الصمود النفسي كمتغير وسيط بين الوصمة المرتبطة بالصحة والعافية النفسية لدى عينة من المصابات بأورام الثدي السرطانية وأورام الدم السرطانية والسمنة

د./ نجوى إبراهيم الشناوي – د./ أميرة محمد الدق

قسم علم النفس – جامعة طنـطا

ملخص :

أجريت الدراسة الحالية بهدف فحص الصمود النفسي كعملية وسيطة بين الوصمة المرتبطة بالصحة والعافية النفسية لدى عينة من المصابات بأورام الثدي السرطانية وأورام الدم السرطانية والسمنة، والتعرف على دور الصمود النفسي في فهم العلاقة السببية بين الوصمة المرتبطة بالصحة والعافية النفسية، وقدرته على التنبؤ بكل من الوصمة المرتبطة بالصحة والعافية النفسية. واتبعت الدراسة المنهج غير التجريبي (الوصفي الارتباطي). على عينة قوامها (١٢٦) مشاركة، تراوحت أعمارهن ما بين (١٩-٦٩) سنة. وتكونت أدوات الدراسة من ثلاثة مقاييس وهي؛ قائمة الوصمة المرتبطة بالصحة تأليف الباحثة الأولي، واستخبار الصمود النفسي تأليف الباحثة الثانية، واستخبار العافية النفسية تأليف الباحثة الأولي، بالإضافة إلى المقابلة المبدئية للفرز والتصنيف. وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة ذات دلالة إحصائيةً بين الوصمة المرتبطة بالصحة والصمود النفسي، كما وجد ارتباط سالب دال إحصائياً بين الوصمة المرتبطة بالصحة والعافية النفسية، وكذلكوجد ارتباط موجب دال إحصائياً بين الصمود النفسي والعافية النفسية وذلك لدى عينات الدراسة الثلاث. كما كشفت النتائج عن إسهام الصمود النفسي في التنبؤ بكل من الوصمة المرتبطة بالصحة والعافية النفسية لدى عينات الدراسة الثلاث. كما أسفرت نتائج تحليل التباين البسيط عن وجود فروق جوهرية دالة إحصائياً بين المجموعات الثلاثة على كل من الوصمة المرتبطة بالصحة والصمود النفسي والعافية النفسية.

الكلمات المفتاحية: الوصمة المرتبطة بالصحة، والصمود النفسي، والعافية النفسية، وأورام الثدي السرطانية، وأورام الدم السرطانية، والسمنة.

مقدمة :

تواجه الأمراض المزمنة الفرد بعديد من التحديات، كالآثار الجسمية والآلام المصاحبة للأمراض المزمنة. وكذلك العواقب السيئة لبعض الأساليب الطبية لعلاج أعراض الأمراض المزمنة (كالعلاج الكيميائي للأورام السرطانية)، وصعوبة الالتزام بهذه الأساليب العلاجية (كعلاج مرض البول السكري). وبالإضافة إلى ذلك، يميل المصابون بالأمراض المزمنة لتعرضهم لمشكلات اجتماعية وانفعالية ناتجة عن الإصابة بالمرض المزمن. وبالتالي يمكن للتدخلات النفسية أن تتجه نحو تخفيف الألم أو التحكم فيه (روبرت أيدلمان، ٢٠٠٠، ٥٧٩).

وبالإضافة إلى هذه التحديات الجسدية، والنفسية يمكن للمصابين بأمراض مزمنة أن يمروا بخبرة الوصمة المتوقعة، وانخفاض قيمتهم الاجتماعية[1]،أو عدم الثقة والاعتماد عليهم بسبب مرضهم. ويواجهون أشكالاً مختلفة من الوصمة في سياقات اجتماعية متنوعة، والتي تكون ضارة؛ خاصة التي قد تحدث داخل أماكن الرعاية الصحية إلى الحد الذي تعمل فيه هذه الوصمة كحاجز أمام الإقبال على الرعاية الصحية المنتظمة، والتي يمكن أن تكون حاسمة للسيطرة على أعراض المرض المزمن، ويؤدي انخفاض الإقبال على الرعاية الصحية بدوره إلى إضعاف العافية العامة للأشخاص المصابين بأمراض مزمنة **(Earnshaw & Quinn, 2012, 157)**.

فعبر الزمان والثقافات، يتخذ الناس مواقف سلبية تجاه بعض الظروف الصحية، كالتمييز ضد الأفراد الذين يعانون من السمنة، والأمراض النفسية، وفيروس نقص المناعة البشرية[2]/ أو زملة نقص المناعة المكتسبة[3]، والسرطان، وكذلك المدخنين. وقد وصف عالم الاجتماع "إرفينج جوفمان" **Erving Goffman (1963)** هذا التصرف السلبي والتمييزي، بالوصمة والتي عرفها بأنها انخفاض قيمة الفرد استناداً لبعض الخصائص التي يتصف بها أو يحصل عليها، كما لو كان يعُتقد أنه ليس بشراً إلى حد بعيد (أي كما لو كان لابد وأن يكون كاملاً في كافة الجوانب) **(Takada, 2012, 45)**. كما ينجم وصم الذات[4]عن الوعي بالوصم العام[5]، حيث أن الأشخاص الذين لديهم حالات موصومة يكونوا واعين تماماً بانخفاض قيمتهم الاجتماعية المرتبطة بحالتهم **(Bos, Pryor, Reede, & Stutterheim, 2013, 3)**. كما يحدث للمصابين بالسمنة على سبيل المثال، حينما لا يتقبلون مظهرهم كما هو ويعتبرونه تشويهاً لأجسادهم وأشكالهم (صبرينة سعدون، ٢٠١٧، ١).

1. The Social Devaluation.
2. Human Immuno Deficiency Virus (HIV).
3. Acquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS).
4. Self-Stigma.
5. Public Stigma.

وقد ظهرت النظرية الاجتماعية للوصمة في كتاب الوصمة لـ "جوفمان"، والتي كانت رائدة ومؤثرة في علم الاجتماع – حيث نشأت – وأثرت أيضاً في مجالات أخرى، بما فيها مجال الطب، والعلوم الصحية، وعلم الجريمة، وعلم النفس. فكانت البحوث التي أجريت – منذ مقال "جوفمان" المنهجي عن إدارة الهوية المعيبة – مثمراً بشكل لا يصدق، فقد زودت المقالة كثيراً من الأبحاث بمعلومات حول طبيعة الوصمة، ومصادرها، وعواقبها. وظهر ذلك في زيادة كبيرة لأعداد الدراسات في قواعد البحث مثل **(Medline)**، و**(PsychInfo)** التي تشير إلى الوصمة في عناوينها أو ملخصاتها ففي عام ١٩٨٠ كانت أعداد الدراسات ١٩ في الأولي، ١٤ في الثانية، وفي عام ١٩٩٠ كانت أعداد الدراسات٤٨، و٨١، وفي عام ١٩٩٩ كانت أعداد الدراسات ١١٤، و١٦١ على التوالي. مما أدى إلى تفصيل وتنقيح المفاهيم التصورية، والشرح المتكرر للتأثير السلبي للوصمة على حياة الموصوم. وتم تطبيق مفهوم الوصمة على عديد من الحالات والظروف التي تراوحت من سلس البول إلى الجذام، والسرطان، والأمراض النفسية. وقدم العلماء من بعد نظرية "جوفمان" نظريات ونماذج* تتعلق بأسباب، وعمليات، ونتائج الوصمة المرتبطة بالصحة من خلال مجموعة متنوعة من المناهج الصارمة والأطر النظرية، ووضع الوصمة على مستويات عدة منها الفردي، وبين الشخصي، والاجتماعي، والسياسي (**Bos, Pryor, Reede, & Stutterheim, 2013, 1; Takada, 2012, 45; Link & Phelan, 2001, 363-364**).

وتشتمل معظم تعريفات الوصمة على مكونين أساسيين هما؛ الاعتراف بالاختلاف، وانخفاض قيمة الشخص. فوفقاً لوجهة نظر "جوفمان" الوصمة الاجتماعية بمفهومها الشامل، تجعل الشخص الموصوم غير مرغوب فيه، وتحرمه من التقبل الاجتماعي أو تأييد المجتمع له، لأنه شخص مختلف عن بقية الأشخاص، ويظهر هذا الاختلاف في خاصية من خصائصه الشخصية أو الجسمية أو العقلية أو النفسية أو الاجتماعية (عبد الله الدراوشة، ٢٠١٠، ١٧–١٨).

ويؤكد الباحثون أن الوصمة تحدث في نطاق التفاعلات الاجتماعية؛ فالوصمة لا تكمن بالشخص فقط ولكن بالسياق الاجتماعي أيضاً، فما يسبب الوصم في سياق اجتماعي ما قد لا يكون واصماً في موقف أو سياق آخر. ويوصم الشخص من قبل الآخرين منذ النظرة الأولى؛ عندما يُدرك على أنه مختلف عن المعيار العادي فتلصق به الوصمة. والوصمة ليست مجرد علامة جسدية بل هي صفة أو خاصية تؤدي إلى استنكار واختلاف مجتمعي واسع الانتشار، ينتج عنه "هوية اجتماعية معيبة أو مختلة"[٦]. ويمكن أن يكون الوصم صريحاً[٧]؛ يظهر في هيئة نفور من التفاعل، وتجنب، ورفض اجتماعي، وانتقاص من الشخص[٨]، وتشويهه أو تلويثه[٩]، وتجريده من

* والتي سوف يتم عرضها ضمن النظريات والنماذج المفسرة لمفهوم الوصمة المرتبطة بالصحة.

6. Spoiled Social Identity.
7. Overt.
8. Discounting.
9. Discrediting.

بشريته[10](أي اعتباره كاملاً)، وتجريده من خصائصه الفردية وتحويله لصورة نمطية. ويمكن أن يكون الوصم غير مباشر؛ يظهر في هيئة تعبيرات غير لفظية بعدم الراحة (مثل، نقص التواصل البصري)، والتي تؤدي إلى توتر التفاعلات الاجتماعية بين الموصوم وغير الموصومين (علاء الدين أبو جربوع، ٢٠٠٥، ٤٤؛ **Bos, Pryor, Reede, & Stutterheim, 2013, 1**).

وقد استخدمت السياسات الصحية والاجتماعية الوصمة المرتبطة بالصحة، بشكل ضمني أو صريح لمنع الأشخاص عن ممارسة السلوكيات غير الصحية بهدف تحسين صحة السكان. ومن الأمثلة البارزة على ذلك توصية وزير الصحة العامة البريطاني بأن يستخدم مهنّي المجال الصحي مصطلح (البدانة **Fat**) بدلاً من (السمنة **Obese**) للحث على دور "المسؤولية الشخصية" من جانب الأشخاص البدناء في اكتسابهم للمرض. وعلي الرغم من ذلك؛ واجهت هذه التوصية انتقادات من قبل خبراء الصحة لأن مثل هذا النوع من التوصيات يمكن أن توصم أولئك الذين يعانون من زيادة الوزن. وهو ما حدث أيضاً مع مرضي سرطان الرئة على وجه التحديد؛ فالمواقف السلبية تجاه التدخين كنتيجة للسياسة الصحية والترويج لها على مدى العشرين سنة الماضية؛ يمكن القول أنها قد ساهمت في وصم مرضى سرطان الرئة. وقد نجحت هذه التوجهات في تحول المفاهيم العامة، فأصبح ينظر إلى التدخين الآن على نطاق واسع على أنه أمر غير مرغوب فيه، وفي العمل النوعي يوصف غير المدخنين المدخن بأنه "غير نظيف" و"مضاد للمجتمع" و"غير مقبول"، ومع ظهور معظم سرطانات الرئة الناجمة عن التدخين، فغالباً ما ينظر إلى سرطان الرئة على أنه مرض ذاتي الإصابة. وقد تم الإشارة أيضاً إلى أن العدد المتزايد لحملات الصحة العامة – المصممة على أساس تثقيف العامة بعوامل الخطر السلوكية للإصابة بالسرطان (مثل التدخين، والبدانة، وفيروس الورم الحليمي البشري[11]) – من المحتمل أن تولّد الوصمة، لأن هذه الحملات الصحية مضمونها يرتكز على أن السرطانات يمكن تجنبها (**Gupta, Dhillon, Govil, Bumb, Dey & Krishnan, 2015, 6142; Marlow, Waller & Wardle, 2015, 2; Marlow & Wardle, 2014, 13; Takada, 2012, 45**).

وقد تناولت دراسات نوعية وكمية مختلفة وصمة المرض المزمن؛ لأمراض مزمنة محددة، منها آلام الظهر المزمنة، وأورام الثدي السرطانية، وسرطان القولون، والصداع النصفي المزمن، ومرض الانسداد الرئوي المزمن، وتليف الكبد، والألم المزمن، والصرع، والأمراض النفسية، وداء باركنسون أو الشلل الرعاش. كدراسة "فيلن" وزملائه(**Phelan et al., (2013)** ، و"بيدي" وزملائه **Bedi et al., (2016)** ، و"فون–ساندلر" وزملائه **Vaughn-Sandler et al., (2014)** ، و"وايج" وزملائه **Waugh et al., (2014)** ، و"ألونسو" وزملائه **Alonso et al., (2008)**. وقد كانت نسب انتشار وصمة المرض

10. Dehumanization.
11. Human Papillomavirus.

المزمن (الوصمة المتوقعة[12]أو المدركة[13]) في تلك الدراسات ليست بالقليلة ١٣,٥٪ عبر ١٦ بلداً من بلدان المسح الصحي العالمي، و ٢٢,١٪ في البلدان النامية و١١,٧٪ في الدول المتقدمة، و١٤,٨٪ خلال ١٢ شهراً بين مرضى الاضطراب النفسي، و٣٨٪ بين مرضى الألم المزمن، و٨٩٪ بين مرضى تليف الكبد. كما تبين ارتباط الوصمة المتوقعة بالنتائج الصحية السلبية؛ حيث وجد أن الأشخاص المصابين بأمراض مزمنة (كمرض السكري، وأمراض الأمعاء الالتهابية، والربو) الذين لديهم شعور بوصم الذات، ومروا بخبرة الوصم من العاملين في مجال الرعاية الصحية؛ توقعوا الوصم بشكل أكبر من جانب العاملين في مجال الرعاية الصحية، وبالتالي كان حصولهم على الرعاية الصحية أقل (**Peltzer & Pengpid, 2016, 423-424**).

وقد توصل عديد من الدراسات "بيرجر" وزملائه **Berger et al., (2001)**، و"شابل" وزملائه **Chapple et al., (2004)**، "كونراد" وآخرون **Conrad et al., (2006)**، وغيرهم إلى أن الأشخاص المصابين بأمراض مزمنة يعانون من خبرة الوصمة الداخلية، والمكتسبة، والمتوقعة من قبل الأصدقاء وأفراد العائلة (كالاستبعاد الاجتماعي)، ومن قبل زملاء العمل (كالتمييز في مكان العمل، والترقيات، والأجور، والمضايقة، والإقالة)، وفي أماكن الرعاية الصحية من قبل العاملين في الرعاية الصحية (كتلقي رعاية ضعيفة، وحرمانهم من الرعاية، ومعاملتهم بشكل مختلف) (**Earnshaw, Quinn, Kalichman & Park, 2013, 272; Earnshaw & Quinn, 2012, 158**).

وقد اجتذب السرطان اهتماماً أقل للبحث على الرغم من أنه يتناسب تماماً مع تصنيف "جوفمان" للوصمة باعتباره يحدث تشوها جسديا أو لتكرار وصفه بأنه "شيء بغيض أو قبيح بالجسم". وغالباً ما يتم وصفه من قبل مرضي السرطان بأنه حالة واصمة، ويؤكدون على ذلك، ويعتبرونه شيئا مفزعا، ويشعروا في بعض الأحيان بتجنب الآخرين لهم بمجرد أن يتم تشخيصهم بالسرطان (**Knapp, Marziliano, & Moyer, 2014, 1**). وقد ازدادت المعرفة العلمية بطبيعة المرض ووصمته، وأوضح الباحثون أن من الأنسب فحص وصمة السرطان، باعتبارها "معقدة ومتباينة"، وتختلف حسب نوع السرطان وعبر عوامل متنوعة مثل الأسباب، والعلاجات، والنتائج (**Marlow & Wardle, 2014, 12**). فهناك أنواع من السرطانات – كسرطان الرئة – تجتذب أو تجلب وصماً مرتفعاً عن باقي أنواع السرطانات لارتباطه عادة بالتدخين كما سبق الإشارة (**Carter-Harris & Hall, 2014, 666**).

وقد أكد كل من "جوليان، ويوسف"**Gulyn & Youssef (2010)**، و"فوديرماير، وإسبلين، وماهيو" **Vodermaier, Esplen & Maheu (2010)** في دراستهم على احتمالية تعرض مرضى السرطان لضغط الوصمة، واللوم الذاتي، واللوم المدرك من قبل الآخرين على نطاق واسع؛ حيث يدرك المصابون

12. Anticipated stigma.
13. Perceived stigma.

بالسرطان الوصمة، واللوم، وغيرها من الاستجابات السلبية من قبل الآخرين، مما يؤدي إلى مشاعر داخلية من لوم الذات، وخزي، وتوقعات بالتمييز ضدهم؛ ويسهم ذلك في ظهور أعراض الاكتئاب، وصحة نفسية سيئة بشكل عام. وغالباً ما تكون العواقب المترتبة على الوصمة خطيرة أو جدية لأنها لا تجلب الكرب للمرضى فحسب ولكن يمكن أن تؤدي أيضاً إلى ضعف في العلاقات الاجتماعية، والبطالة، وانخفاض الدخل، ونتائج صحية رديئة (**Fujisawa & Hagiwara, 2015, 143; Phelan et al., 2013, 65**). فيعد التشخيص بالأورام السرطانية مدمرا للمجتمع بأكمله، حيث أنه لا يؤثر على المريض فقط، ولكنه يؤثر أيضاً على عائلته وأصدقائه المقربين (**Vartak, 2015, 35**).

والحقيقة أن كل الناس عرضة للإصابة بالأورام السرطانية، فهو السبب الثاني للوفاة في البلدان المتقدمة، كما أنه السبب الرابع للوفاة في البلدان النامية، ويرجع ذلك لطبيعته المزمنة، وكذلك خضوع المرضى لعلاج طويل المدى بالإضافة إلى العلاج الكيميائي. وتحول فترات الإقامة الطويلة في المستشفى دون أن يحيا هؤلاء المرضى حياة طبيعية، بالإضافة إلى الآثار الجانبية للعلاج الكيميائي والتي تمنعهم من الاستمتاع بمظاهر الحياة المختلفة (**Mahdian & Chaffari, 2016, 130**). وعلى الرغم من تقدم العلوم الطبية، وكذلك دور التدخل المبكر الذي ساعد في علاج كثير من حالات الأورام السرطانية، فإن معظم المرضى يشعروا بالاضطراب والإحباط عند تشخيص الأورام السرطانية للوهلة الأولى. ولا يزال كثير من هؤلاء المرضى يقاتلون ضد المرض في معركة صعبة للغاية (**Vartak, 2015, 35**).

ويُعد أورام الثدي السرطانية وسرطان عنق الرحم من أكثر أنواع السرطان انتشاراً بين النساء في جميع أنحاء العالم وهما سببان رئيسيان وراء الوفاة المرتبطة بالسرطان (**Nyblade, Stockton, Travasso & Krishnan, 2017, 58**)؛ فتؤكد المراجعات البحثية تزايداً كبيراً في حالات أورام الثدي السرطانية، حيث تصاب امرأة واحدة من بين كل ثمانية عشر امرأة بأورام الثدي السرطانية قبل سن الثمانين (**Izydorczyk, Kwapniewska, Lizinczyk & Warchulska, 2018, 1181**). ويُسجل في كل عام حوالي ٤١ ألف إصابة جديدة بأورام الثدي السرطانية في المملكة المتحدة، وأكثر من مليون إصابة على مستوى العالم (مايك ديكسون، ٢٠١٣، ٤). وتصبح المصابات بأورام الثدي السرطانية – بلا شك – في موقف صعب، ويستحوذ عليهن عدد من المشاعر والأفكار السلبية والإيجابية. ويعتمد سلوكهن على عدد من العوامل النفسية كالصمود النفسي (**Izydorczyk, Kwapniewska, Lizinczyk & Warchulska, 2018, 1181**).

وفي حين أن من المعترف به أن العوامل النفسية الاجتماعية والثقافية تؤثر على الوصول لكل ما يتعلق بمرض السرطان؛ سواء التثقيف، والوقاية، والفحص، والعلاج، فقد حظي دور الوصمة المرتبطة بالسرطان باهتمام محدود (**Nyblade, Stockton, Travasso & Krishnan, 2017, 58**). ويلاحظ أن

دراسات انتشار وتأثير الوصمة المدركة، واللوم المدرك، ولوم الذات بين مرضى السرطان قليلة نسبياً. ومعظم الدراسات التي أجريت حتى الآن كانت على عينات صغيرة مستخدمة المنهج الكيفي، مع تعميم مجهول. بينما ركز عديد من الدراسات الكمية على مرضى سرطان الرئة وهي الأغلبية، والقليل منها على أورام الثدي السرطانية. فالوصمة المرتبطة بسرطان الرئة قد تكون فريدة بطريقة مربكة لارتباط الوصمة الوثيق فيه بالتدخين، تماماً كما لا يمكننا تعميم دراسة الوصمة المدركة بين مرضى أورام الثدي السرطانية على الرجال. ونتيجة لذلك، لا يُعرف سوى القليل عن انتشار الوصمة وتأثيرها على الصحة النفسية، ولوم الذات، واللوم المدرك **(Phelan, et al., 2013, 65)**.

وقد حقق علم النفس الإيجابي في هذه الفترة نجاحاً في التدخلات في مجال علم نفس الصحة **(Cucarella & Perez, 2015, 19)**. وطبقاً لبعض التقارير فإن المرضى الذين يطبقون آليات مواجهة إيجابية في حياتهم اليومية مثل التسامح[١٤]، والسخاء أو العطاء[١٥]، والسعي للتواصل الروحي مع الله، والصداقة مع الأفراد المتدينين، وتلقي المساندة الاجتماعية الروحية، والأمل واليقين بأن الله كريم ورحيم بمن لديهم إيمان قوي، يشفون بشكل أسرع ولديهم صحة نفسية أفضل **(Mahdian & Ghaffari, 2016, 135)**. وقد أصبح الصمود محوراً للبحث العلمي بداية من العقد الماضي، نظراً لاحتمالية تأثيره على العواقب الصحية **(Vartak, 2015, 35)**. فعلي الرغم من أن التشخيص بالأورام السرطانية له تأثير صادم ويجعل المرضى ضعفاء، إلا أن صمودهم النفسي يجعلهم أقوى ولديهم عائد إيجابي قوي من حالتهم الصحية الحقيقية **(Giacomo et al., 2016, 194)**. فالصمود النفسي[١٦] قد يرفع من درجة الأمل وفعالية الذات لدى المرضى بما يساعدهم في أن يكونوا أكثر ضبطاً وتحكماً في حياتهم، وأقل اعتماداً على العقاقير والأدوية والمساندات الخارجية **(Richardson, 2002, 319)**.

ويتطلب التعايش مع الأورام السرطانية واحتمالية عودتها مرة أخرى قوة نفسية، وكذلك التعامل مع العلاج، وآثار المرض، وعدم اليقين المرتبط بالمستقبل. فيمكن لخصائص فعالية الذات، والعافية النفسية أن يقللا من آثار الضغوط المزمنة الناتجة عن المرض. كما يعد التعب والإجهاد من أكثر الأعراض شيوعاً لدى مرضى الأورام السرطانية، مما يجعلهم مستهدفين للمساندة والدعم وكذلك تحسين كل من العافية النفسية والصمود النفسي لديهم **(Booth, Ryan, Clow, Smyth, Sharpe & Spathis, 2018, 1)**.

وقد حولت البحوث الحديثة الانتباه تدريجياً من المنبئات السلبية إلى المنبئات الإيجابية لدى مرضى الأورام السرطانية. حيث أن دعم العواقب النفسية والاجتماعية الإيجابية أمراً لا يقل أهمية عن البحث في العواقب السلبية. وتشير الأدلة الحديثة إلى أن المعتقدات والانفعالات الإيجابية لا ترتبط فقط

14. Forgiveness.
15. Munificence.
16. Psychological Resilience.

بالعواقب الجيدة لدى المرضى الذين يتعاملون مع المرض باعتباره مهدداً لهم، ولكنها أيضاً تؤدي دوراً حيوياً في بلوغ أو تحقيق مرضى الأورام السرطانية لهذه العواقب الجيدة (**Wang, 2016, 2**). ويُضاف إلى ذلك ما أوصت به إحدى الدراسات من أنه ينبغي للدراسات المستقبلية أن تبحث في الور الوسيط المحتمل للصمود النفسي في دعم العافية النفسية لدى الأفراد (**Mak, Ng, & Wong, 2011, 615**).

مشكلة الدراسة :

في ضوء ما سبق يمكن صياغة مشكلة الدراسة الراهنة في الأسئلة الآتية :

١ – هل توجد علاقات ارتباطية دالة بين الوصمة المرتبطة بالصحة، والصمود النفسي، والعافية النفسية وبعضها بعضا لدى المصابات بأورام الثدي السرطانية والمصابات بأورام الدم السرطانية والمصابات بالسمنة؟

٢ – هل يتوسط الصمود النفسي العلاقة بين الوصمة المرتبطة بالصحة والعافية النفسية لدى المصابات بأورام الثدي السرطانية والمصابات بأورام الدم السرطانية والمصابات بالسمنة؟

٣ – هل تتباين القدرة التنبؤية للصمود النفسي لدى المصابات بأورام الثدي السرطانية، والمصابات بأورام الدم السرطانية، والمصابات بالسمنة بتباين درجة الوصمة المرتبطة بالصحة والعافية النفسية؟

٤ – هل توجد فروق بين المصابات بأورام الثدي السرطانية، والمصابات بأورام الدم السرطانية، والمصابات بالسمنة وبعضهن بعضا في كل من الوصمة المرتبطة بالصحة، والصمود النفسي، والعافية النفسية؟

٥ – هل تختلف الوصمة المرتبطة بالصحة، والعافية النفسية باختلاف التفاعل بين مستويات الصمود (المرتفعات والمنخفضات) ونوع المرض بين المصابات بأورام الثدي السرطانية والمصابات بأورام الدم السرطانية والمصابات بالسمنة؟

أهمية الدراسة ومبرراتها :

١ – الاهتمام بدراسة المصابين بالأورام السرطانية، حيث يعد هذا المرض السبب الثاني للوفاة في البلدان المتقدمة، والسبب الرابع للوفاة في البلدان النامية.

٢ – الاهتمام بدراسة المصابين بالسمنة، حيث تعد من أهم أمراض العصر الحالي، ويشكو منها الصغير والكبير. وتعتبر نوع من أنواع سوء التغذية، والتي لا تعد زيادة عددية في الوزن بقدر ما هي مظهر نفسي وجسمي يؤثر على حركة الإنسان ونشاطه وصحته بشكل عام.

٣ – إلقاء الضوء على مفهوم الوصمة المرتبطة بالصحة، وأهميتها باعتبارها إحدى عوامل الخطر التي يكون لها نتائج وخيمة متعلقة بالعافية النفسية، فعلى الرغم من أن الأدلة تدعم العلاقة بين وصمة السرطان وسوء العافية النفسية أدلة قوية، إلا أنه ما زالت هناك أبحاث محدودة تفحص الآليات الضمنية لهذه العلاقة. ويتم التشجيع على إجراء المزيد من الدراسات التي تفحص بشكل مباشر العلاقات بين وصمة السرطان والعافية النفسية للمرضي.

٤ – إلقاء الضوء على مفهوم الصمود النفسي وأهميته باعتباره يتوسط العلاقة بين الوصمة المرتبطة بالصحة والعافية النفسية.

٥ – إعداد قائمة للوصمة المرتبطة بالصحة تشتمل على الأبعاد الستة للوصمة – التي أشار إليها "جونز" وزملائه (١٩٨٤) – والتي تزيد من احتمالية الوصم، وقياسها عند مرضي أورام الثدي السرطانية، وأورام الدم السرطانية، ومرضي السمنة، بدلاً من الاقتصار على أبعاد محددة للوصمة، وقياسها عند المصابين بأمراض بدنية بعينها أيضاً؛ فقد ركزت أغلبية الدراسات السابقة على الوصمة لدى مرضى فيروس نقص المناعة البشري، ومرضي سرطان الرئة، والمصابين بأمراض نفسية.

٦ – إعداد استخبار للصمود النفسي يشتمل على خصائص الصمود النفسي الأربعة التي حددتها جمعية علم النفس الأمريكية، وتقنينه على عينات مرضية من مريضات أورام الثدي والدم السرطانية، ومريضات السمنة.

٧ – ندرة الدراسات العربية والأجنبية – في حدود اطلاع الباحثتين – التي تناولت الصمود النفسي كمتغير وسيط في علاقة الوصمة المرتبطة بالصحة بالعافية النفسية، لدى مرضي السرطان ومرضي السمنة. فقد لوحظ أن دراسات الوصمة المدركة بين مرضى السرطان قليلة نسبياً، ومعظم الدراسات التي أجريت حتى الآن كانت على عينات صغيرة مستخدمة المنهج الكيفي؛ بينما ركز عديد من الدراسات الكمية على مرضى سرطان الرئة وهي الأغلبية، وركز قليل منها على أورام الثدي السرطانية.

مفاهيم الدراسة :

أولاً : الوصـمة المرتبـطة بالصـحة :

أ) الوصـمة :

عُرفت الوصمة في الأصل من خلال العمل الذي أنجزه "إرفينج جوفمان" (١٩٦٣)، وكان تعريف "جوفمان" الكلاسيكي لمفهوم الوصمة بأنها "صفة أو خاصية معرُفة اجتماعياً تجعل الشخص مختلفاً عن الآخرين، وترتبط بالشخص بصورة نمطية غير مرغوب فيها، مما يدفع

الآخرين إلى الانتقاص من حامل هذه الصفة وتحويله من شخص صحيح وعادي (أو مكتمل وسوي) إلى شخص معيوب أو مذموم[17]، ومنقوص أو مجتزأ[18]، وتفسد الهوية الشخصية، وتحرمه أو تجرده من أهلية القبول الاجتماعي الكامل، بل رفضه اجتماعياً أحياناً، وتؤدي إلى شعور الشخص في النهاية بالخزي وفقد أو ضعف الثقة[19] بعمق". وهو ما ركز عليه "جونز" وزملاؤه **Jones (1984)** في تعريفه للوصمة باعتبارها "خاصية أو سمة غير مرغوب فيها وتميز الفرد بامتلاكه لها أو اتسامه بها". وأضاف "كروكر" وزملاؤه **Crocker et al., (1998)**، و"أوبريان" **O'Brien (2005)** إلى ذلك "أن الوصمة تحدث عندما يكتسب الشخص (أو يعتقد أنه اكتسب) بعض الصفات أو الخصائص التي تقلل من قيمة الهوية الاجتماعية في سياق اجتماعي معين" (ذياب البداينة؛ وعبد الله الدراوشة؛ وحسن العوران؛ وسليمان آل خطاب؛ وعباطة التوايهة، ٢٠١١، ٥١؛ **Marlow, Waller & Wardle, 2015, 2; Carter-Harris & Hall, 2014, 666; Day, Edgren & Eshleman, 2007, 2191-2192; Major & O'Brien, 2005, 394-395**).

وقد أشار العلماء إلى أن هناك قواسم مشتركة عبر الثقافات فيما يتعلق بالخصائص الموصومة والتي تسبب الاستبعاد (أو الوصم)، والأشخاص الذين اكتسبوا (أو يُعتقد أنهم اكتسبوا) تلك الخصائص. ويعتبر "جوفمان" (١٩٦٣) من الرواد الذين ركزوا على الأشخاص المستهدفين للوصمة، وصنف حالات الوصمة في ثلاث فئات عريضة؛ الأولي؛ عيوب شخصية تدل على خلل معنوي (كالمرض النفسي)، وتسمي أيضاً بشريك ضعيف للتبادل الاجتماعي (كالسجين أو المدان). الثانية؛ المكروهات الجسدية أو الاعتلال الجسدي (كالإعاقات الجسدية، والتشوه الجسدي). الثالثة؛ أن يكون عضواً في مجموعات معينة، وتسمي أيضاً بعيوب قبلية أو مجتمعية (كالسلالة أو العرق، والدين). وقد ميز "جوفمان" أيضاً بين الأفراد الموصومون التي تكون (خصائصهم الموصومة مرئية) مقابل أن تكون (خصائصهم الموصومة مخفية) في التفاعلات الاجتماعية اليومية **(Pachankis et al., 2018, 2; Major & O'Brien, 2005, 395-396)**.

ب) <u>الوصمة المرتبطة بالصحة</u> :

تشير الوصمة المرتبطة بالصحة إلى وصم المرض، والتي يمكن تطبيقها على فرد أو مجموعة من الأشخاص المصابين بالمرض، وكذلك على المرض بشكل عام. وترتبط الوصمة المرتبطة بالصحة بزيادة الضغوط الناتجة عن المرض، وتسهم أيضاً في زيادة معدلات الاضطرابات النفسية، والجسدية، والاجتماعية (**Marlow & Wardle, 2014, 12; Cataldo, Slaughter, Jahan, Pongquan & Hwang, 2011, 2**).

17. Tainted.
18. Discounted.
19. Discrediting.

ويطلق عليها أيضاً الوصمة الجسمية ويقصد بها عجز الفرد عن توفير الرعاية الضرورية لنفسه، والحكم السليم، بسبب ضعف في أداء الوظائف الجسمية، والتدهور في كثير من المهارات الجسمية والحركية لإصابته بالمرض، أو تشوهات خلقية نتيجة لعوامل وراثية، أو تعرضه لحوادث مرورية، أو لإصابات كشلل الأطفال. وكذلك المصابون بأمراض مزمنة كالصرع، وزملة نقص المناعة المكتسبة، والسرطان، والشلل الجزئي أو الكلي في المخ أو الحبل الشوكي، أو حدوث ضمور عضلي، أو فقدان طرف أو أكثر كما في حالات العرج. مما يجعل الفرد المصاب يعيش مرحلة من الضعف ناتجة عن إحساسه بأن الأصحاء لا يشعرون بآلامه وينظرون إليه نظرة دونية (الدراوشة، ٢٠١٠، ١٩).

وعلى الرغم من أن الثلاث فئات العريضة التي نظمها "جوفمان" لمجموعات الخصائص التي يحتمل أن تكون عرضة للوصم – والسابق ذكرها (التشوهات الجسدية، والخصال المضطربة أو المعيبة[20]، والخصائص القبلية) – غير معنية أو مختصة بالوصمة المرتبطة بالصحة، إلا أنه يمكن تطبيقها بسهولة على الظروف الصحية. فعلى سبيل المثال، قد يُنظر إلى الأفراد البدناء على أن لديهم تشوهاً جسدياً (و/أو) يعبر عن خلل في الخصال كانخفاض الدافعية. كذلك زملةالقولون المتهيج، وأمراض التهابات الأمعاء هما من الأمراض المزمنة بالجهاز الهضمي السفلي، ويشتركان في خصائص تجعل هذه الأمراض عرضة للوصم، حيث تتشابه خصائصهما مع أبعاد الوصمة الستة* التي أشار إليها "جونز" وزملاؤه (١٩٨٤)، والتي تزيد من احتمالية الوصم. فعلى سبيل المثال، تظهر زملةالقولون المتهيج ومرض التهابات الأمعاء أنماطاً غير متوقعة من الانتكاس وعودة ظهور الأعراض. وغالباً ما تكون أعراض الأمعاء معوقة، خاصة في المواقف الاجتماعية، وطبيعة العزلة التي تفرضها هذه الأعراض والمنتشرة في عديد من الثقافات (**Takada, 2012, 47-48; Taft, Keefer, Artz, Bratten & Jones, 2011, 1392**).

وقد طرح الباحثون عديداً من الأسئلة عن وصمة الأمراض، ولماذا يتم وصم الأمراض المزمنة؟. فأشارت التصورات النظرية للوصمة المرتبطة بالصحة عبر التاريخ، والأنثروبولوجيا، والسير الذاتية إلى القوى الاجتماعية الخارجة عن الفرد باعتبارها تؤدي دوراً مركزياً في إنتاج الوصمة (**Takada, 2012, 46**).

فقد ربط الباحثون وصمة الأمراض المزمنة عامة بعديد من العوامل المتنوعة منها: (١) العوامل الاجتماعية السكانية؛ كالسن الصغير، والتعليم المنخفض، وأن تكون متزوجاً/ أو تعيش مع

20. Blemishes of Character.

* والتي سيتم تناولها بمزيد من التفصيل عند وصف أداة الدراسة الحالية "قائمة الوصمة المرتبطة بالصحة"، والتي تم إعدادها في ضوء أبعاد الوصمة الستة التي اقترحها "جونز" وزملاؤه (١٩٨٤) من خلال نظرية الوصمة الاجتماعية التي قام بتطويرها.

شخص ما*، وأن تكون عاطلا عن العمل. (٢) ضعف كل من الحالة الصحية والعافية؛ كالاكتئاب والقلق، وتقدير الذات المنخفض، ونوعية الحياة الرديئة، ووجود أكثر من مرض مزمن. (٣) القيام بسلوكيات صحية تعرض للخطر، كتعاطي الكحوليات. (٤) وضعف الالتزام بأدوية الأمراض المزمنة (**Peltzer & Pengpid, 2016, 424**).

وقد تبين أن يصاب المرء بمرض مزمن في سن أصغر، وأن يكون عازباً أشد وصماً مقارنة بالإصابة لدى الأكبر سناً والمتزوجين، وذلك لتوقع المزيد من الأمراض المزمنة مع التقدم بالعمر، فعادة ما تذكر الأمراض المزمنة باعتبارها شائعة بين المسنين. كما وجد أن هناك ارتباطاً بين التعليم العالي وارتفاع وصمة الأمراض المزمنة المتوقعة، بينما هناك دراسات أخري كدراسة "ألسون" وزملائه **Alonso et al., (2009)** التي أظهرت أن هناك ارتباطاً بين مستوى التعليم المنخفض ووصمة الأمراض المزمنة. ووجد أيضاً أن الإصابة بالأمراض تقلل من احتمالات الزواج لغير المتزوجين، وذلك كما جاء في نتائج ثلاث دراسات كيفية لـ"بانينج" وزملائه **Banning et al., (2009, 2009, 2010)** بباكستان، والمملكة المتحدة، وكندا، على مهاجرات باكستانيات مسلمات مصابات بأورام الثدي السرطانية وغير مصابات؛ مما دفع الأسر إلى إخفاء التشخيص، وتعمدت بعض العائلات في بعض الحالات تثبيط همة النساء عن طلب العلاج. كما أشارت نتائج الدراسة أيضاً إلى أن عامل الطبيعة الوراثية لأورام الثدي السرطانية يهدد احتمالات زواج بنات النساء المصابات. وأفادت دراسة أجريت في غرب البنغال لكل من "راي، وماندال" **Ray & Mandal (2004)** أن أكثر من ١١٪ من المستجيبين يبقون تشخيصهم بالسرطان سراً على الجيران لتجنب الوصمة الاجتماعية والمشكلات المرتبطة به، على سبيل المثال، مشكلات عدم زواج بناتهن (**Bedi & Devins, 2016, 41; Peltzer & Pengpid, 2016, 424-431; Gupta, Dhillon, Govil, Bumb, Dey & Krishnan, 2015, 6145**).

ج) <u>الإطار التصوري لمفهوم وصمة السرطان</u> :

يُعد السرطان سبباً رئيسياً للوفاة في جميع أنحاء العالم. ويمكن الوقاية من الوفيات بالسرطان بنسبة كبيرة عن طريق الاكتشاف المبكر، ولكن هناك مجموعة من الأبعاد الاجتماعية، والانفعالية، والثقافية، والمالية التي تعوق فعالية الجهود الوقائية من السرطان وعلاجه، وتعتبر وصمة السرطان أحد هذه العوائق. حيث يعتبر السرطان أحد الأمراض الخطيرة وينظر إليه غالباً على أنه وصمة في عديد من المجتمعات. ويُعترف بوصمة السرطان على نحو متزايد كعامل هام يؤثر على الاهتمام بالصحة وتحسينها، ومن ثم الوقاية من الأمراض ومكافحتها (**Gupta, Dhillon, Govil, Bumb, Dey & Krishnan, 2015, 6141; Fujisawa & Hagiwara, 2015, 143**).

* كما يوجد في بعض الثقافات المختلفة.

فعبر التاريخ البشري يعتبر السرطان من الأمراض التي تحمل وصمة قوية ودائمة، ففي أواخر القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين في الولايات المتحدة الأمريكية، كان يعتقد أن السرطان وباء معدي وعقاب على عمل رهيب. وكثيراً ما يُلقى باللوم على ضعف الخصال، مما يسبب خزي للمرضى ولعائلاتهم. كما كانت وصمة السرطان سائدة في جميع أنحاء أوروبا خاصة الوسطى والشرقية، وشعر كثير من الناس بالخزي بسبب تشخيصهم بالسرطان، وفي تشيكوسلوفاكيا السابقة اعتبر الناس السرطان مرضاً "شبيهاً بالجذام" يمكن أن ينتقل عن طريق المصافحة. وكان المرضى يخشون العلاج، وفكرة أن المرض نتيجة عقاب لعمل ما كانت سبب معاناتهم من مناقشة حالتهم الصحية مع الأطباء وأفراد العائلة. وسوء الفهم هذا شائعاً، وكان عدد قليل من المرضى هو الذي يجرؤ على الإفصاح بأنهم مصابون بالسرطان. وغالباً ما يصاحب تشخيص السرطان وصمة وجودية[٢١]، بسبب النقص في فهم السبب، والنظر إليه على أنه حكم بالإعدام. ولأن المرضي غالباً ما يعانون من الضعف، وعدم السيطرة على صحتهم، والحاجة إلى حماية الآخرين من الحرج. وبالرغم من أن المريض غالباً يسأل، "ماذا فعلت ليحدث ذلك؟"، فالواقع يشير إلى أن بعض الأورام الخبيثة تحدث بسبب الوراثة أو بسبب غير معروف وغير قابل للسيطرة (**Maggio, 2015, 9-10; Kozikowski, 2005, 63**).

وقد تطورت الوصمة المرتبطة بالسرطان تاريخياً نتيجة الخوف من المعاناة والموت، حيث غالباً ما يتم تقييم السرطان بشكل سلبي ويجذب شعوراً خاصاً بالخوف أكثر من الأمراض الخطيرة الأخرى كأمراض القلب. ففي عينة كبيرة ممثلة لسكان الولايات المتحدة، وافق ٦١٪ من الراشدين على أنه عندما يفكرون بالسرطان يفكرون تلقائياً في الموت، و٢٥٪ أو أقل من العينة قد أعتقد أن معدلات البقاء على قيد الحياة لمرضي السرطان فترة مدتها ٥ سنوات. وقد حدد "سونتاج" **Sontag (1978)** الشعور بالفزع كعامل يساهم في حدوث الوصم، مشيراً إلى أن "التعامل مع السرطان ليس كمجرد مرض ولكن كعدو شيطاني، مما يجعل الناس تعتبر السرطان ليس فقط مرضاً فتاكاً بل أيضاً مرضاً مخزياً" (**Marlow, Waller & Wardle, 2015, 2; Carter-Harris & Hall, 2014, 666; Marlow & Wardle, 2014, 19**).

وحديثاً لاسيما في البلدان الغربية، فإن الفهم المتزايد للمرض، وتقدم التكنولوجيا، والوعي الأفضل قد قاوم تصورات مثل (السرطان يعني الموت البطيء، ولا يمكن تجنبه، ومُخجلاً) من خلال إظهار النساء بأنهن يمكن أن يعشن حياة جيدة بعد تشخيصهن بالسرطان. ومع ذلك، فإن "الفزع العالمي من السرطان" يتردد صداه في جميع أنحاء العالم على الرغم من تناقصه نوعاً ما في الغرب. فعندما سألت النساء في دراسة "كوزيكوفسكي" (٢٠٠٥) ما الذي يفكرون فيه عند سماع كلمات (السرطان) أو (أورام الثدي السرطانية)، أجابوا بأن كلمة "السرطان" تحمل دلالات سلبية

21. Existential Stigma.

قوية مثل "مرض خبيث وغادر"، و"كلمة قاسية وعنيفة"، و"مرض عضال"، و"مرض قاتل غير قابل للشفاء". وشعرت نساء أخريات بأن السرطان يعني "أنك في ورطة كبيرة"، وأن التشخيص يساوي "الموت" **(Kozikowski, 2005, 64)**.

وتشير الأدلة منذ منتصف القرن العشرين إلى أنه نظراً لارتباط السرطان بالموت، لا تتم مناقشة السرطان في الغالب مع المرضى. ففي عام ١٩٦١، ذكر ما يقرب من ٩٠٪ من الأطباء في أحد المستشفيات الأمريكية أنهم فضلوا عدم إخبار المرضى بأنهم مصابون بالسرطان، لأن ذلك قد يسبب لهم الأذى. وفي دولة قطر على سبيل المثال، على الرغم من أن معظم الأطباء ذكروا أنهم سيبلغون المرضى بتشخيص السرطان، إلا أن ٦٦% قالوا أنه عادة ما يكون هناك استثناءات للقيام بذلك. وفي إيطاليا، وافق ٤٥% من الأطباء على أنه يجب إعطاء المرضى تشخيصهم، ولكن ٢٥% فقط أقروا بأنهم يقومون بذلك بشكل دائم. وأخيراً، في الصين، يبقى من المقبول الإفصاح عن التشخيص لأفراد الأسرة أكثر من المرضى **(Knapp, Marziliano, & Moyer, 2014, 1)**.

وعلى الرغم من تقدم تشخيص أورام الثدي السرطانية، وفهم الأسباب، وتعدد خيارات العلاج المتاحة؛ وأصبح معدل البقاء على قيد الحياة لمدة خمس سنوات بنسبة ٨٨٪، لا يزال السرطان واحداً من أكثر الأمراض المخيفة. حيث يقلق مرضى السرطان بشأن كيفية تغير حياتهم بعد التشخيص، بما في ذلك التغييرات في المظهر وخطر عودته. فقد صنف الخوف من عودة السرطان من بين أكبر المخاوف لدى الناجين من السرطان. ويتنبأ الخوف المرتفع من عودة السرطان بانخفاض نوعية الحياة المرتبطة بالصحة. وتواجه النساء المصابات بأورام الثدي السرطانية عديداً من الضغوط النفسية، مثل الخوف من الموت وعودة المرض مرة أخرى، والاكتئاب، والوصمة، واضطرابات صورة الجسم، ونقص في الحياة الرومانسية أو العاطفية. وتؤثر الثقافة بقوة على السلوكيات أو الاتجاهات الصحية[٢٢]، وتستحدث ضغوطات غير مألوفة[٢٣]. على سبيل المثال، تفضل النساء من جنوب آسيا التفاعل مع مهنيي الرعاية الصحية الإناث، بسبب الخوف عندما يتعين عليهن مناقشة ما يتعلق بالثدي مع الرجال؛ فيمكن للقيم الثقافية المتعلقة بالحياء أو الاحتشام أن تؤدي إلى الإحجام عن خضوع التصوير الإشعاعي للثدي **(Bedi & Devins, 2016, 31; Knapp, Marziliano, & Moyer, 2014, 5)**.

كما تواجه النساء الموصومات – أو النساء المثقلات بالسرطان – القلق المتعلق "بتشوه أجسادهن" وكذلك "الاستبعاد من المجتمع اعتباريا أو معنوياً[٢٤]" **(Cognetti, 2013, 16-17)**؛ حيث قد أشار عديد من الدراسات كدراسة "بيتيرز–جولدن" **Peters-Golden (1982)** المبكرة إلى أن ٥٢٪ من المصابات بأورام الثدي السرطانية في الولايات المتحدة الأمريكية ذكرن أن الأشخاص يتجنبونهن أو يخافوا منهن بسبب مرضهن **(Fujisawa & Hagiwara, 2015, 143)**.

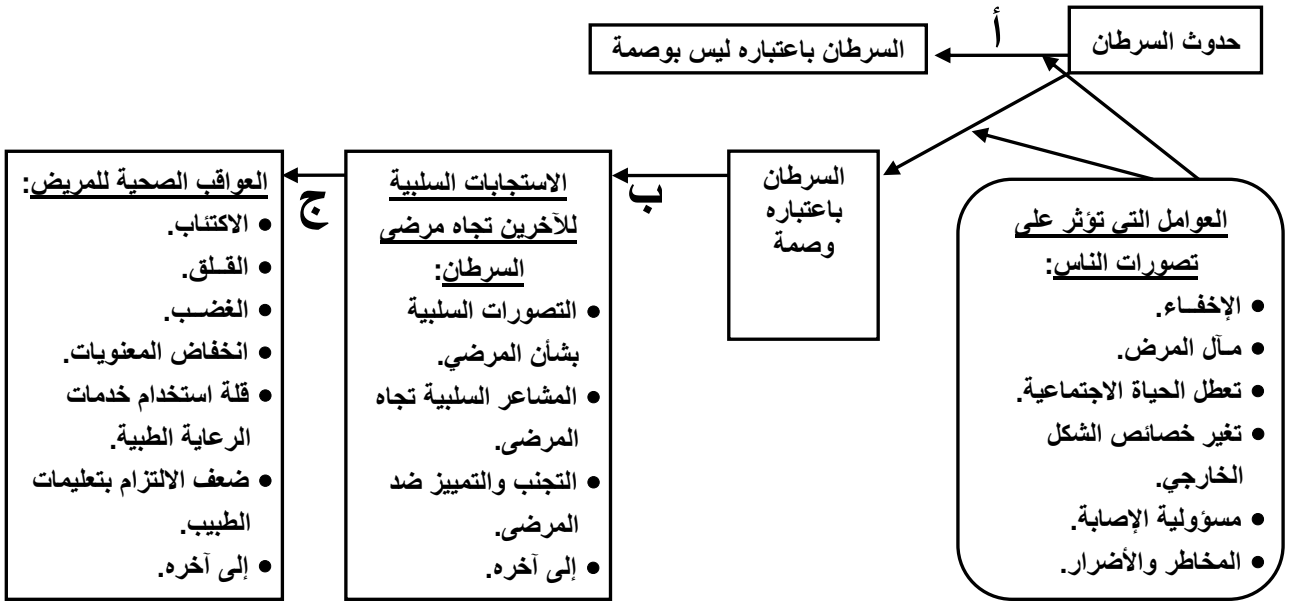
22. Health Attitudes.
23. Novel Stressors.
24. Moral Community.

وقد أجريت دراسة كيفية في الهند لـ"جوبتا" وزملائها **Gupta et al. (2015)** لاستكشاف الوصمة المرتبطة بفئات السرطان المختلفة، ووجدت أن المشاركين يرون أن الآخرين يعتقدون أن السرطان كان نتيجة "خطيئة أو ذنب"، وأنهم قد يرفضون من الآخرين أو من مجتمعاتهم وعائلاتهم على حد سواء، وسيتم اعتزالهم بسبب التصور الزائف عن السرطان بأنه مرض معدي. وهو ما أكدته دراسة كيفية أخري أجريت بتايلاند لـ"سوانك هونغ، ليامبوتونج" **Suwankhong & Liamputtong (2016)** بأن النساء يواجهن وصمة اجتماعية وعزلة عقب علاج أورام الثدي السرطانية. وقد توصل "بروووم، ودرون" **Broom & Doron (2012)** في دراستهما الكيفية أيضاً – عن التحديات التي تواجه علاج السرطان في الهند – إلى أن القيم الثقافية والوصمة يشكلان عوائق أساسية أمام العلاج. ووجدت دراسة "داي" وزملائه **Dey et al., (2016)** الكيفية أن سرطان عنق الرحم يتم وصمه في بعض الأماكن نتيجة علاقته بفيروس الورم الحليمي البشري الذي يعتبر عدوى شائعة تنتقل بالاتصال الجنسي **(Nyblade, Stockton, Travasso & Krishnan, 2017, 59)**.

وقد تأكدت زيادة انتشار وصمة السرطان في عديد من الدراسات الحديثة والتي أجريت على عينات مختلفة في الولايات المتحدة الأمريكية وكذلك عبر عديد من الدول، منها على سبيل المثال لا الحصر، اليابان، وإنجلترا، وكوريا؛ حيث أشارت دراسة "تشو" وآخرين **Cho et al. (2013)** التي أجريت بكوريا إلى أن الاستجابات السلبية من قبل الأفراد الذين ليس لديهم تاريخ مع السرطان تجاه الأفراد المصابين بالسرطان سائدة بين الدول **(Fujisawa & Hagiwara, 2015, 143-146)**. ويمكن أن يكون للعديد من الشائعات التي تتضمن الخوف من التشخيص، والموت، والألم من العلاج، والوصمة تأثيراً سلبياً على النتائج الصحية لدى الناجين من السرطان **(Gupta, Dhillon, Govil, Bumb, Dey & Krishnan, 2015, 6142)**.

ولذلك قد وضع "فوجيساوا، وهاجيوارا" (٢٠١٥) إطاراً تصورياً لمفهوم وصمة السرطان – الشكل (١) – في دراستهما المرجعية التي أشارت إلى أن وجود السرطان في حد ذاته لا يعتبر دائماً وصمة، لاسيما عندما لا يصل الاختلاف عن المعيار النموذجي (و/أو) لا يرتبط بصفة غير مرغوب فيها. وأن هناك عوامل من المحتمل أن تؤثر على تصورات الناس عن السرطان، وهو ما أشير إليه في التصور (بالمسار أ).وبمجرد وصم الشخص، فإنه غالباً ما يُجرد من قيمته الاجتماعية، ويفقد بريقه، ويتم تصنيفه، ويتم عزلة، أو حتى نبذه من قبل المجتمع. فعندما يتم وصف السرطان بأنه وصمة، يمكن أن يُحدث استجابات سلبية بين عامة الناس تجاه المرضى، وهو ما أشير إليه في التصور (بالمسار ب). وأخيراً، يمكن لهذه الاستجابات السلبية من الآخرين، بدورها، أن تؤثر على الحالة الصحية للمريض (كالعافية النفسية، والضغوط المرتبطة بالاستجابات التحريضية[٢٥])، وكذلك السلوكيات المرتبطة بالصحة (كالاستفادة بالرعاية الصحية، والالتزام بالعلاج)، وهو ما أشير إليه في التصور (بالمسار ج) **(Fujisawa & Hagiwara, 2015, 143-144)**.

25. Inflammatory Reactions.



شكل (١) الإطار التصوري لوصمة السرطان (Fujisawa & Hagiwara, 2015, 144).

وقد ذكر "نيل" وزملائه **Neal et al. (2011)** أن السرطان لا يزال يحمل قدراً كبيراً من الوصمة، وخلصوا كذلك إلى أن كثيراً من الناس لا يزالون يشعرون بعدم الوعي والمعرفة، وأن الناس يريدون المعلومات، وأن التواصل أمر بالغ الأهمية في الجهود المبذولة للحد من الوصمة المرتبطة بالسرطان وما يتبعها من أعباء المرض **(Cognetti, 2013, 17-18)**.

وفي السنوات الأخيرة، كان هناك نمواً سريعاً في عدد الباحثين الذين يحققون في أسباب وتبعات وصمة السرطان. ومع ذلك، لا يزال البحث عن وصمة السرطان جديداً نسبياً، ويبدو أن هناك عدم اتفاق بين الباحثين حول كيفية وضع تصور لمفهوم وصمة السرطان وفحصه **(Fujisawa & Hagiwara, 2015, 143)**. كما إن تأثير الوصمة على الكشف المبكر عن السرطان ومتابعته غير مفهوم بشكل جيد **(Gupta, Dhillon, Govil, Bumb, Dey & Krishnan, 2015, 6141)**.

النظريات والنماذج النظرية المفسرة للوصمة :

أولاً : النظريات الفردية وبين الشخصية[٢٦]:

النظريات التطورية للوصمة[٢٧] :

تقترح النظريات التطورية للوصمة منظوراً مختلفاً عن الخصائص الموصومة والدوافع الكامنة وراء الوصم من خلال الجدل حول أن النزعة البشرية للوصم راسخة في الغريزة الحيوية لتجنب

26. Individual and Interpersonal Theories.
27. Evolutionary Theories of Stigma.

مسببات الأمراض المعدية الخطرة. ويعتقد أن الاشمئزاز هو أحد الصفات الانفعالية الرئيسية المرتبطة بالوصمة، وله أصول تطورية. ويتمثل الاشمئزاز عملياً في الشعور بالنفور، ويصاحبه أحياناً الغثيان، إلى جانب رغبة قوية في الانسحاب عن المثير الذي يستثير هذه الاستجابة. ويناقش "روزين وهايدت" **Rozin and Haidt (2000)** أن انفعال الاشمئزاز ينشأ أو يظهر كاستجابة رفض مصممة لتجنب تناول الأطعمة الخطرة. وناقش "شالير" وزملاؤه **Schaller et al., (2007)** ذلك على نطاق أوسع، بأن علامات المرض تثير الاشمئزاز باستمرار، وتطور الاشمئزاز كاستجابة للعوامل المعدية. وتسمي هذه الاستجابة تحديداً بـ"الجهاز المناعي السلوكي"[٢٨]، ويفترض أنه يعمل من خلال اكتشاف الاختلافات الشكلية البصرية[٢٩] في حالات الآخرين التي تشير إلى احتمالية مرضهم. وقد برزت مجموعة مماثلة من الإشارات المنبئة بالمرض التي تستثير الاشمئزاز عبر عديد من الثقافات، فعلى سبيل المثال؛ وجد "كيرتس" وزملاؤه **Curtis et al., (2004)** أن الصور أو الرموز المرتبطة بالمرض تستثير بشكل ملحوظ المزيد من استجابات الاشمئزاز مقارنة بغيرها من الصور أو الرموز المشابهة المرتبطة قليلاً أو غير المرتبطة بالأمراض عبر تسع أقاليم ثقافية مختلفة. وكما هي الحال مع الاشمئزاز من المرض، لوحظ الاشمئزاز تجاه الجرائم أو المخالفات الأخلاقية عبر الثقافات، وكيف تطور الاشمئزاز ليكون استجابة لنطاق أوسع من المخالفات غير الأخلاقية محل النقاش. وناقش "أواتين" وزملاؤه **Oaten et al., (2009)** أن البعد الافتراضي[٣٠] للاشمئزاز يوجه أو يظهر نحو الأنشطة والسلوكيات التي كانت في الأصل وسيلة لإدارة التهديدات المرتبطة بالأمراض. وقد تكون هذه الاستجابات النفسية لتجنب الأمراض مرتبطة بتجنب اللقاءات مع الأغراب؛ وبالفعل، فقد وجد "شالير، وموراي، ودياميان" **Schaller, Murray & Damian (2008)** أن الناس التي تعيش في مناطق من العالم يرتفع بها معدلات انتشار الأمراض المعدية يكونوا أقل انفتاحاً على الخبرات الجديدة والخبرات الجنسية المجتمعية المطلقة[٣١]. وهناك فرض بديلمؤداه أن استجابة الاشمئزاز تطورت لتصبح شديدة الحساسية، وأصبح من المحتمل رفض الأفراد الأصحاء بدلاً من احتمالية قبول الأفراد المحتمل تأثيرهم المضر أو المؤذي، لأن ذلك سيكون أكثر تكيفاً. وإذا أخذنا في الاعتبار الاعتقاد بأن الاستجابة يتم تنشيطها من خلال مسارات تلقائية، غير معرفية للسماح بالانسحاب السريع من الإشارات المسببة للأمراض، فإن الاستجابة السلوكية المناعية تستجيب لإشارات تبدو غير عقلانية وتشكل خطراً ضئيلاً، كالأفراد البدناء والأشخاص المصابين بالسرطان. وتشير بعض الأدلة إلى الاستمرارية فيما بين مثيرات الاشمئزاز المرتبطة بالمرض وبين الإشارات غير المعدية. على سبيل المثال، يتم تنشيط الخوف من العدوى عندما يظهر الناس

28. Behavioral Immune System.
29. Visual Morphological Abnormalities.
30. The Moral Dimension of Disgust.
31. Unrestricted Sociosexuality.

اشمئزازاً تجاه الأشخاص الذين يعانون من حالات غير معدية. ووجد "بارك" وزملاؤه **Park et al., (2007)** أن المشاعر السلبية تجاه البدناء ترتبط بالخوف من القذارة، عندما ربط المشاركون في الدراسة بين السمنة وبين المفاهيم المرتبطة بالمرض، والمشاركون الذين شعروا أنهم أكثر عرضة للإصابة بالسمنة كانوا أكثر احتمالية لإظهار الكراهية تجاه الأفراد البدناء. وأخيراً، يناقش بعض المؤيدين لنظرية التطور أن انتشار الممارسة الإنسانية المتمثلة في وصم الآخرين ترجع جذورها في المقام الأول إلى الحاجة المرتكزة على أساس حيوي للعيش في مجموعات فعالة. ويناقش "كورزبان وليري" **Kurzban & Leary (2001)** أن الوصمة تطورت كتكيف وظيفي[٣٢] لتجنب الارتباط مع أولئك الذين يظهرون أي شكل من العوائق النمائية أو التطورية[٣٣]. وتهدف هذه النظرية إلى شرح الأساس التطوري لوصم الناس الذين يعتبروا شركاء ضعفاء في التبادل الاجتماعي، مثل الأشخاص الذين لديهم قليل من الجهد ليقدموه كمكسب اجتماعي أو إظهارهم لسلوكيات غير متوقعة **(Takada, 2012, 49-51,Oaten, Stevenson & Case, 2009, 315, Schaller & Murray, 2008, 219)**.

ثانياً : النظريات الاجتماعية للوصمة[٣٤] :

نظرية الوصمة الاجتماعية :

ظهر مفهوم الوصمة في نظرية التصنيف لـ"جوفمان" (١٩٦٣) في كتابه الوصمة. ويرتكز المضمون الرئيسي لعملية الوصم أساساً على التأثيرات المهمة التي يحدثها إلصاق صفة الانحراف بأفراد محددة. مثال ذلك؛ كيف ينظر إلى هؤلاء الأفراد من قبل بقية أفراد المجتمع، وكيف ينظرون لأنفسهم؟ وأخيراً أثر هذا الوصم في أنماط التفاعل بين هؤلاء الأفراد وبين الآخرين (البداينة؛ والدراوشة؛ والعوران؛ وآل خطاب؛ والتوايهة،٢٠١١، ٥٤).

ففي حضور شخص غريب إلى نطاقنا، من المرجح في حينها أن تمكّننا المظاهر الخارجية الأولية من توقع الفئة التي ينتمي إليها أو خصائصه؛ أي هويته الاجتماعية. والمفهوم المتأصل في نظرية الوصمة هو مفهوم الهوية الاجتماعية التي تشير إلى الخصال الشخصية والتكوينية[٣٥]للشخص. وتشير الخصال التكوينية من بين أمور أخري، إلى الشخص الذي يمتلكها يتم إدراكه على أنه منحرف عن القاعدة. وقد ميز "جوفمان" بين الهوية الاجتماعية الحقيقية أو الواقعية[٣٦]، والتي تتكون من خلال الأفكار التي تلزمها البيئة الاجتماعية، وبين الهوية الاجتماعية الفعلية أو الواقعية والتي هي عبارة عن خصائص واقعية يمكن إثباتها فعلياً **(Still, 20014, 15-16)**.

32. Functional Adaptation.
33. Evolutionary Disadvantage.
34. Social Theories of Stigma.
35. Personal and Structural Attributes.
36. Virtual Social identity.

نموذج عملية الوصم :

وضع كل من "لينك و فيلان" **Link & Phelan (2001)** تصوراً لعملية الوصم – الشكل (٢) – بأنها تحدث عندما يصنف الاختلاف على أنه علامة بارزه، ويرتبط تصنيف هذا الاختلاف بالخصائص السلبية، وينظر إلى من تم تصنيفهم بأنهم مجموعة منعزلة (هم في مقابل نحن)، مما ينتج عن هذا التصنيف فقدان المكانة أو التمييز **(Marlow, Waller & Wardle, 2015, 2)**.

١- التمييز وعلامات الاختلاف: (مريض السرطان)
٢- الارتباط بالصفات السلبية: (عديم المسئولية، ومذنب، ومضطرب، وملوث)
٣- الفصل "نحن" عن "هم": (العزلة الجسدية والاجتماعية)
٤- فقدان المكانة والتمييز: (الإزعاج اللفظي، وفقدان الاحترام، وانخفاض احتمالات الزواج)

شكل (٢) نموذج عملية الوصم كما تصوره "لينك وفيلان"
(Nyblade, Stockton, Travasso & Krishnan, 2017, 59).

نموذج الوصمة المرتبطة بالصحة– والنموذج التصوري للوصمة المدركة :

طور "كاتلدو" وزملاؤه **Cataldo et al., (2011)** البنود الخاصة بمقياس وصمة فيروس نقص المناعة البشرية لـ"بيرجر" وزملائه **Berger et al. (2001)** . وأيضاً استناداً على نموذجهم التصوري للوصمة المدركة لدى المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية. وقد تم تكييف نموذج الوصمة المرتبطة بالصحة – الشكل (٣) – لمرضى سرطان الرئة وفقاً لنموذجهم، وكذلك استُخدم في توجيه وتطوير مقياس وصمة سرطان الرئة. ويشير النموذجان إلى أن الوصمة المدركة لدى مرضي (سرطان الرئة / أو فيروس نقص المناعة) تحدث من خلال إدراك سلوكيات ومواقف المجتمع تجاه (المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية، أو المدخنين، أو المصابين بسرطان الرئة)، وأيضاً إدراك الشخص لذاته كمصاب (بفيروس نقص المناعة البشرية، أو مصاب بسرطان الرئة). وترتبط الوصمة المدركة والمرتبطة بسرطان الرئة بالعديد من النتائج السلبية منها؛ الاستبعاد الاجتماعي الفعلي أو المحتمل، ومحدودية الفرص، والتغيرات السلبية في الهوية الاجتماعية، وزيادة أعباء كل من الأعراض النفسية الاجتماعية، والأعراض الجسدية. فقد توصلت نتائج دراسة نوعية لـ"جرين، وبانيرجي" **Greene & Banerjee (2006)** إلى أن المصاب بهذا المرض غالباً ما يشعر بأنه "ضحية"

أو مستبعد من قبل أنظمة الدعم، والتي ينتج عنها توتر العلاقات الاجتماعية. بالإضافة إلى ذلك، قد يخشى المرضى من فقدان التأمين الصحي والتوظيف كنتيجة للإفصاح عن تشخيصهم بالسرطان (**Cataldo, Slaughter, Jahan, Pongquan & Hwang, 2011, 2-4; Berger, Ferrans & Lashley, 2001, 520**).

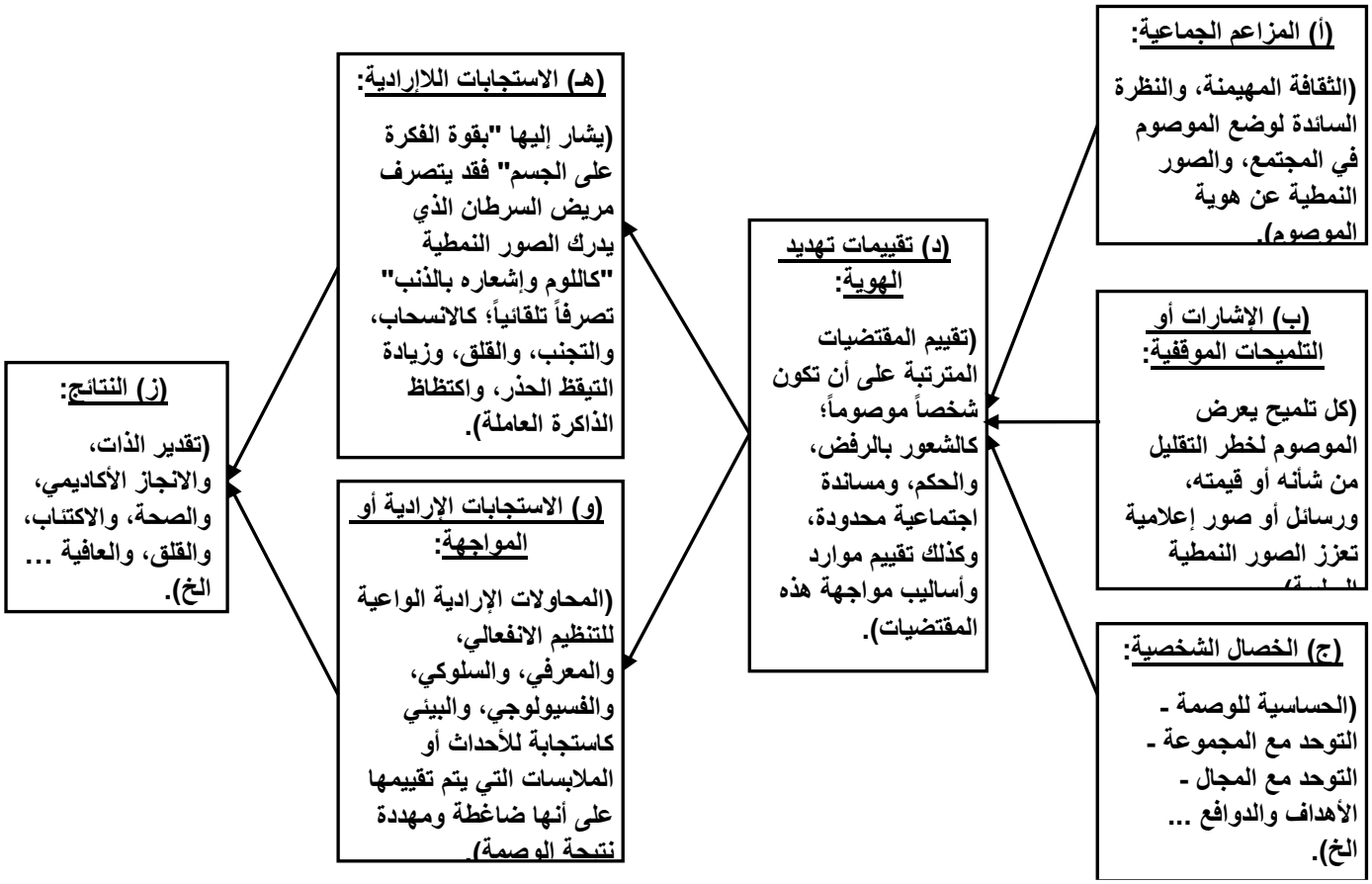
شكل (٣) نموذج "بيرجر" (٢٠٠١) للوصمة المدركةلدي المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية (Berger, Ferrans & Lashley, 2001, 520)، ونموذج "كاتلدو" وزملاءه (٢٠١١) للوصمة المرتبطة بالصحة لدي مرضى سرطان الرئة، والمستمد من نموذج "بيرجر" (٢٠٠١) (Cataldo, Slaughter, Jahan, Pongquan & Hwang, 2011, 12).

نموذج تهديد الهوية الناتج عن الوصمة :[٣٧]

نموذج الوصمة التي تسبب تهديد الهوية "لميجور، وأوبراين" (٢٠٠٥) في الشكل (٤)، واقتبس "ماجيو" (٢٠١٥)، في الشكل (٥) منه نموذجه لتهديد الهوية الناتج عن وصمة مرضي سرطان الرئة، ويفترض هذان النموذجان، أن الاتصاف بهوية منخفضة القيمة اجتماعياً والمتفق عليها بإجماع (الوصمة) يزيد من تعرض المرء لمواقف ضاغطة محتملة (تهدد الهوية)، تؤدي إلى نتائج

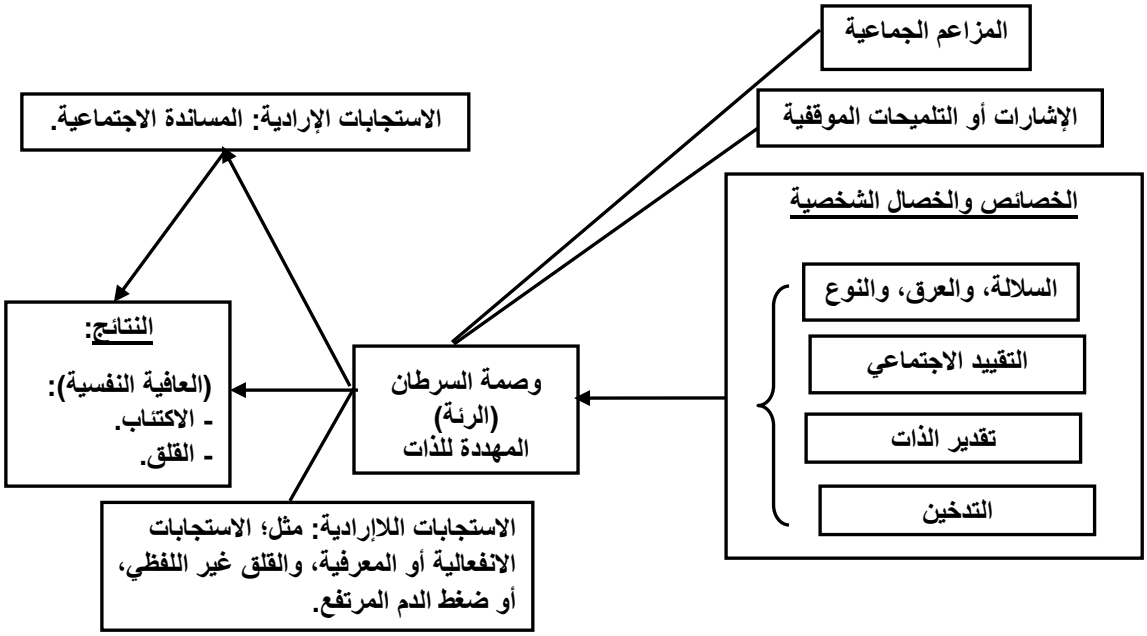
37. A Model of Stigma-Induced Identity Threat.

نفسية، واجتماعية، وجسدية سلبية. ويقصد بالتهديد؛ المواقف التي ينم عنها إمكانية حدوث أذي للشخص، ووصم لهويته، مما يزيد من تعرض الفرد لضغوطات[٣٨] المواقف المهددة للهوية. وتؤثر كذلك آليات الوصم بشكل مباشر على العافية النفسية لأولئك الذين تم وصمهم اجتماعياً. ويحدث تهديد الهوية الناتج عن الوصم نتيجة التمييز أو غيره من المواقف المهددة والمتعلقة بالهوية، مما يؤدي إلى نتائج نفسية، واجتماعية، وجسدية مثل الضغوط، والقلق، والاكتئاب. كما يحدث تهديد الهوية أيضاً عند تقييم الفرد للمواقف المهددة والمتمثلة في المزاعم الجماعية، والإشارات الموقفية، والسمات الشخصية كتقدير الذات، والتدخين، والخصائص السكانية. كذلك يحدث تهديد الهوية عند تقييمه للمقتضيات التي تُفرض عليه لكونه موصوم، والتي يُحتمل أن تكون ضارة بهويته الاجتماعية، وتفوق هذه الضغوطات آليات المواجهة لديه. وتتمثل آليات مواجهة المواقف التي تهدد الهوية في الاستجابات اللاإرادية أو الإرادية، وقد تختلف النتائج وفقاً لقدرات الفرد على المواجهة، وفرط حساسيتهم واستعدادهم ليكونوا موصومين. ووفقاً لنموذج تهديد الهوية الناتج عن الوصمة، فإن الاستجابات الإرادية، كالبحث عن الدعم الاجتماعي، تؤثر على قدرة الفرد على المواجهة عن طريق العمليات المعرفية الواعية للتحكم في الاستجابات الانفعالية، والإدراكية، والبدنية، والسلوكية للمواقف أو الأحداث الضاغطة (**Maggio, 2015, 13-52**).



شكل (٤) نموذج تهديد الهوية الناتجعن الوصمة لـ "ميجور، وأوبراين" (**Major & O'Brien, 2005, 398**).

38. Stressful.



شكل (٥) نموذج تهديد الهوية الناتج عن وصمة مرضي سرطان الرئة لـ"ماجيو" (٢٠١٥)، والمقتبس من نموذج الوصمة التي تسبب تهديد الهوية لـــ "ميجور، وأوبراين" (٢٠٠٥) (Major & O'Brien, 2005, 398; Maggio, 2015, 29).

ثانياً : الصمود النفسي :

الصمود في اللغة: يقال صمد – صمدا، وصمودا: ثبت، واستمر. ومنه قول الإمام على "صمدا صمدا حتى يتجلى لكم عمود الحق"؛ أي ثباتا (مجمع اللغة العربية، ٢٠٠٠، ٣٦٩).

وقد عرفت جمعية علم النفس الأمريكية **(APA)** الصمود بوصفه عملية التوافق بشكل جيد في مواجهة المحن والشدائد والتهديدات وجميع مصادر الضغوط من قبيل مشكلات في العلاقات الاجتماعية والعائلية، والمشكلات الصحية الخطيرة. فالصمود يعني تجاوز[39] الخبرات الصعبة **(APA, 2000, 1).**

والصمود هو قدرة الفرد على أن ينجح في مواجهة المحنة، وهذا يعني وجود عدد من الصفات الشخصية المميزة من قبيل نسق معتقدات هادف[40]، وفهم واضح للواقع، ومهارات معرفية جيدة مهارات حل المشكلات ودرجة مرتفعة لتقدير الذات **(Lees, N., 2009, 39).**

ويعرف "ساوثويك" **Southwick** الصمود بوصفه قدرة الجهاز التفاعلي[41]على التوافق بنجاح مع المعوقات المهددة للحياة أو العمل أو نمو نظام حياة الفرد وتطوره (**Southwick, Bonanno, Masten, Brick; & Yehuda, 2014, 6**).

39. Bouncing back.
40. Meaningful belief system.
41. Dynamic system.

ويعرف "بريك" **Brick** الصمود بوصفه عملية تسخير الموارد لتحقيق العافية، فهو عملية لأن الصمود ليس مجرد اتجاه أو قدرة، كما أن مصطلح تسخير الموارد هو الأنسب للتعريف لأنه يعني تحديد أنسب الموارد للأفراد، فالموارد التي تناسب الأفراد في مصر تختلف عن تلك التي تناسب الأفراد في الولايات المتحدة، كما أن مصطلح تحقيق العافية أو إثباتها هو الأنسب لتعريف الصمود لأن الصمود يتضمن أكثر من مجرد تعريف ضيق للصحة أو غياب المرض (**Panter-Brick & Leckman, 2013, 333; Southwick, Bonanno, Masten, Brick;& Yehuda, 2014, 4**).

والصمود قد يكون مصدره من داخل الفرد نفسه أو من المجتمع الخارجي والبيئة والمصادر الروحية. فالصمود يمكن أن نراه ببساطة في ممارسات الحياة اليومية والمهارات مثل التأمل والصلاة واليوجا، وعلاجات بديلة أخرى يمكن استخدامها لتنمية الصمود **(Richardson, 2002, 319)**.

نستنتج مما سبق عن مفهوم الصمود أن الصمود النفسي يعني توظيف الفرد لقدراته وإمكاناته والموارد المتاحة له بالشكل الأمثل، حتى يتمكن من التعامل مع الأزمات ومواجهة المخاطر والضغوط، وهذا يعني أن الصمود النفسي ليس معناه عدم تعرض الفرد للضغوط، ولكنه يعني القدرة على تحقيق التقدم والنجاح والتعافي رغم التعرض للمحن والمصاعب والضغوط بأشكالها.

وقد يتداخل مفهوم الصمود النفسي مع بعض المفاهيم الأخرى مثل الصلابة النفسية[٤٢]، وفعالية الذات[٤٣]، ومركز الضبط[٤٤]، والمواجهة[٤٥]. ويمكن تناول كل من هذه المفاهيم كما يلي:

الصلابة النفسية: تعرفها حليمة الدقوشي (٢٠١٣) بأنها مجموعة من السمات الشخصية التي تعمل على مواجهة الأحداث الضاغطة عن طريق استخدام الفرد لكل مصادره الذاتية الداخلية، ومصادر البيئة الخارجية، وتقييمه المعزو لهذه الأحداث وتفسيرها بواقعية، والتي تنميها البيئة في الفرد منذ صغره لمقاومته التأثيرات السلبية للضغوط، وتساهم في مساعدة الأفراد على الاستمرار في إعادة التوافق باستغلال طاقاتهم وقدراتهم الذاتية والاجتماعية (نقلاً عن: صفاء مرسي، ٢٠١٧، ٣٤٣).

أما مفهوم فعالية الذات فيشير إلى معتقدات الفرد في قدراته على تنظيم سلسلة من الأفعال المطلوبة وأدائها لإحداث الأهداف المرغوبة **(Bandura, 1992, 3)**.

وبناءً على ذلك فإنه من المرجح أن ذوي فعالية الذات المرتفعة سيكونون مرتفعي الصمود، وهم غالبا أفراد ناجحون، أي أنه كلما كانت لدى الفرد ثقة في قدراته على القيام بالأفعال والتصرفات المطلوبة وأدائها، أصبح أكثر قدرة على إعادة تقييم الفشل بوصفه خبرة تعليمية، وبالتالي فإنه يستطيع أن ينهض وينمي درجة صموده **(Lees, 2009, 45)**.

42. Psychological Hardiness.
43. Self-efficacy.
44. Locus of control.
45. Coping.

سمات الأفراد الصامدين نفسياً :

يمكن أن نستخلص عددا من السمات التي يتميز بها الصامدون نفسيا كما يلي : ١- القدرة على إقامة علاقات جيدة مع الآخرين، ٢- وارتفاع مستوى تقدير الذات وفعالية الذات، ٣- والتدين والشعور بالانتماء، ٤- وامتلاك آليات لمواجهة الضغوط، ٥- وامتلاك مهارات فعالة في حل المشكلات، ٦- والمرونة، ٧- وتقبل المشاعر السلبية وتخطي الخبرات السلبية، ٨- والقدرة على مواجهة الضغوط، ٩- والإيثار،١٠- والتفاؤل، ١١- والأمل، ١٢- والمبادأة، ١٣- ووجود هدف للحياة، ١٤- والقدرة على مساعدة الآخرين، ١٥- والقدرة على تحويل العجز المؤلم إلى خبرة مساعدة متعلمة، ١٦- والروح القتالية، ١٧- والتوقعات الإيجابية (أسيل صبار، ٢٠١٥، ٦١٠-٦١١؛ إيمان سرميتي، ٢٠١٥، ١٤؛ زينب شرف، ٢٠١٨، ٢١).

النماذج والنظريات المفسرة لمفهوم الصمود النفسي :

نظرية العوامل الوقائية وعوامل الخطر :

تعتمد هذه النظرية على أن هناك نوعين من العوامل يؤثران في الفرد هما العوامل الوقائية وهي العوامل التي تمكن الفرد من القيام بالسلوك التوافقي، والتي تكون بمثابة الأجسام المضادة في الجهاز المناعي البشري، فهي تنشط وتُفعل عندما يتعرض الفرد لتهديد، ولذلك فهي عوامل وقائية فقط، وهذه العوامل من قبيل العلاقات الاجتماعية الجيدة والتي تمثل مصدرا للدعم والمساندة الاجتماعية، وكذلك ارتفاع نسبة الذكاء، ووجهة الضبط الداخلية، وفعالية الذات وتقدير الذات والدافعية للإنجاز، كل هذه العوامل تسمى عوامل وقائية (شرف، ٢٠١٨، ٢٢؛ صبار، ٢٠١٥، ٦١٢). أما عوامل الخطر فهي بمثابة المتغيرات المؤدية إلى الإصابة بالأمراض أو إلى حالة من عدم التوافق والتي تجعل الإنسان عرضة للنتائج غير المرغوبة، وهذه العوامل تتضمن فقدان الوظيفة، والفقر، والطلاق، والوفاة، والأمراض المزمنة (سحر علام، ٢٠١٣، ١١٧-١١٨).

نموذج "ماستن، وكوتسورث" Masten & Coatsourth :

يقوم هذا النموذج على ثلاثة مكونات مهمة، هي :

عوامل الخطر[٤٦]: ويقصد بها أي نوع من المحن أو المخاطر أو الشدائد التي يزيد حدوثها من احتمالات النتائج السلبية، من قبيل المشكلات الصحية والاجتماعية.

وعوامل الموارد أو المصادر[٤٧]: وهي تمثل العوامل التي تتوسط العلاقة بين عوامل الخطر والنتائج، من قبيل وجهة الضبط الداخلي، وتقدير الذات، وفعالية الذات.

46. Risk factors.
47. Resource factors.

والنتائج[٤٨]: ويقصد بها المتغيرات التي تتأثر سلبياً عند التعرض لعوامل الخطر والمحن والشدائد (سرميني، ٢٠١٥، ١٠؛ محمد علي، ٢٠١٨، ٤٨٩-٤٩٠؛ **Yates, Tyrell; & Masten, 2014, 775**). ففي حين ترتبط عوامل الخطر بشكل عام بالعواقب أو النتائج غير المرغوبة، فإن عوامل الموارد أو المصادر (والتي تعرف بوصفها عوامل معززة) تدعم النمو الإيجابي أو المرغوب فيه لدى الأفراد، وكلاهما (عوامل الخطر وعوامل الموارد) أيضا قد يؤثر على الفرد إيجابيا أو سلبياً، كما أن تأثير البيئة الاجتماعية على الفرد تتأثر بالمدى الواسع من الموارد أو الأخطار المحيطة بالفرد، وكذلك من خلال نقاط ضعف محددة لدى الفرد (**Yates, Tyrell;& Masten, 2014, 775**).

ويمكن تناول هذه النظرية بمثال توضيحي يتناسب مع عينة الدراسة الراهنة، حيث إن إصابة الفرد بمرض خطير (يُعد هذا من عوامل الخطر) قد يسبب له ذلك الحزن والضيق والتوتر (وهي تمثل النتائج) يزيد هذا الحزن والضيق، إذا كان هذا الفرد هو العائل الوحيد لأسرته، أو كانت هناك نقطة ضعف في البيئة المحيطة مثل عدم وجود رعاية صحية. وبالتالي يمكن القول أن توافق هذا الفرد مع مرضه الخطير الذي يمثل عامل الخطر أو مع الموارد من قبيل المساندة الاجتماعية على سبيل المثال قد تتأثر بعوامل أخرى من قبيل نقاط الضعف في البيئة المحيطة.

نظرية "ريتشاردسون" Richadson :

تعد نظرية "ريتشاردسون" من أوائل النظريات المفسرة للصمود النفسي، ويكمن الفرض الرئيس لهذه النظرية في فكرة التوازن الحيوي النفسي الروحي، هذا التوازن هو الذي يسمح لنا بالتكيف والتوافق بين كل من الجسم والعقل والروح من جهة، وظروف الحياة من جهة أخرى، حيث تؤثر ظروف الحياة والأحداث البغيضة وأحداث الحياة الأخرى المتوقعة وغير المتوقعة أو متطلبات الحياة العاجلة في قدرتنا على التكيف، ومواجهة مثل هذه الأحداث في الحياة (شادية بنت علي، ٢٠١٤، ١٩). ويشير ريتشاردسون إلى أن التوازن الحيوي النفسي الروحي يصطدم بصورة نمطية مع متطلبات الحياة الداخلية والخارجية، والضغوط، والمحن، وأشكال أخرى من التغيرات. وقد تنشأ مصادر الصمود خارجيا كنتيجة لإدراكات الخطورة، أو داخليا من الأفكار والمشاعر، وقد يثير الصمود جزءا جديدا من المعلومات، أو الخبرات الجديدة، أو المشاعر والأفكار المتكررة. وتعتمد الخطورة المدركة لمتغيرات الحياة على نوعية الصمود واستعادة خبرات الصمود السابقة. ويحدد التفاعل بين متطلبات الحياة وعوامل الوقاية[٤٩] ما إذا كان خللا ما سيحدث أم لا **(Richardson, 2002, 311)**.

48. Outcomes.
49Protective factors.

ثالثاً : العافية النفسية :

تُعرف العافية النفسية الذاتية بوصفها حياة الفرد بشكل إيجابي وشعوره بأنه بخير، والعافية هي نتاج التقدير العام للحياة والتوازن بين كل من الجيد والسيئ. ويعتبر الفرد لديه مستوي مرتفع من العافية الذاتية إذا مر بخبرة الرضا عن الحياة والبهجة المتكررة، ونادراً ما يخبر مشاعرا مكدرة مثل الحزن والغضب. وعلي العكس من ذلك، يعتبر الفرد لديه مستوي منخفض من العافية الذاتية إذا كان غير راض عن حياته، أو مر بخبرات قليلة من البهجة والمودة، وتكرر مروره بمشاعر سلبية مثل الغضب أو القلق. ويري البعض كـ"فينهوفين" (٢٠٠٨) أن السعادة بشكل عام هي مرادفة للرضا عن الحياة والعافية الذاتية (**Cummins & Lau, 2006, 176; Veenhoven, 2008, 2**). بينما يشير كل من "دينير ولوكاس" **Diener & Lucas (1999)** إلى أن مفهوم العافية الذاتية أكثر تعقيداً من مفهوم السعادة، حيث إن العافية تشتمل على عناصر ثلاثة وهي: حالة وجدانية سارة أو ممتعة[٥٠]، وحالة وجدانية غير ممتعة[٥١]، والرضا. ويعرض الباحثان لكل من الحالة الوجدانية السارة وغير السارة كموضوعين منفصلين وليس كوجهين لعملة واحدة، وقد قاما بذلك نظرالاحتمال وجود مستويات مرتفعة لكليهما أو بالأحرى مستويات منخفضة لكليهما (**Phillips, 2006, 33; Veenhoven, 2008, 2**).

كما ينظر للعافية بوصفها الشكل الطبيعي لنوعية الحياة الذاتية؛ وبذلك تكون نوعية الحياة الذاتية ما هي إلا تقييم الأفراد بأنفسهم لنوعية حياتهم. ويعتبر مفهوم العافية الذاتية مفهوم مباشر بشكل نسبي ويتضمن الرضا عن الحياة مقروناً بالسعادة، أو الحالة الوجدانية السارة وغير السارة، وربما يتضمن أيضا بُعد يرتبط بمعني الحياة[٥٢]، والبُعد الروحي أو معرفة الذات[٥٣] (**Ventegodt, Merrick & Andersen, 2003, 1032-1033; Phillips, 2006, 36**).

ويري "كامبيل" **Campell (1981)** أن العافية النفسية[٥٤] تعد فكرة عامة لاثني عشر مجالاً من مجالات نوعية الحياة، وهي: الزواج، والحياة الأسرية، والصداقة، ومستويات المعيشة بوجه عام، والعمل، والجيرة، ومقر الإقامة مدينة / قرية، والسكن، والصحة، والذات، والتعليم، والشؤون الوطنية (**Rapley, 2003, 190**).

كما يتضمن مفهوم العافية النفسية مجموعة من العمليات الوجدانية المتبادلة أو المترابطة[٥٥]، والمعرفية، والسلوكية. ويشير انخفاض مستوي العافية النفسية إلى المشقة النفسية التي تعكس كل من مشاعر القلق، والاكتئاب، وكذلك الأعراض الجسدية مثل الصداع المتكرر، وعدم الرضا،

50. Pleasant Affect.
51. Unpleasant Affect.
52. Meaning of Life.
53. Self knowledge.
54. Psychological well-being.
55. Interrelated affective.

وينعكس في اعتلال الصحة النفسية[٥٦]. ويظهر المستوي المرتفع من العافية النفسية في غياب مظاهر انخفاض العافية، ويتضمن أيضاً تقدير الذات، والسعادة متمثلة في (المشاعر الايجابية والاستقرار النفسي). ويضيف خبراء نوعية الحياة بمنظمة الصحة العالمية **(WHOQoL)** كل من صورة الجسم والمظهر إلى معالم العافية النفسية (**Amato & Booth, 2000, 182; The WHOQoL group, 1998, 1576-1578**).

رابعاً : أورام الثدي السرطانية :

يقصد بأورام الثدي السرطانية نمو خلايا غير طبيعية، ويمكن لهذه الخلايا أن تسبب تلفاً للأنسجة الطبيعية بالثدي، وتبدأ هذه الأورام السرطانية في أي جزء من الثدي. ويرجح أن يكون سبب الأورام السرطانية مرتبط بتغيرات في الحامض النووي **(DNA)** للخلايا، وترتبط هذه التغيرات في الحامض النووي في كثير من الأحيان بنمط الحياة، وقد تحدث بسبب التقدم في العمر وعوامل أخرى **(American Cancer Society, 2017)**.

خامساً : أورام الدم السرطانية :

ويقصد بها ورم سرطاني ينشأ في النسيج المكون للدم مثل نخاع العظام أو في خلايا الجهاز المناعي. وينتج النخاع العظمي لدى الشخص المصاب خلايا دم بيضاء غير طبيعية، وهذه الخلايا غير الطبيعية هي خلايا سرطانية. ولا تموت خلايا الورم السرطاني في الوقت المحدد لموتها مثل الخلايا الطبيعية، وقد تحيط هذه الخلايا السرطانية بخلايا الدم البيضاء والحمراء والصفائح الدموية الطبيعية، وهو الأمر الذي يصعب على خلايا الدم الطبيعية أداء عملها (الجمعية السعودية الخيرية لمكافحة السرطان، ٢٠١٣، ٥–٨).

سادساً : السمنة :

يقصد بالسمنة تراكم الدهون بشكل شاذ ومفرط، فهي تعني زيادة الأنسجة الدهنية في الجسم وتراكمها حتى زيادة الوزن بـ٢٠% من الوزن الطبيعي، والحد الذي يبلغ فيه مؤشر كتلة الجسم ٣٠% أو يتجاوز تلك النسبة (سعدون، ٢٠١٧، ٣–٨). وهي ليست زيادة عددية في الوزن بقدر ما هي مظهر نفسي جسمي يؤثر على حركة الإنسان ونشاطه وصحته بشكل عام (عامر الأميري؛ أمل العيثاوي؛ سمر الشمري، ٢٠١٦، ٥٨٩).

الدراسات السابقة :

في هذا الجزء سيتم عرض الجهود السابقة التي أجريت في هذا الموضوع في ثلاث فئات:

56. Psychological ill health.

الفئة الأولي : دراسات تناولت متغيري الوصمة والعافية النفسية ومؤشراتها :

تناولت الورقة البحثية لـ"كوزيكوفسكي" **Kozikowski (2005)**، والتي كانت بعنوان "السرطان اللعين الذي يفترس الثدي: وصمة السرطان في جمهورية التشيك ما بعد الاشتراكية"، الوصمة التي أُجبرت النساء التشيكيات على مواجهتها بعد تشخيص السرطان، والتركيز على الطرق المختلفة التي أثرت بها الوصمة على حياتهن الشخصية، وكيف تشكل هذه الخبرة تصورهن عن أجسادهن. وذلك من خلال ١٧ مقابلة متعمقة مع النساء التشيكيات اللاتي تم تشخيصهن بأورام الثدي السرطانية وعلاجهن منه، بالإضافة إلى مناقشات مع الجراحين، وأخصائيي الأورام، ومنظمي مجموعات الدعم. وعندما سُئلت النساء في الدراسة بماذا يفكرن عند سماع كلمات (السرطان) أو (أورام الثدي السرطانية)، فكانت إجابتهن تحمل دلالات سلبية قوية، فمدلولات الكلمة لديهن كانت؛ "مرض خبيث وغادر"، و"كلمة قاسية وعنيفة"، و"مرض عضال"، و"مرض قاتل غير قابل للشفاء"، و"أنك في ورطة كبيرة"، "هذا التشخيص يساوي الموت". كما أشار "كوزيكوفسكي" في دراسته أن الوصمة لا زالت سائدة رغم تقدم التشخيص والعلاج لهذا المرض، ولا تقتصر الوصمة على المجتمع العام فحسب، بل أيضاً في اللقاءات الطبية الحيوية. فمن خلال المقابلات التي أجريت بالدراسة، طُلب من النساء تذكر المصطلحات التي استخدمها أطبائهن أثناء التشخيص والعلاج؛ فمن بين ١٧ امرأة تحدث معها الباحث، واحدة فقط ذكرت أن طبيبها استخدم كلمة سرطان، والباقيات ذكرن مصطلحات مختلفة للإشارة إلى مرضهن منها؛ الورم الخبيث، والبصلة[٥٧]، والكيس[٥٨]، والعثور على القليل[٥٩]. في حين كان الورم الخبيث هو المصطلح الأكثر شيوعاً في الاستخدام، وذكر بعضهن أن طبيبهن لم "يعطِ لمرضهن اسماً" على الإطلاق. كما طُلب منهن ذكر المصطلحات التي يستخدمنها هن أنفسهن عند حديثهن عن مرضهن في حياتهن اليومية، فذكرت ١٤ امرأة تعمدن عدم استخدام كلمة سرطان أو أورام الثدي السرطانية. واستخدمت معظمهن بدلاً عنه مسميات أخري كالورم، وأمراض الأورام[٦٠]، أو "أجريت جراحة في الثدي"، و"هذا الشيء"، و"ذلك"، و"مشكلتي". وقد تباينت أسباب تجنب استخدام كلمة السرطان على نطاق واسع، ولكن تمحورت جميعها حول الوصمة المرتبطة بالتشخيص. فقد واجهت النساء المشاركات بالدراسة بعد تشخيصهن أشكالاً مختلفة من الوصمة، والخوف من الموت، والخوف من تكرار الخبرة. كما أبلغت ٩ نساء من أصل ١٧ عن تجنبهن لمناقشة أورام الثدي السرطانية في حياتهن الشخصية، وأنهن أبقين عليه "سراً"، واخترن التعامل معه بشكل خاص، حتى داخل البيئة العائلية. وقد أفادت ١٤ امرأة

57. Bulb.
58. Cyst.
59. A little finding.
60. Oncological Illness.

من أصل ١٧ أنهن عانين من مشاكل نفسية بعد تشخيصهن. وبسؤالهن عن تفكيرهن في التغييرات التي قد تحدث لأجسامهن منذ التشخيص وحتى العلاج، فقد أبلغن عن شعورهن بالقلق من تعرضهن للتشوه الجسدي بعد فقدان الثدي، والمعاناة من فقد الشعر بعد العلاج الكيميائي. وقد أبلغ ٩ نساء من أصل ١٠ خضعن لعملية استئصال الثدي عن شعورهن بسلبية كبيرة وبشكل ملحوظ تجاه أجسادهن بعد العلاج، وأنهن لم يعدن إناثاً أو جذابات أو مغريات جنسياً لأزواجهن. كما عبر بعضهن أن من أسباب قلقهن بعد التشخيص أنهن سيكونون عبئاً مادياً ونفسياً على عائلتهن.

وقد صممت دراسة "لوكونتي" وزملائه **LoConte, Else-Quest, Eickhoff, Hyde, & Schiller (2008)** والتي كان عنوانها "تقييم الشعور بالذنب والشعور بالخزي لدى مرضى سرطان الرئة ذوي الخلايا غير الصغيرة مقارنةً بمرضى أورام الثدي السرطانية وسرطان البروستاتا"، بهدف تحديد مستويات الشعور بالذنب والخزي لدى مرضى سرطان الرئة مقارنة بمرضي أورام الثدي السرطانية وسرطان البروستاتا، على اعتبار أن مرضى سرطان الرئة قد يشعرون بالذنب والخزي أكثر نتيجة تدخينهم في السابق. وتكونت العينة من (١٧٢) مشاركاً منهم (٩٦) مريضاً بسرطان الرئة ذوي الخلايا غير الصغيرة، ٤٩ ذكور و٤٧ إناث، و(٣٠) مريضة بأورام الثدي السرطانية، و(٤٦) مريضاً بسرطان البروستاتا. وتم إرسال الاستخبارات للمشاركين ثلاث مرات (مرة عند تسجيل بياناتهم بالمشفي، وثانية بعد شهرين، ومرة ثالثة بعد ٦ أشهر). وكان يتم ضم المرضى إلى عينة الدراسة إذا كانوا قد بلغوا المرحلة الرابعة من المرض بالثلاث فئات. تراوحت أعمار المشاركين بين ٣٥–٨٧ سنة (المتوسط ٦٦,٩ سنة، وانحراف معياري ١١,١٨ سنة). مرضى سرطان البروستاتة كانوا أكبر سناً بكثير من مرضى أورام الثدي السرطانية أو سرطان الرئة. وكان ٦٦,٩٪ من العينة متزوجين أو مع شركاء، وكانوا متنوعين في خلفياتهم التعليمية والدخل الأسري. ولم تختلف مجموعات السرطان اختلافاً دالاً في كل من التحصيل العلمي، والدعم الاجتماعي الذي يتلقونه، أو دخل الأسرة. وكان ٩١,٧% من مرضى سرطان الرئة ذوي الخلايا غير الصغيرة مدخنين حاليين أو سابقين مقابل ٦٧,١ ٪ من عينات المقارنة. وتضمنت أدوات الدراسة مقاييس للشعور بالذنب العام، والشعور بالخزي العام، والاكتئاب، والقلق بالإضافة إلى مقاييس للشعور بالذنب، والشعور بالخزي، والشعور بالحرج المرتبطان بالسرطان. وافترضت الدراسة أن مستويات كل من الوصمة المدركة المرتبطة بالسرطان، والشعور بالذنب والخزي، والاكتئاب، والقلق ستكون أعلي في مرضي سرطان الرئة مقارنة بمرضي أورام الثدي السرطانية والبروستاتا، وأن النساء المصابات بالسرطان سيكن لديهن شعور بالذنب أو الخزي أعلي من الرجال بسبب ميلهن الكبير نحو كلا الشعورين. وأن هناك مجموعة عوامل (كالوقت المنقضي منذ التشخيص، والمستويات العليا من التعليم، والزواج أو العيش مع شركاء) من شأنها جميعاً أن تقلل كل من الشعور بالذنب، والشعور بالخزي، والاكتئاب، والقلق وذلك عبر فئات السرطان الثلاث بالدراسة. وقد أظهرت نتائج الدراسة أن مرضى

سرطان الرئة ذوو الخلايا غير الصغيرة كانت مستوياتهم مرتفعة على الوصمة المدركة المرتبطة بالسرطان مقارنة بمجموعتي المقارنة، ولم يختلف متوسط الشعور بالذنب العام والشعور بالخزي العام بين المجموعات الثلاث؛ ولم يتغير بمرور الوقت على مدار الثلاث قياسات. وارتبط تاريخ المرضي في التدخين بزيادة مستويات الشعور بالذنب والخزي المكتسبين، وذلك بغض النظر عن نوع الورم السرطاني. ولكن ارتبطت الوصمة المدركة المرتبطة بالسرطان المرتفعة بتاريخ التدخين السابق أو الحالي – لدى مرضى سرطان الرئة فقط. كما ارتبط أيضاً الإدراك الشخصي لسلوكيات الماضي التي أسهمت في الإصابة بالسرطان بالمستويات المرتفعة من الشعور بالذنب، والشعور بالخزي، والقلق، والاكتئاب، بنسبة ٢٩,٥٪ من مرضى سرطان الرئة ذوي الخلايا غير الصغيرة مقابل ١٠,٥٪ من عينات المقارنة. ولوحظ أن أعراض الاكتئاب بلغت ذروتها لدى مرضى سرطان الرئة في شهرين، بينما بلغت لدى مجموعات المقارنة في ٦ أشهر. كما أظهر المرضى الذين يعانون من سرطان الرئة زيادة خطية في القلق على مدى ٦ أشهر، في حين أن مرضى مجموعات المقارنة لم يحدث معهم ذلك. ولم تكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في الشعور بالذنب، والشعور بالخزي، والاكتئاب، والوصمة المدركة المرتبطة بالسرطان أو الاكتئاب بين الذكور والإناث. بينما لوحظ ارتفاع القلق لدى النساء عن الرجال في التقييم الثاني.

وهدفت دراسة "كاتالدو" وزملائه **Cataldo, Slaughter, Jahan, Pongquan & Hwang (2011)** والتي كانت بعوان "قياس الوصمة لدى المصابين بسرطان الرئة : وتقنين مقياس كاتالدو لوصمة سرطان الرئة"[٦١]، إلى تطوير أداة لقياس الوصمة المدركة لدى الأشخاص المصابين بسرطان الرئة المعد على أساس استخبار وصمة مرض نقص المناعة البشرية. وتم إجراء الدراسة على عينة مكونة من (١٨٦) مريضاً بسرطان الرئة (جميع الأنواع والمراحل)، وتراوحت أعمارهم من (٢٠–٨٨) عاماً بمتوسط عمري (٥٥) عاماً، وانحراف معياري (١٣,٧)، و٧٠% من العينة كانوا إناثاً، و٧٩% من العينة أفادوا بأنهم إما يدخنوا حالياً أو بالماضي. وقام المشاركون باستيفاء الاستخبارات عن طريق شبكة المعلومات الدولية. وتضمنت أدوات الدراسة مقياسكاتالدو لوصمة سرطان الرئة، ومقياس لتقدير الذات، ومقياس للاكتئاب، ومقياس الدعم الاجتماعي والصراع الاجتماعي، واستخبار نوعية الحياة. وأظهرت النتائج أن استخبار كاتالدو تمتع بصدق وثبات مرتفعين لقياس الوصمة المرتبطة بالصحة لدى مرضي سرطان الرئة. وأن هناك ارتباطاً سلبياً بين تقدير الذات والوصمة؛ خاصة مع مقياس التدخين. وارتبط الاكتئاب المرتفع بالوصمة العامة المرتفعة، ومقاييسها الفرعية. وارتبط كل من توافر الدعم الاجتماعي، والاندماج الاجتماعي الذاتي والموضوعي، ونوعية الحياة ارتباطاً سلبياً بالدرجة الكلية لمقياس الوصمة، وبدرجات المقاييس

61. Cataldo Lung Cancer Stigma Scale (CLCSS).

الفرعية (الخزي، والعزلة الاجتماعية، والتمييز، والتدخين) وأضعف هذه الارتباطات كان مع مقياس التدخين، كما ارتبط الصراع الاجتماعي إيجابياً بالدرجات الكلية والفرعية للوصمة.

وافترضت دراسة "كوجنيتي" **Cognetti (2013)** والتي كان عنوانها "إدراك الوصمة المرتبطة بأورام الثدي السرطانية والفهم الوراثي لدى النساء اللاتينيات، أن تعليماً بسيطاً يعد تثقفاً مناسباً من شأنه أن يحسِّن الوعي بعلم الوراثة فضلاً عن تقليل الوصمة المرتبطة بالسرطان بين النساء اللاتينيات. واشتملت عينة الدراسة على مجموعتين من النساء اللاتينيات (ن=١٩) عن طريق مسح أولي، وتلي هذا المسح تقييم وعيهن بمفهوم الوراثة المرتبط بأورام الثدي السرطانية، وحالتهن الانفعالية. ثم بعد نشر الوعي تم جمع الاستجابات النوعية المتعلقة بتصوراتهن المرتبطة بالسرطان. واشتملت العينة على نساء متأثرات بأورام الثدي السرطانية وغير متأثرات، وتم اختيارهن إما من مجموعة دعم أورام الثدي السرطانية باللغة الأسبانية في "أورلاندو" بولاية فلوريدا أو من أصل أسباني في ندوة تثقيفية حول الصحة المجتمعية في "تشارلستون" بولاية "ساوث كارولينا". وأوضحت نتائج الدراسة أن المشاركات لم يظهرن مكاسب كبيرة في المعرفة المتعلقة بأورام الثدي السرطانية بعد اطلاعهن على النشر التعليمي. وظهر لدى جميع النساء زيادة دالة في القلق بين خط الأساس للحالات الانفعالية، والحالات الانفعالية المرتبطة بتشخيص السرطان. كما أظهرت المشاركات غير المتأثرات بالسرطان متوسطات قلق مرتفع بشكل عام. وحدد التحليل النوعي لاستجابات المشاركات المتعلقة بتصوراتهن المرتبطة بالسرطان أربعة مواضيع رئيسية: (١) السرطان يعني الخوف، والموت، والعزلة العائلية؛ (٢) من الصعب تفسير أو شرح السرطان؛ (٣) الأسباب المتصورة للسرطان؛ و(٤) وسلوكيات أو طرق الأمل.

وقد تحددت أهداف دراسة "ماجيو" **Maggio (2015)** ، والتي كانت بعنوان "استكشاف العلاقة بين وصمة سرطان الرئة، والمساندة الاجتماعية، والكرب النفسي الاجتماعي"، في: استكشاف العلاقة بين الوصمة وكل من التقييد الاجتماعي، وتقدير الذات، والتدخين؛ وعلاقة الوصمة بكل من القلق والاكتئاب، والسيطرة على التدخين، والوضع الاجتماعي الاقتصادي كمتغيرات مشاركة في حدوث الوصمة؛ وما إذا كانت المساندة الاجتماعية تتوسط العلاقة بين الوصمة والكرب النفسي الاجتماعي. وقد تكونت عينة الدراسة من ١٠٤ مريض تم تشخيصهم بسرطان الرئة من عيادات سرطان الرئة، أغلبهم من القوقاز (٨٥,٦٪)، تراوحت أعمارهم بين (١٨و٨٥) سنة، بمتوسط عمر (٦١,٩) وانحراف معياري (٩,٢) سنة، وكان (٥٢٪) من العينة ذكوراً، وحوالي (٦٣٪) من العينة مدخنين سابقين، و(٢١,٢٪) مدخنين حاليين. وشملت بياناتهم السكانية (العمر، والنوع، والتعليم، والحالة الوظيفية، والدخل، والتأمين). وأسفرت نتائج الدراسة عن أن مرضى سرطان الرئة عرضة لمخاطر الكرب النفسي الاجتماعي بشكل مرتفع، حيث ارتبط تشخيص سرطان الرئة بزيادة كل من (الكرب النفسي، والوصمة). وارتبطت الوصمة لدى مرضي سرطان الرئة المدخنين (بالتقييد

الاجتماعي المرتفع، وتقدير الذات المنخفض، والاكتئاب والقلق المرتفعين). وتبين أن المساندة الاجتماعية تتوسط بقوة العلاقة بين الوصمة والاكتئاب، ولكنها لم تتوسط العلاقة مع القلق، أي أن المساندة الاجتماعية تنبأ بقوة بتأثير الوصمة على الاكتئاب ولكن ليس مع القلق. وتم رصد كل من (مشاعر الرفض أو الحكم، واللوم أو الشعور بالذنب والخزي) لدى مرضي سرطان الرئة، والتي تتسبب في حدوث الكرب النفسي الاجتماعي، والذي يظهر كنتيجة للوصمة. وتوصلت النتائج أيضاً إلى أن الأشخاص الموصومين يعانوا من (الاكتئاب، والقلق، ونقص الدعم الاجتماعي، ونوعية الحياة المنخفضة) والتي تسهم جميعها في تدني تقدير الذات وحدوث التقييد الاجتماعي.

وقد أجرى "هاجيز" وزميليه **Hughes, Bombak & Ankomah (2019)** دراسة بعنوان: "خبرات الوصمة المرتبطة بالوزن بين النساء الريفيات مرتفعات الوزن منخفضات الدخل في الغرب الأوسط للولايات المتحدة"، على عينة قوامها ٢٥سيدة مريضات سمنة.تراوحت أعمارهن من ٢٢ – ٩٠ سنة بمتوسط عمري٤٠,٥ سنة، وانحراف معياري ١٩,٨٧ سنة. وقد تم جمع البيانات من خلال ١٥ مقابلة متعمقة، تم إجراءهم جميعاً وجها لوجه، وتم تحليلها باستخدام إجراءات تفسير الظواهر. وقد أبلغت ١٦ سيدة بأن الوصمة المرتبطة بالصحة كانت تسبب تأخر الرعاية الصحية لدى بعضهن، في حين تسببت الوصمة في رفض الرعاية الصحية لدى أخريات، حيث أبلغن أن هذا الرفض سببه عدم جدوى التحدث مع الأطباء، وعدم وجود علاقة جيدة مع مقدمي الرعاية الصحية، والافتقار للتواصل الجيد وسماعهن لكلمات جارحة لوصف أجسادهن، والخبرات السلبية السابقة لهن. كما عبرت المشاركات اللاتي تخبرن الوصمة المرتبطة بالوزن أيضاً أن استجاباتهن لهذه الوصمة تمثلت فيشعورهن بالاكتئاب، واليأس، والارتباك، والغضب. وأبلغن عن أن تحوُّل حياتهن إلى صور نمطية قائمة على الوزن، والتعرضالمستمر لمواقف سلبية متعلقة بحجمهن دفعهن إلى التخلي عن العلاج الطبي.

وكان لدراسة "ووي" وزميليه **Wu, Berry & Schwartz (2019)** التي كانت بعنوان "وصمة الوزن والتأثر بثقافة المجتمع المضيف وعلاقتهما بكورتيزول الشعر* بين الأمريكيين الآسيويين الذين يعانـون من زيادة الـوزن والسمنة"، هدفين، الأول: فحص العلاقة بين معدلات وصمة الوزن المقررة ذاتياً، ومستويات كورتيزول الشعر؛ والثاني: ما إذا كان مستوى التأثر بثقـافة المجتمع المضيف يتوسـط العلاقة بين وصمة الـوزن ومستويات كورتيزول الشعر، وقـد أجريت هذه الدراسة على عينة كلية قـوامها ١٦٦ مشـاركاً من الأمريكيين من أصـــول أسـيوية، بواقـع ٩٢ ذكور (٥٥,٤٪)

* يقيس كورتيزول الشعر تأثير الضغوط طويلة المدي، وتشمل المشاكل الصحية المرتبطة بكورتيزول الشعر المرتفع أو المنخفض؛ أمراض القلب،وقد تتنبأ مستويات كورتيزول الشعر المرتفعة في الشعر بخطر الإصابة بأمراض القلب في المستقبل.

و٧٤ إناث (٤٤,٦ ٪)؛ وتراوحت أعمارهم بين ٢١ إلى ٦٥ عاماً، بمتوسط عمري ٤٥,٧ سنة وانحراف معياري ٩,٨ سنة. وقد كشفت نتائج الدراسة عن وجود ارتباط سلبي بين وصمة الوزن المرتفعة وكورتيزول الشعر، والعمر، وارتباط إيجابي مع كل من مؤشر كتلة الجسم، ومستويات التأثر بثقافة المجتمع المضيف، ومستويات العنصرية المدركة، ومستويات الضغوط المدركة. بينما كانت معاملات الانحدار للتفاعل بين وصمة الوزن، ومستوى التأثر بثقافة المجتمع المضيف ضعيفة غير دالة، بما يعني أن مستوى التأثر بثقافة المجتمع المضيف لم تتوسط العلاقة بين وصمة الوزن ومستويات كورتيزول الشعر.

<u>الفئة الثانية</u> : <u>دراسات تناولت متغيري الصمود والعافية النفسية ومؤشراتها</u> :

في دراسة طولية أجراها "كوستانزو" وزميليه **Costanzo, Ryff & Singer (2009)** اهتمت بفحص ما إذا كانت استجابات المتعافين من الأورام السرطانية تظهر ضعفا أو صمودا بالمقارنة بعينة مكافئة اجتماعياً وسكانياً ممن ليس لديهم تاريخا للإصابة بالأورام السرطانية. وتمت المقارنة بين المجموعتين في أربعة متغيرات هي: الصحة النفسية والمزاجية، والعافية النفسية والاجتماعية. تضمنت العينة ٣٩٨ فردا من المتعافين من الأورام السرطانية في الولايات المتحدة، و٧٩٦ مشاركا مكافئين لهم مع عدم وجود تاريخ لإصابتهم بالأورام السرطانية، تراوحت أعمارهم بين ٣٤ إلى ٨٤ عاما. تم تقييم العينة الكلية مرتين الأولى في ما بين عامي ١٩٩٥ إلى ١٩٩٦ والثانية في الفترة ما بين عامي ٢٠٠٤ إلى ٢٠٠٦، تضمنت أدوات التقييم التقرير الذاتي ومقاييس نفسية لمتغيرات الدراسة. كشفت النتائج عن أن المتعافين من الأورام السرطانية أظهروا ضعفا في الصحة النفسية والمزاجية وبعض مظاهر العافية النفسية مقارنة بالعينة المكافئة لهم. كما أوضحت التحليلات الإحصائية التي امتدت قبل التشخيص وبعده أنه في حين انخفضت الصحة النفسية بعد التشخيص بالأورام السرطانية مقارنة بما قبل التشخيص، فإن الصحة المزاجية والعافية النفسية والاجتماعية كانت منخفضة قبل التشخيص بالأورام السرطانية، وعلى الرغم من أن المتعافين من الأورام السرطانية أظهروا صمودا للعافية الاجتماعية وتطورا في شخصياتهم، فإن كبار السن منهم كانوا أكثر صموداً وأعلى في العافية النفسية والاجتماعية مقارنة بالمتعافين الأصغر سناً.

وأجرى "كوكاريلا، وبيريز" دراسة **Cucarella& Perez (2015)** كان هدفها تحليل بعض مكونات علم النفس الإيجابي مثل الصمود وفعالية الذات وملاحظة ارتباطهم بالعافية الانفعالية[٦٢] ومتغيرات أخرى مثل قلق المستشفى والاكتئاب ونوع الجراحة ونوع العلاج، وذلك لدى مريضات أورام الثدي السرطانية. تضمنت العينة ١٣١ سيدة تم تشخيصهن بأورام الثدي السرطانية، تراوحت أعمارهن بين ١٢ – ٥٥ عاما. كشفت نتائج الدراسة عن ارتباط كل من فعالية الذات والحس الفكاهي

62. Emotional well-being.

ارتباطا سلبيا بكل من القلق والاكتئاب، كما كشفت النتائج عن أن درجة القلق لدى المريضات تعتمد على مظاهر الصمود لديهن (مثل: المساندة الوجدانية[٦٣]، وسير الحياة بشكل طبيعي، وإدارة الانفعال[٦٤]، والنشاطات التي تقمن بها في وقت الفراغ وهكذا) وهذه المظاهر تجلهن يشعرن بأنهن أفضل مقارنة ببداية ظهور المرض.

وفي دراسة أجراها "مهديان، وجفاري"**Mahdian& Ghaffari (2016)** كان هدفها فحص تأثيرات العافية الروحانية[٦٥] والصمود النفسي والمساندة الاجتماعية المدركة على الأمل لدى مرضى الأورام السرطانية. تكونت عينة هذه الدراسة من ١٩٨ سيدة من مريضات الأورام السرطانية تراوحت أعمارهن بين ١٧ إلى ٧٥ عاما. كشفت نتائج هذه الدراسة عن أن العافية الروحية تؤثر بشكل مباشر وغير مباشر على وجود الأمل لدى مريضات أورام الثدي السرطانية (من خلال الدور الوسيط لكل من الصلابة النفسية، والمساندة الاجتماعية المدركة)، حيث كشفت الدراسة عن أن التغير في درجة الأمل لدى المريضات يحدث من خلال كل من العافية الروحية والصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية المدركة، وتؤكد النتائج أن السكينة الروحية والدينية قد تكون أكثر أهمية من الصحة الجسمية لدى مريضات الأورام السرطانية في المراحل الأخيرة من المرض. كما أن العافية الروحية لها تأثير إيجابي على الأمل، هذا التأثير يتمثل في أن لها دوراً مهماً في التوافق مع المواقف الضاغطة ومواجهتها.

وفي دراسة "وانج" **Wang (2016)** على ٣٢٧ من مرضى أورام المثانة السرطانية، و٢٦٨ من مرضى أورام الكلى السرطانية. طبقت عليهم مقاييس لكل من الصمود النفسي، والقلق، والاكتئاب لاستكشاف الدور الوسيط للصمود بين كل من المرض وأعراض القلق والاكتئاب. كشفت نتائج الدراسة عن انتشار أعراض الاكتئاب بنسبة ٧٨% والقلق بنسبة ٧١,٣% لدى مرضى أورام المثانة السرطانية، في حين انتشرت أعراض الاكتئاب بنسبة ٧٧,٦% وأعراض القلق بنسبة ٦٨,٣% لدى مرضى أورام الكلى السرطانية. وارتبطت الضغوط النفسية ارتباطا موجبا بأعراض القلق والاكتئاب. في حين ارتبط الصمود ارتباطا سالبا بهذه الأعراض. كما كشفت النتائج عن أن الصمود النفسي يتوسط العلاقة بين تأثير هذه الضغوط النفسية الناتجة عن المرض وكل من القلق والاكتئاب.

وفي دراسة "جياكومو" وزملائه **Giacomo, Cannita, Ranieri, Cocciolone, Passafiume & Ficorella (2016)** والتي كانت بعنوان أورام الثدي السرطانية والصمود النفسي لدى السيدات، هدفت هذه الدراسة إلى فحص الصمود النفسي لدى عينة من السيدات بعد تشخيصهن بأورام الثدي

63. Emotional support.
64. Emotion management.
65. Spiritual well-being.

السرطانية، وذلك لدى عينة قوامها٨٢ سيدة تراوحت أعمارهن بين ٣١ – ٥١ عاماً، تم تقسيمهن إلى مجموعتين: المجموعة (أ) وعددهن ٦٢ سيدة من مريضات أورام الثدي السرطانية، والمجموعة (ب) ٤٠ سيدة صحيحة. أظهرت نتائج الدراسة أن مريضات أورام الثدي السرطانية تبدون أكثر صمودا، ويتعاملن بدافعية مع المرض وتركزن على الإذعان الجيد والحصول على العواقب الإيجابية السريعة. ولم تظهر عينات الدراسة أي من علامات الاضطرابات المزاجية أو الحالات المرضية النفسية، كما كشفت الدراسة عن وجود فروق جوهرية بين مجموعتي الدراسة في الاكتئاب فقط، حيث حصلت عينة مريضات الأورام السرطانية على درجات أعلى في الاكتئاب مقارنة بالصحيحات، في حين لم تتعد أي سيدة من المجموعتين الخط الفاصل[٦٦] لتشخيص الاكتئاب.

وفي دراسة أخرى أجراها "ايزدورزيك "وزملاؤه **Izydorczyk, Kwapniewska, Lizinczyk & Warchulska (2018)** حاولت تحديد العوامل التي تحقق صمود صورة الجسم لدى سيدات تعانين من أورام الثدي السرطانية بعد خضوعهن لعملية جراحية لاستئصال الثدي، تكونت مجموعة الدراسة من١٢٠ سيدة خضعن لعملية استئصال الثدي. كشفت نتائج الدراسة أن الصمود النفسي هو عامل حماية جوهري لصورة الجسم حيث يمثل عامل وقاية يحول دون الإفراط في تقدير الذات سلبيا لدى السيدات بعد إجراء جراحة استئصال الثدي.

وفي دراسة "جاو" وزملائه **Gao, Yuan, Pan & Wang (2019)** والتي كانت بعنوان "الصمود والعوامل المرتبطة به بين المرضى الصينيين المصابين بأورام الفم السرطانية" وقد أجريت على عينة قوامها ٢٣٠ مريضاً بسرطان الفم ١٣٤ ذكور (٥٨,٣ ٪) من العينة و٩٦ إناث (٤١,٧ ٪) من العينة. وكان متوسط عمر العينة الكلية ٥٥,٤٧ سنة. وكانت معايير اختيار العينة على النحو التالي : (١) كان عمر المرضى ١٨عاماً على الأقل؛ و(٢) تم تشخيصهم بسرطان الفم للمرة الأولى؛ و(٣) ومدركين لتشخيصهم؛ (٤) وحالتهم جيدة بما يكفي للإجابة على الاستبيانات. وقد طبقت عليهم مقاييس لكل من الصمود النفسي، والأمل، والمساندة الاجتماعية المدركة، والتفاؤل والضغوط، والقلق. وقد كشفت النتائج عن الارتباط الموجب بين الصمود النفسي وكل من الأمل والتفاؤل والمساندة الاجتماعية المدركة، في حين ارتبط الصمود النفسي سلبياً بالضغوط المدركة. كما تم فحص العلاقة بين مستوى الصمود والقلق لإبراز أهمية الصمود. وقد تم استخدام اختبار **Kruskal-Wallis** لتحديد ما إذا كانت مستويات القلق لدى المرضى تختلف جوهرياً باختلاف مستويات الصمود لديهم. وبوجه عام قدأبلغ ٣٧,٠ ٪ من المرضى عن أعراض القلق. وقد اختلفت مستويات القلق وفقاً لمستويات الصمود المختلفة، فكان معدل القلق لدى المرضى الذين لديهم مستويات منخفضة، ومتوسطة، ومرتفعة من الصمود ٦٢,٨%، ٣٠,١ % و١٧,٧ ٪ على التوالي.

66. Cut-off.

الفئة الثالثة : دراسات تناولت متغيري الوصمة والصمود :

وفي دراسة "ماكليش" **McLeish (2015)** على عينة من المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية كان هدفها فهم مظاهر الوصمة وتحديد الطرق التي يتعايشون بها مع إصابتهم بفيروس نقص المناعة البشرية استجابة لهذه الوصمة. كشفت النتائج عن أن الشعور بالوصمة لا يزال تحديا في حياة مرضى نقص المناعة البشرية، كما أن المرضى المشاركين في الدراسة يخبرون تحديات متعددة مثل: مشكلات في الصحة النفسية، وتعاطي المواد المخدرة، ومشكلات مادية، والافتقار إلى العلاقات الاجتماعية، وعلى الرغم من ذلك فقد قرر المشاركون من المرضى أن المساندة التي يتلقونها من أصدقائهم وأسرهم والمنظمات المجتمعية تعزز من درجة صمودهم أمام الشعور بالوصمة من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية، ومساعدتهم في مواجهتها بطريقة إيجابية، كما أثر الصمود النفسي أيضاً على قبول المرضى للرعاية الذاتية وحب الذات.

في دراسة "زانج" وزملائه **Zhang et al., (2015)** والتي أجريت بإحدى المقاطعات الصينيةكان هدفها إجراء مسح لعدد ٢٩٨٧ من المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية، تم فحص الدور الوسيط للصمود النفسي لدى المرضى الذين كان متوسط أعمارهم ٤٢,٥ سنة بانحراف معياري ١٢,٨ سنة. قرر أكثر من ٥٧,٧% من المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية أن حالتهم الصحية سيئة. كما أفاد ٧٢% منهم بأنهم يعانون من الوصمة بسبب إصابتهم بفيروس نقص المناعة البشرية. كما كان للوصمة تأثير سلبي مباشر على حالتهم الصحية (كما ظهر من تقاريرهم الذاتية). كما كشفت الدراسة أن الصمود النفسي يمثل عامل وقائي يعمل على الحد من تأثير الوصمة لفيروس نقص المناعة البشرية التي تؤثر بدورها على الحالة الصحية.

تعليق على الدراسات السابقة :

١ – تضمنت الدراسات السابقة التي تناولت الوصمة والعافية النفسية ومؤشراتها خمسة دراسات في الفترة الزمنية بين ٢٠٠٥–٢٠١٥، ثلاث دراسات كمية أجريت على المصابين بسرطان الرئة، ودراستان فقط أجريت على المصابات بأورام الثدي السرطانية، والعينات بهما كانت صغيرة تراوحت من ١٧ –١٩ مشاركة، واعتمد الباحثين في هاتين الدراستين على المنهج الكيفي.

٢ – لا زالت وصمة السرطان سائدة رغم تقدم التشخيص والعلاج، ولا تقتصر الوصمة على المجتمع العام فحسب، بل أيضاً في اللقاءات الطبية. وتحمل كلمة (السرطان) دلالات سلبية قوية، وتشعر المصابات بسلبية تجاه أجسادهن، وأنهن لم يعدن إناث أو مغريات جنسياً لأزواجهن بعد العلاج. وارتبط التشخيص بالوصمة بأشكالها المختلفة، كدراسة "كوزيكوفسكي".

٣ – إن مرضى سرطان الرئة عرضة لمخاطر الكرب النفسي الاجتماعي، ومرتفعين على الوصمة المدركة مقارنة بمرضي سرطان البروستاتا والثدي. بينما لم يختلف الشعور بالذنب والخزي العام بين المجموعات الثلاث، كدراسة "ماجيو"، ودراسة "لوكونتي" وزملائه.

٤ – ترتبط الوصمة العامة ومقاييسها الفرعية بكل من نوعية الحياة؛ والاكتئاب والقلق، كدراسة "كوجنيتي"، ودراسة "ماجيو"، ودراسة "كاتالدو" وزملائه.

٥ – واهتمت الدراسات التي تناولت متغيري الصمود والعافية النفسية ومؤشراتها بالكشف عن العلاقة الارتباطية بين الصمود النفسي وبعض المتغيرات الايجابية مثل العافية، والمساندة الاجتماعية، وفعالية الذات من ناحية؛ وارتباطه بأعراض القلق والاكتئاب من جهة أخرى لدى مرضى الأورام السرطانية.

٦ – وكشفت هذه الدراسات عن ارتباط موجب بين الصمود النفسي وكل من العافية النفسية والاجتماعية والوجدانية كدراسة "كوستانزو، ورييف، وسنجر"؛ في حين ارتبط الصمود النفسي سلبياً بكل من القلق والاكتئاب مثل دراسة "وونج"، ودراسة "كوكاريلا، وبيريز".وكشفت أيضاً عن أن الصمود النفسي يعد عامل وقاية لصورة الجسم لدى مريضات خضعن لجراحة استئصال الثدي كدراسة "إيزدورزيك" وزملائه.

٧ – كما كشفت نتائج هذه الدراسات عن أن مريضات الأورام السرطانية كن أكثر صموداً من الصحيحات. وأن للصمود النفسي تأثيرا إيجابياً على إذعان مرضى الأورام السرطانية للعلاج. مثل دراسة "جياكومو" وزملائه.

٨ – أما الدراسات التي تناولت متغيري الوصمة والصمود فقد كشفت نتائجها عن أن الصمود النفسي يتأثر إيجابياً بالمساندة الاجتماعية ويساعد المرضى على مواجهة الوصمة بطريقة إيجابية كما أظهرت دراسة "ماكليش". وأن الصمود النفسي يمثل عامل وقاية يحد من التأثير السلبي للوصمة على الحالة الصحية كما كشفت نتائج دراسة "زانج" وزملائه.

فروض الدراسة :

هدفت الدراسة الراهنة إلى اختبار الفروض التالية :

١ – توجد علاقات ارتباطية دالة بين الوصمة المرتبطة بالصحة، والصمود النفسي، والعافية النفسية وبعضها بعضا لدى المصابات بأورام الثدي السرطانية والمصابات بأورام الدم السرطانية والمصابات بالسمنة.

٢ – يتوسط الصمود النفسي العلاقة بين الوصمة المرتبطة بالصحة والعافية النفسية لدى المصابات بأورام الثدي السرطانية والمصابات بأورام الدم السرطانية والمصابات بالسمنة.

٣ – تتباين القدرة التنبؤية للصمود النفسي لدى المصابات بأورام الثدي السرطانية، والمصابات بأورام الدم السرطانية، والمصابات بالسمنة بتباين درجة الوصمة المرتبطة بالصحة والعافية النفسية.

٤ – توجد فروق بين المصابات بأورام الثدي السرطانية، والمصابات بأورام الدم السرطانية، والمصابات بالسمنة وبعضهن بعضا في كل من الوصمة المرتبطة بالصحة، والصمود النفسي، والعافية النفسية.

٥ – تختلف الوصمة المرتبطة بالصحة، والعافية النفسية باختلاف التفاعل بين مستويات الصمود (المرتفعات والمنخفضات) ونوع المرض بين المصابات بأورام الثدي السرطانية والمصابات بأورام الدم السرطانية والمصابات بالسمنة.

منهج الدراسة وإجراءاتها :

منهج الدراسة :

استخدمت هذه الدراسة المنهج غير التجريبي (الوصفي الارتباطي المقارن)، القائم على تناول متغيرات الدراسة (الوصمة المرتبطة بالصحة، والصمود النفسي، والعافية النفسية) تناولاً وصفياً وفقاً لمجموعة من الاستخبارات النفسية، حيث لم تتدخل الباحثتان في ضبط هذه المتغيرات. وفيما يلي عرض لمكونات هذا المنهج :

[١] التصميم البحثي :

تم استخدام التصميم الارتباطي المعتمد على قياس المتغيرات لدى أفراد العينة وحساب معاملات الارتباط بين الصمود النفسي، وكل من العافية النفسية، والوصمة المرتبطة بالصحة. وهذا التصميم يوضح لنا العلاقة الثنائية المتبادلة بين متغيرات الدراسة، ويتيح استكشاف القيمة التنبؤية المحتملة للصمود النفسي بكل من العافية النفسية، والوصمة المرتبطة بالصحة.

[٢] وصف عينات الدراسة :

أجريت الدراسة الراهنة على عينة مستهدفة قوامها (١٢٦) مشاركاً، تنقسم إلى ثلاث عينات مرضية، هي كما يلي :

أ) المجموعة الأولى : وهي عينة مستهدفة من مريضات أورام الثدي السرطانية، وبلغ قوامها (٤٢) سيدة، وتراوحت أعمارهن بين (٣٠–٦٩) سنة وقد بلغ متوسط أعمارهن (٤٥,١٩) سنة، بانحراف معياري قدره (٨,٦٧) سنة، وبلغ متوسط عدد سنوات تعليمهن (٧,٤٨) سنة، بانحراف معياري قدره (٥,٧٤) سنة.

ب) المجموعة الثانية : وهي عينة مستهدفة من مريضات أورام الدم السرطانية، وبلغ قوامها (٤٢) سيدة، وتراوحت أعمارهن بين (١٩–٦٧) سنة وقد بلغ متوسط أعمارهن (٣٩,٣٨) سنة، بانحراف معياري قدره (١٣,٤٩) سنة، وبلغ متوسط عدد سنوات تعليمهن (٧,٧١) سنة، بانحراف معياري قدره (٥,٨٦) سنة.

تم التطبيق على المجموعتين السابقتين في معاهد الأورام بكل من طنطا، والمنصورة، والقاهرة. بعضهن من المقيمات بالمستشفى ولم تتجاوز مدة الإقامة ٥ أيام، والأخريات من مريضات العيادات الخارجية غير المقيمات. وتم تشخيصهن من قبل الأطباء المتخصصين داخل معاهد الأورام المشار إليها.

ج) المجموعة الثالثة : وهي عينة مستهدفة من مريضات السمنة، بلغ قوامها (٤٢) سيدة، وتراوحت أعمارهن بين (١٩–٦٧) سنة وقد بلغ متوسط أعمارهن (٣٣,٣٣) سنة، بانحراف معياري قدره (١١,١٧)، وبلغ متوسط عدد سنوات تعليمهن (١٤,٠٤) سنة، بانحراف معياري قدره (٣,٤٧) سنة. وتراوحت معدلات كتلة الجسم لديهن من (٣٩,٥٦–٨٧,٢٤)* حيث بلغ متوسط كتلة الجسم للعينة (٥٤,٧١). وتم التطبيق على هذه العينة في عيادة خاصة بطنطا، وتم التشخيص الطبي لهن بواسطة الطبيب المعالج بالعيادة**. وقد بدأ التطبيق على العينات المرضية الثلاثة في أغسطس ٢٠١٨ حتى أبريل ٢٠١٩.

وقد تم اختيار أفراد العينة للمجموعات الثلاث طبقا للشروط التالية :

١ – أن يكون جميع أفراد العينة من الإناث، لمراعاة التكافؤ في النوع بين مجموعتي أورام الدم السرطانية والسمنة في مقابل مجموعة أورام الثدي السرطانية.

٢ – وبالنسبة للمرضى المقيمين في المستشفى، ألا تزيد مدة إقامتهم بالمستشفى على ٤٥ يوماً، لاستبعاد تأثير الحرمان الحسي الذي قد يحدث للمريضة نتيجة لطول مدة الإقامة بالمستشفى.

٣ – وألا تكون مريضات الأورام السرطانية (سواء أورام الثدي أو أورام الدم السرطانية) مصابات بأي ورم سرطاني آخر، أو أي مرض مزمن آخر.

٤ – وألا يكون التطبيق على عينتي الأورام السرطانية عقب تلقي العلاج الكيماوي مباشرة، لتجنب تأثير الإجهاد على التطبيق.

٥ – وألا تكون مريضات السمنة ممن تعانين من مرض مزمن آخر بخلاف السمنة.

---

* تتراوح معدلات مؤشر كتلة الجسم للسمنة من الدرجة الأولي بين ٣٠–٣٤,٩٩، والسمنة من الدرجة الثانية بين ٣٥–٣٩,٩٩، والسمنة من الدرجة الثالثة من ٤٠ فأكثر.

** مركز التغذية العلاجية بطنطا، الطبيب المعالج د.صبحي شكل استشاري علاج السمنة والنحافة واستشاري التغذية العلاجية.

جدول (١) الفروق بين عينات الدراسة الأساسية الثلاثة بعضها بعضا في متغيري العمر وسنوات التعليم

المجموعات / المتغيرات	مجموعة أورام الثدي السرطانية ن=٤٢		مجموعة أورام الدم السرطانية ن=٤٢		قيمة ت	الدلالة
	م	ع	م	ع		
العمر	٤٥,١٩	٨,٦٧	٣٩,٣٨	١٣,٤٩	٢,٣٤٧	٠,٠٢١ دالة
عدد سنوات التعليم	٧,٤٨	٥,٧٤	٧,٧١	٥,٨٦	١٨٨	٠,٨٥١ غير دالة
المجموعات / المتغيرات	مجموعة أورام الثدي السرطانية ن=٤٢		مجموعة السمنة ن=٤٢		قيمة ت	الدلالة
العمر	٤٥,١٩	٨,٦٧	٣٣,٣٣	١١,١٧	٥,٤٣	٠,٠٠٠ دالة
عدد سنوات التعليم	٧,٤٨	٥,٧٤	١٤,٠٤	٣,٤٧	٦,٣٥٠	٠,٠٠٠ دالة
المجموعات / المتغيرات	مجموعة أورام الدم السرطانية ن=٤٢		مجموعة السمنة ن=٤٢		قيمة ت	الدلالة
العمر	٣٩,٣٨	١٣,٤٩	٣٣,٣٣	١١,١٧	٢,٣٣٧	٠,٠٢٨ دالة
عدد سنوات التعليم	٧,٧١	٥,٨٥	١٤,٠٤	٣,٤٧	٦,٠٢٩	٠,٠٠٠ دالة

ويتبين من الجدول أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين عينات الدراسة الأساسية في متغيري العمر وسنوات التعليم، باستثناء فقط الفروق بين عينتي أورام الثدي السرطانية وأورام الدم السرطانية في متغير سنوات التعلم لم يكن بينهما فروق دالة.

ويمكن تبرير وجود فروق بين العينات الثلاث إجمالاً على متغير العمر وعدد سنوات التعليم في ضوء طبيعة العينة والشروط السابق ذكرها لاختيار العينة، حيث واجهت الباحثتان عديداً من الصعوبات، منها :

١ – صعوبة الحصول على العينة لما يتطلبه ذلك من شروط (كالحصول على موافقتهن وموافقة ذويهن على التطبيق، وإذا كان وضعهن الصحي الحالي يسمح بالتطبيق أم لا) خاصة عينتي الأورام السرطانية.

٢ – اختلاف طبيعة أماكن التطبيق حيث تم الحصول على مريضات السمنة والتطبيق عليهن من العيادات الخاصة، في حين تم الحصول على عينتي مريضات الأورام من المستشفيات ومعاهد الأورام.

٣ – بالنسبة لعينة مريضات السمنة كان من الملاحظ أن طبيعة المتوجهات للعيادات في الغالب العام أنهن أصغر سناً وأكثر عدداً في سنوات تعليمهن عن باقي مريضات السمنة في العموم واللاتي لا يتوجهن لمعالجة السمنة لديهن بشكل مباشر إلا إذا كانت مرتبطة بمشكلة صحية أخرى كالمشكلات في الظهر والمفاصل وغيرها.

[٣] وصـف الأدوات :

١ – قائمة الوصمة المرتبطة بالصحة[٦٧]: تأليف الباحثة الأولي* :

تألفت القائمة من (٦٠) عبارة تقيس مفهوم الوصمة المرتبطة بالصحة، وأبعاده الستة التي حددها "جونز" وزملاؤه (١٩٨٤) وفقاً لنظرية الوصمة الاجتماعية، وترتبط هذه الأبعاد بجميع الخصائص الموصومة المتوقع تنوعها. وبالتالي تكونت القائمة من ستة مقاييس فرعية تمثل أبعاد مفهوم الوصمة المرتبطة بالصحة، وهي :

أ) مقياس إمكانية الإخفاء والتكتم[٦٨]: يتكون من ١٠ عبارات، ويُعرف بمدي وضوح خصائص الوصمة للعيان، سواءً كانت الحالة معلومة للآخرين أم لا. ومدى إمكانية التحكم في ظهورها؛ سواءاً كان المرض مرئياً أو مخفياً **(Pachankis et al., 2018, 3; Morton, 2008, 41)**.

ب) مقياس الاستدامة والمآل[٦٩]: يتكون من ١٠ عبارات، ويصف التغيرات التي قد تصل إليها الوصمة مع مرور الوقت، وكيف سيتفاقم المرض، وإلى أي مدى تستمر الوصمة **(Takada, 2012, 47-48; Day, Edgren & Eshleman, 2007, 2193)**.

ج) مقياس اضطراب أو تعطل الحياة الاجتماعية[٧٠] : يتكون من ١٠ عبارات، ويشير إلى المدى الذي تؤدي فيه الخاصية الموصومة إلى عرقلة أو توتر العلاقات بين– الشخصية. وإلى أي مدى تصبح عقبة أمام التدفق الطبيعي للتفاعلات الاجتماعية السلسة **(Pachankis et al., 2018, 3; Subramanian, 2016, 20; Ballard, 2016, 9;)**.

د) مقياس تغير الخصائص الجمالية للشكل الخارجي[٧١]: يتكون من ١٠ عبارات، ويصف الاستجابات الوجدانية تجاه الخاصية الموصومة؛ وإذا كان المرض يحدث تأثيرات غير سارة على الشكل الجمالي. وإلى أي مدى تكون الخاصية الموصومة مقبولة أو مستساغة، أو غير مقبولة للحواس وتزعج الحواس وتستثير استجابات تنم عن الاشمئزاز **(Subramanian, 2016, 20; Fujisawa & Hagiwara, 2015, 144; Janulis, 2010, 5)**.

هـ) مقياس مسؤولية الإصابة[٧٢]: يتكون من ١٠ عبارات، ويشير إلى كيفية ظهور العلامة، ودور الفرد المبتلي في إحداثها. أي سبب المرض، وما إذا كانت الوصمة نتيجة حادث عرضي، أو

67. Heath Relate Stigma Inventory.

* تأليف: نجوى إبراهيم الشناوي؛ وتتوجه الباحثة بخالص الشكر والامتنان للأستاذ الدكتور محمد نجيب الصبوة – أستاذ علم النفس الإكلينيكي – بقسم علم النفس – كلية الآداب – جامعة القاهرة لمراجعة سعادته لقائمة الوصمة المرتبطة بالصحة في مرحلة إعدادها.

68. Concealability.
69. Course.
70. Disruptiveness.
71. Aesthetics.
72. Origin.

متعمد بناءً على سلوكيات المريض (**Day, Edgren & Eshleman, 2007, 2193; Bainson & Van-Den Borne, 1998, 346-347**).

و) مقياس الخطورة والضرر أو القابلية للعدوى[٧٣] : يتكون من ١٠ عبارات، ويشير إلى المدى الذي تشكل فيها الخاصية الموصومة خطراً أو تهديداً شخصياً أو إمكانية حدوث عدوى للآخرين. وما إذا كان المرض سيكون مدمراً أو مهلك للذات أو للآخرين (**McGonagle & Barnes-Farrell, 2014, 313; Takada, 2012, 47-48**).

ويعتمد الأداء على قائمة الوصمة المرتبطة بالصحة على التقرير الذاتي، ويُجيب المشارك عن كل عبارة عن طريق اختيار إجابة واحدة من خمس مستويات معدة بطريقة "ليكرت"، وهي (لا تنطبق مطلقاً– تنطبق نادراً – تنطبق أحياناً – تنطبق غالباً – تنطبق دائماً)، وتتراوح الدرجات التي تحسب للمشارك لكل عبارة ما بين (١–٥) درجة على حسب اتجاه العبارة، وتتراوح الدرجة الكلية على القائمة ما بين ٦٠ إلى ٣٠٠ درجة. وتشير الدرجة المرتفعة على القائمة إلى ارتفاع الوصمة المرتبطة بالصحة، بينما تشير الدرجة المنخفضة عليه إلى انخفاض الوصمة المرتبطة بالصحة.

١ – استخبار الصمود النفسي : تأليف الباحثة الثانية* :

تألف الاستخبار من (٤٠) عبارة تقيس المفهوم الشامل للصمود النفسي، والذي يتكون من أربعة مكونات رئيسة، وفقا لخصائص الصمود النفسي التي حددتها جمعية علم النفس الأمريكية وهي : ١– القدرة على وضع خطط واقعية واتخاذ خطوات مناسبة لتنفيذها، ٢– والرؤية الإيجابية للذات والثقة في القدرات والإمكانات، ٣– ومهارات التواصل وحل المشكلات، ٤– والقدرة على ضبط المشاعر والانفعالات والاندفاعات القوية **(American Psychological Association, 2000, 4)**. وبالتالي فيتكون الاستخبار من أربع مقاييس فرعية تمثل مختلف مكونات مفهوم الصمود النفسي، هي :

أ) مقياس القدرة على وضع خطط واقعية واتخاذ خطوات مناسبة لتنفيذها: ويتكون من (١٠) عبارات، تقيس قدرة الفرد على وضع خطط واقعية لمواجهة المحن والشدائد والمشكلات والتحديات التي تواجهه، والتكيف مع كل جديد لتنفيذ هذه الخطط، وتحقيق الأهداف.

ب) ومقياس الرؤية الإيجابية للذات والثقة في القدرات والإمكانات: ويتكون من (١٠) عبارات، تقيس قدرة الفرد على الرؤية الإيجابية الواقعية لذاته والثقة في النفس وفعاليته الذاتية؛ أي مدى

73. Peril.

* تأليف: أميرة محمد الدق؛ وتتوجه الباحثة بخالص الشكر والامتنان للأستاذ الدكتور محمد نجيب الصبوة – أستاذ علم النفس الإكلينيكي – بقسم علم النفس– كلية الآداب – جامعة القاهرة لمراجعة سعادته لاستخبار الصمود النفسي في مرحلة إعداده.

ثقته في قدراته على مواجهة التحديات التي تواجهه. والتمسك بالقيم الدينية والروحية التي تساعد على ذلك.

ج) ومقياس مهارات التواصل وحل المشكلات: ويتكون من (١٠) عبارات، تقيس قدرة الفرد على التواصل والتعاون مع الآخرين، بما يساعد الفرد على جمع المعلومات وتنظيم المواقف والأفكار، وقبول التغيير، والتعددية، والخروج عن المألوف، والقيام بالإجراءات المناسبة لحل المشكلات ومواجهتها بكفاءة.

د) ومقياس القدرة على ضبط المشاعر والانفعالات والاندفاعات القوية وتنظيمها: ويتكون من (١٠) عبارات، تقيس قدرة الفرد على القيام بضبط انفعالاته، وتجاوز حالات الإحباط، والصعوبات، بهدف تجاوز كل ما يحول دون حل المشكلات ومواجهة التحديات.

ويعتمد الأداء على استخبار الصمود النفسي على التقرير الذاتي، ويُجيب المشارك عن كل عبارة عن طريق اختيار إجابة واحدة من خمس مستويات معدة بطريقة "ليكرت" وهي: ١= أبدا، و٢= نادرا، و٣= أحيانا، و٤– غالبا، و٥= دائما، وينطبق ذلك على كل البنود فيما عدا البنود (٥، ١٧، ٢٥، ٢٧، ٣١، ٣٣، ٣٥، ٣٦، ٣٧، ٣٨، ٤٠)، لأنها في الاتجاه العكسي، حيث تتدرج البدائل من ١= دائماً، إلى ٥= أبداً، وتتراوح الدرجة على هذا المقياس ما بين ٤٠ إلى ٢٠٠ درجة كحد أقصى. وتشير الدرجة المرتفعة إلى قوة الصمود النفسي والقدرة على التوافق بشكل جيد في مواجهة المحن والشدائد والتهديدات والضغوط والمشكلات الصحية الخطيرة والمزمنة أيا كانت المعوقات، بينما تشير الدرجة المنخفضة إلى ضعف قدرة الفرد على التوافق ومواجهة التهديدات والمحن والمشكلات الصحية.

٢ – استخبار العافية النفسية[٧٤] : إعداد الباحثة الأولي* :

تألف الاستخبار من (٦٠) عبارة تقيس مفهوم العافية النفسية، والذي يتكون من ستة مكونات رئيسة، هي؛ (١– المشاعر الايجابية والاستقرار النفسي، ٢– والتفكير، والتعلم، والذاكرة، والقدرة على التركيز، ٣– وتقدير الذات، ٤– وصورة الجسم والمظهر الشخصي، ٥– والمزاج السلبي، ٦– والروحانيات، والتدين، والمعتقدات الشخصية، والإيمان بالله)، وبالتالي تكوّن الاستخبار من ستة مقاييس فرعية تمثل مكونات مفهوم العافية النفسية.

74. Psychological Well-being Scale.

* إعداد: نجوى إبراهيم الشناوي؛ وجدير بالذكر أن استخبار العافية النفسية هو أحد المقاييس الفرعية لاستخبار نوعية الحياة، والذي يتكون من أربعة أبعاد، أحدهم بعد العافية النفسية. وسبق إعداد استخبار نوعية الحياة في دراسة سابقة للباحثة (نجوى الشناوي، ٢٠١٠).

ويعتمد الأداء على هذا الاستخبار على التقرير الذاتي، ويُجيب المشارك عن كل عبارة عن طريق اختيار إجابة واحدة من خمس مستويات معدة بطريقة "ليكرت" تتراوح من "انطباق العبارة تماما" حتى "عدم انطباقها تماما"، ويحتوي الاستخبار على بنود عكسية. وتراوحت الدرجات التي تحسب للمشارك لكل عبارة ما بين ١-٥ درجات على حسب اتجاه العبارة سالبة أم موجبة، وتتراوح الدرجة على الاستخبار ما بين ٦٠ إلى ٣٠٠ درجة. وتشير الدرجة المرتفعة على الاستخبار إلى ارتفاع العافية النفسية، بينما تشير الدرجة المنخفضة عليه إلى انخفاض العافية النفسية.

الكفاءة القياسية للأدوات :

لتقدير الكفاءة القياسية لأدوات الدراسة، أجريت دراسة استطلاعية على عينة مستهدفة قوامها (٨١) مشاركاً، تنقسم إلى ما يلي :

أ) (٢٧) مريضة بأورام الثدي السرطانية، تراوحت أعمارهن من ٣٠-٦٩ سنة، ومتوسط أعمارهن (٤٥,٤٨) سنة وبانحراف معياري (٩,٧١) سنة. وبلغ متوسط عدد سنوات تعليمهن (٦,٣٣) سنة، وبانحراف معياري قدره (٥,٥٨) سنة.

ب) (٢٧) مريضة بأورام الدم السرطانية، تراوحت أعمارهن من٢٠ – ٦٧ سنة، ومتوسط أعمارهن (٣٨,٢٩) سنةوبانحراف معياري (١٢,٣١) سنة. وبلغ متوسط عدد سنوات تعليمهن (٨,٠٣) سنة، وبانحراف معياري قدره (٥,٤٠) سنة.

ج) (٢٧) مريضة سمنة تراوحت أعمارهن من ٢١ – ٥٥ سنة، ومتوسط أعمارهن (٣٣,٣٧) سنة وبانحراف معياري (١٠,٥٠) سنة. وبلغ متوسط عدد سنوات تعليمهن (١٤,١١) سنة، وبانحراف معياري قدره (٣,٤١) سنة. ويعرض الجدول (٢) المضاهاة بين عينات الدراسة الاستطلاعية وبعضها بعضا في متغيري السن، وسنوات التعليم.

جدول (٢): الفروق بين عينات الدراسة الاستطلاعية الثلاثة وبعضها بعضا في متغيري العمر وسنوات التعليم (باستخدام مان وتني)

مجموعتاالمقارنة / المتغيرات	مجموعة أورام الثدي السرطانية ن=٢٧ متوسط رتب المجموعة	مجموعة أورام الدم السرطانية ن=٢٧ متوسط رتب المجموعة	الدرجة المعيارية (Z)	دلالتها
العمر	٣٢,٥٢	٢٢,٤٨	-٢,٣٤٧	٠,٠١٩ دالة
سنوات التعليم	٢٤,٩٣	٣٠,٠٧	-١,٢٤٩	٠,٢١٢ غير دالة
مجموعتاالمقارنة / المتغيرات	**مجموعة أورام الثدي السرطانية ن=٢٧**	**مجموعة السمنة ن=٢٧**	**الدرجة المعيارية (Z)**	**دلالتها**
العمر	٣٥,٤٤	١٩,٥٦	-٣,٧١٤	٠,٠٠٠ دالة
سنوات التعليم	١٧,٠٠	٣٨,٠٠	-٥,٠٥٢	٠,٠٠٠ دالة
مجموعتاالمقارنة / المتغيرات	**مجموعة أورام الدم السرطانية ن=٢٧**	**مجموعة السمنة ن=٢٧**	**الدرجة المعيارية (Z)**	**دلالتها**
العمر	٣٠,٧٦	٢٤,٢٤	-١,٥٢٤	٠,١٢٨ غير دالة
سنوات التعليم	١٨,٧٢	٢٨,٣٦	-٤,٢٣٥	٠,٠٠٠ دالة

ويتبين من الجدول السابق أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين عينات الدراسة الاستطلاعية في متغيري العمر وسنوات التعليم، باستثناء الفروق بين عينتي أورام الثدي السرطانية وأورام الدم السرطانية في متغير سنوات التعليم لم يكن بينهما فروق دالة. وكذلك الفروق بين عينتي أورام الدم السرطانية والسمنة في متغير العمر، لم يكن بينهما فروق دالة.

أ) قائمة الوصمة المرتبطة بالصحة :

<u>أولاً</u> : <u>حساب الصدق</u> :

أ) <u>صدق التعلق بمحك خارجي</u> :

قامت الباحثة الأولي بحساب معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لقائمة الوصمة المرتبطة بالصحة واستخبار الشعور بالخزي؛ حيث أكد كل من "بالميرا، وكونها، وبينتو-جوفيا" على أن الخزي والحكم على الذات عاملان مهمان ومرتبطان بوصم الذات، ولهما دور سلبي مع الوصمة ومع انخفاض نوعية الحياة (**Palmeira, Cunha, & Pinto-Gouveia, 2017, 10**).

والاستخبار المستخدم كمحك خارجي من إعداد بدر محمد الأنصاري، ويتمتع الاستخبار بمعاملات ثبات وصدق مرتفعة؛ حيث تراوحت معاملات ثبات الاستخبار بين٠,٩٠-٠,٧٣، وتراوحت معاملات صدقه بين ٠,٨٧-٠,٧٨ (بدر الأنصاري، ٢٠٠٢، ١٥٨-١٦٥).

ويعرض جدول (٣) معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لقائمة الوصمة المرتبطة بالصحة ومقاييسها الفرعية الستة، والاستخبار المرجعي (استخبار الشعور بالخزي) لدى العينات المرضية الثلاث.

جدول (٣) معاملات الارتباط بين قائمة الوصمة المرتبطة بالصحة ومقاييسها الفرعية، والاستخبار المحكي (استخبار الشعور بالخزي) لدى العينات المرضية الثلاث.

قائمة الوصمة المرتبطة بالصحة (ومقاييسها الفرعية)	الاستخبار المحكي (استخبار الشعور بالخزي)		
	عينة أورام الثدي السرطانية	عينة أورام الدم السرطانية	عينة السمنة
قائمة الوصمة المرتبطة بالصحة(الدرجة الكلية)	٠,٥٦٤	٠,٧٤٦	٠,٥٠٤
مقياس إمكانية الإخفاء والتكتم	٠,٤٤٩	٠,٦٨٢	٠,٠٢٦
مقياس الاستدامة والمآل	٠,٤٤٢	٠,٥٣٨	٠,٠٩٣
مقياس اضطراب أو تعطل الحياة الاجتماعية	٠,٦٣٦	٠,٥٦٣	٠,٥٥٣
مقياس تغير الخصائص الجمالية للشكل الخارجي	٠,٤٧١	٠,٦٩٦	٠,٢٩٠
مقياس مسؤولية الإصابة	٠,٤٢٤	٠,٣٢٨	٠,١٩١
مقياس الخطورة والضرر أو القابلية للعدوى	٠,٢٠٤	٠,٥٤٩	٠,٥٥٢

ويتبين من الجدول السابق أن معاملات صدق قائمة الوصمة المرتبطة بالصحة، ومقاييسها الفرعية مقبولة إجمالاً.

ب) <u>المقارنة بين المجموعات الطرفية</u> :

تمت المقارنة بين الربيع الأدنى والربيع الأعلى في متوسطات الرتب على قائمة الوصمة المرتبطة بالصحة، وذلك باستخدام اختبار (مان وتني) للكشف عن دلالة الفروق في المتوسطات بين كل إرباعيين. ويعرض جدول (٤) لمتوسطات الرتب للمجموعات الطرفية لعينات الدراسة الثلاث في الأداء على قائمة الوصمة المرتبطة بالصحة.

جدول (٤) متوسطات الرتب والدرجة المعيارية للمجموعات الطرفية لعينات الدراسة الثلاث على قائمة الوصمة المرتبطة بالصحة

قائمة الوصمة (ومقاييسها الفرعية)	ن			متوسط رتب مجموعة الربيع الأدنى			ن			متوسط رتب مجموعة الربيع الأعلى			الدرجة المعيارية (Z)			الدلالة		
	أورام الثدي السرطانية	أورام الدم السرطانية	السمنة	أورام الثدي السرطانية	أورام الدم السرطانية	السمنة	أورام الثدي السرطانية	أورام الدم السرطانية	السمنة	أورام الثدي السرطانية	أورام الدم السرطانية	السمنة	أورام الثدي السرطانية	أورام الدم السرطانية	السمنة	أورام الثدي السرطانية	أورام الدم السرطانية	السمنة
(الدرجة الكلية)	٧	٧	٧	٤	٤	٤	٧	٧	٨	١١	١١	١١,٥٠	-٣,١٣٧	-٣,١٣٤	-٣,٢٤٣	٠,٠٠٢	٠,٠٠٢	٠,٠٠٠
البعد الأول	٧	٧	٩	٤	٤	٥	٨	٧	٧	١١	١١	١٣	-٣,٢٥٥	-٣,١٣٧	-٣,٣٨٤	٠,٠٠١	٠,٠٠٢	٠,٠٠٠
البعد الثاني	٨	٧	٨	٤,٥٠	٤	٤,٥٠	٧	٩	٨	١٢	١٢	١٢,٥٠	-٣,٢٧٦	-٣,٣٧٤	-٣,٤١٦	٠,٠٠١	٠,٠٠١	٠,٠٠٠
البعد الثالث	٧	١٠	٨	٤	٥,٥٠	٤,٥٠	٧	٧	٩	١١	١٤	١٣	-٣,١٥٨	-٣,٤٤٣	-٣,٥١٨	٠,٠٠٢	٠,٠٠١	٠,٠٠٠
البعد الرابع	٨	٩	٨	٤,٥٠	٥	٤,٥٠	٧	٧	٧	١٢	١٣	١٢	-٣,٢٤٩	-٣,٣٦٤	-٣,٢٧٣	٠,٠٠١	٠,٠٠١	٠,٠٠٠
البعد الخامس	١٢	١٠	٩	٦,٥٠	٥,٥٠	٥	٨	٧	٧	١٦,٥٠	١٤	١٣	-٣,٧٦٥	-٣,٤٧٨	-٣,٤٠٠	٠,٠٠٠	٠,٠٠١	٠,٠٠٠
البعد السادس	٨	٨	٨	٤,٥٠	٤,٥٠	٤,٥٠	٨	٨	٧	١٢,٥٠	١٢,٥٠	١٢	-٣,٤٢٩	-٣,٣٧٦	-٣,٢٧٣	٠,٠٠١	٠,٠٠١	٠,٠٠٠

ويتبين من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين الطرفيتين لعينات الدراسة الثلاث، وتشير هذه الفروق الدالة إلى قدرة الاستخبار على التمييز بين المجموعات المتقابلة.

ثانياً : حساب الثبات :

اعتمدت الباحثة الأولي في استخراج معاملات الثبات على : معامل ألفا، وإعادة الاختبار بفاصل زمني أسبوعين، وثبات القسمة النصفية. ويعرض جدول (٥) النتائج المستخرجة لمختلف أنواع الثبات.

جدول (٥) معاملات الثبات لقائمة الوصمة المرتبطة بالصحة لدى الفئات المرضية الثلاث

اسم الاستخبار	طرق حساب الثبات	معاملات الثبات للاستخبار		
		عينة أورام الثدي السرطانية	عينة أورام الدم السرطانية	عينة السمنة
قائمة الوصمة المرتبطة بالصحة (الدرجة الكلية)	إعادة الاختبار	٠,٨٢٢	٠,٩٤٧	٠,٩٧٢
	معامل ألفا	٠,٩٣٥	٠,٩٢٩	٠,٨٩٢
	القسمة النصفية	٠,٨٥٠	٠,٨٣٤	٠,٧٩٥
مقياس إمكانية الإخفاء	إعادة الاختبار	٠,٨١٦	٠,٩٦١	٠,٩٦٤
	معامل ألفا	٠,٨٠٩	٠,٨٢٨	٠,٦٨٨
	القسمة النصفية	٠,٨٣٤	٠,٧٩٢	٠,٦٣٩
مقياس الاستدامة والمآل	إعادة الاختبار	٠,٧٩١	٠,٨٢٣	٠,٩٦٣
	معامل ألفا	٠,٦٦٦	٠,٧٨٠	٠,٥٤٠
	القسمة النصفية	٠,٤٨١	٠,٨٩٨	٠,٣٧٩
مقياس اضطراب أو تعطل الحياة الاجتماعية	إعادة الاختبار	٠,٧٥٩	٠,٩١١	٠,٩١٥
	معامل ألفا	٠,٨٤٢	٠,٧٧٢	٠,٨٨٨
	القسمة النصفية	٠,٨٣٠	٠,٦٩٨	٠,٩٠٠
مقياس تغير الخصائص الجمالية للشكل الخارجي	إعادة الاختبار	٠,٧٣٨	٠,٨٤٨	٠,٩٠٦
	معامل ألفا	٠,٨٠١	٠,٧٨١	٠,٨٩٧
	القسمة النصفية	٠,٧٣٩	٠,٦٩٥	٠,٩١٦
مقياس مسؤولية الإصابة	إعادة الاختبار	٠,٧٩٧	٠,٦٧٧	٠,٩٢٩
	معامل ألفا	٠,٦٢٩	٠,٣٩١	٠,٢٨٨
	القسمة النصفية	٠,٤٧٨	٠,٢١٦	٠,٣٣٥
مقياس الخطورة والضرر	إعادة الاختبار	٠,٦٢٧	٠,٨٩٧	٠,٨٦٣
	معامل ألفا	٠,٨٧٠	٠,٨٣١	٠,٨٦٢
	القسمة النصفية	٠,٨٨٤	٠,٧٩٥	٠,٧٣٧

ويتبين من الجدول السابق أن معاملات ثبات قائمة الوصمة المرتبطة بالصحة ومقاييسها الفرعية مرتفعة إجمالاً.

ب) استخبار الصمود النفسي :

أولاً : حساب الصدق :

أ) صدق التعلق بمحك خارجي :

قامت الباحثة الثانية بحساب معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لاستخبارالصمود النفسي واستخبار مقياس كفاءة المواجهة؛ من إعداد: "لويجلند ويونج"، وترجمة : سميرة أبو غزالة، ويتمتع الاستخبار بمعاملات ثبات وصدق مقبولة؛ حيث تراوحت معاملات ثبات الاستخبار بين

٠,٧٨-٠,٧٧ ، وقد اعتمدت مترجمة المقياس على أسلوبي صدق المحكمين، والصدق العاملي لحساب صدق مقياسها وتوصلت إلى أن المقياس يتمتع بالصدق والكفاءة القياسية (سميرة أبو غزالة، ٢٠٠٩، ٢٢٨-٢٣٣).

ويعرض جدول (٦) معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لقائمة الوصمة المرتبطة بالصحة، ومقاييسها الفرعية الستة، والاستخبار المرجعي (استخبار كفاءة المواجهة) لدى العينات المرضية الثلاث.

جدول (٦) معاملات الارتباط بين استخبار الصمود النفسي، ومقاييسها الفرعية، والاستخبار المحكي (استخبار الشعور بالخزي) لدى الفئات المرضية الثلاث

استخبار الصمود النفسي، ومقاييسه الفرعية	الاستخبار المحكي (استخبار كفاءة المواجهة)		
	عينة أورام الثدي السرطانية	عينة أورام الدم السرطانية	عينة السمنة
استخبار الصمود النفسي (الدرجة الكلية)	٠,٨٠١	٠,٧٣١	٠,٧٠٧
مقياس القدرة على وضع خطط واقعية	٠,٥١٢	٠,٤٥٩	٠,٣٨٧
مقياس الرؤية الإيجابية للذات	٠,٦٩٧	٠,٧١٤	٠,٦٢٥
مقياس مهارات التواصل وحل المشكلات	٠,٧٠٧	٠,٦٣٥	٠,٥٥٠
مقياس القدرة على تنظيم المشاعر والانفعالات	٠,٦٤٠	٠,٣٨٩	٠,٦٦٤

ويتبين من الجدول السابق أن معاملات صدق استخبار الصمود النفسي، ومقاييسه الفرعية مقبولة إجمالاً.

ب) المقارنة بين المجموعات الطرفية :

تمت المقارنة بين الربيع الأدنى والربيع الأعلى في متوسطات الرتب على استخبار الصمود النفسي، وذلك باستخدام اختبار (مان وتني) للكشف عن دلالة الفروق في المتوسطات بين كل إرباعيين. ويعرض جدول (٧) متوسطات الرتب للمجموعات الطرفية لعينات الدراسة الثلاث في الأداء على استخبار الصمود النفسي.

جدول (٧) متوسطات الرتب والدرجة المعيارية للمجموعات الطرفية على استخبار الصمود النفسي

استخبار الصمود النفسي (ومقاييسه الفرعية)	ن			متوسط رتب مجموعة الربيع الأدنى			ن			متوسط رتب مجموعة الربيع الأعلى			الدرجة المعيارية (Z)			الدلالة		
	أورام الثدي السرطانية	أورام الدم السرطانية	السمنة	أورام الثدي السرطانية	أورام الدم السرطانية	السمنة	أورام الثدي السرطانية	أورام الدم السرطانية	السمنة	أورام الثدي السرطانية	أورام الدم السرطانية	السمنة	أورام الثدي السرطانية	أورام الدم السرطانية	السمنة	أورام الثدي السرطانية	أورام الدم السرطانية	السمنة
(الدرجة الكلية)	٧	٧	٧	٤	٤	٤	٨	٨	٧	١١,٥٠	١١,٥٠	١١	-٣,٢٤٣	-٣,٢٤٣	-٣,١٣٧	٠,٠٠١	٠,٠٠١	٠,٠٠٢
البعد الأول	٨	٩	٧	٤,٥٠	٥	٤	٧	١١	٧	١٢	١٥	١١	-٣,٢٧٣	-٣,٨٠٤	-٣,١٤١	٠,٠٠١	٠,٠٠٠	٠,٠٠٢
البعد الثاني	٧	٧	٨	٤	٤	٤,٥٠	٧	٨	٧	١١	١١,٥٠	١٢	-٣,١٤٤	-٣,٢٦٤	-٣,٢٧٦	٠,٠٠٢	٠,٠٠١	٠,٠٠١
البعد الثالث	٨	٨	٩	٤,٥٠	٤,٥٠	٥	٨	٨	٧	١٢,٥٠	١٢,٥٠	١٣	-٣,٣٧٨	-٣,٣٨٨	-٣,٣٦٢	٠,٠٠١	٠,٠٠١	٠,٠٠١
البعد الرابع	٩	٨	٨	٥	٤,٥٠	٤,٥٠	٨	٧	٧	١٣,٥٠	١٢	١٢	-٣,٤٨٦	-٣,٢٤٦	-٣,٢٦١	٠,٠٠٠	٠,٠٠١	٠,٠٠١

ويتبين من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين الطرفيتين لعينات الدراسة الثلاث، وتشير هذه الفروق الدالة إلى قدرة الاستخبار على التمييز بين المجموعات المتقابلة.

ثانياً : حساب الثبات :

اعتمدت الباحثة الثانية في استخراج معاملات الثبات علي: معامل ألفا، وإعادة الاختبار بفاصل زمني أسبوعين، وثبات القسمة النصفية. ويعرض جدول (٨) للنتائج المستخرجة لمختلف أنواع الثبات.

جدول (٨) معاملات الثبات لاستخبار الصمود النفسي لدى الفئات المرضية الثلاث

اسم الاستخبار	طرق حساب الثبات	معاملات الثبات للاستخبار		
		عينة أورام الثدي السرطانية	عينة أورام الدم السرطانية	عينة السمنة
استخبار الصمود النفسي (الدرجة الكلية)	إعادة الاختبار	٠,٨٩٤	٠,٨٨٤	٠,٩٤٩
	معامل ألفا	٠,٨٧٣	٠,٨١٨	٠,٨٨٤
	القسمة النصفية	٠,٧٣٧	٠,٦٦٦	٠,٧٣٢
مقياس القدرة على وضع خطط واقعية	إعادة الاختبار	٠,٨٠٢	٠,٧٣٨	٠,٩٧٨
	معامل ألفا	٠,٦٥٦	٠,٤٦٠	٠,٦٤٦
	القسمة النصفية	٠,٦٥٩	٠,٥٦٥	٠,٤٦٦
مقياس الرؤية الإيجابية للذات	إعادة الاختبار	٠,٧٧٥	٠,٨٥٣	٠,٩٧٢
	معامل ألفا	٠,٨٣٨	٠,٦٨٤	٠,٨٧٦
	القسمة النصفية	٠,٨٧٠	٠,٧٢٩	٠,٨٨٦
مقياس مهارات التواصل وحل المشكلات	إعادة الاختبار	٠,٦٩٥	٠,٨٢٩	٠,٩٣٩
	معامل ألفا	٠,٥٦١	٠,٦١٢	٠,٥٦٥
	القسمة النصفية	٠,٢٩٩	٠,٠٧٧	٠,٥٤٥
مقياس القدرة على تنظيم المشاعر والانفعالات	إعادة الاختبار	٠,٨٠٧	٠,٨٠٢	٠,٩٧٨
	معامل ألفا	٠,٦٤٤	٠,٦٥٠	٠,٦٤٨
	القسمة النصفية	٠,٥٩٨	٠,٦٧٤	٠,٤٨٦

ويتبين من الجدول السابق أن معاملات ثبات استخبار الصمود النفسي ومقاييسه الفرعية مرتفعة إجمالاً.

ج) استخبار العافية النفسية :*

أولاً : حساب الصدق :

أ- المقارنة بين المجموعات الطرفية:

تمت المقارنة بين الربيع الأدنى والربيع الأعلى في متوسطات الرتب على استخبار العافية النفسية، وذلك باستخدام اختبار (مان وتني) للكشف عن دلالة الفروق في المتوسطات بين كل إرباعيين. ويعرض جدول (٩) لمتوسطات الرتب للمجموعات الطرفية لعينات الدراسة الثلاث في الأداء على استخبار العافية النفسية.

جدول (٩) : متوسطات الرتب والدرجة المعيارية للمجموعات الطرفية لعينات الدراسة الثلاث على استخبار العافية النفسية

استخبار العافية النفسية (ومقاييسها الفرعية)	ن			متوسط رتب مجموعة الربيع الأدنى			ن			متوسط رتب مجموعة الربيع الأعلى			الدرجة المعيارية (Z)			الدلالة		
	أورام الثدي السرطانية	أورام الدم السرطانية	السمنة	أورام الثدي السرطانية	أورام الدم السرطانية	السمنة	أورام الثدي السرطانية	أورام الدم السرطانية	السمنة	أورام الثدي السرطانية	أورام الدم السرطانية	السمنة	أورام الثدي السرطانية	أورام الدم السرطانية	السمنة	أورام الثدي السرطانية	أورام الدم السرطانية	السمنة
الدرجة الكلية	٧	٧	٨	٤	٤	٤,٥٠	٧	٧	٧	١١	١١	١٢	-٣,١٣٠	-٣,١٣٤	-٣,٢٤٩	٠,٠٠٢	٠,٠٠٢	٠,٠٠١
البعد الأول	٧	٨	٩	٤	٤,٥٠	٥	٧	٨	٨	١١	١٢,٥٠	١٣,٥٠	-٣,١٧٦	-٣,٣٨٦	-٣,٥١٢	٠,٠٠١	٠,٠٠١	٠,٠٠٠
البعد الثاني	٧	٨	٧	٤	٤,٥٠	٤	٨	٧	٩	١١,٥٠	١٢	١٢	-٣,٢٥٨	-٣,٢٦٧	-٣,٣٩٧	٠,٠٠١	٠,٠٠١	٠,٠٠١
البعد الثالث	٧	٧	٧	٤	٤	٤	٧	٧	٨	١١	١١	١١,٥٠	-٣,٢٦٢	-٣,١٧٣	-٣,٢٨٨	٠,٠٠١	٠,٠٠٢	٠,٠٠١
البعد الرابع	٧	٧	٨	٤	٤	٤,٥٠	٩	٧	٨	١٢	١١	١٢,٥٠	-٣,٣٦٩	-٣,١٤١	-٣,٣٩٣	٠,٠٠١	٠,٠٠٢	٠,٠٠١
البعد الخامس	٧	٨	٧	٤	٤,٥٠	٤	٧	٨	١٠	١١	١٢,٥٠	١٢,٥٠	-٣,١٤٤	-٣,٣٧٦	-٣,٤٦٧	٠,٠٠٢	٠,٠٠١	٠,٠٠١
البعد السادس	٧	٧	٩	٤	٤	٥	٩	٧	٧	١٢	١١	١٣	-٣,٣٦٧	-٣,١٦٥	-٣,٣٤٩	٠,٠٠١	٠,٠٠٢	٠,٠٠١

ويتبين من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين الطرفيتين لعينات الدراسة الثلاث، وتشير هذه الفروق الدالة إلى قدرة الاستخبار على التمييز بين المجموعات المتقابلة.

* جدير بالذكر أن استخبار العافية النفسية هو أحد المقاييس الفرعية لاستخبار نوعية الحياة، والذي يتكون من أربعة أبعاد، أحدهم بعد العافية النفسية. وسبق إعداد استخبار نوعية الحياة في دراسة سابقة للباحثة الأولي (الشناوي، ٢٠١٠). وبناء على ذلك لم يتم تقدير كافة أنواع الكفاءة القياسية لاستخبار العافية النفسية في الدراسة الحالية، حيث سبق وأن تم حسابها وعلى عينات مرضية أيضاً في تلك الدراسة السابقة.

ثانياً : حساب الثبات :

اعتمدت الباحثة الأولي في استخراج معاملات الثبات على : معامل ألفا، وإعادة الاختبار بفاصل زمني أسبوعين، وثبات القسمة النصفية. ويعرض جدول (١٠) للنتائج المستخرجة لمختلف أنواع الثبات.

جدول (١٠) معاملات الثبات لاستخبار العافية النفسية لدى الفئات المرضية الثلاث

اسم الاستخبار	طرق حساب الثبات	معاملات الثبات للاستخبار		
		عينة أورام الثدي السرطانية	عينة أورام الدم السرطانية	عينة السمنة
استخبار العافية النفسية (الدرجة الكلية)	إعادة الاختبار	٠,٨٨١	٠,٨٨٥	٠,٩٨٢
	معامل ألفا	٠,٩٢٠	٠,٨٨٦	٠,٨٨٥
	القسمة النصفية	٠,٧٦٧	٠,٥٩٤	٠,٦٩٦
المشاعر الايجابية والاستقرار النفسي	إعادة الاختبار	٠,٨٤٥	٠,٨٥٥	٠,٩٧٧
	معامل ألفا	٠,٨٦٣	٠,٨٨٢	٠,٧٩٣
	القسمة النصفية	٠,٨٣٢	٠,٨٧١	٠,٦٤٥
التفكير، والتعلم، والذاكرة، والقدرة على التركيز	إعادة الاختبار	٠,٦٥١	٠,٧٩٠	٠,٩٥٠
	معامل ألفا	٠,٦٥٣	٠,٧٥٥	٠,٤١٠
	القسمة النصفية	٠,٧٤٤	٠,٧٨٣	٠,٥٥٥
تقدير الذات	إعادة الاختبار	٠,٨٦٩	٠,٨٨٦	٠,٩٧٩
	معامل ألفا	٠,٩٠٦	٠,٨٩٦	٠,٧٨٨
	القسمة النصفية	٠,٨٩٣	٠,٨٨٠	٠,٨١١
صورة الجسم والمظهر الشخصي	إعادة الاختبار	٠,٤١٥	٠,٦٥٥	٠,٩٠٧
	معامل ألفا	٠,٥٠٠	٠,٧٠١	٠,٢٩٨
	القسمة النصفية	٠,٧٢٣	٠,٧٩٦	٠,٢٠٥
المزاج السلبي	إعادة الاختبار	٠,٨٨٩	٠,٧٩٣	٠,٩١٢
	معامل ألفا	٠,٧٢٤	٠,٧٠٣	٠,٦٤٢
	القسمة النصفية	٠,٧٢٦	٠,٥٥٥	٠,٧٤٣
الروحانيات والتدين والمعتقدات الشخصية والإيمان بالله	إعادة الاختبار	٠,٤٥٥	٠,٧٣٨	٠,٩٤٠
	معامل ألفا	٠,٧٢٧	٠,٧٩٦	٠,٨٩٧
	القسمة النصفية	٠,٦٦٠	٠,٧١٧	٠,٦٤٦

ويتبين من الجدول السابق أن معاملات ثبات استخبار العافية النفسية ومقاييسها الفرعية مرتفعة إجمالاً.

[٤] إجراءات جمع البيانات والتحليلات الإحصائية :

بعد جمع البيانات من عينات الدراسة الثلاث قامت الباحثتان بإجراء التحليلات الإحصائية من خلال معالجة البيانات باستخدام حزم البرامج الإحصائية الخاصة بالعلوم الاجتماعية (**SPSS**)، واشتملت التحليلات الإحصائية للبيانات على ما يلي :

١ – حساب معاملات الارتباط المستقيم (بيرسون) بين متغيرات الدراسة وبعضها بعضاً، وذلك لفحص العلاقة الإرتباطية فيما بينها وبين بعضهما بعضا، ومدى شدة هذه العلاقات الارتباطية ووجهتها.

٢ – تحليل الانحدار البسيط والمتعدد، ومعادلة سوبل لحساب دور الصمود النفسي كمتغير وسيط بين الوصمة المرتبطة بالصحة والعافية النفسية لدى عينات الدراسة الثلاث.

٣ – الانحدار الخطى البسيط لتقدير لبيان مدى إسهام الصمود النفسي في كل من الوصمة المرتبطة بالصحة والعافية النفسية.

٤ – تحليل التباين البسيط، للمقارنة على أساس التأثير الأساسي للمتغير المستقل (نوع المرض)، ونتائج التحليل البعدي لقيم (ف) الدالة لتوضيح اتجاهات الفروق باستخدام اختبار "شيفيه" **Scheffe Test** .

٥ – تحليل التباين المتعدد في اتجاهين للوقوف على التأثير الأساسي لكل من (نوع المرض، والصمود النفسي) على حدة، وكذلك مدى تأثير التفاعلات الثنائية على كل من (الوصمة المرتبطة بالصحة، والعافية النفسية)، ثم بيان قيم (ت) للوقوف على دلالة الفروق بين المرتفعين والمنخفضين على الصمود النفسي في الوصمة المرتبطة بالصحة، والعافية النفسية.

نتائج البحث :

فيما يلي عرض لنتائج التحليلات الإحصائية لمتغيرات الدراسة بما يتسق مع مشكلة الدراسة وفروضها، وذلك على النحو الآتي :

١ – **الفرض الأول** : والذي ينص علي: توجد علاقة ارتباطيه دالة بين الوصمة المرتبطة بالصحة، والصمود النفسي، والعافية النفسية وبعضها بعضا لدى المصابات بأورام الثدي السرطانية والمصابات بأورام الدم السرطانية والمصابات بالسمنة.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب معاملات الارتباط بين متغيرات الدراسة وهي الوصمة المرتبطة بالصحة، والصمود النفسي، والعافية النفسية لتحديد مدى شدة واتجاه هذه الارتباطات لدى عينات الدراسة الثلاث، بالإضافة إلى معاملات الارتباط بين أبعاد هذه المتغيرات وبعضها بعضا، ويوضح الجدول التالي هذه المعاملات ودلالتها للدرجة الكلية للاستخبارات لدى عينات الدراسة الثلاث إجمالاً، ثم تفصيلها لكل عينة على حدة بالإضافة إلى درجات المقاييس الفرعية لكل استخبار.

جدول (١١) معاملات الارتباط المستقيم (بيرسون) بين استخبارات الدراسة لدى العينات الثلاث

الاستخبارات	العينة	الصمود النفسي (الدرجة الكلية)	العافية النفسية (الدرجة الكلية)
الوصمة المرتبطة بالصحة (الدرجة الكلية)	مرضي أورام الثدي السرطانية	٠,٤٩١ – **	٠,٥٨٥ – **
	مرضي أورام الدم السرطانية	٠,٦٩٧ – **	٠,٦٦٨ – **
	مرضي السمنة	٠,٣٨١ – *	٠,٥١٧ – **
العافية النفسية (الدرجة الكلية)	مرضي أورام الثدي السرطانية	٠,٧٠٤ **	
	مرضي أورام الدم السرطانية	٠,٨٤٤ **	
	مرضي السمنة	٠,٧٩٥ **	

**** دال عند مستوى ٠,٠١ * دال عند مستوى ٠,٠٥**

ويكشف الجدول السابق عما يلي :

١ – بالنسبة لطبيعة العلاقة بين الصمود النفسي والوصمة المرتبطة بالصحة: *يوجد ارتباط سالب دال* إحصائياً بين الوصمة المرتبطة بالصحة والصمود النفسي لدى عينات الدراسة الثلاث. أى كلما ارتفع الصمود النفسي انخفضت الوصمة المرتبطة بالصحة. فالصمود النفسي يعني استخدام الفرد لقدراته وإمكاناته والموارد المتاحة له بالشكل الأمثل، حتى يتمكن من التعامل مع الأزمات ومواجهة المخاطر والضغوط، فالصمود يعني القدرة على تحقيق التقدم والنجاح والتعافي رغم التعرض للمحن والمصاعب والضغوط بأشكالها (نقلاً عن: مرسي، ٢٠١٧، ٣٤٣).

٢ – وبالنسبة لطبيعة العلاقة بين الوصمة المرتبطة بالصحة، وبين العافية النفسية: *يوجد ارتباط* سالب دال إحصائياً بين الوصمة المرتبطة بالصحة والعافية النفسية لدى عينات الدراسة الثلاث. أي كلما ارتفعت الوصمة المرتبطة بالصحة انخفضت العافية النفسية؛حيث ترتبط الوصمة المرتبطة بالصحة بزيادة الضغوط الناتجة عن المرض، وتسهم أيضاً في زيادة معدلات الاضطرابات النفسية، والجسدية، والاجتماعية (**Marlow & Wardle, 2014, 12**). كما رتبطت الوصمة المدركة المرتبطة بسرطان الرئة بالعديد من النتائج السلبية منها؛ الاستبعاد الاجتماعي الفعلي أو المحتمل، ومحدودية الفرص، والتغيرات السلبية في الهوية الاجتماعية، وزيادة الأعباء لكل من الأعراض النفسية الاجتماعية، والأعراض الجسدية (**Cataldo, Slaughter, Jahan, Pongquan & Hwang, 2011, 4**).

٣ – وبالنسبة لطبيعة العلاقة بين الصمود النفسي، والعافية النفسية: يوجد ارتباط موجب دال إحصائياً بين الصمود النفسي والعافية النفسية لدى عينات الدراسة الثلاث. أي كلما ارتفع الصمود النفسي ارتفعت معه العافية النفسية. فالصمود النفسي يرفع من درجة الأمل وفعالية الذات لدى المرضى بما يساعدهم في أن يكونوا أكثر ضبطاً وتحكماً في حياتهم، وأقل اعتماداً على العقاقير والأدوية والمساندات الخارجية (**Richardson, 2002, 319**).

ويتضح من هذه النتائج أنها تؤيد الفرض الأول، والذي ينص على أنه توجد علاقة ارتباطية دالة بين الوصمة المرتبطة بالصحة، والصمود النفسي، والعافية النفسية وبعضها بعضا لدى المصابات بأورام الثدي السرطانية، والمصابات بأورام الدم السرطانية، والمصابات بالسمنة.

جدول (١٢) معاملات الارتباط المستقيم (بيرسون) بين متغيرات الدراسة وأبعادها لدى عينة مريضات أورام الثدي السرطانية

الاستخبارات	الصمود (الدرجة الكلية)	البعد الأول	البعد الثاني	البعد الثالث	البعد الرابع	العافية (الدرجة الكلية)	البعد الأول	البعد الثاني	البعد الثالث	البعد الرابع	البعد الخامس	البعد السادس
الوصمة (الدرجة الكلية)	٠,٤٩١ – **	٠,٢٥٥ –	٠,٥٤٩ – **	٠,٤٦٧ – **	٠,٢٣٩ –	٠,٥٨٥ – **	٠,٥٢٨ – **	٠,٣٦٩ – *	٠,٤٢٦ – **	٠,٤٥٢ – **	٠,٤٧٥ – **	٠,٤٨١ – **
البعد الأول	٠,٣٥٧ – *	٠,٢٨٤ –	٠,٣٤٥ – *	٠,٢١٣ –	٠,٢٣٥ –	٠,٢٢٤ –	٠,١٩٥ –	٠,٢٠٢ –	٠,١٧٧ –	٠,١٢٥–	٠,٢٠٢ –	٠,١٤٠ –
البعد الثاني	٠,٤٢٤ – **	٠,١٩٦ –	٠,٤١٠ – **	٠,٤٢٣ – **	٠,٢٨٦ –	٠,٥٧١ – **	٠,٥٩٢ – **	٠,٥٣٦ – **	٠,٣٣٦ – *	٠,٤٠٠ – **	٠,٤٤٦ – **	٠,٣٥٢ – *
البعد الثالث	٠,٤٧٢ – **	٠,١٩٧ –	٠,٥٢٠ – **	٠,٤٧٤ – **	٠,٢٦٧ –	٠,٤٤٨ – **	٠,٣٠٠ –	٠,١٥٣ –	٠,٣٥٥ – *	٠,٣٥٢ – *	٠,٥٣٧ – **	٠,٤٢٠ – **
البعد الرابع	٠,٣١٤ – *	٠,١٠٤ –	٠,٣٥٦ – *	٠,٣٦٦ – *	٠,١٥٣ –	٠,٤١٥ – **	٠,٤٣٩ – **	٠,٢٤٠ –	٠,١٦٨ –	٠,٤١٥ – **	٠,٤٢٣ – **	٠,٢٧٧ –
البعد الخامس	٠,٢٥٣ –	٠,٠٩٥ –	٠,٣٦٩ – *	٠,٢٨٨ –	٠,٠٢٤ –	٠,٤٩٥ – **	٠,٤٠٠ – **	٠,٣٠١ –	٠,٤٢٠ – **	٠,٤٢٦ – **	٠,٣٦٥ – *	٠,٤٠٢ – **
البعد السادس	٠,٣٢٢ – *	٠,٢٢٢ –	٠,٤١٧ – **	٠,٢٩٨ –	٠,٠٤٤ –	٠,٤٩٣ – **	٠,٤٦٢ – **	٠,٢٥١ –	٠,٤٩٠ – **	٠,٣٣٤ – *	٠,١٢٧ –	٠,٥٩١ – **
العافية (الدرجة الكلية)	٠,٧٠٤ **	٠,٥١٥ **	٠,٧٠٦ **	٠,٦٥٨ **	٠,٢٩١							
البعد الأول	٠,٥٨٩ **	٠,٤٤٥ **	٠,٥٦٨ **	٠,٥٨٤ **	٠,٢٣٠							
البعد الثاني	٠,٦٠٠ **	٠,٥١٠ **	٠,٥٤٧ **	٠,٥٢٠ **	٠,٢٦٨							
البعد الثالث	٠,٦٣٣ **	٠,٤٦٠ **	٠,٦٨٣ **	٠,٥٩٣ **	٠,٢٠٩							
البعد الرابع	٠,٤٩١ **	٠,٣٥٣ *	٠,٤٢٢ **	٠,٤٤٢ **	٠,٢٩٩							
البعد الخامس	٠,٥٣٢ **	٠,٢٨٢	٠,٥٣٨ **	٠,٥٢٥ **	٠,٣٠١							
البعد السادس	٠,٤٢١ **	٠,٣٣٤ *	٠,٥٠٤ **	٠,٣٧٦ *	٠,٠٧٢							

**** دال عند مستوى ٠,٠١** *** دال عند مستوى ٠,٠٥**

ويكشف الجدول السابق عما يلي :

١ – بالنسبة لطبيعة العلاقة بين الوصمة المرتبطة بالصحة وأبعادها، والصمود النفسي وأبعاده: *يوجد ارتباط سالب دال* إحصائياً بين الوصمة المرتبطة بالصحة الدرجة الكلية، والصمود النفسي الدرجة الكلية وبعديه الثاني (مقياس الرؤية الإيجابية للذات والثقة في القدرات والإمكانات) والثالث (مقياس مهارات التواصل وحل المشكلات). بينما *لا يوجد ارتباط* بين الوصمة المرتبطة بالصحة الدرجة الكلية وأبعادها الستة وبين بعدي الصمود النفسي الأول (مقياس القدرة على وضع خطط واقعية واتخاذ خطوات مناسبة لتنفيذها) والرابع (مقياس القدرة على ضبط المشاعر والانفعالات والاندفاعات القوية). كما *يوجد ارتباط سالب دال* إحصائياً بين أبعاد الوصمة المرتبطة بالصحة – فيما عدا البُعد الخامس (مقياس مسؤولية الإصابة)، والدرجة الكلية للصمود

النفسي. كما *يوجد ارتباط سالب دال* إحصائياً بين أبعاد الوصمة المرتبطة بالصحة الستة والبعد الثاني للصمود النفسي (مقياس الرؤية الإيجابية للذات والثقة في القدرات والإمكانات). كما *يوجد ارتباط سالب دال* إحصائياً بين أبعاد الوصمة المرتبطة بالصحة الثاني (مقياس الاستدامة والمآل) والثالث (مقياس اضطراب أو تعطل الحياة الاجتماعية) والرابع (مقياس تغير الخصائص الجمالية للشكل الخارجي)، وبين البعد الثالث للصمود النفسي (مقياس مهارات التواصل وحل المشكلات). بينما *لا يوجد ارتباط دال* إحصائياً بين أبعاد الوصمة المرتبطة بالصحة الأول (مقياس إمكانية الإخفاء والتكتم)، والخامس (مقياس مسؤولية الإصابة)، والسادس (مقياس الخطورة والضرر أو القابلية للعدوى)، وبين البعد الثالث للصمود النفسي (مقياس مهارات التواصل وحل المشكلات) لدى عينة أورام الثدي السرطانية.

٢ – وبالنسبة لطبيعة العلاقة بين الوصمة المرتبطة بالصحة وأبعادها، وبين العافية النفسية وأبعادها: *يوجد ارتباط سالب دال* إحصائياً بين الوصمة المرتبطة بالصحة الدرجة الكلية وأغلب أبعادها الستة، وبين العافية النفسية الدرجة الكلية وكذلك أبعادها الفرعية الستة. بينما *لا يوجد ارتباط دال* إحصائياً بين البُعد الأول للوصمة المرتبطة بالصحة (مقياس إمكانية الإخفاء والتكتم) وبين العافية النفسية الدرجة الكلية وكذلك أبعادها الستة. كذلك *لا يوجد ارتباط دال* إحصائياً بين البُعد الأول للعافية النفسية (المشاعر الايجابية والاستقرار النفسي) وبين البُعد الثالث للوصمة المرتبطة بالصحة (مقياس اضطراب أو تعطل الحياة الاجتماعية). *ولا يوجد ارتباط دال* إحصائياً بين البعد الثاني للعافية النفسية (التفكير، والتعلم، والذاكرة، والقدرة على التركيز) وبين أبعاد الوصمة المرتبطة بالصحة الثالث (مقياس اضطراب أو تعطل الحياة الاجتماعية)، والرابع (مقياس تغير الخصائص الجمالية للشكل الخارجي)، والخامس (مقياس مسؤولية الإصابة)، والسادس (مقياس الخطورة والضرر أو القابلية للعدوى). *ولا يوجد ارتباط دال* إحصائياً بين البُعد الرابع للوصمة المرتبطة بالصحة (مقياس تغير الخصائص الجمالية للشكل الخارجي)، وبين بُعدي العافية النفسية الثالث (تقدير الذات) والسادس (الروحانيات، والتدين، والمعتقدات الشخصية، والإيمان بالله). *ولا يوجد ارتباط دال* إحصائياً بين البُعد السادس للوصمة المرتبطة بالصحة (مقياس الخطورة والضرر أو القابلية للعدوى)، وبين البُعد الخامس للعافية النفسية (المزاج السلبي) لدى عينة أورام الثدي السرطانية.

٣ – وبالنسبة لطبيعة العلاقة بين الصمود النفسي وأبعاده، وبين العافية النفسية وأبعادها: *يوجد ارتباط موجب دال* إحصائياً بين الصمود النفسي الدرجة الكلية وأغلب أبعاده الأربعة، وبين العافية النفسية الدرجة الكلية وكذلك أبعادها الفرعية الستة. بينما *لا يوجد ارتباط دال* إحصائياً بين البُعد الرابع للصمود النفسي (مقياس القدرة على ضبط المشاعر والانفعالات والاندفاعات القوية) وبين العافية النفسية الدرجة الكلية وكذلك أبعادها الستة. كذلك *لا يوجد ارتباط دال*

إحصائياً بين البعد الأول للصمود النفسي (مقياس القدرة على وضع خطط واقعية واتخاذ خطوات مناسبة لتنفيذها) وبين البعد الخامس للعافية النفسية (المزاج السلبي) لدى عينة أورام الثدي السرطانية.

جدول (١٣): معاملات الارتباط المستقيم (بيرسون) بين متغيرات الدراسة وأبعادها لدى عينة مريضات أورام الدم.

الاستخبارات	الصمود (الدرجة الكلية)	البعد الأول	البعد الثاني	البعد الثالث	البعد الرابع	العافية (الدرجة الكلية)	البعد الأول	البعد الثاني	البعد الثالث	البعد الرابع	البعد الخامس	البعد السادس
الوصمة (الدرجة الكلية)	٠,٦٩٧ – **	٠,١٨٨ –	٠,٦٠٩ – **	٠,٦١٦ – **	٠,٥١٥ – **	٠,٦٦٨ – **	٠,٦٢٨ – **	٠,٣٣١ – *	٠,٥٥٠ – **	٠,٤٦١ – **	٠,٧٤٢ – **	٠,٦٠٢ – **
البعد الأول	٠,٣٥٤ – *	٠,١٣٠ –	٠,٢١٥ –	٠,٢٧٧ –	٠,٣٥٦ – *	٠,٢٨٥ –	٠,٢١٦ –	٠,١٧٣ –	٠,٢٢٩ –	٠,١٤٧ –	٠,٤٣٦ – **	٠,٢١٦ –
البعد الثاني	٠,٥٠٧ – **	٠,٠٤٤ –	٠,٤٢٦ – **	٠,٤٦٢ – **	٠,٤٥٠ – **	٠,٥١٠ – **	٠,٥٧٢ – **	٠,١٩٨ –	٠,٣٩٠ – *	٠,٣١٩ – *	٠,٥٨٠ – **	٠,٤٥٤ – **
البعد الثالث	٠,٥٥٧ – **	٠,٠٨٤ –	٠,٤٩٨ – **	٠,٤٦٦ – **	٠,٤٦٩ – **	٠,٥٩٣ – **	٠,٦١٠ – **	٠,١٦٨ –	٠,٥١٥ – **	٠,٤٤٠ – **	٠,٦٢٧ – **	٠,٥٧٥ – **
البعد الرابع	٠,٧١٩ – **	٠,٢٦١ –	٠,٥٩٥ – **	٠,٥٩٩ – **	٠,٥٤٠ – **	٠,٦٦٦ – **	٠,٥٨٤ – **	٠,٣١٣ – *	٠,٥٢٦ – **	٠,٥٨٢ – **	٠,٧٣٥ – **	٠,٥٧٩ – **
البعد الخامس	٠,٣٨٥ – *	٠,٠٠٣ –	٠,٤٥٧ – **	٠,٣٢٤ – *	٠,٢٥٤ –	٠,٤٤٠ – **	٠,٣٣٩ – *	٠,٢٣٤ –	٠,٣٣٥ – *	٠,٣٣٥ – *	٠,٤٧٣ – **	٠,٤٩٠ – **
البعد السادس	٠,٥٦٣ – **	٠,٣١٢ – *	٠,٥٥٧ – **	٠,٦١٧ – **	٠,١٤٤ –	٠,٤٧٢ – **	٠,٤٣٥ – **	٠,٤٣٢ – **	٠,٤٥٢ – **	٠,٢١٠ –	٠,٤١٩ – **	٠,٣٨٣ – *
العافية (الدرجة الكلية)	٠,٨٤٤ **	٠,٤٨٠ **	٠,٧٥٥ **	٠,٦٢٣ **	٠,٥١٢ **							
البعد الأول	٠,٧٥٣ **	٠,٣٨٥ *	٠,٦٤٥ **	٠,٥١٧ **	٠,٥٤٥ **							
البعد الثاني	٠,٥٤٦ **	٠,٤٢٢ **	٠,٥١١ **	٠,٥٧٠ **	٠,٠٩٧							
البعد الثالث	٠,٧٦٣ **	٠,٤٧٥ **	٠,٧١٣ **	٠,٥٧١ **	٠,٣٩٥ **							
البعد الرابع	٠,٥٦٩ **	٠,٣٩٠ *	٠,٥١١ **	٠,٣٣٧ *	٠,٣٥٥ *							
البعد الخامس	٠,٧٧١ **	٠,٣٢١ *	٠,٦٢٩ **	٠,٤٧٦ **	٠,٦٨٤ **							
البعد السادس	٠,٧٩١ **	٠,٤٠١ **	٠,٧٤٤ **	٠,٦٢٣ **	٠,٤٥٠ **							

**** دال عند مستوى ٠,٠١** *** دال عند مستوى ٠,٠٥**

ويكشف الجدول السابق عما يلي :

١ – بالنسبة لطبيعة العلاقة بين الوصمة المرتبطة بالصحة وأبعادها، والصمود النفسي وأبعاده: *يوجد* ارتباط *سالب دال* إحصائياً بين الوصمة المرتبطة بالصحة الدرجة الكلية وأبعادها الستة، وبين الصمود النفسي الدرجة الكلية. كما *يوجد ارتباط سالب دال* إحصائياً بين الوصمة المرتبطة بالصحة الدرجة الكلية، وبين أبعاد الصمود النفسي باستثناء البعد الأول (مقياس القدرة على وضع خطط واقعية واتخاذ خطوات مناسبة لتنفيذها). *كما يوجد ارتباط سالب دال* إحصائياً بين أبعاد الوصمة المرتبطة بالصحة الثاني (مقياس الاستدامة والمآل) والثالث (مقياس اضطراب أو تعطل الحياة الاجتماعية) والرابع (مقياس تغير الخصائص الجمالية للشكل الخارجي) وبين أبعاد الصمود الثاني (مقياس الرؤية الإيجابية للذات والثقة في القدرات والإمكانات)، والثالث (مقياس مهارات التواصل وحل المشكلات)، والرابع (مقياس القدرة على ضبط المشاعر والانفعالات والاندفاعات القوية). كما *يوجد ارتباط سالب دال* إحصائياً بين أبعاد الوصمة المرتبطة بالصحة الخامس (مقياس مسؤولية الإصابة)، والسادس (مقياس

الخطورة والضرر أو القابلية للعدوى) وبين أبعاد الصمود وبين أبعاد الصمود الثاني (مقياس الرؤية الإيجابية للذات والثقة في القدرات والإمكانات)، والثالث (مقياس مهارات التواصل وحل المشكلات). كما *يوجد ارتباط سالب دال* إحصائياً بين البعد السادس للوصمة المرتبطة بالصحة (مقياس الخطورة والضرر أو القابلية للعدوى) وبين البعد الأول للصمود النفسي (مقياس القدرة على وضع خطط واقعية واتخاذ خطوات مناسبة لتنفيذها). *بينماالا يوجد ارتباط دال* بين البعد الأول للوصمة المرتبطة بالصحة (مقياس إمكانية الإخفاء والتكتم) وبين أبعاد الصمود النفسي الأول (مقياس القدرة على وضع خطط واقعية واتخاذ خطوات مناسبة لتنفيذها)، والثاني (مقياس الرؤية الإيجابية للذات والثقة في القدرات والإمكانات)، والثالث (مقياس مهارات التواصل وحل المشكلات). *كما لا يوجد ارتباط دال* بين أبعاد الوصمة المرتبطة بالصحة الثاني (مقياس الاستدامة والمآل)، والثالث (مقياس اضطراب أو تعطل الحياة الاجتماعية)، والرابع (مقياس تغير الخصائص الجمالية للشكل الخارجي)، والخامس (مقياس مسؤولية الإصابة) وبين البعد الأول للصمود النفسي (مقياس القدرة على وضع خطط واقعية واتخاذ خطوات مناسبة لتنفيذها). *كما لا يوجد ارتباط دال* بين بعدي الوصمة المرتبطة بالصحة الخامس (مقياس مسؤولية الإصابة)، والسادس (مقياس الخطورة والضرر أو القابلية للعدوى) وبين البعد الرابع للصمود النفسي (مقياس القدرة على ضبط المشاعر والانفعالات والاندفاعات القوية) لدى عينة أورام الدم السرطانية.

٢ – وبالنسبة لطبيعة العلاقة بين الوصمة المرتبطة بالصحة وأبعادها، وبين العافية النفسية وأبعادها: *يوجد ارتباط سالب دال* إحصائياً بين الوصمة المرتبطة بالصحة الدرجة الكلية وأغلب أبعادها الستة، وبين العافية النفسية الدرجة الكلية وأبعادها الفرعية الستة. *بينما لا يوجد ارتباط دال* إحصائياً بين البعد الأول للوصمة المرتبطة بالصحة (مقياس إمكانية الإخفاء والتكتم) وبين العافية النفسية الدرجة الكلية وجميع أبعادها باستثناء البعد الخامس للعافية النفسية (المزاج السلبي) فكان بينهما ارتباط سالب دال إحصائياً. كذلك *لا يوجد ارتباط دال* إحصائياً بين البعد الثاني للعافية النفسية (التفكير، والتعلم، والذاكرة، والقدرة على التركيز) وبين أبعاد الوصمة المرتبطة بالصحة الثاني (مقياس الاستدامة والمآل)، والثالث (مقياس اضطراب أو تعطل الحياة الاجتماعية)، والخامس (مقياس مسؤولية الإصابة). *ولا يوجد ارتباط دال* إحصائياً بين البعد السادس للوصمة المرتبطة بالصحة (مقياس الخطورة والضرر أو القابلية للعدوى)، وبين البعد الرابع للعافية النفسية (صورة الجسم والمظهر الشخصي) لدى عينة أورام الدم السرطانية.

٣ – وبالنسبة لطبيعة العلاقة بين الصمود النفسي وأبعاده، وبين العافية النفسية وأبعادها: *يوجد ارتباط موجب دال* إحصائياً بين الصمود النفسي الدرجة الكلية وأبعاده الأربعة، وبين العافية

النفسية الدرجة الكلية وكذلك أبعادها الفرعية الستة، باستثناء فقط البعد الرابع للصمود النفسي (مقياس القدرة على ضبط المشاعر والانفعالات والاندفاعات القوية) *فلا يوجد ارتباط دال* إحصائياً بينه وبين البعد الثاني للعافية النفسية (التفكير، والتعلم، والذاكرة، والقدرة على التركيز) لدى عينة أورام الدم السرطانية.

جدول (١٤) معاملات الارتباط المستقيم (بيرسون) بين متغيرات الدراسة وأبعادها لدى عينة مريضات السمنة

الاستخبارات	الصمود (الدرجة الكلية)	البعد الأول	البعد الثاني	البعد الثالث	البعد الرابع	العافية (الدرجة الكلية)	البعد الأول	البعد الثاني	البعد الثالث	البعد الرابع	البعد الخامس	البعد السادس
الوصمة (الدرجة الكلية)	* – ٠,٣٨١	– ٠,١١٥	– ٠,٢٨١	* – ٠,٣٤٣	** – ٠,٤١٣	** – ٠,٥١٧	* – ٠,٣٨٧	– ٠,١٨٣	– ٠,٢٩٨	** – ٠,٥٣٢	** – ٠,٦٧٩	** – ٠,٥٠٤
البعد الأول	– ٠,٠٠١	٠,١٠٩	٠,١١٠	٠,٠٦٠	– ٠,٢٧١	– ٠,١٢١	– ٠,٠٨١	– ٠,٠٣٣	٠,٠٦٩	– ٠,١٦٥	– ٠,٢٦٤	– ٠,١٥١
البعد الثاني	– ٠,١٧٥	٠,٠٨٦	– ٠,١٢٣	– ٠,٢٠٩	– ٠,٢٦٩	– ٠,٢٩٦	– ٠,٢٤٤	– ٠,٠٢٢	– ٠,٠٩٨	* – ٠,٣٢٠	** – ٠,٤٧٠	* – ٠,٣٢٠
البعد الثالث	– ٠,٢٧٣	– ٠,٠٧١	– ٠,٢٥١	– ٠,٣٠٠	– ٠,٢٠١	** – ٠,٤٣٦	– ٠,٢٢٣	– ٠,١٥٤	– ٠,٢٧٩	** – ٠,٤٦٣	** – ٠,٥٨٨	** – ٠,٤٨٦
البعد الرابع	** – ٠,٥٣٧	– ٠,٢٢٤	* – ٠,٣٥٣	** – ٠,٥٠٨	** – ٠,٥٦٤	** – ٠,٥٢٢	** – ٠,٤٩٢	– ٠,١٤٤	* – ٠,٣٠٦	** – ٠,٤٧٠	** – ٠,٧٥١	** – ٠,٤٢٩
البعد الخامس	* – ٠,٣١١	٠,٠١٩	– ٠,١٩٤	– ٠,١٩٦	** – ٠,٥٣٤	** – ٠,٤١٠	** – ٠,٤١٠	– ٠,٠٨٣	– ٠,٢٦٦	* – ٠,٣٩٢	** – ٠,٥٦٧	* – ٠,٣٠٨
البعد السادس	– ٠,٢١٤	* – ٠,٣٢٢	– ٠,٢٨٧	– ٠,١٧٢	٠,١١٥	* – ٠,٣٣٦	– ٠,١٤١	* – ٠,٣١٦	* – ٠,٣١٦	** – ٠,٣٩٧	– ٠,١٤٥	* – ٠,٣٨٥
العافية (الدرجة الكلية)	** ٠,٧٩٥	** ٠,٤٨٢	** ٠,٧٥٦	** ٠,٦٢٥	** ٠,٥٢٩							
البعد الأول	** ٠,٧٣٩	** ٠,٤١١	** ٠,٦٤٦	** ٠,٥٦٨	** ٠,٦٠٢							
البعد الثاني	** ٠,٤٨٦	** ٠,٤٠٢	** ٠,٤٩٦	** ٠,٤٨٨	٠,١٤٤							
البعد الثالث	** ٠,٧٥٢	** ٠,٥٠٠	** ٠,٧٣٢	** ٠,٥٦٦	** ٠,٤٧٥							
البعد الرابع	** ٠,٦١٨	** ٠,٤٣٣	** ٠,٦١٣	** ٠,٤٩٤	* ٠,٣٢٨							
البعد الخامس	** ٠,٦٥٤	* ٠,٣٠٥	** ٠,٥٦٤	** ٠,٥٣٩	** ٠,٥٥٨							
البعد السادس	** ٠,٦٧٢	* ٠,٣٥٠	** ٠,٦٩٦	** ٠,٤٨٥	** ٠,٤٥٨							

** دال عند مستوى ٠,٠١ * دال عند مستوى ٠,٠٥

ويكشف الجدول السابق عما يلي :

١ – بالنسبة لطبيعة العلاقة بين الوصمة المرتبطة بالصحة وأبعادها، والصمود النفسي وأبعاده: *يوجد ارتباط سالب دال* إحصائياً بين الوصمة المرتبطة بالصحة الدرجة الكلية، وبين الصمود النفسي الدرجة الكلية وبعديه الثالث (مقياس مهارات التواصل وحل المشكلات)، والرابع (مقياس القدرة على ضبط المشاعر والانفعالات والاندفاعات القوية). كما *يوجد ارتباط سالب دال* إحصائياً بين البعد الرابع للوصمة المرتبطة بالصحة، وبين الدرجة الكلية للصمود النفسي وجميع أبعاده باستثناء البُعد الأول (مقياس القدرة على وضع خطط واقعية واتخاذ خطوات مناسبة لتنفيذها). كما *يوجد ارتباط سالب دال* إحصائياً بين البعد الخامس للوصمة المرتبطة بالصحة (مقياس مسؤولية الإصابة) وبين الدرجة الكلية للصمود النفسي وبعده الرابع (مقياس

القدرة على ضبط المشاعر والانفعالات والاندفاعات القوية). كما *يوجد ارتباط سالب دال* إحصائياً بين البعد السادس للوصمة المرتبطة بالصحة (مقياس الخطورة والضرر أو القابلية للعدوى) وبين البعد الأول للصمود النفسي (مقياس القدرة على وضع خطط واقعية واتخاذ خطوات مناسبة لتنفيذها). *بينما لا يوجد ارتباط دال* بين الدرجة الكلية للوصمة المرتبطة بالصحة وبين بعدي الصمود النفسي الأول (مقياس القدرة على وضع خطط واقعية واتخاذ خطوات مناسبة لتنفيذها)، والثاني (مقياس الرؤية الإيجابية للذات والثقة في القدرات والإمكانات). كما *لا يوجد ارتباط دال* بين أبعاد الوصمة المرتبطة بالصحة الأول (مقياس إمكانية الإخفاء والتكتم)، والثاني (مقياس الاستدامة والمآل)، والثالث (مقياس اضطراب أو تعطل الحياة الاجتماعية) وبين الدرجة الكلية للصمود النفسي وجميع أبعادها. كما *لا يوجد ارتباط دال* إحصائياً بين البعد الخامس للوصمة المرتبطة بالصحة (مقياس مسؤولية الإصابة) وبين أبعاد الصمود النفسي الأول (مقياس القدرة على وضع خطط واقعية واتخاذ خطوات مناسبة لتنفيذها)، والثاني (مقياس الرؤية الإيجابية للذات والثقة في القدرات والإمكانات)، والثالث (مقياس مهارات التواصل وحل المشكلات). كما *لا يوجد ارتباط دال* إحصائياً بين البعد السادس للوصمة المرتبطة بالصحة (مقياس الخطورة والضرر أو القابلية للعدوى) وبين الدرجة الكلية للصمود النفسي وجميع أبعاده باستثناء البعد الأول (مقياس القدرة على وضع خطط واقعية واتخاذ خطوات مناسبة لتنفيذها) فكان بينهما ارتباط سالب دال إحصائياً لدى عينة السمنة.

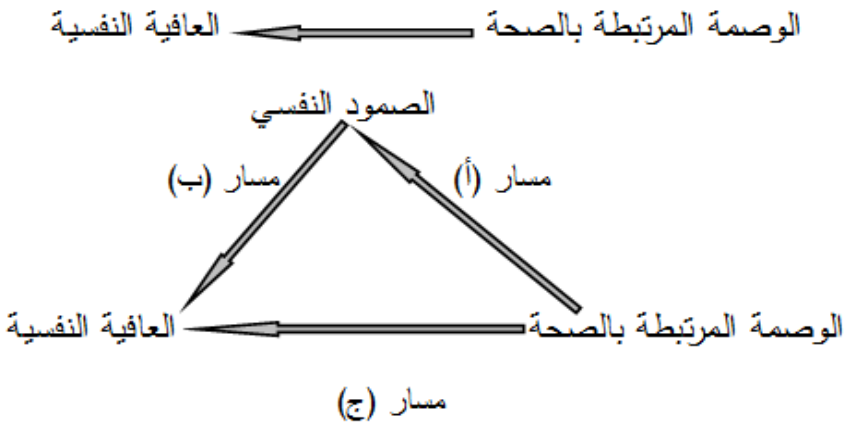
٢ – وبالنسبة لطبيعة العلاقة بين الوصمة المرتبطة بالصحة وأبعادها، وبين العافية النفسية وأبعادها : *يوجد ارتباط سالب دال* إحصائياً بين الوصمة المرتبطة بالصحة الدرجة الكلية وأغلب أبعادها الستة، وبين العافية النفسية الدرجة الكلية وأبعادها الفرعية الستة. *بينما لا يوجد* ارتباط *دال* إحصائياً بين الدرجة الكلية للوصمة المرتبطة بالصحة وبين بعدي العافية النفسية الثاني (التفكير، والتعلم، والذاكرة، والقدرة على التركيز)، والثالث (تقدير الذات). كما *لا يوجد ارتباط دال* إحصائياً بين البعد الأول للوصمة المرتبطة بالصحة (مقياس إمكانية الإخفاء والتكتم) وبين الدرجة الكلية للعافية النفسية وجميع أبعادها. كما *لا يوجد ارتباط دال* إحصائياً بين البعد الثاني للوصمة المرتبطة بالصحة (مقياس الاستدامة والمآل) وبين الدرجة الكلية للعافية النفسية وأبعادها الأول (المشاعر الايجابية والاستقرار النفسي)، والثاني (التفكير، والتعلم، والذاكرة، والقدرة على التركيز)، والثالث (تقدير الذات). كما *لا يوجد ارتباط دال* إحصائياً بين البعد الثالث للوصمة المرتبطة بالصحة (مقياس اضطراب أو تعطل الحياة الاجتماعية) وبين أبعاد العافية النفسية الأول (المشاعر الايجابية والاستقرار النفسي)، والثاني (التفكير، والتعلم، والذاكرة، والقدرة على التركيز)، والثالث (تقدير الذات). كما *لا يوجد ارتباط دال* إحصائياً بين البُعد الرابع للوصمة المرتبطة بالصحة (مقياس تغير الخصائص الجمالية للشكل الخارجي)

وبين البعد الثاني للعافية النفسية (التفكير، والتعلم، والذاكرة، والقدرة على التركيز). كما *لا يوجد ارتباط دال* إحصائياً بين البعد الخامس للوصمة المرتبطة بالصحة (مقياس مسؤولية الإصابة) وبين بعدي العافية النفسية الثاني (التفكير، والتعلم، والذاكرة، والقدرة على التركيز)، والثالث (تقدير الذات). كما *لا يوجد ارتباط دال* إحصائياً بين البعد السادس للوصمة المرتبطة بالصحة (مقياس الخطورة والضرر أو القابلية للعدوى)، وبين بعدي العافية النفسية الأول (المشاعر الايجابية والاستقرار النفسي)، والخامس (المزاج السلبي) لدى عينة السمنة.

٣ – وبالنسبة لطبيعة العلاقة بين الصمود النفسي وأبعاده، وبين العافية النفسية وأبعادها: *يوجد ارتباط موجب دال* إحصائياً بين الصمود النفسي الدرجة الكلية وأبعاده الأربعة، وبين العافية النفسية الدرجة الكلية وكذلك أبعادها الفرعية الستة، باستثناء فقط البعد الرابع للصمود النفسي (مقياس القدرة على ضبط المشاعر والانفعالات والاندفاعات القوية) *فلا يوجد ارتباط دال* إحصائياً بينه وبين البعد الثاني للعافية النفسية (التفكير، والتعلم، والذاكرة، والقدرة على التركيز) لدى عينة السمنة.

ويتضح من خلال النتائج المعروضة بالجداول (١١–١٢–١٣–١٤) تحقق الفرض الأول إجمالاً، والذي ينص على أنه توجد علاقة ارتباطيه دالة بين الوصمة المرتبطة بالصحة، والصمود النفسي، والعافية النفسية وبعضها بعضا لدى المصابات بأورام الثدي السرطانية، والمصابات بأورام الدم السرطانية، والمصابات بالسمنة.

٢ – **الفرض الثاني** : والذي ينص علي: يتوسط الصمود النفسي العلاقة بين الوصمة المرتبطة بالصحة والعافية النفسية لدى المصابات بأورام الثدي السرطانية والمصابات بأورام الدم السرطانية والمصابات بالسمنة.



شكل (٦) الصمود النفسي يتوسط العلاقة بين الوصمة المرتبطة بالصحة والعافية النفسية

للتحقق من صحة الفرض الثالث تم حساب معاملات الانحدار وفقا لبارون وكيني. وتم الاعتماد على معادلة سوبل وتم حسابها من خلال أحد المواقع المتخصصة بشبكة المعلومات الدولية* (محمد الصبوة، هند عبد اللطيف، ٢٠١٨، ١١٧). ويوضح جدول (١٥) التأثيرات الوسيطة للصمود النفسي في العلاقة بين الوصمة المرتبطة بالصحة والعافية النفسية لدى عينات الدراسة الثلاث.

جدول (١٥) نتائج تحليل الانحدار الخطى البسيط والمتعدد ومعادلة سوبل لحساب التأثير الوسيط للصمود النفسي

العينات	المؤشرات / المتغيرات المنبئة		ر	ر٢	نوع الانحدار	معاملات الانحراف المعياري		ت	الدلالة	ف	الدلالة	اختبار	
						الخطأ المعياري	معامل B					سوبل	الدلالة
مريضات أورام الثدي ن = ٤٢	الوصمة	العافية	٠,٥٨٥	٠,٣٤٢	انحدار بسيط	٠,١١٧	-٠,٥٣٣	-٤,٥٦٠	٠,٠٠٠	٢٠,٧٩٧	٠,٠٠٠		
	الوصمة	الصمود	٠,٤٩١	٠,٢٤١		٠,٠٨٠	-٠,٢٨٦	-٣,٥٦٧	٠,٠٠٠	١٢,٧٢٢	٠,٠٠٠	٣,١٠٥	٠,٠٠١
	الصمود	العافية	٠,٧٠٤	٠,٤٩٦		٠,١٧٦	١,١٠٤	٦,٢٧٠	٠,٠٠١	٣٩,٣٠٨	٠,٠٠٠		
	الوصمة	العافية	٠,٧٥٦	٠,٥٧١	الانحدار المتعدد المعياري	٠,١١٠	-٠,٢٨٧	-٢,٦١٧	٠,٠١٣	٢٥,٩٤٩	٠,٠٠٠		
	الصمود					٠,١٨٩	٠,٨٦١	٤,٥٦١	٠,٠٠٠				
مريضات أورام الدم ن=٤٢	الوصمة	العافية	٠,٦٦٨	٠,٤٤٦	انحدار بسيط	٠,١٢٩	-٠,٧٣١	-٥,٦٧٩	٠,٠٠٠	٣٢,٢٥٢	٠,٠٠٠		
	الوصمة	الصمود	٠,٦٩٧	٠,٤٨٥		٠,٠٥٩	-٠,٣٦١	-٦,١٤٢	٠,٠٠٠	٣٧,٧٢٨	٠,٠٠٠	٥,٢١١	٠,٠٠٠
	الصمود	العافية	٠,٨٤٤	٠,٧١٣		٠,١٨٠	١,٧٩٠	٩,٩٦٧	٠,٠٠٠	٩٩,٣٤٣	٠,٠٠٠		
	الوصمة	العافية	٠,٨٥٢	٠,٧٢٥	الانحدار المتعدد المعياري	٠,١٢٨	-٠,١٧٠	-١,٣٢٦	٠,١٩٢	٥١,٤٩٥	٠,٠٠٠		
	الصمود					٠,٢٤٨	١,٥٦١	٦,٢٩٤	٠,٠٠٠				
مريضات السمنة ن=٤٢	الوصمة	العافية	٠,٥١٧	٠,٢٦٧	انحدار بسيط	٠,١٤٧	-٠,٥٦١	-٣,٨١٨	٠,٠٠٠	١٤,٥٧٤	٠,٠٠٠		
	الوصمة	الصمود	٠٣٨١	٠,١٤٥		٠,٠٨٥	-٠,٢٢٢	-٢,٦٠٩	٠,٠٠٠	٦,٨٠٩	٠,٠١٣	٢,٤٩٠	٠,٠١٢
	الصمود	العافية	٠,٧٩٥	٠,٦٣٢		٠,١٧٩	١,٤٨٣	٨,٢٩٣	٠,٠٠٠	٦٨,٧٧٩	٠,٠٠٠		
	الوصمة	العافية	٠,٨٢٨	٠,٦٨٦	الانحدار المتعدد المعياري	٠,١٠٥	-٠,٢٧١	-٢,٥٧٢	٠,٠١٤	٤٢,٥٢٧	٠,٠٠٠		
	الصمود					٠,١٨١	١,٣٠٦	٧,٢٠٦	٠,٠٠٠				

يكشف الجدول السابق عما يلي :

أولاً : عينة مريضات أورام الثدي السرطانية؛ وفقاً لبارون وكيني (١٩٨٦) تبين تحقق الشروط التي يجب توافرها لحدوث التوسط، فقد أشارا إلى أنه من الشروط وجود علاقة تأثير دالة إحصائياً بين المتغير المنبئ والمتغير الوسيط، ووجود علاقة تأثير دالة إحصائياً بين المتغير المنبئ ومتغير النتيجة، ووجود علاقة تأثير دالة إحصائياً بين المتغير الوسيط ومتغير النتيجة في ظل رقابة

* Kristopher,Preacher, http:\\quantpsy.org\sobel\sobel.htm-SobelTest using This online Calculater

المتغير التنبؤي. وقد كشف الجدول السابق عنأن معامل الانحدار في المسار بين الوصمة المرتبطة بالصحة والصمود النفسي دال إحصائياً، وكذلك معامل الانحدار في المسار بين الوصمة المرتبطة بالصحة والعافية النفسية دال إحصائياً، وقد كان معامل الانحدار في المسار بين الصمود النفسي والعافية النفسية في ظل تدخل الوصمة المرتبطة بالصحة دال إحصائياً. وقد بلغ معامل الانحدار بين الوصمة المرتبطة بالصحة والعافية النفسية (-٠,٥٣٣)، وقد انخفضت هذه القيمة في ظل تدخل متغير الصمود النفسي إلى (-٠,٢٨٧) وهي ذات دلالة إحصائية، وقد بلغت قيمة معادلة سوبل (٣,١٠٥) وهىدالة إحصائياً. وتؤيد هذه النتائج توسط الصمود النفسي جزئياً في العلاقة بين الوصمة المرتبطة بالصحة والعافية النفسية لدى عينة مريضات أورام الثدي السرطانية.

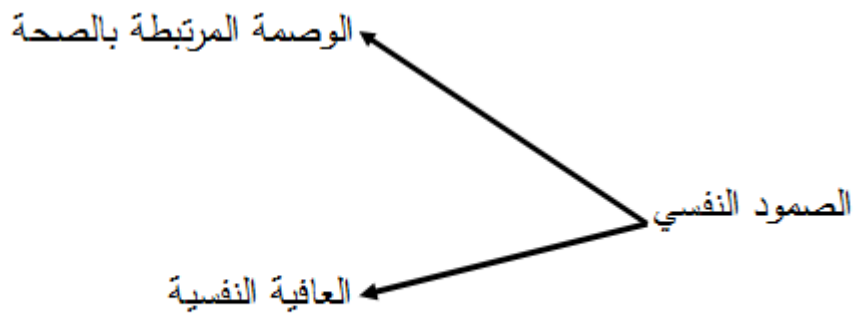
ثانياً : عينة مريضات أورام الدم السرطانية؛ تبين تحقق الشروط التي يجب توافرها لحدوث التوسط وفقاً لشروط بارون وكيني (١٩٨٦) السابق ذكرها. فقد كشف الجدول السابق عن أن معامل الانحدار في المسار بين الوصمة المرتبطة بالصحة والصمود النفسي دال إحصائياً، وكذلك معامل الانحدار في المسار بين الوصمة المرتبطة بالصحة والعافية النفسية دال إحصائياً، وقد كان معامل الانحدار في المسار بين الصمود النفسي والعافية النفسية في ظل تدخل الوصمة المرتبطة بالصحة دال إحصائياً. وقد بلغ معامل الانحدار بين الوصمة المرتبطة بالصحة والعافية النفسية (-٠,٧٣١)، وقد انخفضت هذه القيمة في ظل تدخل الصمود النفسي إلى (-٠,١٧٠) وقد كانت هذه القيمة غير دالة إحصائيأًما يشير إلى توسط الصمود النفسي توسطاً كلياً في العلاقة بين الوصمة المرتبطة بالصحة والعافية النفسية لدى عينة مريضات أورام الدم السرطانية. وقد بلغت قيمة معادلة سوبل (٥,٢١١) وهى دالة إحصائياً.

ثالثاً : عينة مريضات السمنة؛ تبين أيضاً تحقق الشروط التي يجب توافرها لحدوث التوسط وفقاً لشروط بارون وكيني (١٩٨٦) السابق ذكرها. وقد كشف الجدول السابق عن أن معامل الانحدار في المسار بين الوصمة المرتبطة بالصحة والصمود النفسي دال إحصائياً، وكذلك معامل الانحدار في المسار بين الوصمة المرتبطة بالصحة والعافية النفسية دال إحصائياً، وقد كان معامل الانحدار في المسار بين الصمود النفسي والعافية النفسية في ظل تدخل الوصمة المرتبطة بالصحة دال إحصائياً. وقد بلغ معامل الانحدار بين الوصمة المرتبطة بالصحة والعافية النفسية (-٠,٥٦١)، وقد انخفضت هذه القيمة في ظل تدخل الصمود النفسي إلى (-٠,٢٧١) وقد كانت هذه القيمة دالة إحصائياً. وقد بلغت قيمة معادلة سوبل (٢,٤٩٠) وهى دالة إحصائياً. وتؤيد هذه النتائج توسط الصمود النفسي جزئياً في العلاقة بين الوصمة المرتبطة بالصحة والعافية النفسية لدى عينة مريضات السمنة.

ويتضح من خلال النتائج المعروضة بالجدول (١٥) تحقق الفرض الثاني والذي ينص على: يتوسط الصمود النفسي العلاقة بين الوصمة المرتبطة بالصحة والعافية النفسية لدى المصابات بأورام الثدي السرطانية والمصابات بأورام الدم السرطانية والمصابات بالسمنة.

٣ – **الفرض الثالث** : والذي ينص على: تتباين القدرة التنبؤية للصمود النفسي لدى المصابات بأورام الثدي السرطانية، والمصابات بأورام الدم السرطانية، والمصابات بالسمنة بتباين درجة الوصمة المرتبطة بالصحة والعافية النفسية.

وللتحقق من صحة هذا الفرض، تم حساب قيمة معامل الارتباط لبيرسون بين متغيرات الدراسة (الصمود النفسي والعافية النفسية والوصمة المرتبطة بالصحة) كما تم الإشارة إليها في نتائج الفرض الأول، حيث أن لمعامل الارتباط أهمية في تحليل الانحدار للتنبؤ بالمتغيرات الأكثر ارتباطا وبعضها بعضا.



شكل (٧) تنبؤ الصمود النفسي بالوصمة المرتبطة بالصحة والعافية النفسية

للإجابة عن هذا الفرض استخدم نموذج الانحدار الخطى البسيط فهو نموذج إحصائي يقوم بتقدير العلاقة التيتربط بين متغير كمي واحد وهو المتغير المتنبأ به مع متغير كمي آخر وهو المتغير التنبؤي. ومدى إسهام الصمود النفسي في كل من الوصمة المرتبطة بالصحة والعافية النفسية. وسيتم عرض النتائج في الجداول التالية.

جدول (١٦) نموذج الانحدار الخطي البسيط لدى عينة مريضات أورام الثدي، (ن = ٤٢)

المنبئات	المتنبأ به	ر٢	ب	الخطأ المعياري	بيتا	ت	ف
البعد الثاني	الدرجة الكلية للوصمة	٠,٣٠١	٢,٥٥٢-	٠,٦١٥	٠,٥٤٩-	٤,١٤٩-***	١٧,٢١٧***
الدرجة الكلية للصمود		٠,٢٤١	٠,٨٤٤-	٠,٢٣٧	٠,٤٩١-	٣,٥٦٧-***	١٢,٧٢٢***
البعد الثالث		٠,٢١٨	٣,٠٣٠-	٠,٩٠٨	٠,٤٦٧-	٣,٣٣٨-**	١١,١٤٢**
الدرجة الكلية للصمود	البعد الأول للوصمة	٠,١٢٧	٠,١٦٥-	٠,٠٦٨	٠,٣٥٧-	٢,٤١٧-*	٥,٨٤٢*
البعد الثاني		٠,١١٩	٠,٤٣١-	٠,١٨٥	٠,٣٤٥-	٢,٣٢٨-*	٥,٤٢١*
الدرجة الكلية للصمود	البعد الثاني للوصمة	٠,١٨٠	٠,١٤٩-	٠,٠٥٠	٠,٤٢٤-	٢,٩٦٢-**	٨,٧٧٤**
البعد الثالث		٠,١٧٩	٠,٥٦١-	٠,١٩٠	٠,٤٢٣-	٢,٩٥٣-**	٨,٧٢١**
البعد الثاني		٠,١٦٨	٠,٣٨٩-	٠,١٣٧	٠,٤١٠-	٢,٨٤١-**	٨,٠٧٠**
البعد الثاني	البعد الثالث للوصمة	٠,٢٧٠	٠,٥٩٢-	٠,١٥٤	٠,٥٢٠-	٣,٨٤٧-***	١٤,٨٠١***
البعد الثالث		٠,٢٢٤	٠,٧٥٣-	٠,٢٢١	٠,٤٧٤-	٣,٤٠١-**	١١,٥٦٥**
الدرجة الكلية للصمود		٠,٢٢٣	٠,١٩٩-	٠,٠٥٩	٠,٤٧٢-	٣,٣٩٠-**	١١,٤٩٤**
البعد الثالث	البعد الرابع للوصمة	٠,١٣٤	٠,٥٩٢-	٠,٢٣٨	٠,٣٦٦-	٢,٤٨٩-**	٦,١٩٣**
البعد الثاني		٠,١٢٧	٠,٤١٢-	٠,١٧١	٠,٣٥٦	٢,٤٠٧-*	٥,٧٩٥*
الدرجة الكلية للصمود		٠,٠٩٩	٠,١٣٤-	٠,٠٦٤	٠,٣١٤-	٢,٠٩٢-*	٤,٣٧٧*
البعد الثاني للصمود	البعد الخامس للوصمة	٠,١٣٦	٠,٣٠٦-	٠,١٢٢	٠,٣٦٩-	٢,٥١١-*	٦,٣٠٥*
البعد الثاني	البعد السادس للوصمة	٠,١٧٤	٠,٤٢١-	٠,١٤٥	٠,٤١٧-	٢,٩٠٤-**	٨,٤٣٣**
الدرجة الكلية للصمود		٠,١٠٤	٠,١٢٠-	٠,٠٥٦	٠,٣٢٢-	٢,١٥٢-*	٤,٦٣١*

*** دال عند مستوى ٠.٠٥ ** دال عند مستوى ٠.٠١ *** دال عند مستوى ٠.٠٠١.**

ر٢ تشير إلى نسبة التباين في المتغير التابع الذي لا يمكن التنبؤ به من خلال المتغير المستقل.

(ب) تشير إلى معاملات الانحدار للمتغير المستقل.

بيتا تشير إلى البدائل لمجموعة المعاملات التي يمكن استخدامها إذا حولت جميع المتغيرات إلى درجات معيارية أولا.

ت تشير إلى اختبار معامل الانحدار للمتغير المستقل ب.

ف تشير إلى قيمة التباين.

يتضح من الجدول السابق أن الرؤية الإيجابية للذات والثقة في القدرات والإمكانات تسهم بنسبة ٣٠% من التباين الكلي في التنبؤ بالدرجة الكلية للوصمة المرتبطة بالصحة، بينما تسهم الدرجة الكلية للصمود النفسي بنسبة ٢٤%، وتسهم مهارات التواصل وحل المشكلات بنسبة ٢١% في التنبؤ بالدرجة الكلية للوصمة المرتبطة بالصحة؛ كما يتضح من الجدول أن الدرجة الكلية للصمود النفسي تسهم بنسبة ١٢%، في حين تسهم الرؤية الإيجابية للذات والثقة في القدرات والإمكانات بنسبة ١١% في التنبؤ بالدرجة على مقياس إمكانية الإخفاء والتكتم؛ كما أسهمت الدرجة الكلية للصمود النفسي بنسبة ١٨%، ومهارات التواصل وحل المشكلات بنسبة ١٧%، في حين أسهمت الرؤية الإيجابية للذات والثقة في القدرات والإمكانات بنسبة ١٦% وذلك في التنبؤ بالدرجة على مقياس الاستدامة والمآل، وهو البعد الثاني من أبعاد مقياس الوصمة

المرتبطة بالصحة؛ أما البُعد الثالث من أبعاد المقياس نفسهوهو اضطراب أو تعطل الحياة الاجتماعية فقد أسهم في التباين الكلي بالدرجة عليه كل من البعد الثاني من أبعاد مقياس الصمود النفسي، وهو الرؤية الإيجابية للذات والثقة في القدرات والإمكانات بنسبة ٢٧%، والبُعد الثالث من أبعاد مقياس الصمود النفسي وهو مهارات التواصل وحل المشكلات بنسبة ٢٢%، والدرجة الكلية للصمود النفسي بنسبة ٢٢%؛ أما البُعد الرابع للوصمة المرتبطة بالصحة والمتمثل في مقياس تغير الخصائص الجمالية للشكل الخارجي فقد أسهم في التنبؤ به كل من الدرجة على البعد الثالث من مقياس أبعاد الصمود النفسي وهو مقياس مهارات التواصل وحل المشكلات بنسبة ١٣%، والدرجة على البُعد الثاني مقياس أبعاد الصمود النفسي وهو مقياس الرؤية الإيجابية للذات والثقة في القدرات والإمكانات بنسبة ١٢%، وأسهمت الدرجة الكلية على مقياس الصمود النفسي بنسبة ٩% من التباين الكلي في التنبؤ بالدرجة على هذا البُعد؛ كما أسهم البُعد الثاني من أبعاد الصمود النفسي وهو مقياس الرؤية الإيجابية للذات والثقة في القدرات والإمكانات بنسبة ١٣% من التباين الكلي في التنبؤ بالدرجة على مقياس مسؤولية الإصابة، والذي يمثل البُعد الخامس من أبعاد مقياس الوصمة المرتبطة بالصحة؛ في حين يكشف الجدول السابق عن أن إسهام كل من البعد الثاني من أبعاد الصمود النفسي، وهو مقياس الرؤية الإيجابية للذات والثقة في القدرات والإمكانات بنسبة ١٧%، والدرجة الكلية لمقياس الصمود النفسي بنسبة ١٠ % من التباين الكلي في التنبؤ بمقياس الخطورة والضرر أو القابلية للعدوى، والذي يمثل البعد السادس من أبعاد مقياس الوصمة المرتبطة بالصحة.

جدول (١٧): الانحدار الخطي البسيط لدى عينة مرضى أورام الثدي (ن = ٤٢)

المنبئات	المتنبأ به	ر٢	ب	الخطأ المعياري	بيتا	ت	ف
البعد الثاني	الدرجة الكلية للعافية	٠,٤٩٨	٢,٩٩٥	٠,٤٧٥	٠,٧٠٦	٦,٣٠٤***	٣٩,٧٤١***
الدرجة الكلية للصمود		٠,٤٩٦	١,١٠٤	٠,١٧٦	٠,٧٠٤	٦,٢٧٠***	٣٩,٣٠٨***
البعد الثالث		٠,٤٣٣	٣,٨٩٦	٠,٧٠٥	٠,٦٥٨	٥,٥٢٧***	٣٠,٥٤٧***
البعد الأول		٠,٢٦٥	٢,٤١٢	٠,٦٣٦	٠,٥١٥	٣,٧٩٥***	١٤,٤٠٢***
الدرجة الكلية للصمود	البعد الأول للعافية	٠,٣٤٧	٠,٢٤١	٠,٠٥٢	٠,٥٨٩	٤,٦١٥***	٢١,٢٩٧***
البعد الثالث		٠,٣٤١	٠,٩٠٣	٠,١٩٨	٠,٥٨٤	٤,٥٥٠***	٢٠,٦٩٩***
البعد الثاني		٠,٣٢٢	٠,٦٢٩	٠,١٤٤	٠,٥٦٨	٤,٣٦٢***	١٩,٠٤٢***
البعد الأول		٠,١٩٨	٠,٥٤٤	٠,١٧٣	٠,٤٤٥	٣,١٣٨**	٩,٨٥٠**
الدرجة الكلية للصمود	البعد الثاني للعافية	٠,٣٥٩	٠,١٨٣	٠,٠٣٩	٠,٦٠٠	٤,٧٣٨***	٢٢,٤٤٨***
البعد الثاني		٠,٢٩٩	٠,٤٥١	٠,١٠٩	٠,٥٤٧	٤,١٢٨***	١٧,٠٣٨***
البعد الثالث		٠,٢٧١	٠,٥٩٩	٠,١٥٥	٠,٥٢٠	٣,٨٥٢***	١٤,٨٣٥***
البعد الأول		٠,٢٦٠	٠,٤٦٥	٠,١٢٤	٠,٥١٠	٣,٧٥٢***	١٤,٠٧٧***
البعد الثاني	البعد الثالث للعافية	٠,٤٦٧	٠,٧٢٩	٠,١٢٣	٠,٦٨٣	٥,٩٢١***	٣٥,٠٥٥***
الدرجة الكلية للصمود		٠,٤٠٠	٠,٢٥٠	٠,٠٤٨	٠,٦٣٣	٥,١٦٧***	٢٦,٧٠٢***
البعد الثالث		٠,٣٥١	٠,٨٨٣	٠,١٩٠	٠,٥٩٣	٤,٦٥٢***	٢١,٦٤٤***
البعد الأول		٠,٢١٢	٠,٥٤٣	٠,١٦٦	٠,٤٦٠	٣,٢٧٨**	١٠,٧٤٦**
الدرجة الكلية للصمود	البعد الرابع للعافية	٠,٢٤١	٠,١٣٧	٠,٠٣٩	٠,٤٩١	٣,٥٦١***	١٢,٦٨٤***
البعد الثالث		٠,١٩٥	٠,٤٦٧	٠,١٥٠	٠,٤٤٢	٣,١١٦**	٩,٧١١**
البعد الثاني		٠,١٧٨	٠,٣٢٠	٠,١٠٩	٠,٤٢٢	٢,٩٤٧**	٨,٦٨٤**
البعد الأول		٠,١٢٥	٠,٢٩٥	٠,١٢٤	٠,٣٥٣	٢,٣٨٥*	٥,٦٩٠*
البعد الثاني	البعد الخامس للعافية	٠,٢٩٠	٠,٤٤٨	٠,١١١	٠,٥٣٨	٤,٠٤١***	١٦,٣٣٠***
الدرجة الكلية للصمود		٠,٢٨٣	٠,١٦٤	٠,٠٤١	٠,٥٣٢	٣,٩٧٧***	١٥,٨١٩***
البعد الثالث		٠,٢٧٦	٠,٦١٠	٠,١٥٦	٠,٥٢٥	٣,٩٠١***	١٥,٢١٩***
البعد الثاني	البعد السادس للعافية	٠,٢٥٤	٠,٤١٨	٠,١١٣	٠,٥٠٤	٣,٦٩٣***	١٣,٦٣٧***
الدرجة الكلية للصمود		٠,١٧٨	٠,١٢٩	٠,٠٤٤	٠,٤٢١	٢,٩٣٩**	٨,٦٣٦**
البعد الثالث		٠,١٤١	٠,٤٣٥	٠,١٦٩	٠,٣٧٦	٢,٥٦٦**	٦,٥٨٥**
البعد الأول		٠,١١٢	٠,٣٠٦	٠,١٣٦	٠,٣٣٤	٢,٢٤١*	٥,٠٢٠*

يتضح من الجدول السابق أن كلا من الرؤية الإيجابية للذات والثقة في القدرات والإمكانات تسهم بنسبة ٤٩%، كما تسهم الدرجة الكلية للصمود النفسي أيضا بنسبة ٤٩%، في حين تسهم مهارات التواصل وحل المشكلات بنسبة ٤٣%، وتسهم القدرة على وضع خطط واقعية واتخاذ خطوات مناسبة لتنفيذها بنسبة ٢٦% من التباين الكلي في التنبؤ بالدرجة الكلية للعافية النفسية؛ كما تسهم كل من الدرجة الكلية للصمود بنسبة ٣٤%، و ومهارات التواصل وحل المشكلات بنسبة ٣٤%، والرؤية الإيجابية للذات والثقة في القدرات والإمكانات بنسبة ٣٢%، والقدرة على وضع خطط واقعية واتخاذ خطوات مناسبة لتنفيذها بنسبة ١٩% في التباين الكلي للتنبؤ بالمشاعر الايجابية والاستقرار النفسي، وهي البُعد الأول من أبعاد العافية النفسية؛ في حين تسهم الدرجة الكلية للصمود النفسي بنسبة ٣٥%، والرؤية الإيجابية للذات والثقة في القدرات

والإمكانات بنسبة ٢٩%، ومهارات التواصل وحل المشكلات بنسبة ٢٧%، والقدرة على وضع خطط واقعية واتخاذ خطوات مناسبة لتنفيذها بنسبة ٢٦% في التباين الكلي في التنبؤ بالتفكير، والتعلم، والذاكرة، والقدرة على التركيز التي تمثل البُعد الثاني للعافية النفسية؛ وتسهم الرؤية الإيجابية للذات والثقة في القدرات والإمكانات بنسبة ٤٦%، والدرجة الكلية للصمود النفسي بنسبة ٤٠%، ومهارات التواصل وحل المشكلات بنسبة ٣٥%، والقدرة على وضع خطط واقعية واتخاذ خطوات مناسبة لتنفيذها بنسبة ٢١% في التباين الكلي في التنبؤ بتقدير الذات بوصفها البعد الثالث للعافية النفسية؛ كما تسهم الدرجة الكلية للصمود النفسي بنسبة ٢٤%، ومهارات التواصل وحل المشكلات بنسبة ١٩%، وتسهم الرؤية الإيجابية للذات والثقة في القدرات والإمكانات بنسبة ١٧%، أما القدرة على وضع خطط واقعية واتخاذ خطوات مناسبة لتنفيذها فتسهم بنسبة ١٢% في التباين الكلي في التنبؤ بصورة الجسم والمظهر الشخصي والذي يمثل البعد الرابع من أبعاد العافية النفسية؛ أما الرؤية الإيجابية للذات والثقة في القدرات والإمكانات فتسهم بنسبة ٢٩%، وتسهم الدرجة الكليةللصمود النفسي بنسبة ٢٨%، كما تسهم مهارات التواصل وحل المشكلات بنسبة ٢٧% في التباين الكلي في التنبؤ بالمزاج السلبي، وهو البعد الخامس من أبعاد العافية النفسية؛ في حين تسهم الرؤية الإيجابية للذات والثقة في القدرات والإمكانات بنسبة ٢٥%، وتسهم الدرجة الكلية للصمود النفسي بنسبة ١٧%، وتسهم مهارات التواصل وحل المشكلات بنسبة ١٤%، وتسهم القدرة على وضع خطط واقعية واتخاذ خطوات مناسبة لتنفيذها بنسبة ١١% في التباين الكلي في التنبؤ بالروحانيات، والتدين، والمعتقدات الشخصية، والإيمان بالله بوصفها البعد السادس من أبعاد العافية النفسية.

جدول (١٨) الانحدار الخطي البسيط لدى عينة مريضات أورام الدم (ن = ٤٢)

المنبئات	المتنبأ به	ر٢	ب	الخطأ المعياري	بيتا	ت	ف
الدرجة الكلية للصمود	الدرجة الكلية للوصمة	٠,٤٨٥	١,٣٤٥-	٠,٢١٩	٠,٦٩٧-	٦,١٤٢-***	٣٧,٧٢٨***
البعد الثالث		٠,٣٧٩	٣,٨٧٦-	٠,٧٨٤	٠,٦١٦-	٤,٩٤٢-***	٢٤,٤٢٧***
البعد الثاني		٠,٣٧٠	٢,٩٥٤-	٠,٦٠٩	٠,٦٠٩-	٤,٨٥٠-***	٢٣,٥٢١***
البعد الرابع		٠,٢٦٥	٢,٤٥١-	٠,٦٤٥	٠,٥١٥-	٣,٧٩٨-***	١٤,٤٢١***
البعد الرابع	البعد الأول للوصمة	٠,١٢٧	٠,٤٠٨-	٠,١٦٩	٠,٣٥٦-	٢,٤١٣-*	٥,٨٢٢*
الدرجة الكلية للصمود		٠,١٢٥	٠,١٦٤-	٠,٠٦٩	٠,٣٥٤-	٢,٣٩٤-*	٥,٧٣٢*
الدرجة الكلية للصمود	البعد الثاني للوصمة	٠,٢٥٧	٠,٢٤٤-	٠,٠٦٦	٠,٥٠٧-	٣,٧١٧-***	١٣,٨١٦***
البعد الثالث		٠,٢١٣	٠,٧٢٥-	٠,٢٢٠	٠,٤٦٢-	٣,٢٩٢-**	١٠,٨٣٧**
البعد الرابع		٠,٢٠٢	٠,٥٣٥-	٠,١٦٨	٠,٤٥٠	٣,١٨٧-**	١٠,١٥٦**
البعد الثاني		٠,١٨١	٠,٥١٦-	٠,١٧٣	٠,٤٢٦-	٢,٩٧٤-**	٨,٨٤٦**
الدرجة الكلية للصمود	البعد الثالث للوصمة	٠,٣١٠	٠,٢٦٨-	٠,٠٦٣	٠,٥٥٧-	٤,٢٣٨-***	١٧,٩٦٠***
البعد الثاني		٠,٢٤٨	٠,٦٠٣-	٠,١٦٦	٠,٤٩٨-	٣,٦٣٦-***	١٣,٢١٩***
البعد الرابع		٠,٢٢٠	٠,٥٥٦-	٠,١٦٦	٠,٤٦٩-	٣,٣٥٧-**	١١,٢٧١**
البعد الثالث		٠,٢١٧	٠,٧٣١-	٠,٢١٩	٠,٤٦٦-	٣,٣٣٠-**	١١,٠٩٠**
الدرجة الكلية للصمود	البعد الرابع للوصمة	٠,٥١٦	٠,٣٣٨-	٠,٠٥٢	٠,٧١٩-	٦,٥٣٤-***	٤٢,٦٩٣***
البعد الثالث		٠,٣٥٨	٠,٩١٧-	٠,١٩٤	٠,٥٩٩-	٤,٧٢٧-***	٢٢,٣٤٥***
البعد الثاني		٠,٣٥٤	٠,٧٠٣-	٠,١٥٠	٠,٥٩٥-	٤,٦٨٢-***	٢١,٩١٧***
البعد الرابع		٠,٢٩٢	٠,٦٢٦-	٠,١٥٤	٠,٥٤٠-	٤,٠٦٠-***	١٦,٤٨٦***
البعد الثاني	البعد الخامس للوصمة	٠,٢٠٩	٠,٣٥٣-	٠,١٠٩	٠,٤٥٧-	٣,٢٥١-**	١٠,٥٦٨**
الدرجة الكلية للصمود		٠,١٤٨	٠,١١٨-	٠,٠٤٥	٠,٣٨٥-	٢,٦٤٠-**	٦,٦٧٢**
البعد الثالث		٠,١٠٥	٠,٣٢٤-	٠,١٥٠	٠,٣٢٤-	٢,١٦٦-*	٤,٦٩٠*
البعد الثالث	البعد السادس للوصمة	٠,٣٨٠	٠,٧٦٠-	٠,١٥٤	٠,٦١٧-	٤,٩٥٣-***	٢٤,٥٣٠***
الدرجة الكلية للصمود		٠,٣١٧	٠,٢١٣-	٠,٠٤٩	٠,٥٦٣-	٤,٣١٢-	١٨,٥٩٥***
البعد الثاني		٠,٣١٠	٠,٥٣٠-	٠,١٢٥	٠,٥٥٧-	٤,٢٤١-***	١٧,٩٨٣***
البعد الأول		٠,٠٩٧	٠,٣٨٩-	٠,١٨٧	٠,٣١٢-	٢,٠٧٧-*	٤,٣١٣*

يوضح الجدول السابق أن الدرجة الكلية للصمود النفسي تسهم بنسبة ٤٨%، في حين تسهم مهارات التواصل وحل المشكلات بنسبة ٣٧%، وتسهم الرؤية الإيجابية للذات والثقة في القدرات والإمكانات بنسبة ٣٧% أيضاً، كما تسهم القدرة على ضبط المشاعر والانفعالات والاندفاعات القوية بنسبة ٢٦% في التباين الكلي للتنبؤ بالدرجة الكلية للوصمة المرتبطة بالصحة؛ كما تسهم كل من القدرة على ضبط المشاعر والانفعالات والاندفاعات القوية والدرجة الكلية للصمود النفسي بنسبة ١٢% في التباين الكلي للتنبؤ بإمكانية الإخفاء والتكتم وهو البعد الأول للوصمة المرتبطة بالصحة؛ وتسهم الدرجة الكلية للصمود النفسي بنسبة ٢٥%، في حين تسهم ومهارات التواصل وحل المشكلات بنسبة ٢١%، وتسهم القدرة على ضبط المشاعر والانفعالات والاندفاعات القوية بنسبة ٢٠%، كما تسهم والرؤية الإيجابية للذات والثقة في القدرات والإمكانات بنسبة ١٨% في التباين الكلي للتنبؤ بالاستدامة والمآل، وهو البعد الثاني للوصمة المرتبطة بالصحة؛ كما يوضح

الجدول أن الدرجة الكلية للصمود النفسي تسهم بنسبة ٣١%، في حين تسهم الرؤية الإيجابية للذات والثقة في القدرات والإمكانات بنسبة ٢٤%، كما تسهم القدرة على ضبط المشاعر والانفعالات والاندفاعات القوية بنسبة ٢٢%، وتسهم مهارات التواصل وحل المشكلات بنسبة ٢١% في التباين الكلي للتنبؤ باضطراب أو تعطل الحياة الاجتماعية، وهو البعد الثالث للوصمة المرتبطة بالصحة؛ كما تسهم الدرجة الكلية للصمود النفسي بنسبة ٥١%، وتسهم كل من مهارات التواصل وحل المشكلاتوالرؤية الإيجابية للذات والثقة في القدرات والإمكانات بنسبة ٣٥%، وتسهم القدرة على ضبط المشاعر والانفعالات والاندفاعات القوية بنسبة ٢٩% في التباين الكلي للتنبؤ بتغير الخصائص الجمالية للشكل الخارجي وهو البعد الرابع للوصمة المرتبطة بالصحة؛ في حين تسهم الرؤية الإيجابية للذات والثقة في القدرات والإمكانات بنسبة ٢٠%، وتسهم الدرجة الكلية للصمود النفسي بنسبة ١٤%، وتسهم مهارات التواصل وحل المشكلات بنسبة ١٠% في التباين الكلي للتنبؤ بمسؤولية الإصابة وهو البعد الخامس للوصمة المرتبطة بالصحة؛ كما تسهم كل من ومهارات التواصل وحل المشكلات بنسبة ٣٨%، والدرجة الكلية للصمود النفسي بنسبة٣١%، والرؤية الإيجابية للذات والثقة في القدرات والإمكانات بنسبة ٣١%، والقدرة على وضع خطط واقعية واتخاذ خطوات مناسبة لتنفيذها بنسبة ٩% في التباين الكلي للتنبؤ بالخطورة والضرر أو القابلية للعدوى وهو البعد السادس للوصمة المرتبطة بالصحة.

جدول (١٩) : نموذج الانحدار الخطي البسيط لدى عينة مريضات أورام الدم (ن = ٤٢)

المنبئات	المتنبأ به	ر٢	ب	الخطأ المعياري	بيتا	ت	ف
الدرجة الكلية للصمود	الدرجة الكلية للعافية	٠,٧١٣	١,٧٩٠	٠,١٨٠	٠,٨٤٤	***٩,٩٦٧	***٩٩,٣٤٣
البعد الثاني		٠,٥٧٠	٤,٠٢٥	٠,٥٥٣	٠,٧٥٥	***٧,٢٨١	***٥٣,٠١٢
البعد الثالث		٠,٣٨٨	٤,٣٠٣	٠,٨٥٥	٠,٦٢٣	***٥,٠٣١	***٢٥,٣١٤
البعد الرابع		٠,٢٦٢	٢,٦٧٦	٠,٧١٠	٠,٥١٢	***٣,٧٦٦	***١٤,١٩٥
البعد الأول		٠,٢٣١	٣,٣٥٨	٠,٩٦٩	٠,٤٨٠	***٣,٤٦٥	***١٢,٠٠٦
الدرجة الكلية للصمود	البعد الأول للعافية	٠,٥٦٦	٠,٣٧١	٠,٠٥١	٠,٧٥٣	***٧,٢٢٩	***٥٢,٢٦٢
البعد الثاني		٠,٤١٦	٠,٨٠٠	٠,١٥٠	٠,٦٤٥	***٥,٣٣٦	***٢٨,٤٧٦
البعد الرابع		٠,٢٩٧	٠,٦٦٢	٠,١٦١	٠,٥٤٥	***٤,١٠٧	***١٦,٨٦٥
البعد الثالث		٠,٢٦٧	٠,٨٣١	٠,٢١٨	٠,٥١٧	***٣,٨٢١	***١٤,٥٩٩
البعد الأول		٠,١٤٨	٠,٦٢٦	٠,٢٣٧	٠,٣٨٥	**٢,٦٣٩	**٦,٩٦٦
البعد الثالث	البعد الثاني للعافية	٠,٣٢٥	٠,٧٦٣	٠,١٧٤	٠,٥٧٠	***٤,٣٩٣	***١٩,٢٩٩
الدرجة الكلية للصمود		٠,٢٩٨	٠,٢٢٤	٠,٠٥٤	٠,٥٤٦	***٤,١١٩	***١٦,٩٦٣
البعد الثاني		٠,٢٦٢	٠,٥٢٨	٠,١٤٠	٠,٥١١	***٣,٧٦٥	***١٤,١٧٢
البعد الأول		٠,١٧٨	٠,٥٧١	٠,١٩٤	٠,٤٢٢	**٢,٩٤٦	**٨,٦٧٩
الدرجة الكلية للصمود	البعد الثالث للعافية	٠,٥٨٢	٠,٣٤١	٠,٠٤٦	٠,٧٦٣	***٧,٤٦٦	***٥٥,٧٤٦
البعد الثاني		٠,٥٠٨	٠,٨٠١	٠,١٢٥	٠,٧١٣	***٦,٤٣٠	***٤١,٣٤٧
البعد الثالث		٠,٣٢٧	٠,٨٣٢	٠,١٨٩	٠,٥٧١	***٤,٤٠٤	***١٩,٣٩٩
البعد الأول		٠,٢٢٦	٠,٦٩٩	٠,٢٠٥	٠,٤٧٥	***٣,٤١٤	***١١,٦٥٨
البعد الرابع		٠,١٥٦	٠,٤٣٥	٠,١٦٠	٠,٣٩٥	**٢,٧٢٠	**٧,٤٠٠
الدرجة الكلية للصمود	البعد الرابع للعافية	٠,٣٢٤	٠,٢٢٠	٠,٠٥٠	٠,٥٦٩	***٤,٣٧٤	***١٩,١٢٩
البعد الثاني		٠,٢٦١	٠,٤٩٧	٠,١٣٢	٠,٥١١	***٣,٧٥٦	***١٤,١٠٥
البعد الأول		٠,١٥٢	٠,٤٩٧	٠,١٨٦	٠,٣٩٠	**٢,٦٧٧	**٧,١٦٦
البعد الرابع		٠,١٢٦	٠,٣٣٩	٠,١٤١	٠,٣٥٥	*٢,٤٠٥	*٥,٧٨٥
البعد الثالث		٠,١١٤	٠,٤٢٦	٠,١٨٨	٠,٣٣٧	*٢,٢٦٥	*٥,١٣١
الدرجة الكلية للصمود	البعد الخامس للعافية	٠,٥٩٥	٠,٣٢٠	٠,٠٤٢	٠,٧٧١	***٧,٦٦٤	***٥٨,٧٣٨
البعد الرابع		٠,٤٦٩	٠,٧٠٠	٠,١١٨	٠,٦٨٤	***٥,٩٣٨	***٣٥,٢٦٢
البعد الثاني		٠,٣٩٦	٠,٦٥٧	٠,١٢٨	٠,٦٢٩	***٥,١٢٤	***٢٦,٢٥٢
البعد الثالث		٠,٢٢٧	٠,٦٤٤	٠,١٨٨	٠,٤٧٦	***٣,٤٢٦	***١١,٧٣٦
البعد الأول		٠,١٠٣	٠,٤٣٩	٠,٢٠٥	٠,٣٢١	*٢,١٤٤	*٤,٥٩٧
الدرجة الكلية للصمود	البعد السادس للعافية	٠,٦٢٥	٠,٣١٤	٠,٠٣٨	٠,٧٩١	***٨,١٦٦	***٦٦,٦٩٢
البعد الثاني		٠,٥٥٣	٠,٧٤٤	٠,١٠٦	٠,٧٤٤	***٧,٠٣٦	***٤٩,٥٠٣
البعد الثالث		٠,٣٨٨	٠,٨٠٧	٠,١٦٠	٠,٦٢٣	***٥,٠٣٥	***٢٥,٣٤٧
البعد الرابع		٠,٢٠٢	٠,٤٤١	٠,١٣٨	٠,٤٥٠	**٣,١٨٤	**١٠,١٣٩
البعد الأول		٠,١٦١	٠,٥٢٥	٠,١٩٠	٠,٤٠١	**٢,٧٦٧	**٧,٦٥٧

يوضح الجدول السابق أن الدرجة الكلية للصمود تسهم بنسبة ٧١%، وتسهم الرؤية الإيجابية للذات والثقة في القدرات والإمكانات بنسبة ٥٧%، كما تسهم ومهارات التواصل وحل المشكلات بنسبة ٣٨%، وتسهم القدرة على ضبط المشاعر والانفعالات والاندفاعات القوية بنسبة ٢٦%، في حين تسهم القدرة على وضع خطط واقعية واتخاذ خطوات مناسبة لتنفيذها بنسبة ٢٣% في التباين الكلي للتنبؤ بالدرجة الكلية للعافية النفسية؛ كما تسهم الدرجة الكلية للصمود النفسي بنسبة ٥٦%، وتسهم الرؤية الإيجابية للذات والثقة في القدرات والإمكانات بنسبة ٤١%، وتسهم القدرة على ضبط

المشاعر والانفعالات والاندفاعات القوية بنسبة ٢٩%، في حين تسهم مهارات التواصل وحل المشكلات بنسبة ٢٦%، وتسهم القدرة على وضع خطط واقعية واتخاذ خطوات مناسبة لتنفيذها بنسبة ١٤% في التباين الكلي للتنبؤ بالمشاعر الايجابية والاستقرار النفسي؛ كما يوضح الجدول أن ومهارات التواصل وحل المشكلات تسهم بنسبة ٣٢%، في حين تسهم الدرجة الكلية للصمود النفسي بنسبة ٢٩%، وتسهم الرؤية الإيجابية للذات والثقة في القدرات والإمكانات بنسبة ٢٦%، وتسهم القدرة على وضع خطط واقعية واتخاذ خطوات مناسبة لتنفيذها بنسبة ١٧% في التباين الكلي للتنبؤ بالتفكير، والتعلم، والذاكرة، والقدرة على التركيز؛ كما تسهم الدرجة الكلية للصمود النفسي بنسبة ٥٨%، وتسهم الرؤية الإيجابية للذات والثقة في القدرات والإمكانات بنسبة ٥٠%، وتسهم مهارات التواصل وحل المشكلات بنسبة ٣٢%، كما تسهم القدرة على وضع خطط واقعية واتخاذ خطوات مناسبة لتنفيذها بنسبة ٢٢%، وتسهم القدرة على ضبط المشاعر والانفعالات والاندفاعات القوية بنسبة ١٥%في التباين الكلي للتنبؤ بتقدير الذات التي تعد البعد الثالث للعافية النفسية؛ كما يتضح من الجدول السابق أيضا أن الدرجة الكلية للصمود النفسي تسهم بنسبة ٣٢%، في حين تسهم الرؤية الإيجابية للذات والثقة في القدرات والإمكانات بنسبة ٢٦%، وتسهم القدرة على وضع خطط واقعية واتخاذ خطوات مناسبة لتنفيذها بنسبة ١٥%، وتسهم القدرة على ضبط المشاعر والانفعالات والاندفاعات القوية بنسبة ١٢%، وتسهم مهارات التواصل وحل المشكلات بنسبة ١١% في التباين الكلي للتنبؤ بصورة الجسم والمظهر الشخصي؛ كما تسهم الدرجة الكلية للصمود النفسي بنسبة ٥٩%، وتسهم القدرة على ضبط المشاعر والانفعالات والاندفاعات القوية بنسبة ٤٦%، وتسهم الرؤية الإيجابية للذات والثقة في القدرات والإمكانات بنسبة ٣٩%، وتسهم مهارات التواصل وحل المشكلات بنسبة ٢٢%، وتسهم القدرة على وضع خطط واقعية واتخاذ خطوات مناسبة لتنفيذها بنسبة ١٠% في التباين الكلي للتنبؤ بالمزاج السلبي؛ وأخيراً يوضح الجدول أن الدرجة الكلية للصمود النفسي تسهم بنسبة ٦٢%، وتسهم الرؤية الإيجابية للذات والثقة في القدرات والإمكانات بنسبة ٥٥%، وتسهم مهارات التواصل وحل المشكلات بنسبة ٣٨%، وتسهم القدرة على ضبط المشاعر والانفعالات والاندفاعات القوية بنسبة ٢٠%، وتسهم القدرة على وضع خطط واقعية واتخاذ خطوات مناسبة لتنفيذها بنسبة ١٦% في التباين الكلي للتنبؤ بالروحانيات، والتدين، والمعتقدات الشخصية، والإيمان بالله والتي تمثل البعد السادس للعافية النفسية.

جدول(٢٠): نموذج الانحدار الخطي البسيط لدى عينة مريضات السمنة (ن = ٤٢)

المنبئات	المتنبأ به	ر٢	ب	الخطأ المعياري	بيتا	ت	ف
البعد الرابع	الدرجة الكلية للوصمة	٠,١٧١	٢,٠٧٥-	٠,٧٢٤	٠,٤١٣-	٢,٨٦٨**-	٨,٢٢٤**
الدرجة الكلية للصمود		٠,١٤٥	٠,٦٥٦-	٠,٢٥١	٠,٣٨١-	٢,٦٠٩**-	٦,٨٠٩**
البعد الثالث		٠,١١٨	٢,٢٠٥-	٠,٩٥٥	٠,٣٤٣-	٢,٣٠٨*-	٥,٣٢٩*
البعد الرابع	البعد الرابع للوصمة	٠,٣١٨	٠,٨٤٣-	٠,١٩٥	٠,٥٦٤-	٤,٣١٧***-	١٨,٦٣٢***
الدرجة الكلية للصمود		٠,٢٨٨	٠,٢٧٥-	٠,٠٦٨	٠,٥٣٧-	٤,٠٢٧***-	١٦,٢١٩***
البعد الثالث		٠,٢٥٩	٠,٩٧٣-	٠,٢٦١	٠,٥٠٨-	٣,٧٣٥***-	١٣,٩٤٩***
البعد الثاني		٠,١٢٤	٠,٤٣٣-	٠,١٨٢	٠,٣٥٣-	٢,٣٨٣*-	٥,٦٧٨*
البعد الرابع	البعد الخامس للوصمة	٠,٢٨٦	٠,٥٤١-	٠,١٣٥	٠,٥٣٤-	٣,٩٩٨***-	١٥,٩٨٤***
الدرجة الكلية للصمود		٠,٠٩٧	٠,١٠٨-	٠,٠٥٢	٠,٣١١-	٢,٠٦٨*-	٤,٢٧٧*
البعد الأول للصمود	البعد السادس للوصمة	٠,١٠٤	٠,٤٤٩-	٠,٢٠٩	٠,٣٢٢-	٢,١٥٣*-	٤,٦٤٥*

يوضح الجدول السابق أن القدرة على ضبط المشاعر والانفعالات والاندفاعات القوية تسهم بنسبة ١٧%، في حين تسهم الدرجة الكلية للصمود النفسي بنسبة ١٤%، وتسهم مهارات التواصل وحل المشكلات بنسبة ١١% في التباين الكلي للتنبؤ بالدرجة الكلية للوصمة المرتبطة بالصحة؛ كما تسهم القدرة على ضبط المشاعر والانفعالات والاندفاعات القوية تسهم بنسبة ٣١%، وتسهم الدرجة الكلية للصمود النفسي بنسبة ٢٨%، وتسهم مهارات التواصل وحل المشكلات بنسبة ٢٥%، وتسهم الرؤية الإيجابية للذات والثقة في القدرات والإمكانات في التباين الكلي للتنبؤ بتغير الخصائص الجمالية للشكل الخارجي والتي تمثل البعد الرابع للوصمة المرتبطة بالصحة؛ كما يوضح الجدول أن القدرة على ضبط المشاعر والانفعالات والاندفاعات القوية تسهم بنسبة ٢٨%، في حين تسهم الدرجة الكلية للصمود النفسي بنسبة ٩% في التباين الكلي للتنبؤ بمسؤولية الإصابة والتي تمثل البعد الخامس للوصمة المرتبطة بالصحة؛ أما القدرة على وضع خطط واقعية واتخاذ خطوات مناسبة لتنفيذها فتسهم بنسبة ١٠% في التباين الكلي للتنبؤ بالخطورة والضرر أو القابلية للعدوى والتي تمثل البعد السادس للوصمة المرتبطة بالصحة.

جدول (٢١) : نموذج الانحدار الخطي البسيط لدى عينة مريضات السمنة (ن= ٤٢)

المنبئات	المتنبأ به	ر٢	ب	الخطأ المعياري	بيتا	ت	ف
الدرجة الكلية للصمود	الدرجة الكلية للعافية	٠,٦٣٢	١,٤٨٣	٠,١٧٩	٠,٧٩٥	٨,٢٩٣***	٦٨,٧٧٩***
البعد الثاني		٠,٥٧٢	٣,٣٨٩	٠,٤٦٣	٠,٧٥٦	٧,٣١١***	٥٣,٤٤٨***
البعد الثالث		٠,٣٩٠	٤,٣٦١	٠,٨٦٢	٠,٦٢٥	٥,٠٥٩***	٢٥,٥٩٦***
البعد الرابع		٠,٢٨٠	٢,٨٨٥	٠,٧٣٢	٠,٥٢٩	٣,٩٤٢***	١٥,٥٤٠***
البعد الأول		٠,٢٣٢	٣,٢٧٥	٠,٩٤١	٠,٤٨٢	٣,٤٨٠***	١٢,١١١***
الدرجة الكلية للصمود	البعد الأول للعافية	٠,٥٤٦	٠,٣٢٤	٠,٠٤٧	٠,٧٣٩	٦,٩٣٩***	٤٨,١٤٧***
البعد الثاني		٠,٤١٧	٠,٦٧٩	٠,١٢٧	٠,٦٤٦	٥,٣٤٥***	٢٨,٥٧٣***
البعد الرابع		٠,٣٦٢	٠,٧٧١	٠,١٦٢	٠,٦٠٢	٤,٧٦٢***	٢٢,٦٧٨***
البعد الثالث		٠,٣٢٢	٠,٩٣١	٠,٢١٣	٠,٥٦٨	٤,٣٦١***	١٩,٠١٩***
البعد الأول		٠,١٦٩	٠,٦٥٦	٠,٢٣٠	٠,٤١١	٢,٨٥٠**	٨,١٢٢**
البعد الثاني	البعد الثاني للعافية	٠,٢٤٦	٠,٣٨٣	٠,١٠٦	٠,٤٩٦	٣,٦١٦***	١٣,٠٧٨***
الدرجة الكلية للصمود		٠,٢٣٦	٠,١٥٦	٠,٠٤٤	٠,٤٨٦	٣,٥١٧***	١٢,٣٧١***
البعد الثالث		٠,٢٠١	٠,٥٣٩	٠,١٧٠	٠,٤٤٨	٣,١٧٠**	١٠,٠٥١**
البعد الأول		٠,١٦٢	٠,٤٧١	٠,١٦٩	٠,٤٠٢	٢,٧٧٩**	٧,٧٢٢**
الدرجة الكلية للصمود	البعد الثالث للعافية	٠,٥٦٥	٠,٢٩٨	٠,٠٤١	٠,٧٥٢	٧,٢١٣***	٥٢,٠٣١***
البعد الثاني		٠,٥٢٢	٠,٦٨٩	٠,١٠٤	٠,٧٢٣	٦,٦١١***	٤٣,٧٠٣***
البعد الثالث		٠,٣٢٠	٠,٨٤٠	٠,١٩٤	٠,٥٦٦	٤,٣٤٠	١٨,٨٣٨***
البعد الأول		٠,٢٥٠	٠,٧٢٣	٠,١٩٨	٠,٥٠٠	٣,٦٥٤***	١٣,٣٥٤***
البعد الرابع		٠,٢٢٦	٠,٥٥١	٠,١٦١	٠,٤٧٥	٣,٤١٣***	١١,٦٤٧***
الدرجة الكلية للصمود	البعد الرابع للعافية	٠,٣٨٢	٠,٢٠٦	٠,٠٤١	٠,٦١٨	٤,٩٧٥***	٢٤,٧٥٢***
البعد الثاني		٠,٣٧٦	٠,٤٩١	٠,١٠٠	٠,٦١٣	٤,٩١٠***	٢٤,١٠٤***
البعد الثالث		٠,٢٤٤	٠,٦١٥	٠,١٧١	٠,٤٩٤	٣,٥٩٠***	١٢,٨٨٥***
البعد الأول		٠,١٨٧	٠,٥٢٥	٠,١٧٣	٠,٤٣٣	٣,٠٣٥**	٩,٢٠٩**
البعد الرابع		٠,١٠٨	٠,٣٢٠	٠,١٤٥	٠,٣٢٨	٢,١٩٧*	٤,٨٢٦*
الدرجة الكلية للصمود	البعد الخامس للعافية	٠,٤٢٧	٠,٢٢٧	٠,٠٤٢	٠,٦٥٤	٥,٤٦٣***	٢٩,٨٤٤***
البعد الثاني		٠,٣١٨	٠,٤٧١	٠,١٠٩	٠,٥٦٤	٤,٣٢٢***	١٨,٦٧٦***
البعد الرابع		٠,٣١٢	٠,٥٦٧	٠,١٣٣	٠,٥٥٨	٤,٢٥٦***	١٨,١١٦***
البعد الثالث		٠,٢٩١	٠,٧٠١	٠,١٧٣	٠,٥٣٩	٤,٠٥١***	١٦,٤١٤***
البعد الأول		٠,٠٩٣	٠,٣٨٥	٠,١٩١	٠,٣٠٥	٢,٠٢٢*	٤,٠٨٩*
البعد الثاني	البعد السادس للعافية	٠,٤٨٥	٠,٦٧٦	٠,١١٠	٠,٦٩٦	٦,١٣٢***	٣٧,٦٠٧***
الدرجة الكلية للصمود		٠,٤٥٢	٠,٢٧٢	٠,٠٤٧	٠,٦٧٢	٥,٧٤٧***	٣٣,٠٢٤***
البعد الثالث		٠,٢٣٥	٠,٧٣٤	٠,٢٠٩	٠,٤٨٥	٣,٥١٠***	١٢,٣١٧
البعد الرابع		٠,٢١٠	٠,٥٤٢	٠,١٦٦	٠,٤٥٨	٣,٢٦٢**	١٠,٦٤٣**
البعد الأول		٠,١٢٣	٠,٥١٥	٠,٢١٨	٠,٣٥٠	٢,٣٦٤*	٥,٥٨٩*

يتضح من الجدول السابق أن الدرجة الكلية للصمود النفسي تسهم بنسبة ٦٣%، في حين تسهم والرؤية الإيجابية للذات والثقة في القدرات والإمكانات بنسبة ٥٧%، وتسهم مهارات التواصل وحل المشكلات بنسبة ٣٩%، وتسهم القدرة على ضبط المشاعر والانفعالات والاندفاعات القوية بنسبة ٢٨%، وتسهم القدرة على وضع خطط واقعية واتخاذ خطوات مناسبة لتنفيذها بنسبة ٢٣% في التباين الكلي للتنبؤ بالدرجة الكلية للعافية النفسية؛ كما تسهم الدرجة الكلية للصمود النفسي تسهم بنسبة ٥٤%، في حين تسهم والرؤية الإيجابية للذات والثقة في القدرات والإمكانات

بنسبة ٤١%، أما القدرة على ضبط المشاعر والانفعالات والاندفاعات القوية فتسهم بنسبة ٣٦%، كما تسهم مهارات التواصل وحل المشكلات ٣٢%، وتسهم القدرة على وضع خطط واقعية واتخاذ خطوات مناسبة لتنفيذها بنسبة ١٦% في التباين الكلي للتنبؤ بالمشاعر الايجابية والاستقرار النفسي؛ كما يوضح الجدول أن الرؤية الإيجابية للذات والثقة في القدرات والإمكانات تسهم بنسبة ٢٤%، في حين تسهم الدرجة الكلية للصمود النفسي تسهم بنسبة ٢٣%، وتسهم مهارات التواصل وحل المشكلات بنسبة ٢٠%، وتسهم القدرة على وضع خطط واقعية واتخاذ خطوات مناسبة لتنفيذها بنسبة ١٦% في التباين الكلي للتنبؤ بالتفكير، والتعلم، والذاكرة، والقدرة على التركيز بوصفهم البعد الثاني من أبعاد العافية النفسية؛ كما أن الدرجة الكلية للصمود النفسي تسهم بنسبة ٥٦%، في حين تسهم والرؤية الإيجابية للذات والثقة في القدرات والإمكانات بنسبة ٥٢%، وتسهم مهارات التواصل وحل المشكلات بنسبة ٣٢%، وتسهم القدرة على وضع خطط واقعية واتخاذ خطوات مناسبة لتنفيذها بنسبة ٢٥%، كما تسهم القدرة على ضبط المشاعر والانفعالات والاندفاعات القوية بنسبة ٢٢% في التباين الكلي للتنبؤ بتقدير الذات وهو البعد الثالث من أبعاد العافية النفسية؛ ويتضح من الجدول أيضا أن الدرجة الكلية للصمود النفسي تسهم بنسبة ٣٨%، في حين تسهم الرؤية الإيجابية للذات والثقة في القدرات والإمكانات بنسبة ٣٨%، وتسهم مهارات التواصل وحل المشكلات بنسبة ٢٤%، أما القدرة على وضع خطط واقعية واتخاذ خطوات مناسبة لتنفيذها فتسهم بنسبة ١٨%، وتسهم القدرة على ضبط المشاعر والانفعالات والاندفاعات القوية بنسبة ١٠% في التباين الكلي للتنبؤ بصورة الجسم والمظهر الشخصي؛ في حين تسهم الدرجة الكلية للصمود النفسي بنسبة ٤٢%، كما تسهم الرؤية الإيجابية للذات والثقة في القدرات والإمكانات بنسبة ٣١%، وتسهم القدرة على ضبط المشاعر والانفعالات والاندفاعات القوية بنسبة ٣١%، وتسهم مهارات التواصل وحل المشكلات بنسبة ٢٩%، وتسهم القدرة على وضع خطط واقعية واتخاذ خطوات مناسبة لتنفيذها بنسبة ٩% في التباين الكلي للتنبؤ بالمزاج السلبي؛ كما يتضح من الجدول أيضا أن الرؤية الإيجابية للذات والثقة في القدرات والإمكانات تسهم بنسبة ٤٨%، وتسهم الدرجة الكلية للصمود النفسي بنسبة ٤٥%، كما تسهم مهارات التواصل وحل المشكلات بنسبة ٢٣%، وتسهم القدرة على ضبط المشاعر والانفعالات والاندفاعات القوية بنسبة ٢١%، وتسهم القدرة على وضع خطط واقعية واتخاذ خطوات مناسبة لتنفيذها بنسبة ١٢% في التباين الكلي للتنبؤ بالروحانيات، والتدين، والمعتقدات الشخصية، والإيمان بالله والتي تمثل البعد السادس للعافية النفسية.

٤ – **الفرض الرابع** : والذي ينص علي: توجد فروق بين المصابات بأورام الثدي السرطانية، والمصابات بأورام الدم السرطانية، والمصابات بالسمنة وبعضهن بعضا في كل من الوصمة المرتبطة بالصحة، والصمود النفسي، والعافية النفسية.

وللتحقق من صحة هذا الفرضتم إجراء تحليل التباين البسيط، للمقارنة على أساس التأثير الأساسي لنوع المرض على متغيرات الدراسة، ونتائج التحليل البعدي لقيم ف الدالة لتوضيح اتجاهات الفروق باستخدام اختبار "شيفية" **Scheffe Test** :

[١] نتائج تحليل التباين البسيط :

جدول (٢٢) : تحليل التباين البسيط للمقارنة بين المجموعات الثلاث (ن= ١٢٦)
على أساس التأثير الأساسي لنوع المرض على الوصمة المرتبطة بالصحة

الاختبارات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المحسوبة	الدلالة
قائمة الوصمة (الدرجة الكلية)	بين المجموعات	٥٨١٠٧,٧٣٠	٢	٢٩٠٥٣,٨٦٥	٢٥,٥٥٠	٠,٠٠٠
	داخل المجموعات	١٣٩٨٦٥,٣	١٢٣	١١٣٧,١١٦		دالة
	المجموع	١٩٧٩٧٣,٠	١٢٥			
البعد الأول	بين المجموعات	٧٩٦,٠٠٠	٢	٣٩٨,٠٠٠	٦,٣٨٩	٠,٠٠٢
	داخل المجموعات	٧٦٦١,٧١٤	١٢٣	٦٢,٢٩٠		دالة
	المجموع	٨٤٥٧,٧١٤	١٢٥			
البعد الثاني	بين المجموعات	٧٣٤,٤٧٦	٢	٣٦٧,٢٣٨	٧,١٤٨	٠,٠٠١
	داخل المجموعات	٦٣١٩,٢٣٨	١٢٣	٥١,٣٧٦		دالة
	المجموع	٧٠٥٣,٧١٤	١٢٥			
البعد الثالث	بين المجموعات	٩٢٦,٤٩٢	٢	٤٦٣,٢٤٦	٦,٠٢٢	٠,٠٠٣
	داخل المجموعات	٩٤٦١,٥٤٨	١٢٣	٧٦,٩٢٣		دالة
	المجموع	١٠٣٨٨,٠٤٠	١٢٥			
البعد الرابع	بين المجموعات	٤٦٥٢,٥٨٧	٢	٢٣٢٦,٢٩٤	٢٩,٠٣٧	٠,٠٠٠
	داخل المجموعات	٩٨٥٤,٠٤٨	١٢٣	٨٠,١١٤		دالة
	المجموع	١٤٥٠٦,٦٣٥	١٢٥			
البعد الخامس	بين المجموعات	٣٨٣٤,٧٧٨	٢	١٩١٧,٣٨٩	٥٤,٣٨٤	٠,٠٠٠
	داخل المجموعات	٤٣٣٦,٥٢٤	١٢٣	٣٥,٢٥٦		دالة
	المجموع	٨١٧١,٣٠٢	١٢٥			
البعد السادس	بين المجموعات	٨٥٤,٥٤٠	٢	٤٢٧,٢٧٠	٦,٩١٣	٠,٠٠١
	داخل المجموعات	٧٦٠٢,٧٦٢	١٢٣	٦١,٨١١		دالة
	المجموع	٨٤٥٧,٣٠٢	١٢٥			

يكشف الجدول السابق عن نتائج المقارنة بين المجموعات الثلاث، وأسفرت نتائج تحليل التباين البسيط عن *وجود فروق جوهرية دالة* إحصائياً بين المجموعات الثلاث على الوصمة

المرتبطة بالصحة الدرجة الكلية، وأبعادها الستة؛ أي أن نوع المرض له دور أساسي في إبراز الفروق بين مجموعات الدراسة في متغير الوصمة المرتبطة بالصحة الدرجة الكلية، وأبعادها الستة.

أما عن اتجاهات الفروق بين كل مجموعتين على حدة، فسوف توضحها نتائج التحليل البعدي لقيم ف الدالة باستخدام اختبار "شيفيه".

[٢] نتائج التحليل البعدي لقيم ف الدالة لتوضيح اتجاهات الفروق باستخدام اختبار "شيفيه" **Scheffe Test** :

جدول (٢٣) متوسطات الفروق بين مجموعات المرضي الثلاث ودلالتها باستخدام "شيفيه"، ومتوسطات كل مجموعة على قائمة الوصمة المرتبطة بالصحة لبيان اتجاهات الفروق

الاستخبارات	عينة أورام الثدي السرطانية	عينة أورام الدم السرطانية	متوسط الفروق
	المتوسطات	المتوسطات	
قائمة الوصمةالمرتبطة بالصحة (الدرجة الكلية)	١٤٠,٨٥٧١	١٤٢,٨٠٩٥	-١,٩٥٢٣٨ غير دالة
مقياس إمكانية الإخفاء والتكتم	٢٧,٩٥٢٤	٢٦,٦٦٦٧	١,٢٨٥٧١ غير دالة
مقياس الاستدامة والمآل	٢٨,١٩٠٥	٣٠,٨٥٧١	-٢,٦٦٦٦٧ غير دالة
مقياس اضطراب أو تعطل الحياة الاجتماعية	٢٠,٦٤٢٩	٢٢,٠٠٠٠	- ١,٣٥٧١٤ غير دالة
مقياس تغير الخصائص الجمالية للشكل الخارجي	٢٣,٧٨٥٧	٢٣,٢١٤٣	٠,٥٧١٤٣ غير دالة
مقياس مسؤولية الإصابة	٢١,٦١٩٠	٢١,٥٠٠٠	- ٠,١١٩٠٥ غير دالة
مقياس الخطورة والضرر أو القابلية للعدوى	١٨,٦٦٦٧	١٨,٥٧١٤	٠,٠٩٥٢٤ غير دالة
الاستخبارات	**عينة أورام الثدي السرطانية**	**عينة السمنة**	**متوسط الفروق**
	المتوسطات	**المتوسطات**	
قائمة الوصمة المرتبطة بالصحة (الدرجة الكلية)	١٤٠,٨٥٧١	١٨٧,٣٥٧١	-٤٦,٥٠٠٠٠*
مقياس إمكانية الإخفاء والتكتم	٢٧,٩٥٢٤	٣٢,٥٢٣٨	-٤,٥٧١٤٣*
مقياس الاستدامة والمآل	٢٨,١٩٠٥	٣٤,٠٩٥٢	-٥,٩٠٤٧٦*
مقياس اضطراب أو تعطل الحياة الاجتماعية	٢٠,٦٤٢٩	٢٦,٩٥٢٤	-٦,٣٠٩٥٢*
مقياس تغير الخصائص الجمالية للشكل الخارجي	٢٣,٧٨٥٧	٣٦,٣٨١٠	-١٢,٥٩٥٢٤*
مقياس مسؤولية الإصابة	٢١,٦١٩٠	٣٣,٢٦١٩	-١١,٦٤٢٨٦*
مقياس الخطورة والضرر أو القابلية للعدوى	١٨,٦٦٦٧	٢٤,١٤٢٩	-٥,٤٧٦١٩*
الاستخبارات	**عينة أورام الدم السرطانية**	**عينة السمنة**	**متوسط الفروق**
	المتوسطات	**المتوسطات**	
قائمة الوصمة المرتبطة بالصحة (الدرجة الكلية)	١٤٢,٨٠٩٥	١٨٧,٣٥٧١	-٤٤,٥٤٧٦٢*
مقياس إمكانية الإخفاء والتكتم	٢٦,٦٦٦٧	٣٢,٥٢٣٨	-٥,٨٥٧١٤*
مقياس الاستدامة والمآل	٣٠,٨٥٧١	٣٤,٠٩٥٢	-٣,٢٣٨١٠*
مقياس اضطراب أو تعطل الحياة الاجتماعية	٢٢,٠٠٠٠	٢٦,٩٥٢٤	-٤,٩٥٢٣٨*
مقياس تغير الخصائص الجمالية للشكل الخارجي	٢٣,٢١٤٣	٣٦,٣٨١٠	-١٣,١٦٦٦٧*
مقياس مسؤولية الإصابة	٢١,٥٠٠٠	٣٣,٢٦١٩	-١١,٧٦١٩٠*
مقياس الخطورة والضرر أو القابلية للعدوى	١٨,٥٧١٤	٢٤,١٤٢٩	-٥,٥٧١٤٣*

*** دال عند مستوى ٠,٠٥**

يكشف الجدول السابق عن *وجود فروق دالة* بين مجموعة مريضات أورام الثدي السرطانية ومجموعة مريضات السمنة في متغير الوصمة المرتبطة بالصحة الدرجة الكلية وأبعادها الستة جميعاً في اتجاه مجموعة مريضات السمنة، وكذلك *وجود فروق دالة* بين مجموعة مريضات أورام الدم ومجموعة مريضات السمنة في متغير الوصمة المرتبطة بالصحة الدرجة الكلية وأبعادها الستة جميعاً في اتجاه مجموعة مريضات السمنة. في حين *اختفت هذه الفروق* بين مجموعة مريضات أورام الثدي السرطانية ومجموعة مريضات أورام الدم في متغير الوصمة المرتبطة بالصحة الدرجة الكلية وأبعادها الستة جميعاً.

وهذا يعني أن مريضات السمنة تشعرن أو تعانين من الوصمة المرتبطة بالصحة بسبب مشكلة السمنة بشكل أكبر من معاناة مريضات السرطان (الثدي، والدم) من إصابتهن بالسرطان. وأن مجموعتي مريضات السرطان (الثدي، والدم) لم يختلف حجم المعاناة لديهن من الوصمة باختلاف نوع السرطان أو مكان الإصابة بالسرطان.

[١] نتائج تحليل التباين البسيط :

جدول (٢٤): تحليل التباين البسيط للمقارنة بين المجموعات الثلاث (ن= ١٢٦)
على أساس التأثير الأساسي لنوع المرض على الصمود النفسي

الاختبارات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المحسوبة	الدلالة
استخبار الصمود النفسي (الدرجة الكلية)	بين المجموعات	٣٥٦٢,٤٩٢	٢	١٧٨١,٢٤٦	٥,١٦٨	٠,٠١
	داخل المجموعات	٤٢٣٩٢,٩٧٦	١٢٣	٣٤٤,٦٥٨		دالة
	المجموع	٤٥٩٥٥,٤٦٨	١٢٥			
البعد الأول	بين المجموعات	١٠٥,٨٥٧	٢	٥٢,٩٢٩	١,٦٢٠	٠,٢٠٢
	داخل المجموعات	٤٠١٩,٠٧١	١٢٣	٣٢,٦٧٥		غير دالة
	المجموع	٤١٢٤,٩٢٩	١٢٥			
البعد الثاني	بين المجموعات	٢٧٨,٩٦٨	٢	١٣٩,٤٨٤	٢,٧١٦	٠,٠٧٠
	داخل المجموعات	٦٣١٧,٥٧١	١٢٣	٥١,٣٦٢		غير دالة
	المجموع	٦٥٩٦,٥٤٠	١٢٥			
البعد الثالث	بين المجموعات	٣٩٨,١٥٩	٢	١٩٩,٠٧٩	٧,٠٩٢	٠,٠٠١
	داخل المجموعات	٣٤٥٢,٥٤٨	١٢٣	٢٨,٠٦٩		دالة
	المجموع	٣٨٥٠,٧٠٦	١٢٥			
البعد الرابع	بين المجموعات	٣١٢,٦٣٥	٢	١٥٦,٣١٧	٣,٤٨٩	٠,٠٣
	داخل المجموعات	٥٥١٠,٦٤٣	١٢٣	٤٤,٨٠٢		دالة
	المجموع	٥٨٢٣,٢٧٨	١٢٥			

يكشف الجدول السابق عن نتائج المقارنة بين المجموعات الثلاث، وأسفرت نتائج تحليل التباين البسيط عن *وجود فروق جوهرية دالة* إحصائياً بين المجموعات الثلاث على الصمود النفسي الدرجة الكلية، وبعديه الثالث (مهارات التواصل وحل المشكلات) والرابع (القدرة على تنظيم

المشاعر والانفعالات)؛ أي أن نوع المرض له دور أساسي في إبراز الفروق بين مجموعات الدراسة في متغير الصمود النفسي الدرجة الكلية، وبُعديه (مهارات التواصل وحل المشكلات)، و(القدرة على تنظيم المشاعر والانفعالات).

بينما لم تسفر نتائج تحليل التباين البسيط عن وجود فروق جوهرية دالة إحصائياً بين المجموعات الثلاث على بُعدي الصمود النفسي الأول (القدرة على وضع خطط واقعية) والثاني (الرؤية الإيجابية للذات)؛ أي أن نوع المرض لم يكن له أي تأثير على هذين البُعدين للصمود النفسي.

أما عن اتجاهات الفروق بين كل مجموعتين على حدة، فسوف توضحها نتائج التحليل البُعدي لقيم ف الدالة باستخدام اختبار "شيفيه".

[٢] نتائج التحليل البُعدي لقيم ف الدالة لتوضيح اتجاهات الفروق باستخدام اختبار "شيفيه" **Scheffe Test** :

جدول (٢٥): متوسطات الفروق بين مجموعات المرضي الثلاث ودلالتها باستخدام "شيفيه"، ومتوسطات كل مجموعة على استخبار الصمود النفسي لبيان اتجاهات الفروق

الاستخبارات	عينة أورام الثدي السرطانية	عينة أورام الدم السرطانية	متوسط الفروق
	المتوسطات	المتوسطات	
استخبار الصمود النفسي (الدرجة الكلية)	١٣٩,٢٣٨١	١٤١,٤٢٨٦	-٢,١٩٠٤٨ غير دالة
مقياس مهارات التواصل وحل المشكلات	٣٦,٠٢٣٨	٣٧,٥٠٠٠	-١,٤٧٦١٩ غير دالة
مقياس القدرة على تنظيم المشاعر والانفعالات	٢٧,٨٣٣٣	٢٦,٨٨١٠	٠,٩٥٢٣٨ غير دالة
الاستخبارات	**عينة أورام الثدي السرطانية**	**عينة السمنة**	**متوسط الفروق**
	المتوسطات	**المتوسطات**	
استخبار الصمود النفسي (الدرجة الكلية)	١٣٩,٢٣٨١	١٢٩,٢١٤٣	١٠,٠٢٣٨١ غير دالة
مقياس مهارات التواصل وحل المشكلات	٣٦,٠٢٣٨	٣٣,٢١٤٣	٢,٨٠٩٥٢ غير دالة
مقياس القدرة على تنظيم المشاعر والانفعالات	٢٧,٨٣٣٣	٢٤,١١٩٠	٣,٧١٤٢٩*
الاستخبارات	**عينة أورام الدم السرطانية**	**عينة السمنة**	**متوسط الفروق**
	المتوسطات	**المتوسطات**	
استخبار الصمود النفسي (الدرجة الكلية)	١٤١,٤٢٨٦	١٢٩,٢١٤٣	١٢,٢١٤٢٩*
مقياس مهارات التواصل وحل المشكلات	٣٧,٥٠٠٠	٣٣,٢١٤٣	٤,٢٨٥٧١*
مقياس القدرة على تنظيم المشاعر والانفعالات	٢٦,٨٨١٠	٢٤,١١٩٠	٢,٧٦١٩٠ غير دالة

*** دال عند مستوى ٠,٠٥**

ويكشف الجدول السابق عن *وجود فروق دالة* بين مجموعة مريضات أورام الثدي السرطانية ومجموعة مريضات السمنة في البُعد الرابع للصمود النفسي (القدرة على تنظيم المشاعر والانفعالات) في اتجاه مجموعة مريضات أورام الثدي السرطانية، وكذلك *جود فروق دالة* بين مجموعة مريضات أورام الدم ومجموعة مريضات السمنة في متغير الصمود النفسي الدرجة الكلية وبُعده الثالث (مهارات التواصل وحل المشكلات) في اتجاه مجموعة مريضات أورام الدم. *في حين اختفت دلالة الفروق* بين مجموعة مريضات أورام الثدي السرطانية ومجموعة مريضات أورام الدم في متغير الصمود النفسي

الدرجة الكلية، وبُعديه الثالث (مهارات التواصل وحل المشكلات) والرابع (القدرة على تنظيم المشاعر والانفعالات). *واختفت دلالة الفروق* بين مجموعة مريضات أورام الثدي السرطانية ومجموعة مريضات السمنة في متغير الصمود النفسي الدرجة الكلية وبعده الثالث (مهارات التواصل وحل المشكلات). كذلك *اختفت دلالة الفروق* بين مجموعة مريضات أورام الدم ومجموعة مريضات السمنة في البعد الرابع للصمود النفسي (القدرة على تنظيم المشاعر والانفعالات).

وهذا يعني أن مريضات أورام الثدي السرطانية تتمتعن بالقدرة على تنظيم المشاعر والانفعالات بشكل أكبر من مجموعة مريضات السمنة. وأن مريضات أورام الدم تتمتعن بالصمود النفسي، وبمهارات التواصل وحل المشكلات بشكل أكبر من مجموعة مريضات السمنة. وأن مجموعتي مريضات السرطان (الثدي، والدم) لم يختلف لديهن الصمود باختلاف نوع السرطان أو مكان الإصابة بالسرطان.

[١] نتائج تحليل التباين البسيط :

جدول (٢٦): تحليل التباين البسيط للمقارنة بين المجموعات الثلاث (ن= ١٢٦)
على أساس التأثير الأساسي لنوع المرض على العافية النفسية

الاختبارات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المحسوبة	الدلالة
استخبار العافية النفسية (الدرجة الكلية)	بين المجموعات	٢٨٩٤٦,٣٩٧	٢	١٤٤٧٣,١٩٨	١٤,٦٦١	٠,٠٠٠
	داخل المجموعات	١٢١٤٢٠,٦	١٢٣	٩٨٧,١٥٩		دالة
	المجموع	١٥٠٣٦٧,٠	١٢٥			
البعد الأول	بين المجموعات	١٣١٤,٤٧٦	٢	٦٥٧,٢٣٨	١٠,٧٢٧	٠,٠٠٠
	داخل المجموعات	٧٥٣٦,٣٨١	١٢٣	٦١,٢٧١		دالة
	المجموع	٨٨٥٠,٨٥٧	١٢٥			
البعد الثاني	بين المجموعات	٢٨٥,٢٥٤	٢	١٤٢,٦٢٧	٣,٩٠٩	٠,٠٢٣
	داخل المجموعات	٤٤٨٨,٢١٤	١٢٣	٣٦,٤٩٠		دالة
	المجموع	٤٧٧٣,٤٦٨	١٢٥			
البعد الثالث	بين المجموعات	٨٩٢,١١١	٢	٤٤٦,٠٥٦	٨,٠٨٩	٠,٠٠١
	داخل المجموعات	٦٧٨٢,٥٩٥	١٢٣	٥٥,١٤٣		دالة
	المجموع	٧٦٧٤,٧٠٦	١٢٥			
البعد الرابع	بين المجموعات	١٢٥٥,١٥٩	٢	٦٢٧,٥٧٩	١٨,٤٧٦	٠,٠٠٠
	داخل المجموعات	٤١٧٨,٠٤٨	١٢٣	٣٣,٩٦٨		دالة
	المجموع	٥٤٣٣,٢٠٦	١٢٥			
البعد الخامس	بين المجموعات	١١٥١,٢٨٦	٢	٥٧٥,٦٤٣	١٣,٩٤٣	٠,٠٠٠
	داخل المجموعات	٥٠٧٧,٩٢٩	١٢٣	٤١,٢٨٤		دالة
	المجموع	٦٢٢٩,٢١٤	١٢٥			
البعد السادس	بين المجموعات	٥٩٨,١١١	٢	٢٩٩,٠٥٦	٧,٠٦٦	٠,٠٠١
	داخل المجموعات	٥٢٠٥,٨٥٧	١٢٣	٤٢,٣٢٤		دالة
	المجموع	٥٨٠٣,٩٦٨	١٢٥			

يكشف الجدول السابق عن نتائج المقارنة بين المجموعات الثلاث، وأسفرت نتائج تحليل التباين البسيط عن *وجود فروق جوهرية دالة* إحصائياً بين المجموعات الثلاث على العافية النفسية الدرجة الكلية، وأبعادها الستة؛ أي أن نوع المرض له دور أساسي في إبراز الفروق بين مجموعات الدراسة في متغير العافية النفسية الدرجة الكلية، وأبعادها الستة.

أما عن اتجاهات الفروق بين كل مجموعتين على حدة، فسوف توضحها نتائج التحليل البعدي لقيم ف الدالة باستخدام اختبار "شيفيه".

[٢] نتائج التحليل البعدي لقيم ف الدالة لتوضيح اتجاهات الفروق باستخدام اختبار "شيفيه" **Scheffe Test** :

جدول (٢٧): متوسطات الفروق بين مجموعات المرضي الثلاث ودلالتها باستخدام "شيفيه"، ومتوسطات كل مجموعة على استخبار العافية النفسية لبيان اتجاهات الفروق

الاستخبارات	عينة أورام الثدي السرطانية	عينة أورام الدم السرطانية	متوسط الفروق
	المتوسطات	المتوسطات	
استخبار العافية النفسية (الدرجة الكلية)	٢٢٧,١٩٠٥	٢٣٠,١٩٠٥	٣,٠٠٠٠٠ – غير دالة
المشاعر الايجابية والاستقرار النفسي	٣٨,١٤٢٩	٣٩,٢٣٨١	١,٠٩٥٢٤ – غير دالة
التفكير، والتعلم، والذاكرة، والقدرة على التركيز	٣٤,٩٠٤٨	٣٧,٤٠٤٨	٢,٥٠٠٠٠ – غير دالة
تقدير الذات	٤٠,٤٢٨٦	٤١,٠٤٧٦	٠,٦١٩٠٥ – غير دالة
صورة الجسم والمظهر الشخصي	٣٥,٧٨٥٧	٣٦,٥٠٠٠	٠,٧١٤٢٩ – غير دالة
المزاج السلبي	٣٥,٨٠٩٥	٣٣,٣٠٩٥	٢,٥٠٠٠٠ غير دالة
الروحانيات والتدين والمعتقدات الشخصية والإيمان بالله	٤٢,١١٩٠	٤٢,٦٩٠٥	٠,٥٧١٤٣ – غير دالة
الاستخبارات	**عينة أورام الثدي السرطانية**	**عينة السمنة**	**متوسط الفروق**
	المتوسطات	**المتوسطات**	
استخبار العافية النفسية(الدرجة الكلية)	٢٢٧,١٩٠٥	١٩٦,٦٤٢٩	٣٠,٥٤٧٦٢*
المشاعر الايجابية والاستقرار النفسي	٣٨,١٤٢٩	٣١,٩٠٤٨	٦,٢٣٨١٠*
التفكير، والتعلم، والذاكرة، والقدرة على التركيز	٣٤,٩٠٤٨	٣٣,٨٠٩٥	١,٠٩٥٢٤ غير دالة
تقدير الذات	٤٠,٤٢٨٦	٣٥,١١٩٠	٥,٣٠٩٥٢*
صورة الجسم والمظهر الشخصي	٣٥,٧٨٥٧	٢٩,٤٧٦٢	٦,٣٠٩٥٢*
المزاج السلبي	٣٥,٨٠٩٥	٢٨,٥٢٣٨	٧,٢٨٥٧١*
الروحانيات والتدين والمعتقدات الشخصية والإيمان بالله	٤٢,١١٩٠	٣٧,٨٠٩٥	٤,٣٠٩٥٢*
الاستخبارات	**عينة أورام الدم السرطانية**	**عينة السمنة**	**متوسط الفروق**
	المتوسطات	**المتوسطات**	
استخبار العافية النفسية(الدرجة الكلية)	٢٣٠,١٩٠٥	١٩٦,٦٤٢٩	٣٣,٥٤٧٦٢*
المشاعر الايجابية والاستقرار النفسي	٣٩,٢٣٨١	٣١,٩٠٤٨	٧,٣٣٣٣٣*
التفكير، والتعلم، والذاكرة، والقدرة على التركيز	٣٧,٤٠٤٨	٣٣,٨٠٩٥	٣,٥٩٥٢٤*
تقدير الذات	٤١,٠٤٧٦	٣٥,١١٩٠	٥,٩٢٨٥٧*
صورة الجسم والمظهر الشخصي	٣٦,٥٠٠٠	٢٩,٤٧٦٢	٧,٠٢٣٨١*
المزاج السلبي	٣٣,٣٠٩٥	٢٨,٥٢٣٨	٤,٧٨٥٧١*
الروحانيات والتدين والمعتقدات الشخصية والإيمان بالله	٤٢,٦٩٠٥	٣٧,٨٠٩٥	٤,٨٨٠٩٥*

*** دال عند مستوى ٠,٠٥**

يكشف الجدول السابق عن *وجود فروق دالة* بين مجموعة مريضات أورام الثدي السرطانية ومجموعة مريضات السمنة في متغير العافية النفسية الدرجة الكلية وجميع أبعادها، باستثناء البعد الثاني (التفكير، والتعلم، والذاكرة، والقدرة على التركيز)، في اتجاه مجموعة مريضات أورام الثدي السرطانية، *وكذلك وجود فروق دالة* بين مجموعة مريضات أورام الدم ومجموعة مريضات السمنة في متغير العافية النفسية الدرجة الكلية وأبعادها الستة جميعاً في اتجاه مجموعة مريضات أورام الدم. في حين *اختفت هذه الفروق* بين مجموعة مريضات أورام الثدي السرطانية ومجموعة مريضات أورام الدم في متغير العافية النفسية الدرجة الكلية وأبعادها الستة جميعاً.*وكذلك اختفت دلالة الفروق* بين مجموعة مريضات أورام الثدي السرطانية ومجموعة مريضات السمنة في البعد الثاني للعافية النفسية (التفكير، والتعلم، والذاكرة، والقدرة على التركيز).

وهذا يعني أن مريضات السرطان (الثدي، والدم) تتمتعن بالعافية النفسية بشكل أكبر من مريضات السمنة. وأن مجموعتي مريضات السرطان (الثدي، والدم) لم تختلف العافية النفسية لديهن باختلاف نوع السرطان أو مكان الإصابة بالسرطان.

ويتضح من خلال النتائج المعروضة بالجداول (٢٢-٢٣-٢٤-٢٥-٢٦-٢٧) تحقق الفرض الرابع إجمالاً، والذي ينص على أنه توجد فروق بين المصابات بأورام الثدي السرطانية، والمصابات بأورام الدم السرطانية، والمصابات بالسمنة وبعضهن بعضا في كل من الوصمة المرتبطة بالصحة، والصمود النفسي، والعافية النفسية.

٥ - **الفرض الخامس** : والذي ينص علي: تختلف الوصمة المرتبطة بالصحة، والعافية النفسية باختلاف التفاعل بين مستويات الصمود (المرتفعات والمنخفضات) ونوع المرض بين المصابات بأورام الثدي السرطانية والمصابات بأورام الدم السرطانية والمصابات بالسمنة.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم إجراء تحليل التباين المتعدد في اتجاهين لبيان تأثيرنوع المرض، ومستويات الصمود النفسي (المرتفعات والمنخفضات)، وتفاعلهما معاً على الوصمة المرتبطة بالصحة، والعافية النفسية.

جدول (٢٨): نتائج تحليل التباين المتعدد ثنائي الاتجاه لتأثير التفاعل بين نوع المرض مستويات الصمود النفسي (المرتفعات والمنخفضات) على الوصمة المرتبطة بالصحة والعافية النفسية

المتغيرات / مصادر التباين		مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة
المستقل	التابع					
المرض	الوصمة	٢٧٤٨٨,١٧٩	٢	١٣٧٤٤,٠٩٠	١٦,٧٨٠	٠,٠٠٠
	العافية النفسية	١٦٥٣٦,٩٦٦	٢	٨٢٦٨,٤٨٣	٢١,٠٠٧	٠,٠٠٠
الصمود	الوصمة	٢٣٩٣٠,٤٠٠	١	٢٣٩٣٠,٤٠٠	٢٩,٢١٧	٠,٠٠٠
	العافية النفسية	٦٠٥٤٢,٩٧٧	١	٦٠٥٤٢,٩٧٧	١٥٣,٨١٣	٠,٠٠٠
تفاعل المرض* والصمود	الوصمة	١٠٦٧٣,٨٤٢	٢	٥٣٣٦,٩٢١	٦,٥١٦	٠,٠٠٣
	العافية النفسية	٧٨٠٠,١٣٠	٢	٣٩٠٠,٠٦٧	٩,٩٠٨	٠,٠٠٠
الخطأ	الوصمة	٥٠٧٨١,٢٤٢	٦٢	٨١٩,٠٥٢	–	–
	العافية النفسية	٢٤٤٠٤,٠٠٠	٦٢	٣٩٣,٦١٣	–	–
الإجمالي	الوصمة	١٧٣١٩٠٧,٠٠٠	٦٨	–	–	–
	العافية النفسية	٣٣٢٢٥٤٥,٠٠٠	٦٨	–	–	–

يتضح من الجدول السابق أن تأثيرات كل من نوع المرض، ومستويات الصمود النفسي (المرتفعات والمنخفضات) – كل منهما مستقل عن الآخر– جاءت شديدة الدلالة، وكذلك تأثير التفاعل بين نوع المرض والصمود النفسي (المرتفعات والمنخفضات). وهذه النتائج تعني أن نوع المرض، والصمود النفسي يمكنهما إبراز الفروق بين مجموعات الدراسة في الوصمة المرتبطة بالصحة، والعافية النفسية.

جدول (٢٩): نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين المجموعات المرتفعة والمجموعات المنخفضة على الصمود النفسي لدى الفئات الثلاث على الوصمة المرتبطة بالصحة والعافية النفسية

المتغيرات	ن	مجموعات المقارنة	ن	المؤشرات الإحصائية لكل مجموعتين متقابلتين				قيمة ت	الدلالة
				م	ع	م	ع		
الوصمة المرتبطة بالصحة	١١	٢*١	١٢	١٠٧,٠٩	١٩,٨٧	١٦٢,١٦	٢٦,١١	٥,٦٤٩-	٠,٠٠٠
	١١	٣*١	١١	١٠٧,٠٩	١٩,٨٧	١١٧,٨١	٢٢,٩٥	١,١٧٢-	٠,٢٥٥ غير دالة
	١١	٤*١	١١	١٠٧,٠٩	١٩,٨٧	١٧٣,١٨	٣١,٢٥	٥,٩١٨ -	٠,٠٠٠
	١١	٥*١	١٢	١٠٧,٠٩	١٩,٨٧	١٨٠,٣٣	٣٨,٩٨	٥,٥٩٣-	٠,٠٠٠
	١١	٦*١	١١	١٠٧,٠٩	١٩,٨٧	١٨٢,٥٤	٢٧,٥١	٧,٣٧٣-	٠,٠٠٠
	١١	٢*٣	١٢	١١٧,٨١	٢٢,٩٥	١٦٢,١٦	٢٦,١١	٤,٣٠٨-	٠,٠٠٠
	١١	٤*٣	١١	١١٧,٨١	٢٢,٩٥	١٧٣,١٨	٣١,٢٥	٤,٧٣٥-	٠,٠٠٠
	١١	٥*٣	١٢	١١٧,٨١	٢٢,٩٥	١٨٠,٣٣	٣٨,٩٨	٤,٦٢٩-	٠,٠٠٠
	١١	٦*٣	١١	١١٧,٨١	٢٢,٩٥	١٨٢,٥٤	٢٧,٥١	٥,٩٩١-	٠,٠٠٠
	١٢	٢*٥	١٢	١٨٠,٣٣	٣٨,٩٨	١٦٢,١٦	٢٦,١١	١,٣٤١	٠,١٩٤ غير دالة
	١٢	٤*٥	١١	١٨٠,٣٣	٣٨,٩٨	١٧٣,١٨	٣١,٢٥	٠,٤٨٢	٠,٦٣٥ غير دالة
	١٢	٦*٥	١١	١٨٠,٣٣	٣٨,٩٨	١٨٢,٥٤	٢٧,٥١	٠,١٥٦-	٠,٨٧٨ غير دالة
	١٢	٤*٢	١١	١٦٢,١٦	٢٦,١١	١٧٣,١٨	٣١,٢٥	٠,٩٢٠-	٠,٣٦٨ غير دالة
	١٢	٦*٢	١١	١٦٢,١٦	٢٦,١١	١٨٢,٥٤	٢٧,٥١	١,٨٢٢-	٠,٠٨٣ غير دالة
	١١	٦*٤	١١	١٧٣,١٨	٣١,٢٥	١٨٢,٥٤	٢٧,٥١	٠,٧٤٦-	٠,٤٦٤ غير دالة
العافية النفسية	١١	٢*١	١٢	٢٦٠,٩٠	١٧,٢٤	٢٠٣,٥٠	٢٢,٣٠	٦,٨٥٨	٠,٠٠٠
	١١	٣*١	١١	٢٦٠,٩٠	١٧,٢٤	٢٦٨,٣٦	١٢,٤٢	١,١٦٣ -	٠,٢٥٨ غير دالة
	١١	٤*١	١١	٢٦٠,٩٠	١٧,٢٤	١٨١,١٨	٢٨,٣٢	٧,٩٧٣	٠,٠٠٠
	١١	٥*١	١٢	٢٦٠,٩٠	١٧,٢٤	٢١٣,٥٠	٢٢,٣٠	٥,٦٦٣	٠,٠٠٠
	١١	٦*١	١١	٢٦٠,٩٠	١٧,٢٤	١٧٨,٩٠	٩,٥٥	١٣,٧٩٧	٠,٠٠٠
	١١	٢*٣	١٢	٢٦٨,٣٦	١٢,٤٢	٢٠٣,٥٠	٢٢,٣٠	٨,٥٠٠	٠,٠٠٠
	١١	٤*٣	١١	٢٦٨,٣٦	١٢,٤٢	١٨١,١٨	٢٨,٣٢	٩,٣٤٧	٠,٠٠٠
	١١	٥*٣	١٢	٢٦٨,٣٦	١٢,٤٢	٢١٣,٥٠	٢٢,٣٠	٧,١٨٩	٠,٠٠٠
	١١	٦*٣	١١	٢٦٨,٣٦	١٢,٤٢	١٧٨,٩٠	٩,٥٥	١٨,٩٢٦	٠,٠٠٠
	١٢	٢*٥	١٢	٢١٣,٥٠	٢٢,٣٠	٢٠٣,٥٠	٢٢,٣٠	١,٠٩٨	٠,٢٨٤ غير دالة
	١٢	٤*٥	١١	٢١٣,٥٠	٢٢,٣٠	١٨١,١٨	٢٨,٣٢	٣,٠٥٤	٠,٠٠٦
	١٢	٦*٥	١١	٢١٣,٥٠	٢٢,٣٠	١٧٨,٩٠	٩,٥٥	٤,٧٥١	٠,٠٠٠
	١٢	٤*٢	١١	٢٠٣,٥٠	٢٢,٣٠	١٨١,١٨	٢٨,٣٢	٢,١٠٩	٠,٠٤٧
	١٢	٦*٢	١١	٢٠٣,٥٠	٢٢,٣٠	١٧٨,٩٠	٩,٥٥	٣,٣٧٨	٠,٠٠٣
	١١	٦*٤	١١	١٨١,١٨	٢٨,٣٢	١٧٨,٩٠	٩,٥٥	٠,٢٥٢	٠,٨٠٤ غير دالة

١ مجموعة أورام الثدي السرطانية مرتفعات الصمود
٢ مجموعة أورام الثدي السرطانية منخفضات الصمود
٣ مجموعة أورام الدم السرطانيةمرتفعات الصمود
٤ مجموعة أورام الدم السرطانية منخفضات الصمود
٥ مجموعة السمنة مرتفعات الصمود
٦ مجموعة السمنة منخفضات الصمود

يكشف الجدول السابق عن الفروق ودلالتها بين المجموعات المرتفعة في الصمود النفسي والمجموعات المنخفضة في الصمود النفسي لدى عينات الدراسة الثلاث، على الوصمة المرتبطة بالصحة والعافية النفسية، وسيتم عرض هذه الفروق ودلالتها على فقرتين :

أولاً : الفروق على قائمة الوصمة المرتبطة بالصحة :

يكشف الجدول السابق عن *وجود فروق جوهرية* بين المرتفعات في الصمود النفسي من عينة مريضات أورام الثدي السرطانية وبين المنخفضات في الصمود النفسي من العينات الثلاث (مريضات أورام الثدي السرطانية، ومريضات أورام الدم، ومريضات السمنة) في الوصمة المرتبطة بالصحة في اتجاه المريضات المنخفضات في الصمود النفسي لدى العينات الثلاث.

كذلك *وجود فروق جوهرية* بين المرتفعاتفي الصمود النفسي من عينة مريضات أورام الدم وبين المنخفضات في الصمود النفسي من العينات الثلاث (مريضات أورام الثدي السرطانية، ومريضات أورام الدم، ومريضات السمنة) في الوصمة المرتبطة بالصحة في اتجاه المريضات المنخفضات في الصمود النفسي من العينات الثلاث. مما يعني أن مريضات السرطان (الثدي، والدم) المرتفعات على الصمود النفسي لا يشعرن بالوصمة المرتبطة بالصحة أو يعانين منها مقارنة بالمريضات المنخفضات على الصمود النفسي من العينات الثلاث. وهذا يشير إلى بروز دور الصمود النفسي في التقليل من الشعور بالوصمة المرتبطة بالصحة.

بينما كشف الجدول السابق عن *اختفاء الفروق الجوهرية* بين المرتفعات في الصمود النفسي من عينة مريضات السمنة وبين المنخفضات في الصمود النفسي لدى العينات الثلاث (مريضات أورام الثدي السرطانية، ومريضات أورام الدم، ومريضات السمنة) في الوصمة المرتبطة بالصحة. مما يعني أن مريضات السمنة لم يختلف أو يقل شعورهن بالوصمة المرتبطة بالصحة على الرغم من ارتفاعهن على الصمود النفسي، ومقارنة بالمريضات المنخفضات على الصمود النفسي من العينات الثلاث. وهذا يشير إلى غياب تأثير متغير الصمود النفسي تماماً على تخفيف الشعور بالوصمة المرتبطة بالصحة أو المعاناة منها لدى مريضات السمنة.

كما كشف الجدول السابق أيضاً عن *وجود فروق جوهرية* بين المرتفعات في الصمود النفسي من عينتي مريضات السرطان (الثدي، والدم) وبين المرتفعات في الصمود النفسي من عينة مريضات السمنة في الوصمة المرتبطة بالصحة في اتجاه مريضات السمنة، مما يعني أن مريضات السمنة المرتفعات على الصمود النفسي يشعرن بالوصمة المرتبطة بالصحة ويعانين منها مقارنة بمريضات سرطان (الثدي، والدم) المرتفعات أيضاً على الصمود النفسي،مما يشير أيضاً إلى بروز دور نوع المرض (مرض السمنة) في الشعور بالوصمة المرتبطة بالصحة والمعاناة منها.

كما كشف الجدول السابق عن اختفاء الفروق الجوهرية بين المرتفعات في الصمود النفسي من عينة مريضات أورام الثدي السرطانية وبين المرتفعات في الصمود النفسي من عينة مريضات أورام الدم في الوصمة المرتبطة بالصحة.

وكذلك اختفاء الفروق الجوهرية بين المنخفضات في الصمود النفسي من عينة مريضات أورام الثدي السرطانية وبين المنخفضات في الصمود النفسي من عينة مريضات أورام الدم في الوصمة المرتبطة بالصحة. مما يعني أن مريضاتأورام الثدي السرطانيةومريضات أورام الدم المتكافئات في الصمود النفسي لم يختلف مستوي شعورهن بالوصمة المرتبطة بالصحة أو المعاناة منها. مما يشير إلى أن نوع السرطان أو مكان الإصابة به لم يكن له دور في مستوي الشعور من الوصمة المرتبطة بالصحة والمعاناة منها.

كما كشف الجدول السابق عن اختفاء الفروق الجوهرية بين المنخفضات في الصمود النفسي من عينتي مريضات السرطان (الثدي، والدم) وبين المنخفضات في الصمود النفسي من عينة مريضات السمنة في الوصمة المرتبطة بالصحة. مما يعني أن مستوي الشعور بالوصمة المرتبطة بالصحة لدى مريضات السمنة لم يختلف عن مستوى الوصمة لدى مريضات السرطان (الثدي، والدم) على الرغم من التكافؤ في مستوى الصمود النفسي بين العينات الثلاث. مما يشير إلى أن نوع المرض (مرض السمنة) هذه المرة لم يكن له دور في الشعور بالوصمة المرتبطة بالصحة والمعاناة منها.

ثانياً : الفروق استخبار على العافية النفسية :

يكشف الجدول السابق عن وجود *فروق جوهرية* بين المرتفعات في الصمود النفسي من عينة مريضات أورام الثدي السرطانية وبين المنخفضات في الصمود النفسي من العينات الثلاث (مريضات أورام الثدي السرطانية، ومريضات أورام الدم، ومريضات السمنة) في العافية النفسية في اتجاه مريضات أورام الثدي السرطانية المرتفعات في الصمود النفسي.

كذلك *وجود فروق جوهرية* بين المرتفعاتفي الصمود النفسي من عينة مريضات أورام الدم وبين المنخفضات في الصمود النفسي من العينات الثلاث (مريضات أورام الثدي السرطانية، ومريضات أورام الدم، ومريضات السمنة) في العافية النفسية في اتجاه مريضات أورام الدم المرتفعات في الصمود النفسي. مما يعني أن مريضات السرطان (الثدي، والدم) المرتفعات على الصمود النفسي يتمتعن بالعافية النفسية مقارنة بالمريضات المنخفضات على الصمود النفسي من العينات الثلاث. وهذا يشير إلى بروز دور الصمود النفسي في تحسن العافية النفسية.

كما كشف الجدول السابق عن *وجود فروق جوهرية* بين المرتفعات على الصمود النفسي من عينة مريضات السمنة وبين المنخفضات على الصمود النفسي من عينتي (مريضات أورام الدم، ومريضات السمنة) في العافية النفسية في اتجاه مريضات السمنة المرتفعات على الصمود النفسي. مما يعني أن مريضات السمنة المرتفعات على الصمود النفسي تتمتعن بالعافية النفسية مقارنة بالمريضات المنخفضات على الصمود النفسي من مريضات أورام الدم، ومريضات السمنة. وهذا

يشير إلى بروز تأثير متغير الصمود النفسي على تحسن العافية النفسية وذلك على عكس ما ظهر بالوصمة المرتبطة بالصحة لم يظهر له تأثير على تخفيف الشعور بها.

بينما كشف الجدول السابق عن *اختفاء الفروق الجوهرية* بين المرتفعات في الصمود النفسي من عينة مريضات السمنة وبين المنخفضات في الصمود النفسي من مريضات أورام الثدي السرطانية في العافية النفسية. مما يعني أن مريضات السمنة لا يتمتعن بالعافية النفسية على الرغم من ارتفاعهن على الصمود النفسي، مقارنة بمريضات أورام الثدي السرطانية المنخفضات على الصمود النفسي. وهذا يشير إلى غياب تأثير متغير الصمود النفسي تماماً على تحسن العافية النفسية لدى مريضات السمنة، وبروز دور نوع المرض على انخفاض العافية النفسية.

كما كشف الجدول السابق أيضاً عن وجود فروق جوهرية بين المرتفعات في الصمود النفسي من عينتي مريضات السرطان (الثدي، والدم) وبين المرتفعات في الصمود النفسي من عينة مريضات السمنة في العافية النفسية في اتجاه مريضات السرطان (الثدي، والدم). مما يعني أنه على الرغم من ارتفاع مريضات السمنة على الصمود النفسي إلا إن العافية النفسية لديهن كانت منخفضة مقارنة بمريضات أورام الدم المرتفعات أيضاً على الصمود النفسي، مما يشير أيضاً إلى بروز دور نوع المرض (مرض السمنة) في انخفاض العافية النفسية.

بينما كشف الجدول السابق عن اختفاء الفروق الجوهرية بين المرتفعات في الصمود النفسي من عينة مريضات أورام الثدي السرطانية وبين المرتفعات في الصمود النفسي من عينة مريضات أورام الدم في العافية النفسية. مما يعني أن مريضاتأورام الثدي السرطانية ومريضات أورام الدم المرتفعات في الصمود النفسي يتمتعن بنفس المستوي تقريباً من العافية النفسية. مما يشير إلى أن نوع السرطان أو مكان الإصابة به لم يكن لهما دوراً في انخفاض مستوي العافية النفسية.

كما كشف الجدول السابق عن وجود *فروق جوهرية* بين المنخفضات في الصمود النفسي من عينة مريضات أورام الثدي السرطانية وبين المنخفضات في الصمود النفسي من عينتي (مريضات أورام الدم، ومريضات السمنة) في العافية النفسية في اتجاه مريضات أورام الثدي السرطانية. مما يعني أن مريضات أورام الثدي السرطانية المنخفضات على الصمود النفسي يتمتعن بالعافية النفسية مقارنة بمريضات أورام الدم، ومريضات السمنة المنخفضات أيضاً على الصمود النفسي، وهذا يشير إلى بروز دور نوع المرض (مرض السمنة، ومرض أورام الدم السرطانية) في انخفاض مستوى العافية النفسية.

بينما كشف الجدول السابق عن *اختفاء الفروق الجوهرية* بين المنخفضات في الصمود النفسي من عينة مريضات أورام الدم وبين المنخفضات في الصمود النفسي من عينة مريضات السمنة في العافية النفسية. وهذا يعني أن مستوي العافية النفسية لدى مريضات أورام الدم لم يختلف عن

مستوى العافية النفسية لدى مريضات السمنة على الرغم من التكافؤ في مستوى الصمود النفسي. مما يشير إلى أن غياب تأثير نوع المرض (مرض السمنة) هذه المرة، ولم يكن له دور في انخفاض العافية النفسية لدى مريضات السمنة مقارنة بمريضات أورام الدم. إلى جانب بروز (نوع السرطان) في إحداث التكافؤ في مستوي العافية النفسية لدى مريضات أورام الدم مع مريضات السمنة اللاتي كن غالباً منخفضات على العافية النفسية ومرتفعات على الوصمة المرتبطة بالصحة مقارنة بعينتي السرطان (الثدي، والدم).

ويتضح من خلال النتائج المعروضة بالجداول (٢٨-٢٩) تحقق الفرض الخامس إجمالاً، والذي ينص على أنه تختلف الوصمة المرتبطة بالصحة، والعافية النفسية باختلاف تأثير نوع المرض، ومستويات الصمود النفسي (المرتفعات والمنخفضات)، والتفاعل بينهما لدى المصابات بأورام الثدي السرطانية والمصابات بأورام الدم السرطانية والمصابات بالسمنة.

تفسير النتائج :

فيما يلي سيتم مناقشة نتائج التحليلات الإحصائية في ضوء الأطر النظرية ونتائج البحوث السابقة، ومدى تأييدها لفروض الدراسة كل على حدة :

١ - نتائج الفرض الأول :

وينص على أنه توجد علاقة ارتباطيه دالة بين الوصمة المرتبطة بالصحة، والصمود النفسي، والعافية النفسية وبعضها بعضا لدى المصابات بأورام الثدي السرطانية والمصابات بأورام الدم السرطانية والمصابات بالسمنة.

فقد كشفت نتائج الدراسة الراهنة عن (أ) وجود *ارتباط سالب دال* إحصائياً بين الوصمة المرتبطة بالصحة والصمود النفسي لدى عينات الدراسة الثلاث. وعن (ب) وجود *ارتباط سالب دال* إحصائياً بين الوصمة المرتبطة بالصحة والعافية النفسية لدى عينات الدراسة الثلاث. وعن (ج) وجود *ارتباط موجب دال* إحصائياً بين الصمود النفسي والعافية النفسية لدى عينات الدراسة الثلاث. وهذا يعني أنه كلما ارتفعت درجة الوصمة المرتبطة بالصحة انخفضت درجة كل من الصمود النفسي والعافية النفسية لدى عينات الدراسة الثلاث، والعكس صحيح، أي أنه كلما انخفضت درجة الوصمة المرتبطة بالصحة ارتفعت درجة كل من الصمود النفسي والعافية النفسية. في حين أظهرت النتائج أنه كلما ارتفعت درجة الصمود النفسي، ارتفعت درجة العافية النفسية لدى العينات الثلاث للدراسة.

أ) وتتسق النتيجة (أ- وجود *ارتباط سالب دال* إحصائياً بين الوصمة المرتبطة بالصحة والصمود النفسي لدى عينات الدراسة الثلاث) مع نتائج دراسة "زانج" **Zhang et al., (2015)** والتي أظهرت

أن الصمود النفسي يمثل عامل وقاية يحد من التأثير السلبي للوصمة على الحالة الصحية. كما اتفقت هذه النتائج مع ما توصلت إليه إحدى الدراسات من أن الصمود النفسي هو عامل حماية جوهري لصورة الجسم، حيث يمثل عامل وقاية يحول دون الإفراط في تقدير الذات سلبيا لدى السيدات بعد إجراء جراحة استئصال الثدي (وهو يتمثل في تغير الخصائص الجمالية للشكل الخارجي التي تعد البعد الرابع للوصمة المرتبطة بالصحة (**Izydorczyk, Kwapniewska, Lizinczyk & Warchulska, 2018**)، كماتفقت هذه النتيجة مع ما توصل إليه الباحثون من أن وصمة الأمراض المزمنة عامة، ترتبط بكل من الاكتئاب والقلق، وتقدير الذات المنخفض وضعف الالتزام بأدوية الأمراض المزمنة (**Peltzer & Pengpid, 2016, 424**) في حين يتميز الصامدون نفسياً بارتفاع مستوى تقدير الذات وتقبل المشاعر السلبية والقدرة على مواجهة الضغوط، وتخطي الخبرات السلبية، والقدرة على تحويل العجز المؤلم إلى خبرة مساعدة متعلمة (صبار، ٢٠١٥، ٦١٠– ٦١١؛ سرميني، ٢٠١٥، ١٤؛ شرف، ٢٠١٨، ٢١).

ويمكن تفسير هذه النتيجة (أ) في ضوءما أشار إليه "سوبرامانيان" أن الوصمة سواءاً كانت ظاهرة للعيان أو غير ظاهرة فهي تؤثر على فعالية خطط المواجهة الخاصة بالشخص الموصوم (**Subramanian, 2016, 20**)، وهو ما تقترحه نماذج التنظيم الذاتي بأن الوصمة الداخلية قد تؤثر على النتائج العائدة على الأشخاص؛ كتكوين المرضى تصورات أو مزاعم غير مفيدة أو غير مساعدة ومحبطة حول آلامهم، والتي تشكل سلوكهم (**Waugh, Byrne & Nicholas, 2014, 550-e1-550-e2**).

وهذا ما ذهب إليه "تاكادا" (٢٠١٢) أيضاً بأن الأشخاص الذين يعانون من الوزن الزائد والسمنة، ترتبط جميع خبرات الوصمة لديهم بشكل كبير بتقدير الذات المنخفض (وهو أحد أبعاد الصمود النفسي؛ الرؤية الايجابية للذات). ولم تتنبأ خبرات الوصمة والمعاناة من التمييز بسبب الوزن بالانخراط في أساليب لفقدان الوزن (أحد أبعاد الصمود النفسي؛ والقدرة على وضع خطط واقعية واتخاذ خطوات مناسبة لتنفيذها)، بل وجد أنها ترتبط وبشكل متكرربنوبات متعددة من نهم الطعام (**Takada, 2012, 64-65**).

ويمكن تفسير هذه النتيجة (أ) أيضاً في ضوء ما أكده كل من "فوجيساوا، وهاجيوارا" (٢٠١٥) في الإطار التصوري الذي وضعاه لمفهوم وصمة السرطان، أن للتركيز على التدخلات التي تساعد المصابين بالسرطان لمواجهة الوصمة بطريقة أفضل، يجب الكشف عن العوامل الوقائية التي تجعل بعض الأشخاص المصابين بالسرطان أكثر صموداً تجاه العواقب أو النتائج الصحية السلبية للوصمة أكثر من غيرهم. فعلى سبيل المثال، يجب تشجيع الأشخاص المصابين بالسرطان على عدم عزو الإصابة بالسرطان لأنفسهم، وأن السرطان لن يحرمهم من هويتهم، وبأنهم قادرون على محاربة العوائق الاجتماعية المحتملة التي قد

يواجهونها عند حصولهم على دعم اجتماعي مناسب (**Fujisawa & Hagiwara, 2015, 147**). وهذا ما يؤكد أن ارتفاع درجة الصمود النفسي تمثل عاملا وقائياً من ارتفاع درجة الوصمة لدى المرض، أي أن ارتفاع درجة الصمود النفسي يصاحبها انخفاض في درجة الوصمة لدى المرضى وهو ما يتفق مع نتائج الفرض الأول للدراسة.

ب) وتتسق النتيجة (ب– وجود *ارتباط سالب دال* إحصائياً بين الوصمة المرتبطة بالصحة والعافية النفسية لدى عينات الدراسة الثلاث) مع نتائج دراسة"كاتالدو، وسلايغتير، وجهان، بونجكوان، وهوانغ" **Cataldo, Slaughter, Jahan, Pongquan & Hwang (2011)** والتي أظهرت نتائجها أن هناك ارتباطاً سلبياً بين كل من نوعية الحياة، وتقدير الذات، والاكتئاب (كمؤشرات للعافية النفسية) وبين الوصمة بين مرضي السرطان. وكذلك دراسة "ماجيو" **Maggio (2015)** والتي أسفرت نتائجها عن ارتباط الوصمة لدى مرضي سرطان الرئة المدخنين بتقدير الذات المنخفض، والاكتئاب والقلق المرتفعين.

ويمكن تفسير هذه النتيجة (ب) في ضوء ما أشار إليه كل من مارلو، ووارديلي (٢٠١٤)، وكاتالدو وزملائه (٢٠١١) بأن الوصمة المرتبطة بالصحة والتي تشير إلى وصم المرض؛ ترتبط بالصحة وبزيادة الضغوط الناتجة عن المرض، وتسهم أيضاً في زيادة معدلات الاضطرابات النفسية، والجسدية، والاجتماعية (**Marlow & Wardle, 2014, 12; Cataldo, Slaughter, Jahan, Pongquan & Hwang, 2011, 2**).

ويمكن تفسير النتيجة (ب) أيضاً في ضوء نموذج الوصمة المرتبطة بالصحة، والنموذج التصوري للوصمة المدركة؛ حيث يشير النموذجان إلى أن الوصمة المدركة والمرتبطة بسرطان الرئة ارتبطت بالعديد من النتائج السلبية منها؛ التغيرات السلبية في الهوية الاجتماعية، وزيادة أعباء كل من الأعراض النفسية الاجتماعية، والأعراض الجسدية (**Cataldo, Slaughter, Jahan, Pongquan & Hwang, 2011, 2-4; Berger, Ferrans & Lashley, 2001, 520**).

وهو ما تجلي في الإطار التصوري الذي وضعه كل من "فوجيساوا، وهاجيوارا" (٢٠١٥) لمفهوم وصمة السرطان، حيث أشارا إلى أن الاستجابات السلبية المنتشرة بين عامة الناس تجاه المرضى، بدورها يمكن أن تؤثر على الحالة الصحية للمريض (كالعافية النفسية). وأن هناك ارتباطاً قوياً ومستمراً بين وصمة مرض السرطان وبين الحالة النفسية السلبية، متضمنة الاكتئاب، والقلق، والغضب، وتقدير الذات المنخفض، وانخفاض المعنويات. كما أن خبرة التمييز هي مصدر للضغوط النفسية والاجتماعية المزمنة وتؤدي إلى سوء الصحة النفسية. ويمكن أن يكون التمييز الذي يعاني منه مرضى السرطان أيضاً مصدراً للضغوط النفسية الاجتماعية، والذي بدوره يؤدي إلى تدهور العافية النفسية. ويشير "فوجيساوا، وهاجيوارا" إلى

أنه (**Fujisawa & Hagiwara, 2015, 143-147**). وهو ما أكده "تاكادا" (٢٠١٢) بأن التمييز على أساس الوزن أي وصمة الوزن تساهم في حدوث الكرب النفسي وسلوكيات غير صحية في كل من المجتمع والعينات الإكلينيكية. وارتبطت جميع خبرات الوصمة لدى من يعاني الوزن الزائد والسمنة بشكل كبير بعدم الرضا عن صورة الجسم، وتقدير الذات المنخفض، والقلق الاجتماعي المرتفع، والاكتئاب المرتفع، والرضا عن الحياة منخفض (وجميعها من مؤشرات العافية النفسية) (**Takada, 2012, 64-65**).

ج) وتتسق النتيجة (ج– وجود *ارتباط موجب دال* إحصائياً بين الصمود النفسي والعافية النفسية لدى عينات الدراسة الثلاث) مع نتائج دراسة "كوستانزو" وزميليه **Costanzo, Ryff & Singer (2009)**، والتي كشفت عن ارتباط موجب بين الصمود النفسي وكل من العافية النفسية والاجتماعية والوجدانية، وكذلك دراسة "وانج" **Wang (2016)**، ودراسة "كوكاريلا، وبيريز" **Cucarella & Perez (2015)**، والتي أسفرت نتائجهما عن ارتباط الصمود النفسي سلبياً بكل من القلق والاكتئاب؛ وهما من مؤشرات للعافية النفسية.

ويمكن تفسير هذه النتيجة (ج) في ضوءما أشارت إليه الدراسات من أن الأفراد الذين لديهم درجة أعلى من الصمود تكون لديهم مستويات أعلى من الأمل والتفاؤل، والعافية النفسية، في حين يرتبط الصمود سلبيا بالاكتئاب، كما أن الصمود النفسي يدعم نمو المعارف الإيجابية عن الذات، وعن العالم،وعن المستقبل، وهذا يؤدي إلى تعزيز العافية (**Mak, Ng & Wong, 2011, 610- 611**) . يُضاف إلى ذلك أن المرضى الذين لديهم درجة مرتفعة من الصمود النفسي قادرون على فهم مرضهم بطريقة أكثر موضوعية، كما أنهم أكثر التزاماً بالعلاج وأكثر تجنبا للمخاطر، كما يمكنهم الحفاظ على حالة نفسية مستقرة (**Li, & Wang, 2016, 3-9**). كما تشير الدراسات إلى أن الصمود النفسي قد ارتبط إيجابياً بالعافية النفسية، كما أنه يؤدي دورا فعالا في تحسين الصحة النفسية للأفراد، كما أن الأفراد الصامدون أكثر قدرة على الحفاظ على صحتهم النفسية والبدنية (**De Carlio,& Sagone, 2014, 883**) .

واذا كان من سمات الصامدين نفسياً ارتفاع مستوى تقدير الذات والتفاؤل، والأمل، والمبادأة، ووجود هدف للحياة (صبار، ٢٠١٥، ٦١٠– ٦١١؛ سرميني، ٢٠١٥، ١٤؛ شرف، ٢٠١٨، ٢١). كما تشير الدراسات إلى أن المستوى المرتفع من العافية النفسية يتضمن تقدير الذات، والسعادة (المشاعر الايجابية والاستقرار النفسى) (**Amato & Booth, 2000, 182; The WHOQoL group, 1998, 1576-1578**). وهذا يعني أن تقدير الذات والمشاعر الإيجابية، والتي تُعد من مؤشرات العافية النفسية، هي أيضاً من سمات الصامدين نفسيا، كما أن الرؤية الإيجابية للذات والثقة في القدرات والإمكانات، وكذلك القدرة على تنظيم المشاعر والانفعالات هي من أبعاد الصمود النفسي والمتضمنة في المقياس المستخدم بالدراسة، بما يفسر الارتباط

الإيجابي بين كل من الصمود النفسي والعافية النفسية، حيث نجد أن الرؤية الإيجابية للذات وتقديرها، والقدرة على تنظيم المشاعر والانفعالات، تُعد عوامل مشتركة بين كل من العافية النفسية والصمود النفسي.

٢ – نتائج الفرض الثاني :

وينص على: يتوسط الصمود النفسي العلاقة بين الوصمة المرتبطة بالصحة والعافية النفسية لدى المصابات بأورام الثدي السرطانية والمصابات بأورام الدم السرطانية والمصابات بالسمنة.

كشفت نتائج هذا الفرض أن الصمود النفسي يتوسط بشكل جزئي العلاقة بين الوصمة المرتبطة بالصحة والعافية النفسية لدى عينة مريضات أورام الثدي السرطانية وعينة مريضات السمنة، بينما توسط الصمود النفسي بشكل كلي العلاقة بين الوصمة المرتبطة بالصحة والعافية النفسية لدى عينة مريضات أورام الدم السرطانية.

وتشير نتائج هذا الفرض إلى أهمية الصمود النفسي كمتغير وسيط في فهم العلاقة السببية بين الوصمة المرتبطة بالصحة والعافية النفسية، ومدى تأثير المتغير الوسيط وهو الصمود النفسي على المتغير التابع وهو العافية النفسية. ومن خلال النتائج التي كشفت عنها التحليلات الإحصائية لهذا الفرض يمكن تفسير العلاقة الثنائية التي تقف خلف العلاقة المتبادلة بين الوصمة المرتبطة بالصحة والعافية النفسية. وقد أشارت الدراسات كما سبقت الإشارة في تفسير الفرض الأول إلى ارتباط العافية النفسية بالصمود النفسي إيجابياً، ولكن لم توضح هذه الدراسات ما إذا كان الصمود النفسي هو الذي يؤثر على العافية النفسية أم أن العكس هو الصحيح.

وتتفق نتائج هذا الفرض مع ما أشارت إليه الدراسات من أن الصمود النفسي يؤدي دوراً وسيطاً في العلاقة بين العوامل الشخصية أو البيئية والعافية النفسية لدى مرضى الأورام السرطانية **(Li, & Wang, 2016, 3)**. فالصمود النفسي بوجه عام يتضمن عاملين، العامل الأول: هو قدرة الشخص على الاستمرار بحالة صحية جيدة تماماً على الرغم من المواقف الضاغطة (مثل الأمراض الصعبة المزمنة كالسرطان فهو يظهر عادة بشكل مستمر وغامض)، والصعوبات التي يواجهها؛ والعامل الثاني وهو يرتبط بالحصول على نتائج مفيدة وتطور ونمو شخصي من هذه المواقف **(Cucarella, & Perez, 2015, 15)**. فالأفراد الصامدون هم أكثر احتمالا لأن تكون لديهم مشاعر إيجابية عن ذواتهم. هذه النظرة الإيجابية للذات تمثل دافعاً للارتداد والتعافي من الفشل لأن لديهم درجة مرتفعة من فعالية الذات والتصميم **(Mak, Ng, & Wong, 2011, 615)**. فالصمود النفسي هو مهارة تساعدنا في التغلب على الشدائد والمواقف الضاغطة **(Cucarella & Perez, 2015, 15)**.

ويمكن تفسير هذه النتائج في ضوء نموذج تهديد الهوية الناتج عن الوصم، والذي يشر إلى أن الاتصاف بهوية منخفضة القيمة اجتماعياً (الوصمة) يزيد من تعرض المرء لمواقف ضاغطة محتملة

(تهدد الهوية)، وتؤدي إلى نتائج نفسية، واجتماعية، وجسدية سلبية. وتؤثر كذلك آليات الوصم بشكل مباشر على العافية النفسية لأولئك الذين تم وصمهم اجتماعياً. كما يحدث تهديد الهوية عند تقييم الشخص للمقتضيات التي تُفرض عليه لكونه موصوم، والتي يُحتمل أن تكون ضارة بهويته الاجتماعية، وتفوق هذه الضغوطات آليات المواجهة لديه. وقد تختلف النتائج وفقاً لقدرات الفرد على المواجهة، وفرط حساسيتهم واستعدادهم ليكونوا موصومين (**Maggio, 2015, 13-52**).

كما يمكن تفسير نتائج هذا الفرض من خلال نظرية ريتشاردسون والتي سبق عرضها ضمن النظريات المفسرة للصمود النفسي، حيث تمثل الوصمة المرتبطة بالصحة في الدراسة الراهنة أحد الضغوط والمحن التي تؤثر على العافية النفسية سلبيا، وهو ما سبق الإشارة إليه من التأثير السلبي للوصمة على العافية النفسية لدى مرضى الأورام السرطانية (**Fujisawa & Hagiwara, 2015, 143-147**). كما أشارت الدراسات إلى أن وصمة الوزن أيضاً تؤثر سلبياً على مؤشرات العافية النفسية من قبيل تقدير الذات المنخفض والقلق الاجتماعي والاكتئاب المرتفعين (**Takada, 2012, 64-65**)، وهنا يأتي دور الصمود النفسي تبعاً لنظرية ريتشاردسون فهو يثير جزءاً جديداً من المعلومات أو المشاعر، فيمثل عامل وقاية من تأثير الوصمة سلبياً على العافية النفسية.

وعلى ذلك فإن المرضى عندما تكون لديهم درجة مرتفعة من الصمود النفسي يكونون أكثر إذعانا للوصفات العلاجية والتزاما بها، وأكثر تجنبا للمخاطر، وأقل احتياجا للمساندة النفسية الاجتماعية في مواجهة الأحداث الضاغطة (**Li, & Wang, 2016, 3**).

٣ – نتائج الفرض الثالث :

والذي ينص على: تتباين القدرة التنبؤية للصمود النفسي لدى المصابات بأورام الثدي السرطانية، والمصابات بأورام الدم السرطانية، والمصابات بالسمنة بتباين درجة الوصمة المرتبطة بالصحة والعافية النفسية.

وسوف يتم مناقشة نتائج هذا الفرض في جزأين: أولا: تباين القدرة التنبؤية للصمود النفسي بتباين درجة الوصمة المرتبطة بالصحة لدى عينات الدراسة الثلاث؛ وثانيا: تباين القدرة التنبؤية للصمود النفسي بتباين درجة العافية النفسية لدى عينات الدراسة الثلاث. وفيما يلي نتناول كل جزء بالمناقشة والتفسير على حدة.

<u>أولاً</u> : تباين القدرة التنبؤية للصمود النفسي بتباين درجة الوصمة المرتبطة بالصحة لدى عينات الدراسة الثلاث.

كشفت النتائج أن الدرجة الكلية للصمود النفسي تسهم في التنبؤ بالدرجة الكلية للوصمة المرتبطة بالصحة بنسبة ٢٤% لدى عينة مريضات أورام الثدي السرطانية؛ في حين تسهم بنسبة

٤٨% لدى عينة مريضات أورام الدم السرطانية؛ كما تسهم بنسبة ١٤% لدى عينة مريضات السمنة. فالصمود النفسي يتضمن مكونات أساسية وهي حياة هادفة ذات معنى، والمثابرة، والاعتماد على الذات (**McLeish, 2015, 92**)، وهو ما يتعارض مع اضطراب أو تعطل الحياة الاجتماعية وهو من مكونات الوصمة المرتبطة بالصحة. وقد أظهرت الدراسات أن الصمود النفسي يؤثر على المرضى داخليا في اتجاه تغيير نفسي داخلي للأفضل، حيث يزيد من تقبل العيوب في الحياة وتقييم جيد للسياق الاجتماعي (**Giacomo et al., 2016, 194**). كما أن المرضى الذين لديهم درجة صمود مرتفعة لديهم القدرة على فهم مرضهم بطريقة موضوعية، كما أنهم أكثر حزما وصرامة في الإذعان للعلاج لتجنب المخاطر ودعم عوامل الحماية. كما يقلل الصمود المرتفع أيضاً من احتياجات المرضى للمساندة الاجتماعية في مواجهة الأحداث الضاغطة (مثل العلاج الاشعاعي). كما أشارت البحوث السابقة إلى أن الصمود النفسي يتوسط العلاقة بين العوامل الشخصية والبيئية من ناحية والعافية النفسية من جهة أخرى لدى مرضى الأورام السرطانية (**Wang, 2016, 3**).

ثانياً : تباين القدرة التنبؤية للصمود النفسي بتباين درجة العافية النفسية لدى عينات الدراسة الثلاث.

كشفت النتائج أن الدرجة الكلية للصمود النفسي تسهم في التنبؤ بالدرجة الكلية للعافية النفسية بنسبة ٥٠% لدى عينة مريضات أورام الثدي السرطانية، بينما تصل هذه النسبة إلى ٧١%، لدى عينة مريضات أورام الدم السرطانية؛ كما تسهم بنسبة ٦٣% لدى عينة مريضات السمنة.

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء ما أظهرته نتائج الدراسات من أن الصمود النفسي له دور كبير لدى السيدات اللاتي تعانين من أورام الثدي السرطانية في التوافق مع حالتهن المرضية (**Giacomo et al., 2016, 194**). كما تتفق هذه النتائج مع أشارت إليه الدراسات من أن الأفراد الذين لديهم درجة أعلى من الصمود النفسي كانوا يخبرون أنفسهم بشكل أفضل جسمياً وانفعالياً، كما كانت لديهم درجة أعلى من العافية الوظيفية[٧٥]، بما يدل على أن الصمود قد يقلل من الآثار السلبية للضغوط لدى المرضى (**McLeish, 2015, 19**).

كما تشير الدراسات أيضاً إلى أن الصمود منبئ بالعافية النفسية، فالأفراد الصامدين لديهم القدرة على التعافي أسرع من الأحداث الضاغطة، كما أن الصمود النفسي يعدل من الاثار السلبية للضغوط ويدعم التوافق، كما أنه يعني القدرة على استعادة التوازن أوالحفاظ عليه في ظل وجود التهديدات الجوهرية (**De Carlio, & Sagone, 2014, 883**). فخصائص الصمود النفسي تساعد الأفراد على الاستجابة لتحديات الحياة بشجاعة، وتزيد من قدرتهم على التحمل،كما أنها خصائص مهمة في الحفاظ على الصحة النفسية (**McLeish, 2007, 92**). والصمود النفسي يسهل على مرضى الأورام

75. Functional well-being.

السرطانية التعامل بشكل أفضل مع مرضهم، ومواجهته بصورة إيجابية، وأقل انفعالا أمام الضغوط، فهو يعد آلية أكثر إيجابية ومجدية للمستشفيات لتطوير وتعزيز مقاومة مرضى الأورام السرطانية من أجل تحسين صحتهم النفسية ونوعية حياتهم على المدى البعيد (**Li, & Wang, 2016, 9**). فالصمود النفسي يجعل الأفراد يفعلون أكثر من مجرد المرور بخبرة مؤلمة، فهو ينمي لدى الأفراد إيمانا أقوى ويُعمق الرضا في أنفسهموالأفراد الصامدون يتعلمون تقييم مظاهر الخلل في حياتهم والحفاظ على تطورهم الشخصي بشكل طبيعي (**McLeish, 2007, 17**). كما أن الصمود النفسي يحمي الفرد من الضغوط ويدعم العافية النفسية، فالأفراد الصامدون الذين يتقدمون نحو أهدافهم يستمتعون بمستويات مرتفعة من التأثير الإيجابي والرضا عن الحياة، حيث إن الأفراد الصامدين يكونون لديهم نظرة إيجابية عن ذواتهم وعن عالمهم ومستقبلهم (وهو ما يسمى الثالوث المعرفي) والذي يدعم من الانفعالات الإيجابية لديهم، والرضا عن الحياة، ويحميهم من الاكتئاب (**Mak, Ng, & Wong, 2011, 615**).

٤ – نتائج الفرض الرابع :

والذى ينص على: توجد فروق بين المصابات بأورام الثدي السرطانية، والمصابات بأورام الدم السرطانية، والمصابات بالسمنة وبعضهن بعضا في كل من الوصمة المرتبطة بالصحة، والصمود النفسي، والعافية النفسية.

وسيتم تقسيم مناقشة هذا الفرض إلى ثلاث فقرات، تناقش الأولي الفروق بين العينات الثلاث وبعضهن بعضا في الوصمة المرتبطة بالصحة الدرجة الكلية، وأبعادها الستة. وتناقش الثانية الفروق بين العينات الثلاث وبعضهن بعضا في الصمود النفسي الدرجة الكلية، وأبعاده الأربعة. وتناقش الثالثة الفروق بين العينات الثلاث وبعضهن بعضا في العافية النفسية الدرجة الكلية، وأبعادها الستة.

<u>أولاً</u> : الفروق بين المصابات بأورام الثدي السرطانية، والمصابات بأورام الدم السرطانية، والمصابات بالسمنة وبعضهن بعضا في الوصمة المرتبطة بالصحة.

فقد كشفت نتائج الدراسة الراهنة عن*وجود فروق دالة* بين كل من مجموعتي (مريضات أورام الثدي السرطانية، ومريضات أورام الدم) وبين مجموعة مريضات السمنة في متغير الوصمة المرتبطة بالصحة الدرجة الكلية وأبعادها الستة جميعاً في اتجاه مجموعة مريضات السمنة. في حين *اختفت هذه الفروق* بين مجموعة مريضات أورام الثدي السرطانية ومجموعة مريضات أورام الدم في متغير الوصمة المرتبطة بالصحة الدرجة الكلية وأبعادها الستة جميعاً.

ويمكن تفسير وجود الفرق بين عينات الدراسة الثلاثفي متغير الوصمة المرتبطة بالصحةوالتي كانت في اتجاه مجموعة مريضات السمنة؛ إلى عدة عوامل: (١) عامل طول فترة الإصابة

والمعاناة من المرض. (٢) عامل ظهور الوصمة للعيان مقابل اختفائها. (٣) عامل صغر أعمار المشاركات. (٤) عامل ارتفاع عدد سنوات التعلم. (٥) وأخيراً؛ عامل الانتماء إلى فئة أو مجموعة تتعرض للتمييز والانتقاد؛ ومسئوليتهمعن حدوث الوصمة.

١ – طول فترة الإصابة والمعاناة من المرض، حيث أشارت البيانات السكانيةلعينات الدراسة الراهنة أن بلغ متوسط فترة إصابة عينة مريضات أورام الثدي السرطانية منذ التشخيص حوالي (٢,٦) عاماً (فحوالي ٦٤% من العينة تراوحت فترة إصابتهن من ستة أشهر حتى عام واحد). وبلغ متوسط فترة إصابة عينة مريضات أورام الدم منذ التشخيص حوالي (١,٢) عاماً (فحوالي ٨٦% من العينة تراوحت فترة إصابتهن من ستة أشهر حتى عام واحد). بينما بلغ متوسط فترة إصابة عينة مريضات السمنة منذ التشخيص أو المعاناة حوالي (١٣) عاماً (فحوالى ٤٠% من العينة تراوحت فترة إصابتهن من ٥–١٠ أعوام، و٣٦% من العينة تراوحت فترة إصابتهن من ١١ – ١٨ عاماً، و٢٤% من العينة تراوحت فترة إصابتهن من ٢٠ – ٢٨ عام).

وهذا يتفق مع ما توصل إليه كل من تافت، وكيفير، وآرتز، وبراتن، وجونز (٢٠١١) من أن الوصمة العامة، والوصمة المدركة من قبل زملاء العمل، وأصحاب العمل لدى المشاركين المصابين بالتهاب الأمعاء والمشخصين بهذا المرض من أكثر من ٢٠ عاماً كانت أكثر ارتفاعاً من أولئك الذين تم تشخيصهم من ١١ إلى ٢٠عاماً. بالإضافة إلى أن الوصمة المدركة انخفضت مع التقدم في العمر لدى مرضي زملة القولون المتهيج ومرضي التهابات الأمعاء (**Taft, Keefer, Artz, Bratten & Jones, 2011, 1394-1395**).

٢ – وضوح مظاهر مرض السمنة للعيان مقارنة بمرض أورام الثدي السرطانية والدم – خاصة وان غالبية مريضات السرطان حديثات بالمرض، ولم تظهر عليهن آثار علاجات السرطان بشكل واضح – حيث بلغ متوسط أوزان عينة مريضات السمنة (١٤٠,٦) كجم، بمتوسط طول (١,٦٠) سم، وبلغ متوسط كتلة الجسم لهن (٥٤,٧١)*؛ حيث قد تراوحت معدلات كتلة الجسم لديهن من (٣٩,٥٦–٨٧,٢٤).

ويدعم هذا التفسير ما أقره سوبرامانيان (٢٠١٦) بأنه كلما كان الظرف أو الحالة غير الجمالية أكثر إدراكاً، كانت أكثر وصمة (**Subramanian, 2016, 20**). وأضاف مورتن (٢٠٠٨) بأنه كلما كان العجز أو المشكلة الصحية أكثر قابلية للإخفاء، قل احتمال تطور وضع أو سلوك الوصم (**Morton, 2008, 41**). ويتفق ذلك أيضاً مع ما أشارت له بعض الأدلة كدراسة "ستاترهايم" وآخرين **Stutterheim et al. (2011)** حيث أن الإخفاء وعدم وضوح الوصمة

* تتراوح معدلات مؤشر كتلة الجسم للسمنة من الدرجة الأولى بين٣٠–٣٤,٩٩، والسمنة من الدرجة الثانية بين ٣٥–٣٩,٩٩، والسمنة من الدرجة الثالثة من ٤٠ فأكثر.

للعيان يمكن أن يكون مفيداً في ظل ظروف معينة، وتمكّن الأفراد من تجاوزها "بسواء"، وبالتالي تجنب التمييز في التفاعلات الاجتماعية. وقد أقرّالأفراد المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية، الذين يعانون من أعراض واضحة للعيان عن خبرات وصم هائلة، وكرب نفسي بشكل أكبر من أولئك الذين ليس لديهم أعراض واضحة. ويتفق ذلك مع ما جاءبدراسة "باشانكيس، وكوكران، وميس" **Pachankis, Cochran, & Mays (2015)** على عينة من رجال لهم توجهات جنسية نحو القاصرين، وقد أفاد أولئك الذين لم يكشفوا عن توجههم الجنسي للآخرين عن صحة نفسية أفضل من أولئك الذين قد أفصحوا. بالإضافة إلى ما أظهرتهنتائج دراسة "جولدبرج" **Goldberg (1974)** حيث وجد أن الأطفال المصابين بأمراض القلب الخلقية أفضل تكيفاً من الأطفال الذين يعانون من ندوب في الوجه، على الرغم من أن المجموعة الأولي قد عانت من خبرات فعلية أو واقعية كثيرة من التقييد أو الإعاقة الوظيفية من المجموعة الأخيرة **(Pachankis et al., 2018, 3)**.

٣ – عامل صغر أعمار المشاركات بعينة السمنة مقارنة بعينتي السرطان. فقد بلغ متوسط أعمار عينة مريضات السمنة (٣٣,٣٣) عاماً، بينما بلغ متوسط عينتي مريضات السرطان (٤٥,١٩) عاماً لمريضات أورام الثدي السرطانية، و(٣٩,٣٨) عاماً لمريضات أورام الدم، مما يشير إلى أن عينة مريضات السمنة أصغر سناً من عينتي مريضات السرطان بفارق يتراوح من ٦–١٢ سنة للمتوسط.

وتتسق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة مارلو، وواردل (٢٠١٤) حيث ارتبطت وصمة السرطان المرتفعة بمتغير العمر الأصغر؛ خاصة على المقاييس الفرعية (المسؤولية الشخصية، والحرج، والتجنب، والسياسة المناهضة، والتمييز المالي) (**Marlow & Wardle, 2014, 19**).

وتتفق هذه النتيجة مع ما حدده بلتزر، وبنجبيد (٢٠١٦) من عوامل ترتبط بوصمة الأمراض المزمنة (المدركة أو المتوقعة) ومنها؛ العوامل الاجتماعية والسكانية، مثل السن الأصغر. حيث أوضح أن الإصابة بمرض مزمن في سن أصغر، وأن يكون المرء عازباً يكون أكثر وصمة مقارنةً بالأكبر سناً والمتزوجين،وذلك بسبب توقع المزيد من الأمراض المزمنة مع التقدم بالعمر **(Peltzer & Pengpid, 2016, 424-431)**.

٤ – عامل ارتفاع عدد سنوات التعلمبعينة السمنة مقارنة بعينتي السرطان. فقد بلغ متوسط عدد سنوات التعلم لعينة مريضات السمنة (١٤,٠٤) عاماً، بينما عينتي مريضات أورام الثدي السرطانية كان متوسط أعمارهن (٧,٤٨) عاماً، ومريضات أورام الدم (٧,٧١) عاماً، مما يشير إلى أن عينة مريضات السمنة أكثرفي سنوات التعلم من عينتي مريضات السرطان حوالي الضعف.

وتتفق هذه النتيجة مع ما أشار إليه مارلو، وواردل (٢٠١٤) بأن عديداً من مكونات الوصمة ترتبط مع العوامل الاجتماعية والسكانية. حيث ارتبطت وصمة السرطان المرتفعة بدراسته بالتعليم المرتفع (**Marlow & Wardle, 2014, 20**).

٥ – انتماء مرضي السمنة – خاصة الإناث وتحديداً في سن الشباب – لمجموعات تتعرض للتمييز، ويشار إليهم باعتبارهم مسئولين بشكل مباشر عن زيادة أوزانهن.

ويتفق عامل الانتماء إلى مجموعة ما أشار إليه "بينيل" **Pinel (1999)** إلى أن يختلف الأفراد في حساسيتهم المزمنة لكونهم موصومين. وأن الأشخاص الذين يتوقعون أن يعاملوا على أساس عضويتهم في مجموعته بدلاً من هويتهم الشخصية (و/أو) من لديهم حساسية من الرفض على أساس عضويتهم لمجموعتهم هم أكثر حذراً للوصمة المرتبطة بالتهديد، وهم أكثر عرضة لتقييم المواقف المرتبطة بالوصمة كمهددة، ويزداد احتمال إدراكهم لأنفسهم كمستهدفين للتمييز على المستويين الشخصي والمجموعة، وكلما توقعوا معاملتهم بشكل سلبي من قبل أعضاء المجموعة الخارجية، وكلما زاد انتباههم للكلمات الحاضرة التي تهدد هويتهم الاجتماعية دون وعي منهم (**Major & O'Brien, 2005, 400-401**).

ويتفق عامل التمييز مع ما أشار إليه تاكادا (١٩٩٩) أنه عبر الزمان والثقافات، يتخذ الناس مواقف سلبية تجاه بعض الظروف الصحية، كالتمييز ضد الأفراد الذين يعانون من ظروف صحية مثل السمنة، والمدخنين.

ومن الأمثلة البارزة على عامل المسئولية توصية وزير الصحة العامة البريطاني بأن يستخدم مهنيو المجال الصحي مصطلح "البدانة **Fat**" بدلاً من "السمنة **obese**" لحث "المسؤولية الشخصية" من جانب الأشخاص البدناء، وقد لاقت هذه التوصية انتقادات من قبل خبراء الصحة لأن مثل هذا النوع من التوصيات يمكن أن يوصم أولئك الذين يعانون من زيادة الوزن (**Takada, 2012, 45**)؛ فيرتبط عامل المسؤولية إلى حد كبير بمفهوم إمكانية التحكم في بداية أو الإصابة بالمرض، والذي درس على نطاق واسع في الإنتاج العلمي للوصمة؛ فقد أوضح كل من "وينر، وبيري، وماغنوسون" **Weiner, Perry, & Magnusson (1988)** أن الحالات موصومة التي تُدرك على أن بدايتها غير قابلة للتحكم فيها كالسرطان، والإعاقات الجسدية، فهي تستثير استجابات الأسف أو الرأفة وسلوكيات المساعدة، في حين أن الحالات الموصومة التي تُدرك على أن بدايتها قابلة للتحكم فيها (كالسمنة، وفيروس نقص المناعة البشرية) فهي تستثير استجابات العدائية والتجنب (**Pachankis et al., 2018, 3**).

ثانياً : الفروق بين المصابات بأورام الثدي السرطانية، والمصابات بأورام الدم السرطانية، والمصابات بالسمنة وبعضهن بعضا في الصمود النفسي.

أسفرت نتائج تحليل التباين البسيط عن وجود فروق جوهرية بين عينات الدراسة الثلاث على الصمود النفسي الدرجة الكلية، أي أن نوع المرض له دور أساسي في إبراز الفروق بين مجموعات الدراسة في متغير الصمود النفسي،حيث ظهرت فروق دالة بين مجموعة مريضات أورام الدم السرطانية ومجموعة مريضات السمنة في متغير الصمود النفسي،في حين لم تصل هذه الفروق إلى حد الدلالة بين مجموعة مريضات أورام الثدي السرطانية ومجموعة مريضات أورام الدم السرطانية، كما لم تصل هذه الفروق إلى حد الدلالة أيضا بين مجموعة مريضات أورام الثدي السرطانية ومجموعة مريضات السمنة.

وتتسق هذه النتيجة مع ما توصل إليه تاكادا (٢٠١٢) بأن الأشخاص الذين يعانون من الوزن الزائد والسمنة، ترتبط جميع خبرات الوصمة لديهم بشكل كبير بتقدير الذات المنخفض (وهو أحد أبعاد الصمود النفسي؛ والرؤية الايجابية للذات). ولم تتنبأ خبرات الوصمة والمعاناة من التمييز بسبب الوزن بالانخراط في أساليب لفقدان الوزن (أحد أبعاد الصمود النفسي؛ والقدرة على وضع خطط واقعية واتخاذ خطوات مناسبة لتنفيذها)، بل وجد أنها ترتبط وبشكل متكرر بنوبات متعددة من نهم الطعام (**Takada, 2012, 64-65**).

وتتفق هذه النتائج مع ما أظهرته نتائج إحدى الدراسات من أن مريضات أورام الثدي السرطانية تبدون أكثر صموداً، ويتعاملن بدافعية مع المرض وتركزن على الإذعان الجيد والحصول على العواقب الإيجابية السريعة، كما أظهرت الممارسة العيادية حديثا أن مرضى الأورام السرطانية لديهم مستوى جيد من الصمود النفسي لتأثيرات المرض (**Giacomo et al., 2016**).

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء تفسير نظرية ريتشاردسون المفسرة للصمود النفسي، حيث إن معرفة مريضات الأورام السرطانية (الثدي والدم) بأنهن قد أصبن بالمرض تعد من الأحداث البغيضة التي تؤثر على التكيف ومواجهة أحداث الحياة، وهذا يؤدي إلى اختلال التوازن الحيوي النفسي الروحي للمريضة، ثم يصطدم هذا التوازن الذي اختلت درجته مع متطلبات الحياة الداخلية (مثل التأثير السلبي للمرض على الجسم)، والخارجية (مثل مسئوليات المريضة الأسرية)، وهنا قد تنشأ مصادر الصمود خارجيا (عندما تدرك المريضة خطورة الأورام السرطانية اذا لم تتلق علاجا لها، وعندما تدرك أن علاج هذه الأورام السرطانية يحتاج التزاماً وإذعاناً على مدار فترات زمنية طويلة نسبياً، وعندما تتلقى المساندة الاجتماعية من أسرتها علىسبيل المثال)، كما قد تنشأ مصادر الصمود هذه داخلياً (من أفكار المريضة ومشاعرها عن ضرورة مواجهة المرض، أو من سمات المريضة الشخصية)، وهنا يثير الصمود النفسي جزءاً جديداً من المعلومات (مثل قابلية المرض للعلاج)، أو الخبرات الجديدة (مثل التعرف على سيدات تعافين من المرض)، أو المشاعر (مثل إحساس المريضة بالمسئولية تجاه أسرتها وضرورة الإذعان للعلاج حتى يمكنها أن تقوم بأدوارها كأم أو زوجة) والأفكار المتكررة (لدى الكفاءة لاجتياز المشكلات الصعبة، وأثق في قدرتي على

مواجهة المشكلات، ولن تزيدني الإصابة بهذا المرض إلا قوة وصلابة، وغيرها من أفكار إيجابية تستثير الصمود النفسي)، وهنا تستفيد المريضة أيضاً من خبرات الصمود النفسي في حياتها سواء في مواجهة أمراض أو مشكلات حياتية أو أي شكل من أشكال الأزمات لتكون هذه الخبرات الناجحة من الصمود النفسي داعماً لها للتمسك بدرجة كبيرة من هذا الصمود على مدار فترات تلقي العلاج، وهذا هو ما يفسر ارتفاع درجة الصمود النفسي لدى مجموعتي الأورام السرطانية (الثدي والدم) وعدم وصول الفروق بينهما في درجة الصمود النفسي إلى حد الدلالة، فالأورام السرطانية هنا وإن اختلف مكان الإصابة بها في الجسم لا يختلف تأثيرها على درجة الصمود النفسي. وهذا التفسير النظري يفسر أيضاً وجود فروق دالة بين مجموعة مريضات أورام الدم السرطانية ومجموعة مريضات السمنة في متغير الصمود النفسي، حيث أن مرض السمنة لا يُعد حدثاً حياتياً بغيضاً فهو لا يمثل درجة التهديد والخطورة التي يمثلها مرض الأورام السرطانية.

ثالثاً : الفروق بين المصابات بأورام الثدي السرطانية، والمصابات بأورام الدم السرطانية، والمصابات بالسمنة وبعضهن بعضا في العافية النفسية.

فقد كشفت نتائج الدراسة الراهنة عن *وجود فروق دالة* بين كل من مجموعتي (مريضات أورام الثدي السرطانية، ومريضات أورام الدم) وبين مجموعة مريضات السمنة في متغير العافية النفسية الدرجة الكلية، وجميع أبعادها في اتجاه مجموعة مريضات السرطان (أورام الثدي السرطانية، وأورام الدم السرطانية).باستثناء البعد الثاني (بعد التفكير، والتعلم، والذاكرة، والقدرة على التركيز؛ فلم يكن هناك فروق جوهرية بين مريضات أورام الثدي السرطانية وبين مريضات السمنة فيه). في حين *اختفت دلالة الفروق الجوهرية* بين مجموعة مريضات أورام الثدي السرطانية ومجموعة مريضات أورام الدم في متغير العافية النفسية الدرجة الكلية، وأبعادها الستة جميعاً.

وتتسق هذه النتيجة مع دراسة (ليفي، وبيلفر) **Levy & Pilver (2012)** حيث أشار إلى أن السمنة لا تزال مرتبطة بالصحة النفسية المنخفضة حتى بعد أن يتم تخفيف الوزن (**Pachankis et al., 2018, 3**). بالإضافة إلى ما أشار إليه كل من جمعية القلب الأمريكية (٢٠٠٣)، و"جاكسون" وآخرون **Jackson et al. (1996)** ، و"كريجر"**Krieger (1990)**، و"ماكوين" **McEwen (2000)** إلى أن أعضاء المجموعات الموصومة هم أكثر عرضة للمشاكل النفسية والصحية البدنية، مثل الاكتئاب، وارتفاع ضغط الدم، وأمراض القلب التاجية، والسكتة الدماغية؛ وذلك مقارنة مع غير الموصومين. فالأميركيون الأفارقة، على سبيل المثال، أعمارهم المتوقعة أقصر، وإصابتهم بأمراض قلبية أكثر من الأمريكيين الأوروبيين. ويؤثر التمييز تأثيراً مباشراً على صحة الموصوم عن طريق تعرضهم لبيئات مادية واجتماعية شديدة السّمّية (**Major & O'Brien, 2005, 409**).

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء ما أكده"إيرنشو، وكوين" بأن الوصمة تؤثر على الشعور العام بالرضا عن الحياة أكثر من تأثير الصحة الجسدية نفسها لدى الأشخاص الذين يعيشون مع الأمراض المزمنة (**Earnshaw & Quinn, 2012, 164**). حيث يحد التمييز من الوصول إلى مجالات الحياة الهامة، ويؤثر بشكل مباشر على الوضع الاجتماعي، والعافية النفسية، والصحة البدنية للموصوم. ويتعرض أفراد الجماعات الموصومة للتمييز ضدهم في سوق الإسكان، وأماكن العمل، والمحيط التعليمي، والرعاية الصحية، حتى يتم التمييز ضدهم في الأسرة. فأوضح "كراندال" **Crandall (1995)** على سبيل المثال أن آباء الفتيات ثقيلات الوزن، تقل احتمالية تسديد تكاليف تعليم بناتهن بالجامعة مقارنة بوالدي الفتيات ذوات الوزن المتوسط (**Major & O'Brien, 2005, 396**).

ويضيف تاكادا (٢٠١٢) إلى أن الإنتاج العلمي المتعلق بالتمييز في الوزن يؤكد دور إسهام الوصمة في حدوث الكرب النفسي والسلوكيات غير الصحية في كل المجتمع، وكذلك العينات من مرضي السمنة (**Takada, 2012, 64**). كما أكد بالميرا، وكونها، وبينتو–جوفيا (٢٠١٧) الدور السلبي للخزي، والحكم على الذات كعمليتين مهمتين مرتبطتان بوصم الذات المتعلق بالوزن وانخفاض نوعية الحياة لدى النساء التي تعانين من الوزن الزائد والسمنة (**Palmeira, Cunha, & Pinto-Gouveia, 2017, 10**).

٥ – نتائج الفرض الخامس :

والذى ينص علي: تختلف الوصمة المرتبطة بالصحة، والعافية النفسية باختلاف التفاعل بين مستويات الصمود (المرتفعات والمنخفضات) ونوع المرض بين المصابات بأورام الثدي السرطانية والمصابات بأورام الدم السرطانية والمصابات بالسمنة.

فقد كشفت نتائج الدراسة الراهنة عن أن تأثيرات كل من نوع المرض، ومستويات الصمود النفسي (المرتفعات والمنخفضات) – كل منهما مستقلاً عن الآخر – جاءت شديدة الدلالة، وكذلك تأثير التفاعل بين نوع المرض والصمود النفسي (المرتفعات والمنخفضات)؛ أي أن نوع المرض، والصمود النفسي، والتفاعل بينهما يمكنهم إبراز الفروق بين مجموعات الدراسة في الوصمة المرتبطة بالصحة، والعافية النفسية.

أما عن دلالة الفروق بين المجموعات المرتفعة في الصمود النفسي والمجموعات المنخفضة فيه بالثلاث عينات على الوصمة المرتبطة بالصحة والعافية النفسية، سيتم تقسيم مناقشتها على فقرتين:

أولاً : الفروق على الوصمة المرتبطة بالصحة :

كشفت النتائج عن *وجود فروق جوهرية* بين المرتفعات في الصمود النفسي من عينتي مريضات السرطان (الثدي، والدم) وبين المنخفضات في الصمود النفسي من العينات الثلاث (مريضات أورام الثدي السرطانية، ومريضات أورام الدم، ومريضات السمنة) في الوصمة المرتبطة

بالصحة في اتجاه المريضات المنخفضات في الصمود النفسي من العينات الثلاث.ممايشير إلى بروز دور الصمود النفسي في التقليل من الشعور بالوصمة المرتبطة بالصحة.

وتتسق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه إحدى الدراسات من أن الصمود النفسي هو عامل حماية جوهري لصورة الجسم حيث يمثل عامل وقاية يحول دون الإفراط في تقدير الذات سلبياً لدى السيدات بعد إجراء جراحة استئصال الثدي (وهو يتمثل في تغير الخصائص الجمالية للشكل الخارجي الذي يُعد البعد الرابع للوصمة المرتبطة بالصحة) (**Izydorczyk, Kwapniewska, Lizinczyk.,& Warchulska, 2018**).

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء ما أشار إليه الإنتاج الفكري النفسي السابق من أن الأفراد ذوي الصمود المرتفع يثقون في قدرتهم على المواظبة والمثابرة تفوق خوفهم من التغيرات والتحديات التي تواجههم، وعلى الرغم من أنهم يخبرون الصعوبات والضغوط نفسها التي يخبرها أي فرد آخر، إلا أن ما يميزهم عن منخفضي الصمود النفسي أنهم يعرفون كيف يتعاملون مع تحديات الحياة الحتمية وصعوباتها ويحققون درجة كبيرة من التوازن، وهذه القدرة تجعلهم مميزين (عايدة صالح؛ وياسرة أبو هدروس، ٢٠١٤، ٨). كما أن مفهوم الصمود النفسي ينطوي على التوافق الجيد والمواجهة الإيجابية للشدائد والأزمات النفسية، والتعافي من التأثيرات السلبية الناتجة عن هذا أو تجاوزها بشكل إيجابي ومواجهة الحياة بفاعلية واقتدار، كما يتصف الأفراد ذوو الصمود المرتفع بارتفاع فعالية الذات، وامتلاك مهارات فعالة في حل المشكلات، والمرونة، والتدين، والإحساس بالهدف من الحياة (أمل حبيب؛ وغادة عبد الحفيظ، ٢٠١٩، ١١٢– ١١٣).

وبالتالي يتضح أن ما ينطوي عليه مفهوم الصمود النفسي، وما يتسم به ذوو الصمود النفسي المرتفع يتعارض مع أبعاد الوصمة المرتبطة بالصحة مثل تعطل الحياة الاجتماعية، والاستدامة والمآل، والخطورة والضرر، وكذلك مسئولية الإصابة. وبناءًا على ذلك، يمكننا أن نبرر إنخفاض متوسط الوصمة المرتبطة بالصحة لدى المرتفعات على الصمود النفسي (من عينتي أورام الثدي والدم السرطانية) مقارنة بالمنخفضات على الصمود النفسي من عينات الدراسة الثلاث.

بينما *اختفت دلالة الفروق الجوهرية* بين المرتفعات في الصمود النفسي من عينة مريضات السمنة وبين المنخفضات في الصمود النفسي من العينات الثلاث (مريضات أورام الثدي السرطانية، ومريضات أورام الدم، ومريضات السمنة) في الوصمة المرتبطة بالصحة. مما يشير إلى غياب تأثير متغير الصمود النفسي على تخفيف الشعور بالوصمة المرتبطة بالصحة أو المعاناة منها لدى مريضات السمنة، وبروز دور نوع المرض (مرض السمنة) في تضخيم الشعور بالوصمة المرتبطة بالصحة. وهذه النتائج تعني أن ارتفاع الصمود النفسي لدى عينة مريضات

السمنة لم يصل للدرجة التي تجعله مؤثراً على درجة الوصمة المرتبطة بالصحة لديهن، حتى أنه لم يكن كافياً ليظهر فرقاً بين المرتفعات فيه من عينة مريضات السمنة وبين المنخفضات من العينات الثلاث؛ وتتفق هذه النتائج مع نتائج الفرض الرابع للدراسة الراهنة من ارتفاع متوسط الصمود النفسي لدى عينتي مريضات أورام الثدي والدم السرطانية مقارنة بعينة مريضات السمنة، وإن لم تصل هذه الفروق إلى حد الدلالة بين عينة مريضات أورام الثدي السرطانية ومريضات السمنة. كما تتفق أيضا مع نتائج هذا الفرض نفسه من أن متوسط الوصمة المرتبطة بالصحة لدى عينة مريضات السمنة كانت أعلى جوهرياً مقارنة بعينتي مريضات أورام الثدي والدم السرطانية.وهذا يعني أن المرتفعات في الصمود النفسي من عينة مريضات السمنة لم تكن لديهن سمات ذوي الصمود النفسي المرتفع، فلم يكن لديهن توازناً نفسياً ولا أساليب مواجهة فعالة أو مرونة كافية بما يمكنهم من مواجهة مرض السمنة والتوافق معه.

ويمكن تفسير هذه النتائج في ضوء ما أشارت إليه الدراسات من أن الذين يعانون من أعراض واضحة للعيان، كما هي الحال لدى عينة مريضات السمنة، اللائي أقررن خبرات وصم هائلة وكرب نفسي أكبر من أولئك الذين لديهم أعراض غير واضحة للعيان. ويضاف إلى ذلك أن عديداً من الخصائص التي تسبب الوصمة تؤدي أيضاً إلى إضعاف الصحة من خلال مجموعة من الآليات المشتركة، مثل الوصول المحدود إلى الموارد البناءة، والعزلة الاجتماعية، والتعرض للضغوط، وعدم توافر كل من التنظيم الانفعالي وسلوكيات المواجهة (**Pachankis et al., 2018, 1-3**).

نخلص من ذلك إلى أن درجة الوصمة المرتبطة بالصحة لدى عينة مريضات السمنة كانت أكبر من أن تؤثر فيها درجة الصمود النفسي لديهم.

هذه النتائج تثير تساؤلان؛ التساؤل الأول: هل كانت لتظهر هذه النتائج إذا تمت المقارنة بين المرتفعين والمنخفضين في الصمود النفسي على أساس الحد الفاصل لمقياس الصمود النفسي بدلاً من المقارنة على أساس الإرباعيات؟ تحتاج الإجابة عن هذا التساؤل لدراسة تقارن بين المرتفعين والمنخفضين في الصمود النفسي بناءًا على الحد الفاصل وليس الإرباعيات الأدنى والأعلى وذلك على عينات مماثلة لعينات الدراسة الثلاث في متغير الوصمة المرتبطة بالصحة. والتساؤل الثاني: هل يختلف الصمود النفسي باختلاف مستويات الوصمة المرتبطة بالصحة (المرتفعات والمنخفضات) ونوع المرض بين المصابات بأورام الثدي السرطانية والمصابات بأورام الدم السرطانية والمصابات بالسمنة؟. والإجابة عن هذا التساؤل تحتاج لدراسة أيضاً – نوصي بها على عينات مماثلة لعينات الدراسة الراهنة – تقارن بين المرتفعات والمنخفضات على الوصمة المرتبطة بالصحة في الصمود النفسي.

كما كشفت النتائج أيضاً عن *وجود فروق جوهرية* بين المرتفعات في الصمود النفسي من عينتي مريضات السرطان (الثدى، والدم) وبين المرتفعات في الصمود النفسي من عينة مريضات

السمنة في الوصمة المرتبطة بالصحة في اتجاه مريضات السمنة؛ مما يشير أيضاً إلى بروز دور نوع المرض (مرض السمنة) في الشعور بالوصمة المرتبطة بالصحة والمعاناة منها مقارنة بمرض السرطان بنوعيه (ولكن في حال ارتفاع درجات الصمود). هذه النتائج تؤيد وتتفق مع التفسير السابق لاختفاء الفروق بين المرتفعات في الصمود النفسي من عينة مريضات السمنة وبين المنخفضات فيه من العينات الثلاث،كما تتفق هذه النتائج أيضاً مع نتائج الفروق – السابق عرضها بالفرض الرابع – بين إجمالي العينات الثلاث والتي كشفت عن أن ارتفاع متوسط الصمود النفسي لدى عينتي مريضات أورام الثدي والدم السرطانية مقارنة بعينة مريضات السمنة، وإن لم تصل هذه الفروق إلى حد الدلالة بين عينة مريضات أورام الثدي السرطانية ومريضات السمنة. كما تتفق أيضا مع نتائج هذا الفرض نفسه من أن متوسط الوصمة المرتبطة بالصحة لدى عينة مريضات السمنة كانت أعلى جوهريا مقارنة بعينتي مريضات أورام الثدي والدم السرطانية. وبالتالي فإن هذه المقارنة بين المرتفعات في الصمود النفسي من عينتي الأورام السرطانية (الثدي، والدم) والمرتفعات في الصمود النفسي من عينة مريضات السمنةلا تعني أن العينات الثلاث لديهن الدرجة نفسها من الصمود النفسي. بل إن المرتفعات في الصمود النفسي من عينتي مريضات السرطان (الثدي، والدم) لديهن سمات ذوي الصمود المرتفع بما يجعلهم يستمتعون بمستويات مرتفعة من التأثير الإيجابي والرضا عن الحياة **(Mak, Ng, & Wong, 2011, 615)**. مما يؤثر على خفض درجة الوصمة المرتبطة بالصحة لديهن، أما المرتفعات في الصمود النفسي من عينة مريضات السمنة فليست لديهن سمات ذوي الصمود المرتفع، بالإضافة إلى ارتفاع درجة الوصمة المرتبطة بالصحة لديهن، وبالتالي فإن درجة الوصمة المرتبطة بالصحة لديهن كانت أكبر من تأثير درجة الصمود النفسي.

بينما اختفت دلالة الفروق الجوهريةبين المرتفعات في الصمود النفسي من عينة مريضات أورام الثدي السرطانية وبين المرتفعات في الصمود النفسي من عينة مريضات أورام الدم في الوصمة المرتبطة بالصحة، وبين المنخفضات في الصمود النفسي من عينة مريضات أورام الثدي السرطانية وبين المنخفضات في الصمود النفسي من عينة مريضات أورام الدم في الوصمة المرتبطة بالصحة. وقد تماثلت هذه النتائج تماماً مع نتائج الفروق – السابق عرضها بالفرض الرابع – بين إجمالي العينات الثلاث (ن= ١٢٦)، مما يشير إلى أن نوع السرطان أو مكان الإصابة به لم يكن له دور في مستوي الشعور من الوصمة المرتبطة بالصحة والمعاناة منها.

كما *اختفت دلالة الفروق الجوهرية* بين المنخفضات في الصمود النفسي من عينتي مريضات السرطان (الثدي، والدم) وبين المنخفضات في الصمود النفسي من عينة مريضات السمنة في الوصمة المرتبطة بالصحة. وقد اختلفت هذه النتائج مع نتائج الفروق – السابق عرضها بالفرض الرابع – بين إجمالي العينات الثلاث (ن=١٢٦)، مما يشير إلى أن نوع المرض (مرض السمنة)

هذه المرة لم يكن له دور مؤثر في الشعور بالوصمة المرتبطة بالصحة والمعاناة منها مقارنة بمرض السرطان بنوعيه (ولكن في حال انخفاض درجات الصمود النفسي).

وتتفق هذه النتائج أيضاً مع نتائج الفرض الأول للدراسة الراهنة، والتي كشفت عن وجود *ارتباط سالب دال* إحصائياً بين الوصمة المرتبطة بالصحة والصمود النفسي لدى عينات الدراسة الثلاث، بما يعني أنه كلما ارتفعت درجة الصمود النفسي انخفضت درجة الوصمة المرتبطة بالصحة، وهو ما تحقق في نتائج هذا الفرض.

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء ما أشارت إليه الدراسات السابقة من أن الأفراد الذين لديهم درجة أعلى من الصمود النفسي يخبرون أنفسهم بشكل أفضل جسمياً وانفعالياً، كما أن الصمود قد يقلل من الآثار السلبية للضغوط لدى المرضى (**McLeish, 2015, 19**). ويضاف إلى ذلك أن ذوات الصمود النفسي المرتفع لديهن القدرة على المحافظة على الثبات الانفعالي، مع الشعور بحالة من الاستبشار والاطمئنان إلى المستقبل (ريم سليمون، ٢٠١٥، ٩٥)، وبالتالي نجد أن المرتفعات في الصمود النفسي من عينتي الأورام السرطانية (الثدي والدم) لديهن السمات نفسها التي يتمتع بها ذوو الصمود المرتفع فيستطعن المحافظة على ثباتهن الانفعالي في ظروف المرض ومراحل العلاج، وهو ما يحدث التأثير نفسه على الوصمة المرتبطة بالصحة فتنخفض درجتها لدى مريضات العينتين على حد سواء، وتختفي الفروق بينهما. وهو ما يتفق مع ما أشارت إليه الدراسات السابقة وسبقت الإشارة إليه، من أن الصمود النفسي يُعد عامل وقاية يحول دون الإفراط في تقدير الذات سلبيا لدى السيدات بعد إجراء جراحة استئصال الثدي (وهو يتمثل في تغير الخصائص الجمالية للشكل الخارجي الذييعد البعد الرابع للوصمة المرتبطة بالصحة (**Izydorczyk, Kwapniewska, Lizinczyk & Warchulska, 2018**).

وعلى العكس من ذلك نجد أن المنخفضات على الصمود النفسي من العينتين ذاتيهما، لم تكن لديهن القدرة على التعامل مع الأحداث البيئية الضاغطة، ولا يمكنهن التعامل بشكل جيد بعد التعرض للصدمات الشديدة (أي ليس لديهن سمات ذوي الصمود المرتفع) وهو ما يؤدي إلى ارتفاع درجة الوصمة المرتبطة بالصحة لدى كلتا المجموعتين على حد سواء، وعدم وجود فروق بينهما في الوصمة المرتبطة بالصحة.

والأمر نفسه ينطبق على المنخفضات من عينتي الأورام السرطانية (الثدي والدم) عند مقارنتهن بالمنخفضات من عينة مريضات السمنة، فانخفاض درجة الصمود النفسي لديهن والتي تعني عدم قدرتهن على مواجهة الشدائد والمحن، تؤدي إلى ارتفاع درجة الوصمة لديهن على حد سواء فتختفي الفروق بين المجموعتين في الوصمة المرتبطة بالصحة.

ثانياً : الفروق على العافية النفسية :

كشفت النتائج عن *وجود فروق جوهرية* بين المرتفعات في الصمود النفسي من عينتي مريضات السرطان (الثدي، والدم) وبين المنخفضات في الصمود النفسي من العينات الثلاث (مريضات أورام الثدي السرطانية، ومريضات أورام الدم، ومريضات السمنة) في العافية النفسية في اتجاه مريضات السرطان (الثدي، والدم) المرتفعات في الصمود النفسي، ممايشير إلى بروز دور الصمود النفسي في تحسن العافية النفسية.

كما كشفت النتائج عن *وجود فروق جوهرية* بين المرتفعات على الصمود النفسي من عينة مريضات السمنة وبين المنخفضات على الصمود النفسي من عينتي (مريضات أورام الدم، ومريضات السمنة) في العافية النفسية في اتجاه مريضات السمنة المرتفعات على الصمود النفسي. وهذا يشير إلى بروز تأثير متغير الصمود النفسيعلي تحسن العافية النفسية.

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء ما أشارت إليه الدراسات من أن الأفراد الذين لديهم درجة أعلى من الصمود تكون لديهم مستويات أعلى من الأمل والتفاؤل، والعافية النفسية، كما أن الصمود النفسي يدعم نمو المعارف الإيجابية عن الذات، وهذا يؤدي إلى تعزيز العافية **(Mak, Ng, & Wong, 2011, 610- 611)** . كما تشير الدراسات إلى أن الصمود النفسي يرتبط إيجابياً بالعافية النفسية، كما أنه يؤدي دورا فعالا في تحسين الصحة النفسية للأفراد **(De Carlio & Sagone, 2014, 883)**. والأفراد الذين يتمتعون بدرجة مرتفعة من الصمود النفسي يثقون بذواتهم، ويدركون جيدا قدراتهم الخاصة، ولا يشعرون بالضغوط، كما أنهم يستخدمون انفعالات إيجابية للنهوض من إخفاقاتهم، ويبحثون عن معان إيجابية عند مواجهة الضغوط والظواهر السلبية (صالح؛ وأبو هدروس، ٢٠١٤، ٨-٩). وعلى ذلك فإذا كان الصمود النفسي يرتبط ارتباطاً إيجابياً بالعافية النفسية، وهو ما تم الإشارة إليه كما في الإنتاج الفكري النفسي السابق، وأيدته نتائج الفرض الأول بالدراسة الراهنة، كما أن ذوي الصمود المرتفع يتمتعون بسمات تعزز من العافية النفسية، فإننا نجد أن درجة الصمود النفسي المرتفعة لدى مريضات عينتي الأورام السرطانية (الثدي والدم) تعزز من عافيتهن النفسية عن طريق نمو المعارف الإيجابية عن ذواتهن، وقدرتهن على النهوض من إخفاقاتهن، ويبحثون عن معان إيجابية عند مواجهة المرض والمرور بمراحل علاجه فينظرن، على سبيل المثال، إلى معدلات الشفاء من المرض بدلا من النظر إلى معدلات الوفيات الناتجة عن الإصابة به، وهم في ذلك يشعرن بالضغوط نفسها التي يشعر بها مريضات الأورام والسمنة المنخفضات على الصمود النفسي، ولكن ارتفاع درجة الصمود النفسي لديهن تدعم من عافيتهن النفسية فتظهر الفروق بين المرتفعات في الصمود النفسي والمنخفضات فيه على العافية النفسية، فيتمتع المرتفعات بالصمود النفسي بدرجة عافية نفسية أعلى منها لدى المنخفضات في الصمود النفسي.

والأمر نفسه ينطبق على المرتفعات في الصمود النفسي من عينة مريضات السمنة حيث أن ارتفاع درجة الصمود النفسي لديهن تجعلهن يتمتعن بتقدير الذات، والشعور بالضبط الشخصي (**Cucarella & Perez, 2015, 15**). وهو ما لم تتمتع به المنخفضات على الصمود النفسي من عينتي مريضات الأورام والسمنة أيضاً، وهذه الدرجة المرتفعة من الصمود النفسي تدعم العافية النفسية لديهن فترتفع جوهريا مقارنة بالمنخفضات على الصمود النفسي من مريضات أورام الدم ومريضات السمنة.

بينما *اختفت دلالة الفروق الجوهرية* بين المرتفعات في الصمود النفسي من عينة مريضات السمنة وبين المنخفضات فيه من مريضات أورام الثدي السرطانية في العافية النفسية. مما يشير إلى ضعف تأثير متغير الصمود النفسي تماماً على تحسن العافية النفسية لدى مريضات السمنة، وبروز دور نوع المرض على انخفاض العافية النفسية.

كما كشفت النتائج عن *وجود فروق جوهرية* بين المرتفعات في الصمود النفسي من عينتي مريضات السرطان (الثدي، والدم) وبين المرتفعات في الصمود النفسي من عينة مريضات السمنة في العافية النفسية في اتجاه مريضات السرطان (الثدي، والدم). وقد تماثلت هذه النتائج تماماً مع نتائج الفروق – السابق عرضها بالفرض الرابع – بين إجمالي العينات الثلاث (ن= ١٢٦)، مما يشير أيضاً إلى بروز دور نوع المرض (مرض السمنة) في انخفاض العافية النفسية. وتتفق هذه النتائج مع نتائج الفرض الثالث للدراسة الراهنة والتي أظهرت وجود فروق بين مريضات السمنة ومريضات أورام الثدي السرطانية في الصمود النفسي وإن لم تصل هذه الفروق إلى حد الدلالة، إلا أن متوسط درجات الصمود النفسي لدى مريضات أورام الثدي السرطانية كان أعلى منه لدى مريضات السمنة، وبالتالي فإن مجموعة المرتفعات على الصمود النفسي من عينة مريضات السمنة لم ترتفع لديهن درجة الصمود النفسي ارتفاعا جوهرياً مقارنة بالمنخفضات على الصمود النفسي من مريضات أوورام الثدي السرطانية. وبالتالي لم يبرز دور الصمود في إحداث الفروق بين المجموعتين في العافية النفسية.

وبناءً على ذلك يمكننا أن نقول أن المرتفعات في الصمود النفسي من عينتي الأورام السرطانية (الثدي، والدم) كانت لديهن درجة من الصمود النفسي أعلى منها لدى المرتفعات فيه من مريضات السمنة، وبالتالي فإن مريضات عينتي الأورام السرطانية (الثدي، والدم) يتمتعن بسمات ذوي الصمود النفسي المرتفع وهو ما أدى دوراً فعالاً في تحسين ودعم عافيتهن النفسية مقارنة بمريضات السمنة المرتفعات في الصمود النفسي. وهذه النتائج تعني أن درجة الصمود النفسي لدى عينة مريضات السمنة لم ترتفع بالدرجة التي تجعلها تدعم العافية النفسية لديهن.

وهذه النتائج أيضاً تثير تساؤلاً مهماً، مضمونه هل كانت لتظهر هذه النتائج إذا تمت المقارنة بين المرتفعين والمنخفضين في الصمود النفسي على أساس الحد الفاصل لمقياس الصمود النفسي

بدلاً من المقارنة على أساس الإرباعيات؟ تحتاج الإجابة عن هذا التساؤل لدراسة تقارن بين المرتفعين والمنخفضين في الصمود النفسي بناءا على الحد الفاصل وليس الإرباعيات الأدنى والأعلى وذلك على عينات مماثلة لعينات الدراسة الثلاث في متغير العافية النفسية.

بينما *اختفت دلالة الفروق الجوهرية* بين المرتفعات في الصمود النفسي من عينة مريضات أورام الثدي السرطانية وبين المرتفعات في الصمود النفسي من عينة مريضات أورام الدم في العافية النفسية. وقد تماثلت هذه النتائج أيضاً مع نتائج الفروق – السابق عرضها بالفرض الرابع – بين إجمالي العينات الثلاث (ن= ١٢٦). مما يشير إلى أن نوع السرطان أو مكان الإصابة به لم يكن لهما دور في انخفاض مستوى العافية النفسية.

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء ما أشارت إليه الدراسات السابقة من أن ذوي الصمود المرتفع لديهم رؤية أكثر إيجابية للعالم، ولبيئتهن، كما أنهن أكثر كفاءة في مواجهة التحديات **(Mak, Ng, & Wong, 2011, 615)**. كما أكدت الدراسات أن الصمود النفسي يُعد منبئاً بالعافية النفسية **(DeCaroli., & Sagone, 2014, 883)**. وعلى ذلك فإن ارتفاع درجة الصمود النفسي لدى مريضات كلتا المجموعتين تدعم العافية النفسية لديهن بالدرجة نفسها، وترفع من كفاءتهن في مواجهة تحديات المرض والضغوط الناتجة عنه، بما يؤدي إلى ارتفاع درجة العافية النفسية لدى كلتا المجموعتين بالدرجة نفسها، وهو ما يسبب اختفاء الفروق بينهما.

كما كشفت النتائج عن *وجود فروق جوهرية* بين المنخفضات في الصمود النفسي من عينة مريضات أورام الثدي السرطانية وبين المنخفضات في الصمود النفسي من عينتي (مريضات أورام الدم، ومريضات السمنة) في العافية النفسية في اتجاه مريضات أورام الثدي السرطانية؛مما يشير إلى بروز دور نوع المرض (مرض السمنة)، وبروز دور نوع السرطان (أورام الدم السرطانية) – للمرة الأولى – في انخفاض مستوى العافية النفسية.

وتُعد هذه النتيجة أول اختلاف جوهري يظهر بين استجابات عينتي السرطان، وعلي الرغم من أن التصور الأولي لهذه الدراسة أن الفروق في العافية النفسية تكون في اتجاه عينة أورام الدم السرطانية وليس في اتجاه عينة أورام الثدي السرطانية نظراً لوجود المرض في جزء حيوي من جسم الإناث. ومع ذلك كانت أغلب نتائج الفروق بين عينتي السرطان غير جوهرية، إلا هذه المرة فكانت هناك فروق جوهرية بينهما على العافية النفسية في اتجاه عينة أورام الثدي السرطانية. ويمكن تفسير هذه النتيجة من واقع المشاهدات الميدانية أثناء التطبيق حيث لوحظ على مريضات أورام الدم انتشار معلومة بينهن مضمونها أن المرض عالي الخطورة ونسب التعافي منه ضعيفة، على عكس عينة مريضات أورام الثدي السرطانية فكان ينتشر بينهن التفاؤل بنسب الشفاء المرتفعة منه مقارنة بباقي أنواع السرطان في العموم.

ويتفق هذا التصور والنتيجة مع ما توصلت إليه دراسة "لوكونتي، وإلسي– كويست، وإيكهوف، وهايد، وشيلر" **LoConte, Else-Quest, Eickhoff, Hyde, & Schiller (2008)** والتي هدفت إلى المقارنة بين مرضى سرطان الرئة ذوي الخلايا غير الصغيرة بكل من مرضى أورام الثدي السرطانية وسرطان البروستاتا في كل من مستويات الشعور بالذنب، والخزي؛ على اعتبار أن مرضى سرطان الرئة قد يشعرون بالذنب والخزي أكثر نتيجة تدخينهم في السابق. فقد أظهرت نتائج الدراسة أن مرضى سرطان الرئة ذوو الخلايا غير الصغيرة كانت مستوياتهن مرتفعة على الوصمة المدركة المرتبطة بالسرطان مقارنة بمجموعتي المقارنة، ولم يختلف متوسط الشعور بالذنب العام والشعور بالخزي العام بين المجموعات الثلاث؛ ولم يتغير بمرور الوقت على مدار الثلاث قياسات. ولوحظ أن أعراض الاكتئاب (وهو من مؤشرات ضعف العافية النفسية) بلغت ذروتها لدى مرضى سرطان الرئة في شهرين، بينما بلغت لدى مجموعات المقارنة في ٦ أشهر. كما أظهر المرضى الذين يعانون من سرطان الرئة زيادة خطية في القلق (وهو أيضاً من المؤشرات ضعف العافية النفسية) على مدى ٦ أشهر، في حين أن مرضى مجموعات المقارنة لم يحدث معهن ذلك.

بينما *اختفت دلالة الفروق الجوهرية* بين المنخفضات في الصمود النفسي من عينة مريضات أورام الدم وبين المنخفضات في الصمود النفسي من عينة مريضات السمنة في العافية النفسية؛مما يشير إلى أن غياب تأثير نوع المرض (مرض السمنة) للمرة الأولى أيضاً، ولم يكن له دور في انخفاض العافية النفسية لدى مريضات السمنة مقارنة بمريضات أورام الدم. أو ربما يشير إلى بروز نوع المرض (أورام الدم السرطانية) مرة أخرى ولكن هذه المرة مقابل مريضات السمنةوليس مقابل مريضات أورام الثدي السرطانية حيث أحدث تكافؤاً في مستوى العافية النفسية لدى مريضات أورام الدم مع مريضات السمنة اللاتي كن غالباً منخفضات على العافية النفسية ومرتفعات على الوصمة المرتبطة بالصحة مقارنة بعينتي السرطان (الثدي، والدم).

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء ما أشارت إليه الدراسات من أن الصمود النفسي يسبب تغييراً للأفضل لدى المرضى، بما يزيد من قبولهن للعيوب في الحياة، ويساعدهن على التكيف مع حالتهن المرضية (**Giacomo et al., 2016, 191- 195**). وبالتالي فإن المنخفضات في الصمود النفسي من عينة مريضات أورام الدم السرطانية وعينة مريضات السمنة لا يتمتعن بسمات ذوي الصمود المرتفع، فمريضات كلتا المجموعتين ليست لديهن درجة من الصمود لدعم العافية النفسية وتحسين صحتهم النفسية، مما يؤدي إلى انخفاض درجة العافية النفسية لدى مريضات كلتا المجموعتين على حدٍ سواء، وبالتالي تختفي الفروق بينهما في العافية النفسية.

قائمة المراجـــع

أولاً : مراجع باللغة العربية :

أبو جربوع، علاء الدين (٢٠٠٥). مدى فاعلية برنامج مقترح في الإرشاد النفسي لتخفيف وصمة المرض النفسي المرتبطة بالعلاج النفسي. ***رسالة ماجستير (غير منشورة)***، كلية التربية، الجامعة الإسلامية بغزة.

أبو غزالة، سميرة (٢٠٠٩). مقياس كفاءة المواجهة وعلاقته بالعوامل الخمسة الكبرى للشخصية. ***مجلة العلوم التربوية***. ١٧(٢)، ٢٠٥-٢٦٠.

الأميري، عامر؛ العيثاوي، أمل؛ الشمري، سمر (٢٠١٦). السمنة عند أطفال الرياض وعلاقتها ببعض المتغيرات الأسرية. ***مجلة كلية التربية للبنات***، *جامعة بغداد*، ٢٧ (٢)، ٥٨٧-٥٩٦.

الأنصاري، بدر (٢٠٠٢). ***المرجع في مقاييس الشخصية***. الكويت: دار الكتاب الحديث.

البداينة، ذياب؛ والدراوشة، عبد الله؛ والعوران، حسن؛ وآل خطاب، سليمان؛ والتوايهة، عباطة (٢٠١١). الوصم الاجتماعي واتجاهات طلبة الجامعات الأردنية نحو المصابين بمرض الإيدز. ***المجلة الأردنية في العلوم الاجتماعية***، ٤(١)، ٤٨- ٧٠.

الجمعية السعودية الخيرية لمكافحة السرطان (٢٠١٣). كل ما تريد أن تعرفه عن أورام الدم السرطانية. المملكة العربية السعودية: ***الجمعية السعودية الخيرية لمكافحة السرطان***.

الدراوشة، عبد الله (٢٠١٠). المعرفة والوصم الاجتماعي واتجاهات طلبة الجامعات الأردنية نحو المصابين بمرض الإيدز. ***رسالة دكتوراه (غير منشورة)***، عمادة الدراسات العليا، جامعة مؤته.

الشناوي، نجوى (٢٠١٠). جودة الحياة وفعالية الذات والكفاءة الاجتماعية لدى المرضى السيكوسوماتيين والأصحاء. ***رسالة دكتوراه (غير منشورة)***، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة طنطا.

الصبوة، محمد؛ عبد اللطيف، هند (٢٠١٨). الأفكار الآلية كعملية وسيطة بين القلق والاكتئاب لدى الراشدين المدخنين وغير المدخنين من الجنسين. ***المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي***، ٦(١)، ٨٩-١٣٢.

أيدلمان، روبرت (٢٠٠٠). مقدمة في علم نفس الصحة. في: ليندزاي، س. ل؛ وبول. ج. ي. ***مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين*** (٥٦٥-٥٩٤)، (ترجمة) صفوت فرج. القاهرة: الأنجلو المصرية.

حبيب، أمل، عبد الحفيظ، غادة (٢٠١٩). الذكاء الروحي وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية لدى طالبات كلية التربية جامعة بيشة "دراسة عاملية". ***المجلة التربوية لكلية التربوية بسوهاج***، ٦٧(٦٧)، ١٠٥- ١٨٥.

ديكسون، مايك (٢٠١٣). ***أورام الثدي السرطانية***، (ترجمة): مزبودي، هنادي، الرياض: دار المؤلف.

سرميني، إيمان (٢٠١٥). ***مقياس الصمود النفسي***. القاهرة: الأنجلو المصرية.

سعدون، صبرينة (٢٠١٧). السمنة وعلاقتها بظهور القلق لدى المراهقات "دراسة ميدانية لحالتين بأم البواقي". ***رسالة ماجستير (غير منشورة)***، جامعة العربي بن المهيدي: كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية.

سليمون، ريم (٢٠١٥). الصمود النفسي ومعنى الحياة والتدفق من وجهة نظر علم النفس الإيجابي دراسة تحليلية لصمود الجيش العربي السوري. ***مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية*** – سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية المجلد (٣٧) العدد (٢)، ٨٩ -١٠٥.

شرف، زينب (٢٠١٨). الصمود النفسي وعلاقته بالدافع للإنجاز والأمن النفسي لدى عينة من طلاب الدراسات العليا الوافدين. ***رسالة ماجستير (غير منشورة)***، كلية الآداب: جامعة المنصورة.

صالح، عايدة؛ أبو هدروس، ياسرة (٢٠١٤). الصمود النفسي وعلاقته باستراتيجيات مواجهة تحديات الحياة المعاصرة لدى النساء الأرامل بقطاع غزة (نسخة إلكترونية) من خلال: **http://www.researchgate.net/publication/304275956.**

صبار، أسيل (٢٠١٥). الصمود النفسي لدى طلبة الجامعة النازحين وغير النازحين. ***مجلة كلية الآداب***، جامعة بغداد، ١١٤، ٦٠٣- ٦٢٦.

علام، سحر (٢٠١٣). الصمود النفسي وعلاقته بالتماسك الأسري لدى عينة من طالبات كلية البنات جامعة عين شمس. ***مجلة الإرشاد النفسي***، ٣٦، ١١٠- ١٥٤.

علي، شادية (٢٠١٤). الصمود النفسي وعلاقته بالعوامل الخمسة الكبرى للشخصية لدى عينة من الفتيات المتأخرات عن الزواج بمدينة الرياض. ***رسالة ماجستير (غير منشورة)***، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية: كلية العلوم الاجتماعية والإدارية.

علي، محمد (٢٠١٨). الصمود النفسي والمعتقدات الصحية كمنبئين بتنظيم الذات وأبعاد عمه المشاعر لدى مرضى النمط الثاني من السكري والأصحاء. ***المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي***، ٦(٤)، ٤٨٥- ٥٣٨.

مجمع اللغة العربية (٢٠٠٠). ***المعجم الوجيز***. القاهرة: الهيئة العامة لشئون المطابع الأميرية.

مرسي، صفاء (٢٠١٧). الصلابة النفسية كمتغير معدل للعلاقة بين مدة الزواج وخطط الحفاظ على استمرار الحياة الزواجية لدى عينة من الأزواج والزوجات. ***المجلة المصرية لعلم النفس الاكلينيكي والإرشادي***، ٥(٣)، ٣٣٩-٤٠٢.

ثانياً : مراجع باللغة الإنجليزية :

American Cancer Society (2017). **Breast Cancer.***USA: American Cancer Society*.

American Psychological Association (2000). ***The road to resilience.*** Washington,DC: *American Psychological Association*.

Bainson, K. A. & Van den Borne, B. (1998). Dimensions and process of stigmatization in leprosy. ***Leprosy review,*** 69(4), 341-350.

Ballard, K. M. (2016). Directors' Professional Devaluation from Firm Bankruptcy: an Integrated Model of the Effects of Stigma, Devaluated Competence, and Gained Experience (Doctoral dissertation). A DissertationPresented toThe Faculty of the C.T Bauer College of Business University Of HoustonIn Partial Fulfillment Of the Requirements for ***the Degree Doctor of Philosophy.*** (avaliable at https://uhir.tdl.org/bitstrea m/handle/10657/2767/BALLARDDISSERTATION2016.pdf?sequence=1&isA llowed=y).

Bandura, A. (1992). Exercise of personal agency through the self-efficacy mechanism. In Schwarzer, R (ed.). ***Self-efficacy thought control of action*** (3-38). Washington, DC: Hemisphere.

Bedi, M. & Devins, G. M. (2016). Cultural considerations for South Asian women with breast cancer. ***Journal of Cancer Survivorship***, 10(1), 31-50.

Berger, B., E., Ferrans, C., E. & Lashley, F., R. (2001). Measuring Stigma in People With HIV: Psychometric Assessment of the HIV Stigma Scale. ***Research in Nursing & Health***, 24(6), 518-529.

Booth,S., Ryan, R., Clow,A., Smyth, N., Sharpe, S. & Spathis, A. (2018). Enhancing well-being and building resilience in people living with cancer part 2: acentral role for nurces. Retrieved Mars 20, 2019, from:***Cancer Nursing Practice.*** doi:10.7748/cnp.2018.e1596.

Bos, A. E., Pryor, J. B., Reeder, G. D., & Stutterheim, S. E. (2013). Stigma: Advances in theory and research. ***Basic and applied social psychology***, 35(1), 1-9.

Carter-Harris, L. & Hall, L. A. (2014). Development of a Short Version of the Cataldo Lung Cancer Stigma Scale. ***Journal of psychosocial oncology,*** 32(6), 665-677.

Cataldo, J. K., Slaughter, R., Jahan, T. M., Pongquan, V. L. & Hwang, W. J. (2011, January). Measuring stigma in people with lung cancer: psychometric testing of the cataldo lung cancer stigma scale. *In* ***Oncology nursing forum*** 38(1), p. E46. NIH Public Access.

Cognetti, J.M. (2013). Perceptions of Breast Cancer-Related Stigma and Genetic Knowledge Among Latina Women: El Mejor Entendimiento Del Miedo. Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements For ***the Degree of Master***of Science in Genetic Counseling School of Medicine University of South Carolina. (available at https://scholarcommons.sc.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2252&context=et).

Costanzo, E., Ryff, C. & Singer, B. (2009). Psychosocial Adjustment Among Cancer Survivors: Findings From a National Survey of Health and Well-Being. ***Journal of health psychology,***28(2), 147-156.

Cucarella, S. & Perez, M (2015). Positive psychology in women with breast cancer. ***The European Proceedings of Social & Behavioral Sciences,*** 12-21.

Cummins, R.A. &Lau, A. L. D. (2006). Using health and subjective wellbeing for quality of life measurement: A review. In L. Bauld; K. Clarke & T. Maltby (Eds.), ***Social Policy Review***(vol.18, pp. 165-192). Bristol: Policy Press.

Day, E. N., Edgren, K., & Eshleman, A. (2007). Measuring stigma toward mental illness: Development and application of the mental illness stigma scale. ***Journal of Applied Social Psychology,*** 37, 2191-2219.

De Carlio, M., & Sagone, E. (2014). Relationships between psychological well-being and resilience in middle and late adolescents. ***Journal of Procedia- Social and behavioral sciences,*** 141, 881-887.

Earnshaw, V. A. & Quinn, D. M. (2012). The impact of stigma in healthcare on people living with chronic illnesses. ***Journal of health psychology,*** 17(2), 157-168.

Earnshaw, V. A., Quinn, D. M., Kalichman, S. C., & Park, C. L. (2013). Development and psychometric evaluation of the chronic illness anticipated stigma scale. ***Journal of behavioral medicine,*** 36(3), 270-282.

Fujisawa, D. & Hagiwara, N. (2015). Cancer stigma and its health consequences. ***Current Breast Cancer Reports,*** 7(3), 143-150.

Gao, Y., Yuan, L., Pan, B., & Wang, L. (2019). Resilience and associated factors among Chinese patients diagnosed with oral cancer. ***BMC cancer,*** 19(1), 447-456.

Giacomo, D., Cannita, K.,Ranieri, J., Cocciolone, V., Passafiume, D. &Ficorella, C. (2016). Breast cancer and psychological resilience among young women. ***Journal of Psychopathology,*** 22, 191-195.

Gupta, A., Dhillon, P. K., Govil, J., Bumb, D., Dey, S., & Krishnan, S. (2015). Multiple stakeholder perspectives on cancer stigma in North India. ***Asian Pacific journal of cancer prevention:*** APJCP, 16(14), 6141-6147.

Hughes, K., Bombak, A. E., & Ankomah, S. (2019). Experiences of weight-related stigma among low-income rural women of higher weights from the midwestern United States. ***Qualitative Research in Medicine and Healthcare,*** 3(1), 25-31.

Izydorczyk, B., Kwapniewska, A., Lizinczyk, S.,& Warchulska, K. (2018). Psychological resilience as aprotective factor for the body image in post – mastectomy women with breast cancer. ***International journal of invironmental research and public health,*** 15, 1181-1197.

Janulis, P. F. (2010). Understanding addiction stigma: Examining desired social distance toward addicted individuals. ***the Degree of Master*** *of Science* Department of Psychology College of Liberal Arts and Science DePaul University Chicago, Illinois. (available at https://via.library.depaul.edu/ cgi/viewcontent.cgi?article= 1047&context=etd).

Knapp, S., Marziliano, A., & Moyer, A. (2014). Identity threat and stigma in cancer patients. ***Health psychology open,*** 1(1),1-10.

Kozikowski, D.,(2005). "A Dirty Crab Eating Away at the Breast": The Stigma of Cancer in Post-Socialist Czech Republic. (electronic copy) (available ***athttps://scholar.google.com.eg/scholar?hl=en&as_sdt=0%2c5&q=%22a+dirtycrab+eating+away+at+the+breast%22%3a+the+stigma+of+cancer+in&btng=).***

Lees, N.F. (2009). The ability to bounce back: The relationship between resilience, coping, and positive outcomes. ***Unpublished Master dissertation,*** Massey University, New Zealand. (avaliable athttps://mro.massey.ac.nz/bitstream/handle/10179/1173/Thesis%20Full.pdf?sequence=1).

Li, M., & Wang, L. (2016). The associations of psychological stress with depressive and anxiety symptoms among chinese bladder and renal cancer patients: the mediating role of resilience. ***Journal of Plos One***, 11(4). 1-13.

LoConte, N. K., Else-Quest, N. M., Eickhoff, J., Hyde, J., & Schiller, J. H. (2008). Assessment of guilt and shame in patients with non–small-cell lung cancer compared with patients with breast and prostate cancer. ***Clinical lung cancer,*** 9(3), 171-178.

Maggio, L. (2015). Explore the Relationship Among Lung Cancer Stigma, Social Support, and Psychosocial Distress. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for ***the degree of Doctor of Philosophy,*** College of Nursing, University of Kentucky.

Mahdian, Z. & Ghaffari, M. (2016). The mediating role of psychological resilience and social support on the relationship between spiritual well being and hope in cancer patients. ***Journal of Fundamentals of Mental Health,*** 18 (3), 130-138.

Major, B., & O'Brien, L. T. (2005). The social psychology of stigma. ***Annual Review of Psychology,*** 56 (1): 393–421.

Mak, W.,Ng, I., & Wong,C. (2011). Resilience: Enhancing well- being through the positive cognitive triad. ***Journal of Counselling Psychology,*** 58(4), 610-615.

Marlow, L. A. & Wardle, J. (2014). Development of a scale to assess cancer stigma in the non-patient population. ***BMC cancer,*** 14(1), 285.

Marlow, L. A., Waller, J., & Wardle, J. (2015). Does lung cancer attract greater stigma than other cancer types?. ***Lung Cancer,*** 88(1), 104-107.

McGonagle, A. K. & Barnes-Farrell, J. L. (2014). Chronic illness in the workplace: Stigma, identity threat and strain. ***Stress and Health,*** 30(4), 310-321.

McLeish, O. (2015). Stigma and resilience: lived experiences of people with HIV in a northern community. ***Unpublished Masters of science,*** Northern Caribbean University.

McLeish, O. (2007). Stigma and resilience: lived experiences of people with HIV in a northern community. ***Unpublished Masters of science***, Northern Caribbean University.

Morton, J. F. (2008). An examination of middle school students' reported knowledge of autism: Using analysis to inform inclusive education. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for ***the degree of Doctoral,*** Graduate Faculty- University of Georgia.

Nyblade, L., Stockton, M., Travasso, S., & Krishnan, S. (2017). A qualitative exploration of cervical and breast cancer stigma in Karnataka, India. ***BMC Women's Health,*** 17(1), 58-72.

Oaten, M., Stevenson, R. J., & Case, T. I. (2009). Disgust as a disease-avoidance mechanism. ***Psychological Bulletin***, 135(2), 303-321.

Pachankis, J. E., Hatzenbuehler, M. L., Wang, K., Burton, C. L., Crawford, F. W., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2018). The burden of stigma on health and well-being: A taxonomy of concealment, course, disruptiveness, aesthetics, origin, and peril across 93 stigmas. ***Personality and Social Psychology Bulletin***, 44(4), 451-474.

Palmeira, L., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2017). Processes of change in quality of life, weight self-stigma, body mass index and emotional eating after an acceptance-, mindfulness-and compassion-based group intervention (Kg-Free) for women with overweight and obesity. ***Journal of Health Psychology,*** 1-14.

Panter-Brick, C. & Leckman, J. (2013). Editorial commentary: resilience in child development – interconnected pathways to wellbeing. ***The Journal of Child Psychology and Psychiatry***, 54, 333-336.

Peltzer, K. & Pengpid, S. (2016). Anticipated stigma in chronic illness patients in Cambodia, Myanmar and Vietnam. ***Nagoya journal of Medical Science,*** 78(4), 423-435.

Phelan, S.M., Griffin, J.M., Jackson, G.L., Zafar, S.Y., Hellerstedt, W., Stahre, M., Nelson, D., Zullig, L.L., Burgess, D.J. & Van Ryn, M. (2013). Stigma, perceived blame, self-blame, and depressive symptoms in men with colorectal cancer. ***Psycho-oncology,*** 22(1), 65-73.

Phillips, D. (2006). ***Quality of life-concept, policy and practice***. London; New York: Routledge.

Rapley, M. (2003). ***Quality of life research – a critical introduction.*** London: SAGE publications.

Richardson,G. (2002). The meta theory of resilience and resiliency. ***Journal of clinical Psychology***, 58(3), 307- 321.

Schaller, M., & Murray, D. R. (2008). Pathogens, personality, and culture: Disease prevalence predicts worldwide variability in sociosexuality, extraversion, and openness to experience. ***Journal of Personality and Social Ppsychology,*** 95(1), 212-221.

Southwick, S., Bonanno, G., Masten, A.,Brick, C. & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. ***European Journal of Psychotraumatology***,5:2533B- from:http://dx.doi.org/ 10.3402/ejpt. V5. 2533B.

Still, J. (2014). Identifying effective social work practices in response to prostitution.***Master of Science***in Gender Studies, Graduate School of Social Work, Lund University. (available at https://lup.lub.lu.se/student-paper Trew s/search/publication/4460072).

Subramanian, R. (2016).Investigating the Potential of Visual Narratives to Reduce Mental Illness Stigma. Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for ***the Degree Doctor of Philosophy,*** the Faculty of the Graduate School, University of Nebraska Omaha. (available athttps://mospace.umsystem.edu/xmlui/bitstream/handle/10355/62474/research . pdf?sequene=1&isAllowed=y).

Taft, T. H., Keefer, L., Artz, C., Bratten, J., & Jones, M. P. (2011). Perceptions of illness stigma in patients with inflammatory bowel disease and irritable bowel syndrome. ***Quality of life Research,*** 20(9), 1391-1399.

Takada, S. (2012). Quality of Life, Health-Related Stigma, and the Social Context: Longitudinal Analyses of PLWHA in Uganda and a Literature Review. ***Doctoral dissertation,*** Harvard University. (available at https://dash.harvard.edu/bitstream/handle/1/9876054/Takada_gsas.harvard_0084L_10656.pdf?sequence=3).

The WHOQoL Group. (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQoL): Development and general psychometric properties. ***Social Science and Medicine***, 46, 1569-1585.

Vartak, J. (2015). The role of hope and social support on resilience in cancer patients. *Indian* ***Journal of Mental Health***, 2(1), 35-42.

Veenhoven, R. (2008). Sociological theories of subjective well-being. In M. Eid & R. Larsen (Eds.), "***The Science of Subjective Well-being: A tribute to Ed Diener***" (pp. 44-66). New York:Guilford Publications.

Ventegodt, S.; Merrick, J. & Andersen, N.J. (2003). Quality of Life Theory I -The IQOL Theory: An integrative theory of the global quality of life concept. ***The Scientific world journal,*** 3, 1030-1040.

Wang, L.,& Li, M (2016). The associations of the psychological stress with depressive and anxiety symptoms among Chinese bladder and renal cancer patients: The mediating role of resilience. ***Journal of Plos ONE*****:** 11(4),1-13.

Wu, Y. K., Berry, D. C., & Schwartz, T. A. (2019). Weight stigma and acculturation in relation to hair cortisol among Asian Americans with overweight and obesity: A cross-sectional study. ***Health psychology open,*** 6(1), 1-13.

Yates, T., Tyrell, F. & Masten, A. (2014). Resilience theory and the practice of positive psychology from individuals to societies. In Joseph, S. (Ed.), ***Positive psychology in practice: Promoting human flourishing in work, health, education, and everyday life***(pp. 773-788). Hoboken, NJ: John Wiley.

Zhang, L., Xiaoming Li, L., Qiao, S., Zhou, Y., Shen, Z., Shah, I.,& Stanton, B. (2015). The mediating role of individual resilience resources in stigma – health relationship among people living with HIV in Guangxi, China. ***Journal of Psychological and socio–medical Aspects of AIDS/HIV***, 27 (10), 1317- 1325.

Psychological Resilience As A Mediator Variable Between Health-Related Stigma And Psychological Well-being Among a Sample Of Women With Breast Cancer, Blood Cancer And Obesity

Nagwa I. El-Shenawy - Amira M. El-Dok
Dept. Psychology - Tanta University

Abstract:

The current study aims at examining psychological resilience as a Mediator process between health-related stigma and psychological well-being in a sample of women with breast cancer, blood cancer, and obesity; and to identify the role of psychological resilience in understanding the causal relationship between health-related stigma and psychological well-being, and it'sability to predict both of health-related stigma and psychological well-being. The study followed Non-Experimental Approach (the descriptive and correlative approach). On a sample consists of (126) female participants, their ages ranged between (19-69) years. The study's tools consisted of three measures: health-related stigma inventory Authored by the first researcher, psychological resilience inventory Authored by the second researcher, psychological well-being scale Authored by the first researcher, In addition to the initial interview for sorting and classification. The results of the study found a significant negative correlation between health-related stigma and psychological resilience, and there is a significant negative correlation between health-related stigma and psychological well-being, and there is a significant correlation between psychological resilience and psychological well-being in the three study samples. The results also revealed the contribution of psychological resilience in predicting both health-related stigma and well-being in the three study samples. The results of simple analysis of variance (ANOVA) showed significant differences between the three groups on health-related stigma, psychological resilience and psychological well-being. Finally, the results of the study revealed that Different booth health-related stigma and psychological well-being Differently by the interaction between the levels of psychological resilience (highs and lows) and type of disease in the study samples.