته بالصلابة النفسية لدى مرضى السرطان على عينة قوامها 42 مريضا بالسرطان، توصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية بين مركز الضبط الصحي والصلابة النفسية في البعد الداخلي، كما كشفت دراسة (أندرسن،Andersen,1997) أن الأفراد ذوو الصلابة النفسية المرتفعة لديهم اعتقاد عام بالتحكم في صحتهم، أما الافراد ذوي الصلابة النفسية المنخفضة يعتقدون أن صحتهم تعتمد على الآخرين الأقوياء في المجتمع أو على الصدفة والحظ.

من خلال ما سبق يمكن تفسير علاقة الصلابة النفسية بمركز الضبط الصحي في أنهما يلتقيان في نقطة واحدة تتمثل أساسا في القدرة على الضبط والتحكم في الأحداث، أي كلما قاموا الأفراد بتبني مركز ضبط داخلي كلما ارتفع مستوى الصلابة النفسية لديهم من خلال اعتقاد الفرد وإدراكه لإمكانياته وقدراته الداخلية في مواجهة الأحداث الضاغطة التي يتعرض لها.

5. علاقة مركز الضبط الصحي بإستراتيجيات التكيف:

يمثل مركز الضبط أحد متغيرات الشخصية التي تساهم بدور فعال في تحديد كيفية الاستجابة للمواقف الضاغطة، وحسب (المخيني،2008، ص28) فإن الأفراد ذوو مركز الضبط الداخلي يختلفون عن

الأفراد الذين ذوي مركز الضبط الخارجي وذلك في ردود أفعالهم عندما يواجهون الضغوط المختلفة، فالأفراد الذين يعتقدون بمركز التحكم الداخلي يعدون أكثر احتمالا للمواقف الضاغطة التي يواجهونها في حياتهم ويستطيعون التكيف معها، في حين يعتبر الأفراد الذين ذوي مركز الضبط الخارجي أقل احتمالا للضغوط التي يواجهونها ، ولا يستطيعون التكيف معها بسهولة مما يؤثر على أدائهم ونفسيتهم.

حيث كشفت دراسة (بروشور وآخرون، Bruschor et al, 1994) إلى أن الأفراد ذوو مركز الضبط الداخلي يستخدمون استراتيجيات تكيف إيجابية مثلا: حل المشكلات والتعبير عن الغضب، في حين أن الأفراد ذوي الضبط الخارجي يستخدمون استراتيجيات تكيف سلبية مثل التجنب (عريس،2017،ص25)، وفي نفس السياق توصلت دراسة (هربكا، Harkapaa,1991) إلى أن الاعتقاد في مركز الضبط الداخلي ارتبط باستخدام متزايد لإستراتيجيات المواجهة الإيجابية، كما ارتبط الاعتقاد القوي في مركز الضبط الخارجي بالميل إلى استخدام استراتيجيات المواجهة السلبية مثل الكارثية والتمني (مرازقة،2016، ص121). كما كشفت دراسة(يونجر ،Yonger,1995) عن وجود علاقة ارتباطية بين التكيف مع الضغوط النفسية ومصدر الضبط الصحي الداخلي (يعقوبي وسي بشير،2023). كما توصلت دراسة (ريس وكوبر، Ress&Cooper,1992) أن ذوي مركز الضبط الداخلي يستخدمون استراتيجيات تكيف فعالة كالسعي في البحث عن المساندة ، كما يتمتعون بمستوى مرتفع من الصحة النفسية والجسدية ولديهم علاقات جيدة مع الآخرين ، كما يميلون إلى التقييم الإيجابي في التعامل مع المواقف الضاغطة التي يتعرضون لها (يوسفي،2016، ص80).

كما توصلت الأبحاث إلى وجود علاقة ارتباطية لكل مركز الضبط الصحي واستراتيجيات التكيف في المجال الصحي والتعامل مع الأمراض، حيث إن المرضى الذين يعتقدون بضبطهم وتحكمهم في مرضهم يكونون أقل توترا وتمتاز أساليب مواجهتهم بكونها أكثر فاعلية (ساعد،2017). حيث توصلت دراسة (ماركس وآخرون، Marks et al,1986) إلى أن مركز الضبط الصحي الداخلي يلعب دورا هاما في

مواجهة مرض السرطان مواجهة فعالة، بمعنى أن المرضى الذين يشعرون بإحساس التحكم والسيطرة على حياتهم ومرضهم حققوا مستويات تكيف عالية (جبالي وعزوز،2014).

كما كشفت دراسة (بريان وآخرون، Prury&al,1988) عن دور مصدر الضبط والتكيف مع المرض على عينة من (118) مريضا بالسرطان، وأسفرت النتائج إلى أن الأفراد الذين يميلون إلى الضبط الداخلي لديهم تكيف أحسن مع المرض عن الآخرين، كما يتبنون سلوكيات أكثر صحية ويقومون بالبحث عن المساندة الاجتماعية ولديهم تقدير ذات عال وقلق أقل (عزوز،2015، ص37).

حسب (برجر، Berger,2009,p32) أن المصابين بالسرطان الذين يشعرون بأن لديهم القدرة على السيطرة على الأعراض المتعلقة بمرضهم لديهم قدرات واستراتيجيات أفضل للتكيف ويتمتعون بصحة نفسية جيدة ويعانون أقل من القلق والاكتئاب، وذلك لكون معتقدات الفرد تؤثر في كيفية استجابته تجاه المرض وفي اختيار الإستراتيجيات لمواجهة الموقف الضاغط بسلوك تكيفي صحي فعال أو غير فعال. كما أشارت (مزاور،2016) إلى أن المصابين بالسرطان من ذوي التحكم الداخلي يستخدمون إستراتيجية التخطيط لحل المشكل، في حين أن الأفراد المصابين بالسرطان من ذوي التحكم الخارجي يميلون إلى استراتيجية التجنب/الهروب.

كما كشفت دراسة (هالنتوف وآخرون، Haltinhof&al,2000) حول العلاقة بين سلوكيات المواجهة ومركز الضبط والاكتئاب ومتغيرات ذات صلة بالمرض على عينة مكونة من (45) مريضا يعانون من مرض الرعاش العصبي، وتوصلت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية قوية بين مركز التحكم الداخلي وأسلوب المواجهة الإيجابية التي يستخدمها المريض للتعامل مع حالته المرضية والحفاظ على صحته (جبالي وعزوز،2014).

في حين يرتبط البعد الخارجي لمركز الضبط الصحي باستراتيجيات غير فعالة أو سلبية، حيث كشفت في هذا السياق (دراسة كريسون، Crisson,1988) أن المرضى الذين تحصلوا على درجات عالية

على بعد (الحظ والقدر) كانوا أكثر عجزا في التعامل مع مرضهم، كما أظهروا مستويات عالية من الضغط النفسي، معتمدين على استراتيجيات تحويل الانتباه والتأمل، كما توصلت كل من دراسة (رينلرت، Reynaert,1995)، و(براباندر، Brabanda,1996) و(فريزر، Fraizier,1999) إلى أن الأفراد الذين يعتقدون بأن صحتهم ترجع لعوامل خارجية يدركون الأحداث على أنها ضاغطة (يعقوبي وسي بشير، 2023).

يتضح مما سبق أن مركز الضبط الصحي يؤثر على استراتيجيات التكيف باعتباره سمة من سمات الشخصية التي تلعب دورا هاما في تحديد استجابة الأفراد اتجاه المواقف الضاغطة والشاقة وذلك بناء على نوع مركز الضبط الصحي لديهم، حيث يرتبط مركز الضبط الصحي الداخلي باستراتيجيات التكيف الفعالة (الإيجابية)، وفي المقابل، يرتبط مركز الضبط الصحي الخارجي باستراتيجيات التكيف غير الفعالة (السلبية).

6. علاقة استراتيجيات التكيف بالصلابة النفسية:

تمثل الصلابة النفسية إحدى سمات الشخصية التي تساعد الفرد على التعامل الجيد مع أحداث الحياة الضاغطة، حيث يتصف ذوو الصلابة النفسية المرتفعة بالتفاؤل والهدوء الانفعالي والتعامل الفعال مع الضغوط، ويستطيعون تحويل المواقف الضاغطة إلى مواقف أقل تهديدا.(المهداوي،2016)، حيث أشارت (كوبازا، Kobasa,1979) إلى أن تأثيرات الصلابة النفسية على الصحة النفسية يتم التوسط فيها من خلال التقييم المعرفي للفرد للمواقف الضاغطة وبين الاستعداد والتجهيز لإستراتيجيات التكيف، حيث تعمل الصلابة النفسية على التقليل من التهديد وتساعد الفرد على التكيف مع الضغوط النفسية بفعالية (Bissonnette,1998)، كما أشار (مخيمر،1996) على أن الصلابة النفسية تؤدي دورا هاما كأحد

المتغيرات التي تساعد الفرد كي يدرك ويواجه بفعالية مواقف الحياة الضاغطة ويتعايش معها بشكل إيجابي (معمري،2022).

كشفت دراسة شان (Chan,2003) عن وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين الصلابة النفسية وأساليب حل المشكلات، والسعي للحصول على المساندة الاجتماعية والتنفيس الانفعالي كاستراتيجيات إيجابية في التعامل مع الضغوط، كما أسفرت عن وجود علاقة ارتباطية سالبة بين الصلابة النفسية وبين استراتيجيات التكيف السلبية في التعامل مع الضغوط كالإنكار ومحاولة صرف الذهن عن التفكير في المشكلة والتحرر السلوكي (يوسفي،2016، ص80). وفي نفس السياق توصلت دراسة (Abualkibash &Ballout,2021) إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيا بين الصلابة النفسية والأساليب الإيجابية في مواجهة الضغوط، كما كشفت دراسة (جعرير واليزيد،2021) بعنوان الصلابة النفسية وعلاقتها بأساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى طلبة مرضى بداء السكري، وتوصلت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين أبعاد الصلابة النفسية (الإلتزام والتحكم والتحدي) وأساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى المصابين بداء السكري.

بالتالي تعمل الصلابة النفسية على مساعدة الأفراد في مواجهة المواقف الضاغطة وذلك من خلال تبني استراتيجيات المناسبة للتكيف معها، فحسب (أشتيه،2018) أن أفضل المتكيفين مع الضغوط هم ذوو الصلابة النفسية المرتفعة، الذين لديهم التزام عال ولديهم الإحساس بالسيطرة على الأمور والقدرة على مواجهة تحديات الحياة الضاغطة، حيث وجد (مادي،2002) أن الجنود الذين يتمتعون بصلابة عالية يتكيفون بشكل أفضل مع ضغوط الصحة والحياة أكثر من أولئك الذين لديهم انخفاض في الصلابة النفسية (Maddi,2020). كما أشار هانتون إلى أن الأفراد الذين يتمتعون بالصلابة النفسية يستخدمون التقييم واستراتيجيات المواجهة بفاعلية (المهداوي،2016). كما توصلت دراسة جينتري وكوبازا (1984) إلى أن الأفراد ذوي الصلابة النفسية المرتفعة ينخرطون في استراتيجيات التكيف الفعالة التي تنطوي على تحويل

المواقف الضاغطة إلى تجارب أكثر إيجابية. على النقيض من ذلك، نجد أن الأفراد الذين لديهم صلابة نفسية منخفضة ينخرطون في استراتيجيات التكيف غير فعالة مثل التجنب المعرفي والسلوكي أو الإنكار (Paula et al,1992) كما كشفت دراسة كل من (Williams, Wiebe, and Smith,1992) أن الأفراد الذين لديهم بمستوى عال من الصلابة النفسية لديهم ميل للتعامل مع المواقف الضاغطة بفاعلية مقارنة بالأفراد ذوي صلابة نفسية منخفضة (جعرير،2016، ص220).

كما أسفرت دراسة سمير عبد الكريم الريماوي (2019) عن وجود علاقة موجبة دالة إحصائيا بين الصلابة النفسية وبعض استراتيجيات التكيف الإيجابية للضغوط النفسية (التحليل المنطقي، التقييم الإيجابي، البحث عن الدعم والتوجيه)، ووجود علاقة سالبة دالة بين الصلابة النفسية واستراتيجيات التكيف السلبية مع الضغوط النفسية (الاستسلام والانسحاب) (إسماعيل والحسيني،2021).

كما كشفت دراسة (الطبيخ وآخرون،2015) عن وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الصلابة النفسية وبين بعض استراتيجيات التكيف التالية: التحليل المنطقي، التقييم الإيجابي، البحث عن الدعم والتوجيه، حل المشكلة. كما توصلت دراسة (حنصالي،2014) عن وجود علاقة ارتباطية موجبة بين أساليب مواجهة الضغوط النفسية وبعدي التحكم والتحدي لمقياس الصلابة النفسية، حيث وجدت علاقة ارتباطية موجبة بين أساليب إدارة الضغوط النفسية (إعادة التفسير الإيجابي والمواجهة النشطة والرجوع إلى الدين وقمع الأنشطة) وبين أبعاد الصلابة النفسية (الالتزام والتحكم والتحدي)، كما وجدت علاقة موجبة ودالة إحصائيا بين أسلوبي (التقبل والدعابة) وبين بعد التحدي.

كما توصلت دراسة (Steinhardt et al,2000) إلى وجود علاقة إيجابية دالة بين الأبعاد الفرعية للصلابة النفسية (الالتزام، التحكم، التحدي) وأساليب المواجهة الفعالة، في حين وجدت علاقة سلبية دالة بين الدرجة الكلية والأبعاد الفرعية للصلابة النفسية (الالتزام، التحكم، التحدي) وأساليب المواجهة التجنبية (الشهري،2021).

في ضوء على ما سبق، فإن الصلابة النفسية تلعب دورا هاما في التأثير على التقييم المعرفي للفرد اتجاه الأحداث التي يواجهها وذلك بناء على نوع الصلابة النفسية لديهم، حيث اتضح أن أصحاب الصلابة النفسية المرتفعة يستخدمون استراتيجيات تكيف فعالة أو إيجابية، بينما يستخدم الأفراد ذوو الصلابة النفسية المنخفضة استراتيجيات تكيف غير فعالة أو سلبية.

7. مركز الضبط الصحي ومرض السرطان:

يعد مركز الضبط الصحي من المتغيرات المهمة التي تم تناولها في سياق الأمراض المزمنة، ووفقا لـ (Piehota et al,2004) أن الطريقة التي يفسر بها الفرد أسباب مرض معين سيؤثر على بعض المعتقدات حول المرض، والتي بدورها ستؤثر على السلوكيات الصحية لديه، كما تم استخدام مركز الضبط في دراسة سلسلة من القضايا الصحية الأخرى مثل فيروس نقص المناعة وارتفاع ضغط الدم والسرطان (Kong & Fuynuan,2011).

حسب (والستون،Wallston,1982) يرتبط مركز الضبط الداخلي بالصحة الجيدة، والرعاية الصحية الوقائية، والمزيد من التكيف مع الأمراض المزمنة مثل السرطان وأمراض القلب والأوعية الدموية (Shahrier et al,2012). كما أشار(Eachus,1991) نقلا عن (أحمان،2017) إلى أنه تم فحص دور مركز الضبط الصحي من عدة أوجه، وقد تبين أن له أهمية في التنبؤ بتقبل العلاج ومتابعته، وفي تبني السلوكيات الصحية الوقائية، كما أنه عامل دال في السلوك التفاعلي بين المريض والعاملين في المجال الصحي.

لقد دلت العديد من الدراسات إلى أهمية الضبط الداخلي منها دراسة (Strikland,Debs,Kinsht) حيث كشفت أن التحكم الداخلي يحسن الصحة لأنه متصل بالسلوك التنبئي، كما توصلت نتائج الدراسة

إلى أن ذوي الضبط الداخلي يتميزون بصحة جيدة، ولديهم رغبة في الحصول على معلومات أكثر عن مرضهم، ويقومون بتبني سلوكيات وقائية مقارنة بالأفراد ذوي الضبط الخارجي (جبالي وعزوز،2014).

من هذا المنطلق أظهرت العديد من الدراسات ارتباط مركز الضبط الصحي الداخلي لدى مرضى السرطان بالحالة الصحية الجيدة والنتائج العلاجية الفعالة، وفي هذا السياق ترى (تعولميت وعليوة،2022) أن اعتقاد المصابين بالسرطان بمركز الضبط الداخلي يدفعهم إلى التكيف بطريقة إيجابية مع المرض والامتثال للعلاج ، والتزامهم بالتعليمات الطبية والسلوكيات التي تتلاءم مع وضعهم الصحي.

كما توصلت دراسة (ماركس وآخرون، Marks et al,1986) إلى أن المرضى الذين يشعرون بإحساس التحكم والسيطرة على مرضهم كانت لديهم مستويات تكيف عالية وكانت معاناتهم من حالة الاكتئاب والقلق أقل (جبالي وعزوز،2014).

من خلال ما سبق نستخلص أن مركز الضبط الصحي من المتغيرات الأساسية في مجال الصحة والتعامل مع الأمراض المزمنة ولا سيما مرض السرطان، وذلك لما له دور في تحديد استجابات المرضى من خلال التأثير على سلوكهم فيما يتعلق بصحتهم، كما له دور مركزي في الرعاية الصحية لديهم، حيث إن مرضى السرطان الذين يعتقدون أنهم يتحكمون في صحتهم، من المرجح أن ينخرطوا في سلوكيات أكثر صحية مثلا: الالتزام بإجراء الفحوصات الطبية والامتثال للعلاج الكيميائي والإشعاعي من خلال اقتناعهم بقدرتهم وكفاءتهم على التحكم في مسار العلاج، والتماثل للشفاء من المرض، في حين أن المرضى ذوو مركز الضبط الخارجي يرون في الكثير من الأحيان بأن صحتهم متحكم فيها من قبل الآخرين الأقوياء أو الحظ والصدفة.

8. دور الصلابة النفسية في التخفيف من أثر الإصابة السرطانية:

تعد الصلابة النفسية من المتغيرات الإيجابية في حياة الفرد، ولا سيما خلال التعرض للضغوط النفسية الناتجة عن الأمراض المزمنة، حيث تعمل على التأثير في الوضع الصحي وخاصة ما يتعلق بالضغوط الناتجة عن المرض وتدابير العلاج باعتبارها عاملا محددا في تعزيز السلوكيات الصحية والحفاظ عليها، حيث كشفت دراسة (الكريديس،2021) بعنوان الصلابة النفسية وعلاقتها بالسلوك الصحي لدى عينة من المسنين مرضى السرطان إلى وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين الصلابة النفسية والسلوك الصحي من حيث أبعادها التي تتضمن الالتزام بالممارسات الصحية السليمة وبالتعليمات الطبية، والتحكم في الذات، وتحدي الضغوط النفسية الناتجة عن المرض وظروف العلاج.

أشار(الكريديس،2021) أن الضغوط التي يتعرض لها مرضى السرطان تختلف آثارها من مريض لآخر، فقد يدركها ذوو الصلابة النفسية المرتفعة بصورة إيجابية تمكنهم من الالتزام بما يتطلبه وضعهم الصحي بالتقيد بالتعليمات الطبية، والتحكم في اتخاذ القرارات المتعلقة بصحته، والتكيف مع الوضع الراهن والنظر بتفاؤل، حيث إن التزام المرضى بالتعليمات الطبية يحسن من الصحة النفسية لدى المريض من خلال شعوره بالطمأنينة والأمل في الشفاء وبالتالي التعايش بإيجابية مع وضعه الصحي، كما أن قدرة المريض على التحكم في النفس تمكنه من تحسين صحته النفسية من خلال النظرة الإيجابية للآثار التي تترتب على المرض ومواجهتها والعمل على حلها، كالتحكم في الأعراض الجسدية الناتجة عن المرض مثل: تساقط الشعر، شحوب الوجه، بتر عضو المصاب..إلخ أو الاضطرابات الأسرية والاجتماعية.

يمكن تلخيص أهمية الصلابة النفسية في النقاط التالية:

- تحسين الأداء النفسي والصحة النفسية والبدنية، والمحافظة على السلوكيات الصحية.
- تعمل على إدراك الأحداث الضاغطة وتجعلها تبدو أقل حدة.

- تؤدي إلى التغيير في الممارسات الصحية، مثل اتباع نظام غذائي صحي، وممارسة الرياضة.
- تجعل الفرد يقيم الضغوط تقييما واقعيا، كما أنها تجعله أكثر نجاحا وفعالية في مواجهتها.
- تؤدي إلى تبني استراتيجات مواجهة النشطة بحيث يستطيع الفرد مواجهة الأحداث التي يتعرض لها بفعالية.
- تعمل على التقليل من الشعور بالإجهاد الناتج عن الإدراك السلبي للمواقف والأحداث والوقاية منه. (قويدر،2023)

يتضح مما سبق أهمية الدور الذي تلعبه الصلابة النفسية في سياق الصحة والمرض حيث إن إصابة الفرد بمرض مزمن كمرض السرطان قد يؤثر بصورة كبيرة على النواحي النفسية ، فتعمل الصلابة النفسية على مساعدة الفرد على التكيف مع الظروف الضاغطة الناتجة عن المرض إلى جانب قدرته على استغلال جميع إمكاناته النفسية كي يستطيع تقبل وضعه الصحي والتعايش معه، كما تعمل على زيادة وعي المريض بأهمية دوره في الشفاء وذلك من خلال الالتزام بالتعليمات الصحية المناسبة لوضعه الصحي من خلال أخذ الدواء وتنفيذ تعليمات الطبيب ومتابعة سير العلاج، والتحكم والتحدي من خلال عدم الاستسلام للوضع الصحي، والتكيف مع التغييرات النفسية والجسدية الناتجة عن المرض والعلاج.

9. استراتيجيات التكيف المستخدمة لدى مرضى السرطان:

تعتبر الإصابة بالسرطان وضعية مرضية تضطر المصاب به إلى البحث عن مختلف الطرق والأساليب للتكيف معه والتي تختلف من فرد لأخر، حيث إن انعكاسات المرض على صحة المريض الجسمية والنفسية تتطلب منه التعامل معه ومواجهته باستخدام استراتيجيات مختلفة، الأمر الذي جعل من

دراسة استراتيجيات التكيف مسألة ذات أهمية بالغة في الدراسات النفسية وهذا نتيجة دورها المهم في تحقيق التوازن والتخفيف من شدة الضغوط الناجمة عن المرض.

قد أثبتت نتائج الأبحاث أن تبني الاستراتيجيات النشطة يرتبط بتحسين التشخيص (طول البقاء على قيد الحياة، وعدم الانتكاس وتحسين نوعية الحياة)، وبالتالي فإن تبني هذه الإستراتيجيات مفيد في كل مرحلة من مراحل العلاج وإعادة التأهيل (Katedra ,2015).

تتنوع الاستراتيجيات التي يستخدمها مرضى السرطان في عملية التكيف مع مرضهم بتنوع مصادرها، حيث وجدت العديد من الدراسات أن مرضى السرطان الذين يستخدمون استراتيجيات المواجهة النشطة التي تركز على المشكلة كانوا أكثر صحة من الناحية النفسية والبدنية، كما يعاني مرضى السرطان الذين يستخدمون استراتيجية التجنب من أعراض اكتئابية أكثر وصحة بدنية أسوأ.

(Jurian et al,2015)

كما توصل كل من تيرنر (Turner,1991) وزوترا ومان (Zautra and Manne,1991)، إلى أن المرضى الذين يعانون من الأمراض المزمنة والذين يقومون باستخدام استراتيجيات تكيف سلبية، كالإنكار أو التركيز على الألم أو تحويل الانتباه، يعانون من درجات أعلى من عدم القدرة وضعف الكفاءة الذاتية، كما أن المرضى الذين يقومون بالسيطرة والتحكم بوضعهم الصحي وعدم الإنكار لواقعهم الصحي يبقون أكثر فعالية ونشاط وعلى اتصال جيد بمن حولهم (التميمي،2006، ص56).

كما كشفت دراسة (مزلوق،2014) عن استراتيجيات المواجهة التي يوظفها مريض السرطان لخفض الضغوط النفسية الناجمة عن الإصابة بالورم السرطاني، حيث توصلت إلى أن مرضى السرطان يستخدمون استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال أكثر من استخدامهم لاستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل والمتمركزة حول السند الاجتماعي.

كما قام دنكل سيتر وآخرون (1992) Dunkel-Schetter et al بتحليل استجابة (603) مرضى مصابين بأنواع مختلفة من السرطان ، وتم تطبيق مقياس قائمة طرق المواجهة لفولكمان وآخرون (1980) وتوصلوا إلى أن مرضى السرطان يستخدمون خمس استراتيجيات مواجهة وهي: البحث عن الدعم الاجتماعي، التجنب المعرفي والسلوكي، أخذ المسافة، التقييم الإيجابي (جبالي ومرازقة،2015).

توصلت دراسة (سالمان، Salman,2018) في تحديد استراتيجيات التكيف مع مرض السرطان والتي يعتمدها المراهقين والشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و39 سنة، إلى أن استراتيجيات التكيف مع المرض الأكثر استخداما من قبل المراهقين والشباب هي: الدين، التقبل، يتبعها البحث عن المساندة، التعامل النشط والتخطيط، كما تمثلت الاستراتيجيات الأقل استخداما في: لوم الذات، استعمال المواد، والفكاهة.

كما توصلت دراسة (ساجديان،Sajadian et al,2017) إلى أنه تم استخدام سبع استراتيجيات للتكيف من قبل المرضى بعد التشخيص بستة أشهر، وشملت استراتيجيات التكيف الأكثر استخداما: السعي للحصول على الدعم الاجتماعي، الروحانية، إعادة الهيكلة المعرفية الإيجابية.

في نفس الصدد هدفت دراسة (تايلور وآخرون، Taylor et al,1992) إلى الكشف عن استراتيجيات المواجهة مع المشكلات المتعلقة بمرض السرطان، وتوصلت النتائج إلى وجود خمس استراتيجيات هي: السعي للمساندة الاجتماعية، الإقصاء، الهروب المعرفي والسلوكي/التجنب، التركيز الإيجابي (مرازقة،2016، ص31).

كما هدفت دراسة (غادة أبو شوشة،2011) إلى الكشف عن مدركات مرضى السرطان الأردنيين للتغيرات في صورة الجسم واستراتيجيات التكيف معها، وتوصلت إلى أن المراهقين يستخدمون طرقا مختلفة للتكيف مع التغيرات الجسدية والنفسية الناتجة عن العلاج الكيميائي، ومن الأمثلة على هذه الطرق: استخدام المرافق التثقيفية والترفيهية في المستشفى ، والحصول على الدعم النفسي من الآخرين (عزوز،2015، ص108). كما توصلت (غزال ودبك،2018) في دراسة بهدف تحديد استراتيجيات التكيف التي يستخدمها

مرضى السرطان خلال فترة العلاج الكيماوي وعلاقة الاستراتيجيات المستخدمة من قبلهم بالعمر والجنس، وأظهرت النتائج أن أكثر استراتيجيات التكيف المستخدمة من قبل المرضى هي: إستراتيجية التكيف الفعال، استراتيجية التركيز والتنفيس عن المشاعر، استراتيجية التقبل، البحث عن الدعم الاجتماعي، والتدين. (مرازقة،2016، ص31). وحسب (Patricia et al,2020) تختلف فعالية هذه الاستراتيجيات اعتمادا على عدة عوامل مثل مرحلة السرطان، ومدة التشخيص، والعلاج الطبي، وما إلى ذلك. حيث توصل مجموعة من الباحثين أن استراتيجيات التكيف كالقبول وإعادة التقييم الإيجابي والبحث عن الدعم الاجتماعي ترتبط بارتفاع رفاهية ونوعية الحياة لدى مرضى السرطان، على العكس من ذلك، ترتبط الاستراتيجيات الغير التكيفية مثل: إلقاء اللوم على الذات والتجنب والإنكار بنتائج أسوأ على الصحة النفسية.

الفصل الرابع: الإجراءات الميدانية للدراسة

تمهيد

I. **المنهج المتبع**

1. المنهج الإحصائي الوصفي
2. وسائل القياس

II. **الدراسة الاستطلاعية**

1. أهداف الدراسة الاستطلاعية
2. مكان وزمان إجراء الدراسة الاستطلاعية
3. ظروف إجراء الدراسة الاستطلاعية
4. خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية
5. الخصائص السيكومترية لوسائل القياس

III. **الدراسة الأساسية**

1. زمان ومكان إجراء الدراسة الأساسية
2. ظروف إجراء الدراسة الأساسية
3. خصائص عينة الدراسة الأساسية
4. الأساليب الاحصائية المعتمدة في الدراسة

تم في هذا الفصل عرض للمنهج المتبع ووسائل القياس المعتمدة في الدراسة، ومن ثم عرض لخطوات الدراسة الاستطلاعية وأهدافها مع التعريج على ظروف إجراءاتها المنهجية وخصائص العينة وخصائص السيكومترية لوسائل القياس للمتغيرات الثلاثة الأساسية: مركز الضبط الصحي، الصلابة النفسية، استراتيجيات التكيف الخاصة. مع الكشف عن خصائصهما السيكومترية، كما تضمن هذا الفصل خطوات إجراء الدراسة الأساسية وخصائص العينة المستهدفة وفق الإجراءات التي يقتضيها اختبار الفرضيات، كما تمت الإشارة إلى جملة الأساليب الإحصائية المعتمدة في الدراسة.

I. المنهج المتبع:

1. المنهج الإحصائي الوصفي:

تم الاعتماد على المنهج الإحصائي الوصفي وذلك في ضوء ما تقتضيه أهداف الدراسة من خلال وصف مستويات متغيرات البحث بشكل عام وفي ضوء المتغيرات الفردية والشخصية باعتماد المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، الدرجات المعيارية، التكرارات والنسب المئوية، والإحصاء الاستدلالي لاختبار فرضيات البحث من خلال اختبار ت، تحليل التباين الأحادي، تحليل التباين الثنائي.

2. وسائل القياس:

1.2. مقياس مركز الضبط الصحي:

قامت الطالبة الباحثة في البداية بإجراء مسح شامل للمقاييس المتاحة التي صممت لقياس مركز الضبط الصحي بشكل عام ومركز الضبط الصحي لدى مرضى السرطان بشكل خاص، ونظرا لعدم توفر مقياس يستوفي شروط العينة المستهدفة، تم الاعتماد على المقياس الأصلي لوالستون، والستون ودوفيس لمركز الضبط الصحي في نسخه الثلاث لـ (Wallston,Wallston,&Devellis 1978).

(Halpert &Hill,2011)

بعد الاطلاع على النسخ الثلاث A,B,C لمقياس مركز الضبط الصحي والتي تتكون على التوالي من ثلاثة أبعاد تضم كل واحدة منها 18 فقرة، أين تتغير صيغ الفقرات من نسخة لأخرى، حيث إن الصيغة الأولى (Form:A) تشير إلى الترجمة التي يعطيها الفرد لدور العوامل الشخصية، والعوامل المرتبطة بالحظ أو الآخر في تحديد طبيعة ونوع معاشه الصحي النفسي والجسدي والاجتماعي.

أما الصيغة الثانية (Form:B) وفيها ترد ترجمة الفرد لنفس العوامل الثلاثة في تقدير دورها على المحافظة على صحته العامة النفسية الاجتماعية والجسدية في حالة الإصابة أو المرض أو تدهور ظروفه بشكل عام، بينما الصيغة الثالثة (Form:C)، وهي الصيغة التي تم اعتمادها في هذه الدراسة، لأنها تترجم استجابة الفرد الموقف الصحي كحالة راهنة.

بالنظر إلى البنية اللغوية والمفاهيمية للمقياس في صورته الأصلية (Form :C)، والذي يستهدف عينة عامة (بغض النظر عن الحالة الصحية)، تم القيام بترجمته وإعادة صياغة الفقرات وتغيير بنيتها اللفظية بما يتلاءم مع طبيعة الموضوع والعينة، حيث تم استهداف قياس مركز الضبط الصحي من خلال التقرير الذاتي لأفراد العينة من مرضى السرطان، بما يسمح بالكشف عن نوع التبريرات التي يترجمون من خلالها اعتقاداتهم إزاء وضعهم الصحي الراهن. من حيث إن شفاءهم أو استمرار مرضهم وتأزمه يتوقف على التصرفات والسلوكات الشخصية، أو على الحظ، أو على الأخر ممثلا في: الطاقم الطبي، العائلة والآخرون ممن لهم علاقة به: زملاء، أصدقاء العمل، ...). مكنت الخطوات السابقة التي اتبعت في إعادة صياغة 18 عبارة موزعة بشكل متساو على ثلاثة أبعاد.

2.2. مقياس الصلابة النفسية:

تم اعتماد مقياس الصلابة النفسية الذي قننه بشير معمرية (2019) على البيئة الجزائرية والذي يتضمن 48 فقرة موزعة على ثلاثة أبعاد هي: بعد الالتزام ويتضمن 16 فقرة، بعد التحكم ويتضمن 15 فقرة، بعد التحدي ويتضمن 16 فقرة، وبالنظر إلى تكرار المعنى المستهدف بالقياس في الفقرات الثمانية والأربعين، حيث تمت مراجعاتها بمعية المشرف وتم الاحتفاظ فقط بالفقرات غير المكررة وهذا تسهيلا للتطبيق الذي يقتضي الأخذ بعين الاعتبار الحالة الصحية للمرضى في التعامل مع الاستبيانات الطويلة. وبالتالي أصبح المقياس يتشكل في صورته النهائية في هذه المرحلة من 20 فقرة موزعة على ثلاثة أبعاد هي: بعد الالتزام 8 فقرات، بعد التحكم 6 فقرات، بعد التحدي 6 فقرات، حيث تمت الاستجابة عليها من خلال خمس بدائل هي: موافق تماما، موافق، غير متأكد، غير موافق، غير موافق تماما.

جدول رقم (3): الفقرات المنتقاة من مقياس الصلابة النفسية لبشير معمرية (2019)

الرقم	البعد الأول: الالتزام
01	معظم أوقاتي استثمرها في أنشطة ذات معنى وفائدة.
04	أعتقد أن لحياتي هدفا ومعنى أعيش من أجله.
07	أبادر بالوقوف إلى جانب الآخرين عند مواجهتهم لأي مشكلة.
10	أبادر بعمل أي شيء أعتقد أنه يفيد أسرتي أو مجتمعي.
13	أهتم بما يحدث حولي من قضايا وأحداث.
16	أبقى ثابت على مبادئي وقيمي حتى إذا تغيرت الظروف.
19	لدي مبادئ وقيم ألتزم بها وأحافظ عليها.
20	إن الحياة التي نتعرض فيها للضغوط ونعمل على مواجهتها هي التي يجب أن نحياها.
الرقم	**البعد الثاني: التحكم**
02	أتخذ قراراتي بنفسي ولا تملى علي من مصدر خارجي.
05	عندما أضع خططي المستقبلية أكون متأكدا من قدرتي على تنفيذها.

08	نجاحي في أمور حياتي يعتمد على جهدي وليس على الصدفة والحظ.
11	أعتقد أن الشخص الذي يفشل يعود ذلك إلى أسباب تكمن في شخصيته.
14	أعتقد أن العمل السيء وغير الناجح يعود إلى سوء التخطيط.
17	أعتقد أن تأثيري قوي على الأحداث التي تقع لي.
الرقم	**البعد الثالث: التحدي**
03	أعتقد أن متعة الحياة تكمن في قدرة الفرد على مواجهة تحدياتها.
06	لدي القدرة على التحدي والمثابرة حتى أنتهي من حل أي مشكلة تواجهني.
09	عندما أنجح في حل مشكلة أجد متعة في التحرك لحل مشكلة أخرى.
12	أعتقد أن الحياة التي لا يحدث فيها تحد هي حياة مملة.
15	إن التغير هو سنة الحياة والمهم هو القدرة على مواجهته بنجاح.
18	أشعر أنني قوي في مواجهة المشكلات.

3.2. مقياس استراتيجيات التكيف الخاصة:

تم اعتماد مقياس استراتيجيات التكيف اتجاه المواقف الضاغطة لـ بن طاهر بشير (2005) المتكون من 36 فقرة ، حيث يقيس 18 استراتيجية موزعة على نوعين: أحدهما يتضمن تسع (9) استراتيجيات تكيف إيجابية والمتمثلة في: التوجه إلى الدين، ممارسة الاسترخاء، إعادة التفسير، البحث عن المساعدة، البحث عن المعلومات، التكيف مع الواقعية، التريث الموجه، التحليل المنطقي للمشكل، التفكير الإيجابي. أما النوع الثاني فيتضمن تسع (9) استراتيجيات تكيف سلبية وهي: اللجوء إلى الإنكار، تقبل الوضع، التنفيس الانفعالي، الانسحاب المعرفي، البحث عن المواساة والشفقة، الاجترار، لوم الذات، تشتيت الانتباه الذاتي، الإلغاء والتجنب. حيت قامت الطالبة الباحثة بمعية المشرف بانتقاء فقرة من فقرتي كل إستراتيجية بهدف تفادي التكرار وطول المقياس، ثم قامت بعرضها على المحكمين.

جدول رقم (4): مقياس استراتيجيات التكيف في صورته الأولية المعدلة من استراتيجيات عامة إلى استراتيجيات خاصة بالحالة المرضية لعينة البحث

الرقم	**الاستراتيجية الأولى: التحليل المنطقي للمشكل والبحث العقلي عن الحل**
01	أسعى لتكوين فكرة واضحة عن حالتي الصحية.
02	أحاول الاستفادة من تجارب الآخرين في التعامل مع متطلبات حالتي الصحية الحالية.
الرقم	**الاستراتيجية الثانية: إعادة التفسير والتقييم الإيجابي للوضعية أو الموقف الضاغط**
01	أطمئن نفسي بأن لكل مشكلة حل، وأن صحتي ستتحسن.
02	أحاول التركيز على متطلبات تحسين صحتي.
الرقم	**الاستراتيجية الثالثة: تقبل الوضعية**
01	أتقبل وضعيتي الصحية، حيث ليس هناك ما يمكن فعله.
02	أنا أتعلم أن التعايش مع حالتي الصحية ومتطلباتها
الرقم	**الاستراتيجية الرابعة: الاستسلام**
01	هذا قدري وليس هناك ما يمكن فعله.
02	أفضل المعاناة في صمت.
الرقم	**الاستراتيجية الخامسة: الاجترار**
01	أجد نفسي مشدودا لهواجس ومخاوف مرتبطة بصحتي.
02	أفكر باستمرار في حالتي الصحية وبالمقابل لا أستطيع التركيز في شيء آخر غير صحتي.
الرقم	**الاستراتيجية السادسة: التفكير غير الواقعي**
01	أتمنى لو أن الأمر يخص خطأ ما، وبأن شخصا ما أو علاج ما سيشفيني من مرضي.
02	أتخيل (أحلم أثناء اليقضة) بأنني سأشفى.
الرقم	**الاستراتيجية السابعة: الإبعاد (الإنكار)**
01	أتصرف وكأنني غير مصاب بأي مرض.
02	أحاول التفكير في شيء آخر، هو في غير علاقة بحالتي الصحية.
الرقم	**الاستراتيجية الثامنة: الإلغاء والتجنب**
01	أقول لنفسي بأن الأمر خارج عن إرادتي ولا طائل من التوتر بخصوص ما حصل.

02	أحاول أن أقطع كل إحساس أو شعور من أصله في صلة بمرضي.
الرقم	**الاستراتيجية التاسعة: التنفيس الانفعالي**
01	أثناء نقاشي مع الآخرين، أفرض عليهم أفكاري و أرائي و أحتويهم ولا أترك لهم مجالا للسيطرة على مجرى النقاش.
02	يحدث أن أفرغ ما بداخلي على الآخرين بدون سبب واضح و وجيه.
الرقم	**الاستراتيجية العاشرة: البحث عن إثابات بديلة بغرض المكافأة الذاتية**
01	أساعد الآخرين لأن ذلك يشعرني بالرضا وينسيني مرضي.
02	أحاول مساعدة الآخرين في مشاكلهم النفسية والاجتماعية.
الرقم	**الاستراتيجية الحادي عشر: استبدال المؤثر**
01	أسمتع للقرآن ودروس دينية بغرض تغيير حالتي الميزاجية السيئة.
02	أقضي أوقات طويلة في مشاهدة برامج التلفزيون، الفايس بوك واليوتوب ..
الرقم	**الاستراتيجية الثاني عشر: التكيف مع الواقعية**
01	أتساءل عما يجب أن أغيره في نفسي لأتعامل بإيجابية مع مشكلتي الصحية.
02	أحاول أن أكيف أهدافي وظروفي ومتطلبات حياتي وفق ما تقتضيه حالتي المرضية.
الرقم	**الاستراتيجية الثالث عشر: الإسناد الذاتي للمسؤولية**
01	ألوم نفسي وأذكرها أنني سبب ما يحصل.
02	أول ما يخطر ببالي هو خطئي ومسؤوليتي عن ما آلت إليه حالتي الصحية.
الرقم	**الاستراتيجية الرابعة عشر: تضخيم الكفاءةالذاتية**
01	أقول لنفسي بأنه لو وجد آخرون في وضعي الصحي لكان أمرهم قد انتهى منذ زمان.
02	أقول لنفسي أنني شخص يعرف كيف يدير موقفا صحيا كالذي أنا فيه دون تعقيدات.
الرقم	**الاستراتيجية الخامسة عشر: البحث عن المساعدة**
01	أبحث عن المساعدة والنصائح من الآخرين بغرض التأقلم مع مشكلتي الصحية.
02	أبحث لإيجاد أشخاص تحكموا في مشاكل شبيهة للإستفادة من تجاربهم.
الرقم	**الاستراتيجية السادسة عشر: البحث عن المواساة والشفقة**
01	أسعى للتواجد مع طبيب نفسي أو إنسان متدين أو شخص أرتاح له لأستطيع التكلم عن مشاعري.
02	أتوجه إلى شخص يمكنه أن يتفهمني ويتأثر بمشاعري.

الرقم	**الاستراتيجية السابعة عشر: الدعم غير المشروط**
01	أتواجد مع الذين يساعدونني على رؤية المستقبل بتفاؤل.
02	أطمئن نفسي على أساس أنه يوجد دائما أناس آخرين بجانبي.
الرقم	**الاستراتيجية الثامنة عشر: تأكيد الإبعاد أو التجنّب:**
01	أتواجد مع الأشخاص الذين لا يثيرون حالتي الصحية.
02	أتواجد مع صحبة مرحة أين أكون متأكدا من أنه لا يتم الحديث عن حالتي الصحية.
الرقم	**الاستراتيجية التاسعة عشر: التحول إلى الدين**
01	أحضر الندوات الدينية وحلقات الذكر بغرض التخفيف من وطأة شعوري.
02	أكثر من الصلوات والنوافل لأتقرب من الله وأخفف من مشاعر التوتر المرتبطة بحالتي الصحية.

قد تم تغيير صياغة فقرات مقياس استراتيجيات التكيف مع المحافظة على المعنى العام لكل فقرة بالشكل الذي تحافظ فيه على خاصيتها بصفتها استراتيجية، وفي نفس الوقت تكون مكيفة مع خاصية الموقف المعني في التعامل معه بصفته موقفا مرضيا. وبالتالي أصبح المقياس يعبر عما تمت تسميته في هذا البحث باستراتيجيات التكيف الخاصة (خاص بمرضى السرطان).

مثال:

الفقرة الأصلية	الفقرة المكيفة (المعدلة)
أول ما أبحث فيه هو خطئي ومسؤوليتي فيما حدث.	أول ما يخطر ببالي هو خطئي ومسؤوليتي عما آلت إليه حالتي الصحية.

II. الدراسة الاستطلاعية:

1. أهداف الدراسة الاستطلاعية:

يمكن تلخيص أهداف الدراسة الاستطلاعية في النقاط التالية:

- التعرف على ميدان البحث بشكل يمكننا من الفهم الجيد لظروف تطبيق المقاييس والصعوبات المتعلقة بقياسها.
- الكشف عن الصعوبات المنهجية لتفاديها في إجراء الدراسة الأساسية.
- التأكد من السلامة اللغوية لوسائل القياس وبالتالي التأكد من أن عينة الدراسة الأساسية سوف لا تجد صعوبة في فهم المطلوب منها في التعامل مع المقاييس، مما يضمن الحصول على إجابات دقيقة.
- التأكد من أن المقاييس تتوفر على الخصائص السيكومترية التي يقتضيها البحث العلمي، أي أنها تتمتع بصدق وثبات عاليين وتقيس ما وضعت لقياسه.

2. مكان وزمان إجراء الدراسة الاستطلاعية:

تم إجراء الدراسة الاستطلاعية خلال الفترة الممتدة من يوم 11 جانفي 2022 إلى غاية يوم 24 أفريل 2022 بجمعية الفجر لمساعدة مرضى السرطان بولاية تيارت.

3. ظروف إجراء الدراسة الاستطلاعية:

تم الشروع في إجراءات الدراسة الاستطلاعية يوم 11 جانفي 2022، وذلك بعد الحصول على ترخيص من الجامعة، وبعد موافقة الجمعية على برنامج إجراءات الدراسة المقترح، تم البدء في إجراء لقاءات مع أفراد العينة بشكل جماعي وأحيانا بشكل فردي، لتعريفهم بأهداف موضوع البحث، وتقديم الشروحات في طريقة ملء الاستبيانات والإجابة عنها، مع تقديم أمثلة ومرافقة بعض الحالات التي لا يسمح لها مستواها التعليمي التعامل مع وسائل القياس. وعموما فإن إجراءات التطبيق الميداني كانت تشمل في المتوسط خمسة

إلى ست حالات في اليوم، كما أن إجراءات التطبيق بشكل عام تمت في ظروف مناسبة تعلق الأمر بالتسهيلات المقدمة من طرف الجمعية، أو الاستجابات العفوية لدى العينة في التعاون مع الطالبة الباحثة.

4. خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية:

شملت عينة الدراسة الاستطلاعية 100 حالة من المصابين بأنواع مختلفة من الأمراض السرطانية من الجنسين بجمعية الفجر لمساعدة مرضى السرطان بولاية تيارت، تتراوح أعمارهم ما بين (33- 75 سنة) بمتوسط حسابي قيمته 44.54 سنة وانحرافا معياريا قيمته 8.69 سنوات.

جدول رقم (5): توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية بدلالة العمر ونوع السرطان

العمر ونوع السرطان	التكرار	النسبة المئوية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
سرطان الغدد الليمفاوية	9	%9	35.8889	4.75511
سرطان الثدي	48	**%48**	41.8333	5.95491
سرطان القولون	6	%6	55.1667	6.43169
سرطان الرئة	18	**%18**	46.0000	7.69262
سرطان الرحم	9	%9	54.8889	11.72012
سرطان الحنجرة	4	%4	41.5000	9.46925
سرطان البروستات	6	%6	50.6667	4.41210
المجموع	100	%100	44.5400	8.69973

يظهر من خلال الجدول رقم (5) أن نسبة 48% من أفراد العينة هن من فئة المصابات بسرطان الثدي، تليها نسبة 18% من سرطان الرئة، ثم فئة سرطان الغدد الليمفاوية وسرطان والرحم بنسبة 9% على التوالي، وأخيرا فئتي المصابين بسرطان البروستات والقولون بنسبة 6%، وبنسبة 4% فقط من المصابين بسرطان الحنجرة. وبالنظر إلى أعمار هذه الفئات المرضية نجد أن المصابين بسرطان القولون هم الأكبر سنا بمتوسط 55.16 سنة تليهم المصابات بسرطان الرحم بمتوسط 54.88 ثم المصابين سرطان البروستات

بمتوسط عمر قدره 50.66 سنة ثم تأتي الفئة الأقل من 18 سنة وتتمثل في المصابين سرطان الرئة بمتوسط 46 سنة، ثم المصابات بسرطان الثدي 41.83 ثم الحنجرة 41.50، ونجد أن فئة الشباب التي يقل عمرها عن الأربعين سنة بمتوسط عمر قدره 35.88 سنة هي فئة المصابين بسرطان الغدد الليمفاوية. وعموما يظهر من خلال الجدول رقم (5) أن المصابين والمصابات بسرطان الغدد الليمفاوية وسرطان الحنجرة يعتبرون الفئة الأصغر سنا مقارنة بالفئات الأخرى.

جدول رقم (6): توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية بدلالة الجنس ونوع السرطان

			الجنس		المجموع
			ذكر	أنثى	
نوع السرطان	**سرطان الغدد الليمفاوية**	التكرار	5	4	9
		%	%5	%4	%9
	سرطان الثدي	التكرار	/	48	48
		%	/	**%48**	%48
	سرطان القولون	التكرار	6	/	6
		%	%6	/	%6
	سرطان الرئة	التكرار	13	5	18
		%	**%13**	%5	%18
	سرطان الرحم	التكرار	/	9	9
		%	/	%9	%9
	سرطان الحنجرة	التكرار	4	/	4
		%	%4	/	%4
	سرطان البروستات	التكرار	6	/	6
		%	%6	/	%6
المجموع		التكرار	34	66	100
		%	%34	%66	100%

يظهر من خلال الجدول رقم (6) أن المصابات بمرض السرطان من الإناث يمثلن نسبة 66%، أما الذكور من المصابين بمرض السرطان فإنهم يمثلون نسبة 34%، ويظهر وجود تباين ظاهري واضح في نسبة انتشار السرطان لدى الإناث مقارنة بالذكور وخاصة سرطان الثدي وسرطان الرحم والتي هي أمراض خاصة بالنساء، مقابل ذلك وكما يظهر من الجدول رقم (6) فإن نسبة المصابين من الذكور تزداد مقارنة بالإناث في الأمراض التالية: سرطان الرئة، سرطان الحنجرة، وسرطان القولون.

جدول رقم (7): توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية بدلالة الحالة الاجتماعية ونوع السرطان

			نوع السرطان						المجموع
			سرطان الغدد الليمفاوية	سرطان الثدي	سرطان القولون	سرطان الرئة	سرطان الرحم	سرطان الحنجرة	سرطان البروستات	
الحالة الاجتماعية	**أعزب**	التكرار	5	3	/	2	/	2	/	12
		%	%5	%3	/	%2	/	%2	/	%12
	متزوج	التكرار	2	34	5	14	5	2	6	68
		%	%2	**%34**	%5	**%14**	%5	%2	%6	**%68**
	مطلق	التكرار	2	9	/	1	3	/	/	15
		%	%2	%9	/	%1	%3	/	/	%15
	أرمل	التكرار	/	2	1	1	1	/	/	5
		%	/	%2	%1	%1	%1	/	/	%5
المجموع		التكرار	9	48	6	18	9	4	6	100
		%	%9	%48	%6	%18	%9	%4	%6	%100

يتضح من خلال الجدول رقم (7) أن أغلب المصابين بالسرطان هم من فئة المتزوجين بنسبة 68% وهم يشكلون أكبر نسبة والمقدرة بـ 34%، تليها عينة المطلقين بنسبة 15%، ثم فئة العزاب بنسبة 12% وتأتي في الأخير عينة الأرامل بنسبة 5%.

جدول رقم (8): توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية بدلالة المستوى التعليمي ونوع السرطان

			نوع السرطان							المجموع
			سرطان الغدد الليمفاوية	سرطان الثدي	سرطان القولون	سرطان الرئة	سرطان الرحم	سرطان الحنجرة	سرطان البروستات	
المستوى التعليمي	ابتدائي	التكرار	/	4	/	1	6	/	/	11
		%	/	%4	/	%1	%6	/	/	%11
	متوسط	التكرار	3	15	4	9	/	1	/	32
		%	%3	%15	%4	%9	/	%1	/	**%32**
	ثانوي	التكرار	1	16	1	4	2	2	5	31
		%	%1	%16	%1	%4	%2	%2	%5	%31
	جامعي	التكرار	5	13	1	4	1	1	1	26
		%	%5	%13	%1	%4	%1	%1	%1	%26
المجموع		التكرار	9	48	6	18	9	4	6	100
		%	%9	%48	%6	%18	%9	%4	%6	%100

يتضح من خلال الجدول رقم (8) أن المصابين ذوي المستوى التعليمي المتوسط هم أعلى نسبة بنسبة 32%، تليها على التوالي المستوى الثانوي بنسبة 31%، ثم المستوى الجامعي بنسبة 26%وكانت الأكبر نسبة لصالح فئة سرطان الثدي في جميع المستويات التعليمية الثلاث سالفات الذكر، وفي الأخير فئة المستوى الابتدائي بنسبة 11%.

5. الخصائص السيكومترية لوسائل القياس:

الخصائص السيكومترية لمقياس مركز الضبط الصحي:

1. صدق المحكمين:

استهدفت هذه المرحلة القيام بقياس أولي يتمثل في صدق المحكمين، والذي نقصد به الأخذ بآراء مجموعة من الأساتذة الجامعيين من ذوي الخبرة في مجال القياس النفسي والذين سبق لهم وأن تعاملوا مع المقاييس المعنية بالقياس في هذا البحث، حيث طلب منهم إبداء آرائهم في نقطتين: الأولى وتتعلق بمدى سلامة البنية اللغوية لكل فقرة من فقرات كل مقياس من المقاييس الثلاثة، والثانية تتعلق بعلاقة مضمون كل فقرة في ضوء التعريف الإجرائي بالبعد الذي تنطوي تحته، حيث يقدمون تقديرا نسبيا من سلم خماسي متدرج يمتد من 00% إلى 100%، يوضحون فيه مدى قياس كل فقرة لما وضعت لقياسه، ومدى اتساقها مع البعد الذي تنتمي إليه.

بناء على ذلك، تم استبعاد 7 فقرات حصلت نسبة اتفاق المحكمين على صلاحيتها أقل من 75%، كما تم القيام بإجراء تعديلات طفيفة في صياغة بعض العبارات وبالتالي أصبح المقياس يتكون من 11 عبارة. ويبين الجدول رقم (9) فقرات المقياس في صورته الأولية ويقابلها فقرات المعدلة بناء على نتائج صدق المحكمين.

جدول رقم (9): فقرات المقياس في صورته الأصلية ويقابلها فقرات المعدلة بعد التحكيم

رقم الفقرة	مضمون الفقرة الأصلي	مضمون الفقرة بعد التعديل
01	إذا ساءت حالتي الصحية فإن تصرفاتي الشخصية في التعامل مع متطلبات المرض هي التي يتحدد في ضوئها المدة اللازمة لتتحسن حالتي الصحية وتعود كما كانت.	إن تصرفاتي الشخصية إزاء مرضي هي التي تحدد مدة شفائي.
04	أرى بأنني أنا المسؤول المباشر عن الظروف التي تعود من وراء تحسن أو سوء حالتي الصحية.	أرى بأنني أنا المسؤول المباشر عن ظروف تحسن حالتي الصحية.
07	إن تدهور حالتي الصحية يعود لعدم التزامي اتجاه الإجراءات والتدابير الصحية.	إن تدهور حالتي الصحية يعود لعدم التزامي بالتدابير الصحية.
10	إذا زادت حالتي الصحية سوءا فإن ذلك يعود لقلة اعتنائي بنفسي.	إن تدهور صحتي يعود لقلة اعتنائي بنفسي.
13	أرى أن ما يؤثر على حالتي الصحية يعود لتصرفاتي.	/
16	عندما تسوء صحتي فإنني أوجه اللوم إلى ذاتي (نفسي)، وعندما تتحسن حالتي الصحية أشعر بالرضا والفخر.	/
02	أرى أن أغلب الأمور(الأشياء) التي تؤثر سلبا على صحتي بشكل عام تعود لسوء حظي.	أرى أن سوء حالتي يعود لسوء حظي.
05	الحظ يلعب دور كبير في تحسن حالتي الصحية.	/
08	أرى ما أنا عليه (حالتي الصحية) هي مسألة قضاء وقدر.	/
11	إذا كنت محظوظا فإن حالتي الصحية ستتحسن.	/
14	حسب وضعي الصحي الحالي أصبحت غير قادر(ة) على التصرف للحفاظ على صحتي.	/
17	أجد أن الحظ وحده هو الذي يعود من وراء تحسن حالتي الصحية.	/

03	إذا تواصلت بشكل منتظم مع طبيبي فإن ذلك يقلل من احتمالات ظهور مضاعفات صحية ذات علاقة بصحتي.	إذا تواصلت بشكل منتظم مع طبيبي فإن ذلك يقلل من احتمالات ظهور مضاعفات على صحتي.
06	عندما تسوء حالتي الصحية فإن أول ما أقوم به هو استشارة الطبيب.	/
09	إن تطبيق تعليمات الطبيب بشكل حرفي هي الوسيلة الوحيدة للمحافظة على استقرار حالتي الصحية.	/
12	الدعم الذي أتلقاه من الآخرين (الطاقم الطبي،العائلة، الزملاء) هو الذي يحدد مدة تحسن حالتي الصحية.	/
15	أعتقد أن تحسن أو سوء حالتي الصحية يعود للدور الذي يلعبه الأشخاص الآخرون (أفراد الأسرة، الأصدقاء، زملاء العمل).	/
18	أرى أنه من أجل تحسين حالتي الصحية يجب أن ألتزم بتوجيهات ونصائح الأشخاص الآخرين (الأطباء،العائلة، ...)	/

جدول رقم (10): بنية مقياس مركز الضبط الصحي لدى مرضى السرطان بعد صدق المحكمين

رقم البعد	اسم البعد	الفقرات التي أبقي عليها	الفقرات التي استبعدت
01	بعد مركز الضبط الصحي الداخلي	10-7-4-1	16-13
02	بعد مركز الضبط الصحي الخارجي للحظ	11-5-2	17-14-8
03	بعد مركز الضبط الصحي الخارجي لذوي النفوذ	12-9-6-3	18-15
	مجموع الفقرات	11	7

2. الصدق العاملي:

قبل تطبيق التحليل العاملي لمقياس مركز الضبط الصحي، تم التأكد من تحقق الشروط التي يقتضيها التحليل العاملي:

- مدى كفاية العينة ومدى قابلية مصفوفة الارتباطات للتحليل العاملي: تم التطبيق على المقياس في صورته المعدلة المتضمنة لـ 11 فقرة وكشف التحليل على النتائج التالية: فيما يتعلق بكفاية العينة بيَنت النتائج على أن قيمة KMO (قياس كفاية التعيين) = 0.81 وهي درجة أكبر من 0,50 وهي دالة، وتعتبر قيمة تقديرية جيدة، كما أن القيمة المطلقة المحددة لمصفوفة الارتباطات (Déterminant) = 0.002 وهي أكبر من 0,00001 وهي نتيجة تدل على أن المصفوفة تتوفر على الحد الأدنى من الارتباطات التي تجعلها قابلة للتحليل العاملي.

كما أن نتيجة MSA التي تراوحت ما بين 0.73 و0.86 وهي كلها أكبر من 0,50 بما يعني أن مستوى الارتباط في مصفوفة الارتباطات كافي لإجراء التحليل العاملي.

وبعد التأكد من صلاحية العينة ومصفوفة الارتباطات لإجراء التحليل العاملي تم تطبيق التحليل العاملي على الاختبار في صورته المعدلة (11 فقرة) باستخدام طريقة المحاور الأساسية (Factorisation des axes principaux) وتم استخدام محك الجذر الكامن أكبر من 1 صحيح للعوامل التي تم استخراجها وأعقب ذلك تدوير متعامد بطريقة "فريماكس" وأمكن على ضوئها تدوير ثلاثة عوامل.

جدول رقم (11): مصفوفة قيم الشيوع وتشبعات فقرات مقياس مركز الضبط الصحي باستخدام التحليل العاملي قبل وبعد التدوير المتعامد بطريقة Varimax

فقرات المقياس	عوامل المقياس قبل التدوير			عوامل المقياس بعد التدوير			قيم الشيوع
	العامل الاول	العامل الثاني	العامل الثالث	العامل الأول	العامل الثاني	العامل الثالث	
01	0.71		0.38	0.73			**0.65**
04	0.69		0.37	0.72			**0.62**
07	0.72			0.72			**0.64**
10	0.64	−0.32	0.41	0.80			**0.68**
02	−0.81		0.33		0.78		**0.80**
05	−0.80		0.47		0.92		**0.95**
11	−0.62		0.43		0.78		**0.65**
03	0.54	0.70				0.88	**0.80**
06	0.44	0.35			0.51	0.71	**0.32**
09	0.47	0.52				0.69	**0.50**
12	0.39	0.37				0.51	**0.29**
الجذر الكامن	**4.81**	**1.75**	**1.35**	**2.51**	**2.34**	**2.09**	**التباين الكلي**
نسبة التباين	**43.78**	**15.99**	**12.30**	**22.86**	**21.27**	**19.03**	**63.16**

يتضح من الجدول رقم (11) أن التحليل العاملي لمقياس مركز الضبط الصحي أسفر عن ثلاثة أبعاد، كما أن كل بعد تشبع بعدة فقرات. وفيما يلي تعريف لأبعاد مركز الضبط الصحي المشتقة من التحليل العاملي:

جدول رقم (12): الأبعاد المستخلصة من التحليل العاملي بعد التدوير المتعامد ومضامينه لمقياس مركز الضبط الصحي

رقم الفقرة	**البعد الأول:** مركز الضبط الصحي الداخلي استوعب 22.86 % من التباين الكلي وتشبعت عليه أربع فقرات.ويستهدف الكشف عن خلفية تفسير المريض بالسرطان لوضعه الصحي بين طرفي: –التدهور والتحسن أو الشفاء– من خلال عزو وضعه الصحي إلى عوامل ذاتية أين تكون له المسؤولية في ذلك التحسن أو التدهور.	قيم التشبع مع البعد
01	إن تصرفاتي الشخصية إزاء مرضي هي التي تحدد مدة شفائي	0.65
04	أرى بأنني أنا المسؤول المباشر عن ظروف تحسن حالتي الصحية	0.62
07	إن تدهور حالتي الصحية يعود لعدم التزامي بالتدابير الصحية	0.64
10	إن تدهور صحتي يعود لقلة اعتنائي بنفسي	0.68
رقم الفقرة	**البعد الثاني:** مركز الضبط الصحي الخارجي للحظ استوعب 21.27% من التباين الكلي وتشبعت عليه ثلاث فقرات. ويستهدف الكشف عن مدى تفسير المصاب بالسرطان إلى العوامل التي تتحكم في حالته الصحية، والتي يردها إلى عوامل خارجية ترتبط بالحظ وهي أسباب خارجة عن إطار قدراته وقدرات الأفراد الآخرين.	قيم التشبع مع البعد
02	أرى أن سوء حالتي يعود لسوء حظي	0.80
05	الحظ يلعب دور كبير في تحسن حالتي الصحية	0.95
11	إذا كنت محظوظ فإن حالتي الصحية ستتحسن	0.65
رقم الفقرة	**البعد الثالث:** مركز الضبط الصحي الخارجي لذوي النفوذ استوعب 19.03% من التباين الكلي وتشبعت عليه أربع فقرات. ويستهدف الكشف عما يعتقده مريض السرطان فيما يتعلق بالعوامل المتحكمة في تحسن حالته الصحية أو تدهورها، والذي يقوم بعزوه إلى الطاقم الطبي الذي يتعامل معه والدعم الذي يتلقاه من الآخرين (كالأسرة، زملاء العمل، الأصدقاء) والذي يساعده كما يعتقد في تحسن حالته الصحية أو تدهورها.	قيم التشبع مع البعد
03	إذا تواصلت بشكل منتظم مع طبيبي فإن ذلك يقلل من احتمالات ظهور مضاعفات على صحتي	0.80
06	عندما تسوء حالتي الصحية فإن أول ما أقوم به هو إستشارة الطبيب	0.32
09	إن تطبيق تعليمات الطبيب بشكل حرفي هي الوسيلة الوحيدة للمحافظة على استقرار حالتي الصحية	0.50
12	الدعم الذي أتلقاه من الأخرين (الطاقم الطبي، العائلة، الزملاء) هو الذي يحدد مدة تحسن حالتي الصحية	0.29

- **طريقة إعطاء الأوزان في مقياس مركز الضبط الصحي:**

يتم الإجابة على كل فقرة من خلال 05 بدائل على سلم ليكرت وهي: موافق تماما=5، موافق=4، غير متأكد=3، غير موافق=2، غير موافق تماما=1، حيث يضع المستجيب إشارة (×) في الخانة التي تعبر عن مستوى محتوى الفقرة الذي ينطبق عليه.

الخصائص السيكومترية لمقياس الصلابة النفسية:

1. صدق المحكمين:

تم عرض مقياس الصلابة النفسية في صورته الأولية على نفس المجموعة التي شاركت في تحكيم مقياس مركز الضبط الصحي، وقد حدد المحكمون تقديراتهم لعبارات المقياس، ومدى مناسبة البنية اللغوية، وبعد عرض المقياس على المحكمين تم استبعاد فقرتي (02) حصلت نسبة اتفاق المحكمين في صلاحيتها على نسبة أقل من 75%. كما تم القيام بإجراء تعديلات طفيفة على الصياغة اللغوية لبعض العبارات غير الواضحة، وبالتالي أصبح المقياس يتكون من 18 عبارة.

ويبين الجدول التالي توزيع العبارات على أبعاد المقياس المعدل والفقرات التي تم حذفها بناء على نتائج صدق المحكمين.

جدول رقم (13): بنية مقياس الصلابة النفسية بعد صدق المحكمين

رقم البعد	اسم البعد	الفقرات التي أبقي عليها	الفقرات التي استبعدت
01	بعد الالتزام	16-13-10-7-4-1	20-19
02	بعد التحكم	17-14-11-8-5-2	/
03	بعد التحدي	18-15-12-9-6-3	/
مجموع الفقرات		18	2

2. الاتساق الداخلي للمقياس:

تم في هذه المرحلة الكشف عن مستويات الاتساق الداخلي بين كل فقرة من فقرات مقياس الصلابة النفسية والبعد الذي يتضمنها وكل فقرة مع الدرجة الكلية للمقياس، ومستوى الاتساق بين كل بعد والدرجة الكلية للمقياس، وبعد القيام بالقياس الأولي للاتساق تبين أن الفقرة رقم: 16 والتي تتعلق بمدى التزام الفرد بالمبادئ والقيم مهما تغيرت الظروف ، لم تكن لها قدرة تمييزية لاستجابات أفراد العينة، وبناء على ذلك تم استبعاد هذه الفقرة من المقياس، وعليه أصبح عدد فقرات المقياس في هذه المرحلة من مراحل قياس الخصائص السيكومترية 17 فقرة كما يظهر ذلك في الجدول التالي:

جدول رقم (14): معاملات الارتباط بين فقرات المقياس والدرجة الكلية لمقياس الصلابة النفسية

رقم البعد / رقم العبارة	01	02	03	الدرجة الكلية
01	**0.69			**0.48
04	**0.72			**0.46
07	**0.72			**0.31
10	**0.68			**0.27
13	**0.62			**0.36
16	*0.25			*0.17
02		**0.64		**0.43
05		**0.46		**0.43
08		**0.48		**0.37
11		**0.67		**0.52
14		**0.74		**0.52
17		**0.59		**0.55

03			**0.45	**0.31
06			**0.74	**0.61
09			**0.71	**0.52
12			**0.65	**0.45
15			**0.64	**0.48
18			**0.74	**0.65
بعد الالتزام				**0.56
بعد التحكم				**0.78
بعد التحدي				**0.77

**دال عند مستوى دلالة أكبر من0.01

3. الصدق التميزي:

تم اعتماد طريقة الصدق التمييزي من أجل الكشف عن مستوى القدرة التمييزية للمقياس –حيث إنه ومنهجيا فإن المعيار الحقيقي لصدق أي اختبار يظهر أساسا من قدرته التمييزية– وللقيام بذلك، تم تقسيم العينة الاستطلاعية التي قوامها 100 حالة إلى عينات فرعية وذلك حسب طبيعة التوزيع المعياري للدرجات، بالنسبة للدرجة الكلية للمقياس وبالنسبة لتوزيع درجات كل بعد من أبعاده الثلاثة.

فئات الدرجة الكلية لمقياس الصلابة النفسية:

أ. عينة طرفية عليا، حيث ن = 30، وتمتد درجاتها المعيارية من (2.02+ إلى 0.99 +) ويقابلها على التوالي الدرجات الخام (71 إلى 63).

ب. عينة طرفية دنيا، حيث ن= 24، تمتد درجاتها المعيارية من (2.6 – إلى 0.93 –) ويقابلها على التوالي الدرجات الخام (35 إلى 48).

فئات بعد الالتزام:

أ. عينة طرفية عليا، حيث ن = 29، وتمتد درجاتها المعيارية من (1.67+ إلى0.81+) ويقابلها على التوالي الدرجات الخام (24 إلى 21).

ب. عينة طرفية دنيا، حيث ن= 19 ، تمتد درجاتها المعيارية من (1.21- إلى2.36-) ويقابلها على التوالي الدرجات الخام (14 إلى 10).

فئات بعد التحكم:

أ. عينة طرفية عليا، حيث ن = 23، وتمتد درجاتها المعيارية من (2+ إلى 0.92+) ويقابلها على التوالي الدرجات الخام (26 إلى 22).

ب. عينة طرفية دنيا، حيث ن= 22 ، وتمتد درجاتها المعيارية من (0.96- إلى 2.04-) ويقابلها على التوالي الدرجات الخام (15 إلى 11).

فئات بعد التحدي:

أ. عينة طرفية عليا، حيث ن =26، وتمتد درجاتها المعيارية من (1.96+ إلى 0.91+) ويقابلها على التوالي الدرجات الخام (26 إلى 22).

ب. عينة طرفية دنيا، حيث ن= 20 ، وتمتد درجاتها المعيارية من (0.96- إلى 2.49-) ويقابلها على التوالي الدرجات الخام (15 إلى09).

جدول رقم (15): الصدق التمييزي لمقياس الصلابة النفسية لدى عينة الدراسة الاستطلاعية

المتغير	العينات الطرفية العليا			العينات الطرفية الدنيا			قيمة ت	درجة الحرية
	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
الالتزام	29	21.62	0.77	19	12.21	1.61	**27.03	46
التحكم	23	23.60	1.46	22	13.63	1.46	**22.79	43
التحدي	26	23.46	1.20	20	13.35	1.81	**22.66	44
الدرجة الكلية	30	64.06	2.97	24	45.08	3.92	**20.24	52

**دال عند مستوى أكبر من0.01

يتضح من خلال الجدول رقم (15) أن قيم "ت" جاءت كلها دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة أكبر من0.01، بمعنى أن الأبعاد المشكلة لمقياس الصلابة النفسية ودرجتها الكلية لديها القدرة على التمييز بين المجموعتين المتطرفتين (العليا والدنيا) من حيث مستوى الصلابة النفسية وبناء على ذلك فهو يتميز بدرجة مقبولة من الصدق.

- **طريقة إعطاء الأوزان في مقياس الصلابة النفسية:**

يتم الإجابة على كل فقرة من خلال 05 بدائل على سلم ليكرت وهي: موافق تماما=5، موافق=4، غير متأكد=3، غير موافق=2، غير موافق تماما=1. وذلك على حسب استجابة المريض على إحدى البدائل والمطلوب منه وضع علامة (×) أمام العبارة بمستوى ما تنطبق عليه محتواها.

الخصائص السيكومترية لمقياس استراتيجيات التكيف الخاصة:

1. صدق المحكمين:

قامت الطالبة الباحثة بقياس صدق المحكمين لمقياس إستراتيجيات التكيف الخاصة، من خلال عرضه في صورته الأولية على نفس المجموعة من المحكمين في المقاييس السابقة، وقد حدّد المحكمون تقديراتهم القياسية لعبارات المقياس ومدى تمثيلها للإستراتيجية التي أدرجت تحتها، وأيضا مدى مناسبة الصياغة اللغوية، وما يلاحظ على هذه المرحلة هو أن العبارات التي تمّ الاستغناء عنها، تمثل عبارة من عبارتين لكل استراتيجية وبالتالي فإن الاستغناء عنها كان بمثابة اختزال للمقياس، وبذلك أصبح المقياس يتكون من 20 عبارة، كل عبارة تمثل إستراتيجية تكيفية معينة، وهي العبارات التي كان معدل الاتفاق عليها بين المحكمين يزيد عن 75%. وفيما يلي بيان لذلك في الجدول رقم (16).

جدول رقم (16): بنية مقياس إستراتيجيات التكيف بعد صدق المحكمين

رقم الاستراتيجية	الفقرات التي أبقي عليها	الفقرات المستبعدة	رقم الاستراتيجية	الفقرات التي أبقي عليها	الفقرات المستبعدة
01	1	2	12	2	1
02	1	2	13	1	2
03	1	2	14	2	1
04	2	1	15	1	2
05	2	1	16	1	2
06	1	2	17	2	1
07	1	2	18	1	2
08	1	/	19	1	2
09	1	/	20	2	1
10	2	1			
11	1	2			

2. الصدق التمييزي:

استخدمت الطالبة الباحثة الصدق التمييزي من خلال الكشف عن دلالة الفروق بين ذوي الصلابة النفسية المرتفعة وذوي الصلابة النفسية المنخفضة في نوع ومستوى واستراتيجيات التكيف المستخدمة للتعامل مع حالة المرض بالسرطان. حيث أثبتت الدراسات السابقة أن الأفراد ذوي الصلابة النفسية المرتفعة ينخرطون في تبني استراتيجيات تكيف فعالة والتي تنطوي على تحويل المواقف الضاغطة إلى تجارب أكثر إيجابية، على النقيض من ذلك، أشارت نفس الدراسات إلى أن الأفراد الذين لديهم صلابة نفسية منخفضة ينخرطون في استراتيجيات تكيف غير فعالة مثل التجنب أو الإنكار.

(Paula et al,1992)

جدول رقم (17): دلالة الفروق في نوع استراتيجيات التكيف الخاصة المستخدمة في التعامل مع المرض بين ذوي الصلابة المرتفعة ، حيث ن=30، والصلابة المنخفضة حيث ن=24

	أنواع استراتيجيات التكيف	مستوى الصلابة النفسية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
1	التحليل المنطقي للمشكل والبحث العقلي عن الحل	ذوو الصلابة القوية	3,43	0,62	5,08	0,01
		ذوو الصلابة الضعيفة	2,54	0,65		
2	إعادة التفسير والتقييم الإيجابي للوضعية أو الموقف الضاغط	ذوو الصلابة القوية	3.50	0.75	4.59	0,01
		ذوو الصلابة الضعيفة	2.66	0.76		
3	تقبل الوضعية	ذوو الصلابة القوية	3.03	0.55	7.17	0,01
		ذوو الصلابة الضعيفة	1.91	0.58		
	الاستسلام	ذوو الصلابة القوية	2.83	1.11	-0.42	0.67

4		ذوو الصلابة الضعيفة	2.95	1.04		
5	الاجترار	ذوو الصلابة القوية	2.60	0.81	−4.72	0,01
		ذوو الصلابة الضعيفة	3.50	0.51		
6	التفكير غير الواقعي	ذوو الصلابة القوية	3.50	0.62	−1.95	0,01
		ذوو الصلابة الضعيفة	3.79	0.41		
7	الإبعاد (الإنكار)	ذوو الصلابة القوية	3.06	0.73	5.55	0,01
		ذوو الصلابة الضعيفة	2.08	0.50		
8	الإلغاء	ذوو الصلابة القوية	3.63	0.49	5.75	0,01
		ذوو الصلابة الضعيفة	2.70	0.69		
9	التجنب	ذوو الصلابة القوية	3.10	0.99	1.79	0.07
		ذوو الصلابة الضعيفة	2.62	0.92		
10	التنفيس الانفعالي	ذوو الصلابة القوية	2.33	1.09	0.29	0.76
		ذوو الصلابة الضعيفة	2.25	0.94		
11	البحث عن إثابات بديلة بغرض المكافأة الذاتية	ذوو الصلابة القوية	3.63	0.66	2.90	0,01
		ذوو الصلابة الضعيفة	3.08	0.71		
12	استبدال المؤثر	ذوو الصلابة القوية	3.06	0.69	0.11	0.91
		ذوو الصلابة الضعيفة	3.04	0.95		
	التكيف مع الواقعية	ذوو الصلابة القوية	3.26	0.73	0.54	0.58

13		ذوو الصلابة الضعيفة	3.16	0.56		
14	الإسناد الذاتي للمسؤولية	ذوو الصلابة القوية	2.06	0.98	0.64	0.10
		ذوو الصلابة الضعيفة	1.66	0.76		
15	تضخيم الكفاءة الذاتية	ذوو الصلابة القوية	3.00	0.98	2.33	0,01
		ذوو الصلابة الضعيفة	2.37	0.96		
16	البحث عن المساعدة	ذوو الصلابة القوية	2.06	1.01	−2.05	0.04
		ذوو الصلابة الضعيفة	2.66	1.12		
17	البحث عن المواساة والشفقة	ذوو الصلابة القوية	2.60	1.19	−1.35	0.18
		ذوو الصلابة الضعيفة	3.04	1.19		
18	الدعم الغير المشروط	ذوو الصلابة القوية	3.23	0.85	−2.35	0.02
		ذوو الصلابة الضعيفة	3.70	0.55		
19	تأكيد الإبعاد أو التجنّب	ذوو الصلابة القوية	2.83	0.98	−3.79	0,01
		ذوو الصلابة الضعيفة	3.66	0.48		
20	التحول إلى الدين	ذوو الصلابة القوية	3.46	0.57	2.05	0,01
		ذوو الصلابة الضعيفة	3.16	0.48		

يتضح من الجدول رقم (17) أن الاستراتيجية رقم (1) لها قدرة تميزية دالة بين ذوي الصلابة القوية والضعيفة لصالح ذوي الصلابة القوية ، حيث إن هذه الاستراتيجية هي استراتيجية إيجابية، ونفس الشيء بالنسبة للاستراتيجية رقم (2)، (11)، (15)، (16)، (18) و(20)، أما فيما يتعلق ـ نظريا ـ بالإستراتيجية

رقم (3) "أتقبل وضعيتي الصحية حيث ليس هناك ما يمكن فعله"، وعلى الرغم من أنها مصنفة ضمن استراتيجيات التكيف السلبية، إلا أن تكييف الفقرة الخاصة بهذه الاستراتيجية تم من حيث قياسها كحالة مرتبطة بوضعية صحية، حيث إن محتوى الاستراتيجية يتضمن تقبل المرض كواقع يمكن التعايش معه، وبالتالي تصبح هذه الاستراتيجية في هذه الحالة استراتيجية إيجابية، وبالنظر إلى نتيجة الفرق الدال إحصائيا بين ذوي الصلابة القوية والضعيفة في هذه الاستراتيجية لصالح ذوي الصلابة القوية فهذا يعني وجود قدرة تمييزية لهذه الفقرة مما يجعلها تتمتع بمستوى مقبول من الصدق، ويمكن تعميم هذا التصور وفق النتائج المتوصل إليها على الاستراتيجيات الأخرى والتي تبين من خلال نتائج الفروق على تمتعها بمستوى عال من الصدق بناء على قدرتها التمييزية الواضحة بين ذوي الصلابة القوية والصلابة الضعيفة، كما هو حال الاستراتيجية رقم (7) "الإنكار" "أتظاهر وكأنني غير مصاب بأي مرض" والذي يستخدم كطريقة إيجابية (الإنكار الإيجابي) للتعامل مع المرض ونفس الشيء بالنسبة لاستراتيجية "الإلغاء" "أقول لنفسي بأن الأمر خارج عن إرادتي ولا حاجة من التوتر بخصوص ما حصل" والتي تأخذ معاني التعايش وتقبل الأمر الواقع والقدر ، حيث صنفت بعض استراتيجيات التكيف العامة نظريا على أنها سالبة ولكن في هذه الدراسة وبعد عملية تكييف هذه الاستراتيجيات والتي تتضمن كيفية التعامل مع المرض وفي ضوء المعاني التي تحملها تبين أنها استراتيجية إيجابية، كما كشفت الدراسة عن وجود فروق دالة بين ذوي الصلابة القوية والصلابة الضعيفة في الاستراتيجيات السلبية التالية: "الاجترار"، "التفكير الغير الواقعي"، "تأكيد الإبعاد أو التجنب" لصالح مرضى ذوي الصلابة الضعيفة، كما يظهر في الجدول رقم (17) وجود فروق غير دالة احصائيا بين ذوي الصلابة القوية والصلابة الضعيفة في الاستراتيجيات التالية: الاستسلام، التجنب، التنفيس الانفعالي، استبدال المؤثر، التكيف مع الواقعية، الإسناد الذاتي للمسؤولية، البحث عن المساعدة ،البحث عن المواساة والشفقة، والدعم غير المشروط ، وهذا ما يعني ان هذه الاستراتيجيات ليس لها قدرة تمييزية بين ذوي صلابة القوية والضعيفة بمعنى أن مرضى السرطان وبغض النظر عن مستوى الصلابة النفسية

فإنهم يستخدمون هذه الاستراتيجيات بنفس المستوى. وبناءا على نتائج الفروق في الجدول السابق فإن المقياس أصبح يتكون في صيغته النهائية من 11 استراتيجية تكيف خاصة، حيث تم الاستغناء عن 9 استراتيجيات والتي ظهرت أنها غير تمييزية.

- **طريقة إعطاء الأوزان في مقياس استراتيجيات التكيف الخاصة:**

يتم الإجابة على كل فقرة من خلال 04 بدائل على سلم ليكرت وهما: دائما ما افعل ذلك=4، غالبا ما افعل ذلك=3، أحيانا ما افعل ذلك=2، لا أفعل ذلك على الإطلاق=1.

ثبات وسائل القياس:

تم الاعتماد في الكشف عن مستويات الثبات لمقاييس الدراسة الثلاثة على طريقة ألفا كرونباخ، وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (18): قيم ثبات وسائل القياس

وسائل القياس		قيمة ألفا كرونباخ
مقياس مركز الضبط الصحي	البعد الداخلي	0.86
	البعد الخارجي للحظ	0.91
	البعد الخارجي لذوي النفوذ	0.76
مقياس الصلابة النفسية	بعد الالتزام	0.75
	بعد التحكم	0.64
	بعد التحدي	0.74
	المقياس ككل	0.77
مقياس استراتيجيات التكيف الخاصة	استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية	0.72
	استراتيجيات التكيف الخاصة السلبية	0.68

يبين الجدول رقم (18) أن قيم معادلة ألفا كرونباخ امتدت من 0.64 إلى 0.91، وهي قيم عالية تثبت تمتع المقاييس الثلاثة بمستويات جيدة من الثبات.

III. الدراسة الأساسية:

1. زمان ومكان إجراء الدراسة الأساسية:

تم إجراء الدراسة الأساسية خلال الفترة الممتدة من 02 جوان 2022 إلى غاية 30 أكتوبر 2022، بالمؤسسة الاستشفائية يوسف دمرجي بتيارت وجمعية الفجر لمساعدة مرضى السرطان، على عينة قوامها 150 من المصابين بالسرطان، وذلك بعد الكشف عن نتائج الخصائص السيكومترية لوسائل القياس من صدق وثبات في الدراسة الاستطلاعية.

2. ظروف إجراء الدراسة الأساسية:

لم تختلف ظروف إجراء الدراسة الأساسية عن ظروف الدراسة الاستطلاعية بشكل كبير، إلا أن عينة الدراسة الأساسية شملت كلا المؤسستين من جمعية الفجر لمساعدة مرضى السرطان ومؤسسة الاستشفائية يوسف دمرجي بولاية تيارت وذلك بعد فتح التربصات الميدانية التي كانت مجمدة خلال فترة وباء كوفيد 19.

وقد تم تطبيق الاستبيانات على عينة مرضى السرطان بمستشفى يوسف دمرجي أثناء القيام بالعلاج الكيميائي، حيث تم استبعاد بعض الحالات ممن لم تسمح لهم حالتهم الصحية بالمشاركة في الإجابة على الاستبيانات الثلاثة.

3. خصائص عينة الدراسة الأساسية:

تم إجراء الدراسة الأساسية على عينة قوامها 150 حالة مصابة بالسرطان تخضع للعلاج الكيميائي، يتراوح سنهم ما بين 29 سنة و78 سنة بمتوسط حسابي قيمته 46 سنة وانحرافا معياريا قيمته 9 سنوات.

جدول رقم (19): توزيع عينة الدراسة الأساسية بدلالة الفئة العمرية ونوع السرطان

			نوع السرطان							المجموع
			سرطان الغدد الليمفاوية	سرطان الثدي	سرطان القولون	سرطان الرئة	سرطان الرحم	سرطان الحنجرة	سرطان البروستات	
الفئات العمرية	**40 – 29 سنة**	التكرار	12	22	/	3	1	6	/	44
		%	**%8**	**%14.7**	/	%2	%0.7	%4	/	**%29.3**
	50 – 41 سنة	التكرار	1	30	3	16	2	4	8	64
		%	%0.7	**%20**	%2	%10.7	%1.3	%2.7	%5.3	**%42.7**
	51 سنة فأكثر	التكرار	/	5	9	10	10	1	7	42
		%	/	%3.3	%6	%6.7	%6.7	%0.7	%4.7	**%28**
المجموع		التكرار	13	57	12	29	13	11	15	150
		%	%8.7	**%38**	%8	%19.3	%8.7	%7.3	%10	%100

يتضح من خلال الجدول رقم (19) أن أغلب المصابين بالسرطان من أفراد العينة هم من فئة العمرية ما بين 41– 50 سنة بنسبة 42.7% وهذا راجع إلى ارتفاع عدد الإصابات بسرطان الثدي بنسبة 20% وسرطان الرئة بنسبة 10.7% في هذه الفئة العمرية، ثم فئة 29– 40 سنة بنسبة 29.3% ، تليها على التوالي فئة 51 سنة فأكثر بنسبة 28%. كما يظهر أن سرطان الغدد الليمفاوية يوجد فقط تقريبا لدى الفئة العمرية الأقل من 40 سنة، أما سرطان الثدي ينتشر أكثر في الفئة العمرية ما بين 41–50 سنة، ثم في الفئة العمرية 29–40 سنة ويقل لدى الفئة العمرية التي يزيد سنها عن 51 سنة، كما نجد أن سرطان القولون وسرطان الرحم ينتشران أكثر لدى الفئة العمرية التي يزيد عمرها عن 50 سنة، بينما سرطان الحنجرة أكثر انتشارا نسبيا لدى الفئة العمرية ما بين 29–40 سنة، بينما سرطان البروستات يزيد انتشاره مع تزايد العمر.

جدول رقم (20): توزيع عينة الدراسة الأساسية بدلالة الجنس ونوع السرطان

			الجنس		المجموع
			ذكر	أنثى	
نوع السرطان	سرطان الغدد الليمفاوية	التكرار	9	4	13
		%	%6	%2.7	%8.7
	سرطان الثدي	التكرار	/	57	57
		%	/	**%38**	%38
	سرطان القولون	التكرار	12	/	12
		%	**%8**	/	%8
	سرطان الرئة	التكرار	21	8	29
		%	**%14**	%5.3	%19.3
	سرطان الرحم	التكرار	/	13	13
		%	/	**%8.7**	%8.7
	سرطان الحنجرة	التكرار	11	/	11
		%	**%7.3**	/	%7.3
	سرطان البروستات	التكرار	15	/	15
		%	**%10**	/	%10
المجموع		التكرار	68	82	150
		%	**%45.3**	**%54.7**	%100

يتضح من خلال الجدول رقم (20) أن المصابات بمرض السرطان من الإناث يمثلن نسبة 54.7%، أما الذكور من المصابين بمرض السرطان فإنهم يمثلون نسبة45.3% من العينة الإجمالية التي قوامها 150 حالة، ويظهر وجود تباين ظاهري واضح في نسبة انتشار السرطان لدى الإناث بالمقارنة بالذكور، مقابل ذلك وكما يظهر من الجدول رقم (20) أن نسبة المصابين من الذكور تزداد مقارنة بالإناث في أنواع السرطانات التالية: سرطان الرئة، سرطان الحنجرة، وسرطان القولون.

جدول رقم (21): توزيع عينة الدراسة الأساسية بدلالة الحالة الاجتماعية ونوع السرطان

			نوع السرطان							المجموع
			سرطان الغدد الليمفاوية	سرطان الثدي	سرطان القولون	سرطان الرئة	سرطان الرحم	سرطان الحنجرة	سرطان البروستات	
الحالة الاجتماعية	أعزب	التكرار	7	6	/	2	/	5	/	20
		%	%4.7	%4	/	%1.3	/	%3.3	/	%13.3
	متزوج	التكرار	4	39	7	22	7	6	13	98
		%	%2.7	**%26**	%4.7	**%14.7**	%4.7	%4	%8.7	**%65.3**
	مطلق	التكرار	2	9	1	2	5	/	2	21
		%	%1.3	%6	%0.7	%1.3	%3.3	/	%1.3	%14
	أرمل	التكرار	/	3	4	3	1	/	/	11
		%	/	%2	%2.7	%2	%0.7	/	/	%7.3
المجموع		التكرار	13	57	12	29	13	11	15	150
		%	%8.7	%38	%8	%19.3	%8.7	%7.3	%10	%100

يظهر من خلال الجدول رقم (21) أن أغلب المصابين بالسرطان من عينة البحث هم من فئة المتزوجين بنسبة 65.3% منهم 26% مصابات بسرطان الثدي و14.7% مصابين بسرطان الرئة، تليها فئة المطلقين بنسبة 14%، ثم فئة العزاب بنسبة 13.3% وتأتي في الأخير عينة الأرامل بنسبة 7.3% وتتنوع نسبة الإصابات بمرض السرطان حسب أنواعه على فئات الحالة الاجتماعية الثلاث (العزاب، المطلقين والأرامل) بشكل قليل ومتقارب.

جدول رقم (22): توزيع عينة الدراسة الأساسية بدلالة المستوى التعليمي ونوع السرطان

			نوع السرطان							المجموع
			سرطان الغدد الليمفاوية	سرطان الثدي	سرطان القولون	سرطان الرئة	سرطان الرحم	سرطان المخبرة	سرطان البروستات	
المستوى التعليمي	ابتدائي	التكرار	/	5	1	7	7	/	3	23
		%	/	%3.3	%0.7	%4.7	%4.7	/	%2	%15.3
	متوسط	التكرار	3	18	8	12	2	5	2	50
		%	%2	%12	%5.3	%8	%1.3	%3.3	%1.3	**%33.3**
	ثانوي	التكرار	4	20	2	5	3	3	9	46
		%	%2.7	%13.3	%1.3	%3.3	%2	%2	%6	%30.7
	جامعي	التكرار	6	14	1	5	1	3	1	31
		%	%4	%9.3	%0.7	%3.3	%0.7	%2	%0.7	%20.7
المجموع		التكرار	13	57	12	29	13	11	15	150
		%	%8.7	%38	%8	%19.3	%8.7	%7.3	%10	%100

يظهر من خلال الجدول رقم (22) أن المصابين ذوي المستوى التعليمي المتوسط يشكلون أعلى نسبة والمقدرة بـ33.3%، تليها على التوالي المستوى الثانوي بنسبة 30.7%، ثم المستوى الجامعي بنسبة 20.7% وكانت الأكبر نسبة لصالح فئة سرطان الثدي في جميع المستويات التعليمية الثلاث سالفات الذكر، وفي الأخير فئة المستوى الابتدائي بنسبة 15.3%.

4. الأساليب الإحصائية المعتمدة في الدراسة:

- التكرارات والنسب المئوية.
- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية.
- معامل ألفا كرونباخ.
- اختبار **ت**.
- تحليل التباين الأحادي.
- معادلة شيفه.
- تحليل التباين الثنائي.

الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة

تمهيد

I. **عرض وتحليل نتائج الدراسة:**

1. عرض وتحليل نتائج التساؤل الأول
2. عرض وتحليل نتائج اختبار الفرضية الأولى
3. عرض وتحليل نتائج اختبار الفرضية الثانية
4. عرض وتحليل نتائج اختبار الفرضية الثالثة
5. عرض وتحليل نتائج اختبار الفرضية الرابعة
6. عرض وتحليل نتائج اختبار الفرضية الخامسة

II. **مناقشة وتفسير نتائج الدراسة:**

1. مناقشة وتفسير نتائج التساؤل الأول
2. مناقشة وتفسير نتائج اختبار الفرضية الأولى
3. مناقشة وتفسير نتائج اختبار الفرضية الثانية
4. مناقشة وتفسير نتائج اختبار الفرضية الثالثة
5. مناقشة وتفسير نتائج اختبار الفرضية الرابعة
6. مناقشة وتفسير نتائج اختبار الفرضية الخامسة

I. عرض نتائج البحث:

سيتم عرض نتائج البحث من خلال إجرائيين هما:

الإجراء الأول (وصفي): وفيه يتم وصف مستويات متغيرات البحث الأساسية على حسب التساؤل الوارد في إشكالية البحث والتي تساعد على فهم نتائج البحث الخاصة باختبار الفرضيات ونعتمد في هذا الإجراء على الأساليب الإحصائية التالية: المتوسط الحسابي والانحراف المعياري.

الإجراء الثاني (استدلالي): يتم في ضوئه اختبار فرضيات البحث بالاعتماد على الأساليب الإحصائية التالية: اختبار ت، تحليل التباين الأحادي Anova، معادلة شيفي للكشف عن اتجاه الفروق، تحليل التباين الثنائي.

الإجراء الأول (وصفي):

1. عرض وتحليل نتائج التساؤل الأول:

جدول رقم (23): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمتغيرات البحث الأساسية

	بعد مركز الضبط الصحي الداخلي	بعد مركز الضبط الصحي الخارجي للحظ	بعد مركز الضبط الصحي الخارجي لذوي النفوذ	الصلابة النفسية	استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية	استراتيجيات التكيف الخاصة السلبية
المتوسط النظري	12	9	12	51	20	7.5
المتوسط الحسابي	12.90	7.82	15.24	52.91	22.88	9.66
الانحراف المعياري	3.51	3.56	3.05	8.88	3.42	2.00

كشفت الدراسة كما يظهر من الجدول رقم (23) أن المتوسط الحسابي لبعد ذوي النفوذ جاء أكبر من المتوسط النظري بالمقارنة مع بقية الأبعاد المتعلقة بالبعد الداخلي والبعد الخارجي للحظ مما يدل على سيادة بعد ذوي النفوذ في نوع مركز الضبط الصحي لدى عينة الدراسة، كما يتبين أيضا أن مستوى الصلابة

النفسية متوسط لدى عينة الدراسة ككل بمتوسط حسابي قدره 52.91 ومتوسط نظري قدره 51 أي وجود فرق بسيط بينهما، أما فيما يخص استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية والسلبية المستخدمة يتضح من الجدول رقم (23) أن المتوسط الحسابي أعلى من المتوسط النظري في كليهما مما يدل على استخدام عينة الدراسة كلتا الاستراتيجيتين الإيجابية والسلبية على حد سواء وبشكل متباين ظاهري.

وللتعرف على أكثر استراتيجيات التكيف الخاصة التي يستخدمها مرضى السرطان، قامت الطالبة الباحثة بالكشف عن المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للمقياس، كما يظهر ذلك من خلال الجدول التالي:

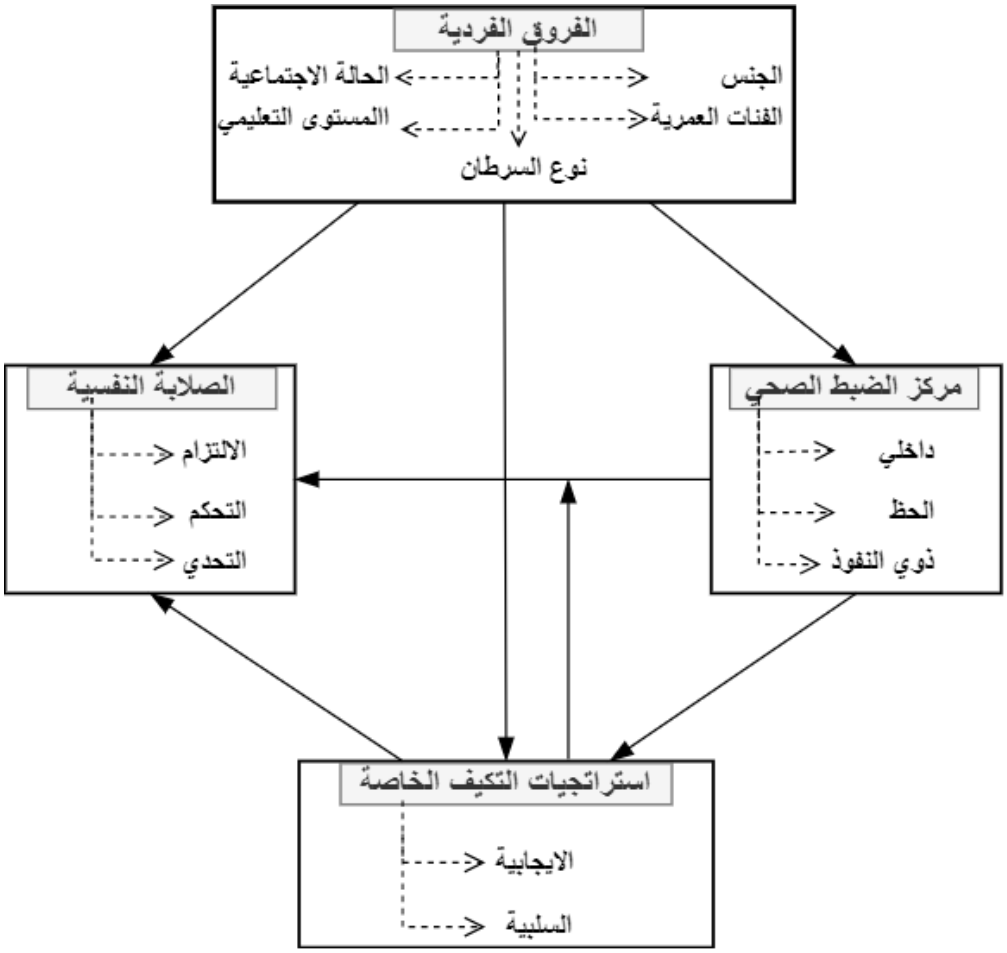
جدول رقم (24): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستراتيجيات التكيف الخاصة المستخدمة لدى مرضى السرطان، ن= 150

		المتوسط النظري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
إ. الإيجابية	التحليل المنطقي للمشكل والبحث العقلي عن الحل	2,5	2.91	0.73
	اعادة التفسير والتقييم الإيجابي للوضعية او الموقف الضاغط	2,5	2.96	0.78
	تقبل الوضعية	2,5	2.46	0.79
	الإنكار	2,5	2.48	0.80
	الإلغاء	2,5	2.93	0.79
	البحث عن اثابات بديلة بغرض المكافأة الذاتية	2,5	3.12	0.81
	تضخيم الكفاءة الذاتية	2,5	2.66	0.91
	التحول الى الدين	2,5	3.34	0.57
إ. السلبية	الإجترار	2,5	3.06	0.80
	التفكير الغير واقعي	2,5	3.45	0.72
	تأكيد الإبعاد أو التجنب	2,5	3.14	0.85

أظهرت النتائج كما يظهر في الجدول رقم (24) إلى أن أكثر الاستراتيجيات المستخدمة لدى المصابين بالسرطان هي استراتيجية التفكير غير الواقعي بمتوسط حسابي 3.45 وهي استراتيجية سلبية، يليها من حيث الاستخدام الاستراتيجية الإيجابية وهي التحول إلى الدين بمتوسط حسابي 3.34، ومن ثم استراتيجية تأكيد الإبعاد أو التجنب وهي استراتيجية سلبية بمتوسط حسابي 3.14، تليها استراتيجية البحث عن إثابات بديلة بغرض المكافأة الذاتية وهي استراتيجية إيجابية بمتوسط حسابي 3.12، ومن ثم استراتيجية الاجترار وهي استراتيجية سلبية بمتوسط حسابي 3.06، وتعتبر هذه الاستراتيجيات ظاهريا الأكثر استخداما لدى العينة ككل مقارنة بالاستراتيجيات الأخرى في ضوء المتوسط النظري الذي قيمته 2.5، تليها استراتيجية إعادة التفسير والتقييم الإيجابي للوضعية أو الموقف الضاغط بمتوسط حسابي 2.96، تليها على التوالي كل من استراتيجية الإلغاء بمتوسط حسابي 2.93، واستراتيجية التحليل المنطقي للمشكل والبحث العقلي عن الحل بمتوسط حسابي 2.91، تليها استراتيجية تضخيم الكفاءة الذاتية بمتوسط حسابي 2.66، في حين ظهر بأن أقل استراتيجيتين تم استخدامها هي استراتيجية الإنكار بمتوسط حسابي 2.48 وأخيرا استراتيجية تقبل الوضعية بمتوسط حسابي قدره 2.46، وما هو ملاحظ أن هناك تنوعا متباينا في تبني كل من استراتيجيات التكيف الإيجابية والسلبية المستخدمة لدى المصابين بالسرطان.

الإجراء الثاني (استدلالي):

والذي سيتم في ضوئه اختبار الفرضيات التالية:



الشكل رقم (5): نموذج التصور العام للعلاقات المفترضة بين متغيرات البحث الأساسية والتي سيتم اختبارها من خلال الفرضيات الموالية

2. عرض وتحليل نتائج اختبار الفرضية الأولى:

إن الفروق بين:(الذكور والإناث، الفئة العمرية، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي ونوع السرطانات) ترافقه فروق دالة إحصائيا في نوع مركز الضبط الصحي، استراتيجيات التكيف الخاصة ومستوى الصلابة النفسية على التوالي.

1.2. الفرضية الجزئية الأولى من الفرضية العامة الأولى:

إن الفروق بين (الذكور والإناث) ترافقه فروق دالة إحصائيا في نوع مركز الضبط الصحي، استراتيجيات التكيف الخاصة ومستوى الصلابة النفسية على التوالي.

جدول رقم (25): دلالة الفروق بين الذكور والإناث في(نوع مركز الضبط الصحي، الصلابة النفسية، استراتيجيات التكيف الخاصة) عدد الذكور= 68 وعدد الإناث= 82، درجة الحرية= 148

	الجنس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
بعد مركز الضبط الصحي الداخلي	ذكر	13.88	3.35	3.18	0.01 دالة
	أنثى	12.09	3.46		
بعد مركز الضبط الصحي الخارجي للحظ	ذكر	6.52	2.78	−4.26	0.01 دالة
	أنثى	8.89	3.78		
بعد مركز الضبط الصحي الخارجي لذوي النفوذ	ذكر	15.41	2.91	0.62	0.53 غير دالة
	أنثى	15.09	3.18		
الصلابة النفسية	ذكر	56.47	7.84	4.78	0.01 دالة
	أنثى	49.96	8.65		
استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية	ذكر	23.55	3.62	2.22	0.02 دالة
	أنثى	22.32	3.15		
استراتيجيات التكيف الخاصة السلبية	ذكر	8.82	2.16	−5.02	0.01 دالة
	أنثى	10.35	1.55		

تظهر نتائج الجدول رقم (25) وجود فروق دالة إحصائيا بين الذكور والإناث في كل من: البعد الداخلي لمركز الضبط الصحي لصالح الذكور والبعد الخارجي للحظ لصالح الإناث، كما تبين وجود فروق دالة إحصائيا في الصلابة النفسية لصالح الذكور، وفروق دالة إحصائيا في استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية المستخدمة لصالح الذكور، في حين تبين وجود فروق دالة إحصائيا في استراتيجيات التكيف الخاصة السلبية لصالح الإناث، كما لم تظهر هناك فروق دالة إحصائيا بين الذكور والإناث في بعد ذوي

النفوذ لمركز الضبط الصحي. ويظهر أن الذكور أكثر تبنيا لمركز الضبط الصحي الداخلي وأكثر صلابة نفسية وأكثر ميلا في استخدام استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية مقارنة بالإناث.

2.2. الفرضية الجزئية الثانية من الفرضية العامة الأولى:

إن الفروق بين الفئات العمرية (29-40سنة، 41-50سنة، 51 سنة فأكثر) ترافقه فروق دالة إحصائيا في نوع مركز الضبط الصحي، استراتيجيات التكيف الخاصة ومستوى الصلابة النفسية على التوالي.

جدول رقم (26): دلالة الفروق بين الفئات العمرية في (نوع مركز الضبط الصحي،الصلابة النفسية، استراتيجيات التكيف الخاصة)

		مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
بعد مركز الضبط الصحي الداخلي	بين المجموعات	109.554	2	54.777	4.646	0.01 دالة
	داخل المجموعات	1733.139	147	11.790		
	المجموع	1842.693	149			
بعد مركز الضبط الصحي الخارجي للحظ	بين المجموعات	85.995	2	42.997	3.503	0.03 دالة
	داخل المجموعات	1804.145	147	12.273		
	المجموع	1890.140	149			
بعد مركز الضبط الصحي الخارجي لذوي النفوذ	بين المجموعات	20.922	2	10.461	1.122	0.32 غير دالة
	داخل المجموعات	1370.438	147	9.32		
	المجموع	1391.360	149			
الصلابة النفسية	بين المجموعات	231.987	2	115.993	1.479	0.23 غير دالة
	داخل المجموعات	11529.89	147	78.435		
	المجموع	11761.87	149			
استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية	بين المجموعات	22.314	2	11.157	0.953	0.38 غير دالة
	داخل المجموعات	1720.759	147	11.706		
	المجموع	1743.073	149			

استراتيجيات التكيف الخاصة السلبية	بين المجموعات	11.136	2	5.568	1.396	0.25 غير دالة
	داخل المجموعات	586.524	147	3.990		
	المجموع	597.660	149			

كشفت الدراسة كما يظهر من الجدول رقم (26) عن وجود فروق غير دالة احصائيا بين الفئات العمرية الثلاثة في المتغيرات التالية: بعد النفوذ لمركز الضبط الصحي، الصلابة النفسية، استراتيجيات التكيف الخاصة السلبية منها والايجابية. في حين تبين وجود فروق دالة احصائيا في البعد الداخلي لمركز الضبط الصحي لصالح الفئة العمرية ما بين 41-50 سنة و51 سنة فأكثر، وبعد الحظ لصالح الفئة العمرية ما بين 29-40 سنة و51 سنة فأكثر.

وبعد تطبيق معادلة شيفي للكشف عن اتجاه الفروق بين فئات العمرية للمتغيرات الثلاثة كشفت نتائج المقارنات عن مايلي:

جدول رقم (27): ترتيب نوع مركز الضبط الصحي، الدرجة الكلية لمقياس الصلابة النفسية، وأنواع استراتيجيات التكيف الخاصة المستخدمة حسب الفئات العمرية لمرضى السرطان

	الفئات العمرية	**عدد الحالات**	**المجموعات الفرعية ألفا=0.05**	
			1	**2**
بعد مركز الضبط الصحي الداخلي	29-40 سنة	44	12.5000	12.5000
	41-50 سنة	64		**13.8594**
	51 سنة فما فوق	42	**11.8810**	
بعد مركز الضبط الصحي الخارجي للحظ	29-40 سنة	44		**8.9091**
	41-50 سنة	64	7.0938	
	51 سنة فما فوق	42	7.7857	7.7857
بعد مركز الضبط الصحي الخارجي لذوي النفوذ	29-40 سنة	44	15.4318	
	41-50 سنة	64	15.5000	
	51 سنة فما فوق	42	14.6429	

الصلابة النفسية	40-29 سنة	44	53.1591	
	50-41 سنة	64	54.0000	
	51 سنة فما فوق	42	51.0000	
استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية	40-29 سنة	44	23.2500	
	50-41 سنة	64	23.0313	
	51 سنة فما فوق	42	22.2857	
استراتيجيات التكيف الخاصة السلبية	40-29 سنة	44	10.0682	
	50-41 سنة	64	9.4219	
	51 سنة فما فوق	42	9.5952	

يظهر من خلال الجدول رقم (27) المتعلق باتجاهات الفروق، وجود فروق غير دالة إحصائيا في البعد الداخلي لمركز الضبط الصحي بين الفئة العمرية 29-40 سنة و41-50 سنة، في حين كانت هناك فروق دالة إحصائيا عند مستوى 0.05 بين الفئة العمرية 41-50 سنة وفئتي 29-40 سنة و51 سنة فأكثر على التوالي والترتيب لصالح الفئة العمرية 41-50 سنة. كما كشفت عن وجود فروق دالة إحصائيا بين الفئة العمرية 29-40 سنة و51 سنة فما فوق في البعد الخارجي للحظ، غير أنه لم يكن هناك فرق دالة إحصائيا بين الفئة العمرية 41-50 سنة و51 سنة فما فوق، أما فيما يتعلق بكل من البعد الخارجي لذوي النفوذ ومستوى الصلابة النفسية واستراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية والسلبية المستخدمة تبين عدم وجود فروق دالة بين الفئات العمرية الثلاث.

3.2. الفرضية الجزئية الثالثة من الفرضية العامة الأولى:

إن الفروق بين فئات الحالة الاجتماعية (أعزب، متزوج، مطلق، أرمل) ترافقه فروق دالة إحصائيا في نوع مركز الضبط الصحي، استراتيجيات التكيف الخاصة ومستوى الصلابة النفسية على التوالي.

جدول **رقم (28):** دلالة الفروق في الحالة الاجتماعية في(نوع مركز الضبط الصحي،الصلابة النفسية، استراتيجيات التكيف الخاصة)

		مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
بعد مركز الضبط الصحي الداخلي	بين المجموعات	121.751	3	40.584	3.44	0.01 دالة
	داخل المجموعات	1720.942	146	11.787		
	المجموع	1842.693	149			
بعد مركز الضبط الصحي الخارجي للحظ	بين المجموعات	156.913	3	52.304	4.406	0.01 دالة
	داخل المجموعات	1733.227	146	11.871		
	المجموع	1890.140	149			
بعد مركز الضبط الصحي الخارجي لذوي النفوذ	بين المجموعات	176.225	3	58.742	7.058	0.01 دالة
	داخل المجموعات	1215.135	146	8.323		
	المجموع	1391.360	149			
الصلابة النفسية	بين المجموعات	1422.917	3	474.306	6.698	0.01 دالة
	داخل المجموعات	10338.96	146	70.815		
	المجموع	11761.87	149			
استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية	بين المجموعات	142.130	3	47.377	4.321	0.01 دالة
	داخل المجموعات	1600.943	146	10.965		
	المجموع	1743.073	149			
استراتيجيات التكيف الخاصة السلبية	بين المجموعات	38.167	3	12.722	3.320	0.02 دالة
	داخل المجموعات	559.493	146	3.832		
	المجموع	597.660	149			

كشفت الدراسة كما يظهر من الجدول رقم (28) عن وجود فروق دالة إحصائيا في الحالة الاجتماعية في المتغيرات الثلاث: مركز الضبط الصحي، الصلابة النفسية، استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية

لصالح المتزوجين، فيما ظهر وجود فروق لصالح المطلقين في استراتيجيات التكيف الخاصة السلبية المستخدمة، وبعد تطبيق معادلة شيفي للكشف عن اتجاه الفروق في الحالة الاجتماعية (أعزب، متزوج، مطلق، أرمل) كشفت نتائج المقارنات عن ما يلي:

جدول رقم (29): ترتيب نوع مركز الضبط الصحي، الدرجة الكلية لمقياس الصلابة النفسية، وأنواع استراتيجيات التكيف الخاصة المستخدمة حسب الحالة الاجتماعية لمرضى السرطان

	الحالة الاجتماعية	عدد الحالات	المجموعات الفرعية ألفا=0.05	
			1	2
بعد مركز الضبط الصحي الداخلي	أعزب	20	11.3500	
	متزوج	98	13.5510	
	مطلق	21	11.8095	
	أرمل	11	12.0909	
بعد مركز الضبط الصحي الخارجي للحظ	أعزب	20	9.3000	
	متزوج	98	7.0816	
	مطلق	21	8.9524	
	أرمل	11	9.5455	
بعد مركز الضبط الصحي الخارجي لذوي النفوذ	أعزب	20	14.4500	14.4500
	متزوج	98		15.9898
	مطلق	21	13.7143	13.7143
	أرمل	11	12.9091	
الصلابة النفسية	أعزب	20	49.7000	
	متزوج	98	55.1327	
	مطلق	21	48.1429	
	أرمل	11	48.0909	
	أعزب	20	22.1000	

استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية	متزوج	98	23.5714	
	مطلق	21	21.4286	
	أرمل	11	21.0000	
استراتيجيات التكيف الخاصة السلبية	أعزب	20	10.300	
	متزوج	98	9.2959	
	مطلق	21	10.4762	
	أرمل	11	10.1818	

يتضح من خلال الجدول رقم (29) وجود فروق دالة إحصائيا في بعد الخارجي لذوي النفوذ بين المتزوجين والمطلقين وبين الأرامل والمتزوجين وبالترتيب لصالح المتزوجين في بعد مركز الضبط الخارجي لذوي النفوذ، كما كشفت عن وجود فروق في مستوى الصلابة النفسية بين المتزوجين والمطلقين وبالترتيب لصالح المتزوجين، كما كشفت النتائج عن وجود فروق بين المجموعات في استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية بين العزاب والمطلقين وبالترتيب لصالح المتزوجين، في حين لم تظهر هناك فروق واضحة بين المجموعات في استراتيجيات التكيف السلبية وحسب الترتيب جاءت ظاهريا لصالح المطلقين.

4.2. الفرضية الجزئية الرابعة من الفرضية العامة الأولى:

إن الفروق بين المستويات التعليمية (ابتدائي، متوسط، ثانوي، جامعي) ترافقها فروق دالة إحصائيا في مستويات (أبعاد مركز الضبط الصحي، الصلابة النفسية، استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية والسلبية).

جدول رقم (30): دلالة الفروق في المستويات التعليمية في (نوع مركز الضبط الصحي، الصلابة النفسية، استراتيجيات التكيف الخاصة)

		مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
بعد مركز الضبط الصحي الداخلي	بين المجموعات	281.914	3	93.971	8.790	0.01 دالة
	داخل المجموعات	1560.780	146	10.690		
	المجموع	1842.693	149			
بعد مركز الضبط الصحي الخارجي للحظ	بين المجموعات	195.976	3	65.325	5.630	0.01 دالة
	داخل المجموعات	1694.164	146	11.604		
	المجموع	1890.140	149			
بعد مركز الضبط الصحي الخارجي لذوي النفوذ	بين المجموعات	165.008	3	55.003	6.548	0.01 دالة
	داخل المجموعات	1226.352	146	8.400		
	المجموع	1391.360	149			
الصلابة النفسية	بين المجموعات	1785.085	3	595.028	8.708	0.01 دالة
	داخل المجموعات	9976.788	146	68.334		
	المجموع	11761.87	149			
استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية	بين المجموعات	273.061	3	91.020	9.040	0.01 دالة
	داخل المجموعات	1470.013	146	10.069		
	المجموع	1743.073	149			
استراتيجيات التكيف الخاصة السلبية	بين المجموعات	30.534	3	10.178	2.620	0.05 دالة
	داخل المجموعات	567.126	146	3.884		
	المجموع	597.660	149			

كشفت الدراسة كما يظهر من الجدول رقم (30) عن وجود فروق دالة إحصائيا في المستويات التعليمية في المتغيرات الثلاث: مركز الضبط الصحي، الصلابة النفسية، استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية لصالح الجامعي، كما لم تظهر فروق دالة في استخدام استراتيجيات التكيف الخاصة السلبية.

وبعد تطبيق معادلة شيفي للكشف عن اتجاه الفروق في المستوى التعليمي (ابتدائي، متوسط، ثانوي، جامعي) كشفت نتائج المقارنات عن ما يلي:

جدول رقم (31): ترتيب نوع مركز الضبط الصحي، الدرجة الكلية لمقياس الصلابة النفسية، وأنواع استراتيجيات التكيف الخاصة المستخدمة حسب المستويات التعليمية لمرضى السرطان

	المستويات التعليمية	عدد الحالات	المجموعات الفرعية ألفا=0.05	
			1	2
بعد مركز الضبط الصحي الداخلي	ابتدائي	23	9.8261	
	متوسط	50		13.0800
	ثانوي	46		13.3913
	جامعي	31		14.1935
بعد مركز الضبط الصحي الخارجي للحظ	ابتدائي	23		10.1304
	متوسط	50	7.9800	7.9800
	ثانوي	46	7.4783	
	جامعي	31	6.3548	
بعد مركز الضبط الصحي الخارجي لذوي النفوذ	ابتدائي	23	13.3913	
	متوسط	50	14.6400	14.6400
	ثانوي	46		16.1522
	جامعي	31		16.2258
الصلابة النفسية	ابتدائي	23	46.0000	
	متوسط	50		52.3600

	ثانوي	46		53.9565
	جامعي	31		57.3871
استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية	ابتدائي	23	20.5652	
	متوسط	50	22.7400	
	ثانوي	46	22.7391	
	جامعي	31		25.0645
استراتيجيات التكيف الخاصة السلبية	ابتدائي	23	10.3913	
	متوسط	50	9.9400	
	ثانوي	46	9.3913	
	جامعي	31	9.0645	

يتضح من خلال الجدول رقم (31) وجود فروق دالة إحصائيا في كل من البعد الداخلي لمركز الضبط الصحي ومستوى الصلابة النفسية بين فئة المستوى الابتدائي والمستويات الثلاثة الأخرى لصالح المستويات التالية: جامعي، ثانوي، ثم المتوسط وبالترتيب لصالح الجامعي، كما تم إيجاد فروق دالة إحصائيا في مدى استخدام الاستراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية المستخدمة بين المستوى الابتدائي والجامعي والثانوي والمتوسط وبالترتيب لصالح الجامعي، في حين لم تظهر هناك فروق دالة إحصائيا في مدى استخدام استراتيجيات التكيف الخاصة السلبية بين الفئات الأربعة وتمثلت أعلى رتبة ظاهريا بين المستويات لصالح المستوى الابتدائي.

5.2. الفرضية الجزئية الخامسة من الفرضية العامة الأولى:

إن الفروق بين أنوع السرطانات ترافقها فروق دالة إحصائيا في مستويات (أبعاد مركز الضبط الصحي، الصلابة النفسية، استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية والسلبية).

جدول رقم (32): دلالة الفروق في (نوع مركز الضبط الصحي، الصلابة النفسية، استراتيجيات التكيف الخاصة) حسب فئات مرضى السرطان

		مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
بعد مركز الضبط الصحي الداخلي	بين المجموعات	184.359	6	30.727	2.650	0.01 دالة
	داخل المجموعات	1658.334	143	11.597		
	المجموع	1842.693	149			
بعد مركز الضبط الصحي الخارجي للحظ	بين المجموعات	213.724	6	35.621	3.038	0.01 دالة
	داخل المجموعات	1676.416	143	11.723		
	المجموع	1890.140	149			
بعد مركز الضبط الصحي الخارجي لذوي النفوذ	بين المجموعات	116.030	6	19.338	2.168	0.05 دالة
	داخل المجموعات	1275.330	143	8.918		
	المجموع	1391.360	149			
الصلابة النفسية	بين المجموعات	1406.380	6	234.397	3.237	0.01 دالة
	داخل المجموعات	10355.49	143	72.416		
	المجموع	11761.87	149			
استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية	بين المجموعات	32.954	6	5.492	0.459	0.83 غير دالة
	داخل المجموعات	1710.120	143	11.959		
	المجموع	1743.073	149			
استراتيجيات التكيف الخاصة السلبية	بين المجموعات	66.211	6	11.035	2.969	0.01 دالة
	داخل المجموعات	531.449	143	3.716		
	المجموع	597.660	149			

كشفت الدراسة كما يظهر من الجدول رقم (32) عن وجود فروق دالة بشكل عام بين أنواع السرطان فيما يخص الفرق في تبني البعد الداخلي أو الحظ أو النفوذ، كما تم إيجاد فروق دالة إحصائيا في مستوى الصلابة النفسية بدلالة نوع السرطان بين المجموعات ، أما فيما يخص استراتيجيات التكيف الخاصة المستخدمة تبين وجود فروق دالة في استخدام استراتيجيات التكيف الخاصة السلبية، ووجود فروق غير دالة إحصائيا في مدى استخدام استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية لدى عينة الدراسة.

وبعد تطبيق معادلة شيفي للكشف عن اتجاه الفروق بين فئات العينة حسب أنواع السرطانات، كشفت الدراسة عن اتجاه الفروق بين المجموعات موضوع المقارنة كما يظهر في الجدول التالي:

جدول رقم (33): التصنيف الفئوي لمستويات أبعاد مركز الضبط الصحي لدى فئات مرضى السرطان بعد الكشف عن اتجاه الفروق لـ : شيفي.

نوع السرطان	عدد الحالات	البعد الداخلي المجموعات الفرعية ألفا=0.05		البعد الخارجي للحظ المجموعات الفرعية ألفا=0.05		البعد الخارجي لذوي النفوذ المجموعات الفرعية ألفا=0.05	
		1	2	1	2	1	2
سرطان الغدد الليمفاوي	13	**13.9231**		6.8462		15.4615	
سرطان الثدي	57	12.5439		8.8772		15.7719	
سرطان القولون	12	**13.7500**		5.7500		14.5000	
سرطان الرئة	29	**13.7931**		6.7241		15.0690	
سرطان الرحم	13	9.8462		**9.4615**		13.0769	
سرطان الحنجرة	11	12.8182		8.0909		14.3636	
سرطان البروستات	15	**13.7333**		6.8000		**16.4667**	

يظهر من خلال الجدول رقم (33) أن أبعاد مركز الضبط الصحي الثلاثة جاءت متسقة إلى حد ما داخل المجموعات السرطانية بالنسبة لكل بعد، على الرغم من وجود فروق داخلية هامشية بينها. ويبدوا من خلال الجدول رقم (33) أن فئة سرطان الرحم كانت لها أدنى درجة في مستوى الميل إلى تبني مركز

ضبط الصحي الداخلي مقارنة بفئات مرضى السرطان الأخرى، وهي درجة أقل من المتوسط النظري 12، وجاء ترتيب فئات السرطان الأخرى بالنسبة لبعد مركز الضبط الداخلي والتي كانت مستوياتها أكبر من المتوسط النظري بما يشير إلى الميل المتواضع في تبني هذا النمط. ويظهر من الجدول رقم (33) ومن خلال المقارنة الظاهرية مع مدى ميل فئات المرضى لمركز ضبط ذوي النفوذ مقابل الميل لمركز الضبط الصحي الداخلي، وجود تجانس واضح لميل العينة الكلية لكلا المركزين، مع وجود فروق ظاهرية هامشية لصالح مركز ضبط النفوذ. وبالنظر إلى الإطار النظري للبعدين نجد أن كليهما يحمل طابعا إيجابيا فقد بينت لديفنز وآخرين (Devins et al,1981) على عينة من مرضى السرطان أن المرضى على درجات مرتفعة على بعد ذوي النفوذ كانوا أقل عرضة للاستجابة الاكتئابية والقلق في مواجهة مرضهم. وفي نفس السياق أشار شويتزر (Schweitzer,2014) أنه على الرغم من الآثار غير المرغوبة لبعد ذوي النفوذ لمركز الضبط الصحي على الصحة النفسية والجسمية إلا أنه قد يرتبط أحيانا بمتغيرات أخرى تجعله أكثر فاعلية (حوي ودالي،2020)، وتصنيف بعد ذوي النفوذ الذي يعود فيه المرضى إلى اعتماد الاستشارات الطبية من خلال الطاقم والمحيط الصحي تمت الإشارة إليه في الفصل الثاني لمتغير مركز الضبط الصحي، وعليه وبناء على ما سبق، فإن التجانس في مدى الميل للبعدين جاء منطقيا. خلاف ذلك نجد أن فئات مرضى السرطان أقل ميلا لمركز الضبط للحظ والتي كانت مستوياتها أقل من المتوسط النظري 9، ويبدوا من خلال الجدول رقم (33) أن فئة سرطان القولون كانت لهم أدنى درجة في تبني بعد مركز الضبط الصحي للحظ مقارنة ببقية الأنواع ، في حين جاءت فئة سرطان الرحم أعلى من متوسط النظري بدرجة متقاربة نوعا ما مما يدل على ميل مرضى سرطان الرحم لبعد الضبط الصحي للحظ بدرجة متوسطة.

جدول رقم (34): التصنيف الفئوي لمستويات الدرجة الكلية للصلابة النفسية لدى فئات مرضى السرطان بعد الكشف عن اتجاه الفروق لـ : شيفي.

نوع السرطان	عدد الحالات	الصلابة النفسية المجموعات الفرعية ألفا=0.05	
		1	2
سرطان الغدد الليمفاوي	13	55.0769	55.0769
سرطان الثدي	57	51.1930	51.1930
سرطان القولون	12		**56.7500**
سرطان الرئة	29	54.6552	54.6552
سرطان الرحم	13	**45.4615**	
سرطان الحنجرة	11	55.4545	55.4545
سرطان البروستات	15	55.7333	55.7333

يتضح من خلال الجدول رقم (34) وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى الصلابة النفسية بين فئة سرطان الرحم وفئة سرطان القولون، ويبدوا من خلال الجدول رقم (34) أن فئة سرطان الرحم كانت لهم أدنى درجة مقارنة ببقية فئات السرطان الأخرى، وهي درجة أقل من المتوسط النظري 51 مما يدل على وجود مستوى ضعيف من الصلابة النفسية لدى مرضى سرطان الرحم، وفي المقابل نجد أن فئة سرطان القولون كانت لهم أعلى درجة مقارنة ببقية فئات السرطان الأخرى، وهي درجة أكبر من المتوسط النظري 51 مما يدل على وجود صلابة قوية أو مرتفعة لدى فئة سرطان القولون، في حين جاءت بقية الأنواع بدرجة متقاربة مع بعضها البعض مما يدل على وجود مستوى متوسط من الصلابة النفسية لديهم.

جدول رقم (35): التصنيف الفئوي لمستويات بعدي استراتيجيات التكيف الخاصة لدى فئات مرضى السرطان بعد الكشف عن اتجاه الفروق لـ : شيفي.

نوع السرطان	عدد الحالات	المجموعات الفرعية ألفا=0.05 الاستراتيجيات الإيجابية		المجموعات الفرعية ألفا= 0.05 الاستراتيجيات السلبية	
		1	2	1	2
سرطان الغدد الليمفاوي	13	23.3077		9.3077	
سرطان الثدي	57	22.5965		10.4211	
سرطان القولون	12	24.1667		9.5000	
سرطان الرئة	**29**	**23.0690**		**8.9655**	
سرطان الرحم	13	22.3077		9.8462	
سرطان الحنجرة	**11**	**23.0000**		**8.5455**	
سرطان البروستات	15	22.6667		9.2000	

يظهر من خلال الجدول رقم (35) عدم وجود فروق ذات دلالة معنوية بين فئات مرضى السرطان فيما يخص استخدام كل من الاستراتيجيات الإيجابية أو السلبية على الرغم من وجود فروق ذات طابع ظاهري إلا أنهم يستخدمون كلا النوعين في آن واحد بنفس المستوى نوعا ما، حيث نجد أن جميع فئات مرضى السرطان في الاستراتيجيات الإيجابية تفوق قيمة المتوسط النظري المقدر بـ 20، مما يدل على ميلهم جميعا دون استثناء لاستخدام استراتيجيات التكيف الإيجابية، أما فيما يخص الاستراتيجيات السلبية فنجد أن جميع فئات مرضى السرطان تفوق درجة المتوسط النظري لديها المقدر بـ 7.5 ما عدى فئة سرطان الرئة والحنجرة ممن لهم الميل إلى استخدام استراتيجيات التكيف الخاصة السلبية بمستوى متوسط نظرا لتقارب قيمتها مع المتوسط النظري.

يتضح من الجدول (الملحق رقم 7، 8 و9) من خلال المقارنات المتعددة وكما يتضح من خلال الجداول رقم (33) (34) (35) أن الفروق غير واضحة فيما يتعلق بمستوى تبني الفئات لمركز الضبط

الصحي(الداخلي، الحظ، النفوذ) حسب نوع السرطان حيث إن كل قيم المتوسطات جاءت في خانة واحدة بالنسبة للأبعاد الثلاثة لمركز الضبط الصحي، وعليه ومن أجل اختبار الفرضيات اللاحقة والتي سيتم اختبارها وفق مجموعات مركز الضبط الصحي حسب أبعاده الثلاثة والتي يقتضي فيها الأمر إعادة تصنيف الفئات حسب كل بعد من أبعاد مركز الضبط بما يمنحها صفة التصنيف أو الاسمية كمستوى من مستويات القياس، وبالتالي يتم تلافي مشكلة نقاوة الفئات واستبعاد مشكلة العلاقة الخطية بين الفئات بما يجعلها منفصلة عن بعضها البعض. كما كشفت الدراسة عن وجود تجانس في استجابات العينة على مقياس الصلابة النفسية والتي جاءت في مجملها أكبر من المتوسط النظري 51، ما عدى فئة مرضى سرطان الرحم التي جاء مستوى صلابتها النفسية بمتوسط حسابي قيمته 45.46 وهو أقل من المتوسط النظري، مقابل فئة مرضى سرطان القولون التي أخذت المرتبة الأولى في مستوى الصلابة النفسية وبفارق دال عن فئة سرطان الرحم، وعليه جاء ترتيب الفئتين في خانتين منفصلتين. كما ظهرت نفس الشيء بالنسبة لاستراتيجيات التكيف الخاصة التي لم تظهر فيها بين فئات مرضى السرطان فروقا واضحة تعلق الأمر باستخدام الاستراتيجيات السلبية أو الإيجابية بالرغم من وجود الفروق الظاهرية كما يظهر في الجدول رقم (35).

3. عرض وتحليل نتائج اختبار الفرضية الثانية:

إن الفرق في نوع مركز الضبط الصحي (داخلي، حظ، النفوذ) يرافقه فرق دال إحصائي في مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان.

قبل الشروع في اختبار هذه الفرضية واستنادا إلى تبرير نقاوة فئات مركز الضبط الصحي، تم تصنيف العينة وفق الفئات الثلاث لمركز الضبط الصحي تبعا لمستوى ميلهم الفعلي إلى تبني كل واحد من الأنواع الثلاثة حسب الشروط التالية:

1) فئة الضبط الصحي الداخلي وهي الفئة التي حصلت على درجات معيارية تمتد من(0.87+ إلى 2+) وتقابلها الدرجات الخام الممتدة من (16– 20) وبلغ عدد أفراد المرضى من هذه الفئة 24.

2) فئة الضبط الصحي الخارجي لذوي الحظ وهي الفئة التي حصلت على درجات معيارية تمتد من (1,17+ إلى 2+) وتقابلها الدرجات الخام الممتدة من (12 – 15) وبلغ عدد أفراد المرضى من هذه الفئة 33.

3) فئة الضبط الصحي الخارجي لذوي النفوذ هي الفئة التي حصلت على درجات معيارية تمتد من (0.57+ إلى 2+) وتقابلها الدرجات الخام الممتدة من (17 – 20) وبلغ عدد أفراد المرضى من هذه الفئة 38.

وبناء على هذا التصنيف المعياري، فقد تم استبعاد 55 حالة أظهرت نتائجهم المعيارية أنهم يميلون لأبعاد الثلاثة لمركز الضبط الصحي بنفس المستوى. وعليه وبناء على بنيات الفرضيات الأربعة الموالية، سيتم اختبار هذه الأخيرة من خلال العينة الكلية الناتجة عن هذا التصنيف والتي قوامها 95 حالة مرضية.

جدول رقم (36): دلالة الفروق بين فئات مركز الضبط الصحي في مستوى الصلابة النفسية

	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
بين المجموعات	2916.679	2	1458.339	28.287	0.01
داخل المجموعات	4743.068	92	51.555		
المجموع	7659.747	94			

كشفت الدراسة كما يظهر في الجدول رقم (36) عن وجود فروق دالة إحصائيا بين فئات مركز الضبط الصحي في مستوى الصلابة النفسية عند مستوى 0.001، وللكشف عن اتجاه الفروق بين فئات مركز الضبط الصحي تم تطبيق معادلة شيفي كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (37): ترتيب نوع مركز الضبط الصحي حسب مستوى الصلابة النفسية

	نوع مركز الضبط الصحي	عدد الحالات	المجموعات الفرعية ألفا=0.05	
			1	2
الصلابة النفسية	البعد الداخلي	24		55.8750
	البعد الخارجي للحظ	33	**46.0303**	
	البعد الخارجي لذوي النفوذ	38		58.4737

يتضح من الجدول رقم (37) أن فئة البعد الخارجي لذوي النفوذ أكثر صلابة نفسية مقارنة بفئتي البعدين الآخرين، كما أن فئة البعد الداخلي لديهم صلابة نفسية مرتفعة وفق المتوسط النظري الذي قيمته 51، بينما ذوو البعد الخارجي للحظ لديهم مستوى منخفض من الصلابة النفسية في ضوء المتوسط الحسابي النظري والمحسوب للصلابة. كما يظهر من الجدول رقم (37) وجود تجانس وتوافق بين البعد الداخلي والبعد الخارجي لذوي النفوذ.

4. عرض وتحليل نتائج اختبار الفرضية الثالثة:

يوجد فرق إحصائي دال بين فئات مركز الضبط الصحي (داخلي، حظ، النفوذ) في نوع استراتيجيات التكيف الخاصة المتبناة من طرف المصابين بالسرطان.

جدول رقم (38): دلالة الفروق في مركز الضبط الصحي في نوع استراتيجيات التكيف الخاصة المتبناة من طرف المصابين بالسرطان

		مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية	بين المجموعات	307.410	2	153.705	15.543	0.01
	داخل المجموعات	909.811	92	9.889		
	المجموع	1217.221	94			
استراتيجيات التكيف الخاصة السلبية	بين المجموعات	79.573	2	39.786	12.526	0.01
	داخل المجموعات	292.217	92	3.176		
	المجموع	371.789	94			

كشفت الدراسة كما يظهر في الجدول رقم (38) عن وجود فرق إحصائي دال بين فئات مركز الضبط الصحي في نوع استراتيجيات التكيف الخاصة المستخدمة لدى عينة الدراسة وللكشف عن اتجاه الفروق تم تطبيق معادلة شيفي كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (39): ترتيب نوع مركز الضبط الصحي في نوع استراتيجيات التكيف الخاصة المتبناة من طرف المصابين بالسرطان

	نوع مركز الضبط الصحي	عدد الحالات	المجموعات الفرعية ألفا=0.05	
			1	2
استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية	البعد الداخلي	24		23.9583
	البعد الخارجي للحظ	33	20.9394	
	البعد الخارجي لذوي النفوذ	38		25.0263
استراتيجيات التكيف الخاصة السلبية	البعد الداخلي	24		9.9167
	البعد الخارجي للحظ	33		10.8788
	البعد الخارجي لذوي النفوذ	38	8.7632	

يتضح من الجدول رقم (39) بعد تطبيق معادلة شيفي أن ذوي مركز الضبط الداخلي ومركز الضبط لذوي النفوذ يستخدمون استراتيجيات تكيف خاصة إيجابية وبالترتيب جاءت الأكثر ميلا لصالح بعد ذوي النفوذ، بينما بعد ذوي الحظ يستخدمون استراتيجيات تكيف خاصة إيجابية بشكل متوسط ، أما فيما يخص استراتيجيات التكيف الخاصة السلبية يتضح أن ذوي بعد الخارجي للحظ أكثر استخداما لاستراتيجيات التكيف الخاصة السلبية مقارنة بأنواع مركز الضبط الصحي الأخرى، كما تبين أن ذوي النفوذ أقل استخداما لاستراتيجيات التكيف الخاصة السلبية، بينما يستخدم ذوو البعد الداخلي كلا من استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية والسلبية على حد سواء.

5. عرض وتحليل نتائج اختبار الفرضية الرابعة:

إن الفرق في نوع استراتيجيات التكيف الخاصة المتبناة من طرف المصابين بالسرطان يرافقه فرق دال إحصائي في مستوى الصلابة النفسية لديهم.

لاختبار هذه الفرضية تم تصنيف العينة إلى أربع فئات:

1) فئة المرضى الذين يستخدمون فقط استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية عند حدود درجات معيارية ما بين (2.40+ و1.01+)، حيث أصبحت ن= 22
2) فئة المرضى الذين يستخدمون فقط استراتيجيات التكيف الخاصة السلبية عند حدود درجات معيارية أكبر من 1.11، حيث أصبحت ن=18
3) فئة المرضى الذين يستخدمون فقط استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية والسلبية في نفس الوقت عند حدود درجات معيارية (أكبر أو يساوي 1.01+) بالنسبة لاستراتيجيات التكيف الإيجابية وأكبر أو يساوي 1.11 بالنسبة لاستراتيجيات التكيف السلبية، حيث أصبحت ن=01

4) فئة المرضى الذين لا يستخدمون استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية والسلبية في ذات الوقت عند حدود درجات معيارية (أقل من 1.01+) بالنسبة لاستراتيجيات التكيف الإيجابية وأقل من 1.11 بالنسبة لاستراتيجيات التكيف السلبية. ن= 54

وبالنظر لوجود **حالة واحدة** في الفئة الثالثة (فئة المرضى الذين يستخدمون فقط استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية والسلبية في ذات الوقت) حيث لا يمكن إجراء التحليل الإحصائي ضمن الفئات الأخرى فقد تم استبعادها وتم الإبقاء فقط على الفئات الثلاثة الأخرى.

وتم اعتماد أسلوب تحليل التباين الأحادي أنوفا لاختبار هذه الفرضية وكشف التحليل الإحصائي عن ما يلي:

جدول رقم (40): اتجاه الفروق بين فئات استراتيجيات التكيف الخاصة في مستوى الصلابة النفسية

	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
بين المجموعات	2079.525	2	1039.763	16.957	0.01
داخل المجموعات	5579.975	91	61.318		
المجموع	7659.500	93			

كشفت الدراسة كما يظهر من الجدول رقم (40) عن وجود فرق دال إحصائيا بين المجموعات الثلاثة في مستوى الصلابة النفسية عند مستوى دلالة أكبر من 0.01.

جدول رقم (41): دلالة الفروق بين فئات العينة حسب نوع استراتيجيات التكيف الخاصة في مستوى الصلابة النفسية

نوع الاستراتيجيات (I)	نوع الاستراتيجيات (J)	فروق بين المتوسطات	الخطأ المعياري	مستوى الدلالة	درجة الثقة 95 %	
					الحدود الدنيا	الحدود العليا
استراتيجيات تكيف خاصة الايجابية	استراتيجيات تكيف سلبية	13.11616	2.48873	0.001	6.9227	19.3096
	لا يستخدمون كلا الاستراتيجيتين	9.94949	1.98059	0.001	5.0206	14.8784

استراتيجيات تكيف خاصة السلبية	استراتيجيات تكيف ايجابية	-13.11616	2.48873	0.001	-19.3096	-6.9227
	لا يستخدمون كلا الاستراتيجيتين	-3.16667	2.13122	0.336	-8.4704	2.1371
لا يستخدمون كلا الاستراتيجيتين في نفس الوقت	استراتيجيات تكيف ايجابية	-9.94949	1.98059	0.001	-14.8784	-5.0206
	استراتيجيات تكيف سلبية	3.16667	2.13122	0.336	-2.1371	8.4704

يظهر من الجدول رقم (41) وجود فروق دالة بين المرضى من فئة الذين يستخدمون استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية وفئة الذين يستخدمون استراتيجيات تكيف الخاصة السلبية وفئة الذين لا يستخدمون استراتيجيات التكيف الخاصة السلبية والإيجابية معا في مستوى الصلابة النفسية لصالح فئة الذين يستخدمون استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية، كما يظهر من الجدولين رقم (41) و(42) أن استخدام الاستراتيجيات السلبية أو عدم استخدام الاستراتيجيات السلبية والإيجابية في نفس الوقت كان لهما في الحالتين نفس الوقع على الصلابة النفسية، حيث لم يتبين وجود فرق دال بين الفئة التي تستخدم الاستراتيجيات السلبية والتي لا تستخدم استراتيجيات التكيف بشكل عام، تعلق الأمر بالسلبية أو الإيجابية.

جدول رقم (42): ترتيب نوع استراتيجيات التكيف الخاصة في مستوى الصلابة النفسية

	نوع استراتيجيات التكيف الخاصة المستخدمة	**عدد الحالات**	**المجموعات الفرعية ألفا=0.05**	
			1	**2**
الصلابة النفسية	استراتيجيات التكيف الخاصة السلبية	18	48.6111	
	لا يستخدمون استراتيجيات التكيف السلبية والإيجابية في نفس الوقت	54	51.7778	
	استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية	22		61.7273

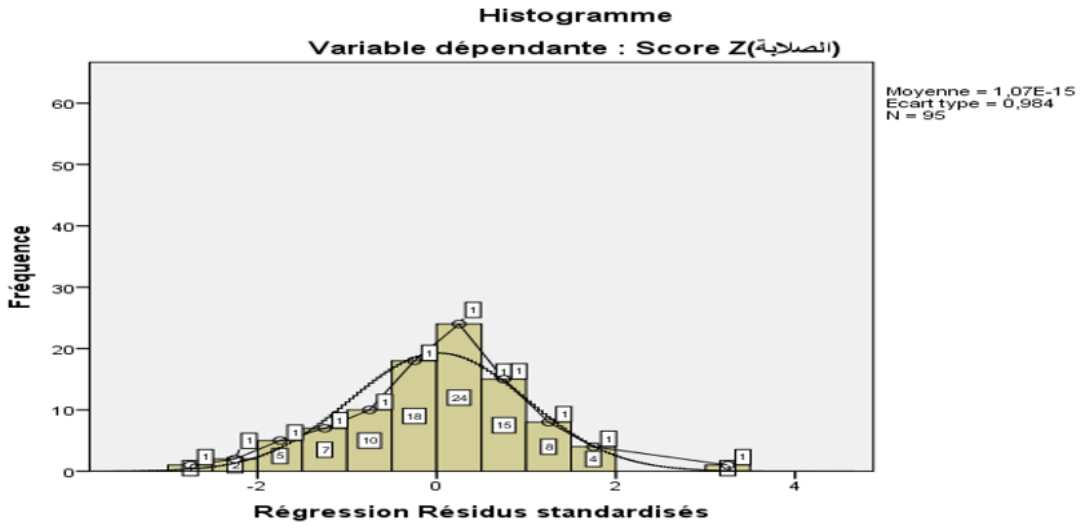
لتعزيز نتائج الفرضية الرابعة السابقة تم تبني نفس الفرضية بصيغة بنائية أخرى وجاء منطوقها كالتالي:

إن الفرق في نوع الصلابة النفسية يرافقه فرقا دالا إحصائيا في مستوى نوع استراتيجيات التكيف الخاصة المتبناة من طرف المصابين بالسرطان. لاختبار هذه الفرضية تم الوقوف على مستويات الصلابة النفسية.

جدول رقم (43): مستويات الصلابة النفسية

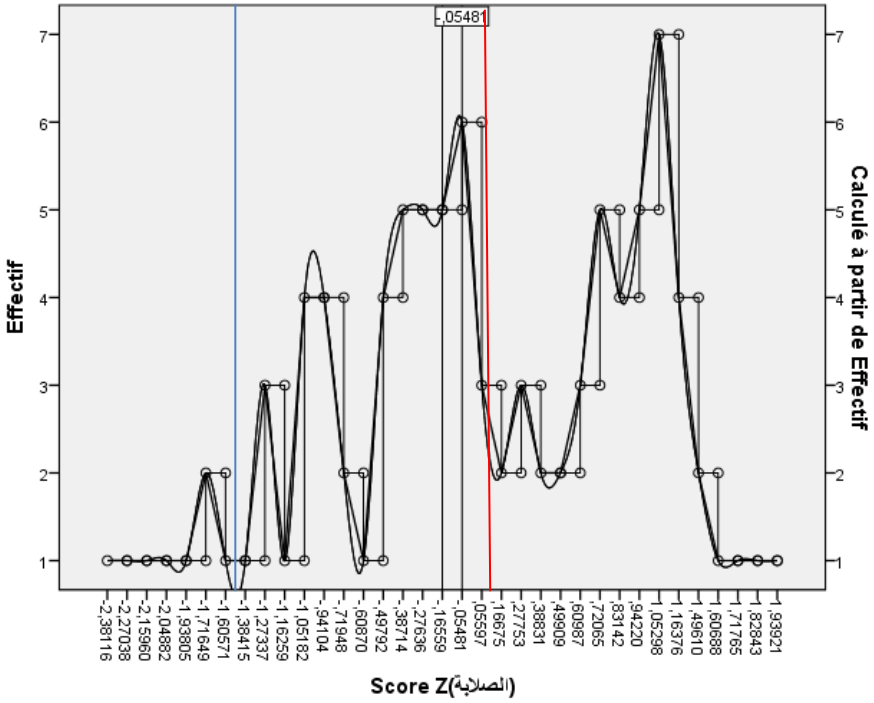
	عدد افراد العينة	الحد الأدنى	الحد الأقصى	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الصلابة النفسية	95	32	71	53.4947	9.02700

يظهر من خلال الجدول رقم (43) أن أقصى درجة للصلابة النفسية جاءت بقيمة 71 وأدنى درجة محسوبة طرفية قيمتها 32 بمتوسط حسابي قيمته 53.49 وانحراف معياري قيمته 9,02، وبالنظر لقيم المتوسطات النظرية المقابلة لفئات الاستجابة الخمسة على سلم ليكرت: 17،34،51،68،85 على التوالي وبالترتيب من أقصى درجة إلى أدنى درجة، يتبين ظاهريا وكخطوة أولى إمكانية تصنيف عينة المرضى وفق مستويات الصلابة إلى ثلاث فئات: ضعيفة، متوسطة وقوية.



الشكل رقم (6): مضلع تكراري لإنحدار البواقي المعيارية

حيث تم تحويل الدرجات الخام إلى درجات معيارية وتم اعتماد القيمة 0,7− و0.7+ كقيم فاصلة بين مجموعتي المرضى من فئة الصلابة النفسية الضعيفة والصلابة النفسية القوية، كما يظهر ذلك من خلال الشكل التالي:



الشكل رقم (7): توزيع المعياري لدرجة الصلابة النفسية

وعليه كشفت النتائج كما يظهر في الشكل رقم (7) عن ثلاث فئات: فئة المرضى ذوي الصلابة القوية ودرجاتهم المعيارية تمتد من 0,7+ إلى الدرجة المعيارية 0.93+ وعددهم 30 مريضا، فئة الصلابة النفسية المتوسطة وتنحصر درجاتهم المعيارية من الدرجة بين أقل من 0,70+ وأكبر من 0,70− وعددهم 42 مريضا بالسرطان، وفئة المرضى ذوي الصلابة النفسية الضعيفة ودرجاتهم المعيارية تمتد من 0,7− إلى الدرجة المعيارية 2,38− وعددهم 23 مريضا بالسرطان.

لاختبار الفرضية الفرقية الرابعة تم اعتماد أسلوب تحليل التباين الأحادي "أنوفا" وطريقة "شيفي" للكشف عن الفروق بين المجموعات الثلاثة في مستوى استخدامهم لاستراتيجيات التكيف الخاصة في التعامل مع مرض السرطان.

جدول رقم (44): دلالة الفروق بين الفئات الثلاث للصلابة النفسية في مستوى استراتيجيات التكيف الخاصة

		مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
استراتيجيات التكيف الخاصة الايجابية	بين المجموعات	563.240	2	281.620	39.617	0.01
	داخل المجموعات	653.981	92	7.108		
	المجموع	1217.221	94			
استراتيجيات التكيف الخاصة السلبية	بين المجموعات	63.804	2	31.902	9.530	0.01
	داخل المجموعات	307.986	92	3.348		
	المجموع	371.789	94			

ويظهر من الجدول رقم (44) أن قيمة ف المحسوبة بالنسبة لمدى استخدام استراتيجيات التكيف الخاصة للفئات الثلاثة تساوي 39.61 وهي دالة إحصائيا عند مستوى دلالة قيمتها أكبر من 0.01، وهي نتيجة تدل على وجود فروق دالة إحصائيا بين الفئات الثلاثة للصلابة النفسية في مستوى استخدام الاستراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية ونفس الشيء أظهرته النتائج كما هو مبين في الجدول رقم (44) حيث كشفت الدراسة عن قيمة ف 9.53 ودالة إحصائيا عند مستوى أكبر من 0.01 وهو ما يدل على وجود فرقية دالة إحصائيا بين الفئات الثلاثة في مدى استخدامهم للاستراتيجيات التكيف الخاصة السلبية.

ولمعرفة اتجاه الفروق بين مجموعات الصلابة النفسية في الحالتين، تم اعتماد أسلوب شيفي للكشف عن اتجاه الفروق في استخدام الاستراتيجيات الخاصة الإيجابية منها والسلبية لدى الفئات الثلاثة على التوالي وبالترتيب. وكما يظهر من الجدول التالي رقم (45) :

جدول رقم (45): اتجاه الفروق بين فئات الصلابة النفسية في مستويات استخدام استراتيجيات التكيف الخاصة

المتغير المستقل	مستوى الصلابة (I)	مستوى الصلابة (J)	فروق بين المتوسطات	الخطأ المعياري	مستوى الدلالة	درجة الثقة 95 %	
						الحدود الدنيا	الحدود العليا
استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية	صلابة ضعيفة	صلابة متوسطة	-3.22269	0.69458	0.001	-4.9509	-1.4945
		صلابة قوية	-6.49649	0.73374	0.001	-8.3221	-4.6708
	صلابة متوسطة	صلابة ضعيفة	3.22269	0.69458	0.001	1.4945	4.9509
		صلابة قوية	-3.27380	0.63457	0.001	-4.8527	-1.6949
	صلابة قوية	صلابة ضعيفة	6.49649	0.73374	0.001	4.6708	8.3221
		صلابة متوسطة	3.27380	0.63457	0.001	1.6949	4.8527
استراتيجيات التكيف الخاصة السلبية	صلابة ضعيفة	صلابة متوسطة	1.05408	0.47666	0.092	-0.1319	2.2401
		صلابة قوية	2.18233	0.50353	0.001	0.9295	3.4352
	صلابة متوسطة	صلابة ضعيفة	-1.05408	0.47666	0.092	-2.2401	0.1319
		صلابة قوية	1.12825	0.43548	0.039	0.0447	2.2118
	صلابة قوية	صلابة ضعيفة	-2.18233	0.50353	0.001	-3.4352	-0.9295
		صلابة متوسطة	-1.12825	0.43548	0.039	-2.2118	-0.0447

يظهر من خلال الجدول رقم (45) أن الفروق جاءت دالة إحصائيا عند مستوى دلالة تزيد عن 0.01 بين فئات الصلابة النفسية الثلاثة في مدى استخدام الاستراتيجيات الخاصة الإيجابية لصالح فئة المرضى ذوي الصلابة النفسية القوية يليهم فئة الصلابة المتوسطة ثم فئة الصلابة الضعيفة، وهذا يبين أن زيادة استخدام الاستراتيجيات الإيجابية هو في علاقة خطية طردية مع مستوى زيادة الصلابة النفسية، خلاف ذلك يظهر من نفس نتائج الجدول رقم (45) وجود فروق دالة إحصائيا فقط بين فئتي الصلابة القوية والصلابة الضعيفة عند مستوى دلالة 0.01 في مدى استخدام الاستراتيجيات السلبية لصالح فئة المرضى ذوي الصلابة الضعيفة. وكما هو موضح في الجدولين التاليين:

جدول رقم (46): استراتيجيات التكيف الخاصة السلبية

مستوى الصلابة	عدد الحالات	المجموعات الفرعية ألفا=0.05	
		1	2
صلابة قوية	31	8.7742	
صلابة متوسطة	41	9.9024	9.9024
صلابة ضعيفة	23		10.9565

جدول رقم (47): استراتيجيات التكيف الخاصة الايجابية

مستوى الصلابة	عدد الحالات	المجموعات الفرعية ألفا=0.05		
		1	2	3
صلابة ضعيفة	23	19.8261		
صلابة متوسطة	41		23.0488	
صلابة قوية	31			26.3226

ومن خلال اختبار الفرضية بالصيغتين المختلفتين تعززت فكرة التصور العام للموضوع التي بينت أن استخدام استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية من طرف مرضى السرطان يعزز صلابتهم النفسية والعكس صحيح. كما تظهر من نتائج الجدول السابق تحقق فكرة التفاعل الحاصل بين مستوى استخدام استراتيجيات التكيف الخاصة ومستوى الصلابة النفسية.

6. عرض وتحليل نتائج اختبار الفرضية الخامسة:

توجد علاقة ارتباطية دالة بين مركز الضبط الصحي والصلابة النفسية في ضوء استراتيجيات التكيف الخاصة المتبناة من طرف المصابين بالسرطان.

ومنطوق هذه الفرضية أن العلاقة التي تربط بين مركز الضبط الصحي (الداخلي، الحظ ، ذوي النفوذ) والصلابة النفسية لدى مرضى السرطان تتأثر بالمتغير الوسيط الذي يساهم في تعديلها، أي أن الصلابة النفسية لا تتوقف فقط على أحد المتغيرين: استراتيجيات التكيف الخاصة أو مركز الضبط الصحي وإنما على واقع التفاعل بينهما، وعليه يمكن إعادة صياغة منطوق هذه الفرضية بتعبير آخر يحمل نفس المعنى ويحافظ على هدف الاختبار ويعكس التصور العام للموضوع كما يظهر في عنوانه، وهو كالتالي: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات الصلابة النفسية ترجع إلى تأثير التفاعل بين مستويات أبعاد مركز الضبط الصحي (الداخلي، الحظ، النفوذ) ومستويات بعدي استراتيجيات التكيف الخاصة (الإيجابية والسلبية).

وتم تصنيف العينات الجزئية والتي تم تصنيفها معياريا (ارجع إلى الصفحة رقم 124 و128)، وبعد استبعاد ثلاث حالات: حالة من فئة مركز الضبط الصحي لذوي النفوذ ممن يستخدمون استراتيجيات تكيف خاصة سلبية، وحالتين من فئة مركز الضبط الصحي للحظ ممن يستخدمون استراتيجيات تكيف خاصة إيجابية، وذلك لأن هذين الفئتان قليلتي العدد مما لا يسمح بمعالجة معطياتهما إحصائيا، وبالتالي أصبحت العينة الكلية مكونة من 91 حالة.

ولاختبار هذه الفرضية التي تتضمن متغيرا وسيطيا، تم اعتماد أسلوب تحليل التباين الثنائي للكشف عن التفاعل بين بعدي استراتيجيات التكيف الخاصة والأبعاد الثلاثة لمركز الضبط الصحي في تحديد مستوى الصلابة النفسية لمرضى السرطان، وبعد التأكد من شروط تطبيق تحليل التباين الثنائي، وبعد المعالجة الإحصائية لعملية التفاعل بين أبعاد مستويات استخدام الاستراتيجيات وأبعاد مركز الضبط الصحي باستخدام التباين الثنائي، تبين وجود تفاعل عام غير دال بين هذين المتغيرين، مع وجود فروق ذات دلالة في مستويات الصلابة على مستوى فئات المتغيرين بشكل منفصل (انظر الملحق رقم 10)، وبفحص طبيعة المعطيات للمتغيرات في سياق المعالجة الإحصائية باستخدام تحليل التباين الثنائي، تبين موضوعيا

ضرورة العمل بالتصنيف وفق خاصية العينة الطبقية أين تم ترتيب الدرجات المعيارية للعينات الفرعية في أبعاد مركز الضبط الصحي وأبعاد مستوى استخدام استراتيجيات التكيف الخاصة في عمودين ، ثم تم استخراج فئات العينات الفرعية التي تضم نوع مركز الضبط الصحي ونوع ومستوى استخدام استراتيجيات التكيف الخاصة في نفس الوقت في عمود ثالث، واعتماد أسلوب تحليل التباين الأحادي المناسب لهذه الحالة. وباستبعاد الفئتين صغيرتا العدد المذكورة أعلاه، تم الإبقاء فقط على 07 فئات عوض 09 فئات. حيث تضم:

1) فئة مركز الضبط الصحي لذوي النفوذ الذين لا يستخدمون استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية والسلبية في نفس الوقت، ن= 25.
2) فئة مركز الضبط الصحي لذوي النفوذ الذين يستخدمون استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية، ن=11.
3) فئة مركز الضبط الصحي للحظ الذين لا يستخدمون استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية والسلبية في نفس الوقت، ن=20.
4) فئة مركز الضبط الصحي للحظ الذين يستخدمون استراتيجيات التكيف الخاصة السلبية، ن=11.
5) فئة مركز الضبط الصحي الداخلي الذين لا يستخدمون استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية والسلبية في نفس الوقت، ن=09.
6) فئة مركز الضبط الصحي الداخلي الذين يستخدمون استراتيجيات التكيف الخاصة السلبية، ن=06.
7) فئة مركز الضبط الصحي الداخلي الذين يستخدمون استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية، ن=09.

وقبل الشروع في اختبار الفرضية تم التأكد من شروط استخدام تحليل التباين الأحادي من خلال معادلة ليفين كما يظهر في الجدول رقم (48)

جدول رقم (48): اختبار تجانس التباين في الفروق بين الفئات السبعة في مستوى الصلابة النفسية

الصلابة النفسية			
احصاء ليفين	**درجة الحرية 1**	**درجة الحرية 2**	**مستوى الدلالة**
0.936	6	84	0.474

وبعد التأكد من تجانس التباينات بين الفئات السبعة لأنواع الاستراتيجيات التكيف الخاصة وفئات مركز الضبط الصحي في مستوى الصلابة النفسية تم اعتماد أسلوب تحليل التباين الأحادي "أنوفا" للكشف عن دلالة الفروق بين تلك الفئات.

مستويات الصلابة النفسية لدى فئات مركز الضبط الصحي واستراتيجيات التكيف الخاصة على التوالي:

جدول 49: تقديرات الصلابة النفسية في ضوء مركز الضبط الصحي

الصلابة النفسية				
نوع مركز الضبط الصحي	**المتوسط الحسابي**	**الخطأ المعياري**	**درجة الثقة 95%**	
			الحدود الدنيا	**الحدود العليا**
مركز الضبط الداخلي	55.630	1.349	52.947	58.312
مركز الضبط للحظ	45.009[a]	1.218	42.587	47.431
مركز الضبط لذوي النفوذ	59.667[a]	1.174	57.333	62.002

جدول 50: تقديرات الصلابة النفسية في ضوء استراتيجيات التكيف

الصلابة النفسية				
نوع الاستراتيجيات المستخدمة	**المتوسط الحسابي**	**الخطأ المعياري**	**درجة الثقة 95%**	
			الحدود الدنيا	**الحدود العليا**
استراتيجيات التكيف الايجابية	61.727	1.458	58.827	64.627
استراتيجيات التكيف السلبية	49.242	1.647	45.968	52.517
لا يستخدمون كلا الاستراتيجيتين في نفس الوقت	51.434	0.970	49.505	53.363

يظهر من خلال الجدول رقم (49) أن أفراد مركز الضبط الصحي لذوي النفوذ يظهرون على أنهم أكثر صلابة نفسية، حيث تمتد درجاتهم متوسطاتهم من 57.33 إلى 62.002، يليهم ذوو مركز الضبط الصحي الداخلي بدرجات تمتد من 52.94 إلى درجة 58.31 وهي درجات أكبر من المتوسط النظري (51) على التوالي، بينما ظهر ذوو مركز الضبط الصحي للحظ أقل صلابة نفسية وبمتوسط أقل من

المتوسط النظري 51 حيث امتدت متوسطات درجات صلابتهم من 42.58 إلى 47.43. وتبين أن استخدام استراتيجيات التكيف الخاصة لدى فئات العينة يعطى مستويات مختلفة في درجة الصلابة النفسية بالمقارنة الظاهرية مع مستوى الصلابة النفسية لدى فئات مركز الضبط الصحي، كما يظهر ذلك في الجدول رقم (50) حيث جاءت الفئة التي تستخدم استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية في الصدارة من حيث مستوى الصلابة النفسية بدرجات تمتد من 58.82 إلى 64.62 ، تليها الفئة التي لا تستخدم استراتيجات التكيف الخاصة الإيجابية والسلبية معا بمتوسط مساو للمتوسط النظري 51، وأخيرا فئة الاستراتيجيات التكيف الخاصة السلبية بمتوسط قيمته 49.24 وهي درجة تبين أن المرضى الذين يستخدمون الاستراتيجيات التكيف الخاصة السلبية هم الأضعف صلابة نفسية.

وعموما يتضح في هذه المرحلة من التحليل أن مرضى السرطان الذين يستخدمون استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية في التعامل مع متطلبات حالتهم الصحية وأن الذين يفسرون واقعهم الصحي وفق مركز الضبط الصحي لذوي النفوذ أكثر صلابة نفسية من غيرهم، كما يتضح أن استخدام الاستراتيجيات التكيف الخاصة السلبية والميل إلى مركز ضبط الصحي للحظ هم الأقل صلابة نفسية. وللتأكد من دلالة هذه النتائج تم حساب دلالة الفروق في مستوى الصلابة النفسية في ضوء الفروق بين فئات مركز الضبط الصحي كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (51): دلالة الفروق في مستوى الصلابة النفسية في ضوء الفروق بين فئات مركز الضبط الصحي

الصلابة النفسية					
	مجموع المربعات	**درجة الحرية**	**متوسط المربعات**	**قيمة ف**	**مستوى الدلالة**
التباين	3313.599	2	1656.799	39.346	0.01
الخطأ	3537.093	84	42.108		

كشفت النتائج كما هو موضح في الجدول رقم (51) عن وجود فروق دالة إحصائيا بين فئات مركز الضبط الصحي حيث بلغت قيمة ف: 39.34 وقيمة مستوى الدلالة 0.01. وتم الكشف عن اتجاه الفروق بين فئات مركز الضبط الصحي في مستويات الصلابة النفسية، من خلال المقارنات المتعددة للفروق بين المتوسطات ومستويات دلالة تلك الفروق.

جدول رقم (52): المقارنات المتعددة واتجاه تباين المتوسطات

الصلابة النفسية						
نوع مركز الضبط الصحي (I)	نوع مركز الضبط الصحي ا(J)	فروق بين المتوسطات	الخطأ المعياري	مستوى الدلالة	درجة الثقة 95 %	
					الحدود الدنيا	الحدود العليا
مركز الضبط الصحي الداخلي	مركز الضبط الصحي للحظ	**10,621**	1,817	0.001	7,006	14,235
	مركز الضبط الصحي لذوي النفوذ	-4,038	1,788	0.027	-7,594	-0,482
مركز الضبط الصحي للحظ	مركز الضبط الصحي الداخلي	-10,621	1,817	0.001	-14,235	-7,006
	مركز الضبط الصحي لذوي النفوذ	-14,658	1,692	0.001	-18,022	-11,294
مركز الضبط الصحي لذوي النفوذ	مركز الضبط الصحي الداخلي	**4,038**	1,788	0.027	0,482	7,594
	مركز الضبط الصحي للحظ	**14,658**	1,692	0.001	11,294	18,022

يظهر من الجدول رقم (52) أن ذوي مركز ضبط الصحي لذوي النفوذ يساهم في زيادة مستوى الصلابة النفسية بفارق متوسط نسبته 4% مقارنة بمركز الضبط الصحي الداخلي وبفارق متوسط نسبته 14.6% عن مستوى إسهام مركز الضبط الصحي للحظ، كما أن مركز الضبط الصحي الداخلي يساهم في تعزيز الصلابة النفسية بفارق متوسط قيمته 10.62% مقارنة بمركز الضبط الصحي للحظ. وعليه فإن مركز الضبط الصحي لذوي النفوذ ومركز الضبط الصحي الداخلي يعززان زيادة الصلابة النفسية على التوالي.

جدول رقم (53): دلالة الفروق في مستوى الصلابة النفسية في ضوء الفروق بين فئات استراتيجيات التكيف الخاصة

الصلابة النفسية					
	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
التباين	1812.491	2	906.245	21.522	0.01
الخطأ	3537.093	84	42.108		

كشفت الدراسة كما يظهر في الجدول رقم (53) وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى 0.01 بين فئات استراتيجيات التكيف في مستويات الصلابة النفسية. لصالح الذين يستخدمون استراتيجيات تكيف خاصة إيجابية بفارق متوسط نسبته 12.48 بالمقارنة مع الذين يستخدمون استراتيجيات تكيف خاصة سلبية وبفارق متوسط نسبته 10.29 % بالمقارنة مع الذين لا يستخدمون كلا الاستراتيجيتين في نفس الوقت.

جدول رقم (54): المقارنات المختلفة واتجاهات التباين بين فئات استراتيجيات التكيف الخاصة في مستوى الصلابة النفسية

الصلابة النفسية						
نوع الاستراتيجيات المستخدمة (I)	نوع الاستراتيجيات المستخدمة(J)	فروق بين المتوسطات	الخطأ المعياري	مستوى الدلالة	درجة الثقة 95 %	
					الحدود الدنيا	الحدود العليا
استراتيجيات تكيف الإيجابية	استراتيجيات تكيف سلبية	**12,485**	2,200	0.001	8,111	16,859
	لا يستخدمون كلا الاستراتيجيتين	**10,293**	1,751	0.001	6,810	13,776
استراتيجيات تكيف السلبية	استراتيجيات تكيف ايجابية	-12,485	2,200	0.001	-16,859	-8,111
	لا يستخدمون كلا الاستراتيجيتين	-2,192	1,911	0.255	-5,992	1,609
لا يستخدمون كلا الاستراتيجيتين في نفس الوقت	استراتيجيات تكيف ايجابية	-10,293	1,751	0.001	-13,776	-6,810
	استراتيجيات تكيف سلبية	**2,192**	1,911	0.255	-1,609	5,992

وللكشف عن اتجاهات الفروق بين فئات استراتيجيات التكيف الخاصة في مستويات الصلابة النفسية تم إجراء المقارنات المتعددة بين متوسطات فئات الاستراتيجيات حيث وكما يظهر من الجدول رقم (54) أن الذين يستخدمون استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية تتعزز لديهم الصلابة النفسية بنسبة 12.48% بالمقارنة مع الذين يستخدمون استراتيجيات تكيف خاصة سلبية، وبنسبة 10.29 % بالمقارنة مع الذين لا يستخدمون استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية والسلبية في نفس الوقت. كما أن الذين لا يستخدمون كلا الاستراتيجيتين بمستوى دلالة غير معنوية عند مستوى 0.05 هم أحسن في مستوى الصلابة النفسية من الذين يستخدمون استراتيجيات التكيف الخاصة السلبية وبفارق متوسط قيمته 2.19%.

جدول رقم (55): مستويات الصلابة النفسية في ضوء نوع استراتيجيات التكيف الخاصة ومركز الضبط الصحي والتفاعل بينهما

نوع الاستراتيجيات المستخدمة	نوع مركز الضبط الصحي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	عدد افراد العينة
استراتيجيات تكيف الإيجابية	مركز الضبط الصحي الداخلي	61.0000	5.38516	9
	مركز الضبط الصحي لذوي النفوذ	62.4545	5.14517	11
	المجموع	61.8000	5.16669	20
استراتيجيات تكيف السلبية	مركز الضبط الصحي الداخلي	53.6667	7.76316	6
	مركز الضبط الصحي للحظ	44.8182	6.92558	11
	المجموع	47.9412	8.23461	17
لا يستخدمون كلا الاستراتيجيتين في نفس الوقت	مركز الضبط الصحي الداخلي	52.2222	5.14242	9
	مركز الضبط الصحي للحظ	45.2000	7.64061	20
	مركز الضبط الصحي لذوي النفوذ	56.8800	6.25380	25
	المجموع	51.7778	8.44218	54

يظهر من الجدول رقم (55) مستويات الصلابة النفسية في ضوء الفروق بين فئات مركز الضبط الصحي وبدلالة نوع استراتيجيات التكيف الخاصة، وفي ضوء التفاعل بين مركز الضبط الصحي ومتغير استراتيجيات التكيف الخاصة، ويظهر كذلك أن مجموع متوسط مستوى الصلابة النفسية لدى فئات مركز الضبط الصحي لذوي النفوذ ومركز الضبط الصحي الداخلي واستراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية جاء بقيمة 61.8 ، أي أن الفئات من مركز الضبط الصحي لذوي النفوذ ومركز الضبط الصحي الداخلي عندما يستخدمون استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية فإن ذلك يساهم بما قدره 62% من الصلابة النفسية لدي المرضى، بينما عندما لا يستخدمون فئات مركز الضبط الصحي الثلاث أي من الاستراتيجات فإن الصلابة النفسية تبقى مستقرة في حدود المتوسط، كما ينخفض مستوى الصلابة النفسية لدى فئة مركز الضبط الصحي الداخلي ظاهريا عندما يستخدمون استراتيجيات تكيف خاصة سلبية أكثر بالمقارنة مع عدم استخدامهم للاستراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية والسلبية في نفس الوقت، كما يظهر أن مركز الضبط الصحي لذوي النفوذ تكون صلابتهم النفسية أحسن ظاهريا من ذوي مركز الضبط الصحي الداخلي في حالة عدم استخدام الاستراتيجيات بشكل عام السلبية منها والإيجابية.

جدول رقم (56): دلالة الفروق بين فئات استراتيجيات التكيف الخاصة ومركز الضبط الصحي في مستوى الصلابة النفسية

الصلابة النفسية					
	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
بين المجموعات	3890.578	6	648.430	15.399	0.01
داخل المجموعات	3537.093	84	42.108		
المجموع	7427.670	90			

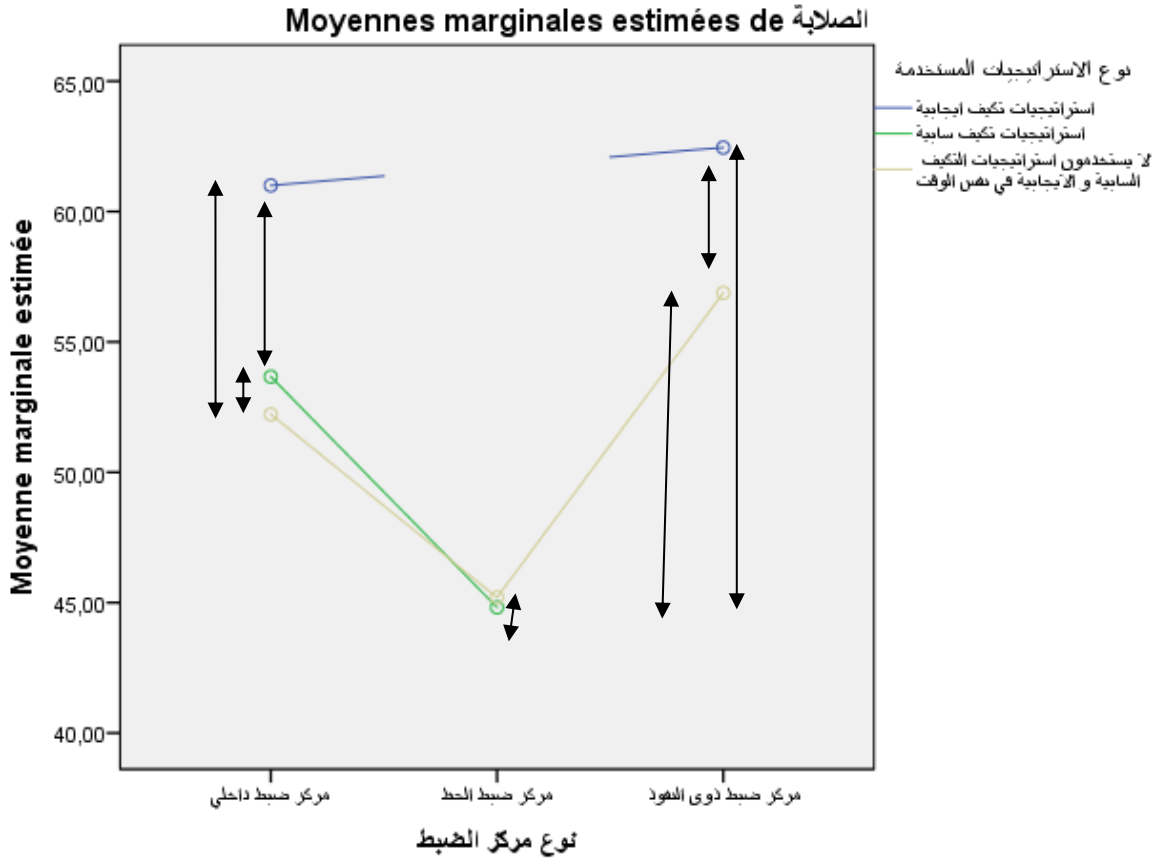
كشفت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائيا بين الفئات السبعة في مستويات الصلابة النفسية عند مستوى 0.01، وللكشف عن اتجاه الفروق بين الفئات السبعة تم تطبيق معادلة شيفي كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (57): اتجاه الفروق بين فئات استراتيجيات التكيف الخاصة ومركز الضبط الصحي في مستوى الصلابة النفسية

الصلابة النفسية			
استراتيجيات التكيف الخاصة* مركز الضبط الصحي	عدد أفراد العينة	المجموعات الفرعية ألفا=0.05	
		1	2
مركز الضبط الصحي للحظ *استراتيجيات التكيف الخاصة السلبية	11	44.8182	
مركز الضبط الصحي للحظ *لا يستخدمون كلا الاستراتيجيتين	20	45.2000	
مركز الضبط الصحي الداخلي*لا يستخدمون كلا الاستراتيجيتين	9	52.2222	52.2222
مركز الضبط الصحي الداخلي* استراتيجيات التكيف الخاصة السلبية	6	53.6667	53.6667
مركز الضبط الصحي لذوي النفوذ* لايستخدمون كلا الاستراتيجيتين	25		56.8800
مركز الضبط الصحي الداخلي *استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية	9		**61.0000**
مركز الضبط الصحي لذوي النفوذ *استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية	11		62.4545

يتضح من الجدول رقم (57) والجدول في (الملحق رقم 11) لنتائج تطبيق معادلة شيفي، وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى دلالة تزيد عن 0.01 بين المرضى من ذوي مركز الضبط الصحي الداخلي الذين يستخدمون استراتيجيات تكيف خاصة إيجابية من جهة، وكل من المرضى من فئة مركز الضبط الصحي للحظ الذين يستخدمون استراتيجيات تكيف خاصة سلبية، وفئة المرضى من مركز ضبط الصحي للحظ الذين لا يستخدمون استراتيجيات التكيف السلبية والإيجابية في مستويات الصلابة النفسية لصالح فئة مركز الضبط الداخلي الذين يستخدمون استراتيجيات إيجابية.

كما توجد فروق دالة إحصائيا عند مستوى دلالة تزيد عن 0.01 بين فئة مركز الضبط الصحي لذوي النفوذ الذين يستخدمون استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية ، وكل من المرضى من فئة مركز الضبط الصحي للحظ الذين يستخدمون استراتيجيات التكيف الخاصة السلبية، وفئة المرضى من مركز الضبط الصحي للحظ الذين لا يستخدمون استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية والسلبية في مستويات الصلابة النفسية لصالح فئة مركز الضبط الصحي لذوي النفوذ الذين يستخدمون استراتيجيات تكيف خاصة إيجابية. كما توجد فروق دالة إحصائيا عند مستوى 0.01 بين فئة مركز الضبط الصحي للحظ الذين يستخدمون استراتيجيات التكيف الخاصة السلبية وفئة مركز الضبط الصحي لذوي النفوذ الذين لا يستخدمون استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية والسلبية في مستويات الصلابة النفسية لصالح فئة مركز الضبط الصحي لذوي النفوذ الذين لا يستخدمون استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية والسلبية، كما توجد فروق دالة عند مستوى 0.01 بين فئة مركز الضبط الصحي للحظ الذين لا يستخدمون استراتيجيات التكيف الخاصة السلبية وفئة مركز الضبط الصحي لذوي النفوذ الذين لا يستخدمون استراتيجيات تكيف الخاصة الإيجابية والسلبية في مستويات الصلابة النفسية لصالح فئة مركز الضبط الصحي لذوي النفوذ الذين لا يستخدمون استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية والسلبية، في حين كشفت الدراسة كما يظهر من خلال الجدولين رقم (57) و(الملحق رقم11) وجود فروق غير دالة بين فئة مركز الضبط الصحي الداخلي الذين لا يستخدمون استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية والسلبية ومركز الضبط الصحي الداخلي الذين يستخدمون استراتيجيات التكيف الخاصة السلبية في مستويات الصلابة النفسية.



Les moyennes non estimées ne sont pas tracées.

الشكل رقم (8): المتوسطات المقدرة بين فئات استراتيجيات التكيف الخاصة ومركز الضبط الصحي في مستوى الصلابة النفسية

يلخص الشكل رقم (8) نتائج الكشف عن دلالة الفروق بين الفئات السبعة لمرضى السرطان من حيث مستويات الصلابة النفسية. ويظهر من الشكل أن المرضى من فئة مركز الضبط الصحي لذوي النفوذ الذين يستخدمون استرتيجيات تكيف خاصة إيجابية هم الأكثر صلابة نفسية، تليها فئة مركز الضبط الصحي الداخلي الذين يستخدمون استراتيجيات تكيف خاصة إيجابية، كما يلاحظ أن فئة مركز الضبط الصحي للحظ الذين يستخدمون استراتيجيات تكيف خاصة سلبية والذين لا يستخدمون كلتا الاستراتيجيتين السلبية والإيجابية هم ممن يتمتعون بصلابة نفسية ضعيفة. كما يظهر من نفس الشكل أن فئة مركز الضبط الصحي ذي النفوذ وفئة مركز الضبط الصحي الداخلي الذين لا يستخدمون الاستراتيجيات عموما السلبية

منها والإيجابية أكثر صلابة نفسية – على التوالي– من فئة مركز الضبط الصحي للحظ بغض النظر عن مستوى استخدام استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية أو السلبية.

كما يظهر من نفس الشكل رقم (8) أن فئة ذوات مركز الضبط الصحي الداخلي أكثر صلابة نفسية مقارنة بفئة مركز الضبط الصحي للحظ حتى في حالات استخدامهم لاستراتيجيات تكيف الخاصة السلبية.

II. مناقشة وتفسير نتائج الدراسة:

1. مناقشة وتفسير نتائج التساؤل الأول: ينص هذا التساؤل على: *"ما مستويات متغيرات البحث الأساسية بشكل عام".*

كشفت نتائج الدراسة من خلال الجدول رقم (23) أن بعد مركز الضبط الصحي لذوي النفوذ هو البعد السائد لدى عينة الدراسة، ويمكن تفسير ذلك إلى اعتقاد المرضى بأنهم غير قادرين على تدبر مرضهم بأنفسهم وأن ذلك من اختصاص ذوي النفوذ من الأطباء والعاملين في القطاع الصحي باعتبار أن طبيعة مرض السرطان ومتطلبات علاجه مرهون بيد الأطباء وما يؤتون به من تقنيات علاجية واكتشاف أدوية في المجال الطبي.

وقد جاءت نتائج الدراسة الحالية متفقة مع بعض الدراسات في حين اختلفت مع أخرى، حيث اتفقت مع كل من نتائج دراسة (لموفق،2015)، (مرازقة، 2016) و(تعولميت وعليوة،2022) في سيادة بعد ذوي النفوذ لدى عينة مرضى السرطان.

أما فيما يخص الصلابة النفسية، تبين من خلال الجدول رقم (23) أن مستوى الصلابة النفسية جاء بدرجة متوسطة، ويمكن تفسير ذلك أن أغلب عينة الدراسة ممن هم في مراحل الأخيرة من العلاج وبالتالي أخذت النظرة نحو المرض بالتغير، وهذا يعني أن المرض لم يعد له تلك النظرة التي ظهر بها المرضى في بدايته، وبذلك أصبحوا أكثر قدرة على مواجهة تحديات المرض وظروف العلاج، واتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة (أشتية،2018) التي هدفت لمعرفة تأثير أبعاد المساندة الاجتماعية في الصلابة النفسية لدى المصابين بمرض السرطان من وجهة نظرهم، وتوصلت الدراسة إلى أن مستوى الصلابة النفسية لديهم كان بدرجة متوسطة.

كما كشفت نتائج الدراسة فيما يتعلق باستراتيجيات التكيف الخاصة المستخدمة لدى عينة الدراسة كما هو موضح في الجدول رقم (24) على تنوع الاستراتيجيات التي يستخدمها عينة المرضى بين

استراتيجيات التكيف الخاصة السلبية والإيجابية وهذا ما يدل على محاولتهم لتقبل المرض والتكيف مع الوضع الصحي الراهن كحقيقة يمكن معايشتها باعتبارهم في المراحل المتقدمة من العلاج، وبذلك لم يعد يشغلهم الاهتمام بصحتهم بتلك الدرجة التي كانت تشغلهم في بداية اكتشاف المرض وتشخيصه، وبالتالي يحاولون الميل كخطوة أولى لكلا الاستراتيجيتين الإيجابية منها والسلبية في مواجهة مرضهم بغية تقبل وضعهم الصحي والتكيف معه.

2. مناقشة وتفسير نتائج اختبار الفرضية الأولى: تنص هذه الفرضية على: *"إن الفروق بين:(الذكور والإناث، الفئات العمرية، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي وأنواع السرطانات) ترافقه فروق دالة في نوع مركز الضبط الصحي، استراتيجيات التكيف الخاصة ومستوى الصلابة النفسية على التوالي".*

وقد كشفت نتائج الدراسة كما يظهر في الجدول رقم (25) وجود فروق دالة بين الذكور والإناث في كل من: البعد الداخلي لمركز الضبط الصحي، الدرجة الكلية للصلابة النفسية، استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية لصالح الذكور، ماعدا الفرق بين الذكور والإناث في بعد الحظ لمركز الضبط الصحي واستراتيجيات التكيف الخاصة السلبية المستخدمة جاء دالا إحصائيا عند مستوى دلالة 0.001 لصالح الإناث. ويمكن تفسير ذلك أن طبيعة الذكور في المجتمعات العربية تفرض عليهم التحلي بالقوة والشجاعة في التعامل مع المشكلات التي تواجههم وعدم إظهار نقاط ضعفهم أمام الآخرين، كما أن بعض الآثار الجانبية للعلاج لدى النساء لا تمثل نفس الأهمية بالنسبة للرجال في بعض التغيرات التي يخلفها المرض كسقوط الشعر وبتر المناطق الأنثوية كالثدي أو استئصال الرحم في سن الإنجاب، مما يجعل الرجال أكثر قدرة على تبني الضبط الداخلي والتحكم في الأحداث وأكثر صلابة نفسية وميلا لاستخدام استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية في التعامل مع المرض مقارنة بالنساء، وتتفق هذه النتيجة مع بعض الدراسات كدراسة (مخيمر، Seidenberg et al, 1978) و (Lao et al 1988) (Morowati et al,2009)

2016)،(الكريديس،2021)، (الغفيلي،2020) في وجود فروق دالة إحصائيا لصالح الذكور في متغيرات البحث الثلاث، كما تبين وجود فروق في مركز الضبط الصحي للحظ لصالح الإناث وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (ساعد،2017) الذي توصل إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح الإناث فيما يتعلق ببعد الضبط الخارجي للحظ، ودراسة (Morowati et al,2009) التي توصلت إلى أن الإناث أكثر ميلا لمركز الضبط الخارجي المتعلق بالحظ. كما كشفت النتائج أن الإناث أكثر ميلا لاستراتيجيات التكيف الخاصة السلبية وذلك نظرا لما يخلفه المرض من انعكاسات نفسية وجسدية مقارنة بالذكور وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (ستون ونيل،Stone &Neale,1987) في أن المرأة تستخدم استراتيجيات سلبية تتضمن التشتت والتنفيس (مكرلوفي،2022، ص85)، كما لم تظهر هناك فروق دالة إحصائيا بين الذكور والإناث في بعد ذوي النفوذ لمركز الضبط الصحي مما يدل على اعتقاد كلا الجنسين بأن وضعهم الصحي مرهون بيد الأطباء والممرضين.

كما كشفت الدراسة كما يظهر في الجدول رقم (26) وجود فروق غير دالة إحصائيا بين الفئات العمرية في كل من: بعد ذوي النفوذ لمركز الضبط الصحي، الدرجة الكلية للصلابة النفسية، استراتيجيات التكيف الخاصة، ويمكن تفسير ذلك إلى أن أغلب عينة الدراسة من الفئة العمرية بين 41-50 سنة مما يجعل المصابين يعيشون نفس انعكاسات المرض وظروف العلاج ، وبالتالي يتضح أن عامل السن ليس له تأثير واضح في استجابات المرضى اتجاه مرضهم، واتفقت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (لموفق ،2015) التي توصلت إلى عدم وجود فروق في متغير السن، واختلفت مع دراسة (Morrissey&Hanna,2001) التي توصلت إلى أن الصلابة النفسية تتطور مع العمر. كما تبين وجود فروق دالة احصائيا في البعد الداخلي لمركز الضبط الصحي لصالح الفئة العمرية ما بين (41-50 سنة) ويمكن تفسير ذلك على ان التقدم في العمر يصاحبه زيادة في الخبرة، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (سلوم وحمود،2021) والتي توصلت الى وجود علاقة ذات دلالة احصائية بين مركز الضبط الصحي الداخلي والعمر حيث كان الضبط

الداخلي أعلى لدى المرضى الأكبر سنا، حيث إن تقدم العمر يساهم في زيادة النضج المعرفي والشخصي للفرد وبالتالي تزداد قدراته وادراكه للعلاقة السببية بين ما يقوم به من مجهودات وما يحصل عليه من نتائج. كما بينت النتائج ايضا وجود فروق دالة احصائيا لصالح الفئة العمرية ما بين (29-40 سنة) و(51 سنة فأكثر) في بعد مركز الضبط الصحي للحظ.

أما فيما يخص الفروق في متغير الحالة الاجتماعية، أظهرت النتائج كما هو موضح في الجدول رقم (28) وجود فروق دالة احصائيا في كل من أبعاد مركز الضبط الصحي الثلاث،الدرجة الكلية للصلابة النفسية، استراتيجيات التكيف الخاصة الايجابية لصالح المتزوجين، ويمكن أن يرجع ذلك إلى أن الدعم النفسي والاجتماعي الذي يتلقونه من قبل الزوج أو الزوجة يلعب دورا هاما في التخفيف من معاناتهم النفسية وتقبل العلاج، حيث أشار (مخيمر،2012) عن (الغفيلي،2020) إلى أن الزواج والمساندة النفسية من العوامل التي تساهم في تحسين الأداء النفسي وتزيد من قدرة الفرد على مواجهة أحداث الحياة والتعامل مع الظروف الناتجة عن الضغوط بشكل إيجابي . واتفقت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (الغفيلي،2020) في وجود فروق دالة احصائيا لصالح المتزوجين. فيما ظهر وجود فروق في استراتيجيات التكيف الخاصة السلبية المستخدمة لصالح المطلقين ويمكن عزو ذلك إلى نقص الدعم والشعور بالوحدة وغياب السند كلها عوامل تجعلهم اكثر ميلا لاستخدام استراتيجيات تكيف خاصة سلبية في تعاملهم مع المرض ومسار العلاج.

أما المستوى التعليمي أظهرت النتائج كما هو مبين في الجدول رقم (30) إلى وجود فروق دالة احصائيا في كل من: البعد الداخلي وبعد ذوي النفوذ لمركز الضبط الصحي، الدرجة الكلية للصلابة النفسية، استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية لصالح المستوى الجامعي، وتعتبر نتيجة منطقية حيث إنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للمرضى المصابين ترتفع لديهم القدرة على تخطي العقبات وتحمل الضغوط التي تواجههم والمبادرة إلى حلها أكثر من المرضى من ذوي المستوى التعليمي المنخفض، حيث أن تمتع الفرد بمستوى تعليمي مرتفع (جامعي فأكثر) يساهم في زيادة قدرته على الالتزام اتجاه صحته وتدابير العلاج،

وقد اتفقت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (سلوم وحمود،2021) و(الغفيلي،2020) والتي توصلت إلى أن الضبط الداخلي كان أعلى لدى المرضى الحاصلين على التعليم الجامعي. كما كشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائيا في بعد الحظ لمركز الضبط الصحي لصالح الابتدائي وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (لموفق،2015) التي توصلت إلى وجود فروق دالة إحصائيا في بعد الحظ تعزى للمستوى التعليمي لصالح المستوى الابتدائي، فيما لم تظهر فروق دالة إحصائيا في استخدام استراتيجيات التكيف الخاصة السلبية لدى عينة الدراسة.

كما كشفت النتائج كما هو مبين في الجدول رقم (32) عن وجود فروق دالة بشكل عام بين أنواع السرطانات في كل من أبعاد مركز الضبط الصحي الثلاثة والدرجة الكلية للصلابة النفسية واستراتيجيات التكيف الخاصة السلبية، ويمكن تفسير ذلك أن بعض أنواع السرطانات والتي لا تتطلب استئصال العضو المصاب كسرطان القولون، سرطان الرئة، الكبد، البروستات..إلخ تختلف عن استجابة المرضى في بعض أنواع السرطانات والتي تتطلب بتر العضو المصاب كسرطان الثدي، سرطان الرحم..إلخ مما ينعكس على صورة الجسم حتى بعد عملية الشفاء حيث تبين وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى الصلابة النفسية بين فئة سرطان الرحم وفئة سرطان القولون ويمكن عزو ذلك إلى أن سرطان الرحم يتطلب البتر مما يؤدي إلى انخفاض الصلابة النفسية لدى هاته الفئة وخاصة في حالة كانت المصابات به في سن الإنجاب على العكس من فئة سرطان القولون والذي قد يتم الشفاء منه دون الحاجة إلى الاستئصال أو البتر، كما تبين وجود فروق غير دالة إحصائيا في نوع السرطان في استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية المستخدمة حيث يتضح أن جميع أنواع السرطانات يستخدمونها بنفس المستوى.

3. مناقشة وتفسير نتائج اختبار الفرضية الثانية: تنص هذه الفرضية على: *"إن الفرق في نوع مركز الضبط الصحي (داخلي، حظ، النفوذ) يرافقه فرق دال إحصائيا في مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السرطان".*

كشفت النتائج كما يظهر من خلال الجدول رقم (37) عن وجود فروق دالة إحصائيا في مركز الضبط الصحي في مستوى الصلابة النفسية، إذ تبين أن فئة مركز الضبط الصحي الداخلي ومركز الضبط الصحي لذوي النفوذ لديهم صلابة نفسية مرتفعة، بينما تميل فئة ذوي الصلابة النفسية المنخفضة إلى تبني بعد مركز الضبط الصحي الخارجي للحظ، وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة (Andersen,1997) في أن الأفراد ذوي الصلابة النفسية المرتفعة لديهم اعتقاد عام بالتحكم في صحتهم، أما الأفراد ذوو الصلابة النفسية المنخفضة يعتقدون أن صحتهم تعتمد على الآخرين الأقوياء في المجتمع أو على الصدفة والحظ. وهذا ما تدعمه دراسة كوبازا (1979) حيث أشارت إلى أن الأشخاص الأكثر صلابة رغم تعرضهم للضغوط كانوا أقل تعرضا للمرض، كما يتسمون بأنهم أكثر صمودا وسيطرة وضبطا داخليا، في حين أن الأشخاص الأقل صلابة كانوا الأكثر مرضا وعجزا وأعلى في الضبط الخارجي (المهداوي،2016) . كما تتفق مع ما أشار إليه (يوسفي،2016) في أن خصائص الأفراد ذوو مركز الضبط الداخلي تشبه خصائص الأفراد ذوي الصلابة النفسية ومن بينها القدرة على التحكم والسيطرة في مجريات الأحداث والتصدي على حل المشكلات والالتزام بالأهداف. وبالتالي فإن مستوى الصلابة النفسية يختلف باختلاف مركز الضبط الصحي داخليا كان أو خارجيا وهذا راجعا إلى الخصائص المتشابهة والمتقاربة التي تعبر عن مركز الضبط الصحي بأبعاده ومستويات الصلابة النفسية.

4. مناقشة وتفسير نتائج اختبار الفرضية الثالثة: تنص هذه الفرضية على: *"يوجد فرق إحصائي دال بين فئات مركز الضبط الصحي (داخلي، حظ، النفوذ) في نوع استراتيجيات التكيف الخاصة المتبناة من طرف المصابين بالسرطان".*

وكشفت الدراسة كما يظهر في الجدول رقم (38) عن وجود فرق دال إحصائي بين فئات مركز الضبط الصحي في نوع استراتيجيات التكيف الخاصة المستخدمة، حيث اتضح أن فئة ذوي الضبط الصحي الداخلي وذوي النفوذ يستخدمون استراتيجيات تكيف الخاصة الإيجابية، في حين تبين أن فئة ذوي الضبط الخارجي للحظ يميلون إلى استخدام استراتيجيات التكيف الخاصة السلبية، كما تميل فئة ذوي الضبط الصحي الداخلي إلى كل من استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية والسلبية في آن واحد. وتعتبر نتيجة منطقية حيث إن الأشخاص ذوو مركز ضبط داخلي يكونون أكثر مقاومة للإجهاد، ويطورون سلوكيات أكثر تكيفا من خلال اتخاذ قرارات أكثر فاعلية، وتتفق هذه النتيجة مع ما أشار إليه (المخيني،2008، ص28) في أن الأفراد الذين ذوو مركز الضبط الداخلي يعدون أكثر احتمالا للضغوط التي يواجهونها في حياتهم ويستطيعون التكيف معها، في حين يعتبر الأفراد ذوي مركز التحكم الخارجي أقل احتمالا للضغوط التي يواجهونها في حياتهم، ولا يستطيعون التكيف معها بسهولة مما يؤثر على أدائهم النفسي، ودراسة (Bruschor et al, 1994) الذين توصلوا إلى أن الأفراد ذوو مركز الضبط الداخلي يستخدمون استراتيجيات تكيف فعالة كالقدرة على حل المشكلات والتعبير عن الغضب، في حين أن الأفراد ذوي الضبط الخارجي يستخدمون استراتيجيات تكيف سلبية كالتجنب (عريس،2017،ص25). ودراسة (Harkapaa,1991) التي توصلت إلى أن الاعتقاد في مركز الضبط الداخلي ارتبط باستخدام متزايد لاستراتيجيات المواجهة الإيجابية، كما ارتبط الاعتقاد القوي في مركز الضبط الخارجي بالميل إلى استخدام الاستراتيجيات السلبية مثل الكارثية والتمني (مرازقة،2016،ص121).

5. مناقشة وتفسير نتائج اختبار الفرضية الرابعة: تنص هذه الفرضية على: *"إن الفرق في نوع استراتيجيات التكيف الخاصة المتبناة من طرف المصابين بالسرطان يرافقه فرق دال احصائي في مستوى الصلابة النفسية لديهم".*

كشفت نتائج الدراسة كما يظهر في الجدول رقم (41) عن وجود فروق دالة احصائيا بين فئات الصلابة النفسية (قوية، متوسطة، منخفضة) في مدى استخدام استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية لصالح المرضى ذوي الصلابة النفسية القوية، حيث تتباين قدرات الأفراد في التعامل مع الضغوط النفسية تبعا لاختلاف مستويات الصلابة النفسية لديهم ويمكن تفسير ذلك إلى أن الأشخاص ذوي الصلابة النفسية القوية يتصفون بالإيجابية والمواجهة النشطة للمشكلات والضغوط وهذا ما يدفعهم إلى استخدام استراتيجيات إيجابية، وبالتالي كلما زادت الصلابة النفسية كلما اتجهوا إلى استخدام استراتيجيات تكيف إيجابية أي أن الصلابة النفسية المرتفعة تدفعهم إلى البحث عن إيجابيات الموقف ومواجهته بشكل فعال، وتتفق هذه النتيجة مع ما أشار إليه هانتون Hanton إلى أن الفرد الذي يتمتع بالصلابة النفسية يستخدم استراتيجيات تكيف فعالة كالتقييم الإيجابي ويكون لديه مستوى عال من الثقة ويقدر الموقف الضاغط بأنه أقل تهديدا ويعمل على إعادة بنائه إلى شيء أكثر إيجابية (المهداوي،2016)، كما تتفق مع دراسة (شويطر،2017) حيث توصلت إلى مساهمة أبعاد الصلابة النفسية (الالتزام والتحكم) في التنبؤ باستراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية. ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء نظرية فينك (1992) نقلا عن (الكريديس،2021) إلى أن التزام المرضى بالتعليمات الطبية يحسن من الصحة النفسية لدى المريض من خلال شعوره بالطمأنينة والأمل في الشفاء وبالتالي تزيد من رغبته في الالتزام بالتعليمات الموجهة له والتعايش بإيجابية مع الوضع الصحي الراهن، كما أن قدرة المريض على التحكم في النفس تمكنه من النظرة الإيجابية للآثار التي ترتبت على المرض كالأعراض الجسمية المختلفة أو الاضطرابات النفسية والاجتماعية ومواجهتها والعمل على حلها.

كما تم إيجاد فروق دالة إحصائيا بين فئتي الصلابة القوية والصلابة الضعيفة في مدى استخدام استراتيجيات التكيف الخاصة السلبية لصالح فئة المرضى ذوي الصلابة الضعيفة، وتتفق هذه النتيجة مع ما أشار إليه (Mccallum&Wiebe,1986) أن الأفراد الذين لديهم صلابة نفسية منخفضة لديهم ممارسات صحية سيئة (مثل زيادة التدخين وتعاطي الكحول والتهور)، كما أن الأفراد منخفضو الصلابة النفسية ينخرطون في سلوكيات تكيف أكثر سوءا (Paulhan,1992) .

وبالتالي فإن ذوي الصلابة المنخفضة لا يملكون التحدي للمواجهة وهذا ما يدفعهم إلى استخدام استراتيجيات تكيف سلبية، حيث إن انخفاض الصلابة النفسية يقلل من القدرة على التكيف مع الضغوط ويؤدي إلى تجنب الحدث الضاغط بدلا من تقبله أو مواجهته والعكس صحيح.

6. مناقشة وتفسير نتائج اختبار الفرضية الخامسة: تنص هذه الفرضية على: *"توجد علاقة ارتباطية دالة بين مركز الضبط الصحي والصلابة النفسية في ضوء استراتيجيات التكيف الخاصة المتبناة من طرف المصابين بالسرطان".*

ومنطوق هذه الفرضية أن العلاقة التي تربط بين مركز الضبط الصحي (الداخلي، الحظ ، ذوي النفوذ) والصلابة النفسية لدى مرضى السرطان تتأثر بالمتغير الوسيط استراتيجيات التكيف الخاصة والذي يساهم في تعديلها، أي أن حالة الصلابة النفسية لا تتوقف فقط على أحد المتغيرين: استراتيجيات التكيف الخاصة أو مركز الضبط الصحي بل على واقع التفاعل بينهما، وعليه تمت إعادة صياغة منطوق هذه الفرضية بتعبير آخر يحمل نفس المعنى ويعكس التصور العام للموضوع، وهو كالتالي: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات الصلابة النفسية ترجع إلى تأثير التفاعل بين أبعاد مركز الضبط الصحي (الداخلي، الحظ، ذوي النفوذ) ومستويات بعدي استراتيجيات التكيف الخاصة (الإيجابية والسلبية).

كشفت نتائج الدراسة عن وجود تفاعل ضمني بين المكونات الداخلية لمتغيرات البحث الأساسية الثلاث، حيث تبين أن المرضى من فئتي: مركز الضبط الصحي لذوي النفوذ ومركز الضبط الصحي

الداخلي أكثر ميلا لاستخدام استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية وأكثر صلابة نفسية بالمقارنة مع المرضى ذوو مركز الضبط الصحي للحظ الذين يميلون أكثر لاستخدام استراتيجيات التكيف الخاصة السلبية. وبالتالي يمكننا القول إن الصلابة النفسية تتأثر بمركز الضبط الداخلي في ظل استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية، بينما انخفاض الصلابة النفسية يساهم في تبني البعد الخارجي لمركز الضبط الصحي وبالتالي الميل إلى استخدام استراتيجيات تكيف خاصة سلبية، وهذا يدل على أنه كلما زاد مستوى الصلابة النفسية كلما كان الأفراد أكثر توجها لمركز الضبط الداخلي والتي بدورها تساهم في استخدام استراتيجيات تكيف خاصة إيجابية والعكس صحيح، وفي هذا الصدد أشار (ويثنجون وكازلر، Tweithington &Kessler,1991) إلى أن هناك عوامل عديدة تؤثر في اختيار الأفراد لاستراتيجيات التكيف، وهي تتضمن عوامل تتعلق بخصائص شخصية واجتماعية للفرد من بينها كالصلابة النفسية ومركز الضبط (شويطر،2017). وبالتالي يمكن القول إن كلا من مركز الضبط الصحي والصلابة النفسية واستراتيجيات التكيف مفاهيم مرتبطة مع بعضها البعض في دلالة كل منهما، حيث تكمن فعاليتهم في التأثير على النتائج المترتبة عن الضغوط النفسية باعتبارهم متغيرات إيجابية تساهم في زيادة فعالية الفرد وتمكنهم من التغلب على الضغوط التي تسببها لهم الإصابة بالمرض، وبالرجوع إلى التراث النظري فإننا نجد بأن الصلابة النفسية تمثل اعتقاد الفرد بفعاليته وقدرته على استخدام كل مصادره النفسية والبيئية ، كي يدرك ويفسر ويواجه بفعالية أحداث الحياة الضاغطة، كما يشير مفهوم مركز الضبط الصحي إلى إدراك الفرد للعلاقات المحتملة بين سلوكه والأحداث التي تتلو هذا السلوك، ومنه فإن كلا من مركز الضبط الصحي والصلابة النفسية واستراتيجيات التكيف متغيرات إيجابية في الشخصية تلعب دورا هاما في التأثير على النتائج المترتبة عن الضغوط النفسية، ومنه يمكن تفسير النتيجة التي توصلت إليها دراستنا بوجود تفاعل بين كل من مركز الضبط الصحي والصلابة النفسية واستراتيجيات التكيف الخاصة، كما أن جميعهم يرتبط بالجوانب الإيجابية وتحقيق الصحة النفسية للفرد.

خلاصة واستنتاجات

خلاصة واستنتاجات:

حاولت الدراسة الحالية إبراز العلاقة بين مركز الضبط الصحي والصلابة النفسية في ضوء استراتيجيات التكيف الخاصة لدى مرضى السرطان، وفحص بعض المتغيرات الديمغرافية (الجنس، الفئة العمرية، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، نوع السرطان) في كل من مركز الضبط الصحي والدرجة الكلية للصلابة النفسية واستراتيجيات التكيف الخاصة.

بعد تطبيق وسائل القياس وجمع البيانات وإخضاعها للتحليل والمعالجة الإحصائية تم التوصل إلى عدد من النتائج أهمها:

- سيادة بعد ذوي النفوذ لدى عينة الدراسة.
- يتمتع أفراد عينة الدراسة بمستوى متوسط من الصلابة النفسية.
- تتنوع استخدام استراتيجيات التكيف الخاصة بين الإيجابية والسلبية لدى عينة الدراسة.
- وجود فروق دالة إحصائيا بين الذكور والإناث لصالح الذكور في مركز الضبط الصحي الداخلي، الصلابة النفسية واستراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية، في حين كشفت الدراسة على أن الإناث أكثر ميلا لتبني مركز الضبط الصحي الخارجي للحظ واستراتيجيات التكيف الخاصة السلبية مقارنة بالذكور.
- وجود فروق غير دالة إحصائيا بين الفئات العمرية حيث كشفت الدراسة على أن الفئة العمرية ما بين 41-50 سنة أكثر ميلا لمركز الضبط الصحي الداخلي، وأن الفئة العمرية ما بين 29-40 سنة و51 سنة فأكثر أكثر ميلا لمركز الضبط الصحي الخارجي للحظ، في حين كشفت الدراسة عن وجود فروق غير دالة إحصائيا في كل من مركز الضبط الصحي لذوي النفوذ، الصلابة النفسية واستراتيجيات التكيف الخاصة الايجابية والسلبية.

- وجود فروق دالة إحصائيا بين فئات الحالة الاجتماعية، حيث كشفت الدراسة على أن المرضى المتزوجين من الذكور والإناث أكثر ميلا لتبني مركز الضبط الصحي الخارجي لذوي النفوذ، وأنهم أكثر صلابة نفسية، ويميلون أكثر لاستخدام استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية، بينما فئة المطلقين يميلون إلى استخدام استراتيجيات تكيف خاصة سلبية في التعامل مع المرض.
- وجود فروق دالة إحصائيا بين فئات المستويات التعليمية، حيث كشفت الدراسة على أن فئة المرضى ذوو المستوى التعليمي الجامعي أكثر تبنيا لمركز الضبط الصحي الداخلي، وأنهم أكثر صلابة نفسية وأكثر ميلا لاستخدام استراتيجيات تكيف خاصة ايجابية مقارنة بالمستويات الأخرى.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائيا في مستوى الصلابة النفسية بين المرضى في نوع السرطان لصالح مرضى سرطان القولون، كما كشفت الدراسة عن وجود فروق غير دالة إحصائيا في نوع السرطان في كل من مركز الضبط الصحي واستراتيجيات التكيف الخاصة الايجابية والسلبية.
- وجود فروق دالة إحصائيا بين فئات مركز الضبط الصحي في مستوى الصلابة النفسية، حيث تبين أن فئة مركز الضبط الصحي لذوي النفوذ والداخلي أكثر صلابة نفسية، بينما فئة مركز الضبط الصحي الخارجي للحظ هم الأقل صلابة نفسية مقارنة بالأبعاد الأخرى.
- وجود فروق دالة إحصائيا بين فئات مركز الضبط الصحي في نوع استراتيجيات التكيف الخاصة، حيث كشفت الدراسة على أن فئات مركز الضبط الصحي الداخلي وذوي النفوذ أكثر ميلا إلى استخدام استراتيجيات تكيف خاصة ايجابية، بينما يميلون فئة مركز الضبط الصحي الخارجي للحظ لاستخدام استراتيجيات تكيف خاصة سلبية.

- وجود فروق دالة إحصائيا بين فئات الصلابة النفسية في مستوى استخدام استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية والسلبية، حيث تبين أن فئة ذوو الصلابة النفسية المرتفعة يميلون أكثر إلى استخدام استراتيجيات التكيف الخاصة الايجابية، في حين أن المرضى ذوو الصلابة النفسية المنخفضة أكثر ميلا لاستخدام استراتيجيات التكيف الخاصة السلبية.
- وجود تفاعل ضمني بين المكونات الداخلية لمتغيرات البحث الأساسية، حيث كشفت الدراسة على أن المرضى من فئتي: مركز الضبط الصحي لذوي النفوذ ومركز الضبط الصحي الداخلي أكثر ميلا لاستخدام استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية وأكثر صلابة نفسية بالمقارنة مع المرضى ذوي مركز الضبط الصحي للحظ الذين يميلون أكثر لاستخدام استراتيجيات التكيف الخاصة السلبية ولديهم صلابة نفسية منخفضة.

اقتراحات وتوصيات:

في ضوء النتائج التي تم التوصل إليها في الدراسة الحالية يمكن تقديم مجموعة من الاقتراحات والتوصيات التالية:

- وضع برامج للتكفل النفسي بمرضى السرطان أثناء خضوعهم للعلاج الكيماوي لما له من تأثيرات جسدية ونفسية على صحتهم.
- إجراء المزيد من الدراسات على عينة مرضى السرطان وربطها بمتغيرات إيجابية أخرى كالكفاءة الذاتية، السلوك الصحي، فعالية الذات..إلخ
- تصميم برامج علاجية تساهم في تعزيز مركز الضبط الداخلي والتدريب على تبني استراتيجيات التكيف الإيجابية لدى فئة المرضى لما له من آثار فعالة في التعامل مع المرض وظروف العلاج .
- زيادة الوعي من خلال القيام بحملات تحسيسية حول مرض السرطان في المؤسسات والجمعيات، ووسائل الإعلام والاتصال المسموعة والمرئية لأخذ إجراءات الوقاية من خطر الإصابة بالسرطان.
- تطبيق برامج إرشادية تعمل على تدريب المرضى على استغلال مصادرهم الشخصية المتاحة للتكيف مع الضغوطات الناتجة عن المرض.
- إجراء دراسات أخرى على عينات مختلفة من مرضى المزمنين للتعمق أكثر في متغير استراتيجيات التكيف الخاصة المستخدمة ودورها في تحديد العلاقة بين مركز الضبط الصحي والصلابة النفسية نظرا لأهمية هذه المتغيرات في تعديل شخصية المرضى المصابين بالأمراض المزمنة.

قائمة المراجع

المراجع العربية:

أبركان، الصالح. (2013).ادراك المرض واساليب التدبر لدى مرضى التكلس الرئوي. *مجلة الدراسات التربوية والنفسية*،*7*(2)، 370-385.

أبو العيش، هيا سليمان.(2016).استراتيجيات التكيف مع الضغوط النفسية وعلاقتها ببعض المتغيرات. *المجلة العربية لضمان جودة التعليم الجامعي*،*9*(26)،83-107.

أحمان، لبنى.(2017).مصدر الضبط الصحي كمتغير وسيط بين الضغط النفسي والمرض الجسدي. *مجلة العلوم الانسانية، أ*(47)، 109-122.

اسماعيل، ابراهيم السيد، الحسيني، أحمد توفيق.(2021). فاعلية برنامج تدريبي قائم على أنشطة التوكاتسو اليابانية وممارستها في تحسين التفكير البنائي والصلابة النفسية لدى معلمات التعليم الأساسي. *مجلة كلية التربية جامعة بور سعيد، 33*(33)، 371-429.

أشتية، عماد عبد اللطيف حسين.(2018). تأثير المساندة الاجتماعية في الصلابة النفسية لدى المصابين بمرض السرطان. *مجلة جامعة القدس المفتوحة للبحوث الانسانية والاجتماعية*،*1*(46)، 103-122.

بن سالم، ايدير.(2019).استراتيجيات التعامل مع الاحداث الصدمية وعلاقتها بالصلابة النفسية. (أطروحة دكتوراه، جامعة محمد لمين دباغين سطيف2).

http://dspace.univ-setif2.dz/xmlui/handle/123456789/1413

تعولميت، شراز ،عليوة، سمية.(2022). مصدر الضبط الصحي وعلاقته بالصلابة النفسية لدى مرضى السرطان. *مجلة العلوم الإسلامية والحضارة*،*7*(1)،533-554.

التميمي، امينة عبد الجواد.(2006). *فاعلية التدريب على استراتيجيات التكيف في خفض القلق والاكتئاب وتحسين مستوى التكيف النفسي لمرضى الفشل الكلوي المزمن* (رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية).الأردن.

https://drive.google.com/file/d/1yNUZgi0ORGX-eKKUjD9YHrCo8xiX3VXQ/view

مرازقة، وليدة،جبالي، نور الدين.(2015). القيمة التكيفية لاستراتيجيات المواجهة مع السرطان. *مجلة العلوم الاجتماعية والانسانية،8*(1)، 425-434.

جبالي، نور الدين،عزوز، اسمهان.(2014). مصدر الضبط الصحي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن. *مجلة الأداب والعلوم الاجتماعية، 11*(02)، 209-224.

جعرير، سليمة.(2016).*المساندة الاجتماعية والصلابة النفسية ودورهما في العلاقة بين الأحداث الضاغطة والصحة النفسية لدى تلاميذ المرحلة الثانوية*.(أطروحة الدكتوراه، جامعة الجزائر2).

http://www.ddeposit.univ-alger2.dz:8080/xmlui/handle/20.500.12387/766

جعرير، سليمة، اليزيد، نذيرة.(2021). الصلابة النفسية وعلاقتها بأساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى طلبة مرضى بداء السكري. *مجلة العلوم الاجتماعية والانسانية، 22*(2)، 661-682.

حمود، سبأ، سلوم. سلاف.(2021).العلاقة بين مركز الضبط الصحي والالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية لدى مرضى السكري. *مجلة جامعة حماة، 4*(10)، 15-29.

حنصالي، مريامة.(2014).إدارة الضغوط النفسية وعلاقتها بسمتي الشخصية المناعية (الصلابة النفسية والتويكيدية) في ضوء الذكاء الانفعالي.(أطروحة الدكتوراه، جامعة محمد خيضر بسكرة).

http://thesis.univ-biskra.dz/183/1/psy_d1_lmd_2014.pdf

حوي،عمر، دالي، لخمي.(2020). العلاقة بين الفعالية الذاتية ومصدر الضبط الصحي الداخلي لدى المصابين بمرض القلب. *مجلة القياس والدراسات النفسية،1*(1)، 67-81.

الدرويش، ديانا، موسى،أحمد حاج، سويد، داليا.(2022). الذكاء العاطفي وعلاقته بالصلابة النفسية لدى الممرضين العاملين بالمشافي العامة في مدينة حمص. *مجلة جامعة البعث، 44*(3)، 57-100.

ريحاني، الزهرة.(2019). مصادر الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها: دراسة مقارنة على عينة من المصابين بمرض مزمن.(أطروحة الدكتوراه، جامعة محمد خيضر بسكرة).
http://thesis.univ-biskra.dz/4542

زناد، دليلة، فاضلي، احمد.بن يحي، فاطمة.خرايفية، امينة.(2018). نوعية الحياة وعلاقتها بسمات الشخصية واستراتيجيات المقاومة ودورها في تسيير الانفعالات وتطوير سلوك الالتزام الصحي لدى مريضات سرطان الثدي من خلال نموذج علم النفس الصحة.مخبر علم النفس الصحة والوقاية ونوعية الحياة. قسم علم النفس. جامعة الجزائر2.

زناد، دليلة.(2013). *علم النفس الصحي*. دار الخلدونية للنشر والتوزيع.

ساعد، شفيق.(2017). مصدر الضبط الصحي وعلاقته بأساليب مواجهة الضغوط لدى المصابين بالأمراض القلبية الوعائية. *مجلة علوم الإنسان والمجتمع،6*(1)، 283-306.

سليم، رنا رشيد محمد،علي، حمودي شيماء ناظم.(2022).الصلابة النفسية لدى رؤساء أقسام كليات جامعة الموصل. *مجلة النسق، 3*(2)، 428-452.

الشهري، نواف مناع.(2021).الصلابة النفسية وعلاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية. *المجلة العربية للنشر العلمي*،(27)، 130-222.

شويطر، خيرة.(2017). قدرة الأثر التفاعلي لكل من الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية في التنبؤ باستراتيجيات التعامل مع الضغوط لدى الأمهات. *مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، 9*(30)، 519-526.

شويطر، خيرة.(2017).*استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى الأمهات على ضوء متغيري الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية*.(أطروحة الدكتوراه،جامعة وهران2).

https://www.univ-oran2.dz/images/these_memoires/FSS/Doctorat/TDSSA-71/%D8%B1%D8%B3%D8%A7%D9%84%D8%A9.pdf

شيلي، تايلور.(2008).*علم النفس الصحي*، ترجمة وسام درويش بريك وفوزي شاكل داود. دار حامد للنشر والتوزيع.

الطاهر ،محمد الطاهر.(2016).الصلابة النفسية. *مجلة كلية دلتا العلوم والتكنولوجيا* ،(4)،111-146.

العاسمي، رياض نايل.(2016). *علم نفس الصحة الإكلينيكي*.دار الاعصار العلمي للنشر والتوزيع.

عاشور، احمد يوسف.(2018).استراتيجيات التكيف كمتغير وسيط بين قلق البطالة والتوجه نحو المستقبل لدى عينة من الخريجين في محتفظات غزة (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الأقصى غزة).

العبدلي، خالد بن محمد بن عبد الله.(2012).*الصلابة النفسية وعلاقتها بأساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية المتفوقين دراسيا والعاديين بمدينة مكة مكرمة*.(رسالة ماجستير، جامعة أم القرى). http://search.shamaa.org/fullrecord?ID=73798

عريس، نصر الدين.(2017).*استراتيجيات تكيف اطباء مصلحة الاستعجالات في وضعيات الضغط النفسي*.(أطروحة دكتوراه علوم، جامعة ابي بكر بلقايد تلمسان).

http://dspace.univ-tlemcen.dz/bitstream/112/12321/1/ARISS.pdf

عزوز، اسمهان.(2015).*مصدر الضبط الصحي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة والكفاءة الذاتية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن*.(أطروحة دكتوراه علوم، جامعة الحاج لخضر باتنة).

http://dspace.univ-batna.dz/xmlui/handle/123456789/2697

عسكر، علي.(2003). *ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها* .(ط3). دار الكتاب الحديث.

علي الطبيخ، بشائر، زغلول،عماد.الحمدان،نجاة.(2015).الصلابة النفسية وعلاقتها بالاستجابات التكيفية للضغوط النفسية لدى الطلبة الموهوبيين بالصف الحادي عشر في دولة الكويت. *مجلة جامعة جدار للدراسات والبحوث*،*1*(1)، 51-67.

عيسات، مريم.(2022). *علاقة نمط الشخصية باستيراتجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى مرضى السرطان*.(أطروحة دكتوراه ، جامعة محمد لمين دباغين سطيف2).

http://dspace.univ-setif2.dz/xmlui/handle/123456789/2169

غزال، سوسن، مجد الدين دبك، طلال.(2018). استراتيجيات التكيف لدى مرضى السرطان خلال فترة العلاج الكيماوي.*مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية*،*4*(3)، 365-381.

الغفيلي، إيلاف بنت محمد عبد العزيز .(2020).الاكتئاب وعلاقته بالصلابة النفسية لدى مرضى الفشل الكلوي بمدينة الرياض.*المجلة المصرية للدراسات النفسية*، *30*(109)، 450-498.

فضيلي، فتيحة، شريفي، هناء.(2021). *بسيكوسوماتيك مرضى السرطان*.شركة الاصالة للنشر.

قارة، سعيد.(2015).*مصدر الضبط الصحي وعلاقته بكل من فعالية الذات وتقبل العلاج لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي*. (أطروحة الدكتوراه علوم،جامعة باتنة -1-).
http://dspace.univ-batna.dz/xmlui/handle/123456789/3843

قارة، سعيد، عزوز، اسمهان.(2018).مصدر الضبط الصحي وعلاقته بفعالية الذات لدى مرضى الضغط الدموي الأساسي ومرضى القصور الكلوي المزمن الخاضعين لحصص التصفية الكلوية.*حوليات جامعة قالمة للعلوم الاجتماعية والانسانية*، (23)، 415-433.

القرا، زهية خليل.(2015). *خبرة البتر الصادمة واستراتيجيات التكيف وعلاقتهما بقلق الموت لدى حالات البتر في الحرب الاخيرة على غزة*. (رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية غزة).
https://www.mobt3ath.com/uplode/book/book-17109.pdf?ver=accessable

قويدر، خيرة.(2023). مستوى الصلابة النفسية للأم العازبة بالجزائر. *مجلة هيرودوت للعلوم الإنسانية والاجتماعية*، *7*(2)، 208-222.

الكريديس، ريم سالم علي.(2021).الصلابة النفسية وعلاقتها بالسلوك الصحي لدى عينة من المسنين مرضى السرطان. *مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية*،(60)، 217-294.

لموفق، ثلجة.(2015)، الكفاءة الذاتية وعلاقتها بمصدر الضبط الصحي لدى عينة من المصابات بسرطان الثدي.(رسالة ماجستير، جامعة قاصدي مرباح ورقلة).
https://dspace.univ-ouargla.dz/jspui/handle/123456789/9132

ليتيم، ناجي، بوطوطن، سليمة.(2022).مصادر الضغوط في قطاعي الصحة والتعليم واستراتيجيات التكيف معها.مجلة افاق للعلوم،7(1)، 274-282.

مخيمر، عماد محمد أحمد.(2002).استبيان الصلابة النفسية.مكتبة الأنجلو المصرية.

المخيني، جلال، بن يوسف. بن جمعة.(2008). مصادر الضغوط النفسية واساليب التعامل معها لدى المعلمين العاملين بوزارة التربية والتعليم في سلطنة عمان.(رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية).
https://maqsurah.com/home/items/content/73429/84135#book

مرازقة، وليدة.(2016).*جودة الحياة المرتبطة بالصحة وعلاقتها بمركز ضبط الألم واستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان*. (أطروحة الدكتوراه علوم،جامعة باتنة-1-).
http://theses.univ-batna.dz/index.php/theses-en-ligne/doc_details/2215

مراكشي، مريم، خرموش، مراد رمزي.(2019).استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية ودورها في تحقيق التكيف النفسي للفرد. مجلة حقائق للدراسات النفسية والاجتماعية،4(14)، 9-22.

مزاور ،نسيمة.(2016).اساليب التكيف لدى مرضى السرطان. *مجلة الواحات للبحوث والدراسات*،*9*(2)، 790-803.

مزلوق، وفاء.(2014). *استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي لدى مرضى السرطان*.(رسالة ماجستير، جامعة الهضاب 2 سطيف). http://dspace.univ-setif2.dz/xmlui/handle/setif2/178

المساعيد، اصلان صبح.(2013).الأساليب الإيجابية والسلبية في مواجهة الضغوط النفسية وعلاقتها بمركز الضبط ومتغيرات أخرى لدى عينة من طلبة الجامعة ال البيت، 7(2)، 256-274.

مصطفى، نورا هزاع، محمد.(2006). *أعراض الضغط النفسي واستراتيجيات التكيف لدى النساء المعنفات وغير المعنفات*. (رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية).

http://thesis.mandumah.com/Record/190851

معروف، محمد.(2019).*الفاعلية الذاتية وعلاقتها بالإحتراق الوظيفي واستراتيجيات التعامل*.(أطروحة دكتوراه.جامعة وهران 2).

http://ds.univ-oran2.dz:8443/jspui/bitstream/123456789/1280/1/%D8%A7%D8%B7%D8%B1%D9%88%D8%AD%D8%A9.pdf

معمري، عبد النور.(2022). درجة توافر الصلابة النفسية لدى المعاقين حركيا بالجزائر. *مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية، 7*(2)، 639-662.

معمرية، بشير.(2019). تقنين مقياس الصلابة النفسية في المجتمع الجزائري. *المجلة العربية لعلم النفس*،4(1)، 46-66.

مكرلوفي، يمينة.(2022).المساندة الاجتماعية والفاعلية الذاتية وعلاقتهما باستراتيجيات التعامل اتجاه المواقف الضاغطة لدى الطالبة الجامعية المتزوجة.(أطروحة دكتوراه، .جامعة وهران2).

https://ds.univ-oran2.dz:8443/jspui/handle/123456789/4793

منصوري، نفيسة.(2015).*الضغوط النفسية لأولياء أمور الأطفال المصابين بأمراض جسدية مزمنة واستراتيجيات التكيف المستخدمة لديهم* (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة وهران.الجزائر.

المهداوي، عبد الله محمد.(2016)، الصلابة النفسية وعلاقتها بوجهة الضبط لدى عينة من الطلاب المتفوقين والمتأخرين دراسيا بالمرحلة الثانوية بمدينة تبوك. *المجلة الدولية التربوية المتخصصة، 15*(9)، 1-16.

نوار،شهرزاد، حشاني، سعاد.(2020). مصدر الضبط الصحي السائد لدى مرضى السكري، *مجلة العلوم الانسانية لجامعة أم البواقي*،*7* (2)، 374-388

يعقوبي، مونية، سي بشير، كريمة.(2023)، علاقة الضغط النفسي بمركز الضبط الصحي لدى المرضى المصابين بالصدفية. *مجلة دراسات إنسانية واجتماعية*،*12*(01)، 541-554.

يوسفي، حدة.(2013).الصلابة النفسية وعلاقتها باستراتيجيات المواجهة لدى عينة من طالبات الجامعة.*مجلة دراسات لجامعة الأغواط*، (24)، 117-147.

يوسفي، حدة.(2016).*الاستراتيجيات الإرشادية لتخفيف الضغوط النفسية وتنمية الصحة النفسية*. دار أسامة للنشر والتوزيع.

المراجع الأجنبية:

Abualkibash Shadi Khalil, Ballout Ala'A,(2021), psychological resilience and its relationship to coping with stress strategies among Palestinian university students, *Journal of A verroes university in Holland*,(44).252-276.

Afsahi F & Kachooei M.(2020).relationship between hypertension with irrational health beliefs and health locus of control.*journal of education and health promotion.published by wothers kluwer-Medknow*. 1-6.

Al-Masri Anas Ramadan, (2020), Pressures and their Relation to the Psychological Hardiness among Breast Cancer Patients, *Journal of Educational and Psycchological Sciences, 4*(41).157-185.

Andersen Anna,(1997), A Test of the Hypothesis about Hardiness as an Index of Mental Health, Honors Theses.

Berger M.(2009).*Le sentiment de Solitude,Le Stress et Lieu De Controle Chez Les Personnes Atteintes De Cancer*.Thése Présentée A L'université Du Québec A Trois-Riviéres Comme exigence Partielle Du Doctorat En Psychologie.

Bissonnette Michelle, (1998), Optimism, Hardiness, and Resiliency, *The Review of the Literature.*

Derks,W., de Leeuw, J.R.J.,Hordijk,G.J., &Winnubst,J.A.M.(2004).Differences in coping style and locus of control between older and younger patients with head and neck cancer.*Clinical Otalaryngology*.(30).186-192.

Halpert, Rita and Hill, Russ. (2011). The Locus of Control Construct's Various Means of Measurement: A researcher's guide to some of the more commonly used Locus of Control scales. WILL TO POWER PRESS, Beach Haven, NJ. ISBN 978-0-9833464-3-2.

Hartmann A, (2008), Les orientations nouvelles dans le champ du coping New orientations in the field of the coping, *Pratiques psychologiques*,14.285-299.

Igor Kardum, Jasna Hudek-Knezevic, Nada Krapic, (2012), The Structure of Hardiness, its Measurement Invariance across Gender and Relationships with Personality Traits and Mental Health Outccomes, *Psychological Topics 21*(3).487-507.

Jason L.Judkins, Brian A.Moore, Tyler Collette,(2020), Psychological Hardiness14-2.

Jurian W F Aarts, Laura Deckx, Doris L van Abbema,Vivianne C G Tjan-Heijnen,Marjan van den Akker, Frank Buntinx.(2015). The relation between depression,coping and health Locus of control, *psycho-oncology,24*(8).950-957.

Kevin J,Eschleman and Nathan A,Bowling, Gene M, Alarcon,(2010), A Meta-Analytic Examination of Hardiness, *International Journal of stress Management, 17*(4).277-307, Doi : 10,1037/a0020476.

Keyvan, S.A, Imamipour, S.(2015). Comparison of Locus of Control and hardiness in professional and novice female taekwondo players. *Journal of Applied Environmental and Biological Sciences,5*(4S).12-17.

Kiliç M&Arslam S.(2018).Evaluation of health locus of control of individuals with type 2 diabetes.*Turkish journal of family medicine and primary care.12*(2). 126-135.

Kong Ying, Shen Fuyuan,(2011), Impact of Locus of Control on Health Message Effectiveness, *Health Marketing Quarterly, 28*(4) .354-371.

Lindstiom.M&Rosvall.M.(2020).Health locus of control and mortality a population-based prospective cohort study.*public health*. 209-211.

Maddi Salvatore R,(2020), Resiliency and Hardiness, The Wiley Encyclopedia ofPersonality and Individual Differences: Clinical, Applied, and Cross-Cultural Research,Volume IV, First Edition. Edited by Bernardo J. Carducci and Christopher S. Nave.393-398.

Marcel Lourel, (2006), Stress et Santé : Le Role de la personnalité.Présentation de Quelques outils d'évaluation de la personnalité, *Recherche en soins infirmiers*, (85). 5-13.

Massicotte Roseline.(2015). *Les stratégies de coping comme prédicteurs de la résilience et de la psychopathologie chez des personnes vivant avec une lésion à la moelle épinière.* Thèse présentée comme exigence partielle du doctorat en psychologie. Université Québec à montréal.

Naviaux A, Janne P&Gourdin M.(2020).Aspects medico-psychologiques relatives à l'épidémie de coronavirus (Covid-19).l'apport de la théorie de la detection du signal et du concept de lieu de controle,*Annales Médico-Psychologiques*. 223-225.

Onat Sibel Su Eroz, Emine, (2018), Psychological Hardiness : A survey in Hospitality Management, *Research Journal of Business and Management, 5*(1).81-89, Doi : 10.17261/pressacademia,2018,820.

onkologii Katedra (2015). Self-efficacy and strategies of adaptation to disease patientswith cancer of reproductive organs, *curr gynecol oncol*.

Patricia Macia, Mercedes Barranco, Susana Gorbena, loseba lraurgi, (2020), Expression of resilience, Coping and quality of life in people with cancer,*Plos One,15*(7). 1-15.

Paula G,Williams,Deborach J, Wiebe, and Timothy W, Smith.(1992).Coping processes as Mediators of the Relationship between hardiness and health, *Journal of behavioral medicine,15*(3).237-255.

Paulhan Isabelle, (1992), Le concept de coping,, *L'année psychologique,92* (4).545-557.

Ranger Luce, (2015), *Exploration du Role modérateur des stratégies d'adapation sur la relation entre les mauvais traitements perçus et les problèmes psycchologiques*

d'adolescents à risque,Thèse présentée à la Faculté des arts et sciences en vue de l'obtention du grade de doctorat en psycchologie,Université de Montréal.

Sajadian Akram, Rajilahiji Mahsa, Akram Motaharinasab, Anoshirvan Kazemnejad, Shahpar Haghighat.(2017).Breast Cancer Coping Strategies after Diagnosis : A Six-month Follow-up,*Multidiscciplinary Cancer Investigation.1*(4).13-16.

Salman Amal Ali Ibrahim,(2018), *Coping strategies of palestinians Adolescents and young Adults with cancer*, Thesis Submitted in partial fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of public Health and Epidemiology, Faculty of public health, Al Quds-University.

Schweitzer Marilou Bruchon, (2001), Le Coping et les Stratégies d'ajustement face au Stress,*Recccherche en soins infermiers*, (67).68-83.

Shahrier M,Hossain M ,Bairagi A ,Dey K &Rahman A. (2012).Locus Of Control In Cancer And Cardiac Patients.*The Chittagong University J.of Biological Science.vol-7*(1&2).131-149.

Sharifabad,Morowati,M.,Mazlomy,S.,Baghiani,M.,&Rouhani,N.(2009).Relationships between locus of control and adherence to diabetes regimen,*Jres Health Sci,9*(9),37-44.

Shukla Paraya, Rishi Parul,(2018), Health locus of control,psychosocial /spiritual well-being and death anxiety among advanced-stage cancer patients,*psycho stud,63*(2).200-207.

Turmel Nathalie.(1999).*Relation entre les stratégies d'adaptation, Le lieu de Contrôle et le Niveau de sévérité du Psoriasis chez les personnes atteintes*.Mémoire Présenté à L'université du Québec à Trois-Rivières comme exigence partielle de la maitrise en psychologie, Université de Québec.

الملاحق

الملحق رقم (01): استمارة التحكيم

جامعة وهران 2 محمد بن أحمد

قسم علم النفس والارطوفونيا

تحية طيبة وبعد:

في إطار تحضير أطروحة الدكتوراه في علم النفس الصحة الموسومة ب "**مركز الضبط الصحي وعلاقته بالصلابة النفسية في ضوء استراتيجيات التكيف الخاصة لدى مرضى السرطان**" وبغرض الاستفادة من خبراتكم في مجال بناء، تقنين وتقويم الاختبارات والمقاييس، يسرني أن أضع بين أيديكم ثلاثة استبيانات تتعلق بـ"**مركز الضبط الصحي، الصلابة النفسية، استراتيجيات التكيف الخاصة لدى مرضى السرطان**" حيث ألتمس من حضراتكم إبداء آرائكم وملاحظاتكم فيما يخص:

- مدى سلامة البنية اللغوية لكل فقرة من فقرات كل مقياس.
- تقديم تقدير نسبي يتراوح من 00% إلى 100% حول مدى قياس كل فقرة لما وضعت لقياسه ومدى اتساقها مع البعد الذي تنتمي إليه.

نموذج تقدير صدق المحكمين

رقم الفقرة	مضمون الفقرة	علاقة الفقرة بما وضعت لقياسه				
		%00	%25	%50	%70	%100
	الفقرة قبل التحكيم					
	الملاحظة حول سلامة البنية اللغوية					

الملحق رقم (02): قائمة الأساتذة المحكمين

الرقم	اسم الأستاذ المحكم	الدرجة العلمية	الجامعة
01	بلعالية محمد	أستاذ التعليم العالي	جامعة تيارت
02	بن موسى سمير	أستاذ التعليم العالي	جامعة تيارت
03	بن عمور جميلة	أستاذة محاضرة –أ–	جامعة الشلف
04	بن قويدر أمينة	أستاذة محاضرة –أ–	جامعة تيارت
05	عرقوب محمد	أستاذ محاضر –أ–	جامعة وهران 2
06	ماحي ابراهيم	أستاذ التعليم العالي	جامعة وهران 2
07	قادري حليمة	أستاذة التعليم العالي	جامعة وهران 2

جامعة وهران 2 محمد بن أحمد

كلية العلوم الإجتماعية قسم علم النفس و الأرطوفونيا

تحية طيبة و بعد:

في إطار إعداد أطروحة دكتوراه في علم النفس الصحة، أتوجه إليكم بمجموعة من الأسئلة بغرض الكشف عن جملة العوامل ذات العلاقة بوضعكم الصحي، تعلق الأمر بالمرض في حد ذاته أو بالعوامل الفردية والنفسية. نلتمس منكم الإجابة عن كل الأسئلة بكل صدق وموضوعية، حيث إن صدق نتائج البحث يتوقف على ذلك، ونلفت انتباهكم أنه لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة، حيث إن إجاباتكم تعبر عن تجربة شخصية وخاصة.

نشكركم على حسن تعاونكم في هذا البحث العلمي، ونحيطكم علما أن إجاباتكم ستستخدم لغرض علمي فقط ولن يطلع عليها أحد.

البيانات الشخصية:

الجنس: ذكر ( ) أنثى ( )

السن:.....

المستوى التعليمي: ابتدائي ( ) متوسط ( ) ثانوي ( ) جامعي ( ) اخر ( )

الحالة الاجتماعية : أعزب ( ) متزوج(ة) ( ) مطلق(ة) ( ) أرمل(ة) ( )

نوع السرطان: .....

الملحق رقم (03): مقياس مركز الضبط الصحي في صورته النهائية

إليكم مجموعة من العبارات والمطلوب منكم وضع إشارة (×) في الخانة التي توافق إجاباتكم من بين الاختيارات المقترحة.

رقم	مضمون الفقرة	البدائل				
		موافق تماما	موافق	غير متأكد	غير موافق	غير موافق تماما
01	إن تصرفاتي الشخصية إزاء مرضي هي التي تحدد مدة شفائي.					
02	أرى أن سوء حالتي يعود لسوء حظي.					
03	إذا تواصلت بشكل منتظم مع طبيبي فإن ذلك يقلل من إحتمالات ظهور مضاعفات على صحتي.					
04	أرى بأنني أنا المسؤول المباشر عن ظروف تحسن حالتي الصحية.					
05	الحظ يلعب دور كبير في تحسن حالتي الصحية.					
06	عندما تسوء حالتي الصحية فإن أول ما أقوم به هو استشارة الطبيب.					
07	إن تدهور حالتي الصحية يعود لعدم التزامي بالتدابير الصحية.					
08	إن تطبيق تعليمات الطبيب بشكل حرفي هي الوسيلة الوحيدة للمحافظة على استقرار حالتي الصحية.					
09	إن تدهور صحتي يعود لقلة اعتنائي بنفسي.					
10	إذا كنت محظوظ فإن حالتي الصحية ستتحسن.					
11	الدعم الذي أتلقاه من الآخرين (الطاقم الطبي، العائلة، الزملاء هو الذي يحدد مدة تحسن حالتي الصحية.					

الملحق رقم (04): مقياس الصلابة النفسية في صورته النهائية

رقم	مضمون الفقرة	البدائل				
		موافق تماما	موافق	غير متأكد	غير موافق	غير موافق تماما
01	معظم أوقاتي أستثمرها في أنشطة ذات فائدة.					
02	أتخذ قراراتي بنفسي ولا تملى علي من مصدر خارجي.					
03	أعتقد أن متعة الحياة تكمن في قدرة الفرد على مواجهة تحدياتها.					
04	أعتقد أن لحياتي هدفا ومعنى أعيش من أجله.					
05	عندما أضع خططي المستقبلية أكون متأكدا من قدرتي على تنفيذها.					
06	لدى القدرة على التحدي والمثابرة حتى أنتهي من حل أي مشكلة تواجهني.					
07	أبادر بالوقوف إلى جانب الآخرين عند مواجهتهم لأي مشكلة.					
08	نجاحي في أمور حياتي يعتمد على جهدي وليس على الصدفة والحظ.					
09	عندما أنجح في حل مشكلة أجد متعة في التحرك لحل مشكلة اخرى.					
10	أبادر بعمل أي شيء أعتقد أنه يفيد أسرتي أو مجتمعي.					
11	أعتقد أن فشل الشخص يعود إلى أسباب شخصية.					
12	أعتقد أن الحياة التي لا يحدث فيها تحد هي حياة مملة.					
13	أهتم بما يحدث حولي من قضايا وأحداث.					

14	أعتقد أن العمل الغير ناجح يعود لسوء التخطيط.					
15	إن التغير هو سنة الحياة والمهم هو القدرة على مواجهته بنجاح.					
16	أعتقد أن تأثيري قوي على الأحداث التي تقع لي.					
17	أشعر أنني قوي في مواجهة المشكلات.					

الملحق رقم (05): مقياس استراتيجيات التكيف الخاصة في صورته النهائية

رقم	مضمون الفقرة	البدائل			
		دائما ما افعل ذلك	غالبا ما أفعل ذلك	قليلا ما أفعل ذلك	لا أفعل ذلك على الإطلاق
01	أسعى لتكوين فكرة واضحة عن حالتي الصحية.				
02	أسعى لإقناع نفسي بأن صحتي ستتحسن.				
03	أتقبل وضعيتي الصحية،حيث ليس هناك ما يمكن فعله.				
04	أفكر بإستمرار في حالتي الصحية ولا أستطيع التركيز في شيء أخر غير صحتي.				
05	أتمنى لو أن شخصا ما أو دواء ما سيشفيني من مرضي.				
06	أتظاهر وكأنني غير مصاب بأي مرض				
07	أقول لنفسي بأن الأمر خارج عن إرادتي ولا حاجة من التوتر بخصوص ما حصل.				
08	أساعد الآخرين لأن ذلك يشعرني بالرضا وينسيني مرضي.				
09	أقول لنفسي بأنه لو وجد الآخرون في وضعي الصحي لكان أمرهم قد انتهى منذ زمان.				
10	أتواجد مع الأشخاص الذين لا يتحدثون عن صحتي.				
11	أكثر من الصلوات والنوافل لأتقرب من الله وأخفف من مشاعر التوتر المرتبطة بحالتي الصحية.				

الملحق رقم (6): مصفوفة الارتباطات لمقياس مركز الضبط الصحي

Matrice de corrélation[a]												
		ض 1	ض4	ض7	ض9	ض2	ض5	ض10	ض3	ض6	ض8	ض11
Signification (unilatéral)	ض 1		.000	.000	.000	.000	.000	.001	.001	.000	.004	.001
	ض4	.000		.000	.000	.000	.000	.002	.000	.002	.005	.006
	ض7	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.011	.004	.005	.026
	ض9	.000	.000	.000		.000	.000	.001	.174	.018	.077	.299
	ض2	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.001	.002	.003
	ض5	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.004	.003	.005	.010
	ض10	.001	.002	.000	.001	.000	.000		.021	.217	.014	.049
	ض3	.001	.000	.011	.174	.000	.004	.021		.000	.000	.000
	ض6	.000	.002	.004	.018	.001	.003	.217	.000		.000	.004
	ض8	.004	.005	.005	.077	.002	.005	.014	.000	.000		.000
	ض11	.001	.006	.026	.299	.003	.010	.049	.000	.004	.000	

Déterminant = 0.002

الملحق رقم (7): المقارنات المتعددة لمستويات أبعاد مركز الضبط الصحي لدى فئات مرضى السرطان

Comparaisons multiples							
Scheffé							
Variable dépendante	(I) نوع السرطان	(J) نوع السرطان	Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	Sig.	Intervalle de confiance à 95 %	
						Borne inférieure	Borne supérieure
داخلي	سرطان الغدد الليمفاوي	سرطان الثدي	1.37922	1.04667	.941	-2.3910	5.1494
		سرطان القولون	.17308	1.36325	1.000	-4.7375	5.0837
		سرطان الرئة	.12997	1.13664	1.000	-3.9643	4.2243
		سرطان الرحم	4.07692	1.33571	.165	-.7345	8.8883
		سرطان الحنجرة	1.10490	1.39510	.996	-3.9204	6.1302
		سرطان البروستات	.18974	1.29042	1.000	-4.4585	4.8380
	سرطان الثدي	سرطان الغددا الليمفاوي	-1.37922	1.04667	.941	-5.1494	2.3910
		سرطان القولون	-1.20614	1.08159	.974	-5.1022	2.6899
		سرطان الرئة	-1.24924	.77675	.857	-4.0472	1.5487
		سرطان الرحم	2.69771	1.04667	.361	-1.0725	6.4679
		سرطان الحنجرة	-.27432	1.12147	1.000	-4.3140	3.7654
		سرطان البروستات	-1.18947	.98821	.962	-4.7491	2.3702
		سرطان الغدد الليمفاوي	-.17308	1.36325	1.000	-5.0837	4.7375

	سرطان القولون	سرطان الثدي	1.20614	1.08159	.974	-2.6899	5.1022
		سرطان الرئة	-.04310	1.16888	1.000	-4.2536	4.1673
		سرطان الرحم	3.90385	1.36325	.232	-1.0067	8.8144
		سرطان الحنجرة	.93182	1.42149	.999	-4.1886	6.0522
		سرطان البروستات	.01667	1.31891	1.000	-4.7342	4.7675
	سرطان الرئة	سرطان الغدد الليمفاوي	-.12997	1.13664	1.000	-4.2243	3.9643
		سرطان الثدي	1.24924	.77675	.857	-1.5487	4.0472
		سرطان القولون	.04310	1.16888	1.000	-4.1673	4.2536
		سرطان الرحم	3.94695	1.13664	.068	-.1474	8.0413
		سرطان الحنجرة	.97492	1.20588	.995	-3.3688	5.3186
		سرطان البروستات	.05977	1.08305	1.000	-3.8415	3.9611
	سرطان الرحم	سرطان الغدد الليمفاوي	-4.07692	1.33571	.165	-8.8883	.7345
		سرطان الثدي	-2.69771	1.04667	.361	-6.4679	1.0725
		سرطان القولون	-3.90385	1.36325	.232	-8.8144	1.0067
		سرطان الرئة	-3.94695	1.13664	.068	-8.0413	.1474
		سرطان الحنجرة	-2.97203	1.39510	.605	-7.9973	2.0533
		سرطان البروستات	-3.88718	1.29042	.178	-8.5354	.7611
	سرطان الحنجرة	سرطان الغدد الليمفاوي	-1.10490	1.39510	.996	-6.1302	3.9204
		سرطان الثدي	.27432	1.12147	1.000	-3.7654	4.3140
		سرطان القولون	-.93182	1.42149	.999	-6.0522	4.1886
		سرطان الرئة	-.97492	1.20588	.995	-5.3186	3.3688
		سرطان الرحم	2.97203	1.39510	.605	-2.0533	7.9973
		سرطان البروستات	-.91515	1.35180	.998	-5.7845	3.9542
	سرطان البروستات	سرطان الغدد الليمفاوي	-.18974	1.29042	1.000	-4.8380	4.4585
		سرطان الثدي	1.18947	.98821	.962	-2.3702	4.7491
		سرطان القولون	-.01667	1.31891	1.000	-4.7675	4.7342
		سرطان الرئة	-.05977	1.08305	1.000	-3.9611	3.8415
		سرطان الرحم	3.88718	1.29042	.178	-.7611	8.5354
		سرطان الحنجرة	.91515	1.35180	.998	-3.9542	5.7845
الحظ	سرطان الغدد الليمفاوي	سرطان الثدي	-2.03104	1.05236	.713	-5.8217	1.7597
		سرطان القولون	1.09615	1.37066	.996	-3.8411	6.0334
		سرطان الرئة	.12202	1.14282	1.000	-3.9945	4.2386
		سرطان الرحم	-2.61538	1.34297	.704	-7.4529	2.2221
		سرطان الحنجرة	-1.24476	1.40269	.992	-6.2974	3.8079
		سرطان البروستات	.04615	1.29743	1.000	-4.6273	4.7197
	سرطان الثدي	سرطان الغدد الليمفاوي	2.03104	1.05236	.713	-1.7597	5.8217
		سرطان القولون	3.12719	1.08748	.227	-.7900	7.0444
		سرطان الرئة	2.15306	.78097	.276	-.6601	4.9662
		سرطان الرحم	-.58435	1.05236	.999	-4.3751	3.2064
		سرطان الحنجرة	.78628	1.12757	.998	-3.2754	4.8479
		سرطان البروستات	2.07719	.99359	.627	-1.5018	5.6562
	سرطان القولون	سرطان الغدد الليمفاوي	-1.09615	1.37066	.996	-6.0334	3.8411
		سرطان الثدي	-3.12719	1.08748	.227	-7.0444	.7900
		سرطان الرئة	-.97414	1.17524	.995	-5.2075	3.2592
		سرطان الرحم	-3.71154	1.37066	.298	-8.6488	1.2257
		سرطان الحنجرة	-2.34091	1.42922	.846	-7.4891	2.8073
		سرطان البروستات	-1.05000	1.32608	.996	-5.8267	3.7267
	سرطان الرئة	سرطان الغدد الليمفاوي	-.12202	1.14282	1.000	-4.2386	3.9945

		سرطان الثدي	-2.15306	.78097	.276	-4.9662	.6601
		سرطان القولون	.97414	1.17524	.995	-3.2592	5.2075
		سرطان الرحم	-2.73740	1.14282	.457	-6.8540	1.3792
		سرطان الحنجرة	-1.36677	1.21243	.973	-5.7341	3.0006
		سرطان البروستات	-.07586	1.08894	1.000	-3.9984	3.8466
	سرطان الرحم	سرطان الغدد الليمفاوي	2.61538	1.34297	.704	-2.2221	7.4529
		سرطان الثدي	.58435	1.05236	.999	-3.2064	4.3751
		سرطان القولون	3.71154	1.37066	.298	-1.2257	8.6488
		سرطان الرئة	2.73740	1.14282	.457	-1.3792	6.8540
		سرطان الحنجرة	1.37063	1.40269	.987	-3.6820	6.4233
		سرطان البروستات	2.66154	1.29743	.649	-2.0120	7.3350
	سرطان الحنجرة	سرطان الغدد الليمفاوي	1.24476	1.40269	.992	-3.8079	6.2974
		سرطان الثدي	-.78628	1.12757	.998	-4.8479	3.2754
		سرطان القولون	2.34091	1.42922	.846	-2.8073	7.4891
		سرطان الرئة	1.36677	1.21243	.973	-3.0006	5.7341
		سرطان الرحم	-1.37063	1.40269	.987	-6.4233	3.6820
		سرطان البروستات	1.29091	1.35915	.989	-3.6049	6.1867
	سرطان البروستات	سرطان الغدد الليمفاوي	-.04615	1.29743	1.000	-4.7197	4.6273
		سرطان الثدي	-2.07719	.99359	.627	-5.6562	1.5018
		سرطان القولون	1.05000	1.32608	.996	-3.7267	5.8267
		سرطان الرئة	.07586	1.08894	1.000	-3.8466	3.9984
		سرطان الرحم	-2.66154	1.29743	.649	-7.3350	2.0120
		سرطان الحنجرة	-1.29091	1.35915	.989	-6.1867	3.6049
النفوذ	سرطان الغدد الليمفاوي	سرطان الثدي	-.31039	.91787	1.000	-3.6167	2.9959
		سرطان القولون	.96154	1.19550	.995	-3.3448	5.2679
		سرطان الرئة	.39257	.99678	1.000	-3.1979	3.9831
		سرطان الرحم	2.38462	1.17135	.657	-1.8347	6.6040
		سرطان الحنجرة	1.09790	1.22343	.992	-3.3091	5.5049
		سرطان البروستات	-1.00513	1.13163	.992	-5.0814	3.0711
	سرطان الثدي	سرطان الغدد الليمفاوي	.31039	.91787	1.000	-2.9959	3.6167
		سرطان القولون	1.27193	.94851	.936	-2.1447	4.6886
		سرطان الرئة	.70296	.68117	.983	-1.7507	3.1566
		سرطان الرحم	2.69501	.91787	.205	-.6113	6.0013
		سرطان الحنجرة	1.40829	.98348	.914	-2.1343	4.9509
		سرطان البروستات	-.69474	.86662	.996	-3.8164	2.4269
	سرطان القولون	سرطان الغدد الليمفاوي	-.96154	1.19550	.995	-5.2679	3.3448
		سرطان الثدي	-1.27193	.94851	.936	-4.6886	2.1447
		سرطان الرئة	-.56897	1.02505	.999	-4.2613	3.1234
		سرطان الرحم	1.42308	1.19550	.964	-2.8833	5.7294
		سرطان الحنجرة	.13636	1.24658	1.000	-4.3540	4.6267
		سرطان البروستات	-1.96667	1.15662	.821	-6.1329	2.1996
	سرطان الرئة	سرطان الغدد الليمفاوي	-.39257	.99678	1.000	-3.9831	3.1979
		سرطان الثدي	-.70296	.68117	.983	-3.1566	1.7507
		سرطان القولون	.56897	1.02505	.999	-3.1234	4.2613
		سرطان الرحم	1.99204	.99678	.678	-1.5985	5.5825
		سرطان الحنجرة	.70533	1.05749	.998	-3.1039	4.5145
		سرطان البروستات	-1.39770	.94978	.902	-4.8189	2.0235
	سرطان الرحم	سرطان الغدد الليمفاوي	-2.38462	1.17135	.657	-6.6040	1.8347

		سرطان الثدي	-2.69501	.91787	.205	-6.0013	.6113
		سرطان القولون	-1.42308	1.19550	.964	-5.7294	2.8833
		سرطان الرئة	-1.99204	.99678	.678	-5.5825	1.5985
		سرطان الحنجرة	-1.28671	1.22343	.981	-5.6937	3.1202
		سرطان البروستات	-3.38974	1.13163	.184	-7.4660	.6865
	سرطان الحنجرة	سرطان الغدد الليمفاوي	-1.09790	1.22343	.992	-5.5049	3.3091
		سرطان الثدي	-1.40829	.98348	.914	-4.9509	2.1343
		سرطان القولون	-.13636	1.24658	1.000	-4.6267	4.3540
		سرطان الرئة	-.70533	1.05749	.998	-4.5145	3.1039
		سرطان الرحم	1.28671	1.22343	.981	-3.1202	5.6937
		سرطان البروستات	-2.10303	1.18546	.789	-6.3732	2.1671
	سرطان البروستات	سرطان الغدد الليمفاوي	1.00513	1.13163	.992	-3.0711	5.0814
		سرطان الثدي	.69474	.86662	.996	-2.4269	3.8164
		سرطان القولون	1.96667	1.15662	.821	-2.1996	6.1329
		سرطان الرئة	1.39770	.94978	.902	-2.0235	4.8189
		سرطان الرحم	3.38974	1.13163	.184	-.6865	7.4660
		سرطان الحنجرة	2.10303	1.18546	.789	-2.1671	6.3732

الملحق رقم (8): المقارنات المتعددة لمستويات الدرجة الكلية للصلابة النفسية لدى فئات مرضى السرطان

Comparaisons multiples :						
Variable dépendante: الصلابة						
Scheffé						
نوع السرطان (I)	**نوع السرطان (J)**	**Différence moyenne (I-J)**	**Erreur standard**	**Sig.**	**Intervalle de confiance à 95 %**	
					Borne inférieure	**Borne supérieure**
سرطان الغدد الليمفاوي	سرطان الثدي	3.88394	2.61552	.899	-5.5375	13.3053
	سرطان القولون	-1.67308	3.40663	1.000	-13.9442	10.5980
	سرطان الرئة	.42175	2.84035	1.000	-9.8095	10.6530
	سرطان الرحم	9.61538	3.33780	.225	-2.4078	21.6385
	سرطان الحنجرة	-.37762	3.48622	1.000	-12.9354	12.1802
	سرطان البروستات	-.65641	3.22462	1.000	-12.2719	10.9591
سرطان الثدي	سرطان الغدد الليمفاوي	-3.88394	2.61552	.899	-13.3053	5.5375
	سرطان القولون	-5.55702	2.70280	.646	-15.2928	4.1788
	سرطان الرئة	-3.46219	1.94102	.785	-10.4540	3.5296
	سرطان الرحم	5.73144	2.61552	.571	-3.6899	15.1528
	سرطان الحنجرة	-4.26156	2.80245	.887	-14.3563	5.8332
	سرطان البروستات	-4.54035	2.46945	.759	-13.4356	4.3549
سرطان القولون	سرطان الغددالليمفاوي	1.67308	3.40663	1.000	-10.5980	13.9442
	سرطان الثدي	5.55702	2.70280	.646	-4.1788	15.2928

	سرطان الرئة	2.09483	2.92092	.998	-8.4267	12.6163
	سرطان الرحم	11.28846	3.40663	.097	-.9826	23.5595
	سرطان الحنجرة	1.29545	3.55217	1.000	-11.4999	14.0908
	سرطان البروستات	1.01667	3.29582	1.000	-10.8553	12.8886
سرطان الرئة	سرطان الغدد الليمفاوي	-.42175	2.84035	1.000	-10.6530	9.8095
	سرطان الثدي	3.46219	1.94102	.785	-3.5296	10.4540
	سرطان القولون	-2.09483	2.92092	.998	-12.6163	8.4267
	سرطان الرحم	9.19363	2.84035	.114	-1.0376	19.4249
	سرطان الحنجرة	-.79937	3.01337	1.000	-11.6539	10.0551
	سرطان البروستات	-1.07816	2.70644	1.000	-10.8271	8.6708
سرطان الرحم	سرطان الغدد الليمفاوي	-9.61538	3.33780	.225	-21.6385	2.4078
	سرطان الثدي	-5.73144	2.61552	.571	-15.1528	3.6899
	سرطان القولون	-11.28846	3.40663	.097	-23.5595	.9826
	سرطان الرئة	-9.19363	2.84035	.114	-19.4249	1.0376
	سرطان الحنجرة	-9.99301	3.48622	.231	-22.5508	2.5648
	سرطان البروستات	-10.27179	3.22462	.127	-21.8873	1.3437
سرطان الحنجرة	سرطان الغدد الليمفاوي	.37762	3.48622	1.000	-12.1802	12.9354
	سرطان الثدي	4.26156	2.80245	.887	-5.8332	14.3563
	سرطان القولون	-1.29545	3.55217	1.000	-14.0908	11.4999
	سرطان الرئة	.79937	3.01337	1.000	-10.0551	11.6539
	سرطان الرحم	9.99301	3.48622	.231	-2.5648	22.5508
	سرطان البروستات	-.27879	3.37802	1.000	-12.4468	11.8892
سرطان البروستات	سرطان الغدد الليمفاوي	.65641	3.22462	1.000	-10.9591	12.2719
	سرطان الثدي	4.54035	2.46945	.759	-4.3549	13.4356
	سرطان القولون	-1.01667	3.29582	1.000	-12.8886	10.8553
	سرطان الرئة	1.07816	2.70644	1.000	-8.6708	10.8271
	سرطان الرحم	10.27179	3.22462	.127	-1.3437	21.8873
	سرطان الحنجرة	.27879	3.37802	1.000	-11.8892	12.4468

الملحق رقم (9): المقارنات المتعددة لمستويات بعدي استراتيجيات التكيف الخاصة لدى فئات مرضى السرطان

Comparaisons multiples :							
Scheffé							
Variable dépendante	(I) نوع السرطان	(J) نوع السرطان	Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	Sig.	Intervalle de confiance à 95 %	
						Borne inférieure	Borne supérieure
الاستراتيجيات الايجابية	سرطان الغدد الليمفاوي	سرطان الثدي	.71120	1.06288	.998	-3.1174	4.5398
		سرطان القولون	-.85897	1.38437	.999	-5.8456	4.1277
		سرطانا لرئة	.23873	1.15425	1.000	-3.9190	4.3965
		سرطان الرحم	1.00000	1.35640	.997	-3.8859	5.8859
		سرطان الحنجرة	.30769	1.41672	1.000	-4.7955	5.4109
		سرطان البروستات	.64103	1.31041	1.000	-4.0792	5.3613
	سرطان الثدي	سرطان الغدد الليمفاوي	-.71120	1.06288	.998	-4.5398	3.1174
		سرطان القولون	-1.57018	1.09835	.914	-5.5266	2.3862
		سرطان الرئة	-.47247	.78878	.999	-3.3138	2.3688
		سرطان الرحم	.28880	1.06288	1.000	-3.5398	4.1174
		سرطان الحنجرة	-.40351	1.13885	1.000	-4.5058	3.6988
		سرطان البروستات	-.07018	1.00353	1.000	-3.6850	3.5446
	سرطان القولون	سرطان الغدد الليمفاوي	.85897	1.38437	.999	-4.1277	5.8456
		سرطان الثدي	1.57018	1.09835	.914	-2.3862	5.5266
		سرطان الرئة	1.09770	1.18699	.990	-3.1780	5.3734
		سرطان الرحم	1.85897	1.38437	.936	-3.1277	6.8456
		سرطان الحنجرة	1.16667	1.44352	.995	-4.0331	6.3664
		سرطان البروستات	1.50000	1.33934	.973	-3.3245	6.3245
	سرطان الرئة	سرطان الغدد الليمفاوي	-.23873	1.15425	1.000	-4.3965	3.9190
		سرطان الثدي	.47247	.78878	.999	-2.3688	3.3138
		سرطان القولون	-1.09770	1.18699	.990	-5.3734	3.1780
		سرطان الرحم	.76127	1.15425	.998	-3.3965	4.9190
		سرطان الحنجرة	.06897	1.22456	1.000	-4.3420	4.4800
		سرطان البروستات	.40230	1.09983	1.000	-3.5594	4.3640
	سرطان الرحم	سرطان الغدد الليمفاوي	-1.00000	1.35640	.997	-5.8859	3.8859
		سرطان الثدي	-.28880	1.06288	1.000	-4.1174	3.5398
		سرطان القولون	-1.85897	1.38437	.936	-6.8456	3.1277
		سرطان الرئة	-.76127	1.15425	.998	-4.9190	3.3965
		سرطان الحنجرة	-.69231	1.41672	1.000	-5.7955	4.4109
		سرطان البروستات	-.35897	1.31041	1.000	-5.0792	4.3613
	سرطان الحنجرة	سرطان الغدد الليمفاوي	-.30769	1.41672	1.000	-5.4109	4.7955
		سرطان الثدي	.40351	1.13885	1.000	-3.6988	4.5058
		سرطان القولون	-1.16667	1.44352	.995	-6.3664	4.0331
		سرطان الرئة	-.06897	1.22456	1.000	-4.4800	4.3420
		سرطان الرحم	.69231	1.41672	1.000	-4.4109	5.7955

		سرطان البروستات	.33333	1.37275	1.000	-4.6115	5.2781
	سرطان البروستات	سرطان الغدد الليمفاوي	-.64103	1.31041	1.000	-5.3613	4.0792
		سرطان الثدي	.07018	1.00353	1.000	-3.5446	3.6850
		سرطان القولون	-1.50000	1.33934	.973	-6.3245	3.3245
		سرطان الرئة	-.40230	1.09983	1.000	-4.3640	3.5594
		سرطان الرحم	.35897	1.31041	1.000	-4.3613	5.0792
		سرطان الحنجرة	-.33333	1.37275	1.000	-5.2781	4.6115
الاستراتيجيات السلبية	سرطان الغدد الليمفاوي	سرطان الثدي	-1.11336	.59252	.739	-3.2477	1.0210
		سرطان القولون	-.19231	.77174	1.000	-2.9722	2.5876
		سرطان الرئة	.34218	.64345	1.000	-1.9756	2.6600
		سرطان الرحم	-.53846	.75615	.998	-3.2622	2.1853
		سرطان الحنجرة	.76224	.78977	.988	-2.0826	3.6071
		سرطان البروستات	.10769	.73051	1.000	-2.5237	2.7391
	سرطان الثدي	سرطان الغدد الليمفاوي	1.11336	.59252	.739	-1.0210	3.2477
		سرطان القولون	.92105	.61229	.893	-1.2845	3.1266
		سرطان الرئة	1.45554	.43972	.098	-.1284	3.0395
		سرطان الرحم	.57490	.59252	.987	-1.5594	2.7092
		سرطان الحنجرة	1.87560	.63487	.198	-.4113	4.1625
		سرطان البروستات	1.22105	.55943	.576	-.7941	3.2362
	سرطان القولون	سرطان الغدد الليمفاوي	.19231	.77174	1.000	-2.5876	2.9722
		سرطان الثدي	-.92105	.61229	.893	-3.1266	1.2845
		سرطان الرئة	.53448	.66171	.995	-1.8491	2.9180
		سرطان الرحم	-.34615	.77174	1.000	-3.1260	2.4337
		سرطان الحنجرة	.95455	.80471	.965	-1.9441	3.8532
		سرطان البروستات	.30000	.74664	1.000	-2.3895	2.9895
	سرطان الرئة	سرطان الغدد الليمفاوي	-.34218	.64345	1.000	-2.6600	1.9756
		سرطان الثدي	-1.45554	.43972	.098	-3.0395	.1284
		سرطان القولون	-.53448	.66171	.995	-2.9180	1.8491
		سرطان الرحم	-.88064	.64345	.930	-3.1984	1.4372
		سرطان الحنجرة	.42006	.68265	.999	-2.0389	2.8790
		سرطان البروستات	-.23448	.61312	1.000	-2.4430	1.9740
	سرطان الرحم	سرطان الغدد الليمفاوي	.53846	.75615	.998	-2.1853	3.2622
		سرطان الثدي	-.57490	.59252	.987	-2.7092	1.5594
		سرطانا لقولون	.34615	.77174	1.000	-2.4337	3.1260
		سرطان الرئة	.88064	.64345	.930	-1.4372	3.1984
		سرطان الحنجرة	1.30070	.78977	.843	-1.5441	4.1455
		سرطان البروستات	.64615	.73051	.992	-1.9852	3.2775
	سرطان الحنجرة	سرطان الغدد الليمفاوي	-.76224	.78977	.988	-3.6071	2.0826
		سرطان الثدي	-1.87560	.63487	.198	-4.1625	.4113
		سرطان القولون	-.95455	.80471	.965	-3.8532	1.9441
		سرطان الرئة	-.42006	.68265	.999	-2.8790	2.0389
		سرطان الرحم	-1.30070	.78977	.843	-4.1455	1.5441
		سرطان البروستات	-.65455	.76526	.994	-3.4111	2.1020
		سرطان الغدد الليمفاوي	-.10769	.73051	1.000	-2.7391	2.5237

.7941	−3.2362	.576	.55943	−1.22105	سرطان الثدي	سرطان البروستات	
2.3895	−2.9895	1.000	.74664	−.30000	سرطان القولون		
2.4430	−1.9740	1.000	.61312	.23448	سرطان الرئة		
1.9852	−3.2775	.992	.73051	−.64615	سرطان الرحم		
3.4111	−2.1020	.994	.76526	.65455	سرطان الحنجرة		

الملحق رقم (10): تحليل التباين لـ أنوفا للكشف عن الفروق في مستويات الصلابة النفسية في ضوء الفروق بين فئات مركز الضبط الصحي وبدلالة نوع استراتيجيات التكيف من جهة، وفي ضوء التفاعل بين مركز الضبط الصحي ومتغير استراتيجيات التكيف الخاصة من جهة ثانية

الصلابة النفسية					
	مجموع المربعات من نوع الثالث	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
النموذج المصحح	3890.578[a]	6	648.430	15.399	0.001
التباين	210297.389	1	210297.389	4994.209	0.001
نوع مركز الضبط الصحي	1437.177	2	718.589	17.065	0.001
نوع استراتيجيات التكيف الخاصة	606.783	2	303.392	7.205	0.002
نوع مركز الضبط الصحي* نوع استاراتجيات التكيف الخاصة	30.802	2	15.401	0.366	0.695
الخطأ	3537.093	84	42.108		
المجموع	265597.000	91			

الملحق رقم (11): المقارنات المتعددة واتجاهات التباين بين فئات استراتيجيات التكيف الخاصة ومركز الضبط الصحي في مستوى الصلابة النفسية لـ شيفي

Comparaisons multiples :						
Variable dépendante:الصلابة						
(I)استراتيجيات التكيف * مركز ضبط الصحي	(J)استراتيجيات التكيف* مركزضبط الصحي	Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	Sig.	Intervalle de confiance à 95 %	
					Borne inférieure	Borne supérieure
مركز الضبط الصحي الداخلي الذين يستخدمون استراتيجيات تكيف ايجابية	داخلي* لا يستخدمون كلا استراتيجيتين	8,77778	3,05898	,235	-2,3577	19,9132
	داخلي* استراتيجيات سلبية	7,33333	3,42005	,598	-5,1165	19,7831
	الحظ* استراتيجيات سلبية	16,18182*	2,91663	,000	5,5646	26,7990
	الحظ* لا يستخدمون كلا استراتيجيتين	15,80000*	2,60463	,000	6,3185	25,2815
	النفوذ* استراتيجيات ايجابية	-1,45455	2,91663	1,000	-12,0718	9,1627
	النفوذ* لا يستخدمون كلا استراتيجيتين	4,12000	2,52250	,847	-5,0625	13,3025
مركز الضبط الصحي الداخلي الذين لا يستخدمون كلا الاستراتيجيتين	داخلي* استراتيجيات ايجابية	-8,77778	3,05898	,235	-19,9132	2,3577
	داخلي* استراتيجيات سلبية	-1,44444	3,42005	1,000	-13,8942	11,0053
	الحظ* استراتيجيات سلبية	7,40404	2,91663	,385	-3,2132	18,0213
	الحظ* لا يستخدمون كلا استراتيجيتين	7,02222	2,60463	,309	-2,4593	16,5037
	النفوذ* استراتيجيات ايجابية	-10,23232	2,91663	,068	-20,8495	,3849
	النفوذ* لا يستخدمون كلا الاستراتيجيتين	-4,65778	2,52250	,754	-13,8403	4,5247
مركز الضبط الصحي الداخلي الذين يستخدمون استراتيجيات تكيف سلبية	داخلي* استراتيجيات ايجابية	-7,33333	3,42005	,598	-19,7831	5,1165
	داخلي* لا يستخدمون كلا الاستراتيجيتين	1,44444	3,42005	1,000	-11,0053	13,8942
	الحظ* استراتيجيات سلبية	8,84848	3,29334	,313	-3,1400	20,8370
	الحظ* لا يستخدمون كلا استراتيجيتين	8,46667	3,02051	,262	-2,5287	19,4620
	النفوذ* استراتيجيات ايجابية	-8,78788	3,29334	,321	-20,7764	3,2006
	النفوذ* لا يستخدمون كلا استراتيجيتين	-3,21333	2,94998	,977	-13,9520	7,5253
مركز الضبط الصحي للحظ الذين يستخدمون استراتيجيات سلبية	داخلي* استراتيجيات ايجابية	-16,18182*	2,91663	,000	-26,7990	-5,5646
	داخلي* لا يستخدمون كلا استراتيجيتين	-7,40404	2,91663	,385	-18,0213	3,2132
	داخلي* استراتيجيات سلبية	-8,84848	3,29334	,313	-20,8370	3,1400
	الحظ* لا يستخدمون كلا استراتيجيتين	-,38182	2,43586	1,000	-9,2489	8,4853
	النفوذ* استراتيجيات ايجابية	-17,63636*	2,76696	,000	-27,7087	-7,5640
	النفوذ* لا يستخدمون كلا استراتيجيتين	-12,06182*	2,34784	,001	-20,6085	-3,5151
	داخلي* استراتيجيات ايجابية	-15,80000*	2,60463	,000	-25,2815	-6,3185

مركز الضبط الصحي للحظ لا يستخدمون كلا الاستراتيجيتين	داخلي* لا يستخدمون كلا استراتيجيتين	−7,02222	2,60463	,309	−16,5037	2,4593
	داخلي* استراتيجيات سلبية	−8,46667	3,02051	,262	−19,4620	2,5287
	الحظ* استراتيجيات سلبية	,38182	2,43586	1,000	−8,4853	9,2489
	النفوذ* استراتيجيات ايجابية	−17,25455*	2,43586	,000	−26,1217	−8,3874
	النفوذ* لا يستخدمون كلا استراتيجيتين	−11,68000*	1,94673	,000	−18,7665	−4,5935
مركز الضبط الصحي لذوي النفوذ الذين يستخدمون استراتيجيات ايجابية	داخلي* استراتيجيات ايجابية	1,45455	2,91663	1,000	−9,1627	12,0718
	داخلي* لا يستخدمون كلا استراتيجيتين	10,23232	2,91663	,068	−,3849	20,8495
	داخلي* استراتيجيات سلبية	8,78788	3,29334	,321	−3,2006	20,7764
	الحظ استراتيجيات سلبية	17,63636*	2,76696	,000	7,5640	27,7087
	الحظ لا يستخدمون كلا استراتيجيتين	17,25455*	2,43586	,000	8,3874	26,1217
	النفوذ لا يستخدمون كلا استراتيجيتين	5,57455	2,34784	,471	−2,9721	14,1212
مركز الضبط الصحي لذوي النفوذ الذين لا يستخدمون كلا الاستراتيجيتين	داخلي* استراتيجيات ايجابية	−4,12000	2,52250	,847	−13,3025	5,0625
	داخلي* لا يستخدمون كلا استراتيجيتين	4,65778	2,52250	,754	−4,5247	13,8403
	داخلي* استراتيجيات سلبية	3,21333	2,94998	,977	−7,5253	13,9520
	الحظ* استراتيجيات سلبية	12,06182*	2,34784	,001	3,5151	20,6085
	الحظ* لا يستخدمون كلا استراتيجيتين	11,68000*	1,94673	,000	4,5935	18,7665
	النفوذ* استراتيجيات ايجابية	−5,57455	2,34784	,471	−14,1212	2,9721

«مركز الضبط الصحي وعلاقته بالصلابة النفسية في ضوء استراتيجيات التكيف الخاصة لدى مرضى السرطان»

-دراسة مقارنة بين أنواع السرطانات-

الملخص:

استهدفت هذه الدراسة الكشف عن العلاقة بين مركز الضبط الصحي والصلابة النفسية في ضوء استراتيجيات التكيف الخاصة وبعض المتغيرات الفردية. تمت الدراسة على عينة قوامها 150 من مرضى السرطان بمستشفى يوسف دمرجي وجمعية الفجر لمكافحة السرطان بولاية تيارت، وتم الاعتماد في قياس متغيرات البحث الأساسية على: مقياس مركز الضبط الصحي، مقياس الصلابة النفسية ومقياس استراتيجيات التكيف الخاصة، كشفت الدراسة عن تمتع وسائل القياس بمستويات عالية من الصدق والثبات. وأسفرت الدراسة على النتائج التالية:

1) توزع العينة على أبعاد مركز الضبط الصحي بشكل غير متساو، مع وجود ميل واضح لصالح فئتي مركزي الضبط الصحي لذوي النفوذ ومركز الضبط الداخلي على التوالي.
2) تمتع العينة الكلية بشكل عام بمستوى متوسط من الصلابة النفسية.
3) أن المرضى من فئتي: مركز ضبط الصحي لذوي النفوذ ومركز الضبط الصحي الداخلي أكثر ميلا لاستخدام استراتيجيات التكيف الخاصة الإيجابية وأكثر صلابة نفسية بالمقارنة مع المرضى ذوي مركز ضبط الصحي للحظ، الذين يميلون أكثر لاستخدام استراتيجيات التكيف الخاصة السلبية.

كلمات المفتاحية : مركز الضبط الصحي؛ الصلابة النفسية؛ استراتيجيات التكيف الخاصة.

«The health locus of control and its relationship with psychological hardiness in light of specific coping strategies in cancer patients»

−A comparative study between categories of cancer patients−

Abstract :

This study aimed to reveal the nature of the relationship between the health locus of control and psychological hardiness in light of specific coping strategies and some individual variables. The study was conducted on a sample of 150 cancer patients at the YOUSSEF DAMERJI Hospital and the AL-FAJR Association whose main mission is to help cancer patients in TIARET. The principal variables of this research have been measured by three questionnaires: HLCQ, PHQ, SCSQ, and Their high levels of fidelity and reliability have been proven. The study revealed the following results:

1) The sample is unevenly distributed between the control centre categories, with a clear trend in favour of the two control centre categories: those in the influenced control centre and those in the internal control centre.
2) The majority of cancer patients have, in general, an average level of psychological hardiness.
3) Patients in both the influenced locus of control and the internal locus of control are more likely to use positive and more psychologically hardiness strategies compared to patients in the chance locus of control, who tend to use negative coping strategies.

***Keywords*:** Health locus of control; Psychological hardiness; Specific coping strategies.

«Le centre de contrôle de la santé et sa relation avec l'endurance à la lumière de stratégies de coping spécifiques chez les patients atteints de cancer»

-Une étude comparative entre les déférents types des cancéreux-

Résumé :

Cette étude visait à révéler la nature de la relation entre le centre de contrôle de la santé et l'endurance à la lumière de stratégies de coping spécifiques et de certaines variables individuelles. L'étude a été menée sur un échantillon de 150 patients atteints de cancer à l'hôpital YOUSSEF DAMERJI et à l'Association AL-FAJR dont la mission principale est d'aider les patients atteints de cancer à TIARET. Les principales variables de cette recherche ont été mesurées en utilisant trois questionnaires : HLCQ, PHQ, SCSQ, et leurs niveaux élevés de fidélité et de fiabilité a été prouvés. L'étude a révélé les résultats suivants :

1) L'échantillon est inégalement réparti entre les catégories de centre de contrôle, avec une nette tendance en faveur des deux catégories de centre de contrôle : ceux du centre de contrôle influencé et ceux du centre de contrôle interne.
2) La majorité des patients atteints de cancer ont, en général, un niveau moyen de l'endurance.
3) Les patients des deux catégories : le centre de contrôle influencé et le centre de contrôle interne sont plus susceptibles d'utiliser des stratégies positives et plus endurants par rapport aux patients du centre de contrôle centré sur la chance, qui ont tendance à utiliser des stratégies d'adaptation négatives.

Mots clés : Centre de contrôle de la santé ; l'Endurance ; Stratégies d'adaptation spécifiques.