

التوجه الديني من مُحددات التوافق النفسي والإجتماعي لدى مرضى Colostomy (تحويل المسار)

د. ونام على مصطفى
إختصاصي نفسي بمركز الأورام
جامعة المنصورة
karatec03@gmail.com

المستخلص:

يُعد التوجه الديني Religious Orientation نمط سلوكي، وأسلوب حياة يهدف الإلتزام بأفكار المعتقد الديني، وتعاليمه تجاه الله والمجتمع، فالمتمدين يملك إرادة تعديل حياته بغض النظر عن نوع الدين الذي ينتمي له. أشار كارل يونج (Carl Jung) أن المشكلات الصحية أساسها الإفتقار إلى وجهة النظر الدينية في الحياة في حالة أن السبب غير عضوي المنشأ، فهنا يصبح الأفراد فريسة المرض لأنهم فقدوا الشيء الذي تمنحه الأديان، وأن الشفاء الحقيقي لا يكون إلا بعد أن يستعيد الفرد نظرتة الدينية في الحياة (محمد نجاتي، ١٩٩٣، ص: ٢٦٩)

إن التدين ببعبديه الداخلي Internal Religious والظاهري External Religious لعينة الدراسة (مرضى الكولوستومي Colostomy) مُنبأً قوياً للتوافق النفسي والإجتماعي لهؤلاء المرضى مع مراعاة نوع المريض (ذكر أو أنثى) وحالته الإجتماعية، وعمره، وحجم أسرته، هذه المتغيرات الديموجرافية قد تساعد على توضيح الفروق، وكيفية أن التدين منبأً للتوافق النفسي بمكوناته (التوافق الذاتي Self-Adjustment والتوافق الإنفعالي Adkustment Emotional والتوافق الصحي Health Adjustment والتوافق الإجتماعي بمكوناته العزلة الإجتماعية Social Isolation والتوافق الأسري Family Adjustment والتوافق الزوجي Marital Adjustment) لدى مرضى الكولوستومي (Gillant, 2001, P:17).

الكلمات المفتاحية:

التوجه، الديني، محددات، التوافق.

مقدمة الدراسة:

يُعد التوجه الدينى Religious Orientation نمط سلوكى، وأسلوب حياة يهدف الإلتزام بأفكار المعتقد الدينى، وتعاليمه تجاه الله والمجتمع، فالمتمدين يملك إرادة تعديل حياته بغض النظر عن نوع الدين الذى ينتمى له. أشار كارل يونج (Carl Jung) أن المشكلات الصحية أساسها الإفتقار إلى وجهة النظر الدينية فى الحياة فى حالة أن السبب غير عضوى المنشأ، فهنا يصبح الأفراد فريسة المرض لأنهم فقدوا الشئ الذى تمنحه الأديان، وأن الشفاء الحقيقى لا يكون إلا بعد أن يستعيد الفرد نظرتة الدينية فى الحياة (محمد نجاتى، ١٩٩٣، ص: ٢٦٩)

إن التدين ببعبديه الداخلى Internal Religious والظاهرى External Religious لعينة الدراسة (مرضى الكولوستومى Colostomy) مُنبأً قوياً للتوافق النفسى والإجتماعى لهؤلاء المرضى مع مراعاة نوع المريض (ذكر أو أنثى) وحالته الإجتماعية، وعمره، وحجم أسرته، هذه المتغيرات الديموجرافية قد تساعد على توضيح الفروق، وكيفية أن التدين منبأً للتوافق النفسى بمكوناته (التوافق الذاتى Self-Adjustment والتوافق الإنفعالى Adkustment Emotional والتوافق الصحى Health Adjustment والتوافق الإجتماعى بمكوناته العزلة الإجتماعية Social Isolation والتوافق الأسرى Family Adjustment والتوافق الزوجى Marital Adjustment) لدى مرضى الكولوستومى (Gilant, 2001, P:17).

مشكلة الدراسة وأسئلتها:

دراسة التدين لمرضى الكولوستومى (تحويل المسار) من المجالات الجديدة فى علم النفس الروحانى Spiritual Psychology، وعلم النفس الصحة Health Psychology، ومع كثرة إنتشار المرضى، وفى ضوء ما أكدت عليه الدراسات كان لا بد من الإسهام فى البحث عن المتغيرات التى تساعد هؤلاء المرضى لكى يتكيفوا مع من حولهم (أسرهم، وأماكن عملهم)، ولحساسية نوع العينة؛ وجدت الباحثة من خلال إحتكاكها مع هؤلاء المرضى، أن التدين يمكن أن يكون منبأً للتوافق النفسى والإجتماعى، فمرضى الكولوستومى (الناتج عن سرطان القولون)، - أو ما يُسمى تحويل المسار - من أكثر المرضى إحتياجاً للتدين والرضا، فهى عملية جراحية تشمل توصيل جزء من القولون بجدار البطن الأمامى تاركاً للمريض فتحة بالبطن تُسمى Colostomy، ولذلك فإن هؤلاء المرضى يعانون مشاكل نفسية كثيرة منها (الإكتئاب، والإنطواء، والخجل الإجتماعى، والإغتراب الذاتى، والوحدة، والإنفصال فى حالات الزواج، والإنعزالية، والشعور بالدونية ووصمة الذات، فكل من حوله يتقذذ منه) وهذا ما أكدت عليه العديد من الدراسات، وفى دراسة (Potter, et. al, 2006)، التى أكدت على أن مرضى الكولوستومى يعانون من الإكتئاب والإنطواء، ودراسة كلاً من (Lillis, Taylor, C.R, 2013) بعنوان " الإنعزالية والإضطهاد لدى مرضى سرطان القولون، كما أنهم يعانون من قلق الموت (Clemone. P) (Lyne, P. 2011)، ويواجهون مشكلات قد تؤدى بهم إلى فكرة الإنتحار دراسة (Bruce and Tucker, L. 2013)، ودراسة (Gwolff, 2013)، ودراسة (Williams, and Wilkins, L. 2015)، ودراسة (Zabora, et. al, 2015)، ودراسة (Contemn, et. al, 2017)، ودراسة (Naffjl & Lindahi, et. al, 2016)، ودراسة (Annika, 2016)؛ جميع هذه الدراسات تؤكد نتائجها على أن هؤلاء المرضى يفتقدون التوافق النفسى الإجتماعى.

ومن العرض السابق تتحدد مشكلة الدراسة من خلال الإشكاليات الفرعية التالية:

١- التوجه الدينى مُنبأً بالتوافق النفسى والإجتماعى لدى مرضى الكولوستومى، وقد انبثقت هذه الإشكالية من عدة دراسات نشير لبعض منها: أشارت دراسة (Desbrosses, 2017) أن التوجه الدينى مُنبأً بالتوافق النفسى الإجتماعى لدى مرضى الكولوستومى، وكذلك دراسة (Majdoul, 2018) بأن التوجه الدينى ببعديه الداخلى والظاهرى يُساعد مرضى الكولوستومى على التوافق النفسى، والتوافق الأسرى، والتوافق الزواجى، وكذلك دراسة كلاً من (Saca, F, 2013 and Scheler, 2016)، والتي أشارت نتائجها إلى أن التوجه الدينى مُنبأً بالتوافق النفسى والتوافق الإجتماعى.

٢- إشكالية إختلاف التوجه الدينى باختلاف المتغيرات الديموجرافية، فالنسبة لمتغير النوع فقد أشارت نتائج دراسة (Dubar, et. al, 2018) أن التوجه الدينى يختلف باختلاف النوع، وأن التوجه الدينى يختلف باختلاف الحالة الإجتماعية كما فى دراسة (Atena, M & Mahvash, 2012)، وأنه يختلف باختلاف الفئة العمرية (Alfer S. M and Carver C.s, 2010) وكذلك الأمر بالنسبة لمتغير حجم الأسرة (Zeppelin, 2017).

٣- إشكالية إختلاف التوافق النفسى والإجتماعى باختلاف المتغيرات الديموجرافية (النوع – الحالة الإجتماعية – السن – حجم الأسرة) لدى مرضى الكولوستومى، وهذا ما أكدت عليه دراسة (Ellison, R, 1999)، (Hood, s, et. al, 1997)، (Elena & and Kalichmak, 2018)، (Varma and Azhar, 2001).

أجريت العديد من الدراسات التى تؤكد على إختلاف كلاً من التوافق النفسى والإجتماعى لدى مرضى الكولوستومى باختلاف الحالة الإجتماعية، أى أنه كلما كانت الحياة الزوجية مستقرة كلما ارتفع التوافق النفسى والإجتماعى لديهما.

(Harris, 2011, P. 132) & (Kantor and Debra, 2013)

وفى نفس السياق أكدت دراسة (Elena and Kalichman, 2018) على أهمية متغيرى السن والحالة الإجتماعية والنوع كمحددات للتوافق النفسى والإجتماعى لدى مرضى الكولوستومى.

وفى ضوء ما تقدم يمكننا أن نحدد مشكلة الدراسة فى الأسئلة الآتية:

- ١- ما مدى تنبؤ التوجه الدينى بالتوافق النفسى والإجتماعى لدى مرضى الكولوستومى؟
- ٢- ما مدى إختلاف كلٍ من التوجه الدينى والتوافق النفسى والتوافق الإجتماعى باختلاف المتغيرات الديموجرافية (النوع – الحالة الإجتماعية – السن) لدى مرضى الكولوستومى؟

أهداف الدراسة: وتُصاغ أهداف الدراسة بشكل إجرائى كالتالى:

- ١- دراسة مدى تنبؤ التوجه الدينى بالتوافق النفسى والإجتماعى لدى مرضى الكولوستومى.

٢- دراسة إختلاف كلٍ من التوجه الدينى والتوافق النفسى والإجتماعى باختلاف المتغيرات الديموجرافية (النوع – الحالة الإجتماعية – السن) لدى مرضى الكولوستومى.

أهمية الدراسة: تستمد هذه الدراسة أهميتها من عدة مُتغيرات يأتى فى صدارتها:

أهمية العينة: إن مرضى الكولوستومى (Colostomy) من المرضى الذين لم يحظو باهتمام من الناحية النفسية، بيد أنهم أكثر المرضى مواجهةً لضغوط نفسية واجتماعية، ومن ثم لا بد من إلقاء الضوء عليها. (Hardaway, et. al, 2019)

الأهمية السيكمترية: تعزى أهمية هذه الدراسة لكونها إتمدت على مقياسين من إعداد الباحثة؛ أحدهما لتشخيص التوجه الدينى والآخر لقياس التوافق النفسى والإجتماعى لمرضى الكولوستومى.

أهمية المجال البحثى: يُلاحظ أن متغيرات هذه الدراسة تمثل عدة مجالات بحثية فهى من حيث العينة (مرضى الكولوستومى) تقع فى إطار علم نفس الصحة، ومن حيث متغير (التوجه الدينى) فإنها تمثل علم النفس الروحانى Spiritual Psychology، أما (التوافق النفسى والإجتماعى) فهى تقع فى إطار علم النفس الإجتماعى، أما فيما يتصل بإعداد مقياس التوجه الدينى، ومقياس التوافق النفسى والإجتماعى، فإن ذلك يضعها فى مجال القياس النفسى، ولا شك أن تعدد المجال البحثى يعكس أهمية هذه الدراسة.

محددات الدراسة: وتتمثل فى المتغيرات التالية:

عينة الدراسة: إتمدت هذه الدراسة على (N=٢٠٠) من مرضى الكولوستومى (N=١٠٠) من الذكور، (N=١٠٠) من الإناث.

أدوات الدراسة: وهى من محددات الدراسة، ويُلاحظ أن هذه الدراسة إتمدت على ثلاثة مقاييس، أحدهما لقياس التوجه الدينى، فى حين أن الآخر يقيس التوافق النفسى الإجتماعى، والثالث لقياس التوافق الإجتماعى، وجميعها من إعداد الباحثة، وسنصح عن ذلك لاحقاً عند الحديث عن المنهج والإجراءات.

الإطار الزمنى: تم تطبيق أدوات الدراسة فى الفترة الزمنية ابتداءً من ٥ / ٩ / ٢٠١٩ وحتى ١٠ / ١٢ / ٢٠١٩ م.

الإطار المكاني: تم تطبيق أدوات الدراسة فى مركز الأورام – ومركز الجهاز الهضمى كلية الطب جامعة المنصورة.

مصطلحات الدراسة: تم صياغة التعريفات الإجرائية لمفاهيم الدراسة الأساسية فى ضوء إستقضاء، وتحليل الأطر النظرية، والميدانية المختلفة، ونوضح ذلك فيما يلى:

التوجه الدينى Religious Orientation: فى ضوء تحليل التعريفات الإجرائية، والمقاييس السابقة لكلٍ من Hudek and Kardum, R., 2005 & Sanders, G., 2003 وكذلك نظرية Gebauer, J., 2012، والدراسات المرتبطة بهذا المفهوم Alsaikh, M., 2015، وقد تمخض ذلك عن عدة مفردات، تم الإبقاء على أكثرها شيوعاً وتكراراً، وتتمثل فى (التدين الداخلى، التدين الظاهرى)، وهى تمثل مكونات المقياس، ومن ثم يمكن صياغة التعريف الإجرائى: (استجابة المفحوص لمتغيرى التدين الداخلى، والتدين الظاهرى – ويُترجم ذلك فى الدرجة التى يحصل عليها المفحوص على المقياس المُعد لذلك).

التوافق النفسى Psychological Adjustment: فى ضوء تحليل التعريفات الإجرائية، والمقاييس السابقة لكلٍ من Brissette, I, and Scheier, M Carver, C., 2002، وكذلك النظريات Ganelle, and Blaney, 2004 والدراسات المرتبطة بهذا المفهوم Jones, M., 2006، وقد أسفرت هذه الخطوة عن عدة مفردات، تم الإبقاء على أكثرها شيوعاً وتتمثل فى (التوافق الذاتى، التوافق الإنفعالى، التوافق الصحى) وهى تمثل مكونات المقياس، ومن ثم يتم صياغة التعريف الإجرائى: أنه إستجابة المفحوص لمثيرات (التوافق الذاتى، التوافق الإنفعالى، التوافق الصحى)، ويتمثل ذلك فى الدرجة التى يحصل عليها المفحوص على المقياس المُعد لذلك.

التوافق الإجتماعى Social Adjustment: فى ضوء الإطلاع على الدراسات، والأطر النظرية السابقة التى تناولت بالتوافق الإجتماعى Macdonald, K., 2001، وكذلك المقاييس السابقة المرتبطة بهذا المفهوم Hoverd, W, J., 2013، والتى أسفرت عن عدة مفردات تم الإبقاء على المفردات الأكثر تكراراً وشيوعاً، وتتمثل فى (العزلة الإجتماعية، التوافق الأسرى، التوافق الزوجى)، ومن ثم يتم صياغة المفهوم الإجرائى: إستجابة المفحوص لمثيرات (العزلة الإجتماعية، التوافق الأسرى، التوافق الزوجى)، ويتمثل ذلك فى الدرجة التى يحصل عليها المفحوص على المقياس المُعد لذلك.

مرضى الكولوستومى Colostomy (تحويل المسار): هم المرضى اللذين أُجرى لهم عملية جراحية تشمل توصيل جزء من القولون بجدار البطن الأمامى تاركاً للمريض فتحة بالبطن تُسمى (فغرة أو فتحة Opening)، تتكون هذه الفتحة من نهاية الجزء المسحوب من القولون من خلال الجرح القطعى فى البطن بعد أن تتم خياطته فى الجلد عند أحرف هذا القطع، وتكون هذه الفتحة هى المخرج الأساسى لفضلات الطعام إلى خارج الجسم حيث يتم تجميعها بداخل كيس تقميم القولون مع تغييره وقت اللزوم. (Klienmuntize, 2013, P. 143)

الإطار النظرى والدراسات السابقة:

المحور الأول: التوجه الدينى ، ويتضمن ما يلى:

أولاً: التوجه الدينى، مفهومه، المفاهيم المتداخلة معه، نظرياته، سُبُل القياس والتشخيص، فنيات التدخل، الدراسات السابقة، ونوضح ذلك تباعاً فيما يلى:

مفهوم التوجه الدينى Concept Religious Orientation: عرف الإنسان الله بالفطرة منذ بدأ الخليقة، واستدل عليه سبحانه وتعالى من خلال الطبيعة، وقد تفاوت الباحثين فى تعريف التدين، ويُعد ألبورت (Allport) من أوائل علماء النفس الذين أشاروا إلى مفهوم التوجه الدينى.

ويستخدم (ألبورت) مصطلح Religious Orientation ؛ للتعبير عن الطريقة التى يمارس بها الشخص حياته، أو يعيش معتقداته وقيمه الدينية، ويُعده متغيراً جوهرياً من متغيرات الشخصية.
(Knight and Sellback, N. D., 1985, P. 5)

ووفقاً لذلك إقترح (ألبورت) توجهين أو شكلين يُطلق عليهما التوجه الدينى الجوهري Internal Religious Orientation، والتوجه الدينى الظاهري أو الهامشى External Religious Orientation، ونوضح ذلك فيما يلى:

أ – **التوجه الدينى الداخلى Internal Religious Orientation :** ويعنى التوجه نحو الدين لذاته دون مكسب أو " غاية "، لأن التوجه غاية فى ذاته، وهذا لا يعنى عدم وجود حاجات أخرى، إلا أنها ليست فى مقام الإيمان، كما أنه يتعامل معها، ويتناغم مع ذلك الإيمان.
(Allport and Ross, 1967, P. 17)

كما يُشير التوجه الدينى الجوهري إلى الحياة المتكاملة بفعل قيمة الدين الرئيسية، Dittos, 1997, P. 86، وهذا النوع من التوجه الدينى يعنى أن الفرد يعيش الإيمان لأجل الإيمان، لذلك فهم يلتزمون بعمق المعتقدات والقيم الدينية بطريقة صحيحة.
(Gallant, 2001, P. 7)

ب – **أما التوجه الدينى الظاهري External Religious Orientation:** يُشار إليه أنه " وسيلة " لمكاسب نفسية أو إجتماعية، وفيه يسعى الفرد لمكان العبادة، لتحقيق مكاسب إجتماعية، أو لتحقيق مكاسب نفسية (الراحة أو الأمن، والعزاء أو السلوان Solace).
(Allport and Ross, 1967, P. 17)

وقد فسره كلاً من (Knight and Sellback, N. D., 1985, P. 99) بأنه الإستغلال النفعى للدين لتوفير المساندة المطلوبة لمواجهة الفرد مع الحياة، وفى هذا النوع من التوجه الدينى يُستخدم الدين كأداة لتحقيق غايات غير دينية، إذ يسعى الأفراد باستخدام الدين لتحقيق أهداف مركزة حول الذات كحصوله على عمل أو مركز إجتماعى مرموق.
(Gallant, 2001, P. 13)

ويؤكد (ألبورت Allport) أن هذين التوجهيين الدينيين (الجوهري والظاهري) يمثلان بعددين منفصلين، وهذا ما أكدت عليه مجموعة الدراسات التى توالى بعد دراسات (Allport) فقد أضافت هذه الدراسات توجهات دينية أخرى بخلاف (التوجه الداخلى والتوجه الظاهري) مثل (النمط المُتسائل

(Quest)، (والنمط المُناصر للدين والمُضاد للدين)، (Cvegin, 1989)، (Hood, S, et. al., 1997)، (Thompson, 1997).

أما عن رأى أهل السنة فقد ذكروا أن الناس فى تدينهم ليسوا على مرتبة واحدة، إنهم ينقسمون إلى ثلاثة أقسام.

١- **التدين الرمزى**: وهو يُمثل تلك الفئة المقتنعة فى تدينهم – بمجرد – الإنتساب إلى الدين والنطق فقط بالشهادتين.

٢- **التدين الصورى**: يعكس فئة الناس التى ترى أن التدين يتمثل فى أداء الصلاة والصيام والتسبيح، والتباكى على الأخلاق فقط.

٣- **التدين الحقيقى**: ويعكس فئة الناس التى تُعد الدين والإعتصام بحبله المتين وكتابه الذى يربط القلوب بعقيدة واحدة. (Knight and Sellback, N. D., 1985, P. 15)

وفى ضوء ما سبق يمكن إشتقاق أنماط من الخبرات الدينية التى تُلاحظها فى حياة الأفراد وهى ما يلي:

التدين المعرفى الفكرى: ويتضمن عدة مفاهيم يتفحصها الفرد، ويفهمها دون الإلتزام بتطبيقها، وأنه غير ملتزم بهذه الأحكام فى حياته اليومية.

التدين العاطفى الحماسى: ويتضمن عاطفة وجدانية جارفة نحو التعاليم الدينية، ولكنه لا يمتلك الأحكام المعرفية حولها؛ مما يجعله غير قادر على الحوار والمناقشة المرنة، وقد يُفضى ذلك إلى التطرف.

التدين السلوكى (العبادة): وينحصر الفرد المتدين ضمن هذا النمط فى دائرة ممارسة الطقوس، وأداء العبادات الدينية، ولكن دون معرفة كافية للأحكام ودون إمتلاك العاطفة الدينية.

التدين النفعى: وفى هذه الحالة يلتزم الفرد بالكثير من الممارسات والمظاهر الدينية للوصول إلى مصالحه الخاصة مستغلاً بذلك إحترام الناس للدين.

التدين التفاعلى: وهو ناتج عن رد الفعل لدى بعض الأفراد؛ لقضاء وقت طويل فى حياتهم بعيداً عن الدين، ولكن نتيجة لحالة مُفاجئة فى حياتهم تنقلب حياتهم إلى النقيض فيصبحوا ملتزمين بكثير من المظاهر الدينية، ويغلب على هذه الفئة التدين العاطفى الحماسى دون التعمق.

(أشرف عبدالغنى شريت، ٢٠٠٥، ص ص: ٢٤ – ٢٧)

التدين المرضى: يصل الأفراد من هذا النمط إلى حالة من التدين لتخفيف مظاهر التدهور العقلى الذهانى، فتظهر حالات التى يشعر معها المريض بأنه ولى من أولياء الله الصالحين يقوم بهداية الناس.

التدين الدفاعى: ويتصف التدين فى هذا النمط بأنه عصابى دفاعى لحالة من الخوف أو الفلق، أو الشعور بالذنب، أو تأنيب الضمير، أو لظروف إجتماعية أو إقتصادية يمر بها الفرد فيلجأ إلى الدين للتخفيف من حدة المشاعر.

التدين المُتطرف: وفى هذا النمط يظهر الفرد المتدين حالة من المبالغة فى بعض جوانب الدين، والتزمت فى تطبيقها مما يخرجها عن الحدود المقبولة، والتطرف الدينى ينقسم إلى التطرف الفكرى أو التطرف العاطفى، والتطرف السلوكى.

التدين التصوفى: وهو نمط خاص يمر به بعض الأفراد، يشعر معه المتصوف بالتوحد مع الكون، والإحساس بعمق التجربة الشعورية نحو الوجود والخالق.

التدين الأصيل: وهذا النمط – هو الأمثل – من بين أنماط التدين السابقة، حيث يتوفر لدى الفرد مظاهر الدين من جوانبه المختلفة بشكل متوازن معرفياً، وعاطفياً، وسلوكياً، ويصبح الفرد منسجماً مع ذاته وسلوكه، ويتفق قوله مع فعله، وظاهره مع باطنه، وهذا النوع من التدين، يوصل صاحبه إلى الأمن والإستقرار والتوازن النفسى والإجتماعى؛ ويشعره بالطمأنينة والتسامح والصبر والرضا.
(محمد المهدي، ٢٠٠٣، ص: ٤٦ – ٥٥)

التوجه الدينى وبعض المفاهيم المتداخلة معه:

١- **التدين والتوافق النفسى:** الشعور الدينى عملية نمو متصلة غايتها تحقيق التوافق النفسى، ويوجد علاقة بين التدين والتوافق النفسى فى أن التدين نظام نفسى يتكون من خلال تفاعل نزعات الفرد الفطرية والكامنة فى أعماقه مع عوامل البيئة المحيطة، ويتطور ويتكامل هذا النظام مع تطور شخصية الفرد وتكاملها.
(عبدالرازق محمود، ٢٠٠٣، ص: ١٣)

ويؤدى التدين دوراً هاماً فى حياة الإنسان، حيث يلجأ إليه ليجد مخرجاً من مشكلاته؛ وسنداً يحقق له الشعور بالأمن، والإستقرار، ويتضح إرتباط الدين بالتوافق النفسى من منطلق أن التوافق يعنى قدرة الفرد على أن يكون متلائماً مع نفسه ومع القيم التى إرتضاها لذاته ومع الأهداف التى يرجوها وينشد تحقيقها.
(محمود السندى، ١٩٩٠، ص: ٨٦)

٢- **التدين والتوافق الإجتماعى:** يرتبط التدين إرتباطاً إيجابياً مع التدين، وله دور فى تحقيق التوافق الإجتماعى للفرد، ويُعد التدين ظاهرة أساسية فى حياة الشعوب، بل إن مؤرخى الأديان يُجمعون على أنه لا يوجد جماعة إنسانية عاشت على وجه الأرض، ثم مضت دون أن يكون لها قيم تتمسك بها، وأياً كانت الديانة، فهناك عادات وتقاليد لا بد من الإلتزام بها، إذ أن الفرد المتدين يتوافق مع

مجتمعه، ومع البيئة المحيطة به، كما أنه يتجنب الأفعال التي تتعارض مع المجتمع، فالمتدين يكون أقل عُرضة لتعاطي المخدرات، وإرتكاب الجرائم.

(إحسان كارافاس، ١٩٩٠، ص: ٥٤)

٣- **التدين والسعادة Happiness**: التدين إلتزام المسلم بعقيدته، ويظهر ذلك في ممارسته لما أمر الله به، والإنتهاء عن إتيان ما نهى عنه، وهنا يصل الفرد إلى حالة من التوازن الداخلي، والتي يسودها عدد من المشاعر الإيجابية، كالسعادة، والإبتهاج والسرور، كما أن المتدين يكون أكثر تقاؤلاً، وعنده فناعة بالرضا عن الحياة، والسعادة الحقيقية الناتجة عن مدى قوة التدين للفرد، والتي تأتي من تحديد جوانب القوة الأساسية لدى الإنسان واستخدامها في مختلف الحياة اليومية، فالسعادة لها ثلاثة مكونات هي: (الإنفعالات الإيجابية، الفرح والسرور، والتدين ومدى درجة الإيمان الذي يُعد مُكون معرفي).

(Diener, Lucas and Oishi, 2002) (Argyle, 2002 & Martin, LU, 1995)

٤- **التدين والصحة النفسية Psychological Health**: يُعد التدين مصدراً للصحة النفسية، ويفيد في المواقف الضاغطة التي تدفع الأفراد لضبط سلوكهم، ولا شك أن الإعتقاد بالله وبالقيم الأخلاقية يساعد في تحسين الجهاز المناعي لدى الأفراد الذين تظهر عليهم الإضطرابات النفسية، وأن ضعف المناعة النفسية يجعل الأفراد عاجزين عن مواجهة الضغوط. (عبدالجبار، ٢٠١٠، ص: ١٤)، (Pargamen, 2002, P. 44)

٥- **التدين والمناعة النفسية Psychological Immunity**: التوجه الديني، يعمل على تعزيز الخصائص النفسية الإيجابية، مثل الصحة النفسية الجيدة، والسعادة، وتقدير واحترام الذات، والثقة بالنفس، كما أنه كلما انخفض معدل التوجه الديني لدى الفرد، تدنى لديه مستوى الصحة النفسية، على العكس، عندما يرتفع التوجه الديني لدى الفرد؛ فيعمل على إرتفاع المناعة النفسية، حيث أنه من المفاهيم التي تندرج تحت علم النفس الإيجابي، والذي يؤكد على ضرورة الإهتمام بالجانب الإيجابي للفرد وتمتعه بالمناعة النفسية، إذ أنه كلما ارتفع التدين لدى الفرد جعل منه قدرة على التعامل الجيد مع أصعب المواقف المحيطة به، حيث يكون أكثر إلتزاماً بالتوجهات الدينية والعدالة مما يحقق له الراحة، وهذا ما أكد عليه ماسلو في ضرورة الإهتمام بدراسة الجوانب الإيجابية في الشخصية الإنسانية.

(Seligman and Csikszentmial, 2000, P.89)

٦- **التدين والتوافق الزوجي Marital Adjustment**: إن التدين يُعطي الفرد كم من القناعة والكفاية والرضا عن الحياة الزوجية والإنتماء العاطفي، والشعور بالسكن الجسدي، والنفسى، والمادي، والمودة، والرحمة، والتقدير المتبادل بين الزوجين، والثقة المتبادلة والتوافق بين الأهداف، وتقارب الإتجاهات والقيم والأفكار والميول، وتقبل كل طرف للآخر، والتضحية في سبيل إستمرارية الزواج والحفاظ على الأسرة.

(أسماء الحسين، ٢٠٠٢، ص: ٦٩)

٧- **التدين والرضا عن الحياة Life Satisfaction**: التدين يجعل الفرد يرضى بالجوانب الإيجابية التى تُكسبه الأمل، وتتيح له الفرصة للحصول على درجات عالية من السعادة والرضا الحياتى (الزواج، الصداقات الوطيدة وصلة القرابة والتعاون)، وتكمن الحياة السعيدة فى نظر بعض الفقهاء فى القناعة، والرضا بالقليل والإنتاج والإنجاز، وفى التدين وعمل الصالحات.

(David, et. al., 2000, P. 73)

٨- **التدين وتقدير الذات Self – Esteem**: يُمثل تقدير الذات بُعداً أساسياً من أبعاد الصحة النفسية، ويرتبط التدين إرتباطاً موجباً مع تقدير الذات، فالتدين يلعب دوراً مهماً فى حياة الأفراد؛ من حيث أنه يزودهم باستراتيجيات، واعتقادات، وممارسات، وسلوكيات تساعده على تقدير ذاته، وبالتالي الشعور بأهمية أنفسهم وقيمة ذواتهم، وعلى الرغم مما كان شائعاً حول أن الذكور أكثر تقديراً لذواتهم من الإناث، إلا أن ثمة دراسات أكدت أن النوع ليس له علاقة بتقدير الذات، وعلى العكس فإن التوجه الدينى كلما ارتفع كلما زاد تقدير الذات عند الفرد سواءً ذكراً أو أنثى. (هيفاء عبدالحسين الأنصارى، أحمد محمد عبدخالق، ٢٠٠٢)

٩- **التدين ومفهوم الذات Self – Concept**: مفهوم الذات مصطلح محورى فى علم النفس الإنسانى، فهو يعكس وعى الفرد بذاتيته، وكذلك توجهه الدينى، ومفهوم الذات يُشير إلى الإتجاهات والآراء والمعتقدات التى يمتلكها الفرد، ويرتفع مفهوم الشخص عن ذاته من خلال التدين بجانبه (الجوهري والظاهري). (Trammel, 2003, P. 87)

١٠- **التدين والفاعلية الذاتية Self-Efficacy**: كلما كان الفرد ملتزماً بالمعتقدات الدينية والسلوكية، والأحكام التى أمر بها الدين؛ كلما ارتفعت لديه الفاعلية الذاتية، وأن سلوك الفرد وفقاً لنظرية فاعلية الذات لباندورا Bandura لا تحكمه فقط قدرته المُدركة على إنجاز السلوك بل يحكمه أيضاً الأثر المتوقع من إنجاز أو تحقيق هذا السلوك، فالتدين يُساعد الفرد على تطبيق أنماط الفاعلية الذاتية وهى التفكير، والتصرفات، والآثار العاطفية، وفاعلية الذات لا تنشط إلا من خلال تدين الفرد، ومدى إعتقاده الراسخ وتمسكه بدينه.

(Gewenal, S, 2010, P. 43)

النظريات النفسية المفسرة للتدين

يوجد عدد غير قليل من النظريات النفسية التى حاولت تفسير الدين والتدين، ومن الملاحظ أن أغلب هذه النظريات لم تُعرض للدين بوصفه أحد المفاهيم السيكلوجية، وإنما فسرتة فى ضوء مفاهيم النظرية الأساسية التى ساقها صاحبها، كلٌ حسب المدرسة النفسية التى ينتمى إليها، ولذلك سنلخص أهم هذه النظريات فيما يلى:

١- **نظرية ساباتييه Sabbate**: وهو عالم وفيلسوف فرنسى له إهتماماته النفسية والدينية، وقد حاول فى مؤلفه المشهور (فلسفة الدين Philosophy Religion) أن يفسر العقيدة الدينية على أساس نفسى فهى تنشأ نتيجة لشعور الفرد بالتناقض الواضح بين أحاسيسه وإرادته فالأحاسيس دائماً ما تحاول سحق الإرادة، والإرادة دائماً ما تحاول كبت الأحاسيس، وفى ظل هذا الصراع المستمر

والمفعم بالإحباطات النفسية ينشأ التدين كحل عملى لفض هذا الصراع.
(زيدان عبدالباقى، ١٩٨١، ص ص: ١٣٦ - ١٣٩)

٢- **نظرية برجسون Bergson**: يتفق هنرى برجسون مع ساباتييه فى تفسيره للتدين على أسس نفسية، فقد حاول من خلال كتابه (ينابيع الخلق والدين The Fountains of Creation and Religion) أن يوضح كيفية نشوء العقيدة الإلهية بالإعتماد على جوانب مهمة فى حياة الإنسان، إذ يرى برجسون أن هناك صراعاً مستمراً يحدث بين متطلبات المجتمع وحاجات الفرد الشخصية، وقد عبر برجسون عن القوة التى تحسم الصراع بمفهوم الألة، ويرى أنها مغروسة فى النفس الإنسانية بالفطرة، ومحاطة بالأفكار الدينية المساندة، وهى غالباً ما تدفع الأفراد إلى التنازل عن بعض حقوقهم لصالح المجتمع، ويرى أن الإنسان فى حاجة مستمرة لهذه القوة (الإلهية) لأن أى عمل يقوم به يجب أن يتماشى معها.

(إحسان كارافاس، ٢٠٠٩، ص ص: ١٤٠ - ١٤٣)

٣- **نظرية فرويد**: خلص فرويد من نظريته أن التدين ينبع أساساً عندما يعجز الإنسان عن مواجهة قوى الطبيعة فى الخارج، والقوى الغريزية داخل نفسه، وأن الدين ينشأ عندما يلجأ الإنسان إلى العاطفة دون العقل لكبت هذه القوى أو للتحايل عليها، وعلى هذا الأساس، فإن الوظيفة الأساسية للدين هى إعطاء الإنسان غطاء من الوهم ضد خوفه من الطبيعة والإحباطات التى يواجهها داخل المجتمع وما صورة الإله إلا تطور إسقاطى لإعتماد الطفل على والديه لا سيما الأب.
(محمد أحمد بيومى، ١٩٩٩، ص: ٣٢٩)

٤- **النظرية المعرفية**: يرى أصحاب هذه النظرية أن الدين ظهر عندما بدأ الناس يفكرون بالخبرات والأحداث التى يصعب على عقل الإنسان إيجاد حل منطقى لها، وقد ربط كثير من علماء النفس المعرفيين ظهور التفسيرات الدينية ببساطة التفكير وارتبائه، وغالباً ما يجدون فى تفكير الإنسان البدائى خير دليل على ما ذهبوا إليه.

(أحمد محمد الزيدى، هاشم الخطيب، ٢٠٠١، ص: ٨٧)

٥- **النظرية الإنسانية**: يرى أصحاب هذه النظرية أن الدين ظاهرة فطرية موجودة لدى الإنسان، وأن هناك نزعة أساسية للتدين يمتلكها البشر جميعهم، تؤثر فى سلوكهم وتوجهه بطريقة تتماشى مع معتقداتهم الدينية التى تشكلت بفعل ثقافة مجتمعاتهم، وقد عبر أصحاب هذه النظرية عن نشأة الدين وتأثيراته على سلوك الإنسان بمنظورات متنوعة، مثل منظور ألبورت عن التوجه الدينى، والمنظور النفسى الوجودى.

(زيدان عبدالباقى، ١٩٨١، ص: ٦٣)

٦- **النظرية الفسيولوجية الوراثةية**: وهى مجموعة أبحاث، وآراء لم ترق بعد للنظرية، مفادها أن للتدين طبيعة فسيولوجية متعلقة بالدماغ، وعلى وجه التحديد فى الفصين الصدغيين، وهذه الطبيعة تؤثر فى كيفية إستقبال المعلومات الدينية، والتأثر بها، ومن ثم لا يكون التدين مجرد سلوك يحدث من طريق

الصدفة أو الإكراه، وإنما يتكون نفسياً على أساس عصبى يتحول إلى بناء معرفى لخدمة الذات ولتواصل به مع الآخرين والعالم الخارجى والغيبيات.

(إبراهيم الأعرجى، ٢٠٠٧، ص: ١١٩)

التوجه الدينى والمنظور النفسى الوجودى: يُشاع عن علماء النفس الوجوديين بأنهم يتخذون موقفاً سلبيّاً من الدين، أو أنهم يحاربونه، والأمر لا ينطوى على ذلك، فالوجوديون، ومن ضمنهم علماء النفس يعرضون للدين بطريقة تختلف عن تلك التى يعرضها الآخرون، فالدين عندهم خبرة قبل كل شئ، وهى خبرة التعامل مع المقدس، وخبرة الإحساس برسالة وخبرة إرتقاء الروح، وخبرة الإلتزام الخلقى (جورار دم ولندزمن، ١٩٨٨، ص: ٤٠٤)، وهم لا يرون بأن هناك شخصاً متديناً وآخر غير متدين، وإنما الجميع متدينون، سواء عبدوا إلهاً واحداً أو مجموعة آلهة، أو عبدوا النجاح أو المال إلخ (أريك فروم، ١٩٨٩، ص: ١٢٧)، فالدين متأصل فى الطبيعة الإنسانية، والإنسان لا يملك الخيار بين أن يكون متديناً أو غير متدين، وإنما يختار ما يعده ديناً له بغض النظر عن الأسلوب الذى يُعبر به عن دينه، فالتدين هنا لا يعنى الإيمان بإله واحد أو الإيمان بعدة آلهة، وإنما يعنى أن يعيش الإنسان وفقاً لقيمه وأخلاقياته التى تضى لحياته معنى وتحقق له التكامل الإنسانى.

(جورار دم ولندزمن، ١٩٨٨، ص: ٤٠٦)

سُبل القياس والتشخيص: يمكن قياس التدين باستخدام الأساليب التالية:

١- **الملاحظة:** وهى تأتى من مصدرين:

أ – **الدراسات الميدانية:** وتشمل دراسة ملاحظة الأفراد أثناء أساليب التدين يُعديه (الداخلى – الظاهرى) فى المواقف الطبيعية، والطارئة من خلال حياته اليومية، قد يُقاس التوجه الدينى من عدة حسابات وتحليلات سيكولوجية للظروف السيكولوجية والفيزيقية غير العادية.

(Jeanie, N, 2013, P. 175)

ب – **الدراسات التجريبية:** والتى تختلف عن الدراسات الميدانية فى أن المُجرب يصطنع (يبتدع) المواقف فتأتى أبسط من مثيلاتها فى الحياة الطبيعية، وتكون مُعتدلة الشدة لكن تتميز عن المنحنى الميدانى: من خلال إمكانيات إجراء قياسات دقيقة ومضبوطة، وإمكانية عزل العوامل الجوهرية.

(نادية سراج، ٢٠٠٨، ص: ١٤٢)

٢- **الإختبارات والمقاييس:** يتم تشخيص التدين من خلال المقاييس والإختبارات التى تقيس التوجه الدينى مثل: مقياس الأصول الدينية (Hansberger, 1993)، ومقياس الإلتزام الدينى (Altemeyer, 1995)، ومقياس التوجه الدينى الجوهرى والظاهرى (Allport and Ross, 1997)، ومقياس توجه التساؤل الدينى (Raston, et. al., 1994)، ومقياس المُعتقدات الدينية (Manesh nd Sarah, 2010)، ومقياس التدين (العقيب، ٢٠٠٣).

فنيات واستراتيجيات التدخل: يتم تنمية التوجه الدينى من خلال عدة فنيات تُشير إلى بعض منها:

أ – التأمل: وهو من خلال الرضا بالقضاء والقدر من خلال الحوار الإيجابى مع الذات والآخرين.

ب – التنفير العقلى: من خلال التبصير بالمنظور الإسلامى.

ج- النمذجة والتعزيز: وذلك يأتى من كيفية إلتماس الأعداء، والمشاركة الوجدانية مع المحيطين والحصول على الإشباع بشكل لائق.

د – الإسترخاء والتنفيس الإنفعالى: معرفة الخدمات والوعى الدينى، والتدريب على فنيات التوجه الدينى بشقيه الداخلى والظاهرى.

التوجه الدينى ومرضى الكولوستومى، دراسات ميدانية تُشير لبعض هذه الدراسات فيما يلى:

فى دراسة لكلاً من (Crow & Pargment, 2017) بعنوان " التوجه الدينى وتأثيره الإيجابى لدى مرضى سرطان القولون"، هدفت الدراسة الكشف عن بُعد التدین الداخلى لدى مرضى سرطان القولون وبعض المتغيرات الديموجرافية، ولتحقيق أهداف الدراسة، طُبقت مقاييس الدراسة على (N=300) قسمت إلى (N=150) ذكور، و (N=150) إناث، أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث فى التدین الداخلى فى إتجاه الإناث، وأن التدین لدى مرضى سرطان القولون تختلف باختلاف كلٍ من العمر والحالة الإجتماعية.

ولتحديد بنية التوجه الدينى كدافع إيجابى لدى مرضى الكولوستومى الناتج عن الإصابة بسرطان القولون، طبق كلاً من (Royster & Culman, et. al., 2015)، أدوات دراسته على (N=50) من الذكور، و (N=50) من الإناث، وقد توصلت النتائج إلى أن بنية التوجه الدينى مكونة من بُعدين أساسيين بين الذكور والإناث، كما توصلت النتائج إلى أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث فى بُعد التدین الداخلى وذلك فى إتجاه الإناث.

وفى نفس السياق كانت دراسة (Melend, et. al., 2017) والتي هدفت الكشف عن العلاقة بين التوجه الدينى وُبُعديه الداخلى والظاهرى، وطُبّق مقياس التدین على (N=189) من مرضى سرطان القولون، وأكد تحليل التباين على وجود علاقة دالة إيجابية بين التوجه الدينى والتدين الداخلى والظاهرى، كما توصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة بين الإناث والذكور فى التدین الداخلى فى إتجاه الإناث، وأن الحالة الإجتماعية لها دوراً كبيراً فى التدین لدى الإناث، وأنه كلما ارتفعت نسبة التدین كان له أثره الإيجابى للمريض للتوافق مع المرض.

ولمعرفة أثر التوجه الدينى فى توافق مرضى الكولوستومى الناتج عن سرطان القولون نفسياً كانت دراسة (Bath, et. al., 2018) والتي أُجريت فى أستراليا على (N=250) تم تقسيمهم إلى ذكور وإناث، وأسفرت النتائج عن أنه كلما كان المريض لديه تدين داخلى وظاهرى أصبح هناك إلتزام وقناعة بالإبتلاء الذى أصابه، وأن الإناث أكثر تديناً، ولديهن أنماط سلوكية صحية تساعدن على المحافظة على صحتهن النفسية والعضوية.

المحور الثانى: التوافق النفسى، المفاهيم المتداخلة معه، نظرياته، نوضح فيما يلى بعض هذه المفاهيم:

١- **التوافق النفسى والتكيف Adaptation**: هناك خلط بين مفهومي التوافق والتكيف إلى حد التعامل مع المفهومين كمترادفين، لكن لو أمعنا النظر؛ لوجدنا أن التكيف يستخدم لمعنى بيولوجى أو طبيعى، أما التوافق يشير إلى الجانب النفسى من نشاط الإنسان، فقد استعار علماء النفس مفهوم التكيف Adaptation من علم البيولوجيا على نحو ما حددته نظرية " داروين " المعروفة بنظرية النشوء والإرتقاء وسمى التوافق Adjustment، إذن فالتكيف هو مظهر من مظاهر الصحة النفسية، وهو عملية ديناميكية مستمرة بين الفرد والبيئة الإجتماعية، فينعكس ذلك على شعوره بقيمة ذاته، ويمكنه من إقامة علاقات جديدة مع الآخرين ليوافق بين نفسه وبين العالم المحيط به. (عبدالحميد الشاذلى، ٢٠٠١، ص: ٢٨)

٢- **التوافق النفسى والتأقلم Acclimation**: هذا المفهوم يُسمى بالتعايش ويعنى الطريقة التى كيف يواجه بها الفرد المواقف الصعبة وذلك بقيامه بعدة وضعيات من أجل تعديل واختيار الوضعية المناسبة، ويستخدم التعايش على نطاق واسع، ويعتبر كوسيط للعمليات التى تؤثر على العلاقة بين الأحداث الضاغطة، والموارد غير المتاحة للفرد من أجل المواجهة، لذا فهناك عدة نماذج أخرى مختلفة حول التعايش، وهناك نوعين من النماذج التى حاولت الإقتراب من تحديد هذا، وهما " النوع الأول " والذى اعتبر التأقلم كميكانيزم وسيط يتأثر بالدعم والتكفل الإجتماعى، أما " النوع الثانى " فحدد العلاقة بين التحكم و " السيطرة " وبين الدعم " التكفل "، وألقى الضوء على حقيقة أن التحكم يلعب دوراً مهماً فى تغيير الدعم وحتى كفاءة التعايش. (رامى محمود اليوسف، ٢٠١٣، ص: ١٠١)

٣- **التوافق النفسى والصحة النفسية Psychological Health**: الصحة النفسية دائمة نسبياً، ويكون فيها الفرد متوافقاً نسبياً، ويشعر بالسعادة مع نفسه ومع الآخرين، ويكون قادراً على تحقيق ذاته، واستغلال قدراته وإمكاناته لأقصى حد ممكن، ويكون فيها الفرد قادراً على مطالب الحياة، وتكون شخصيته متكاملة سوية ويكون سلوكاً عادياً بحيث يعيش فى سلامة نفسية، والصحة النفسية حالة إيجابية تتضمن التمتع بصحة السلوك وسلامته، والخلو من أعراض المرض النفسى. والصحة النفسية فى جوهرها عملية توافق نفسى والتوافق النفسى عملية دينامية مستمرة تتناول السلوك والبيئة بالتغير والتعديل حيث يحدث توازن بين الفرد والبيئة، وهذا التوازن يتضمن إشباع حاجات الفرد وتحقيق مطالب البيئة نفسها.

(Cynthial, Peake, 2003, P. 89)

٤- **التوافق النفسى والتوافق الزوجى Marital Adjustment**: التوافق الزوجى ينبع من خلال الإستعداد الكامل للحياة الزوجية، والقدرة على تحمل المسؤولية؛ من خلال التفاعل الإيجابى؛ والثقة المتبادلة للعلاقة المتناغمة بين الزوجين؛ للوصول إلى تذليل المشكلات التى تعترض حياتهما، وذلك يأتى من خلال التوافق النفسى بين الطرفين لأنه من خلاله يتم التواصل الفكرى والوجدانى والعاطفى بين الزوجين؛ مما يحقق لهما إتخاذ أساليب توافقية سوية تساعدهما؛ فى تخطى ما

يعترض حياتهما الزوجية من عقبات؛ وتحقيق أقصى قدر من السعادة والرضا، فكلما كان التوافق النفسى موجود بين الزوجين؛ كلما كانت العلاقة هادئة قائمة على المحبة والإحترام المتبادل والتعاون المشترك لمواجهة المشاكل والضغوط التى تعترض حياتهما الزوجية.

(Jayaswal, S., et. al., P. 45)

٥- التوافق النفسى والفعالية الذاتية **Self – Efficacy**: يتداخل مفهوم الفعالية الذاتية مع العديد من المفاهيم الإيجابية، والفعالية الذاتية، تكوين نظرى وضعه باندورا Bandura عبارة عن ميكانيزم معرفى يُسهم فى تغيير السلوك، ويُساعد الفرد على توافقه مع نفسه، وذلك ليتخطى مصاعب الحياة، ومواجهة الضغوط الحياتية التى قد تعترض حياته، كما أن الفعالية الذاتية تجعل من الفرد قادراً على التخطيط والتنظيم وتنفيذ الأنشطة التى تسهم فى تحقيق أهدافه وتجعله متوافقاً مع نفسه ومع الآخرين، ومن هنا نرى أن المفهومين يتداخلان بل إنهما يكملان بعضهما البعض.

(Narin & Merluzzi, 2003, P. 65)

النظريات المفسرة للتوافق النفسى والإجتماعى: ينظر غالبية علماء النفس إلى التوافق - على اختلاف توجهاتهم - على أنه السواء والخلو من الإضطرابات والصراعات النفسية والقدرة على الإنسجام مع النفس والآخرين ومع هذا الإجماع فإن لكل مدرسة توجهها فى تحديد مفهوم التوافق وعملياته وعوامله، وفيما يلى عرض مختصر لأهم وجهات النظر النفسية المفسرة للتوافق.

أولاً: النظرية التحليلية (نظرية التحليل النفسي)

١- **فرويد Freud**: الشخصية السوية – عند فرويد – رهن بقوة الأنا ومكوناتها الثلاثة، **المكون الأول**: الهو وما يمثله من طاقة أساسية للسلوك، وهذه الطاقة تتضمن غريزتين أساسيتين هما غريزتا الجنس والعدوان، وأن الإنسان يولد مزود بطاقة غريزية يطلق عليها (الليبدو)، وأن معظم عمليات (الهو) تحدث في اللاشعور وتؤثر على السلوك الواضح دون أن يعي الإنسان بها إلا أن دفعات الهو الغريزية قد تظهر في الشعور إذا ضعفت الأنا.

أما المكون الثاني: ويتمثل في الأنا العاقلة Ego، وهي التي تُصنّف الفرد بعواقب سلوكه (Felner, R., 2005, P. 69)، ويبدأ ظهور الأنا كواقع نمائي من خلال الهو، بسبب حاجة الفرد لمعالجة وقائع العالم الذي يعيش فيه في بداية السنة الثانية عندما يبدأ بتفاعل الفرد مع المكونات البيئية من حوله حيث يكون هدف الأنا هو التوسط بين مبدأ اللذة وبين العالم الخارجي، وهكذا فإن المبدأ الذي تعمل بمقتضاه الأنا هو مبدأ الواقع، وفيه تحاول الأنا أن تتحكم في هذه الطاقة بالطاقة فلا تصرفها إلا إذا لاح في الواقع الخارجي هدف ملائم لإشباع الحاجة من خلال عمليات المقارنة والموازنة بين الذات والسلوك (عملية التوحد) وعليه تكون الأنا الجزء المنظم من الهو وغالباً ما يُشار إليها على أنها المحرك التقليدي لشخصية الفرد.

(محمد الخطيب، ٢٠٠٠، ص: ٢٠٦)

والمكون الثالث: الأنا الأعلى Super Ego ويقوم بدور الرقابة ويُشير إلى المثل العليا والقيم الخلقية السائدة في الجماعة. (Hanoun, Rasmiyah, 2001, P. 64)

إن عملية التوافق غالباً ما تكون لا شعورية، أي أن الفرد لا يعي الأسباب الحقيقية لكثير من سلوكياته فالشخص المتوافق هو من يستطيع إشباع المتطلبات الضرورية للهو بوسائل مقبولة إجتماعية، وعلى أساس ما تقدم يربط فرويد التوافق بقوة الأنا، حيث يكون المنفذ الرئيسي فهو يتحكم ويسيطر على الهو والأنا الأعلى، ويعمل كوسيط بين العالم الخارجي ومتطلباتهما.

إن منشأ الإضطراب النفسي (سوء التوافق) في الشخصية يكمن داخل الفرد نتيجة لاختلال قيام الفرد بوظائفه النفسية عبر مسارين: المسار الأول هو تعلم غير ملائم في مراحل الطفولة الأولى (الخمس سنوات الأولى)، المسار الثاني: إختلال الحركة المتوازنة بين منظمات النفس الهو والأنا الأعلى (الخطيب، ٢٠١٠، ص: ٦٥٤) وهذا ما ينقلنا للحديث عن مدرسة التحليل النفسي الجديدة من خلال العالمين أدلر وسيليفان.

٢- **أدلر Adler**: إن عملية التنشئة عند أدلر تأخذ حيزاً كبيراً في تشكيل سلوكيات الفرد وشخصيته، وهو ما أهمله فرويد تماماً، وأن كل فرد يسعى للتكيف مع بيئته وتطوير حياته وتحقيق تفوقه على الآخرين بطريقة فريدة بدافع الشعور بالعجز، وهذا ما أسماه بأسلوب الحياة الذي ينشأ نتيجة عاملين، هما الهدف الداخلي مع غاياته الخيالية الخاصة، والقوى البيئية التي تساعد وتعديل اتجاهات الفرد،

وكل فرد فى أسلوب حياته يعتبر فريداً بسبب التأثيرات المختلفة للذات الداخلية وتركيباتها.
(أنجلز، ١٩٩١، ص: ٥٥)

٣- **سوليفان Sullivan**: والذى يعطى وزناً كبيراً للعوامل الثقافية والحضارية، كما أنه يؤمن بأن الشخصية تنظيم مرن إلى حد كبير، وبالتالي؛ فإن الفرد يمكن أن يتغير؛ إذا أتيح له مجموعة من العلاقات الشخصية البينية الجديدة، كما يرى أن الفرد إذا صادف فشلاً كبيراً ولم يتحمل القلق الناتج عن ذلك فإنه ينكص ويسلك سلوكاً غير ملائم لعمره.
(علاء الدين كفاى، ١٩٩٠، ص: ٤٠٤)

ثانياً: النظرية السلوكية: يتفق معظم السلوكيين على أن سلوك الفرد عبارة عن عملية ديناميكية، بمعنى أن الفرد لا يتأثر فقط بالبيئة المحيطة به بشكل سلبى بل يؤثر فيها كما يتأثر بها، ونتيجة لهذا التأثير والتأثر المتبادل يتحدد الشكل النهائى للسلوك.

إن مفهوم التوافق عند السلوكيين هو إكتساب الفرد لمجموعة من العادات المناسبة والفعالة فى معاملة الآخرين والتي سبق أن تعلمها الفرد، وأدت إلى خفض التوتر عنده أو أشبعت دوافعه وحاجاته، وبذلك تدعمت وأصبحت سلوكاً يستدعيه الفرد كلما واجه نفس الموقف مرة أخرى.

وسوء التوافق عند السلوكيين يتمثل فى عدم قدرة الفرد على ملاحظة النتائج غير المرغوبة الذى تترتب على سلوك معين، كما يتضمن صعوبة ضبط الذات، وهذه القدرات فى جميع الأحوال سلوكيات متعلمة، وهى قابلة للتغيير فى أى وقت من عمر الإنسان.

(صالح الداھرى، ٢٠٠٦، ص: ٨٠)

ثالثاً: النظرية الإنسانية: ينظر رواد الإتجاه الإنسانى إلى أن الإنسان ككائن فاعل يستطيع حل مشكلاته، وتحقيق التوازن، وأنه ليس عبداً للحتميات البيولوجية كالجنس والعدوان، كما يرى فرويد، أو للمثيرات الخارجية كما يرى السلوكيون أن التوافق يعنى كمال الفعالية وتحقيق الذات فى حين أن سوء التوافق ينتج عن شعور الفرد بعدم القدرة وتكوين مفهوماً سالباً عن ذاته، وتمثل نظريتى روجرز وماسلو أهم النظريات فى هذا المجال، فهما يربطان التوافق بتحقيق الذات، وأن الشخص المنتج الفعال هو الفرد الذى يعمل إلى أقصى مستوى، وأنه يتصف بعدة صفات، من أهمها الإفتتاح على الخبرات، والشعور بالإنسانية، والإستمتاع بكونه إنساناً واثقا فى نفسه مما يعطيه الحق بالإحساس بالحرية.
(أنجلز، ١٩٩١، ص: ٧٢)

وقد أكد روجرز Rogers صاحب نظرية الذات أن الإنسان لديه القدرة على قيادة نفسه والتحكم فيها، وأن كل أنواع السلوك الإنسانى ترتبط بتحقيق الذات، والشخصية نتاج للتفاعل المستمر بين الذات والبيئة الإجتماعية، أنها ليست ساكنة بل هى دائمة الحركة والتغير.

(حسين أبو شمالة، ٢٠٠٢، ص: ١٨)

المحور الثالث: التوافق الإجتماعى، ويتضمن هذا المحور المفهوم، والمفاهيم المرتبطة به، سُبل قياس التوافق النفسى والإجتماعى، فنيات التدخل النفسى والإجتماعى، الدراسات السابقة، التوافق الإجتماعى والمفاهيم المتداخلة معه: ثمة مفاهيم مرتبطة بالتوافق الإجتماعى نُشير لأهمها فيما يلى:

١- **التوافق الإجتماعى والتدين Religious**: يعتبر التدين عامل جوهري فى تحقيق الصحة النفسية للأفراد بصفة عامة والتوافق الإجتماعى بصورة خاصة لأن له دوراً كبيراً فى خفض مظاهر الإغتراب وكافة المتغيرات السلبية. (إحسان كارافاس، ٢٠٠٩، ص: ٥٤)

٢- **التوافق الإجتماعى وتقدير الذات Self – Esteem**: التوافق الإجتماعى هو أحد الموضوعات الجوهرية فى علم النفس، وأن الشخصية " الذات " هى محل دراسة هذا الموضوع، كما أن تقدير الذات يُمثل بُعداً أساسياً من أبعاد الصحة النفسية، وأن تقدير الذات ينبثق من المجتمع ومن خلاله يستطيع الفرد أن يُقدر نفسه، فالتوافق الإجتماعى يلعب دوراً إيجابياً فى تقدير الذات. (رشاد على عبدالغنى، ١٩٩٩، ص: ٥٨٨)

٣- **التوافق الإجتماعى والتوافق الشخصى Personality Adjustment**: يُعد التوافق الإجتماعى أحد تلك العمليات التى يُحقق بها الفرد نوعاً من التوازن فى علاقاته الشخصية، ومن ثم فإن التوافق الشخصى هو قدرة الفرد على تقبل ذاته، والرضا عنها، وقدرته على تحقيق إحتياجاته ببذل الجُهد والعمل، وشعوره بالقوة، وإحساسه بقيمته الذاتية. (Woodwoth & Ponal, 2007, P. 75)

٤- **التوافق الإجتماعى والتوافق الأسرى**: ويُقصد به أن التوافق الأسرى والسعادة الأسرية، والقدرة على تحقيق مطالب الأسرة، وسلامة العلاقات بين أفراد الأسرة ككل، وبين الزوجين من جهة ومع الأبناء من جهة أخرى، فكلما توافق أفراد الأسرة؛ كلما زادت روح المحبة، والثقة والإحترام المتبادل. (Hiell & Ziegler, 1999, P. 55)

٥- **التوافق الإجتماعى والرضا عن الحياة Life Satisfaction**: إن حب الشخص للحياة التى يعيشها وتوافقه الإجتماعى مع الذات والآخرين، يُعتبر من أهم مكونات الحياة الطيبة، ويتضمن ذلك الخبرات الوجدانية الإيجابية والسارة، والشعور بالرضا عن الحياة، والتوافق الإجتماعى يُؤثر على حياة الفرد بشكل عام، ومن خلاله يكتسب الفرد جوانب إيجابية، وتتيح له الفرصة للحصول على السعادة، ومن ثم يرتبط التوافق الإجتماعى بالرضا عن الحياة. (David, et. al., 2000, P. 34)

سُبل قياس التوافق النفسى والإجتماعى: تعددت سُبل تشخيص التوافق النفسى والإجتماعى، ويمكن الإشارة لأبرز هذه السُبل فيما يلى:

١ - الملاحظة: وتأتى من مصدرين:

أ - الدراسات الميدانية: وتشمل دراسة ملاحظة الأفراد أثناء حياتهم الطبيعية، وردود أفعالهم فى المواقف الإجتماعية، ويُقاس كلاً من التوافق النفسى والإجتماعى من عدة حسابات وتحليلات سيكولوجية.

ب - الدراسات التجريبية: وهى تختلف عن الدراسات الميدانية، فى أن المُجرب يصطنع الموقف فتأتى أبسط من مثيلاتها فى الحياة الطبيعية، وتكون معتدلة الشدة لكن تتميز عن المنحى الميدانى من خلال إمكانيات إجراء قياسات دقيقة ومضبوطة، وإمكانية عزل العوامل الهامة.
(نادية سراج، ٢٠٠٨، ص: ١٤٢)

الإختبارات والمقاييس: يتم قياس التوافق النفسى والإجتماعى من خلال المقاييس النفسية مثل مقياس التوافق النفسى والإجتماعى الذى أعده العالم الأمريكى (هيو بل ١٩٤٠، وقام بترجمته محمد عثمان نجاتى، وبقنه عبدالرحمن الشيخ الطاهر ١٩٨٩)، ومقياس التكيف النفسى والإجتماعى المُصمم من قِبل (محمد العربى، وماجدة إسماعيل سنة ١٩٩٠)، ومقياس التوافق النفسى والإجتماعى (Narin & Merluzzi, 2003)، ومقياس التوافق النفسى والإجتماعى (Gullberg, 2010)، وقائمة ملاحظة التوافق النفسى والإجتماعى (Hill, R., 2010)

إستراتيجيات التدخل لكلاً من التوافق النفسى والإجتماعى، وتتمثل فى الآتى:

- ١ - المناقشة وأسلوب الحوار: ويأتى من خلال إكساب المعرفة وخبرات ومهارات تساعد على التوافق النفسى والإجتماعى.
- ٢ - لعب الدور وقلب الدور: تنمية التواصل من خلال الإقتداء بالنماذج الإيجابية فى سلوكهم وتفعيلها بشكل جيد مع الآخرين.
- ٣ - الإسترخاء والتنفيس الإنفعالى: الحوار مع الذات لتنمية أساليب المهارات النفسية والإجتماعية.
- ٤ - الشرح والتفسير: معرفة الآليات التى يتبعها الفرد لاكتساب كيفية التفاعل مع الآخرين نفسياً واجتماعياً.

التدين والتوافق النفسى والإجتماعى لدى مرضى الكولوستومى دراسات ميدانية، نشير فيما يلى لأكثر الدراسات إرتباطاً بمتغيرات وعينة الدراسة

قام كلاً من Atena. M, Mahvash, R. 2012 بدراسة عنوانها " التدخين ودوره الإيجابى فى التوافق النفسى والاجتماعى "، وقد طبق الباحثان مقياس التدخين ومقياس التوافق النفسى والاجتماعى على (N=٢٥٠) من مرضى سرطان القولون، وأشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائياً فى التدخين لدى كبار السن من المرضى، وأن هناك فروقاً بين الذكور والإناث فى التوافق النفسى والاجتماعى بمكوناتها فى إتجاه الإناث، وأن الحالة الإجتماعية ترتبط بالتدخين لدى مريض سرطان القولون.

وعن تباين التدخين والتوافق الصحى والأسرى لدى مرضى سرطان القولون قام Bergman, et al., 2015 وزملائه بدراستهم والتي هدفت بيان أثر التدخين الداخلى والظاهرى فى حياة مريض سرطان القولون، وقد طبق مقياس التدخين الداخلى والظاهرى، وقائمة بيانات أولية للمريض لمعرفة (الحالة الإجتماعية، حجم الأسرة، العمر) توصلت النتائج إلى أن التدخين عند الإناث دال إحصائياً، وكلما كان عدد أفراد الأسرة كبير أدى ذلك إلى إهتمام أفراد الأسرة بالمريض والتوافق معه إجتماعياً، وتقبل أفراد الأسرة للحالة المرضية الجديدة لأحد أفراد الأسرة.

وفى نفس السياق قام كلاً من Alferi S. M., & Carver, 2010 بدراسة هدفت تقييم التدخين والتوافق النفسى لدى مرضى الكولوستومى، كما هدفت الإجابة على السؤال هل يوجد تقبل من (الزوج أو الزوجة) لطبيعة الحالة الجديدة التى أصبحت فى الأسرة؟، وهل التدخين يُساعد على التوافق الإجتماعى مع البيئة المحيطة؟، ولتحقيق الأهداف طبقت أدوات الدراسة على (N=١١٣)، (ذكور وإناث)، وتوصلت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث فى التدخين، وأن التوافق النفسى بأبعاده يختلف باختلاف المتغيرات الديموجرافية لدى المريض من حيث النوع، الحالة الإجتماعية، المستوى التعليمى.

(Alferi, S., M & Carver, 2010, PP. 42 : 44)

وعن مهارات التواصل لدى القائمين بالرعاية الصحية لحدیثى التشخيص بمرض السرطان مع المرافقين للمرضى قام Fuki, A. C., et. al., 2011 بدراسة هدفت الكشف عن دور التدخين فى دعم التوافق النفسى والاجتماعى لدى مرضى سرطان القولون (N=٩٥) مع بيان علاقة المتغيرات الديموجرافية فى التدخين والتوافق النفسى وهل التدخين يوحى بوجود توافق نفسى واجتماعى لدى مرضى سرطان القولون؟ وهل الأدوار التى يقوم بها القائمين برعاية المرضى تؤثر إيجابياً؟، وللإجابة على أسئلة الدراسة طبقت قائمة بيانات أولية، واستبانة القائمين على الرعاية، ومقياس التدخين، ومقياس التوافق النفسى والاجتماعى، وتوصلت النتائج إلى وجود علاقة موجبة بين التدخين والتوافق النفسى، وأنهما يختلفان باختلاف الحالة الإجتماعية، والسن، وعدد أفراد الأسرة، وأن التدخين لدى الإناث يساعدهن على تقبل المرض، والتوافق الذاتى والإنفعالى أكثر من الذكور.

أما عن طبيعة التعايش والتوافق النفسى وتقبل المرض لدى مريض سرطان القولون " دراسة حالة " قام Pellegrini, N. A., 2016 بدراسة هدفت تحديد طبيعة التعايش النفسى فى ظل الإشكاليات النفسية الناتجة عن مرض سرطان القولون جراء التهديدات المشاركة والعوامل الإنقاذية المساعدة على تقبل المرض، وقد اتبعت الدراسة المنهج الإكلينكى (دراسة الحالة)، فقد تم اختيار الحالة بطريقة قصدية لدراستها، باعتبارها تعانى من مشكلات نفسية واجتماعية، وقد طبق عليها إختبار تفهم الموضوع T. A. T، مع إستخدام برامج للثقة بالنفس، والرضا، والتدخين، وتوصلت نتائج الدراسة

باستجابة الحالة للبرامج العلاجية، مما ساعدها على التوافق الذاتى والإنفعالى، وتقبل المرض والتعايش معه.

ولمعرفة طبيعة العلاقة بين التوافق النفسى والإجتماعى بجودة الحياة لدى مرضى سرطان القولون قام Bastin, V. Burn, s. & Nettelback, 2018 بدراسة هدفت الكشف عن طبيعة العلاقة بين كلاً من التوافق النفسى والإجتماعى وجودة الحياة لدى مرضى سرطان القولون بعد إجراء عملية (الكولوستومى)، وأجريت الدراسة على عينة قوامها (N=٢٤٦) تراوحت أعمارهم ما بين (٤٠ : ٦٠)، تتضمن ذكور وإناث، وأسفرت النتائج عن وجود علاقة إرتباطية موجبة دالة إحصائياً بين التوافق النفسى والإجتماعى المرتفع والرضا عن الحياة.

وفى نفس الإتجاه قام كلاً من Hardaway. C. Elifson, et. al., 2019 بدراسة هدفت تحديد العلاقة بين التدين والتوافق النفسى والإجتماعى والسعادة (N=٣٧٠)، موزعة على أنواع من السرطان (سرطان القولون)، (سرطان المعدة)، (سرطان الثدي)، من كلا الجنسين، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفى بشقيه التحليلى، والإرتباطى، طُبّق على العينة مقياس التدين، ومقياس التوافق الإجتماعى والنفسى، ومقياس السعادة، وتوصلت النتائج إلى وجود فروق بين أفراد عينة الدراسة حسب نوع المرض (سرطان القولون، سرطان معدة، سرطان ثدى) من مرتفعى التدين، ومنخفضى التوافق النفسى والإجتماعى والسعادة فى إتجاه مرتفعى التدين، وأنه لا يوجد فروق فى التوافق النفسى والإجتماعى تعزى للسن، وعدد الأسرة، ووجود فروق دالة إحصائياً فى التدين فى إتجاه الإناث.

التعقيب على الدراسات السابقة، ونُجمله فيما يلى:

أولاً: القضايا المتفق عليها: إتفقت الدراسات السابقة فى بعض القضايا ونوضحها فيما يلى:

١- يُعد التوجه الدينى كواحد من مُنبئات التوافق النفسى والإجتماعى لدى مرضى الكولوستومى. (Crow & Pargment, 2017)

٢- التوافق النفسى والإجتماعى يختلفان باختلاف المتغيرات الديموجرافية (النوع – العمر – الحالة الإجتماعية – حجم الأسرة) لدى مرضى الكولوستومى. (Alferi, S. M & Carver, 2010, P. 42)

٣- يوجد علاقة بين التدين ببعديه وبين كلاً من التوافق النفسى والإجتماعى بمكوناتهما لدى مرضى الكولوستومى. (Pellegrini, NA, 2016, PP. 150 : 153)

ثانياً: أوجه الإستفادة من الدراسة: إن تحليل الأطر النظرية والدراسات السابقة ساعد على استخلاص العديد من الإضافات العلمية نذكر منها على سبيل المثال لا الحصر ما يلى:

- ١- تم اختيار متغيرات التوجه الدينى، ومتغير التوافق النفسى والإجتماعى فى ضوء ما أكدت عليه نتائج الدراسات السابقة (Melend, et. al., 2017)، (Kaplan & Larso, 2019).
- ٢- تم اختيار العينة فى ضوء نتائج الدراسات السابقة (Bastin, V. Burn, S & Nettelback,) (2018, PP. 145 : 148).
- ٣- تم صياغة التعريف الإجرائى وتحديد مكونات المقاييس فى ضوء تحليل نتائج الدراسات والمقاييس والتعريفات الإجرائية السابقة (Massie & Popkin, 1999)، (Narin & Merluzzi, 2003)، (Jean & Marie, 2008)، (Kantor & Debra, 2013).

ثالثاً: الجديد الذى تزعم الدراسة إضافته: ويتمثل فى إعداد مقاييس الدراسة (التوجه الدينى ببعديه، ومقياس التوافق النفسى، ومقياس التوافق الإجتماعى).

رابعاً: فروض الدراسة: تم صياغتها فى ضوء أسئلة وأهداف الدراسة وتحليل الأطر النظرية وهى كما يلى:

- ١- التوجه الدينى مُنبأ بالتوافق النفسى والتوافق الإجتماعى لدى مرضى الكولوستومى.
- ٢- يختلف التوجه الدينى باختلاف المتغيرات الديموجرافية (النوع - العمر - الحالة الإجتماعية - حجم الأسرة) لدى مرضى الكولوستومى.
- ٣- يختلف كلاً من التوافق النفسى والإجتماعى باختلاف المتغيرات الديموجرافية (النوع - العمر - الحالة الإجتماعية - حجم الأسرة) لدى مرضى الكولوستومى.

منهج الدراسة وإجراءاتها:

أولاً: منهج الدراسة: إعتمدت هذه الدراسة على المنهج الوصفى الإرتباطى المقارن، لكونه أكثر موائمة لتحقيق أهداف الدراسة والإجابة على أسئلتها، والتحقق من فروضها من خلال الفنيات السيكومترية التى تم تفصيلها بما يتناسب مع العينة فى ضوء المتغيرات المُختارة كتحديد مستوى التوجه الدينى، والتوافق النفسى والإجتماعى لدى مرضى الكولوستومى، والكشف عن الفروق فى النوع، والعمر، والحالة الإجتماعية، وحجم الأسرة لدى عينة الدراسة على متغيرات الدراسة (التوجه الدينى، التوافق النفسى والإجتماعى)، وتحديد مدى إسهام التوجه الدينى فى التوافق النفسى والإجتماعى لدى عينة الدراسة.

ثانياً: خصائص العينة ومنطق إختيارها: تتضمن عينة الدراسة مجموعتين فرعيتين على النحو التالى:

- ١- **العينة الإستطلاعية:** وتتكون من (N=٥٠) من مرضى الكولوستومى من ذكور وإناث، والهدف منها جمع البيانات والتحقق من الكفاءة السيكومترية لأدوات الدراسة.

٢- عينة الدراسة التشخيصية: وتتكون من (N=٢٠٠) من مرضى الكولوستومي، وتم إختيارهم من مركز الأورام، ومركز الجهاز الهضمي بكلية الطب جامعة المنصورة، وقد رُوعى في إختيار العينة أن تتضمن المتغيرات الديموجرافية (النوع - العمر - الحالة الإجتماعية) وتم تحديد ذلك في ضوء ما أكدت عليه نتائج الدراسات السابقة، مما يساعد على التحقق من صحة الفرض الثاني والثالث.

جدول (١)
وصف العينة السيكومترية

المتغيرات الديموجرافية	الفئات	العدد (ن)	النسبة المئوية %
العمر	٢٥ - ٤٥	١٠٩	٥٤.٥
	٤٥ - ٦٥	٩١	٤٥.٥
النوع	ذكور	١١٠	٦٠
	إناث	٩٠	٤٠
الحالة الإجتماعية	متزوج (٥)	٩٥	٤٧.٥
	أرمل - مُطلق (٥)	١٠٥	٥٢.٥

مبررات إنتقاء العينة، وتتمثل فيما يلي:

١- بلغ عدد العينة (٢٠٠) بهدف جمع البيانات الديموجرافية، والتحقق من الكفاءة السيكومترية لأدوات الدراسة، والتحقق من الفروق.

٢- تضمنت العينة (ذكور وإناث) من مرضى الكولوستومي، وقد تباينت أعمارهم (مرتفعة (٤٥-٦٥)، ومنخفضة (٢٥-٤٥))، فقد أثبتت دراسة (King & Napa, 1999, P. 165) أنه كلما زاد سن المريض زاد لديه التوجه الديني وأدى لارتفاع التوافق النفسي والاجتماعي، كما رُوعى إختيار الحالة الإجتماعية فمنهم (أعزب ومتزوج) ومنهم (أرمل أو مُطلق) وهذا ما أكدت عليه دراسة (Hardaway., C, Elifson, et. al., 2019) بأنه كلما كانت الحالة الإجتماعية مستقرة كلما كان هناك توجه ديني بيُعبده، وأدى ذلك للتوافق الأسري والعائلي، وأشارت دراسة كلاً من (Atena, M & Mahvash, R., 2012) بأنه كلما كان عدد أفراد الأسرة كثيراً ساعد المريض سواء ذكراً أو أنثى على التوافق النفسي والاجتماعي مع المرض حيث هناك من يتأفف من العملية الجديدة الناتجة عن المرض.

أدوات الدراسة: وتضمنت ما يأتي:

١- مقياس التوجه الديني: تم إعداده بهدف توفير مقياس يلائم مرضى الكولوستومي، وخصائصهم المختلفة، بالإضافة إلى إثراء مكتبة القياس النفسي بمقاييس جديدة مستمدة من البيئة والثقافة العربية، وتم إعداده وفق المراحل التالية:

المرحلة الأولى: تم إستقراء وحصر الأدبيات السيكولوجية، والأطر النظرية المعنية بالتوجه الدينى بشكل عام (Jan, c, 2015)، (Ling & Yig, 2014)، (Lindahi, et. al., 2016)، وذلك بهدف معرفة وجهات النظر المختلفة فى تفسير الظاهرة النفسية، والتوصل إلى فهم عميق لمضمون هذا المفهوم، وذلك للوقوف على تعريف إجرائى خاص به يُمكننا ملاحظته وقياسه.

المرحلة الثانية: والهدف منها تحديد مكونات المقياس، وتم إشتقاق ذلك بتحليل مصادر المعرفة المختلفة والتي تمثلت فى تطبيق إستبانة مفتوحة على (N=٥) من أساتذة علم النفس وقد طُلب منهم تحديد مضمون ومكونات مفهوم التوجه الدينى، والسمات والسلوكيات التي يتميز بها الشخص الذى يتصف بالتوجه الدينى، فضلاً على مراجعة مقاييس التوجه الدينى على المستويين العربى والأجنبى لدراسة مكوناتها والإستفادة منها.

المرحلة الثالثة: أن تحليل نتائج مصادر المعرفة المختلفة (نظريات – تعريفات – مقاييس – دراسات إستطلاعية)، أسفرت عن عدة مفردات تم الإبقاء على المفردات التي حظيت بشيوع وتكرار على وتمثل فى (التدين الداخلى، التدين الظاهرى)، وقد تم صياغة البنود بلغة عربية واضحة، وسهلة، بعيدة عن النفى والإيحاء، وتضمن الصورة الأولية للمقياس (٣٥ بنداً).

تصحيح المقياس:

تم صياغة العبارات بلغة سهلة وواضحة، كما تم صياغة بعضها بطريقة سلبية وأخرى إيجابية، كما تم تصحيح المقياس وفقاً لبدائل ثلاثة (تنطبق – أحياناً – لا تنطبق)، وأن العبارات الإيجابية تحصل على ثلاث درجات – وأحياناً تحصل على درجتان – فى حين تحصل (لا تنطبق) على درجة واحدة، أما العبارات السالبة تتبع عكس هذا التدرج، أن المقياس يتضمن (٣٠) الدرجة الكلية الكبرى = (٩٠) أما الدرجة الصغرى = (٣٠).

المرحلة الرابعة: تحديد بدائل الإستجابة من خلال مراجعة المقاييس السابقة المعنية بتقدير التوجه الدينى، تم تحديد بدائل الإستجابة فى ثلاثة (تنطبق – أحياناً – لا تنطبق)، بوصفها الأنسب لعينة الدراسة، وذلك لأن الإستجابة الرباعية أو الخماسية تؤدي لتشتت المفحوص، نظراً لكثرة البدائل، فى حين أن الإختيار من بين (نعم ، لا) يجعل المفحوص مقيداً باختيار إحداهما وذلك على غير رغبته.

المرحلة الخامسة: تحكيم المقياس، تم عرض المقياس على (N=٥) من خبراء علم النفس، وقد أسفر التحكيم عن عدة نتائج من أهمها أنه تم الإتفاق على البنود التي أجمع عليها المحكمين، وتعديل وحذف بعض البنود، ليتكون المقياس فى صورته النهائية من (٣٠) عبارة موزعة على مكونين، ونوضح ذلك فى جدول (٢).

جدول (٢)

مقياس التوجه الديني وأرقام مكوناته في صورته النهائية

أرقام المفردات لكل مكون كما وردت في الصورة النهائية														مكونات المقياس	
٢	٢	٢	٢	٢	١	١	١	١	١	٩	٧	٥	٣	١	التدين الداخلي
٩	٧	٥	٣	١	٩	٧	٥	٣	١	١	٨	٦	٤	٢	التدين الظاهري
٣	٢	٢	٢	٢	٢	١	١	١	١	١	٨	٦	٤	٢	
٠	٨	٦	٤	٢	٠	٨	٦	٤	٢	٠	٨	٦	٤	٢	

المرحلة السادسة: التحقق من الكفاءة السيكومترية للمقياس، وسنوضح ذلك فيما يلي:

أولاً: ثبات المقياس، تم حساب ثبات المقياس باستخدام طريقتي (ألفا لكرونباخ – التجزئة النصفية) ويمكن توضيح ذلك فيما يلي:

جدول (٣)

طرق حساب معاملات ثبات مقياس التوجه الديني

معاملات ثبات التجزئة النصفية	معاملات ثبات ألفا لكرونباخ	طريقتي حساب الثبات المقياس ومكوناته
٠.٦٢٦	٠.٧٢١	التدين الداخلي
٠.٦٠٦	٠.٦٢٢	التدين الظاهري
٠.٦٦٨	٠.٨٣٥	الدرجة الكلية للمقياس

ويلاحظ من الجدول (٣) أن معاملات ثبات المقياس ككل ومكوناته بطريقة ألفا لكرونباخ قد تراوحت بين (٠.٦٢٢ – ٠.٨٣٥)، بينما تراوحت قيم معاملات الثبات باستخدام طريقة التجزئة النصفية بين (٠.٦٠٦ – ٠.٦٦٨)، وأن معاملات ثبات المقياس ككل تراوحت بين (٠.٦٦٨ – ٠.٨٣٥) مما يعني أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات مرتفع.

ثانياً: صدق المقياس: تم التحقق من صدق المقياس بأربعة طرق نوضحها فيما يلي:

١- صدق المُحكّمين: وسبق الإشارة إليه في المرحلة الخامسة من مراحل بناء المقياس.

٢- صدق البناء والتكوين: ويُقصد به مدى تمثيل المقياس للظاهرة التي يضطلع المقياس بقياسها، ولتحقيق هذا النوع من الصدق فقد تمت صياغة بنود المقياس وعباراته في ضوء تحليل ودراسة المقاييس التي أُعدت للتوجه الديني (Bruce and Gwloff, 2013)، وكذلك في ضوء توصيف

الأطر النظرية (Elena and Kalichman, 2018)، (Dittos, 1997)، (Thompson, R.,) (1997) المرتبطة بموضوع الدراسة، وقد سبق الإشارة لها عند صياغة التعريف الإجرائي.

٣- صدق الإتساق الداخلي: فقد تم حساب معامل إرتباط بيرسون بين درجة كل مفردة والدرجة الكلية لمقياس التوافق النفسي، ونوضح ذلك في جدول (٤).

جدول (٤)

معامل إرتباط بيرسون بين درجة المفردة والدرجة الكلية للمقياس

رقم المفردة	قيمة (ر)	رقم المفردة	قيمة (ر)	رقم المفردة	قيمة (ر)
1	٠.٨١*	11	٠.٧٧	21	٠.٧٩
2	0.89	12	0.72	22	0.7١
3	0.79	13	0.75	23	0.90
4	0.69	14	0.51	24	0.81
5	0.77	15	0.66	25	0.88
6	0.89	16	0.69	26	0.79
7	0.90	17	0.81	27	0.77
8	0.91	18	0.91	28	0.81
9	0.81	19	0.88	29	0.82
10	0.87	20	0.75	30	0.71

ويلاحظ أن جميع معاملات إرتباط العبارات بالدرجة الكلية لمقياس التوافق النفسي دالة عند مستوى (٠.٠١)، مما يشير إلى الإتساق الداخلي للمقياس وأنه يتمتع بالصدق.

ثانياً: مقياس التوافق النفسي، تم إعداد المقياس وفق المراحل الآتية:

المرحلة الأولى: تم دراسة وتحليل الأطر النظرية المرتبطة بالتوافق النفسي، وذلك بهدف تفسير الظاهرة، والتوصل لتعريف إجرائي للتوافق النفسي.

المرحلة الثانية: هدفت هذه المرحلة تحديد مكونات المقياس، ومن ثم تعريف التوافق تعريفاً إجرائياً – يُساعد على صياغة عبارات ومفردات المقياس – وقد حددت مكونات المقياس في ثلاثة مكونات هي (التوافق الذاتي – التوافق الإنفعالي – التوافق الصحي).

أعد هذا المقياس بما يُلائم عينة الدراسة مرضى الكولوستومي، بكل ما تنطوي عليه من خصائص، بالإضافة إلى إثراء مكتبة القياس النفسي بمقاييس جديدة مستمدة من الثقافة العربية، ويتكون المقياس من (٣٠) عبارة وزعت على ثلاثة مكونات فرعية نوضحها في جدول (٥).

جدول (٥)

مقياس التوافق النفسى وأرقام مفردات كل مكون

أرقام المفردات لكل مكون كما وردت فى الصورة النهائية										مكونات المقياس
٢٨	٢٥	٢٢	١٩	١٦	١٣	١٠	٧	٤	١	التوافق الذاتى
٢٩	٢٦	٢٣	٢٠	١٧	١٤	١١	٨	٥	٢	التوافق الإنفعالى
٣٠	٢٧	٢٤	٢١	١٨	١٥	١٢	٩	٦	٣	التوافق الصحى

تم تحديد بدائل الإستجابة من خلال مراجعة المقاييس السابقة المعنية بالتوافق النفسى، كما تم إختيار بدائل الإستجابة الثلاثية (تنطبق - أحياناً - لا تنطبق) بوصفها الأنسب لعينة الدراسة، ولكونها تتجنب عيوب الإستجابة الثنائية (نعم - لا) وكذلك عيوب الإستجابة الخماسية (أوافق بشدة - أوافق - إلى حد ما - لا أوافق - لا أوافق مطلقاً).

تصحيح المقياس: تم تصحيح المقياس لتحصل تنطبق على ثلاث درجات، (أحياناً) تحصل على درجتان، فى حين (لا تنطبق) تحصل على درجة واحدة، وأن العبارات السالبة تحصل على عكس هذا التدرج، ومن ثم فإن الدرجة العظمى = (٩٠) فى حين أن الدرجة الدنيا = (٣٠).

المرحلة السادسة: التحقق من الكفاءة السيكمترية للمقياس: وسنوضح ذلك فيما يلى:
أولاً: ثبات المقياس، قد تم حساب ثبات المقياس باستخدام طريقتى (ألفا لكرونباخ - التجزئة النصفية)، ويمكن توضيح ذلك فيما يلى:

جدول (٦)

طرق حساب معاملات ثبات مقياس التوافق النفسى

معاملات الثبات التجزئة النصفية	معاملات ثبات ألفا لكرونباخ	معاملات الثبات المقياس ومكوناته
٠.٦٩٨	٠.٧٦٣	التوافق الذاتى
٠.٦٦٧	٠.٨٣٢	التوافق الإنفعالى
٠.٧١٨	٠.٧٤٣	التوافق الصحى
٠.٨٢١	٠.٨٤٣	الدرجة الكلية للمقياس

ويلاحظ من الجدول (٦) أن مُعاملات ثبات المقياس ككل ومكوناته بطريقة ألفا لكرونباخ قد تراوحت بين (٠.٧٤٣ - ٠.٨٤٣)، بينما تراوحت قيم مُعاملات الثبات باستخدام طريقة التجزئة النصفية بين (٠.٧١٨ - ٠.٨٢١)، وأن مُعاملات ثبات المقياس ككل تراوحت بين (٠.٨٢١ - ٠.٨٤٣) مما يعنى أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات مرتفع.

ثانياً: صدق المقياس، تم التحقق من صدق المقياس بثلاث طرق هي:

١- **صدق المحكمين:** فقد طُلب من ثلاثة محكمين قراءة تعليمات المقياس وإبداء ملاحظتهم على العبارات من حيث سلامة العبارة لغوياً، وبيان مدى ارتباطها بالمكون والمقياس ككل، وحذف، أو إضافة، أو تعديل الصياغة، وقد أفاد المحكمون بسلامة صياغة جميع العبارات باستثناء عبارة واحدة تم حذفها، وتعديل صياغة عبارتين تم تعديلهما، ووفقاً لذلك يكون المقياس صادق من وجهة نظر المُحكمين.

٢- **صدق البناء والتكوين:** والذي يُقصد به مدى تمثيل المقياس للظاهرة التي يضطلع لقياسها، ولتحقيق هذا النوع من الصدق فقد تمت صياغة بنود المقياس وعباراته في ضوء تحليل ودراسة المقاييس (Hill, R., 2012)، (Narin & Merluzzi, 2010) التي أُعدت لقياس التوافق النفسي، وكذلك في ضوء توصيف الأطر النظرية المرتبطة بمتغير الدراسة، وقد سبق الإشارة إلى ذلك.

٣- **صدق الإتساق الداخلي:** وقد تم التحقق منه بحساب معامل الارتباط بيرسون بين درجة كل مفردة والدرجة الكلية للمقياس، ونوضح ذلك في جدول (٧).

جدول (٧)

معامل ارتباط بيرسون بين درجة المفردة والدرجة الكلية للمقياس

رقم المفردة	قيمة (ر)	رقم المفردة	قيمة (ر)	رقم المفردة	قيمة (ر)	رقم المفردة	قيمة (ر)
1	0.66	8	0.71	16	0.75	24	0.68
2	0.69	9	0.79	17	0.71	25	0.77
3	0.71	10	0.70	18	0.69	26	0.71
4	0.82	11	0.66	19	0.62	27	0.69
5	0.73	12	0.69	20	0.71	28	0.84
6	0.71	13	0.81	21	0.81	29	0.78
7	0.79	14	0.80	22	0.80	30	0.77
		15	0.79	23	0.75		

ثالثاً: مقياس التوافق الاجتماعي، تم إعداد المقياس وفق المراحل الآتية:

المرحلة الأولى: تم دراسة وتحليل الأطر النظرية (Cemalcila and Canbey, 2003)، (Atena, M., Mahvash, R., 2010) المرتبطة بالتوافق الاجتماعي، وذلك بهدف تفسير الظاهرة، والتوصل لتعريف إجرائي للتوافق الاجتماعي، وقد سبق الإشارة إلى ذلك.

المرحلة الثانية: هدفت هذه المرحلة؛ تحديد مكونات المقياس، ومن ثم تعريف التوافق إجرائياً؛ – بما يُساعد على صياغة عبارات ومفردات المقياس – وقد حددت مكونات المقياس في ثلاثة مكونات هي (العزلة الاجتماعية – التوافق الأسري – التوافق الزوجي).

أعد هذا المقياس بما يُلائم عينة الدراسة (مرضى الكولوستومي) بكل ما تنطوي عليه من خصائص، بالإضافة إلى إثراء مكتبة القياس النفسي بمقاييس جديدة مستمدة من الثقافة العربية، ويتكون المقياس من (٣٠) عبارة وزعت على ثلاثة مكونات فرعية نوضحها في جدول (٨).

جدول (٨)

مقياس التوافق الاجتماعي وأرقام مفردات كل مكون

أرقام المفردات لكل مكون كما وردت في الصورة النهائية										
٢٨	٢٥	٢٢	١٩	١٦	١٣	١٠	٧	٤	١	العزلة إجتماعية
٢٩	٢٦	٢٣	٢٠	١٧	١٤	١١	٨	٥	٢	التوافق الأسري
٣٠	٢٧	٢٤	٢١	١٨	١٥	١٢	٩	٦	٣	التوافق الزوجي

تم تحديد بدائل الإستجابة من خلال مراجعة المقاييس السابقة المعنية بالتوافق النفسي، وقد تم إختيار بدائل الإستجابة الثلاثية (تنطبق – أحياناً – لا تنطبق) بوصفها الأنسب لعينة الدراسة، ولكونها تتجنب عيوب الإستجابة الثنائية (نعم – لا) وبما تنطوي عليه من تحديد الإجابة في اختياريين، كذلك عيوب الإستجابة الخماسية (أوافق بشدة – أوافق – إلى حد ما – لا أوافق – لا أوافق مطلقاً) بما تنطوي عليه من تشتت إتجاه المفحوص.

تصحيح المقياس: تم تصحيح المقياس لتحصل تنطبق على ثلاث درجات، (أحياناً) تحصل على درجتان، في حين (لا تنطبق) تحصل على درجة واحدة، وأن العبارات السالبة تحصل على عكس هذا التدرج، ومن ثم فإن الدرجة العظمى = (٩٠) في حين أن الدرجة الدنيا = (٣٠).

المرحلة السادسة: التحقق من الكفاءة السيكمترية للمقياس: وسنوضح ذلك فيما يلي:

أولاً: ثبات المقياس، تم حساب ثبات المقياس باستخدام طريقتي (ألفا لكرونباخ – التجزئة النصفية)، ويمكن توضيح ذلك فيما يلي:

جدول (٩)
طرق حساب معاملات ثبات مقياس التوافق الاجتماعي

معاملات ثبات التجزئة النصفية	معاملات ثبات ألفا لكرونباخ	معاملات الثبات المقياس ومكوناته
٠.٤٥٩	٠.٤٦٥	العزلة الاجتماعية
٠.٧٠٦	٠.٥٠٢	التوافق الأسرى
٠.٧١٢	٠.٦٠٢	التوافق الزواجى
٠.٦٦٣	٠.٧٦٧	الدرجة الكلية للمقياس

ويُلاحظ من الجدول (٩) أن مُعاملات ثبات المقياس ككل ومكوناته بطريقة ألفا لكرونباخ قد بلغت (٠.٧٦٧)، بينما بلغت قيم مُعاملات الثبات باستخدام طريقة التجزئة النصفية (٠.٦٦٣) للمقياس ككل مما يعنى أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات مرتفع.

ثانياً: صدق المقياس، تم التحقق من صدق المقياس بثلاث طرق نوضحها فيما يلى:

- ١- **صدق المُحكَمين:** وزع المقياس على ثلاثة من أساتذة علم النفس، وقد أسفر التحكيم عن عدة ملاحظات تضمنت الموافقة على أغلب فقرات المقياس وقد طلب تعديل صياغة بعض الفقرات وحذف البعض الآخر وتعديل بعضها، وقد أخذت هذه الملاحظات بعين الاعتبار، ومن ثم يصبح المقياس صادقاً من وجهة نظر المُحكَمين.
- ٢- **صدق البناء والتكوين:** ويُقصد به مدى تمثيل المقياس للظاهرة التى يضطلع لقياسها، ولتحقيق هذا النوع من الصدق؛ فقد تمت صياغة بنود المقياس وعباراته فى ضوء تحليل ودراسة المقاييس التى أُعدت لقياس التوافق الاجتماعي، وكذلك فى ضوء الأطر النظرية المرتبطة بالمتغير موضوع الدراسة، وقد سبق الإشارة إليها عند صياغة التعريف الإجرائى.
- ٣- **صدق الإتساق الداخلى:** تم التحقق منه بحساب معامل إرتباط بيرسون بين درجة كل مفردة والدرجة الكلية للمقياس، ونوضح ذلك فى جدول (١٠).

جدول (١٠)

معامل إرتباط بيرسون بين درجة كل مفردة والدرجة الكلية للمقياس

رقم المفردة	قيمة (ر)	رقم المفردة	قيمة (ر)	رقم المفردة	قيمة (ر)
1	0.81	11	0.69	21	0.71
2	0.78	12	0.66	22	0.79
3	0.77	13	0.81	23	0.87
4	0.75	14	0.82	24	0.72
5	0.74	15	0.71	25	0.79
6	0.71	16	0.77	26	0.84
7	0.72	17	0.81	27	0.79
8	0.74	18	0.88	28	0.76
9	0.91	19	0.76	29	0.84
10	0.81	20	0.69	30	0.81

وبتحليل قيم (ر) الواردة في جدول (١٠) نستخلص أنها جميعاً عند مستوى دلالة (٠.٠١)، ومن ثم فإن المقياس يتصف بالإتساق الداخلي، وهذا مؤشر على صدق المقياس.

الأساليب الإحصائية المستخدمة: إعتمدت هذه الدراسة على الإحصاء البارامتري بما يتناسب مع أهداف وأسئلة وفروض الدراسة، وكذلك حجم العينة، وتتضمن ما يلي:

- ١- معامل الإنحدار Regression Coefficient للتحقق من صحة الفرض الأول.
- ٢- إختبار (ت) T. test للتحقق من صحة الفرض الثاني والفرض الثالث.

نتائج الدراسة ومناقشتها:

الفرض الأول، وينص على: (التوجه الديني مُنبئ بكل من التوافق النفسي، والتوافق الإجتماعي لمرضى الكولوستومي).

وللتحقق من صحة الفرض عولجت إستجابات عينة الدراسة (N=200) من مرضى الكولوستومي باستخدام الإنحدار الخطى البسيط Simple Liner Regression، ونوضح ذلك في جدول (١١).

جدول (١١)

R	R – Squar	Sig.
٠.٧٧٦	٠.٥٦١	٠.٠٠٠

جدول (١٢)
نتائج تحليل الانحدار

النموذج	B معامل الانحدار	الخطأ المعياري	بيتا	ت	Sig.
المقدار الثابت	B0	٠.٧٣١		٢.٨٤١	
	B1	٠.٨٥١	٠.٩٠	٨.٩١١	٠.٠٠٠

من الجدول (١٢) يمكن صياغة معادلة الانحدار على النحو التالي:

$$\text{Predicted } Y = B0 + B1$$

$$\text{Predicted } Y = 33.32 + 0.851$$

نستخلص من الجدول (١٢) أن هناك علاقة طردية بين المتغيرين " التوجه الديني " وكلٍ من التوافق النفسي والتوافق الاجتماعي، وأنه كلما زاد التوجه الديني (x) بمقدار وحدة واحدة زاد التوافق النفسي والتوافق الاجتماعي (y) بمقدار ٠.٨٥١ .

وفي ضوء نتائج المعالجة الإحصائية (تحليل الانحدار) يكون الفرض الأول قد تحقق، وهذا ما أكدت عليه الأطر النظرية والدراسات السابقة، فقد أشارت نتائج دراسة (Desbrossens, 2017) أن التوجه الديني من أهم محددات التوافق النفسي والتوافق الاجتماعي لمرضى الكولوستومي، وكذلك دراسة (Majdaul, 2018) بأن التوجه الديني ببعديه الداخلي والظاهري؛ يساعد المرضى على التوافق في كل مجالاته الأسرية والنفسية؛ وكذلك دراسة (Saca, F., 2013)، ودراسة (Scheler, 2016).

كما أن النتيجة السابقة تؤكد عليها التحليلات اللغوية للمفاهيم المتداخلة مع المفهوم الرئيسي (التوجه الديني)، فالتوافق النفسي والتوجه الديني يمثلان وجهي عملة، وأن الشعور الديني عملية نمو متصلة غايتها تحقيق التوافق النفسي، وأن التدين نظام نفسي يتكون بتفاعل نزعات الفرد الفطرية مع عوامل البيئة المحيطة، ويتكامل هذا النظام مع تطور شخصية الفرد وأن الفرد يلجأ للتدين ليجد مخرجاً من مشكلاته وسنداً يحقق له الشعور بالأمن، وأن التوافق يعني قدرة الفرد على أن يتواءم مع نفسه ومع القيم التي إرتضاها لذاته (محمود السندی، ١٩٩٠، ص: ٨٦)، كما أن التدين يجعل الفرد راضى بالجوانب الإيجابية ومقتنع بما آلت إليه الحياة من جوانب سلبية يخلع عليها قبل تحت مظلة العبودية والرضا بما هو مقسوم.

وإذا ما ناقشنا التدين كمنبأ بالتوافق النفسي والتوافق الإجتماعي من منظور النظريات والنماذج النظرية المختلفة لسوف نضيف براهين نظرية على صحة ما أسفرت عنه المعالجة الإحصائية السابقة (تحليل الإنحدار).

فعلى سبيل المثال نجد نظرية ساباتييه Sabbate والذي لخص بعض ملامحها في مؤلفه المشهور Philosophy Religion، فهو يؤكد أن العقيدة الدينية تعتمد على أساس نفسي، إنها تنشأ نتيجة شعور الفرد بالتناقض بين أحاسيسه وإرادته، وفي ظل هذا الصراع المفعم بالإحباطات النفسية ينشأ التدين كحل عملي لفض هذا الصراع وهذا ما أكدت عليه نظرية هنري برجسون Bergson، فهو يوضح في كتابه ينابيع الخلق والدين The Fountains of Creation and Religion كيفية نشوء العقيدة، إن هناك صراع بين متطلبات المجتمع وحاجات الفرد، وقد عبر برجسون عن القوة التي تحسم الصراع بمفهوم الآلة، وهذا المفهوم فطري في النفس الإنسانية، وهي غالباً ما تدفع الفرد للتنازل عن بعض حقوقه لصالح المجتمع.

(إحسان كارافاس، ٢٠٠٩، ص: ٤٣)

الفرض الثاني، ونصه (يختلف التوجه الديني وكل من التوافق النفسي والتوافق الإجتماعي لدى مرضى الكولوستومي باختلاف المتغيرات الديموجرافية " النوع - العمر - الحالة الإجتماعية ").

وللتحقق من صحة الفرض عولجت إستجابات عينة الدراسة (N=200) على مقاييس الدراسة (التوجه الديني، التوافق النفسي، التوافق الإجتماعي) باستخدام الإحصاء البارمترى، اختبار (ت) لدلالة الفروق للعينات المرتبطة وينبثق عن هذا ثلاثة فروض فرعية على النحو التالي:

الفرض الفرعي الأول: (إختلاف التوجه الديني باختلاف المتغيرات الديموجرافية " النوع - العمر - الحالة الإجتماعية ")، وقد عولجت إستجابات (N=200) على مقياس التوجه الديني باستخدام إختبار (ت) لدلالة الفروق، ونوضح ذلك في الجدول (١٣).

جدول (١٣)

قيمة (ت) لدلالة الفروق بصدد التوجه الديني في ضوء المتغيرات الديموجرافية

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	ع	م	ن	القيم الإحصائية	
					المتغيرات	النوع
٠.٠١	٤.٦٩	٨.٦١	٥١.٣٠	١١٠	ذكور	النوع
		٩.٦٠	٦٠.٦٠	٩٠	إناث	
٠.٠١	٥.٧١	٧.٣٣	٥٦.١٢	١٠٩	٢٥ - ٤٥	الفئة العمرية
		٩.٨١	٦٦.٢٠	٩١	٦٥ - ٤٥	
٠.٠١	٥.٩	٩.٦٠	٦١.٦٠	٩٥	متزوج	الحالة الإجتماعية
		٨.١٦	٥١.١١	١٠٥	أرمل - مطلق	

مناقشة أولاً: إختلاف التوجه الدينى (التدين) باختلاف المتغيرات الديموجرافية
أ – **التوجه للتدين – والعمر:** تباينت نتائج الدراسات التى تناولت إختلاف التوجه الدينى باختلاف العمر، فى دراسة (Alfer, S. M. Corverc. S, 2010) أكدت نتائجها على أن التوجه الدينى يختلف باختلاف الفئة العمرية – فالمرضى كبار السن إتجاهاتهم اللفظية والفعلية الواقعية تؤكد على تدينهم – وأن التدين بمستوياته الظاهرة والفعلية كذلك، وهذا يعزى لعامل الخبرة الممزوجة بالحكمة، ولأن هذه الفئة العمرية الأكبر أصقلتها خبرات السنين وعملت على زيادة المناعة النفسية التى ساعدتهم على التحدى والإلتزام والصمود وجميع هذه المتغيرات لصيقة بالحكمة باعتبارها أحد وجوه التوجه الدينى.

وكذلك دراسة (Zeppelin, 2017) التى أجريت على مرضى الكولوستومى، ودراسة (Crow & Pargment, 2017) بعنوان التوجه الدينى لمرضى سرطان القولون، والتى أكدت نتائجها على إختلاف التوجه الدينى باختلاف الفئة العمرية، وأن ذلك كان فى إتجاه الفئة العمرية الأعلى، وكذلك دراسة (Bath, et. al., 2018) التى أجريت على مرضى الكولوستومى باستراليا، والتى أكدت نتائجها على أن التوجه الدينى سواء داخلى أو ظاهرى كان أعلى عند الفئة الأكبر سناً حيث أصبحوا أكثر قبولاً للمرض.

ويمكن أن تعزز النتيجة السابقة ببعض النظريات التى تناولت التوجه الدينى نسوق بعضاً منها، فى نظرية ساباتييه Sabbate أكد فى مؤلفه فلسفة التدين Philosophy Religion أن التدين ينشأ لشعور الفرد بالتناقض بين أحاسيسه وإرادته وأن كبار السن هم الأقدر على حسم هذا الصراع نتيجة لما يمتلكه من خبرة ونضج، وكذلك نظرية برجسون Bergson فى كتابه ينابيع الخلق والدين The Fountains of Creation and Religion من أن القوة التى تحسم الصراع لصالح التدين هو خبرة الإنسان المدعومة بالنضج الشخصى والعقلى وهذا لا يتوفر إلا للفئة الأكثر عمراً، وكذلك نظرية فرويد أن الدين ينشأ بهدف مواجهة الإحباطات وهذا لا يظهر مع الميلاد وإنما يتنامى مع خبرات الفرد وزيادة العمر، وكذلك الحال فى تفسير التوجه الدينى لدى النظرية الوجودية والتى مفادها أن التدين عند الفرد يكون أسيراً للخبرة المتزامنة مع زيادة العمر.

(جورار دم ولننز، ١٩٨٨، ص: ٤٠٤)

ب – **التوجه للتدين والنوع:** أكدت نتائج هذه الدراسة أن التوجه للتدين يختلف باختلاف النوع (ذكور – إناث) وأن قيمة (ت) لدلالة الفروق بين مرضى الكولوستومى الذكور والمريضات بلغ قيمتها ٤.٦٩ عند مستوى دلالة ٠.٠١ فى إتجاه الإناث، وهذا ما أكدت عليه نتائج الدراسات السابقة، كدراسة (Duber, et. al., 2018) والتى أشارت نتائجها أن التوجه الدينى بمستوياته (الجوهري والظاهري يكون لدى مريضات الكولوستومى أكثر من الذكور)، وكذلك دراسة (Crow & Pargment, 2017) والتى أكدت على أن التدين الداخلى عند الإناث أكثر من الذكور، وكذلك دراسة (Rayster & Culman, et. al., 2015) والتى أكدت أن بيئة التوجه الدينى الداخلى أكثر عند الإناث، وكذلك دراسة (Melend, et. al., 2017) لمرضى سرطان القولون أكدت فى نتائجها أن الإناث أكثر فى التدين الداخلى، وكذلك دراسة (Bath, et. al., 2018) التى كانت فى نفس الإتجاه.

ج- التوجه الدينى والحالة الإجتماعية: أشارت نتائج التحليل الإحصائى (إختبار " ت ") لدلالة الفروق أن قيمة (ت) بلغ قيمتها (٥.٩٩) عند مستوى دلالة ٠.٠١ فى إتجاه المرضى المتزوجين وهذا ما سبق أن أكدت عليه نتائج دراسة (Atena, M & Mahvosh, 2012)، وكذلك دراسة (Elena & Kalichmen, 2018) فالحالة الإجتماعية محدد أساسى للتوافق والتدين، وأن التوجه الدينى يكون للمتزوجين أكثر من غير المتزوجين ولا سيما المطلقات والأرامل.

ويلاحظ أن تحليل المفاهيم المرتبطة بالتوجه الدينى للمرضى يرتبط بعدة مفاهيم منها التوافق النفسى وأن التدين نظام نفسى يتفاعل مع البيئة الأسرية المتماسكة، كما يرتبط التدين بالتوافق الإجتماعى، فالتدين عند أغلب المنظرين ينبثق من حياة الأفراد المستقرين إجتماعياً، وأن مؤرخى الأديان يجمعون على أنه لا يوجد جماعة إنسانية عاشت دون أن يكون لها قيم إجتماعية تستمد إستقرارها من هذه القيم، وأياً كانت الديانة فهناك تقاليد وقيم يلتزم بها المتدين وأن هذه القيم تنبثق من الحياة الإجتماعية المتوازنة فى كنف أسرة متماسكة.

كما أن التدين يرتبط بالسعادة والصحة النفسية وتقوى معهما المناعة النفسية، وهى حصن للفرد والجماعة، ولا يمكن أن تظهر هذه المفاهيم الإيجابية إلا فى مناخ أسرة متماسكة، ويستحيل أن يكون لها حضور فى أسرة متصدعة، كما أن التدين يرتبط بالتوافق الزوجى ويؤدى إليه وينبثق عنه، فالعلاقة بينهما علاقة ديكالكتيكية جدلية.

الفرض الفرعى الثانى: (يختلف التوافق النفسى باختلاف المتغيرات الديموجرافية " النوع – الفئة العمرية – الحالة الإجتماعية ")، وقد عولجت إستجابات (N=200) من مرضى الكولوستومى على مقياس التوافق النفسى باستخدام إختبار (ت) لدلالة الفروق، ونوضح ذلك فى جدول (١٤).

جدول (١٤)

قيمة (ت) لدلالة الفروق لمتغير التوافق النفسى والمتغيرات الديموجرافية

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	ع	م	ن	القيم الإحصائية	
					المتغيرات	
٠.٠١	١.٣٠	٩.١١	٧٠.٦٠	١١٠	ذكور	النوع
		٨١.٢٠	٦٨.٩١	٩٠	إناث	
٠.٠١	٣.٨١	٨.٨٠	٦٠.١١	١٠٩	٢٥ – ٤٥	الفئة العمرية
		٩.١١	٦٨.٢٠	٩١	٤٥ – ٦٥	
٠.٠١	٣.٩٢	٨٠.١٠	٦٠.٥٠	٩٥	متزوج	الحالة الإجتماعية
		٧.٧٠	٥١.٩١	١٠٥	أرمل - مطلق	

مناقشة الفرض: إختلاف التوافق النفسي والتوافق الإجتماعي باختلاف المتغيرات الديموجرافية (النوع – العمر – الحالة الإجتماعية) ويمكن تناول ذلك على محورين:

الأول: إختلاف التوافق النفسي باختلاف المتغيرات الديموجرافية، وقد أكدت قيمة (إختبار " ت لدلالة الفروق الواردة فى جدول (١٤) على أن التوافق النفسى يختلف باختلاف (العمر – الحالة الإجتماعية) وقد بلغت قيمتها على التوالى (العمر ٣.٨١) (الحالة الإجتماعية ٣.٩٢) وجميعها دالة عند مستوى ٠.٠١ وكانت الفروق فى إتجاه الفئة العمرية الأعلى، والمتزوجين من مرضى الكولوستومى، فى حين أن التوافق النفسى لم تكن الفروق دالة بين الذكور والإناث، ويمكن مناقشة ذلك فى ضوء ما أكدت عليه الأطر النظرية من دراسات ونظريات على النحو التالى:

أ – **بالنسبة لمتغير النوع والتوافق النفسى:** وما يتضمنه من مكونات فرعية ممثلة فى (التوافق الذاتى والتوافق الإنفعالى والتوافق الصحى) لا يختلف باختلاف النوع، وأن هذه النتيجة لم تحسمها نتائج الدراسات السابقة، ففى حين أن دراسة (Atena, M., Mahvash, R., 2012) أشارت نتائجها أن المريضات (الإناث) يتمتعن بتوافق نفسى واجتماعى أكثر من الذكور، أما دراسة (Alferi, et. al., 2015) تتخذ موقفاً مخالفاً، وأن مرضى الكولوستومى الذكور يتمتعوا بتوافق نفسى بشكل فارق عن الإناث، ولعل إختلاف نتائج الدراسات السابقة بصدد هذه القضية يمكن أن يعزى إلى إختلاف وتباين أدوات القياس، وتباين حساسية هذه الأدوات فى التشخيص، وكذلك ظروف تطبيق الأدوات والمتغيرات الدخيلة، فضلاً عن تباين السياق الثقافى المجتمعى والظروف المحيطة بالعينة، كل هذا وما على شاكلة ذلك من أسباب يمكن أن يفسر لنا تباين نتائج الدراسات السابقة وكذلك النظريات المفسرة للظاهرة.

ب – **بالنسبة للفئة العمرية والتوافق النفسى:** أكدت نتائج إختبار (ت) لدلالة الفروق جدول (١٤) أن التوافق النفسى يختلف باختلاف الفئة العمرية، فقد بلغت قيم (ت) ٣.٨١ بمستوى دلالة ٠.٠١ فى إتجاه الفئة العمرية (٤٥ – ٦٥) الأكبر، ويُلاحظ أن هذه النتيجة تلقى تعزيز وتأكيد من قبل بعض الدراسات نذكر منها على سبيل المثال دراسة (Atena. M, Mahvask. R., 2012)، والتي أكدت أن المرضى كبار السن أكثر تديناً وأكثر فى التوافق النفسى، وما يتضمنه من مكونات (التوافق الذاتى، التوافق الإنفعالى، التوافق الصحى)، وكذلك نتائج دراسة (Fuki, A. C. et. al., 2011)، ودراسة (Pellegrini, N, A., 2016) ودراسة (Bastin, V, Burr, V. Burr, s) (2011)، فى حين كان هناك إيجاباً معارضاً للدراسات السابقة نذكر منها (and Nettelback, 2018)، على سبيل المثال دراسة (Hardaway. C, Elifson, et. al., 2019)، وقد أكدت نتائج هذه الدراسة أنه لا يوجد فروق فى التوافق النفسى أو التوافق الإجتماعى يمكن أن يعزى للعمر.

جـ - **بالنسبة للحالة الإجتماعية والتوافق النفسى:** أكدت نتائج إختبار (ت) لدلالة الفروق جدول (١١) أن التوافق النفسى يختلف باختلاف الحالة الإجتماعية (متزوج – أرملة – مطلق)، فقد بلغت قيمة (ت) (٣.٩٢) بمستوى دلالة (٠.٠١) وفى إتجاه فئة المتزوجين، وتبدو هذه النتيجة منطقية ومتسقة مع السياق النفسى والاجتماعى لظاهرة الزواج والإستقرار الأسرى وهذا ما أكدت عليه نتائج الدراسات السابقة ومنها دراسة (Atena. M, Mahvask. R., 2012)، التى أكدت أن الحالة

الاجتماعية والاستقرار الأسرى يرتبط بالتدين لمرضى سرطان القولون، وكذلك دراسة (Bergman, et. al., 2015) التي أكدت على أن الإستقرار الزواجي يعنى تعميق إهتمام أفراد الأسرة بالمرضى وما يصاحب ذلك من تعميق المساندة الاجتماعية والمعرفية والمادية والنفسية للمريض، وكذلك دراسة (Alferis and Carver, 2012)، ودراسة (Pellegrini, N, A., 2016).

إن النتائج المشار إليها من قبل الدراسات دعمتها العديد من النظريات، فضلاً عن إن مراجعة المفاهيم المرتبطة بالتوافق النفسي وتحديد التوافق الزواجي Marital Adjustment وقوامه إستعداد الفرد لتحمل المسؤولية، والثقة المتبادلة مما يساعد على مواجهة المشكلات باستراتيجيات إيجابية، فضلاً عن أن الإستقرار الزواجي يساعد على تعزيز الفعالية الذاتية Self Efficacy.

الفرض الفرعي الثالث ونصه: (يختلف التوافق الاجتماعي باختلاف المتغيرات الديموجرافية النوع – الفئة العمرية – الحالة الاجتماعية)، تم معالجة إستجابات (ن = ٢٠٠) من مرضى الكولوستومي على مقياس التوافق الاجتماعي باستخدام إختبار (ت) لدلالة الفروق كما في جدول (١٥).

جدول (١٥)

قيمة (ت) لدلالة الفروق لمتغير التوافق الاجتماعي والمتغيرات الديموجرافية

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	ع	م	ن	القيم الإحصائية	
					المتغيرات	النوع
٠.٠١	٣.٢١	٨.١١	٦٩.٩١	١١٠	ذكور	النوع
		٧.٥٠	٦٢.١١	٩٠	إناث	
٠.٠١	٣.١٤	٧.٢٠	٥٩.٨٠	١٠٩	٢٥ – ٤٥	الفئة العمرية
		٨.٢٥	٦٧.٩٠	٩١	٤٥ – ٦٥	
٠.٠١	٣.٧١	٩.٧١	٧١.٧٠	٩٥	متزوج	الحالة الاجتماعية
		٨.١٩	٥٩.٦١	١٠٥	أرمل - مطلق	

بقراءة القيم الواردة في جدول (١٥) نستخلص إن جميع قيم (ت) لدلالة الفروق للتوافق الاجتماعي والمتغيرات الديموجرافية دالة عند مستوى (٠.٠١) وأن التوافق الاجتماعي يختلف باختلاف المتغيرات الديموجرافية (النوع – الفئة العمرية – الحالة الاجتماعية)، ويمكن مناقشة ذلك في ضوء ما أسفرت عنه الدراسات السابقة وكذلك النظريات المرتبطة بهذا المتغير وذلك فيما يلي:

مناقشة الفرض الفرعي الثالث: أكدت الدراسات أن هؤلاء المرضى يعانون من مشكلات إجتماعية، يأتي في صدارة هذه المشكلات الخجل الإجتماعي، والإغتراب عن السياق الأسري، والإنفصال الزواجي والطلاق النفسي Emotional divorce، ففي دراسة (Lillis, Taylor, C. R., 2013) بعنوان الإنعزالية والإضطهاد لمرضى القولون، وكذلك دراسة (Kantor and Debra, 2013)، ودراسة (Harris, 2011) وقد أكدت هذه الدراسات على أنه كلما كانت الحياة الزوجية مستقرة كلما زاد التوافق الإجتماعي.

وبتحليل مفهوم التوافق الإجتماعي فإنه يرتبط بعدة مفاهيم منها تقدير الذات، وهو يمثل حجر الزاوية للصحة النفسية، وأنه ينبثق من الأسرة والمجتمع الخارجي بشتى مؤسساته، وقد أكدت قيم (ت) أن التوافق الإجتماعي لدى عينة الذكور أعلى من الإناث، وقد يعزى ذلك لأن؛ المجتمع الذي نعيش فيه لا زال مجتمع ذكوري، فاليد الطولى لكثير من الأمور تكون للرجل؛ وما يتبع ذلك من إنفتاح المجتمع بمؤسساته لعينة الذكور، فهم يشكلون حجر الأساس للأسرة في توفير الجانب الإقتصادي وما يصاحب ذلك من حرية التعامل والتفاوض في كثير من أمور الأسرة.

كما أشارت النتائج أن التوافق الإجتماعي يكون لدى الفئة العمرية (٤٥ – ٦٥) أكثر من الفئة العمرية (٢٥ – ٤٥)، وقد يفسر ذلك في ضوء أن الخبرة وما ترتبط به من حكمة واتزان؛ تزداد مع زيادة العمر، وهذا ساعد الفئة العمرية الأكبر على إكتساب العديد من المهارات الحياتية والتي تعتبر من المقومات الأساسية الداعمة للتوافق الإجتماعي.

أما عن التوافق الإجتماعي مع متغير الحالة الإجتماعية (متزوج – أرملة – مطلق) فكانت الفروق في إتجاه عينة المتزوجين – فالزواج والإستمرار فيه يعنى الوفاء باحتياجات الإنسان على شتى الأصعدة، وتحقيق متطلباته الحياتية في أنساقها الزوجية والنفسية والمادية – وهذا بخلاف عينة الأرملة أو المطلقين، فهم يعانون الكثير من المشكلات فضلاً عن معاناتهم الصحية واحتياجاتهم لمن يعولونهم ويقومون على خدمتهم.

بحوث مقترحة وتوصيات:

أولاً: بحوث مقترحة، في ضوء نتائج الدراسات السابقة ومعايشة الشواهد الميدانية يمكن طرح بعض الدراسات المستقبلية كالاتي:

- ١- التوجه الديني مدخل لتنمية المناعة النفسية لدى مرضى الجراحات الحرجة.
 - ٢- الحيوية الذاتية وتحسين التوافق النفسي لدى الممرضات في مراكز الأورام.
 - ٣- تحسين رأس المال النفسي لخفض الإحترق المهني لأعضاء هيئة التدريس بالجامعة.
 - ٤- الروحانية والرضا المهني للهيئة المعاونة في مجال الطب – دراسة عاملية كينيكية.
- ثانياً: التوصيات،** يمكن صياغة التوصيات التالية في ضوء ما أسفرت عنه الأطر النظرية والملاحظات الميدانية، وذلك على النحو التالي:
- ١- عقد دورات تدريبية لتأهيل الممرضات نفسياً في أقسام الجراحات الحرجة.
 - ٢- إعداد ورش عمل لتعزيز التوافق النفسي للأطباء في مراكز الأورام.
 - ٣- عقد ندوات تثقيفية للمتطلبات النفسية المؤهلة للعمل في أقسام مرضى الجراحات الحرجة.

المراجع المستخدمة :

أولاً: باللغة العربية:

- ١- إبراهيم الأعرجي (٢٠٠٧): فقدان المعنى وعلاقته بالتوجه الديني ونمط الإستجابات المتطرفة لدى طلبة جامعة بغداد، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية ابن رشد، بغداد.
- ٢- إحسان خليل الأغا (١٩٨٩): العلاقة بين المناخ السائد وبين التوافق الدراسي للطلاب، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الأزهر.
- ٣- إحسان كارافاس (٢٠٠٩): المسار الإنساني التاريخي للطب النفسي في الإسلام، مجلة الثقافة النفسية، العدد ٢، دار النهضة العربية، بيروت، ص ص ٥٤ - ٥٥.
- ٤- أحمد بدوى (١٩٩٣): الإسلام والتوافق النفسي للإنسان، مجلة هدى الإسلام، مجلد ٢٢٠، عدد (٢).
- ٥- أحمد بدوى (١٩٩٣): الإسلام والتوافق النفسي للإنسان، مجلة هدى الإسلام، ج ٢٠، ٢٤.
- ٦- أحمد محمد الزيدى، هاشم الخطيب (٢٠٠١): مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي، ط ١، الدار الدولية للنشر، عمان.
- ٧- أريك فروم (١٩٨٩): الإنسان بين الجوهر والمظهر، ترجمة سعد زهران، عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، ع ١٤، الكويت.
- ٨- أسماء عبدالعزيز الحسين (٢٠٠٢): التوافق الزواجي وعلاقته بالإكتئاب ومتغيرات أخرى، رسالة دكتوراه منشورة، كلية التربية للبنات، الرياض.
- ٩- أشرف عبدالغنى شريت (٢٠٠٥): الصحة النفسية بين النظرية والتطبيق، المكتب الجامعي الحديث، جامعة الإسكندرية.
- ١٠- بشير إبراهيم الحجاز (٢٠٠٦): التوجه نحو التدين لدى طلبة الجامعة الإسلامية بغزة، مجلة الجامعة الإسلامية، سلسلة الدراسات الإنسانية، ع ١٤، ج ١، جامعة بغداد.
- ١١- جواد د. م سيدنى ولندز (١٩٨٨): الشخصية السليمة، ترجمة حمد دل الكربولى وموفق الحمدانى، كلية الآداب، جامعة بغداد.
- ١٢- حامد زهران (١٩٨٨): الصحة النفسية والعلاج النفسي ٤، عالم الكتب، القاهرة.
- ١٣- حجازى مصطفى (٢٠٠٦): الإغتراب وعلاقته بالتدين والإتجاهات السياسية لدى طلاب الجامعة، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب، جامعة عين شمس.
- ١٤- حسن أبو شمالة (٢٠٠٢): البيئة الأسرية والمدرسية وعلاقتها بالتوافق النفسي والإجتماعي والتحصيل الدراسي لدى المراهقين فى قطاع عزة، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الأقصى.
- ١٥- خليل محمد محمد بيومى (١٩٩٩): سيكولوجية العلاقات الزوجية، دار قباء للطباعة والنشر، القاهرة.
- ١٦- رامى محمود اليوسف (٢٠١٣): المهارات الإجتماعية وعلاقتها بالكفاءة الذاتية المدركة والتحصيل الدراسي العام لدى عينة من طلبة المرحلة المتوسطة فى منطقة حائل فى ضوء عدد من المتغيرات، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية، ج ٢١، ١٤، السعودية.

- ١٧- رشاد على عبدالعزيز موسى (١٩٩٩): علم النفس بين النظرية والتطبيق، المكتب العلمى للكمبيوتر، جامعة الإسكندرية.
- ١٨- زيدان عبدالغنى (١٩٨١): علم الإجتماع الدينى، مكتبة الأنجلو، القاهرة، ص ص ١٣٦ - ١٣٩.
- ١٩- سعاد معرف الدورى (١٩٩٣): سمات الشخصية للزوجين وعلاقتها بالتوافق الزوجى، رسالة ماجستير، جامعة بغداد.
- ٢٠- سعد المغربى (١٩٩٢): حول مفهوم الصحة النفسية والتوافق، مجلة علم النفس، عدد (٣)، الهيئة العامة للكتاب، القاهرة.
- ٢١- سهير أحمد كامل (٢٠٠٣): الصحة النفسية والتوافق، مركز الإسكندرية للكتاب، جامعة الإسكندرية، ص ص ٣٧ - ٣٩.
- ٢٢- شلتر داوون (١٩٨٣): نظريات الشخصية، ترجمة حمد لى الكربولى وعبدالرحمن القيسى، مجلة الثقافة النفسية، ع ٤٩، مج ١٣، بغداد.
- ٢٣- صالح حسن الداھرى (٢٠٠٨): أساسيات التوافق النفسى والإضطرابات السلوكية والإنفعالية (الأسس والنظريات)، ط ح دار صنعاء للنشر والتوزيع، عمان.
- ٢٤- صالح حسن الداھرى (٢٠٠٨): أساليب التوافق النفسى والإضطرابات السلوكية والإنفعالية - الأسس والنظريات، ط ٢، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.
- ٢٥- عبدالحميد محمد الشاذلى (٢٠٠٤): التوافق النفسى للمسنين، المكتبة الجامعية، الإسكندرية.
- ٢٦- عبدالمجيد منصور (١٩٧٨): التدين والتوافق النفسى، ندوة علم النفس والإسلام، جامعة الملك سعود، الرياض، السعودية.
- ٢٧- عدودة صليحة (٢٠٠٩): الكفاءة الذاتية وعلاقتها بأسلوب الحياة لدى مرضى قصور الشريان التاجى، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة باتنة، الجزائر.
- ٢٨- علاء الدين كفافى (١٩٩٠): الصحة النفسية، هجر للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
- ٢٩- على القاضى (١٩٩٤): التوافق النفسى من منظور إسلامى، مجلة منبر الإسلام، عدد رقم ٤، ص ٢٥٢.
- ٣٠- على وشريف (٢٠٠٤): الصحة النفسية والتوافق النفسى، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
- ٣١- عواطف حسين صالح (١٩٩٣): الفاعلية الذاتية وعلاقتها بضغوط الحياة لدى الشباب الجامعى، كلية التربية، جامعة المنصورة.
- ٣٢- فؤاد البهى السيد (٢٠٠٦): علم النفس الإجتماعى، رؤية معاصرة، دار الفكر العربى.
- ٣٣- فوزى محمد جبل (٢٠٠٠): الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية المكتبة الجامعية الإسكندرية.
- ٣٤- كمال الدسوقى (١٩٨٥): علم النفس ودراسة التوافق، دار النهضة للطباعة والنشر، القاهرة.
- ٣٥- مایسة شكرى (١٩٩٩): أنماط السلوك السحرى كأساليب لمواجهة موقف المشقة، مجلة دراسات نفسية، رابطة الأخصائين النفسية المصرية، مج ٨، ٢٤، القاهرة.
- ٣٦- مايكل أرجایل (١٩٩٣): سيكولوجية السعادة، ترجمة فيصل يونس، سلسلة عالم المعرفة، ع ١٧٥٤، الكويت.

- ٣٧- مايكل وآخرون (٢٠٠٩): سيكولوجية السعادة، ترجمة فيصل يونس، سلسلة عالم المعرفة، عدد ٣، ص ١٧٥، الكويت.
- ٣٨- محمد الخطيب (٢٠٠٠): التوجه والإرشاد النفسى بين النظرية والتطبيق، مطبعة المقدار، مجلد ١٥، ع ٤، غزة.
- ٣٩- محمد النجار (٢٠٠٠): تقدير الذات والتوافق النفسى والإجتماعى لدى معافى الإنتفاضة جسمىاً بقطاع غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، غزة.
- ٤٠- محمد سليمان الطويل (٢٠٠٠): التوافق النفسى المدرسى وعلاقته بالسلوك العدوانى لدى طلبة المرحلة الثانوية بمحافظة غزة، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة عين شمس، القاهرة.
- ٤١- محمد شجاع السندى (١٩٩٠): التوافق النفسى عند تلاميذ المرحلة الثانوية السعودية فى الريف والحضر، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة عين شمس.
- ٤٢- محمد عبدالحميد الشاذلى (٢٠٠١): الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، ط١، مكتبة الإسكندرية.
- ٤٣- محمد عبدالفتاح المهدي (٢٠٠٢): سيكولوجية الدين والتدين، البيطاش للنشر والتوزيع، ط١، الإسكندرية.
- ٤٤- محمد عثمان نجاتى (٢٠٠١): القرآن وعلم النفس، ط٢٧، دار الشرق، القاهرة.
- ٤٥- مدحت عبدالحميد عبداللطيف (١٩٩٣): الصحة النفسية والتوافق الدراسى، دار المعرفة الجامعية، ط١، الإسكندرية.
- ٤٦- مريم سليم (٢٠٠٣): تقدير الذات والثقة بالنفس، دليل المعلمين، دار النهضة العربية، بيروت، ص٧٨.
- ٤٧- معن خليل عمر (٢٠٠٩): نظريات معاصرة فى علم الإجتماعى، كلية الآداب، جامعة الأردن.
- ٤٨- نادية سراج حان (٢٠٠٨): الشعور بالسعادة وعلاقته بالتدين والدعم الإجتماعى والتوافق الزوجى والمستوى الإقتصادى والحالة الصحية، مجلة دراسات نفسية، ج١٨، ع٤٤، ص٦٠١.
- ٤٩- هيفاء عبدالحسين الأنصارى، أحمد محمد عبدالخالق (٢٠٠٢): التدين وعلاقته بفعالية الذات والقلق لدى ثلاث عينات كويتية، مجلة دراسات نفسية، ع٢٢، ص١٦٢.

- 50- A Isalkhi, m (2015): Religious commitment level among the petra university students research in Humanities and social science, 3 (16), pp: 88-93.
- 51- Ahnso, s, humble k, and larsson y, (2009): Personality changes and social adjustment during the first three years of diabetes in children Acta pediatric Scandinavia 90 (3), pp: 321-327.
- 52- Alfakseir A, (2012): Relgiosity personal meaning and psychological well being: A study among Muslim students in England Pakistan journal of social and clinical psychology 9 (2), pp: 27-31.
- 53- Alferi S m and carver, c.s (2010): An exploratory study of social adjustment, distress and life disruption among loma income Hispanic women under treatment for early stage colon cancer health psychology, vol. (20)n (1), pp: 41-46.
- 54- Allport G. W 8 ross j.m (1967): personal religious orientation and prejudice, journal of personality and social psychology 5, pp: 432-443.
- 55- Alpoot, w (2001): The individual and his religion a psychological interpretation Macmillan, journal of psychological, 8 (3), pp: 23-25.
- 56- Argyle, m (2002): The psychology of happiness London and new york: routledge taylor and francis group.
- 57- Atena m, and mahvash, R (2012): Acomporative study of psychological hardiness and coping strategies in female athlete and non athletes international research journal of applied and basic sciences, 3, (4) pp: 817-821.
- 58- Bastin, v Burns, and Nettelback, (2018): Emotinal psychological adjustment and predicts life skills but as well as personality and cognitive abilities personality and patients cancer vol. (39) no (6), pp: 150-152.
- 59- Cemalcia and canbeym et. al., (2003): learned helplessness therapy

- and personality traits An experimental study, the journal of social psychology pp: 13 : 143.
- 60- Cemalcila, and canbey 1, et. al., (2003): learned helplessness therapy and personality traits: an experimental study, the journal of social psychology, 143, p: 155.
- 61- Cgnthia, l peake, p (2003): Anchoring efficacy and action the influence of judgmental heuristics on self efficacy judgments and behavior journal of personnalite and applied psychology, vol. (50) N (3).
- 62- Ckieng, w. (1981): What makes a life good journal of personality and social psychology, vol. (75) no (1), pp: 156-165.
- 63- Clemone, plyne w, (2011): Blecak out look for children who are refuges report on children who are refugees www.chilalcare.com.
- 64- Cynthial, peake, p (2003): Anchoring efficacy and action the influence of journal heuristics on self efficacy judgment and behavior journal of personality and applied psychology, vol. (50) n (3).
- 65- David, M (2000): The evolution on happiness journal of the American asso citation, 55 (1) pp: 17 : 21.
- 66- Diener. E m and lucas and oishi (2002): Subjective well being: the science of happiness and aproposl for anational index. American psychologist, 55, pp: 34-43.
- 67- Dubar c, et. al., (2018): lasocia lisation construction des identies profession elles, Paris: Armand co lin.
- 68- Fukui, et. al., (2011): effectiveness of communication skills training of nuresoson the quality of life and satisfaction with health care professionals among newly diagnosed cancer patients a: preliminary study psyche oncology, vol. (20), pp: 150-175.
- 69- Gallant, m, (2001): Existential expeditions peligious orientations and personal meaning graduate counseling psychology program published

master thesis.

- 70- Garbarionm et. al., (1993): Content and prevalence of psychology in world religions in sohn London, vol. (55), pp: 131-145.
- 71- Gewenalle D. (2010): le etiment daue efficacite enprmaire de son elaboration a son impact sure al scoarite dse elevens these doctrat univer site, de gronoble.
- 72- Gewenalle, d (2010): le sentiment daute efficaite enprimaire: de son elaboration ason impact surla scolatite des, elevens these doctrat university de grenable.
- 73- Hadaway, c Elifson k, et. al., (2019): Religious and involvement psychotically adjustment and cancer among urban adolescent's journal for scientific study of relgion, 23 (2) pp: 109-111.
- 74- Harris, et. al., (2011): The development of revised religious life inventory crli – riby exploratory and confirmatory factor analysis, personality and individual differences (38), pp: 1389-1399.
- 75- Hiell and Ziegler (1999): Personality theories basic assume pions ressearch and application Mc grow Hill co London.
- 76- Hunstberher w, et. al., (1993): A comparative psychological study between intrinsic religious and extrinsic religous devolo.
- 77- Jay swal, s et. al., (2014): Foundation on education psychology. New delhi, atnold heincemn publishers (1) p: 19.
- 78- Jayaswal, s. et. al., (2014): Foundation n educational psychology new delhi, atnold heineman publishers (1) vol. (9), p: 19.
- 79- Kaplan and roger (2013): Toward an under standing of resilience: A criticdl review of definitions and models.
- 80- King l.n and napa c.k (1998): What makes a life good? Journal of personality and social psychology, 75 (1) p: 101.
- 81- Knight and sellback n. d (1985): The religious orientation of collegs

students university Maryland, U.S.A.

- 82- Kolman, M: (1989): The effect of self efficacy gedder self concept, anxiety, and prior experience on anodel of mathematics perofor mance, vol. (40), pp: 33-34.
- 83- Lillis. C. et. al., (2011): Breligion and mental health through the leas of the stress process, in An thony. Blasi, toward a sociological theory of religion and health (55), pp: 11-44.
- 84- Markstrom, c.A and lix, et. al., (2005): Development of adolescents involved in adult – sponsored structured activities, journal of youth and youth and adolescence, 34 (2), pp: 85-95.
- 85- Martin 8 lu (1995): Social context and depression: an integrative stress and coping frame work. Int joiner 8 jcoyne the international nature of depression, pp: 39-64.
- 86- Martos, t the, 13 and steger, m (2016): It's not what you hold it's how you hold: Dimensions of religiosity and meaning in life personality and individual differences, 49 (8), pp: 83-85.
- 87- Pargamen D, (2002): Elabortion et valdication d'unovtil de mesure du blen etre psxhologigue (1) mm bep revue canadienne de sante pabligue. vol. 89 n 5 pp: 352-357.
- 88- Pastorin EE and doyle, portillo, s.m (2013): What is psychology? Essentials Belmont, 2019 wadsworth.
- 89- Pellegrino. M (2016): Buiding positive seif concept, u.s d Department of Educatio, vol. b(5), pp: 30-35.
- 90- Peregman, c.s, et. al., (2015): Gentic mediation of the relationship bet ween social adjustment and psychological well-being psychology and aging, b (4), pp: 640.
- 91- Pfelfer, s waelty u (2016): Psychopa tology and religious commitment A controlled study psychoathology, 28, (2), pp: 70-77.
- 92- Potter, et. al., (2006): Religion in the psych therapy process, in sussie eshun an regan, cnture and mental health socioncu ltural in flaences

- theory and practice, (5), pp: 153-155.
- 93- Seligman, g, et. al., (1999): Positive psychology: An introduction A American psychological Association, 55 (1): 5.
- 94- Seligman. M E.p and scikszentmail (2000): Flow: the psychology of optimal experience new York: harper androw, (54) pp: 821-827.
- 95- Taylor. C. r (2009): Psxcal resources positive illusion and heath American psychologist vol. (55), no (1), pp: 99-109.
- 96- Trammel m.l (2003): The effects of caring adults, religiosity and resiliency on African American middle school girl's school attachment self concept and participation in of school time programs phd dissertation faculty of the graduate.
- 97- Willies and wilkins (2015): The effects of social injustice and ineauality on children's moral judgments and behavior towards a theoretical m, del, journal of cognitive development, vol. (21) n (4), pp: 388-400.
- 98- Ze,pleni, A, (2017): la malaie et ses, causes, introduction I, E thnographlie, vol. (2), pp: 13-44.

Religious orientation is one of the determinants of psychological and social adjustment among patients with colostomy (diversion)

Dr/waem ali mosatfa
Mansoura University
karatec03@gmail.com

Abstract:

Religious Orientation is a behavioral pattern and lifestyle that aims to adhere to the ideas of religious belief and its teachings towards God and society. The religious person has the will to modify his life regardless of the type of religion he belongs to.

Carl Jung pointed out that health problems are based on the lack of a religious view of life in the event that the cause is inorganic in origin, here individuals become prey to disease because they have lost what religions give, and that the real recovery is only after the individual regains his religious view In life.

(Mohammed Najati, 1993, p.: 269)

Religiosity in its internal and external religious dimensions for the study sample (colostomy patients) is a strong predictor of psychological and social adjustment for these patients, taking into account the type of patient (male or female) and his social condition.

Religiosity in its internal and external religious dimensions for the study sample (colostomy patients) is a strong predictor of psychological and social adjustment for these patients, taking into account the type of patient (male or female), social status, age, and family size. These demographic variables may help to clarify the differences, and how Religiosity is a predictor of psychological adjustment with its components (self-adjustment, emotional adjustment, health adjustment, and social adjustment with its components, social isolation, family adjustment, and marital adjustment) in patients with colostomy.

(Gllant, 2001, P:17)

Key words:

Religious,orientation,the,determinants