مؤتة للبحوث والدراسات، سلسلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد السابع والثلاثون، العدد الخامس، 2022.
http: 10.35682/0062-037-005-002

القدرةُ التنبؤيَّةُ لأبعادِ السُّلوك الصّحي في الوُجودِ النَّفسيّ المُمتلئ لدى عيّنةٍ من النَّاجيات من سرطانِ الثَّدي في المملكةِ الأردنيةِ الهاشميَّةِ

أنس صالح الضلاعين *

ملخص

هدفت الدراسة الحالية إلى التحقق من القدرة التنبؤية لأبعاد السلوك الصحي في الوجود النفسي الممتلئ لدى عينة من الناجيات من سرطان الثدي في المملكة الأردنية الهاشمية، ولتحقيق أهداف الدارسة تم تطبيق الدراسة على عينة مكونة من (63) ناجيةً من سرطان الثدي، وتم تطوير مقياسين هما مقياس السلوك الصحي ومقياس الوجود النفسي الممتلئ، وتم التحقق من خصائصهما السيكومترية، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أنّ مستوى السلوك الصحي والوجود النفسي الممتلئ لدى الناجيات من سرطان الثدي كان متوسطًا، وأنّ أبعاد السلوك الصحي يفسر ما مقداره (62%) من الوجود النفسي الممتلئ لدى الناجيات، وأن الناجيات لا تختلف في الوجود النفسي الممتلئ تبعاً للحالة الاجتماعية، وكانت الناجيات المتزوجات أفضل في السلوك الصحي من غير المتزوجات، وخرجت الدراسة ببعض التوصيات، منها: مراعاة الحالة النفسية لدى الناجيات من سرطان الثدي.

الكلمات الدالة: القدرة التنبؤية، السلوك الصحي، الوجود النفسي الممتلئ، الناجيات من سرطان الثدي، الأردن.

* **قسم الإرشاد والتربية الخاصة، كلية العلوم التربوية، جامعة مؤتة.**

تاريخ تقديم البحث: 2019/7/28. تاريخ قبول البحث: 2020/1/25.

© جميع حقوق النشر محفوظة لجامعة مؤتة، الكرك، المملكة الأردنية الهاشمية، 2022.

The Predictive Ability of Health Behavior Dimensions in a Filled Psychiatric Presence Among a Sample of Breast Cancer Survivors in the Hashemit Kingdom of Jordan

Anas Saleh Aldalaeen*

anassdalaein@mutah.edu.jo

Abstract

This study aimed at identifying the extent of what the dimensions of health behavior account for regarding a filled psychiatric presence among a sample of breast cancer survivors in the Hashemit Kingdom of Jordan. In order to achieve the study objectives, the study was applied to a sample that consisted of (63) breast cancer survivors. Also, two scales were developed: The scale of healthy behavior and the scale of full psychological presence; their psychometric properties were verified. The study results showed that the level of healthy behavior and the full psychological presence among the female survivors of breast cancer was medium and that the dimensions of healthy behavior account for (62%) of full psychological presence among female survivors. The results showed that female survivors do not differe in the full psychological presence according to the martial status, while the married female survivors were better in healthy behavior than the unmarried ones. In the light of these results, the study recommended the necessity of paying more attention to the psychological state of the survivor women.

Key words: The predictive ability, healthy behavior, full psychological presence, breast cancer female survivors,, Jordan.

* Department of Guidance and Special Education, Faculty of Education, Mutah University.
Received: 28/7 /2019. Accepted: 25/1/2020.
© **All copyrights reserved for Mutah University, Karak, Hashemite Kingdom of Jordan, 2022.**

المُقدّمة والخلفيةُ النَّظريَّةُ:

تُعدُّ الحياةُ الطيّبةُ للإنسانِ حالةً يسعى لها باستمرار، ويتعرَّضُ بعضهم إلى أمراضٍ تؤثّر في حياتهم سواء الجسمية أم النفسية، وممَّا لا شك فيه أنّ وجودَ التصميم والسلوك الصحي لدى الفرد، والوجود النفسي الأفضل في حياته قد يسهمان في حسن تعامله مع المرض الذي تعرَّض له.

والسرطان (Cancer) مؤشّـــر على ظهور مجموعةٍ كبيرةٍ من الأمراضِ الَّتي تتميَّزُ بالنموّ الفوضويّ، وغير المنضـــبط للخلايـــا (Schwartz, 1988). حيث من خلالـــه تهاجـــم الأنســـجة المجاورة، وتنتشـــر عبر مجرى الـــدم، والجهاز الليمفـــي إلى أجـــزاء أخـــرى من الجـــسم (The Saudi association for combating cancer, 2013).

وتُشير إحصائيات الجمعية الأمريكية للسرطان إلى أنّ مرض السرطان يُصنَّف في المركز الثاني للوفاة بعد أمراض القلب والأوعية الدَّموية في البلدان ذات الدَّخل المُرتفعِ، ويعَدُّ السبب الثالث للوفاة في ذات الدخل المنخفض بعد أمراض القلب والأوعية الدموية والأمراض المعدية والطفيلية، وتؤكد الجمعية الأمريكية للسرطان أنّه وفق تقديرات الوكالة الدولية لبحوث السرطان (IRAC) في عام (2012) على وجود (14.1) مليون حالة سرطان جديدة، وأنّ حالات الوفاة في عام (2012) هي (22,000) حالة وفاة سرطان في اليوم (American Cancer Society, 2015).

إنّ الأمراض المزمنة يعزى إليها (59%)، من إجمالي حالات الوفيات في العالم، البالغ عددها(57) مليون حالة وفاة سنويا، كما أنّ هذه الأمراض تمثل (45.9%)، من الأمراض الأكثر تكلفةً وضرراً (Shoukri, 2004).

وهناك العديد من أسباب الإصابة بمرض السرطان، منها: عوامل الخطر الموروثة، وتشير إلى مجموعة من العوامل المرتبطة بالتَّركيب الجيني للفرد، أو العوامل الجسمية التي لا يمكن تعديلها أو تغييرها من خلال تغيير أسلوب حياة الفرد، وتتضمن عوامل مثل: الاستعداد الجيني والتاريخ الأسري للفرد، حيث إنّ الأفراد الذين ينتمون إلى أسَرٍ ذات تاريخ مع مرض السرطان يكونون أكثر عرضةً للإصابة بهذا المرض (العرج، 2017).

وللعوامل الفسيولوجية دور في الإصابة بمرض السرطان: كضعف جهاز المناعة، ومن الجدير بالذكر أنّ العوامل التي تؤثر في فعالية جهاز المناعة هي: العمر، والغذاء، ودرجة حرارة الجسم، والحالات النفسية مثل: الاكتئاب والضغط النفسي وأثرهما على تثبيط عمل جهاز المناعة؛ ممَّا يقلّل

من الدفعات المناعية، ويزيد خطر الإصابة بمرض السرطان، وكذلك فإنّ من أسباب الإصابة بمرض السرطان: عوامل الخطر السلوكية والبيئية مثل: التدخين، والأشعة فوق البنفسجية، وعوامل الخطر النفسية مثل: الاكتئاب وهو من أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً، ويحتلّ المرتبة الثانية بين الاضطرابات النفسية، والضغط النفسي الذي يتضح تأثيره على الإصابة بمرض السرطان من خلال إنتاج مادة الستيرويدز (العرج، 2017).

وهناك بعض الأعراض النفسية التي تظهر على المريض، وتتمثل في المزاج المكتئب وزيادة درجة القلق، والقلق هو حالة انفعالية تتضمن المشاعر الذاتية بالتوتر، والتهيج، والعصبية والانشغال الزائد مع الارتفاع في مستوى نشاط الجهاز العصبي، كما يُعرَّف القلق بأنه شعور بالخشية، مِن أنّ هناك مصيبة وشيكة الوقوع وتحديداً غير معلومة المصدر مع شعور بالتوتر والشدة، وخوف لا مُسوّغ له من الناحية الموضوعية، وغالباً ما يرتبطُ هذا الخوف بالمستقبل والمجهول، كما يتضمن القلق استجابة مفرطة مبالغاً فيها لمواقف لا تمثّل خطراً حقيقياً، وقد لا تخرج في الواقع عن إطار الحياة العادية (Al-Asmari, 2010) .

وقد أشار علماء النفس إلى أنّ الوجود النفسي الممتلئ مرادفٌ للسعادة، وتم ترجمته بأنه طيب العيش والوجود الأفضل، وبعضهم رآه مُرادفاً للصحة النفسية، أو الرفاهية النفسية(عبد الكريم، 2002). ويرى كون (Cowen) أنّ مفهوم الصحة النفسية محصلة للوجود النفسي الأفضل، حيث أكد أهميّة أنْ تبذل الجهود لتحقيق الوجود النفسي الأفضل للإنسان في بدء حياته؛ ليحقّق النجاح والفاعلية في حياته القادمة، ويُعدُّ الوجود النفسي الممتلئ مَطلباً رئيساً للتعامل مع الحياة (Martinez, 2003).

وقد عَرَّف رايف (Ryff, 1989) الوجود النفسي الأفضل أنَّه بناءٌ نظريٌّ يتكون من ستة أبعاد هي: تقبُّل الذات، والعلاقات الموجبة مع الآخرين، والذاتية: أي القدرة على اتّخاذ القرارات الشخصية، والتمكُّن من الظروف أي التمكُّن من تنظيم الظروف المحيطة بالفرد، والأهداف في الحياة التي تتمثل في الشعور بمعنى الحياة في الحاضر والماضي، والنمو الشخصي المتمثل في النموّ المستمر للشخصية.

كما أنّ للوجود النفســـي الممتلئ خمسة معانٍ هي: الحالة الخارجية كالدخل، والجيران والمعيشة، والشعور الذاتي بالوجود الأفضل، ومدى إشـــباع الفرد، وعدم إشـــباعه لحاجاته، والمزاج الســـائد عند الفرد كالتفاؤل والتشـــاؤم، والحالة الانفعالية غاضب أم سعيد، والصحة العامة (Kahan & Juster, 2002).

ويعني الوجود النفسي الممتلئ التمتُّع بالصحة الجيدة، وحسن الحال والغنى والمودة والرفاهية، واليسر والصّدق والعدل والحق والخير والمرغوبية والتقبل، وجميعها عناصر للصحة النفسية، بمعنى أنّ الوجود النفسي الممتلئ من خلاله يتمتع الفرد بالصحة النفسية والبدنية والمكانة الاجتماعية والكفاية الإنتاجية، فهو حالة عامة تشمل الفرد ككلّ (أحمد، 2004).

ومن هنا فإنَّ الوجود النفسي الممتلئ يتكوَّن من السَّعادة والرّضا عن الحياة، والوجود الموضوعي الأفضل للفرد، وهو أكثر من مجرد حياة ذات قيمة وصحة نفسية جيدة، إنه واحدٌ مِن نتائج أساليب المواءمة، وبناء نموذج وظيفي موسع لمواجهة الانفعالات السلبية، ويتضمن اتجاه الناس نحو الحياة وتوقعها ومستوى المعيشة والصحة العامة، وإشباع الحاجات الأساسية وطول العمر وطبيعة التوظف والتقاعد، وإمكانية التعـــلم، والخدمات التي تقدم في ســـنوات التقاعد، وتنشيط القدرات ليكون التقدُّم في العمر مفيداً؛ ممَّا يدلُّ على أنّ الوجود النفســـي الممتلئ يُعدُّ إضافة للحياة (أحمد، 2004).

يهتمُّ علم الصحةِ بتنمية الصحة والحفاظ عليها، والوقاية ومعالجة الأمراض، وتحديد أنماط السلوك الخطرة، وتحديد أسباب اضطرابات الصحة وتشخيصها، وإعادة التأهيل، وتحسين نظام الإمداد الصحي (أحمد والتفاح والجنابي، 2008).

وتعَدُّ دراسة السلوك الصحي لدى المريض المزمن نقطة التقاء بين علم النفس الصّحي، وعلم النفس الطّبي، وعلم النفس الاجتماعي انطلاقاً من النموذج الصحي الوقائي في فهم الصحة والمرض، بدلاً من النموذج الطبي المرضي الكلاسيكي الذي أثبت قصوره (Colleen, 2003). ويرى (Parkerson,1993) أنَّ هذا السلوك يشمل أفعال الأفراد والجماعات والمنظمات، وكذا المحدّدات والنتائج المترتبة عن التغيّر الاجتماعي والسياسات الصحية الرامية إلى ترقية أنماط التكيف، وتطوير نوعية الحياة.

كما تُعَدُّ دراسة أنماط السلوك الصحي لدى المرضى المزمنين نقطةً مُهمةً في علم النفس الصحي، حيث قامت دول كثيرة بتبنّي مشاريع تستهدف تغيير السلوك الصحي، مثل: مشروع الجمهور الصحي الأمريكي، الذي يركز على التدخُّل من أجل بناء سلوك ينمّي الصحة، ويحافظ على الموارد التي يمتلكها الفرد التي تسمح له بالتغلب على الأمراض والضغوط النفسية والشدائد (Kareema, 2017).

حيث إنّ النَّمط المعيشيَّ يؤثّرُ مباشرةً على صحةِ الفردِ والمجتمعِ، ولهُ ارتباط وثيق بالعديد من المشكلات الصحية، التي ارتفع معدل حدوثها وانتشارها ارتفاعاً ملحوظاً في مختلف دول العالم، ويُعدُّ البحث عن الوجود الأفضل للإنسان هدفاً لكلّ فرد، فكلّ إنسان يفكّر دائماً، كيف يمكن أن يصل إلى مستويات أفضل من الرّضا عن الحياة والسعادة؟ وبالتالي فإنّ إجراء البحوث على هؤلاء الاشخاص خاصة أنَّهم في حالة جسديةٍ مُتعبةٍ، يمكن أن يكشف بعض الجوانب المؤثرة في شخصيتهم، ويوجه للتعامل معهم لاحقاً بطريقة أفضل.

ويختلف السّلوك الصّحي عن سلوك المرض حيث يشير هذا الأخير إلى الكيفية التي يتعرَّف بها المريض على الأعراض التي تظهر عليه، وعلى مراقبة جسمه وطلب المساعدة، وهو جزء من السلوك الصحي العام، وتُعرّف (Taylor, 2004) ، السّلوك الصحي، على أنّه السلوك الذي يقوم به الأفراد للحفاظ على صحتهم وتنميتها، وأمّا السلوك الصحي فيؤثر على حياة الإنسان من الناحية الفسيولوجية وعلى شخصية الفرد.

وتتأثر الأمراض المزمنة بممارسة بعض أنماط السلوك الصحي، وعدم ممارسة بعضها الآخر، فعلى سبيل المثال، يمكن تجنُّب حدوث (25%) من حالات الوفيات الناتجة عن أمراض السرطان، وحوالي (350000) من حالات الوفيات التي تسببها الأزمات القلبية سنوياً، عن طريق القضاء على عامل خطر واحد فقط وهو سلوك التدخين، كما أنّ خفض (10%) من وزن الذكور في العمر من(35) عامًا إلى(55) عاماً عن طريق تعديل النظام الغذائي، وممارسة التمرينات الرياضية يقلّل (20 %) من نسب إصابتهم بأمراض تصلب الشرايين (Taylor & Aspinwall, 1990).

ويميّز الصبوة والمحمود(2007) بين نمطين من أنماطِ السُلوك الصحي أولهما: السّلوكيات التي تسبّب ضرراً بالصّحة، وتسمَّى بأبعاد السّلوك الصّحي السلبي التي تمثل أيّ فعل أو نشاط يقوم به الفرد أو الجماعة بشكل واعٍ ومخطَّطٍ ومقصودٍ، وبشكل متكرر، سواء أكان الفرد بمفرده مدفوعاً ذاتيا أم بتيسير الجماعة أم بضغط منها، الأمر الذي يترتب عليه زيادة معدلات الاستهداف للمرض،

أو الانحراف أو الأذى البدني والنفسي، والنمط الثاني: هو السلوك الصحي الإيجابي الذي يظهر من خلاله قيام الفرد بنشاطات واعية ومقصودة وتسهم في المحافظة على الفرد، وتخفيض استهدافه للمرض والأذى البدني.

وهناك خمسة عوامل مهمة يمكن أن تحدد أنماط السلوك الصحي التي بينها المشعان وخليفة (1999) وهي: العوامل المتعلقة بالفرد والبيئة وتتمثل في: (السنّ وتاريخ الحالة والمعارف، والمهارات والاتجاهات)، والعوامل المتعلقة بالحماية والمجتمع وتتمثل في: (المهنة والتأهيل أو التعليم وتوقعات السلوك ومتطلباته المتعلقة بمركز الشخص والدعم الاجتماعي)، والعوامل الاجتماعية والثقافية على مستوى المحافظة أو القطر وتتمثل في: (العروض المتوفرة، وسهولة استخدام الوصول إلى مراكز الخدمات الصحية بمعنى التربية والتوعية الصحية ومنظومات التواصل العامة)، والعوامل الثقافية والاجتماعية عموماً وتتمثل في: (منظومات القيم الدينية والعقائدية والأنظمة القانونية)، وعوامل المحيط المادي وتتمثل في: (الطقس، والطبيعة، والبنى التحتية).

إنَّ المنظور النفسي الإيجابي في ميدان علم النفس يعني أنَّ اهتمام الأبحاث العلمية وتركيزها ينصبُّ على فهم الغرض الكلي للخبرات الإنسانية، ابتداءً من الخسارة والمعاناة والمرض والتوتر، ومروراً بالترابط والإشباع والإنجاز والصحة والسعادة، ولذلك صلة وثيقة بسياقات وممارسات العلاج النفسي، حيث إننا كباحثين في علم النفس الإيجابي، نؤكد على أنَّ دور المعالج النفسي ليس مجرد تخفيف أو خفض التوتر، وجعل الفرد خالياً من أعراض المرض، وإنَّما يقع على عاتقناً أيضاً تيسير وتسهيل تحقيق السعادة والإشباع النفسي للفرد، وتأكيد تنعُّمه بالحياة، ممّا سيؤدي وظيفة وقائية من الأمراض النفسية في المستقبل، وقد يعمل على الشفاء من الأمراض (Rashidt, 2008).

وقد أكثر علم النفس الإيجابي من الدراسة العلمية للفضائل ومكامن القوة للإنسان العادي، واهتمَّ في مسألة "الشخص المعتدل" مع اهتمام بمعرفة ما هو صالح أو مفيد، وما هو صواب، وما هو متحسن أو نامٍ (Sheldon & King, 2001, 216)، وإنَّ علم النفس الإيجابي منوط بدراسة الظروف والعمليات التي تسهم في الازدهـــار أو الأداء المثالـــي للأفـــراد والجماعات والمؤســـسات (Gable & Haidt, 2005) .

ومن خلال استعراض الأدب النظري للسلوك الصحي والوجود النفسي لدى النَّاجيات من سرطان الثدي، يتبيَّن اهتمام الباحث بالتطرق للموضوعين، وأنّ الأدب النظري يشير إلى أهمية المحافظة على السلوك الصحي؛ لما له من دور في حماية النَّاجيات من سرطان الثدي، وبما ينعكس على حياتهن النفسية ووجودهنَّ، ومن هنا تأتي الدراسة الحالية.

مشكلة الدراسة وتساؤلاتها:

إنّ الاهتمام بالصحة عموماً، يُعدّ من أهمّ متطلبات محافظة الإنسان على توافقه، وتُعدُّ ركيزةً أساسيةً تسهمُ في وقاية الفرد من الأمراض أو في التقليل منها، أمّا السلوك الصحي فهو عامل مهم في مساعدة الفرد على المحافظة على صحته وتطويرها.

ويُعدُّ رضا الفرد عن حياته وسعادته وشعوره بالوجود النفسي الممتلئ، من العوامل التي تلعب دوراً في الناحية الجسمية، حيث يؤثر العامل النفسي على العامل الجسمي لدى الإنسان. ومن هنا فقد نبعت مشكلة الدراسة من الجوانب الأربعة الآتية:

أولاً: على المستوى الفردي: فمن خلال تعامل الباحث مع عدد من النَّاجيات، ولأنَّ بعضهنَّ ذوات قربى له، فقد لاحظ بعض الجوانب السلوكية لديهنَّ كمستوى السلوك الصحي المتذبذب، وراقب مستوى رضاهن عن الحياة قبل تشخيص المرض، وعند النجاة منه، وارتأى معرفة القدرة التنبؤية لأبعاد السلوك الصحي على الوجود النفسي الممتلئ لديهن.

ثانياً: على المستوى المحلي، فقد زاد عدد النَّاجيات من سرطان الثدي في المملكة الأردنية الهاشمية، نتيجة التطوّرات في الطّبّ، حيث أثبتت آخر الإحصائيات في وزارة الصحة الأردنية تسجيل (1174) حالة سرطان ثدي جديدة، ومعظمهنّ ناجيات من سرطان الثدي؛ ممَّا يظهر انتشار المرض وزيادته.

ثالثاً: على مستوى الدراسات التربوية، فقد أشارت الدراسات عموماً إلى زيادة التوجّه نحو دراسة الوجود النفسي الممتلئ لدى المرضى، ومنهم مرضى السرطان كدراسة (أحمد، 2004). كما أكَّدت دراسات أخرى على أهمية السلوك الصحي لدى مرضى القلب كدراسة سكورد وشوارزير (Schord & Schwarzer, 2005). ممَّا يُظهرُ الحاجة إلى مزيد من الدراسات حول السلوك الصحي، والوجود النفسي الممتلئ، وتحديداً لمرضى سرطان الثدي.

رابعاً: طبيعة المتغيرات في الدراسة الحالية: وتكمن مشكلة الدراسة أيضاً في دراسة السلوك الصحي لدى النَّاجيات من سرطان الثدي، وفي أنَّ هذه السلوكيات لا تشكل تهديدا على الصّحة الجسمية فقط، بل إنَّ لها مترتبات نفسية واجتماعية قد تتداخل وتتعارض مع إنجاز المهام الموكلة للفرد، والرّضا عن الأدوار الاجتماعية المتوقعة منه، ومن ثم، فإنّ تجنُّب مثل هذه السلوكيات والممارسات من شأنه أن يحسّن من الصحة النفسية والجسمية للفرد، ومن ظروف الحياة عموماً، والتعرف على مقدار ما يفسره التزام النَّاجيات من سرطان الثدي بالتعليمات الصحية في شعورهن بالجانب الإيجابي والوجود النفسي الممتلئ.

وتحاول الدراسة الحالية اختيار العلاقة بين مكونين: أحدهما صحي، والآخر انفعالي.

ومن هنا جاءت الدراسة الحالية للتعرف على دور عاملين: أحدهما صحي والآخر انفعالي لدى عينة من مرضى سرطان الثدي، وتحاول الدراسة الحالية التعرُّف على دور السلوك الصحي، والوجود النفسي الممتلئ في حياة عينة من النَّاجيات من سرطان الثدي في الأردنّ في مرحلة التعافي بعد العلاج.

وتتناول الدراسة الحالية الإجابة عن الأسئلة التالية:

السؤال الأول: ما مستوى السلوك الصحي والوجود النفسي الممتلئ لدى عينة من النَّاجيات بسرطان الثدي في الاردن؟

السؤال الثاني: ما القدرة التنبؤية لأبعاد السلوك الصحي لدى عينة من النَّاجيات بسرطان الثدي بالوجود النفسي الممتلئ لديهم في الأردن؟

السؤال الثالث: هل هناك فروق في السلوك الصحي، والوجود النفسي الممتلئ، لدى عينة من النَّاجيات من سرطان الثدي في الأردنّ باختلاف الحالة الاجتماعية؟

أهداف الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى:

- التعرُّف على مستوى السلوك الصحي والوجود النفسي الممتلئ، لدى عينة من النَّاجيات بالسرطان في الأردن.

- اكتشاف القدرة التنبؤية لأبعاد السلوك الصحي لدى عينة من النَّاجيات بالسرطان بالوجود النفسي الممتلئ لديهم.
- التحقق من وجود فروق في السلوك الصحي، والوجود النفسي الممتلئ، لدى النَّاجيات بسرطان الثدي في الأردنّ باختلاف الحالة الاجتماعية (متزوجة- عزباء).

أهمية البحث:

تتضح أهمية الدراسة فيما يأتي:

الأهمية النظرية:

1- تناولها لمتغيرين من متغيرات علم النفس الإيجابي وهما: الوجود النفسي الممتلئ، والسلوك الصحي.
2- من المأمول أن تسهم هذه الدراسة في تقديم فهم نظري لطبيعة التفسير بين الوجود النفسي الممتلئ والسلوك الصحي.
3- اهتمامها بفئة من فئات الإرشاد، وهي مرضى سرطان الثدي اللواتي لهنَّ اعتبارات خاصة عند التعامل مَعهنَّ.

الأهمية التطبيقية:

1- تزويد العاملين في الإرشاد النفسي بمفاهيم إضافية تتعلق بالوجود النفسي الممتلئ والسلوك الصحي.
2- تعدُّ هذه الدراسة إضافة للتراث النظري في المكتبة العربية التي تفتقد لمثل هذه الدراسات في حدود علم الباحث، من حيث ربطها للمتغيرين معاً لدى مرضى سرطان الثدي.
3- فتح المجال أمام الباحثين لعمل دراسات حول الوجود النفسي الممتلئ والسلوك الصحي لكافة فئات الإرشاد الأخرى.
4- يمكن الاستفادة من الأداتين في الكشف عن الجوانب الصحية والنفسية لدى النَّاجيات من سرطان الثدي.

5- استثمار نتائج هذه الدراسة في تصميم برامج إرشادية لتعزيز الوجود النفسي الممتلئ والسلوك الصحي.

مفاهيم الدراسة:

السلوك الصحي: (Health Behavior)

يشير نولدنر (Noeldner, 1989)، إلى أنَّ المقصود بالسلوك الصحي هو كل أنماط السلوك التي تهدف إلى تنمية وتطوير الطاقات الصحية عند الفرد، ويعرف إجرائيا: بالدرجة التي تحصل فيها النَّاجيات على المقياس المطوَّر في الدراسة الحالية، المكون من ثلاثة أبعاد هي: النظافة، والنشاطات والتمارين، والغذاء والدواء.

الوجود النفسي الممتلئ: Predictors of psychological well-being

يعرف الوجود النفسي الممتلئ: بأنه الرّضا عن الحياة العامة كممارسة الحرية والديموقراطية والشعور بالانتماء والأمن والإخلاص والصداقة، والاحترام والتقدير والتعليم والاستمتاع بالجمال والاتجاه نحو الحياة، وتوقُّع الحياة والرضا عن الحياة الخاصة لدى الفرد كإشباع الحاجات الأساسية: كالمأكل والمشرب والملبس والعمل، وتكوين أسرة والصحة والمال والخدمات التي تقدم في سنوات التقاعد، ووجود الانفعالات الإيجابية كالسعادة والتفاؤل، وإدراك معنى الحياة والمستقبل المشرق، ونقص الانفعالات السلبية: كالقلق والاكتئاب والشعور بالوحدة النفسية والعزلة الاجتماعية، وكافة أشكال الاضطراب الانفعالي (Kahan & Juster, 2002).

ويعرف إجرائيا: بالدرجة التي تحصل فيها النَّاجيات على المقياس المطور في الدراسة الحالية والمكون من بُعدي: الرضا عن الحياة والسعادة.

مرضى سرطان الثدي:

فئة مجموعة النَّاجيات من سرطان الثدي اللواتي تم تشخصيهنَّ على أنهنَّ يعانين من سرطان الثدي سواء الحميد أم الخبيث، ويبلغنَ من العمر بين (40-50) سنة، وتقطنَّ في محافظة الكرك في الأردن، ووافقنَ على الإجابة على فقرات المقياس.

حدود الدراسة ومحدداتها:

حدود بشرية: تم تطبيق الدراسة على عينة من النَّاجيات من السرطان ممن تتراوح أعمارهن بين (40–50) سنة.

حدود مكانية: تم تطبيق الدراسة في محافظة الكرك في المملكة الأردنية الهاشمية المراجعات لمركز الحسين للسرطان، ومستشفى البشير، والخدمات الطبية.

حدود زمانية: تم تطبيق الدراسة في العام 2018.

محددات موضوعية: تتحدد الدراسة باستجابات النَّاجيات على المقياسين وبالمقاييس المطورة مع تمتع أداتي الدراسة بدلالات الصدق والثبات.

الدراسات السابقة:

من خلال البحث الذي أجراه الباحث عن الدراسات السابقة تبين أنّ الدراسات التي أُجريت على متغيرات الدراسة وربطته مع مرضى السرطان كانت قليلة، وفيما يلي أبرز الدراسات السابقة ذات الصلة:

حيث أعد جيفري (Jeffery, 2003) دراسة هدفت إلى فحص العلاقة بين مستوى الضغوط والسلوك الصحي. وتكونت العينة (2110) من العمال الراشدين من الذكور والإناث في الولايات المتحدة الأمريكية، وتمَّ استخدام مقياس الضغوط والسلوك الصحي، وكشفت نتائج الدراسة أنّ المستوى المرتفع من الضغوط يرتبط بزيادة تناول المواد الغذائية الدهنية، وقلة ممارسة التمرينات الرياضية، ويزيد من تدخين السجائر، ويؤدي لانخفاض الكفاءة الذاتية للتوقف عن التدخين وقت العرض للضغوط.

وهدفت دراسة أحمد(2004) إلى الكشف عن العلاقة بين تقدير الذات والوجود الأفضل لدى مرضى السرطان مقارنة بالأصحاء في القاهرة، وتم تطبيق مقياس تقدير الذات والوجود الأفضل على عينتي الدراسة التي شملت (247) مريضاً من المصابين بأنواع مختلفة من السرطان، و(259) شخصاً من الأصحاء الذين لم يسبق لهم الإصابة بأية أمراض مزمنة، وكشفت النتائج أن الأصحاء أكثر تقديراً للذات وشعوراً بالوجود الأفضل من مرضى السرطان، وأن العلاقة بين تقدير الذات والوجود الأفضل إيجابية، ولم يتبين وجود فروق جوهرية بين العينات الفرعية لمرضى السرطان باستثناء مرضى سرطان البروستاتا.

وقام سكورد وشوارزير. (Schorder & Schwarzer) والمشار إليه في (Rabia, 2008) بدراسة بعنوان التحكم الذاتي في العادات وتنظيم السلوك الصحي بين مرضى القلب وتكونت عينة الدراسة من (381) من مرضى جراحة القلب. وتم عمل تقييم للتحكم الذاتي بالعادات ومركز التحكم الصحي قبل الجراحة وبعدها بستة أشهر، وتقييم المدركات الصحية للسلوك الاجتماعي قبل الجراحة فقط، كما تم قياس اتباع نظام غذائي معين وممارسة التدريبات الرياضية والإقلاع عن التدخين قبل وبعد الجراحة. وأشارت النتائج إلى أنّ التحكم بالعادات منبه أساسي لتنظيم السلوك الصحي لدى المرضى بدرجة أكثر إسهاماً من مركز الضبط الصحي، وفي ضوء ذلك فسر التحكم الذاتي بالعادات على أنّه هو المسؤول عن التغير الناتج بالحالة الصحية للمرضى نتيجة اتباعهم نظام غذائي معين، وممارسة التدريبات الرياضية (Rabia, 2008).

وأجرى شيفلي وآخرون (Shively et al., 2005) دراسة هدفت إلى تحديد أثر تنظيم السلوك على نوعية الحياة لدى مرضى الضعف البسيط لعضلة القلب .وتكونت عينة الدراسة من (116) مريضاً بالقلب تم توزيعهم إلى مجموعتين: الأولى مجموعة تلقت العلاج والرعاية العادية المتبعة لمرضى القلب، وخضعت المجموعة الثانية إلى تنظيم السلوك من خلال التمرينات الرياضية (المشي لمدة 6 دقائق)، أنشطة بدنية وذهنية وتوعية صحية عامة. واستخدمت الدراسة مقياس مينسوتا الحياتي لمرضى القلب (MLHF). وانتهت النتائج إلى حدوث تحسن بمرور الوقت عند المجموعة الأولى، ولم تظهر فروق بين المجموعتين بالنسبة للأداء الرياضي أو الأنشطة البدنية والذهنية أو التوعية الصحية بصفة عامة.

وهدفت دراسة الفخراني(2008) إلى دراسة تأكيد الذات وعلاقته بالسلوك الصحي لدى المسنين. وتكونت عينة الدراسة من (200) مُسنٍ نصفهم من الذكور، ونصفهم الآخر من الإناث. واستخدمت الدراسة مقياس السلوك الصحي، ومقياس تأكيد الذات. وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة دالة بين بعض أبعاد مقياس تأكيد الذات وبعض أبعاد مقياس السلوك الصحي، ووجود فروق دالة إحصائياً في بعض أنماط السلوك الصحي المتمثلة في التدخين والتمرينات الرياضية تعزى للجنس لصالح الذكور، وفي الممارسات الغذائية والنصائح والتعرض لأشعة الشمس لصالح الإناث.

وهدفت دراسة أبو النيل(2008) إلى التعرف على بعض الجوانب النفسية والسيكوفسيولوجية المفضية إلى الإصابة بمرض ضغط الدم المرتفع، وذلك من خلال تحديد الفروق بين مرضى ضغط الدم المرتفع، وغير المرضى فيما يتصل بأبعاد الذكاء الوجداني – الاجتماعي (Bar-Own, 2006)

من ناحية أبعاد أسلوب الحياة الصحي من ناحية أخرى. وقد أجريت الدراسة الحالية على عينة من مرضى ضغط الدم من الإناث (ن=51) اللواتي تراوحت أعمارهن ما بين(35–55) سنة، وطبقت عليهم قائمة الذكاء الوجداني الاجتماعي لبار – أون ومقياس أسلوب الحياة الصحي، وقد تم التحقق من الكفاءة السيكومترية للمقاييس من خلال التطبيق على عينة مكونة من (100) من الإناث من طالبات الجامعة، وقد تم التطبيق على عينات الدراسة بصورة فردية وأجريت المعالجات الإحصائية التي تمثلت في اختبارات للفروق بين المجموعات، وأظهرت النتائج أنّ أكثر ما يميز مرضى ضغط الدم المرتفع هو افتقادهم للمرونة في مواجهة المشكلات، وعدم القدرة على تحمل الضغوط وضبط الاندفاعات.

وأجرت (Rabia, 2008) دراسة هدفت إلى التعرف على أسباب تباين قدرة مرضى القلب على الرغم من إدراكهم لمدى خطورة مرضهم على ممارسة السلوكيات الصحية الإيجابية، ومعرفة الفروق في السلوك الصحي وتحكم الذات بالعادات التي تعزى للعمر والجنس. وتكونت عينة الدراسة من(133) مريضاً من مرضى القلب المترددين على العيادات الخارجية بقسم الباطنية والقلب. واستخدمت الدراسة مقياس السلوك الصحي، ومقياس مدى إدراك المريض لطبيعة مرضه، وقائمة النزعة التفاؤلية– التشاؤمية من إعداد الصبوة. وأظهرت نتائج الدراسة أن أنماط السلوك الصحي لدى مرضى القلب هي بالترتيب: الوقاية الصحية، والنصائح والمساعدة الصحية، والممارسة الغذائية، وممارسة التمرينات الرياضية، وسلوكيات التدخين، وتناول الأدوية النفسية دون إذن الطبيب. كما أكّدت النتائج على عدم وجود فروق في أنماط السلوك الصحي بين الجنسين ما عدا ممارسة التمرينات الرياضية لصالح الإناث، ووجود فروق تعزى للعمر في الدرجة الكلية للسلوك الصحي لصالح الفئة العمرية تحت سن (الأربعين) عاماً.

كما هدفت دراسة الصبوة والدق(2009) إلى الكشف عن الفروق بين مرضى الكبد الفيروسي المزمن والأصحاء في عدد من أنماط السلوك الصحي، وفعالية الذات والحالة العقلية. واشتملت عينة الدراسة على مجموعتين رئيسيتين: المجموعة الأولى وهي عينة قوامها (56) من مرضي الكبد الفيروسي المزمن الذكور، والمجموعة الثانية: وهي مجموعة الأصحاء بلغ قوامها (55) فرداً متطوعاً، وقد كشفت نتائج هذه الدراسة عن وجود فروق بين مرضى الكبد الفيروسي المزمن والأصحاء على معظم أنماط السلوك الصحي، فيما عدا ممارسة التمرينات الرياضية، وكفاية النوم ومدته، حيث كان المرضى أعلى جوهرياً على معظم أنماط السلوك الصحي الإيجابي. كما وجدت

فروق دالة إحصائياً بين المرضى والأصحاء على معظم مظاهر فعالية الذات، فيما عدا فعالية الذات لممارسة التمرينات الرياضية، بمعنى أنّ فعالية الذات لدى المرضى أعلى منها لدى الأصحاء، وذلك في جميع مظاهر فعالية الذات، في حين لم تكن الفروق بينهما ذات دلالة في فعالية الذات لممارسة التمرينات الرياضية. كما كان الأصحاء أعلى جوهرياً في معظم القدرات العقلية مقارنة بالمرضى.

وهدفت دراسة (Ammar, 2012) إلى الكشف عن نوعية العلاقة المحتملة بين الوجود النفسي الممتلئ والاكتئاب لدى عينة من الشباب، كما تهدف أيضاً إلى التحقق من مدى إمكانية التنبؤ بالاكتئاب من خلال مستوى أبعاد الوجود النفسي الممتلئ لدى الشباب. تتحدد الدراسة بالعينة المستخدمة والمكونة من (334) طالباً وطالبة من طلاب كلية التربية جامعة عين شمس، وتتراوح أعمارهم ما بين 17–19 سنة. وقد تحددت الدراسة بالمتغيرات بالوجود النفسي الممتلئ كما يقاس بمقياس الوجود النفسي الممتلئ، والاكتئاب كما يقاس بمقياس أعراض الاكتئاب. وقد أشارت النتائج إلى وجود علاقة عكسية دالة بين أبعاد الوجود النفسي الممتلئ (السيطرة على المحيط، العلاقات الإيجابية مع الآخرين، تقبل الذات) التي ربما تكون أكثر أبعاد الوجود النفسي الممتلئ ارتباطا بالاكتئاب.

كما هدفت دراسة (Nawwar, 2013) إلى الكشف عن الدور الذي تلعبه المساندة الاجتماعية لتعديل العلاقة بين السلوك الصحي والألم العضوي لدى عينة مكونة من (123) مريضا مصاباً بمرض السكري من الجنسين (83 إناث و40 ذكور) من مستويات تعليمية مختلفة، وتتوزع مدة المرض لديهم ب (أقل من 5 سنوات، من 5 إلى 10 سنوات وأكثر من 10 سنوات، وبينت النتائج أنّ للمساندة الاجتماعية دوراً في تعديل العلاقة بين السلوك الصحي والألم العضوي لدى المرضى، وكانت الفروق واضحة في المساندة الاجتماعية بين الجنسين، ولا توجد الفروق حسب مدة المرض، بينما توصلت النتائج إلى أنَّه لا توجد فروق في السلوك الصحي والألم العضوي تبعا لمتغيري الجنس ومدة المرض.

واستكشفت دراسة (Zagtoot, 2014) طبيعة الاتجاه نحو السلوك الصحي وعلاقته بالتدين لدى المرضى المزمنين، وخَلُصت إلى أنَّ الاتجاه السلبي نحو السلوك الصحي هو الغالب في العينة الكلية (54%)، بما يترتب عليه من نتائج سلبية للفرد والمجتمع، غير أنَّ الاتجاه الإيجابي هو الغالب لدى مرضى السكري (53%)، وأنَّ الاتجاه السلبي هو الغالب لدى مرضى ضغط الدم

المرتفع (38%)، ولا توجد فروق بين الإناث والذكور في الاتجاه نحو السلوك الصحي بعكس الدراسات السابقة، كما كان المستوى الاجتماعي والاقتصادي والتعليمي محدّداً في ارتفاع الاتجاه الإيجابي نحو السلوك الصحي، وأنَّ العلاقة الارتباطية الدالة والموجبة بين الاتجاه نحو السلوك الصحي وبين التدين تؤشر إلى دوره المهم متغيراً فاعلاً في برامج التثقيف الصحي للمرضى المزمنين. وتشير تلك النتائج عموماً إلى ضرورة التربية الصحية والعلاجية للمرضى المزمنين لتغيير اتجاهاتهم نحو السلوك الصحي اعتمادا على متغيرات عديدة من أهمها التدين.

كما هدفت دراسة (Maqdadi, 2015) إلى التعرُّف على علاقة التفكير الخلقي بكل من الوجود النفسي الممتلئ والسلوك الاجتماعي الإيجابي لدى عينة من (237) طالباً وطالبة من طلبة البكالوريوس في كلية التربية في جامعة الباحة بالمملكة العربية السعودية، منهم (98) من الذكور و(139) من الإناث، تمَّ اختيارهم عشوائياً، ولتحقيق أهداف الدراسة استخدم الباحث مقياس التفكير الخلقي، ومقياس الوجود النفسي الممتلئ، ومقياس السلوك الاجتماعي الإيجابي بعد التأكد من صدق تلك المقاييس وثباتها، وأظهرت النتائج أنَّ مستوى التفكير الخلقي ومستوى الوجود النفسي الممتلئ ومستوى السلوك الاجتماعي الإيجابي لدى الطلبة الذكور والإناث كان متوسطا، كما أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين مستوى التفكير الخلقي والوجود النفسي الممتلئ .

كما أجرى (Karima, & Mas'oudi, 2016) دراسة على المرضى المصابين بأمراض شرايين القلب التاجية، وذلك باختلاف الإصابة (احتشاء العضلة القلبية أوالذبحة الصدرية) من الذين كانوا على أسرة الشفاء في المستشفى الجامعي مصطفى باشا ومستشفى نفيسة حمود، وتكونت عينة الدراسة من (50) مريضاً مصاباً بأمراض شرايين القلب التاجية، وتوصلت الدراسة إلى أنَّ مرضى الشرايين التاجية لديهم معتقدات صحية سلبية واتجاه سلبي نحو السلوك الصحي، وعليه استطعنا إثبات وجود علاقة بين المعتقدات الصحية، والاتجاه نحو السلوك الصحي بالنسبة لعينة الدراسة، ومن خلال مختلف القراءات والاطلاع على مختلف النظريات والنماذج الاجتماعية المعرفية التي توفرت لدينا – التي تهدف إلى الكشف ودراسة المعتقدات الصحية والتنبؤ بالسلوك الصحي وبالخصوص نموذج المعتقد الصحي(HBM) .

كما هدفت دراسة (Ammar, 2016) إلى اختبار فاعلية بعض تدخلات علم النفس الإيجابي في تنمية الإحساس الذاتي بالوجود الممتلئ لدى عينة من طلاب المدارس الثانوية. وتتحدد الدراسة بالعينة المستخدمة والمكونة من (40) طالبــاً من طــلاب المدارس الثانوية، تتراوح أعمارهــم ما

بين (15–17) عاماً، تم تقسيمهم إلى أربع مجموعات متساوية (مجموعتين تجريبيتين ومجموعتين ضابطتين من الذكور والإناث)، كما تتحدد الدراسة بالمتغيرات والأدوات الآتية: مقاييس الإحساس الذاتي بالوجود الممتلئ وتتضمن: مقياس الرضا عن الحياة، ومقياس السعادة الذاتية، وقائمة الوجدان الإيجابي والسلبي، وأظهرت النتائج فاعلية تدخلات علم النفس الإيجابي في تنمية الإحساس الذاتي بالوجود الممتلئ، عن طريق تدريبات تهدف إلى زيادة الانفعالات والمعارف والسلوكيات الإيجابية، وتؤدي إلى فض مركزية الانتباه للجوانب السلبية من خبرات الحياة اليومية، بالإضافة إلى استمرار احتفاظ أفراد المجموعتين التجريبيتين بهذا التحسن بعد فترة المتابعة، ولا توجد فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في الاستجابة لتلك التدخلات.

كما هدفت دراسة السيد(2017) إلى التعرُّف على العلاقة بين الأمل والوجود النفسي الأفضل لدى عينة من المسنين السعوديين بمحافظة جدة، وأيضاً العلاقة بين الترويح والوجود النفسي الأفضل، وكذلك معرفة الفرق في كل من الأمل، والترويح، والوجود النفسي الأفضل التي تعزى إلى الجنس والمستوى التعليمي للمسن، وطبقت الدراسة على عينة من المسنين بجدة (ن=96) منهم (41 من الذكور، 55 من الإناث)، تراوحت أعماهم بين (60–90) سنة، وطبق مقياس الأمل، ومقياس الترويح، ومقياس الوجود النفسي الأفضل، وتوصلت النتائج إلى وجود علاقة بين الوجود النفسي الأفضل وكلّ من الأمل والترويح، وكان المسنُّون أعلى من المسنات في كل من الأمل، والترويح، والوجود النفسي الأفضل.

وتناولت دراسة أحمد(2019) العلاقة بين العقلية النفسية والوعي بالانفعال وعلاقتهما بالوجود النفسي لدى طلبة الجامعة من خلال التعرف على أهداف عدة، وتوصلت الدراسة إلى استنتاجات عدة منها: أنَّ طلبة الجامعة يتمتعون بعقلية نفسية بشكل أعلى من متوسط المجتمع الذي ينتمون إليه، وأنَّ العقلية النفسية لا تتأثر بمتغير النوع وبمتغير التخصص، وأنَّ طلبة الجامعة يتمتعون بالوعي بالانفعال بشكل أعلى من متوسط المجتمع الذي ينتمون إليه، وأنَّ الوعي بالانفعال يتأثر بمتغير النوع (ذكوراً– وإناثاً) حيث تبين أنَّ الإناث أكثر وعياً بالانفعال، كما أنه لا يتأثر بمتغير التخصص (إنساني–علمي)، وأن طلبة الجامعة يتمتعون بالوجود النفسي الممتلئ بشكل أعلى من متوسط المجتمع الذي ينتمون إليه، وأن الوجود النفسي الممتلئ لا يتأثر بمتغير النوع وبمتغير التخصص.

واستهدفت دراسة (Khalil, 2019) التعرف على المراقبة الذاتية لدى طلبة الجامعة بمكوناتها، والوجود النفسي الأفضل لدى طلبة الجامعة بأبعادها. وبلغت عينة الدراسة (400) طالبٍ وطالبة، تم اختيارهم بالطريقة الطبقية العشوائية من مجتمع الدراسة من طلبة جامعة بغداد قسمت العينة من حيث درجة الطلبة على مقياس القابلية للاستهواء الى: مرتفعي القابلية للاستهواء وعددهم (108) ويشكلون نسبة (27%) الأعلى. ومنخفضي القابلية للاستهواء وعددهم (108) ويشكلون (27%) الادنى، توصلت الدراسة إلى عدة نتائج منها وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات الطلبة مرتفعي القابلية ومنخفضيها للاستهواء في الدرجة الكلية في المراقبة الذاتية ومكوناتها في اتجاه منخفضي القابلية للاستهواء .

التعقيب على الدراسات السابقة:

يلاحظ من خلال استعراض الدراسات السابقة زيادة الاهتمام بدراسة الوجود النفسي الممتلئ والسلوك الصحي كلٌّ على حدة مع مرضى السرطان، والاهتمام بدراسة المتغيرين لدى أنواع مختلفة من السرطانات، وتناولت بعض الدراسات سرطان الثدي تحديداً، ولكن لا يوجد دراسة حاولت الربط بين المتغيرين، وهذا ما ستقوم به الدراسة الحالية وتعمل على ربطه في محافظة الكرك في الأردن، وقد استفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة في اختيار العينة، وفي صياغة مشكلة الدراسة وأهدافها، وفي تصميم المنهجية وتطوير الأدوات، وفي مناقشة النتائج.

منهج الدراسة:

استخدم الباحث المنهج الوصفي التنبؤي المقارن لمناسبته لهذه الدراسة.

أفراد الدراسة:

من أجل تحقيق أهداف البحث يجب أن يوصف المجتمع وصفاً دقيقاً؛ لأن لكل مجتمع صفاته الخاصة، حيث تكون مجتمع الدراسة من (124) مريضة بالسرطان تم تشخيصها خلال العام السابق ووجد أنَّها تعاني من سرطان الثدي في الأردن، وتم الوصول إليهن من خلال العودة إلى المستشفيات الرئيسة الثلاثة وهي: (مركز الحسين للسرطان، ومستشفى البشير، والخدمات الطبية)، ومن خلال العينة المتيسرة منهم، تم التوصل إلى العدد الحالي خلال فترة شهرين من البحث بالعام 2018–2019، حيث تم اختيار (30) متعافية من سرطان الثدي لتمثل العينة الاستطلاعية

للتحقق من الخصائص السيكوماترية للمقياسين، وتم تطبيق الدراسة على عينة بلغت (63) متعافية من سرطان الثدي ومشخصة بالمرض، وتم استئصال الثدي لديها كاملاً أو جزئياً.

أداتا الدراسة:

تم تطوير مقياسي السلوك الصحي والوجود النفسي الممتلئ على النحو الآتي:

أولا: مقياس السلوك الصحي

تم العودة إلى الأدب النظري والدراسات السابقة حول السلوك الصحي وخاصة (Kareema, 2017)، (الفخراني، 2008) (صمادي والصمادي، 2011) وقد تكوَّن المقياس من(36) فقرة بالصورة الأولية تمثل ثلاثة أبعاد هي: بعد النظافة، وبعد النشاطات والتمارين، وبعد الغذاء والدواء. وللتحقق من مناسبة المقياس للدراسة الحالية، تم التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس على النحو الآتي:

أولا: دلالات صدق المقياس

تمّ التحقق من دلالات صدق المقياس من خلال:

1-الصدق الظاهري:

تمّ عرض فِقرات مقياس السلوك الصحي بصورته الأوليّة على (10) محكّمين من أعضاء هيئة التدريس من الجامعات الأردنية في تخصص الإرشاد النفسي والتربوي، وطُلب منهم إبداء الرأي ومراجعة فقرات المقياس، من حيث مدى وضوح الفقرات، ومناسبة الفقرات لقياس السلوك الصحي، وتعديل أو حذف أيّ من الفقرات التي يرون أنّها لا تحقق الهدف من المقياس، وقد تم اعتماد إجماع ثمانية من المحكمين لقبول الفقرات وذلك بنسبة اتفاق (80%) من المحكّمين، وبناء على آراء المحكمين تم إجراء تعديلات على بعض الفقرات، كما تم حذف ثلاث فقرات من فقرات المقياس وأصبح عدد الفقرات (33) فقرة.

2-صدق الاتساق الداخلي:

للتحقق من الارتباط الداخلي لفقرات مقياس السلوك الصحي، تمّ استخدام طريقة البناء الداخلي، وهي إحدى طرق صدق البناء (Construct Validity)، حيث تم إيجاد معامل الارتباط

بين الفقرة ومجالها والدرجة الكلية للمقياس، من خلال مجتمع الدراسة كُلّه التي ضمت (30) متعافية من متعافيات السرطان داخل مجتمع الدراسة وخارج العينة، والجدول (1) يوضّح نتائج ذلك.

جدول (1) قيم معاملات ارتباط الفقرة مع البعد والدرجة الكلية لمقياس السلوك الصحي

النظافة			النشاطات والتمارين			الغذاء والدواء		
الرقم	الارتباط مع البعد	الارتباط مع الدرجة الكلية	الرقم	الارتباط مع البعد	الارتباط مع الدرجة الكلية	الرقم	الارتباط مع البعد	الارتباط مع الدرجة الكلية
1	**0.50	**0.65	12	**0.54	*0.28	23	*0.39	*0.41
2	**0.58	**0.57	13	**0.58	**0.64	24	**0.45	**0.55
3	**0.69	**0.69	14	**0.69	**0.64	25	**0.64	**0.60
4	**0.48	**0.49	15	*0.39	*0.33	26	**0.69	**0.60
5	*0.44	*0.41	16	*0.28	*0.29	27	**0.60	**0.69
6	*0.41	**0.54	17	**0.46	*0.44	28	**0.61	**0.70
7	*0.38	*0.39	18	0.06	−0.10	29	**0.66	**0.77
8	*0.38	*0.33	19	**0.64	*0.38	30	**0.49	*0.39
9	*0.38	*0.38	20	*0.34	**0.55	31	*0.39	*0.33
10	**0.57	**0.59	21	*0.39	**0.46	32	*0.33	**0.46
11	*0.28	*0.33	22	*0.38	**0.49	33	*0.31	*0.35
البعد		**0.66			**0.59			**0.67

**دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) *دالة احصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)

تظهر نتائج الجدول (1) أن معظم فقرات مقياس السلوك الصحي ترتبط ارتباطاً دالاً إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) مع أبعادها، باستثناء الفقرة (18) ولذلك تم حذفها ليصبح عدد فقرات المقياس بصورته النهائية (32) فقرة، وقد تراوحت معاملات الارتباط بين الفقرة والبعد بين (0.28-0.69)، كما تظهر نتائج الجدول نفسه أيضاً، أن معظم الأبعاد ترتبط ارتباطاً دالاً إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) مع الدرجة الكلية للمقياس، وقد تراوحت معاملات الارتباط بين الفقرة والدرجة الكلية (0.28-0.77) وتعتبر مؤشرات مناسبة للحكم على صدق الأداة.

دلالات ثبات مقياس السلوك الصحي:

تم استخلاص مؤشرات ثبات المقياس باستخدام ثبات الاستقرار (الاختبار وإعادة الاختبار)، حيث تم تطبيق المقياس على العينة الاستطلاعية، وإعادة تطبيقه على نفس العينة بفاصل زمني بلغ أسبوعين، وتم إيجاد معاملات الارتباط بين التطبيقين، كذلك تم حساب ثبات الاتساق الداخلي باستخدام معادلة كرونباخ ألفا (Cranach Alpha) والجدول رقم (2) يبين النتائج:

جدول (2) معاملات ثبات مقياس السلوك الصحي

بطريقتي الاختبار وإعادة الاختبار وكرونباخ ألفا

الأبعاد	عدد الفقرات	ترتيب الفقرات	الإختبار– وإعادة الإختبار	كرونباخ ألفا
النظافة	11	11–1	0.94**	0.88
النشاطات والتمارين	10	22–12	0.95**	0.85
الغذاء والدواء	11	33–23	0.90**	0.86
الدرجة الكلية	32	33–1	0.96**	0.89

تظهر نتائج الجدول (2) أن معاملات ثبات الاختبار وإعادة الاختبار بين التطبيقين لمقياس السلوك الصحي على القياس الكلي بلغت (0.96)، وللأبعاد تراوح بين (0.90–0.95) في حين بلغت قيم الاتساق الداخلي للمقياس ككل باستخدام معامل كرونباخ ألفا (0.89) وللأبعاد تراوح بين (0.85-0.88)، مما يؤكد تمتّع مقياس السلوك الصحي بدرجة مناسبة من الثبات، وتُعَدّ مناسبة لأغراض الدراسة الحالية.

تصحيح مقياس السلوك الصحي:

يتكون المقياس بصورته النهائيـــة من (32) فقرة، وللمقياس ثلاثـــة أبعـــاد هي بعد النظافة، والنشاطات والتمارين، والغذاء والـــدواء)، وقد رتبت الخيارات بين (موافق بشـــدة، موافق، محايـــد، غير موافق، غير موافق بشـــدة) بحيث اعتبرت معظـــم الفقرات إيجابية بحيث تعطى لهـــا الدرجـــات (5، 4، 3، 2، 1) بينما كان هناك بعض الفقرات السلبية ويتم من خلالها عكس الإجابة فيها وهي الفقرات التالية: (6، 9، 11، 19، 22، 29، 31). وبذلك فإن الدرجة الكلية التي يُمكن أن يحصل عليها الفرد على المقياس تتراوح بين (32–160) درجة. ويتم التعامل مع المقياس من حيث المدى أكبر قيمة – أصغر قيمة / عدد الخيارات. حيث إن 5–1/3= 1.33

تمثل الدرجة من (1–2.33) المستوى المتدني من السلوك الصحي.

تمثل الدرجة من (2.34–3.66) المستوى المتوسط من السلوك الصحي.

تمثل الدرجة من (3.67–5) المستوى المرتفع من السلوك الصحي.

ثانيا: مقياس الوجود النفسي الممتلئ

تم العودة إلى الأدب النظري والدراسات السابقة حول الوجود النفسي الممتلئ وخاصة (الســـيد، 2017) (Khalil, 2019) (أحمد، 2004) وقد تكون المقياس من (42) فقرة بالصورة الأولية تمثل بعدين هما: بعد الرضا عن الحياة وبعد السعادة.

وللتحقق من مناسبة المقياس للدراسة الحالية تم التحقق من الخصائص السيكوماترية للمقياس على النحو التالي:

أولاً: دلالات صدق المقياس

تمّ التحقق من صدق دلالات المقياس من خلال:

1- الصدق الظاهري:

تمّ عرض فِقرات مقياس الوجود النفسي الممتلئ بصورته الأوليّة على (10) محكّمين من أعضاء هيئة التدريس من الجامعات الأردنية في تخصص الإرشاد النفسي والتربوي، وطُلب منهم إبداء الرأي ومراجعة فقرات المقياس، من حيث مدى وضوح الفقرات، ومناسبة الفقرات لقياس الوجود النفسي الممتلئ، وتعديل أو حذف أيّ من الفقرات التي يرون أنّها لا تحقق الهدف من المقياس، وقد

تم اعتماد إجماع ثمانية من المحكمين لقبول الفقرات وذلك بنسبة اتفاق (80%) من المحكّمين، وبناء على آراء المحكمين تم إجراء تعديلات على بعض الفقرات، كما تم حذف أربع فقرات من فقرات المقياس، وأصبح عدد الفقرات (38) فقرة.

2-صدق الاتساق الداخلي:

للتحقق من الارتباط الداخلي لفقرات مقياس الوجود النفسي الممتلئ، تمّ استخدام طريقة البناء الداخلي، وهي إحدى طرق صدق البناء (Construct Validity)، حيث تم إيجاد معامل الارتباط بين الفقرة ومجالها والدرجة الكلية للمقياس، من خلال مجتمع الدراسة ككل والتي ضمت (30) متعافية من متعافيات السرطان داخل مجتمع الدراسة وخارج العينة، والجدول (3) يوضّح نتائج ذلك.

جدول (3) قيم معاملات ارتباط الفقرة

مع البعد والدرجة الكلية لمقياس الوجود النفسي الممتلئ

الرضا عن الحياة			السعادة		
الرقم	الارتباط مع البعد	الارتباط مع الدرجة الكلية	الرقم	الارتباط مع البعد	الارتباط مع الدرجة الكلية
1	0.55**	0.70**	20	**0.51	*0.39
2	0.34*	0.52**	21	**0.61	**0.64
3	0.46**	0.51**	22	**0.66	**0.71
4	0.41*	0.62**	23	*0.31	*0.39
5	0.46**	0.62**	24	**0.54	**0.64
6	0.61**	0.52**	25	0.11	0.09
7	0.61**	0.69**	26	0.09	0.08
8	0.55**	0.55**	27	**0.58	**0.64
9	0.71**	0.61**	28	**0.64	**0.60
10	0.63**	0.46**	29	**0.66	**0.46

الرضا عن الحياة			السعادة		
الرقم	الارتباط مع البعد	الارتباط مع الدرجة الكلية	الرقم	الارتباط مع البعد	الارتباط مع الدرجة الكلية
11	0.33*	0.32*	30	*0.38	*0.33
12	0.44*	0.43*	31	*0.30	*0.30
13	0.55**	0.72**	32	*0.39	**0.46
14	0.63**	0.51**	33	*0.41	**0.58
15	0.44*	0.60**	34	**0.58	**0.58
16	0.46**	0.34*	35	**0.66	**0.61
17	0.49**	0.30*	36	**0.64	**0.60
18	0.76**	0.63**	37	**0.74	**0.70
19	0.75**	0.61**	38	*0.35	*0.30
البعد		**0.79			**0.80

**دالة احصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$)

*دالة احصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)

تظهر نتائج الجدول (3) أن معظم فقرات مقياس الوجود النفسي الممتلئ ترتبط ارتباطاً دالاً إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) مع أبعادها، باستثناء الفقرتين (25–26)، وقد تم حذف الفقرتين ليصبح المقياس بصورته النهائية مكوناً من (36) فقرة، وقد تراوحت معاملات الارتباط بين الفقرة والبعد بين (0.31-0.76)، كما تظهر نتائج الجدول نفسه أيضاً أنَّ معظم الأبعاد ترتبط ارتباطاً دالاً إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) مع الدرجة الكلية للمقياس، وقد تراوحت معاملات الارتباط بين الفقرة والدرجة الكلية (0.30-0.72)، وتُعَدُّ مؤشرات مناسبة للحكم على صدق الأداة.

دلالات ثبات مقياس الوجود النفسي الممتلئ:

جدول (4) معاملات ثبات مقياس الوجود النفسي الممتلئ بطريقتي الاختبار وإعادة الاختبار وكرونباخ ألفا

الأبعاد	عدد الفقرات	ترتيب الفقرات	الإختبار– وإعادة الإختبار	كرونباخ ألفا
بعد السعادة	19	19–1	**0.85	0.82
بعد الرضا عن الحياة	17	36–18	**0.92	0.88
الدرجة الكلية	36	36–1	**0.93	0.89

تم استخلاص مؤشرات ثبات المقياس باستخدام ثبات الاستقرار (الاختبار وإعادة الاختبار)، حيث تم تطبيق المقياس على العينة الاستطلاعية، وإعادة تطبيقه على نفس العينة بفاصل زمني بلغ أسبوعين، وتم إيجاد معاملات الارتباط بين التطبيقين، كذلك تم حساب ثبات الاتساق الداخلي باستخدام معادلة كرونباخ ألفا (Cranach Alpha) والجدول (4) يبين النتائج:

تظهر نتائج الجدول (4) أن معاملات ثبات الاختبار وإعادة الاختبار بين التطبيقين لمقياس الوجود النفسي الممتلئ على القياس الكلي بلغت (0.93)، وللأبعاد تراوح بين (0.85-0.92) في حين بلغت قيم الاتساق الداخلي للمقياس ككل باستخدام معامل كرونباخ ألفا (0.89) وللأبعاد تراوح بين (0.82-0.88)، ممَّا يؤكد تمتّع مقياس الوجود النفسي الممتلئ بدرجة مناسبة من الثبات، وتُعَدّ مناسبة لأغراض الدراسة الحالية.

تصحيح مقياس الوجود النفسي الممتلئ

تكون المقياس بصورته النهائية من (36) فقرة، وللمقياس بُعدان هما: بعد السعادة وبعد الرضا عن الحياة، وقد رتبت الخيارات بين (موافق بشدة، موافق، محايد، غير موافق، غير موافق بشدة) بحيث اعتبرت معظم الفقرات إيجابية، وأعطيت لها الدرجات (5، 4، 3، 2، 1) بينما كان هناك بعض العبارات السلبية، ويتم من خلالها عكس الإجابة فيها وهي الفقرات التالية: (10، 13، 16، 17، 22، 24، 26، 29، 30، 32). وبذلك فإن الدرجة الكلية التي يُمكن أن يحصل عليها الفرد على المقياس تتراوح بين (36–180) درجة. ويتم التعامل مع المقياس من حيث المدى أكبر قيمة – أصغر قيمة / عدد الخيارات. حيث أن 5–3/1= 1.33

تمثل الدرجة من (1–2.33) المستوى المتدني من الوجود النفسي الممتلئ.

تمثل الدرجة من (2.34–3.66) المستوى المتوسط من الوجود النفسي الممتلئ.

تمثل الدرجة من (3.67–5) المستوى المرتفع من الوجود النفسي الممتلئ.

اجراءات الدراسة:

لتحقيق أهداف البحث قام الباحث بما يلي:

1. الرجوع لأدبيات البحث والدراسات السابقة التي تناولت متغيرات البحث بهدف: تحديد مشكلة البحث، وأهدافه، وأهميته، ومنهجه، وكتابة الإطار النظري والدراسات السابقة.
2. تحديد مجتمع وعينة البحث وطريقة اختيار العينة.
3. تطوير أدوات الدراسة والتحقق من الخصائص السيكومترية لها.
4. تطبيق الدراسة على أفراد العينة لمدة شهرين.
5. تحليل النتائج وتفسيرها.
6. الوصول إلى خلاصة النتائج وكتابة التوصيات والمقترحات البحثية.

نتائج الدراسة ومناقشتها:

السؤال الأول: ما مستوى السلوك الصحي والوجود النفسي الممتثلي لدى عينة من النَّاجيات من السرطان في الاردن؟

وللإجابة على هذا التساؤل المرتبط بالسلوك الصحي تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد عينة الدراسة، ويوضح جدول (5) نتائج السؤال.

جدول (5) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأداء أفراد الدراسة على مقياسي السلوك الصحي والوجود النفسي الممتلئ لدى الناجيات من سرطان الثدي في الاردن

المقياس	المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التقدير	الترتيب
السلوك الصحي	النظافة	3.05	0.94	متوسط	3
	النشاطات والتمارين	3.19	0.87	متوسط	2
	الغذاء والدواء	3.30	0.82	متوسط	1
	الدرجة الكلية	3.20	0.59	متوسط	

المقياس	المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التقدير	الترتيب
الوجود النفسي الممتلئ	الرضا عن الحياة	3.30	0.66	متوسط	3
	السعادة	2.69	0.79	متوسط	2
	الدرجة الكلية	2.99	0.51	متوسط	

يتبين من نتائج السؤال الأول أن النَّاجيات من سرطان الثدي قد حققن درجة متوسطة من السلوك الصحي، بمتوسط حسابي (3.20) وانحراف معياري (0.59) وقد جاءت أيضاً الأبعاد متوسطة، وبلغ أعلى متوسط في الغذاء والدواء بمتوسط حسابي (3.30) وانحراف معياري (0.82)، ممَّا يدلُّ على أنهنَّ يسعين بعد النجاة من سرطان الثدي المحافظة على السلوك الصحي لاعتقادهن أن السلوك الصحي المناسب يمكن أن يقيهن من إعادة المرض من جديد، ويأخذن بنصائح وتوجيهات الأطباء المتعلقة بالسلوك الصحي، وهذا ما جعلهن يعملن على تحسين سلوكهن الصحي. ومن خلال النتيجة السابقة يبدو أنهت يقمن بالعمل على المحافظة على صحتهن وتنميتها بدرجة متوسطة، من خلال القيام ببعض الأعمال والنشاطات المخطط لها والمقصودة وبشكل متكرر، ويؤثر في قيامهن بالسلوك الصحي العديد من العوامل ومنها العمر، والمجتمع، والتعليم، والمستوى الثقافي، ومنظومة القيم، وحتى الطقس يلعب دوراً في قيامهن بالسلوك الصحي.

ويمكن تفسير النتيجة الحالية بالاعتماد على التوجيهات والنصائح التي تتلقاها النَّاجيات من الأطباء والأسرة، مما جعلهن يسعين للعمل على المحافظة على أنواع عديدة من السلوك الصحي وبدرجة متوسطة، ومنها الالتزام بنظام غذائي متزن وتناول الدواء في الوقت المناسب والشكل الذي يقرره الطبيب.

وتتفق نتائج السؤال الحالي جزئياً مع دراسة (Rabia, 2008) حول ترتيب مظاهر السلوك الصحي، ومع دراسة (الصبوة والدق، 2009).

كما يتبين من نتائج السؤال الأول، أن النَّاجيات من سرطان الثدي قد حققن وجوداً نفسياً ممتلئاً بدرجة متوسطة بمتوسط حسابي بلغ قيمته (2.99) وانحراف معياري (0.51) كما بلغت الأبعاد درجة متوسطة سواء الرضا عن الحياة أو السعادة، وعند النظر في هذه النتيجة يتبين أن النَّاجيات قد شعرن بمستوى متوسط من السعادة والرضا عن الحياة عموماً بسبب النجاة من السرطان، ولكن جاءت بدرجة متوسطة حيث ما زال لديهن بعض القلق والتوتر من عودة المرض من جديد.

ويبدو من خلال النتيجة الحالية أن النَّاجيات يسعين للوصول إلى السعادة والرضا عن الحياة وتقبل الواقع على ما هو عليه، ويبحثن عن طيب العيش، سواء في القدرة على اتخاذ القرارات الشخصية، أو التعامل مع الذات أو مع الآخرين، ويحاولن الوصول إلى مستوى من الرفاهية والمرغوبية بغض النظر عن المحنة التي ألمت بهن.

ويمكن تفسير النتيجة الحالية كون النَّاجيات يسعين لتجاوز الوضع السابق والتأقلم مع الحياة الجديدة ويستفدن من الدعم والمساندة التي يتلقينهن في بيئة الكرك من المجتمع كون المجتمع في الأردنّ ما زال يهتم بالضعيف ويساعده لتجاوز مشكلاته.

وتتفق نتائج الدراسة مع نتائج دراسة (Khalil, 2019) التي أشارت إلى مستوى متوسط من الوجود النفسي الممتلئ.

السؤال الثاني: ما مقدار ما تفسره أبعاد السلوك الصحي في الوجود النفسي الممتلئ لدى عينة من النَّاجيات من سرطان الثدي في الأردن؟

وللتعرف على مدى مساهمة أبعاد السلوك الصحي في تحسين الوجود النفسي الممتلئ لدى النَّاجيات من سرطان الثدي في الأردنّ استخدم تحليل الانحدار المتعدد، بطريقة (Enter)، وذلك كما يتضح من خلال الجدول (6).

جدول (6) القدرة التنبؤية لأبعاد السلوك الصحي
بالوجود النفسي الممتلئ لدى النَّاجيات من سرطان الثدي في الأردنّ

البعد	معامل الانحدار المعياري بيتا	بيتا β (معامل الارتباط)	قيمة T	مستوى الدلالة	معامل الارتباط المتعدد R	R2 معامل التحديد
النظافة	0.48	0.62	6.28	0.00	0.62	0.39
النشاطات والتمارين	0.02	0.21	1.65	0.10	0.21	0.05
الغذاء والدواء	0.25	0.39	3.38	0.00	0.39	0.16

يتبين من الجدول السابق أن (62%) من التباين في الوجود النفسي الممتلئ أمكن التنبؤ بها باستخدام أبعاد السلوك الصحي، كما بينت النتائج أنَّ معاملات الارتباط كانت موجبة لدى النَّاجيات من السرطان، وأعلى تنبؤاً بالوجود النفسي الممتلئ من خلال بعد النظافة بنسبة مئوية بلغت(39%)، بمعنى أنَّه كلما كانت النَّاجيات من سرطان الثدي محافظات على نظافتهن دلَّ ذلك أنهن يشعرن بالرضا والسعادة والوجود النفسي الممتلئ، وتبعَ الغذاء والدواء فالناجيات من سرطان الثدي يعملن على تناول الغذاء الصحي والدواء المناسب وبالوقت والكمية المناسبة، بينما لم يكن بعد النشاطات والتمارين دالاً إحصائياً حيث بلغت قيمة ت (1.65)، وقد تنبأ فقط ب(5%) من الوجود النفسي الممتلئ.

ويمكن تفسير النتيجة الحالية؛ لأنَّ النَّاجيات إذا امتلكن سلوكاً صحيّاً مناسباً سيدلّ ذلك على أنَّ لديهنَّ رغبة في البقاء والسعادة والرّضا عن الحياة، بينما لو امتلكن سلوكاً صحيّاً غير مناسبٍ، فهو يدلُّ على رغبتهن في عدم العيش والاستمرار في الحياة، وكون المتغيرين إيجابيين فزيادة أحدهما تؤدي إلى زيادة الآخر.

وتتفق نتائج الدراسة جزئياً مع نتائج دراسة (Maqdadi, 2015) التي وجدت علاقة بين التفكير الأخلاقي والوجود النفسي الممتلئ، كما تتفق مع نتائج دراسة (Ammar, 2016) التي أشارت إلى دور علم النفس الإيجابي في المحافظة على السلوكات الإيجابية، كما تتفق جزئياً مع نتائج دراسة (السيد، 2017) التي توصَّلت إلى وجود علاقة بين الوجود النفسي الأفضل والأمل والترويحأيضاً مع نتائج دراسة (Jeffery, 2003) التي أشارت إلى أنَّ انخفاض مستوى الضغوط النفسي يقلّل من القدرة على الوصول إلى السلوك الصحي المناسب، وتتفق كذلك مع نتائج دراسة سكورد وشوارزير (Schorder & Schwarzer, 2005) التي أشارت إلى أنَّ العلاقة بين التحكم الذاتي والسلوك الصحي هي علاقة مرتبطة ارتباطاً إيجابياً، وتتفق كذلك مع نتائج دراسة(الفخرانـــي، 2008) حول العلاقة بين تأكيد الذات والسلوك الصحي.

السؤال الثالث: هل هناك فروق في السلوك الصحي والوجود النفسي الممتلئ لدى عينة من النَّاجيات من سرطان الثدي في الأردنّ باختلاف الحالة الاجتماعية (متزوجة، عزباء)؟

للإجابة عن هذا السؤال فقد تم استخدام اختبار (ت) (t-test) لفحص الفروق بين متوسطات الأداء للدلالة الإحصائية على الوجود النفسي الممتلئ والسلوك الصحي، لدى النَّاجيات من سرطان الثدي في الأردنّ تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية، والجدول (7) يوضح ذلك.

الجدول (7) نتائج اختبار (ت) لمتوسطات الأداء في الوجود النفسي الممتلئ والسلوك الصحي لدى النَّاجيات تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية

المقياس	طبيعة العمل	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة المتغير(ت)	مستوى الدلالة
السلوك الصحي	عزباء	28	2.99	0.56	62	−2.57	0.01
	متزوجة	36	3.36	0.57			
الوجود النفسي الممتلئ	عزباء	28	2.97	0.53	62	−0.39	0.70
	متزوجة	36	3.01	0.49			

يظهر من الجدول (7) أنَّ الوجود النفسي الممتلئ، والسلوك الصحي لدى النَّاجيات من سرطان الثدي لم يكن دالاً إحصائياً في الوجود النفسي الممتلئ بين العزباوات والمتزوجات، حيث بلغت قيمة ت (0.39)، وهي غير دالة، بينما السلوك الصحي كان دالاً ولصالح المتزوجات اللواتي يبدو أنهنَّ يتلقَّين دعماً ومساندة اجتماعية من قبل أزواجهنَّ؛ للمحافظة على السلوك الصحي حيث بلغت قيمة ت (2.57)، وهي قيمة دالة إحصائياً. ويمكن تفسير النتيجة الحالية؛ لأنَّ المتزوجات يتعاملن مع الأزواج والأولاد والأقارب، وهذا يشكّل عاملاً إيجابيّاً في كثير من الحالات، بينما العزباوات ربما يفكّرنَ بالمستقبل، وبالبحث عن الارتباط بشريك أو بطبيعة حياتهن لو عاد المرض للظهور، ويفكّرن بكمية التعب والإرهاق والإنهاك التي يمكن أن تصيب المقربين منهنَّ في ذلك الوقت؛ لذلك لم يكن اهتمامهنَّ بالدرجة نفسها في ممارسة سلوكيات صحية سوية.

وتتفق النتيجة في السلوك الصحي مع دراسة (Nawwar, 2013) التي أشارت إلى دور المساندة الاجتماعية في السلوك الصحي.

التَّوصياتُ:

توصي الدّراسة الحالية بما يأتي:

1. ضرورة العملِ على تنميةِ السلوكِ الصّحي لدى النَّاجيات من سرطان الثدي؛ لأنَّه سينعكس على الوجود النفسي الممتلئ لديهنَّ.
2. الاهتمام بفئة النَّاجيات غير المتزوجات اللواتي نَجونَ من سرطان الثَّدي، وخاصة فيما يرتبطُ بالسّلوك الصّحي لديهنَّ.
3. إجراء دراسات تتناول برامج إرشادية تشمل النَّاجيات من سرطان الثدي؛ لزيادة السلوك الصحي والوجود النفسي المُمتلئ لديهنَّ.

المراجع

الأسمري، عبدالسلام عبدالله (2013). *علاقة أساليب العزو والتفاؤل بالأمن النفسي لدى مرضى السرطان "دراسة مسحية إكلينيكية"*. (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

أبو النيل، هبة (2008). الذكاء الوجداني والسلوك الصحي لدى مريضات ضغط الدم المرتفع دراسات نفسية، *رابطة الاخصائيين النفسيين المصرية*. 18(1)، 49-109

أحمد، تمارا (2019). العقلية النفسية والوعي بالانفعال وعلاقتهما بالوجود النفسي الممتلئ لدى طلبة الجامعة. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة ديالى، العراق.

أحمد، جبر (2004). *الصحة العامة وطب المجتمع*. القاهرة: بل برنت للطباعة والتصوير.

أحمد، مازن والنفاخ، نزار والجنابي، سلمان (2008). السلوك الصحي واتجاهاته لدى الرياضيين. *مجلة علوم التربية الرياضية*. 7(1)، 86-121.

السيد، فاطمة. (2017). *أثر الامل والترويح في تحقيق الوجود النفسي الافضل لدى عينة من المسنين السعوديين بجدة*. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الملك عبد العزيز، جدة.

الصبوة، محمد والمحمود، شيماء (2007). بعض المتغيرات المعرفية والمزاجية المنبئة بممارسة السلوك الصحي الإيجابي والسلبي لدى عينة من طلاب جامعة الكويت. *دراسات عربية في علم النفس*، 7(4)، 685-730.

الصبورة، محمد والدق، أميرة (2009). الفروق بين مرضى الكبد الفيروسي س المزمن والأصحاء في بعض أنماط السلوك الصحي وفعالية الذات والحالة العقلية. *مجلة دراسات عربية*، رابطة الاخصائيين النفسيين، 8(2)، 263-314.

صمادي، أحمد والصمادي، محمد (2011). مقياس السلوك الصحي لطلبة الجامعات الأردنية. *المجلة العربية للطب النفسي*، 22(1)، 83-88.

عبد الكريم، عزة (2002). تقييم الذات وعلاقته بكل من الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى المسنين. *دراسات عربية في علم النفس*. القاهرة، 1(2)، 185-209.

العرج، منى (2017). استراتيجيات التدبر وعلاقتها بالطمأنينة الانفعالية لدى عينة من مرضى السرطان بالمنطقة الوسطى (دراسة ارتباطيه – مقارنه). *مجلة البحث العلمي في التربية*. 18(11)، 289–310.

الفخراني، خالد (2008). *تأكيد الذات وعلاقته بالسلوك الصحي لدى المسنين*. المؤتمر السنوي الخامس لقسم علم النفس–تطبيقات العلوم النفسية ومشكلات المجتمع، 4–6–مايو، 53–91، جامعة طنطا، مصر.

المشعان، سلطان عويد وخليفة، عبد اللطيف محمد (1999). تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب بين طلاب جامعة الكويت، *مجلة مؤتمر الخدمة النفسية والتنمية*، الكويت، جامعة الكويت.

References:

Gable, S. & Haidt, J. (2005). What (and Why) is Positive Psychology? *Review of General Psychology*. 9(2), 103-110

Jaber, Jaber (2004). Self-esteem & its relationship with the better existence among cancer patients in comparison with healthy individuals. *Arab Studies in Psychology*, 3 (2), 11-89.

Kahn, R. & Juster, F. (2002). Well–Being: concepts and measures. *Journal of Social Issues*. 58(4), 627-644.

Karima, N. (2017). The importance of health education in improving the nature of the attitudes of chronic patient towards healthy behavior. *the Journal of Studies in Health Psychology*. The University of Algiers, 4(1), 27-43.

Karima, S. & Mas'oudi, T. (2016). The healthy beliefs and their relationship with the trend towards healthy behavior among the patients with coronary heart disease. *Psychological Studies*. Al-Basira Center for Research, 13, 143-158.

Khalil, A. (2019). Self-monitoring & the best psychological existence among the university students with high and low suggestibility. *The Journal of the Faculty of Basic Education*. 75(1), 334-380.

Khoshaba, D., Amp. A. & Maddi, S. (1999): Early Antecedents of Handiness Consulting. *Psychology Journal*. 51 (2), 106-117.

Martinez, J. (2003). *Predictors of psychological well-being: Stress, coping strategy, and. self-monitoring . M.S.*, California State University.

Miqdadi, Y. (2015). moral thinking & its relationship with the full psychological existence and positive social behavior. *The Jordanian Journal of Educational Sciences*. 11 (3), 269-384.

Nawwar, S. (2013). The role of social support in modifying the relationship between healthy behavior and Physical pain among diabetic patients. *The Journal of Human and Social Sciences*. 13, 139-162.

Ng, D. & Jeffery, R. (2003). Relationships between perceived stress and health behaviors in a sample of working adults. *Health psychology*. 22(6), 638.

Rabia, H. (2008). Self-control of habits as a mediator between some personal variables and the practice of healthy behavior among heart diseases patients. *The Journal of the fifth annual conference for the Department of Psychology - Applications of psychological sciences and community problems*. 4-6 - May, 535-587 the University of Tanta , Egypt.

Rashid, T. & Anjum, A. (2008). *Positive Psychology for young adults and children*, in, j, abele & b, hankin (eds), handbook of depression in children and adolescent (pp 250- 287) new York: Guilford press.

Rittenberg, C. (1996). Helping children cope when a family member has cancer. *Supportive care in cancer*. 4(3), 196-199.

Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*. 57(6), 1069.

Schwartz, M. (1988). *Cancer What are its types and how to combat it*. translated by Emad Abu As'ad. Beirut: the Arab House for Science and Publishing.

Sheldon, K. & King, L. (2001). Why positive psychology is necessary. *American Psychologist*. 56, 216-217.

Shively, M., Kodiath, M., Smith, Y., Kelly, A. Bone, P., Fetterly, L., Gardetto,N., Shabetai, R., Bozzette, S. & Dracup, K. (2005). Effect of Behavior Managmenrton Quality if Life in Mild Heart Failure: A randomized Controlled Traial. *Journal of Patient Education couns*. 58(1), 27-34.

Shoukri, M. (2004). *The healthy Behavior between Individual Choice and National Commitment*. The Researches for the first Conference of the Department of Psychology. The Faculty of Arts, the University of Tanta , 183-204.

Shoukri, M. (1999). The healthy behavior patterns as coping methods to deal with difficulties. *Psychological studies*. 9 (4), 559-584.

Taylor, S. & Aspinwall, L. (1990). *Psychological aspects of chronic illness*. In Costa, P. & Vanden Bos, G. (eds.). Psychological aspects of serious illness: chronic conditions, fatal diseases, and clinical care (3-60). Washington. DC: American Psychological Association.

The Saudi association for combating cancer (2013). *All that you need to know about cancer*. Al-Riyadh, the Saudi charitable association for combating cancer.

Zagtoot, R. (2014). The attitude towards healthy behavior and its relationship with religiosity among diabetics and high blood pressure patients in Borqala. *The Journal of Human and Social Sciences*. the University of Qasdi Mrabah, 17(1), 279-294.