



جامعة زيان عاشور بالجلفة  
كلية العلوم الإنسانية و العلوم الاجتماعية  
قسم علم النفس و الفلسفة



## مستوى التدين وعلاقته بتقبل العلاج لدى مرضى السرطان

- دراسة ميدانية بمستشفى الأمراض السرطانية المجاهد العقيد أحمد بن شريف بالجلفة -

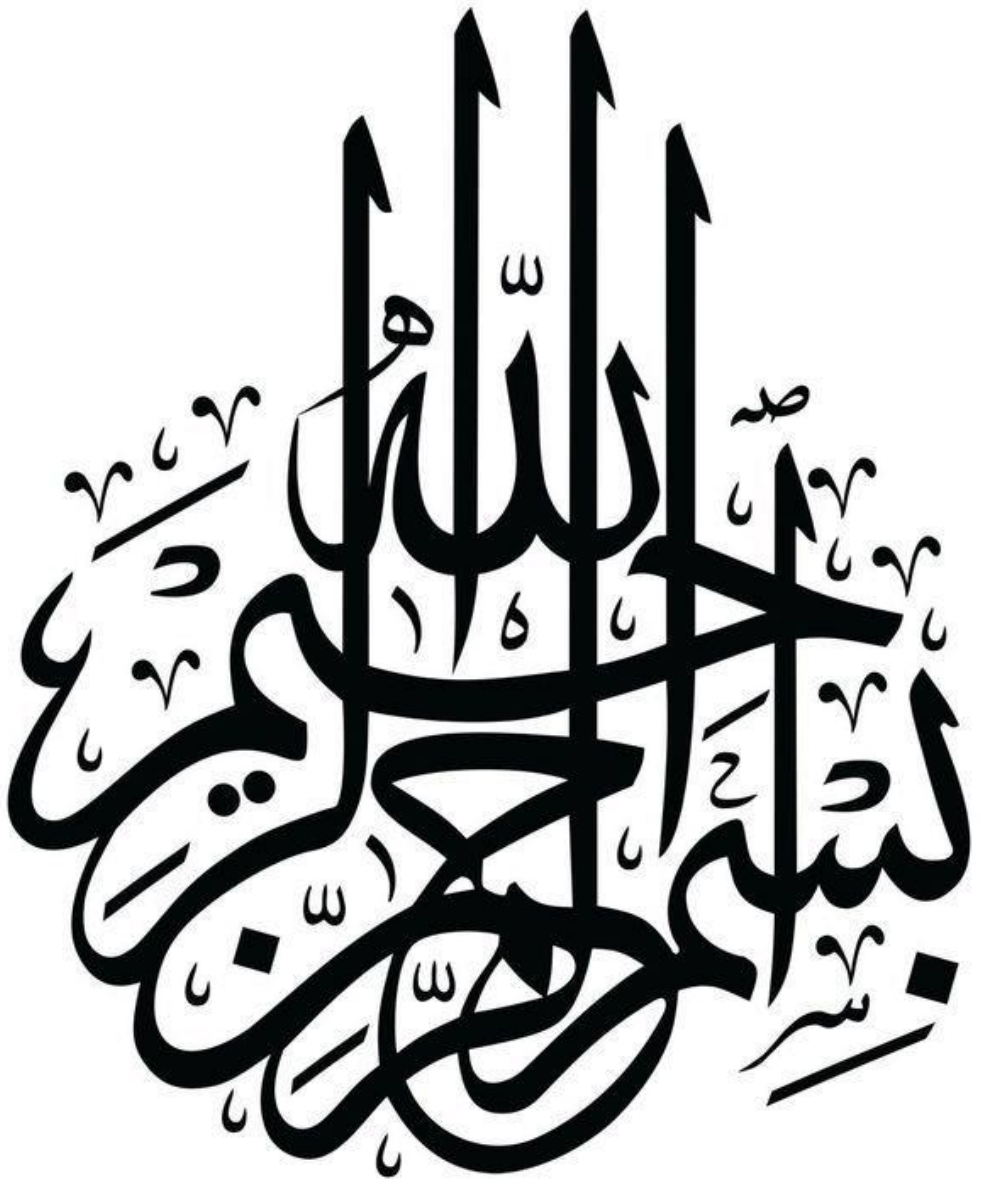
مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر تخصص علم النفس العيادي

إشراف :

• د. بلواضح ربيع

إعداد الطالبة :

• فيرم بشرى



# شكر وتقدير

يقول الله تعالى: ﴿وَإِذْ تَأَذَّنَ رَبُّكُمْ لَئِن شَكَرْتُمْ لَأَزِيدَنَّكُمْ وَلَئِن كَفَرْتُمْ إِنَّ عَذَابِي لَشَدِيدٌ﴾

[إبراهيم: 7]

الحمد لله تعالى حمدا كثيرا طيبا مباركا فيه، الذي أنار لنا طريق العلم ووفقنا لإتمام هذا البحث، فما كان ليرى النور لولا فضله وكرمه وتيسيره.

يطيب لنا أن نتقدم بخالص الشكر وعظيم الامتنان إلى كل من ساهم في إنجاح هذا العمل المتواضع، وعلى رأسهم المشرف الأستاذ الدكتور "بلواضح ربيع" على تفضله بقبول الإشراف على هذا العمل وما قدمه لنا من توجيهات ونصائح طيلة رحلة البحث وإلى كل من مد لنا يد العون والمساعدة وساهم في إنجاح هذا العمل المتواضع.

كما لا يفوتني أن أشكر أفراد عائلتي على صبرهم ومساعدتهم لي.

وحسبنا أننا قد اجتهدنا والكمال لله وحده، ذلك فضل الله يؤتيه من يشاء، والله ذو الفضل العظيم.

# إهداء

"وأخر دعواهم أن الحمد لله رب العالمين"

أحمد الله عز وجل على منه وعونه لإتمام هذا البحث، الحمد لله ما انتهى درب ولا ختم جهد ولا تم سعي إلا بفضله.

اللهم لا تجعله آخر عهدي من العلم واجعله بداية لطريق أعظم .

أهدي ثمرة هذا البحث إلى الذي رباني ورعاني، معلمي الأول وسندي الثابت في كل خطوات حياتي، الحمد لله الذي اصطفاك لي ، طاب بك العمر وطبت لي عمرا حفظك الله لي " أبي الغالي".

إلى ملاكي الطاهر ومن حملتني وهنا على وهن وخصها الله بالذكر في القرآن الكريم، إلى من ارتحت كلما تذكرت ابتسامتها، أهديك هذا الإنجاز الذي لولا تضحياتك ودعائك ما كان له وجود، " حبيبتي أمي" ، جزاك الله عني خير الجزاء في الدارين.

إلى من قيل فيهم "سنشد عضدك بأخيك" أختاي رفيدة وسارة، وإخوتي يوسف، محمد وإبراهيم، أدامكم الله ضلعا ثابتا لي ووفقكم لما يحب ويرضى.

إلى كل من لم يبخل علي بعلمه ودعائه، ومن ساندني بكلمة صادقة، أهدى هذا البحث للذين يدركون قيمة العلم وإلى كل الساعين لخدمة الإنسان بعلمهم وجهدهم وإخلاصهم.

وإلى مرضى السرطان خاصة، الذين يجسدون معنى الصبر والقوة والأمل في مواجهة الألم، نهدي هذا العمل المتواضع، مع خالص تمنياتنا لهم بالشفاء، وأن يلبسهم الله ثوب الصحة والعافية.

## ملخص الدراسة :

تهدف الدراسة الحالية إلى الكشف عن العلاقة بين مستوى التدخين وتقبل العلاج لدى عينة من مرضى السرطان بمستشفى الأمراض السرطانية المجاهد العقيد أحمد بن شريف بالجلفة، وكذا التعرف على مستوى التدخين ومستوى تقبل العلاج والفروق في التدخين وتقبل العلاج تعزى لمتغيرات (صنف مرض السرطان، ومدة الإصابة بالمرض)، ومن أجل تحقيق هذه الأهداف تم اختيار عينة البحث المتمثلة في مرضى السرطان من المستشفى، حيث تكونت عينة الدراسة من 60 مصابا بالسرطان، حسب الطريقة القصدية، متبعة في ذلك المنهج الوصفي الارتباطي وقد اشتملت الدراسة على أداتين هما: مقياس مستوى التدخين لبوعود أسماء، ومقياس تقبل العلاج لقارة السعيد، وتم فحص الفروض البديلة المتعلقة بالدراسة، وخلصت الدراسة إلى النتائج التالية: توجد علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين مستوى التدخين وتقبل العلاج لدى عينة من المصابين بمرض السرطان، يتميز مستوى التدخين بالارتفاع لدى عينة من المصابين بمرض السرطان، يتميز مستوى تقبل العلاج بالمتوسط لدى عينة من المصابين بمرض السرطان، لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التدخين تعزى لمتغير مدة الإصابة بالمرض، لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى تقبل العلاج تعزى لمتغير مدة الإصابة بالمرض، لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التدخين تعزى لمتغير نوع مرض السرطان، لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى تقبل العلاج تعزى لمتغير ص مرض السرطان.

\*الكلمات المفتاحية: مستوى التدخين، تقبل العلاج، مرض السرطان.

## Study Summary:

The current study aims to examine the relationship between the level of religiosity and treatment acceptance among a sample of cancer patients at the Colonel Ahmed bin Sharif Cancer Hospital in Djelfa, as well as to identify the level of religiosity and treatment acceptance and the differences in religiosity and treatment acceptance attributable to various variables ( Type of cancer and duration of the disease).

To achieve these objectives, a research sample consisting of cancer patients from the hospital was selected. The study sample comprised 60 cancer patients, chosen randomly, and the study followed a descriptive correlational approach. The study included two instruments: Asma Bououd's Religious Commitment Scale and Qara Al-Said's Treatment Acceptance Scale. Alternative hypotheses related to the study were examined, and the study concluded with the following results:

- There is a statistically significant correlation between the level of religiosity and treatment acceptance in a sample of cancer patients.
- The level of religiosity is high in a sample of cancer patients.
- The level of treatment acceptance is average in a sample of cancer patients.
- There are no statistically significant differences in the level of religiosity attributable to the variable of disease duration.
- There are no statistically significant differences in the level of treatment acceptance attributable to the variable of disease duration.
- There are no statistically significant differences in the level of religiosity attributable to the variable of cancer type.
- There are no statistically significant differences in the level of treatment acceptance attributable to the cancer type variable.

**\*Key words:** level of religiosity, treatment adherence, cancer.

# فهرس المحتويات

| الصفحة                                   | الموضوع                  |
|--|--------------------------|
| أ  | شكر                      |
| ب  | إهداء                    |
| ث  | ملخص الدراسة بالعربية    |
| ج  | ملخص الدراسة بالإنجليزية |
| خ  | فهرس المحتويات           |
| ذ  | فهرس الجداول             |
| 1  | مقدمة                    |
| <b>الجانب النظري للدراسة</b>             |                          |
| <b>الفصل الأول: الإطار العام للدراسة</b> |                          |
| 5  | 1. إشكالية الدراسة       |
| 11                                       | 2. الفرضيات              |
| 11                                       | 3. أهداف الدراسة         |
| 12                                       | 4. أهمية الدراسة         |
| 13                                       | 5. مفاهيم الدراسة        |
| 15                                       | 6. الدراسات السابقة      |
| <b>الفصل الثاني: التدين</b>              |                          |
| 31                                       | تمهيد                    |

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| 31                               | 1. مفهوم الدين                                   |
| 38                               | 2. أصل ومصدر نشأة الدين                          |
| 39                               | 3. مفهوم التدين                                  |
| 45                               | 4. شروط التدين و مميزاته                         |
| 47                               | 5. التدين و أقسامه                               |
| 48                               | 6. النظريات المفسرة للتدين                       |
| 53                               | 7. أبعاد و أنماط التدين                          |
| 57                               | 8. العوامل المؤثرة في التدين                     |
| 60                               | 9. أهمية التدين و مظاهره و أثره في الصحة النفسية |
| 65                               | 10. قياس التدين                                  |
| 67                               | خلاصة  |
| <b>الفصل الثالث: تقبل العلاج</b> |  |
| 69                               | تمهيد  |
| 70                               | 1. تعريف العملية العلاجية                        |
| 72                               | 2. المعالجة النفسية الطبية                       |
| 74                               | 3. مفهوم تقبل العلاج                             |
| 76                               | 4. أهمية تقبل العلاج                             |
| 77                               | 5. العوامل المؤثرة في تقبل العلاج                |
| 81                               | 6. مراحل تقبل العلاج                             |
| 82                               | 7. النظريات المفسرة لتقبل العلاج                 |
| 89                               | 8. أنواع تقبل العلاج                             |

|   |  |
|---|--|
| 90  | 9. الوقاية                                       |
| 91  | 10. طرق قياس تقبل العلاج                         |
| 93  | خلاصة  |
| <b>الفصل الرابع: مرض السرطان</b>                |  |
| 95  | تمهيد  |
| 95  | 1. تعريف مرض السرطان                             |
| 98  | 2. تصنيف مرض السرطان                             |
| 99  | 3. كيفية تطور مرض السرطان                        |
| 100   | 4. أنواع مرض السرطان                             |
| 103   | 5. العوامل المؤدية للإصابة بمرض السرطان          |
| 107   | 6. أعراض مرض السرطان                             |
| 109   | 7. مراحل تكوين مرض السرطان                       |
| 110   | 8. تشخيص مرض السرطان                             |
| 111   | 9. علاج مرض السرطان                              |
| 114   | 10. المظاهر النفسية عند مرضى السرطان             |
| 115   | 11. علاقة مريض السرطان بالطبيب و الأخصائي النفسي |
| 117   | خلاصة  |
| <b>الجانب الميداني للدراسة</b>                  |  |
| <b>الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة</b> |  |
| 119   | تمهيد  |
| 119   | 1. الدراسة الاستطلاعية                           |

|   |  |
|---|--|
| 120   | 2. أهداف الدراسة الاستطلاعية                 |
| 120   | 3. عينة الدراسة الاستطلاعية                  |
| 126   | 4. الدراسة الأساسية                          |
| 134   | 5. حدود الدراسة                              |
| 135   | 6. أدوات الدراسة                             |
| 146   | 7. الأساليب والمقاييس الإحصائية المستخدمة    |
| 147   | خلاصة  |
| <b>الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة الميدانية</b> |  |
| 149   | تمهيد  |
| 150   | 1. عرض ومناقشة و تفسير نتائج الفرضية الأولى  |
| 151   | 2. عرض ومناقشة و تفسير نتائج الفرضية الثانية |
| 153   | 3. عرض ومناقشة و تفسير نتائج الفرضية الثالثة |
| 154   | 4. عرض ومناقشة و تفسير نتائج الفرضية الرابعة |
| 156   | 5. عرض ومناقشة و تفسير نتائج الفرضية الخامسة |
| 158   | 6. عرض ومناقشة و تفسير نتائج الفرضية السادسة |
| 159   | 7. عرض ومناقشة و تفسير نتائج الفرضية السابعة |
| 163   | الاستنتاج العام للدراسة                      |
| 166   | خاتمة  |
| 169   | المراجع                                      |
| 173   | الملاحق                                      |

## فهرس الجداول

| الرقم | عنوان الجدول   | الصفحة |
|-------|--|--------|
| 01    | يمثل خصائص العينة الاستطلاعية حسب الجنس                                  | 120    |
| 02    | يمثل خصائص العينة الاستطلاعية حسب السن                                   | 122    |
| 03    | يمثل خصائص العينة الاستطلاعية حسب الصنف                                  | 123    |
| 04    | يمثل خصائص العينة الاستطلاعية حسب مدة الإصابة                            | 125    |
| 05    | يمثل خصائص العينة الأساسية حسب الجنس                                     | 127    |
| 06    | يمثل خصائص العينة الأساسية حسب السن                                      | 129    |
| 07    | يمثل خصائص العينة الأساسية حسب الصنف                                     | 130    |
| 08    | يمثل خصائص العينة الأساسية حسب مدة الإصابة                               | 132    |
| 09    | يوضح تقسيم البنود الموجبة و السالبة لمقياس التدين                        | 135    |
| 10    | دلالة الفروق بين متوسطي العينة العليا و العينة الدنيا لمقياس التدين      | 137    |
| 11    | يبين معامل ثبات مقياس التدين باستخدام ألفا كرونباخ                       | 138    |
| 12    | يبين معامل ثبات مقياس التدين باستخدام التجزئة النصفية                    | 139    |
| 13    | يوضح تقسيم البنود الموجبة و السالبة لمقياس تقبل العلاج                   | 141    |
| 14    | دلالة الفروق بين متوسطي العينة العليا و العينة الدنيا لمقياس تقبل العلاج | 143    |
| 15    | يبين معامل ثبات مقياس تقبل العلاج باستخدام ألفا كرونباخ                  | 144    |
| 16    | يبين معامل ثبات مقياس تقبل العلاج باستخدام التجزئة                       | 144    |

|     | النصفية   |    |
|-----|---|----|
| 150 | يمثل نتائج معامل الارتباط بين مستوى التدخين و تقبل العلاج                                 | 17 |
| 151 | جدول نتائج اختبار "ت" لعينة واحدة لمقياس تقبل العلاج                                      | 18 |
| 153 | جدول نتائج اختبارات لعينة واحدة لمقياس مستوى التدخين                                      | 19 |
| 155 | نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق لمقياس مستوى التدخين حسب مدة إزمان المرض | 20 |
| 156 | نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق لمقياس تقبل العلاج حسب مدة إزمان المرض   | 21 |
| 158 | نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق لمقياس مستوى التدخين حسب الصنف           | 22 |
| 159 | نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق لمقياس تقبل العلاج حسب الصنف             | 23 |
| 161 | البيانات الوصفية لمقياس تقبل العلاج حسب صنف مرض السرطان                                   | 24 |

## المقدمة:

تعد الأمراض المزمنة من المشكلات التي تهدد المجتمعات الإنسانية،" فهي حسب منظمة الصحة العالمية "مشكلة صحية تتطلب الرعاية على مدى عدة سنوات أو عدة عقود" والأمراض المزمنة تشمل العديد من الأمراض مثل: السرطان، الإيدز، التهاب المفاصل الرثوي، التليف الكيسي، مرض الزهايمر، والشلل، الرعاش وغيرها، ومهما كان المرض فإن ما يميزه هو مدته ومدى تأثيره على الحياة الاجتماعية والمهنية والعاطفية والحياة الأسرية، وحتى هوية المريض وهذا كله بسبب المرض.

ولكن أكثر تلك الأمراض أهمية تلك الأمراض المهددة للحياة، ويقع السرطان على رأس قائمة تلك الأمراض، وقد أثبتت الدراسات الحديثة انتشار هذا المرض في البلدان النامية، وتوقعت زيادة نسبة الإصابة به، وأنه سيصبح من أكبر المشكلات الصحية. (روبيح، 2017، ص1)

فتفاعل الإنسان مع مختلف المعطيات الاجتماعية المحيطة به يحقق له تكيفا نفسيا واجتماعيا ، واحتكاكه بالآخرين كثيرا ما ينتج لديه شعورا بالاستقرار النفسي كفرد ذو قيمة ، ويتم هذا عن طريق الحاجات السيكولوجية الموجودة في السلوك البشري والتي تأتي بعد الحاجات الفيزيولوجية، غير أنه هناك سمات أخرى في الشخصية لها نفس الأهمية والقيمة كالتدين وتقبل المريض لعلاجه ، هذين المفهومين السيكولوجيين الذين يعتبران من المفاهيم النفسية الحديثة نسبيا ، فعلى الرغم من شيوع استخدامهما من قبل العامة وغير المتخصصين منذ القدم إلا أن تاريخ الاهتمام بهما وخضوعهما للدراسة العلمية والنفسية المعمقة حديثا. (معاد، 2016، ص1).

ومما سبق يُعد التدخين وتقبل العلاج من الركائز النفسية والروحية الأساسية التي تسهم في تعزيز قدرة مريض السرطان على مواجهة المرض والتكيف معه ، وانطلاقاً من ذلك جاءت هذه الدراسة للكشف عن العلاقة بين مستوى التدخين وتقبل العلاج لدى مرضى السرطان، ولتحقيق هذا الهدف من الدراسة قسمت الدراسة إلى قسمين، القسم الأول خصص للإطار النظري، ويحتوي على أربع فصول ، حيث خصص الفصل الأول للجانب التمهيدي للدراسة من أجل عرض الإشكالية ، وفرضيات الدراسة ، وتحديد مفاهيم البحث، أهدافه وأهميته.

أما الفصل الثاني فتطرق فيه للتدين ومفهومه ومصدر نشأته وشروطه ومميزاته ومراحله وأقسامه والنظريات المفسرة له، أبعاده وأنماطه، والعوامل المؤثرة فيه، أهميته وأثره في الصحة النفسية وكذا قياسه.

كما تمحور الفصل الثالث حول مفهوم تقبل العلاج وأهميته وتعريف العملية العلاجية والمعالجة النفسية الطبية والعوامل المؤثرة في تقبل العلاج ومراحله، والنظريات المفسرة له وأنواعه، وكذا الوقاية وطرق تقبل العلاج.

وخصصنا الفصل الرابع لمرض السرطان: مفهومه، أعراضه، أنواعه، العوامل المسببة لظهوره، وكذا علاجه، مع المظاهر النفسية عند مرضى السرطان وعلاقته بالأخصائي النفسي.

أما القسم الثاني من الدراسة فيشمل الإطار الميداني والذي ينقسم بدوره إلى فصلين، حيث تمحور الفصل الأول حول الإجراءات الميدانية، وهو الفصل الخامس من الدراسة ككل وكان محتواه حول المنهج وحدود الدراسة والأدوات المستخدمة والأساليب الإحصائية المتبعة.

وبالنسبة للفصل الثاني وهو الفصل السادس من الدراسة الحالية فقد خصص لعرض وتحليل ومناقشة النتائج وكذا الاستنتاج العام.

# الجانب النظري

## الفصل الأول : الإطار العام للدراسة

1- إشكالية الدراسة

2- الفرضيات

3- أهداف الدراسة

4- أهمية الدراسة

5- مفاهيم الدراسة

6- الدراسات السابقة

## 1-الإشكالية:

الإنسان آية عظمى تنطق وتشهد في عظمة الخالق، وهو دليل إعجاز فكان لا بد من نظر الانسان في نفسه وفيما أودع البارئ سبحانه فيه من العقل و الأعضاء والأجهزة الكاملة في صنعها، التامة في أدائها، فكانت خلقة الإنسان على أجمل صورة وأحسن تقويم. قال تعالى: ﴿لَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ فِي أَحْسَنِ تَقْوِيمٍ﴾ [التين: 4]

لهذا تعد دراسة الطبيعة الإنسانية والتوصل إلى كنهها ومكوناتها من الأمور الشديدة التعقيد، ولعل هذا التعقيد هو من دفع الكثير من الباحثين إلى محاولة دراستها والتعرف عليها كل بحسب التوجه الذي سلكه، ولا يمكننا فهم الإنسان فهما دقيقا دون أن نجمع جميع العوامل المحددة لطبيعته سواء كانت بيولوجية أو روحية أو اجتماعية أو ثقافية ، فمن أكبر العناصر الثقافية ارتباطا بحياة الإنسان أفرادا وجماعات هي الدين ، فقد أكد الكثير من علماء الاجتماع وعلم النفس والانثروبولوجيا وكذا تاريخ الأديان ، أنه ما من جماعة إنسانية ظهرت وعاشت إلا اتخذت لنفسها عقيدة معينة بغض النظر عن طبيعة هذه العقيدة ، فكل جماعة اجتماعية لها سلوك ديني يتداخل مع الجوانب المختلفة لطبيعتها الإنسانية ، فالتدين هو فطرة الله التي فطر الناس عليها، قال سبحانه وتعالى : ﴿فَأَقِمْ وَجْهَكَ لِلدِّينِ حَنِيفًا فِطْرَتِ اللَّهِ الَّتِي فَطَرَ النَّاسَ عَلَيْهَا لَا تَبْدِيلَ لِخَلْقِ اللَّهِ ذَلِكَ الدِّينُ الْقَيِّمُ وَلَكِنَّ أَكْثَرَ النَّاسِ لَا يَعْلَمُونَ﴾ (سورة الروم الآية 30) ، فالإنسان مثلما هو في حاجة إلى إشباع رغباته البيولوجية فهو بحاجة إلى إشباع رغباته الروحية من خلال اتخاذه دينا يتبعه وهذا ما يسمى تدينا ( معاذ، 2016، ص5)

فالتدين حاجة نفسيةٌ وغريزة فطريةٌ لدى كل إنسان على وجه الأرض، وهو ظاهرة أساسيةٌ في حياة الشعوب، حيث يعد التدين متغيراً حيوياً في تفسير الفروق الفردية

المتعلقة بالتمتع بالصحة النفسية. حيث يجمع باحثو علم النفس الإيجابي على أن النزعة الدينية تزود الفرد بطاقة وجدانية وأهداف سامية تضيء معنى وقيمة على الحياة اليومية، مما ينعكس إيجاباً على تكامل الشخصية، ويحميها من التفكك أو السقوط في حالات المرض. (عسكر، 2014، ص. 45)

ودراسة متغير التدين ليس من أجل البرهنة على مصداقيته أو عدمه ، بل لأنه يرتبط بانفعالات و إدراكات الإنسان، كما أن له أثراً غيبياً خفياً ينتفع به الإنسان من حيث صحته النفسية ، إلى جانب أن التدين ما هو إلا انعكاس لدرجة إيمان الفرد ، ويعرّف علماء الإسلام 'التدين' بأنه: تمثّل العبد لأوامر الدين ونواهيه عقيدةً وسلوكاً باختياره وطواعيته، بهدف إصلاح عاجل أمره وآجله. (التهانوي، 1996، ص450)

وينسجم هذا المفهوم التراثي عميقاً مع مقاربات 'علم النفس الصحي' الحديث؛ فالصلاح في 'الحال' لا يقتصر على الاستقامة الأخلاقية فحسب، بل يمتد ليشمل الصلاح النفسي والعضوي (الصحة الشاملة). ومن منظور علم النفس الصحي، يتحول التدين من مجرد طقوس إلى آلية تكيف نفسي ودفاع إيجابي، حيث إن طواعية الاختيار والتسليم الديني لقضاء الله وقدره تزود مريض السرطان بطاقة روحية تحميه من التفكك والانفعال الحاد، وتدفعه مباشرة نحو "تقبل العلاج" كواجب شرعي لحفظ النفس، مما يحقق له التوافق والصحة النفسية في مواجهة صدمة المرض. (إسماعيل، 2014، ص78-ص83)

ويستخدم علماء النفس والباحثون التدين للإشارة إلى الطريقة التي يعيش بها الشخص حياته وفقاً لقيمه ومعتقداته، ويعدونه المتغير الأكثر فائدة لفهم وظائف الدين بغض النظر عن نوع الدين والتقاليد والانتساب الديني ، وقد أشار العالم "ألبرت" إلى هذا

المفهوم وأهميته ، إذ عده متغيراً هاماً في الشخصية ، ومفيداً لفهم وظائف الدين في حياة البشر .

ويرى الباحثون أمثال "جيمس" أن التدين يعد سياقاً نفسياً ملائماً يستطيع من خلاله الأشخاص مواجهة المشكلات الصحية، ويزيد من فاعليتهم الذاتية وتوافقهم النفسي.

وغالباً ما يشتمل الدين على الخبرات الأساسية، و مواقف الحياة الاجتماعية والحالات العاطفية (كالإيمان، والأمل، والشجاعة، والرحمة، والحب، والتسامح، والقلق، والغضب)، قد تؤثر هذه التجارب على حالات الوعي (مثل الهدوء والسكينة) وأنماط الحياة والعلاقات المهمة، ويعطي هذا المعنى للمعاناة والضيق واستراتيجيات المواجهة الدافع لتلقي أنواع مختلفة من المساعدة والدعم. (ولاء ، 2021 ، ص3-4) وهذا بينه لنا الإسلام من أن الإيمان الحق لا يكتمل إلا بأركانه الست المذكورة في حديث جبريل الذي رواه سيدنا **عمر بن الخطاب رضي الله عنه** نذكر الشاهد منه: "...قال فأخبرني عن الايمان قال أن تؤمن بالله وملائكته وكتبه ورسله واليوم الآخر وبالقدر خيره وشره ..". (البخاري، 1981، ص18)

فالإيمان بالقضاء والقدر هو رضا وتقبل المرء لكل ما قسمه الله له من خير وكل ما ابتلاه الله به سواء من فقدان عزيز أو فقد مال أو مرض وغيرها، والمقصود بالتقبل في علم النفس الاستجابة النفسية المعرفية السلوكية التي يتضح من خلالها قدرة الشخص على التكيف مع مختلف التغييرات التي قد تطرأ عليه.

ثم استعير هذا المصطلح في المجال الطبي للاستدلال على خضوع المريض لتوصيات الطبيب كميًا و نوعيًا، و التزامه بالحمية الغذائية و السلوكيات الصحية و

إدماجها ضمن أسلوب الحياة، فهو سلوك ناجم أساسا عن الثقة الممنوحة بالأولوية للسلطة الطبية.

وتعتبره منظمة الصحة العالمية (OMS 2003) بمثابة الإجراء الذي تماثل بموجبه سلوكيات المريض، الالتزام بالحماية الغذائية وتعديل أسلوب الحياة، توصيات القائم على الرعاية الصحية (الطبيب، الممرض...). (بوعيشة امال، 2021، ص729-730).

فمرض السرطان يعد من أكثر التحديات التي تواجه النظم الصحية وثاني سبب رئيسي للوفاة في العالم، حيث بلغت الإصابة به وفقا لمنظمة الصحة العالمية في عام 2012 إلى 14 مليون حالة جديدة و82 مليون وفاة، ومن المتوقع أن يتواصل ارتفاعها على الصعيد العالمي لتصل إلى ما يناهز 13.1 مليون وفاة عام 2030 ، أما محليا فتشير السجلات الوطنية للسرطان في الجزائر سنة 2015 إلى رصد 41 ألف حالة بحلول ذلك العام، ونظرا لكمية القلق والخوف الذي يصيب المريض أثناء تشخيص حالته بهذا المرض الخبيث فمن الطبيعي أن تتأثر حالته النفسية والجسدية فالسرطان مرض خبيث يهدد حياة الإنسان.

ويعد مرض السرطان من أكثر الأمراض المزمنة خطورة على الإنسان والذي جلب اهتمام المختصين والباحثين في ميدان علم النفس لكون هذا الأخير يؤثر على الحالة النفسية للمريض خاصة أثناء تشخيصه، لأن أغلبية المرضى وحتى الأصحاء لديهم نظرة سلبية عنه وأنه مرض مميت ليس له شفاء وهذا بسبب الافتقار إلى المعلومات الكافية بشأن هذا المرض وكذا الافتقار إلى المهارات اللازمة لتقبل المرض أو التعايش معه، فالمريض أثناء فترة المرض وأثناء فترات العلاج الكيميائي تحدث معه تغيرات على مستوى الجسد والغير المرغوب فيها خاصة في فترة الكيميائي بحيث أن

تلك الفترة تعتبر من أصعب الفترات لأنها تحدث عجز للإنسان وتعب شديدة وألم وخاصة التغير الفيزيولوجي الذي يخلفه من اصفرار وفقدان شعر وغثيان دون أن ننسى التوتر والقلق اللذان يصاحبانه في فترة المرض. ( زاهية، 2025، ص5)

ونظرا لخطورة هذا المرض والعجز الذي يسببه على مستوى العالم فقد لجأت العديد من الدول إلى تسخير ميزانيات ضخمة من أجل الاستثمار في التدابير الوقائية، التشخيصية، العلاجية للسرطان، حيث قدرت الميزانية التي وضعتها الجزائر لمكافحة السرطان وفقا للخطة الوطنية الخماسية ب 180 مليار دولارا. (كاميليا، 2024، ص4)

وبما أن مرض السرطان له عواقب جسمية ونفسية ومدى تأثيره على حياة الفرد ومع تزايد الانشغال في البحث فيه وتطور الطب وعلم الأدوية أدى ذلك إلى زيادة المتطلبات الملقاة على عاتق المريض من خلال تطبيق العلاج المكثف والمراقبة الذاتية اليومية، وبالتالي فإن لم يتفاعل المريض مع خطة العلاج فإن النتائج ستكون سيئة على الرغم من الوسائل العلاجية المتطورة.

وفي سياق الربط بين متغيرات الدراسة، لا يقف التدين عند حدود الاستقرار النفسي الروحي لمريض السرطان، بل يمتد ليكون دافعا سلوكيا مباشرا نحو "تقبل العلاج" والالتزام به (الخاطر، 2019، ص112) ، فمن المنظور الإسلامي، يُعد التداوي والأخذ بالأسباب الطبية جزءاً لا يتجزأ من صلب العقيدة والتدين، استناداً إلى التوجيه النبوي الشريف " **تَدَاوُوا عِبَادَ اللَّهِ، فَإِنَّ اللَّهَ لَمْ يَضَعْ دَاءً إِلَّا وَضَعَ لَهُ شِفَاءً** "

(البار، 2011، ص، 55) وينعكس هذا التأصيل الشرعي سيكولوجياً في حقل علم النفس الصحي؛ حيث إن المريض المرتفع التدين لا ينظر إلى بروتوكولات العلاج مثل (الاستئصال، أو العلاج الكيميائي والإشعاعي) على أنها مجرد إجراءات طبية

جافة، بل يستوعبها كـ "واجب تعبدي" لحفظ النفس التي أمر الخالق بصيانتها. (الخاطر، 2019، ص115) هذا التصور المعرفي والروحي يُحول عملية تقبل العلاج من عبء نفسي ثقيل ترافقه مشاعر الرفض والإنكار، إلى سلوك توافقي مدفوع بوازع ديني، يرفع من دافعية المريض ومقاومته للآثار الجانبية إيماناً منه بأن السعي في طلب الشفاء هو طاعة تكمل مسيرة تدينه ومواجهته الإيجابية للمرض. (البار، 2011، ص58)

وفي هذا الإطار يُصنّف التدين كأحد أبرز آليات الدفاع النفسي الإيجابي واستراتيجيات المواجهة الروحية (Positive Religious Coping) التي يُفعلها الفرد لا شعورياً وشعورياً لإعادة التوازن لمنظومته النفسية عند الأزمات الحادة (Pargament, 1997, p. 110) فمريض السرطان، فور تلقيه صدمة التشخيص، يواجه تهديداً وجودياً حتمياً يفجر دفاعاته النفسية التقليدية، وهنا يتدخل "التدين" كآلية دفاعية ناضجة تعمل على امتصاص الصدمة وتخفيف وطأة القلق والإنكار المصاحب للمرض (Koenig, 2012, p. 34) وتقوم هذه الآلية الدفاعية بإعادة البناء المعرفي للمرض (Cognitive Reframing) ، حيث يُحوّل التدين معنى المعاناة والألم من عقاب أو عبث إلى "ابتلاء واختبار إلهي" يحمل أبعاداً غائية وأهدافاً سامية تؤدي إلى الطمأنينة والصلابة النفسية (عسكر، 2014، ص. 92) هذا التحول الدفاعي والتحصين الروحي ينعكس مباشرة على متغير "تقبل العلاج"، إذ يسهم في خفض مستويات اليأس والاستسلام، ويقود المريض من مرحلة العجز والرفض لبروتوكولات العلاج الطبية الصعبة (كالعلاج الكيميائي والإشعاعي) إلى مرحلة التكيف الإيجابي والامتثال التام للشفاء كخطوة توافقية أساسية ،

(شقيير، 2019، ص. 145) وبذلك يتضح أن التدين يمثل درعاً سيكولوجياً وخط دفاع أول يُمكن مريض الأورام من تجاوز الضيق الوجودي والانفعالي، ويحفزه نحو التقبل الواعي والملتزم بالخطة العلاجية الموصوفة له.

(Pargament & Koenig, 2011, p. 201).

---

من خلال كل ما سبق نستخلص إلى طرح التساؤل التالي: هل توجد علاقة ارتباطية بين مستوى التدين وتقبل العلاج عند عينة من المصابين بمرض السرطان؟  
من خلال التساؤل العام يمكن استنتاج التساؤلات الفرعية التالية:

- هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين مستوى التدين وتقبل العلاج عند عينة من المصابين بمرض السرطان؟

ما مستوى كل من التدين وتقبل العلاج لدى عينة من المصابين بمرض السرطان؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التدين تعزى لمتغير مدة الإصابة بالمرض؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقبل العلاج تعزى لمتغير مدة الإصابة بالمرض؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التدين تعزى لمتغير صنف مرض السرطان؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقبل العلاج تعزى لمتغير صنف مرض السرطان؟

## 2- الفرضيات:

- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين مستوى التدخين وتقبل العلاج عند عينة من المصابين بمرض السرطان.

- مستوى التدخين لدى المصابين بمرض السرطان مرتفع.

- مستوى تقبل العلاج لدى المصابين بمرض السرطان متوسط.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التدخين تعزى لمتغير مدة إزمان المرض.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقبل العلاج تعزى لمتغير مدة الإصابة بالمرض.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التدخين تعزى لمتغير صنف مرض السرطان.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقبل العلاج تعزى لمتغير صنف مرض السرطان.

## 3- أهداف الدراسة:

- التعرف على العلاقة الموجودة بين مستوى التدخين وتقبل العلاج عند عينة من المصابين بمرض السرطان.

- التعرف على مستوى التدخين لدى عينة من المصابين بمرض السرطان.

- التعرف على مستوى تقبل العلاج لدى عينة من المصابين بمرض السرطان.

- التعرف ما إذا كان هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التدخين تعزى لمتغير مدة الإصابة بالمرض.

- التعرف ما إذا كان هناك فروق ذات دلالة إحصائية في تقبل العلاج تعزى لمتغير مدة الإصابة بالمرض.

- التعرف ما إذا كان هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التدخين تعزى لمتغير صنف مرض السرطان.

- التعرف ما إذا كان هناك فروق ذات دلالة إحصائية في تقبل العلاج تعزى لمتغير صنف مرض السرطان.

#### 4- أهمية الدراسة:

تكمن أهمية هذه الدراسة في أهمية متغيراتها (التدين وتقبل العلاج) من حيث الأثر الذي يتركه كل متغير على الفرد لذا سنفرد كل متغير بأهميته كالتالي:

#### 4-1- أهمية متغير التدخين:

بالنسبة للتدين فمن الناحية الإسلامية لا شك أن له أهمية علمية على الحياة النفسية والاجتماعية وفي جميع مجالات الحياة، كما أن الكثير من الدراسات أثبتت أهميته الكبيرة، فهذه دراسات علم الإجرام والاجتماع تثبت أن التدخين هو خير ضامن، وخير معين للفرد على مقاومة الانحراف، والدين كما يشير "جارفالو" في كتبه علم

الإجرام يعد عاملاً إيجابياً حاسماً في تكوين الشخصية والسلوك الاجتماعي، كما أنه عامل لحماية المبادئ والتقاليد عن طريق تأثيره في ضبط النفس، وكبح الهوى، وتكوين الحاسة الأخلاقية عند الإنسان، وهو فوق هذا أهم عامل للضبط الاجتماعي.

فالتدين يعطي للحياة قيمة ومعنى أعمق وهدف أسمى، الأمر الذي يسهل على الأفراد المتدينين إيجاد طرق واستراتيجيات فعالة لتحقيق تكيفهم مع ظروف الحياة ومشاكلها فالمؤمن المتدين يمتلك من أساليب التعامل مع الضغوط النفسية ما لا يرقى إليها المهزوز في معتقده وإيمانه.

#### 4-2- أهمية متغير تقبل العلاج:

وتكمن أهمية هذا الأخير في كونه الحل الأكثر أهمية من أي اكتشاف طبي كما قررته منظمة الصحة العالمية سنة 2003 أن حل مشكلة تقبل علاج المريض لعلاجه هو تطور أكثر أهمية من أي اكتشاف طبي، فتقبل المريض للمرض وأخذه العلاج والالتزام به يساهم بشكل كبير جداً في شفاؤه.

وتكمن أهمية الدراسة أيضاً، في قلة الدراسات التي تناولت تقبل العلاج عند المصابين بمرض السرطان لما يقومون به من حمية ووقاية إضافة إلى العلاج الكيميائي.

يعتبر موضوع هذه الدراسة من المواضيع الحديثة المتناولة في علم نفس.

تعتبر دعوى للناس والأسر والمختصين للاهتمام بفئة المصابين بمرض السرطان نفسياً وجسدياً. (عامر غول، 2025، ص9-10)

#### 5- مفاهيم الدراسة:

#### 5-1- مفهوم مستوى التدين:

هو الدرجة التي يتحصل عليها المصاب بالسرطان في الاستبيان التي تقيس مستوى التدين والمقررة في دراستنا.

ويعرفه الصنيع: بأنه التزام المسلم بعقيدة الايمان الصحيح، وظهور ذلك على سلوكه بممارسة ما أمره الله به والانتها عن إتيان ما نهى عنه".

ويعرف القحطاني التدين أنه: "سلوك يمارسه الفرد من خلال تطبيقه لشرائع الدين المختلفة من عقائد وأفعال وأقوال" (أحلام عباس، 2021، ص12)

### 5-2- مفهوم تقبل العلاج:

هو الدرجة التي يتحصل عليها المصاب بالسرطان في الاستبيان التي تقيس تقبل العلاج والمستخدم في هذه الدراسة.

هو الإجراء الذي تتماثل بموجبة سلوكيات المريض، الالتزام بالحمية الغذائية وتعديل أسلوب الحياة، وصية القائم على الرعاية الصحية (الطبيب، الممرض) ويعرف أيضا على أنه انتظام والالتزام المريض فيما يخص اتباعه لتعليمات وإرشادات الطبيب أو المعالج في احترام المواعيد الطبية والقيام بالسلوكيات الصحية. (حنان، 2024، ص18)

### 5-3- مرض السرطان:

تعرف الموسوعة العربية الميسرة السرطان بأنه ورم خبيث ناتج عن تحول كبير أو تغير خبيث يصيب الخلايا البشرية، ولا يعرف على وجه التحديد سبب هذا التغير في نمو الخلايا وتكاثرها، والذي يحدث في هذا المرض هو أن الخلايا البشرية يصيبها تغير مرضي يجعلها تنمو وتتكاثر بسرعة وبطريقة غير منظمة وتغزو

الأنسجة المجاورة لها والمحيطه بها ثم تنتشر عن طريق الأوعية اللمفاوية والأوعية الدموية إلى الغدد اللمفاوية وأعضاء متعددة من الجسم.

أما طبيا يطلق على الورم الخبيث بالسرطان، حيث يحدث فيه انقسام وتكاثر غير طبيعي للخلايا وانتشارها في موضع الإصابة بسرعة وتنتشر أيضا في أعضاء الجسم الأخرى، وليس لمرضى السرطان عمر أو جنس محدد فهو يصيب مختلف الفئات العمرية وكلا الجنسين، وهو أنواع عديدة نذكر منها: سرطان الثدي، سرطان الرحم، سرطان القولون والمستقيم، سرطان البروستات، سرطان الكبد، سرطان الرئة، البنكرياس، سرطان المعدة. (مدور مسعد، 2025، ص16)

#### 5-4- مريض السرطان:

هو الشخص الذي يعاني من الإصابة بأحد أنواع السرطانات الآتية: سرطان الثدي، سرطان القولون، سرطان الخصية .... الخ، وهذه الأنواع من السرطانات هي عبارة عن أورام خبيثة تصيب خلايا الإنسان مما يؤدي إلى تكاثرها وهلاك صحة الفرد والتي ينجم عنها مجموعة أعراض ومضاعفات تفتك بجسم المريض. (خلاف إيمان، 2023، ص5)

#### 6- الدراسات السابقة:

##### 6-1- دراسات مستوى التدخين:

6-1-1- دراسة خرباشي معاذ(2016): والتي بعنوان: مستوى التدخين وعلاقته بتقبل العلاج لدى المصابين بالسكري.

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين مستوى التدخين وتقبل العلاج لدى عينة من مرضى السكري بجمعية المصابين بداء السكري ببلدية مسيلة، وكذا التعرف

على مستوى التدين ومستوى تقبل العلاج والفروق في التدين وتقبل العلاج تعزى لمتغيرات : (صنف مرضى السكري، مدة إزمان المرض).

ومن أجل تحقيق هذه الأهداف تم اختيار عينة البحث المتمثلة في مرضى السكري، حيث تكونت عينة الدراسة من 100 مريض بالسكري ( 50 فرد يستخدم الانسولين، و50 فرد يستخدم الأقراص بدون أنسولين) حسب الطريقة العشوائية ، متبعا في ذلك المنهج الوصفي الارتباطي وقد اشتملت الدراسة على أداتين هما: استبانة التدين لبوعود أسماء، واستبانة تقبل العلاج لقارة السعيد، وتم فحص الفروض البديلة المتعلقة بالدراسة، وخلصت الدراسة إلى النتائج التالية:

- توجد علاقة ارتباطية بين مستوى التدين وتقبل العلاج لدى عينة من مرضى السكري.

- مستوى التدين لدى المصابين بداء السكري مرتفع.

- مستوى تقبل العلاج عند المصابين بداء السكري مرتفع.

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التدين تعزى لمدة إزمان المرض.

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تقبل العلاج تعزى لمدة إزمان المرض.

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التدين تعزى لصنف المرض.

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تقبل العلاج تعزى لصنف المرض.

**6-1-2-دراسة بوعون فوزية(2012):** والتي بعنوان: التدين وعلاقته بالسلوك الاجرامي.

والتي هدفت إلى التعرف عن علاقة مستوى التدين بالسلوك الإجرامي لدى عينة من المجرمين وغير المجرمين، وسعت إلى تحقيق جملة من الأهداف المتمثلة في:

-الكشف عن الفروق في متوسطات مستوى التدين لدى عينة من المجرمين وغير المجرمين.

- الكشف عن الفروق في متوسطات السلوك الاجرامي لدى عينة من المجرمين وغير المجرمين.

- الكشف عن طبيعة العلاقة القائمة بين مستوى تدين الافراد وارتكابهم للسلوك الإجرامي.

أجريت هذه الدراسة على عينة قوامها 80 فردا، قسمت إلى مجموعتين: المجموعة الأولى: 40 فردا، اختيروا بطريقة عرضية من بعض المؤسسات العقابية في ولاية باتنة، والمجموعة الثانية: تكونت من 40 فردا من غير المجرمين مماثلين في الخصائص للعينة السابقة.

ولتحقيق الأهداف المسطرة في هذه الدراسة تم استخدام المنهج الوصفي الارتباطي، كما تم استخدام مقياسين: الأول: مقياس "كارلوس" النفسي لقياس درجة السلوك الإجرامي، والثاني: مقياس "صالح الصنيع" لقياس مستوى التدين.

وقد أسفرت الدراسة على النتائج التالية:

- حصول افراد عينة المجرمين على درجات مرتفعة في السلوك الاجرامي في مقياس كارلسون النفسي حيث بلغ المتوسط فيها 153.

- حصول أفراد عينة من المجرمين على درجات تقل عن المتوسط (96-135) في مقياس مستوى التدين.

-توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى 0.01 بين عينة من المجرمين (المساجين) وعينة غير المجرمين في مستوى السلوك الإجرامي في مقياس كارلسون النفسي.

- توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى 0.01 بين عينة من المجرمين (المساجين) وعينة غير المجرمين في مستوى السلوك الإجرامي في مقياس التدين.

- توجد علاقة ارتباطية سالبة بين مستوى التدين كما يقيسه مقياس مستوى التدين وبين السلوك الإجرامي كما يقيسه مقياس "كارلسون" النفسي لدى عينتي الدراسة.

**6-1-3- دراسة ولاء يوسف اطبيش(2021):** والتي بعنوان: التدين وعلاقته بالصمود النفسي لدى عينة من الأسرى الفلسطينيين .

هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة مستوى التدين ومستوى الصمود النفسي، والعلاقة بين التدين والصمود النفسي لدى عينة من الأسرى الفلسطينيين، كما هدفت إلى التعرف على الفروق بين متوسطات درجات التدين، ومتوسطات درجات الصمود النفسي لدى عينة الدراسة تبعاً للمتغيرات (العمر، عدد سنوات الاعتقال، مجال العمل، الحالة الاجتماعية). استخدمت الباحثة المنهج الوصفي الارتباطي، وقد بلغ حجم العينة 500 أسير فلسطيني من محافظة الخليل، قامت الباحثة بتطوير مقياس للتدين بالاستعانة بمقاييس دراسة (مرزوق، 2016)، (القدرة، 200)، (كتلو، 2015)، ومقياس للصمود النفسي بالاستعانة بمقاييس دراسة (أبو المشايخ وأبو دبوسة) لجمع العينات ، وللوصول إلى النتائج استخدمت الباحثة أساليب إحصائية مختلفة للوصول إلى نتائج الدراسة منها: اختبار تحليل التباين الأحادي ، واختبار "ت"، والمقارنات البعدية، معامل الارتباط بيرسون، توصلت الدراسة الى ارتفاع في مستويات كل من التدين، والصمود النفسي لدى أفراد العينة، كما بينت النتائج عدم وجود فروق بين

متوسطات درجات التدخين لدى أفراد العينة تبعا لمتغيرات (العمر، عدد سنوات الاعتقال، مجال العمل، الحالة الاجتماعية)، تبين أيضاً وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الصمود النفسي لدى أفراد العينة تعزى لمتغير العمر لصالح من هم أكبر من 40 سنة، ووجود فروق بين متوسطات درجات الصمود النفسي تبعا لمتغير عدد سنوات الاعتقال لصالح أفراد العينة الذين قضوا في السجن بين (6-8) سنوات. تبين كذلك وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات فروق درجات الصمود النفسي تبعا لمتغير مجال العمل لصالح أفراد العينة العاملين في المجال الحكومي، ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الصمود النفسي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، كذلك توصلت الدراسة لوجود علاقة ارتباطية موجبة بين التدخين والصمود النفسي لدى عينة من الأسرى الفلسطينيين، أي أنه كلما ارتفع مستوى التدخين ارتفع معه مستوى الصمود النفسي لدى أفراد العينة.

**6-1-4-دراسة حميري يمينة(2019):** والتي بعنوان مستوى التدخين وعلاقته

بمعنى الحياة لدى الطلبة الجامعيين

هدفت من خلال هذه الدراسة للكشف عن طبيعة العلاقة الارتباطية بين التدخين وعلاقته بمعنى الحياة لدى عينة من طلبة الجامعة، وذلك من خلال القيام بدراسة ميدانية بجامعة محمد خيضر -بسكرة-

وانطلاقاً من تساؤلات الدراسة ونتائج الدراسات السابقة قمنا بصياغة مجموعة من الفرضيات والتي قمنا باختبارها باستخدامنا مجموعة من الأدوات وهي مقياس التدخين الإسلامي للباحثة بوعود أسماء، ومقياس معنى الحياة لبشير معمريّة، حيث قمنا بتطبيقها على عينة قوامها 90 طالبا تم اختيارهم بطريقة العينة الطبقية.

وقد اعتمدنا على المنهج الوصفي بأسلوبه الارتباطي، وتم تحليل البيانات بالاعتماد على النظام الإحصائي للعلوم الإنسانية والاجتماعية، متبعين الأساليب الإحصائية التالية:

### لقياس الفروق بين المجموعات اختبار (T)

- معامل الارتباط بيرسون.

وقد أظهرت نتائج الدراسة:

- أنه توجد علاقة ارتباطية موجبة بين كل من مستوى التدخين ومعنى الحياة لدى الطلبة الجامعيين، مما يعني أنه كلما زادت درجات مستوى التدخين كلما ارتفع مستوى المعنى في الحياة لدى الأفراد.

- كما اتضح لنا أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التدخين حسب متغير الجنس (ذكور/إناث)

- أما بالنسبة للفروق بين الجنسين في مستوى معنى الحياة، فقد أوضحت النتائج أنه توجد فروق بين الجنسين (ذكور/إناث) في معنى الحياة لدى الأفراد.

وختمنا بحثنا هذا بخلاصة ومجموعة من المراجع المتعلقة بموضوع الدراسة، والتي استعملت في البحث بالإضافة إلى الملاحق التي توضح أدوات الدراسة التي استخدمناها في هذا البحث.

6-2-دراسات تقبل العلاج:

6-2-1-دراسة بن عبید الله خديجة، عزاز ريان(2024): والتي بعنوان مصدر الضبط الصحي وعلاقته بتقبل العلاج لدى المرضى المصابين بالقولون التقرحي.

حيث هدفت هذه الدراسة لمعرفة العلاقة بين أبعاد مصدر الضبط الصحي (الداخلي) و(الخارجي ببعديه ذوي النفوذ، الحظ) وتقبل العلاج لدى عينة من مرضى القولون التقرحي وكذلك دراسة الفروق بين مرضى القولون التقرحي في أبعاد مصدر الضبط الصحي وتقبل العلاج تبعا لمتغير مدة المرض (أقل من 5سنوات، من 5 إلى 10 سنوات، 10سنوات فما فوق).

ولاختبار فرضيات الدراسة الحالية، تم إجراء دراسة ميدانية على عينة من المرضى المصابين بالقولون التقرحي، البالغ عددهم (41) فردا من كلا الجنسين (ذكور وإناث)، تم اختيارهم بطريقة قصدية. وقد تم اتباع المنهجين الوصفي التحليلي والعيادي لإجراء هذه الدراسة.

ولجمع البيانات، تم الاعتماد على مقياس مصدر الضبط الصحي لوالستون (1975) الذي تم تكييفه للبيئة الجزائرية من طرف الباحث نور الدين جبالي (2007). واستبيان تقبل العلاج الذي تم بناءه من طرف الطالبتين؛ كما تم استخدام البرنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية (SPSS) للقيام بالمعالجة الإحصائية في هذه الدراسة.

وفي الأخير خلصت الدراسة الحالية إلى مجموعة من النتائج:

- يوجد تباين في أبعاد مصدر الضبط الصحي، التي جاءت على النحو التالي:  
مصدر الضبط الصحي الخارجي لذوي النفوذ في الرتبة الأولى، ثم مصدر الضبط الصحي الداخلي في الرتبة الثانية، ثم مصدر الضبط الصحي الراجع للحظ في الرتبة الثالثة.

- يوجد تباين في أبعاد تقبل العلاج، التي جاءت على النحو التالي: الالتزام بالنظام الحياتي الصحي في الرتبة الأولى، ثم بعد الالتزام بتعليمات الطبيب في الرتبة الثانية، ثم بعد الالتزام بتعليمات الطبيب في الرتبة الثالثة.

- توجد علاقة بين مصدر الضبط الصحي وتقبل العلاج لدى مرضى القولون التقرحي.

- توجد فروق بين مرضى القولون التقرحي في مصدر الضبط الصحي تعزى لمتغير مدة المرض (أقل من 5 سنوات، من 5 إلى 10 سنوات، من 10 سنوات فما فوق).

- لا توجد فروق بين مرضى القولون التقرحي في تقبل العلاج، تعزى لمتغير مدة المرض (أقل من 5 سنوات، من 5 سنوات إلى 10 سنوات، من 10 سنوات فما فوق).

6-2-2-دراسة رحاحلية سمية (2010): والتي بعنوان الكفاءة الذاتية وعلاقتها بتقبل العلاج لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي.

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الكفاءة الذاتية وتقبل العلاج لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي، لدى عينة الدراسة التي تكونت من 93 فردا بين ذكور وإناث، واتبعت الباحثة في دراستها المنهج الوصفي الارتباطي، ولجمع البيانات المترجمة Ralf Schwarzer استخدمت الباحثة استبيان توقعات الكفاءة الذاتية العامة لـ للعربية من قبل جميل رضوان واستبيان تقبل العلاج من تصميم الباحثة، وأهم النتائج التي توصلت إليها الباحثة هي:

- توجد علاقة دالة إحصائية عند المستوى 0.01 بين درجة الكفاءة الذاتية لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي، وبين تقبل العلاج.

- توجد علاقة دالة إحصائية عند المستوى 0.01 بين درجة الكفاءة الذاتية التي يدركها مريض السرطان الخاضع للعلاج الكيميائي، وبين درجة التزامه بتناول أدويته.

- توجد علاقة دالة إحصائية عند المستوى 0.01 بين درجة الكفاءة الذاتية التي يدركها مريض السرطان الخاضع للعلاج الكيميائي، ومدى التزام المريض بحصص العلاج الكيميائي.

- توجد علاقة دالة إحصائية عند المستوى 0.01 بين درجة الكفاءة الذاتية التي يدركها مريض السرطان الخاضع للعلاج الكيميائي، ومدى التزام المريض بالمواعيد الطبية.

- توجد علاقة دالة إحصائية عند المستوى 0.01 بين درجة الكفاءة الذاتية التي يدركها مريض السرطان الخاضع للعلاج الكيميائي، ومدى مراقبته لحالته الصحية.

- توجد علاقة دالة إحصائية عند المستوى 0.01 بين درجة الكفاءة الذاتية التي يدركها مريض السرطان الخاضع للعلاج الكيميائي، ومدى اتباع الحمية الغذائية تبعا لتوصيات الطبيب.

- توجد علاقة دالة إحصائية عند المستوى 0.01 بين درجة الكفاءة الذاتية التي يدركها مريض السرطان الخاضع للعلاج الكيميائي، ومدى مزاولته على ممارسة النشاط الرياضي.

**6-2-3-دراسة قارة السعيد (2009):** بعنوان: المساندة الاجتماعية وعلاقتها بتقبل العلاج عند المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي.

وهدفت هذه الدراسة إلى تحديد العلاقة بين المساندة الاجتماعية وتقبل العلاج عند المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي، وإلى تحديد مدى علاقة مساندة

العائلة والطبيب في تقبل العلاج عند المرضى، وتكونت عينة الدراسة من 100 فردا بين ذكور وإناث، واتبع الباحث في دراسته المنهج الوصفي (طريقة العلاقات الارتباطية المتبادلة)، ولجمع البيانات صمم الباحث استبيان المساندة الاجتماعية واستبيان تقبل العلاج وتم إجراؤهما بالمقابلة، وأهم النتائج التي توصل إليها الباحث هي:

- توجد علاقة دالة إحصائيا عند المستوى 0.01 بين درجة المساندة الاجتماعية التي يتلقاها المريض بارتفاع ضغط الدم الأساسي، وبين تقبل العلاج.

- توجد علاقة دالة احصائيا عند المستوى 0.01 بين درجة المساندة الاجتماعية التي يتلقاها المريض بارتفاع ضغط الدم الأساسي من طرف عائلته، وبين تقبل العلاج.

- توجد علاقة دالة احصائيا عند المستوى 0.01 بين درجة المساندة الاجتماعية التي يتلقاها المريض بارتفاع ضغط الدم الأساسي من طرف طبيبه المعالج، وبين تقبل العلاج.

6-3-التعليق على الدراسات السابقة:

6-3-1-التعليق على دراسات التدين:

أ/ من حيث الهدف:

أوجه التشابه:

انفقت الدراسة الحالية مع دراسات التدين من حيث هدفها بشكل عام، فقد هدفت الدراسة الحالية إلى البحث عن العلاقة الارتباطية التي تربط التدين بمتغير آخر، وكذا البحث عن الفروق في التدين تعزى لمتغيرات تابعة، وهذا ما هدفت إليه دراسة

بوعون فوزية وكذا دراسة خرباشي معاذ ودراسة حميزي يمينة وهو ما تطرقت إليه ولاء يوسف اطبيش في دراستها أيضا.

كما انتقلت الدراسة الحالية مع دراسة خرباشي معاذ من حيث الهدف الذي تهدف إليه من خلال المتغيرات التي سعت إلى ربطها بالتدين فدراستنا سعت لمعرفة علاقة التدين بتقبل العلاج وهذا ما ذهب إليه خرباشي معاذ في دراسته.

### أوجه الاختلاف:

اختلفت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة من حيث الهدف الذي تهدف إليه من خلال المتغيرات التي سعت إلى ربطها بالتدين، فدراستنا سعت إلى البحث عن علاقة التدين بتقبل العلاج، أما دراسة بوعون فوزية فتطرقت إلى العلاقة بين التدين والسلوك الإجرامي وكذا ولاء يوسف اطبيش التي هدفت دراستها لمعرفة علاقة التدين بالصمود النفسي، بينما سعت حميزي يمينة في دراستها للوصول إلى علاقة التدين بمعنى الحياة، إضافة إلى اختلاف الدراسة الحالية مع الدراسات الأخرى من حيث المتغيرات التابعة المرتبطة بالتدين لحساب الفروق، فالدراسة الحالية هدفت إلى بحث فروق عينة الدراسة في التدين من حيث مدة الازمان ونوع المرض، أما دراسة بوعون فوزية فقد هدفت إلى بحث الفروق بين المجرمين وغير المجرمين، وبالنسبة لولاء فتطرقت إلى الفروق تبعا للمتغيرات ( العمر، عدد سنوات الاعتقال، مجال العمل، الحالة الاجتماعية)، أما حميزي يمينة فسعت للكشف عن الفروق تبعا للمتغيرات (الجنس، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية والاقتصادية).

### ب/ من حيث العينة:

### أوجه التشابه:

اتفقت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة من حيث العينة بشكل عام، حيث أن الدراسة الحالية تناولت عينة من المصابين بمرض مزمن وهو ما اتفق مع دراسة خرباشي معاذ الذي كانت عينة دراسته مجموعة من المصابين بمرض مزمن.

### أوجه الاختلاف:

اختلفت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة من حيث طبيعة العينة المستخدمة، فعينة الدراسة الحالية هي مجموعة من المصابين بمرض السرطان، أما عينة دراسة خرباشي معاذ هي مجموعة من المصابين بداء السكري، وكذلك بالنسبة لولاء اطبيش التي كانت عينة دراستها مجموعة من الأسرى الفلسطينيين، أما حميزي يمينة فكانت عينة دراستها مجموعة من طلبة الجامعة، بينما بوعون فوزية كانت عينة دراستها مزيج من المجرمين وغير المجرمين.

كما اختلفت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة من حيث حجم العينة، فحجم عينة الدراسة الحالية هو 60 مصاب بالسرطان، أما حجم عينة دراسة خرباشي معاذ هو 100، وكذا حجم عينة دراسة بوعون فوزية التي بلغت 80، أما حجم عينة دراسة حميزي يمينة هو 90، بينما بلغت حجم عينة ولاء 500.

### ج/ من حيث الأسلوب المستخدم وأدوات الدراسة والأساليب الإحصائية:

### أوجه التشابه:

اتفقت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة من حيث استخدام المنهج الوصفي بشكل عام، وهو ما استخدمته دراسة ولاء اطبيش وكذا دراسة بوعون فوزية ودراسة حميزي وخرباشي.

كما اتفقت الدراسة الحالية في نوع أداة الدراسة المستخدمة لقياس مستوى التدين مع دراسة خرباشي معاذ والذي يتكون من ثلاث أبعاد: بعد الاعتقاد فبعد العبادات الاخلاق والمعاملات، وهو من إعداد الباحثة بوعود أسماء.

أما بالنسبة للأساليب الإحصائية المستخدمة فقد اتفقت الدراسة الحالية مع جميع الدراسات السابقة في الأساليب المستخدمة للوصول للأهداف المرجوة ابتداءا بمعامل الارتباط تاست آبيرسون لحساب العلاقة أو ثبات المقياس عن طريق التجزئة النصفية، و لحساب الفروق بين الأفراد.

### أوجه الاختلاف:

اختلفت الدراسة الحالية مع دراسة بوعون فوزية ودراسة ولاء اطبيش من حيث الأداة المستخدمة لقياس مستوى التدين، فالدراسة الحالية اعتمدت استبانة بوعود أسماء للتدين، وكذا ولاء اطبيش التي استعانت بمقاييس دراسة كل من مرزوق، القدرة وكتلو لاستبانة مستوى التدين.

### 6-3-2- التعليل على دراسات تقبل العلاج:

#### أ/من حيث الهدف:

#### أوجه التشابه:

اتفقت الدراسة الحالية مع دراسات تقبل العلاج من حيث هدفها بشكل عام، فقد هدفت الدراسة الحالية إلى البحث عن العلاقة الارتباطية التي تربط تقبل العلاج بمتغير آخر، وهذا ما ذهب إليه دراسة بن عبيد الله خديجة وعزاز ريان في محاولة معرفة العلاقة بين تقبل العلاج ومتغير آخر وكذا دراسة رحاحلية سمية، كما اتفقت مع دراسة بلقارة سعيد.

## أوجه الاختلاف:

اختلفت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة من حيث الهدف الذي تهدف إليه من خلال المتغيرات التي سعت إلى ربطها بتقبل العلاج، فدراستنا سعت إلى البحث عن علاقة التدخين بتقبل العلاج، أما دراسة قارة سعيد فتطرقت إلى العلاقة بين المساندة الاجتماعية و تقبل العلاج، وكذا بالنسبة لرحاحلية سمية التي هدفت إلى ربط التدخين بالكفاءة الذاتية، أما بن عبيد الله خديجة وعزاز ريان فهدفتا دراستهما لمعرفة العلاقة بين مصدر الضبط الصحي وتقبل العلاج، وهو ما لم تتطرق عليه الدراسة الحالية.

## ب/ من حيث العينة:

### أوجه التشابه:

اتفقت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة من حيث العينة بشكل عام، حيث أن الدراسة الحالية تناولت عينة من المصابين بمرض مزمن وهو ما اتفق مع دراسة بين عبيد الله خديجة وعزاز ريان ودراسة رحاحلية سمية، وكذا دراسة بلقارة سعيد التي كانت عينة دراستهم مجموعة من المصابين بمرض مزمن.

كما اتفقت الدراسة الحالية مع دراسة رحاحلية سمية في طبيعة العينة التي كانت مجموعة من المصابين بمرض السرطان.

### أوجه الاختلاف:

اختلفت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة من حيث طبيعة العينة المستخدمة في الدراسة، فعينة الدراسة الحالية هي مجموعة من المصابين بداء السرطان، أما عينة دراسة قارة سعيد هي مجموعة من المصابين بارتفاع ضغط الدم، وكذلك

بالنسبة لبن عبید الله خدیجة وعزاز ریان التي كانت عینة دراستهما مجموعة من المصابین بالقولون التقرحي.

كما اختلفت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة من حیث حجم العینة، فحجم عینة الدراسة الحالية هو 60 مصاب بداء السرطان، أما حجم عینة دراسة رحاحلیة سمیة فهو 93 فردا وكذا حجم عینة دراسة بلقارة السعید التي بلغت 100 فردا، بینما حجم عینة دراسة بن عبید الله خدیجة وعزاز ریان هو 41 فردا مصاب بالقولون التقرحي.

**ج/ من حیث الأسلوب المستخدم وأدوات الدراسة والأسالیب الإحصائیة:**

**أوجه التشابه:**

اتفقت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة من حیث استخدام المنهج الوصفي الارتباطی، وهو ما استخدمته جمیع الدراسات السابقة لهذه الدراسة فیما یخص تقبل العلاج.

كما اتفقت الدراسة الحالية فی نوع أداة الدراسة المستخدمة لقیاس مستوى التمدین مع دراسة قارة السعید، وهو من إعداد الباحث.

أما بالنسبة للأسالیب الإحصائیة المستخدمة فقد اتفقت الدراسة الحالية مع جمیع الدراسات السابقة فی الأسالیب المستخدمة للوصول للأهداف المرجوة ابتداءا بمعامل الارتباط بیرسون لحساب العلاقة أو ثبات المقیاس عن طریق التجزئة النصفیة، و تاست لحساب الفروق بین الأفراد

**أوجه الاختلاف:**

اختلفت الدراسة الحالية مع دراسة خديجة وريان في المنهج المستخدم بشكل أدق كون أن الدراسة الحالية استخدمت المنهج الوصفي الارتباطي، أما دراستهما فاستخدمت المنهجين الوصفي التحليلي والعيادي لإجراء هذه الدراسة، كما اختلفت الدراسة الحالية مع دراسة رحاحلية سمية و دراسة خديجة وريان من حيث الأداة المستخدمة لقياس تقبل العلاج، فالدراسة الحالية اعتمدت استبانة قارة سعيد لقياس تقبل العلاج، اما رحاحلية سمية فاعتمدت استبانة تقبل العلاج من انشائها، وكذا بالنسبة لخديجة التي اعتمدت استبيان تقبل العلاج الذي تم بناءه من طرفهما. أما الأساليب الإحصائية فقد اختلفت الدراسة الحالية مع دراسة قارة سعيد ودراسة رحاحلية سمية من حيث أن الدراسة الحالية استخدمت T تاست لحساب الفروق ، وهذا ما لم يستخدمه كل منهما في دراسته.

## الفصل الثاني: التدين

### تمهيد

1. مفهوم الدين
2. أصل و مصدر نشأة الدين
3. مفهوم التدين
4. شروط التدين و مميزاته
5. التدين و أقسامه
6. النظريات المفسرة للتدين
7. أبعاد و أنماط التدين
8. العوامل المؤثرة في التدين
9. أهمية التدين و مظاهره و أثره في الصحة النفسية
10. قياس التدين

### خلاصة

## تمهيد:

كان للدين ولا يزال أثر كبير في حياة الأمم والشعوب، وكما يقال: "الانسان مدني بطبعه"، نستطيع أن نقول أن: "الانسان متدين بطبعه".

والدين هو مسألة طبيعية للإنسان، فهو شيء ثابت لا يتردد فيه الباحثون الآن مهما يكن لون هذا الدين، فالدين هو الشخصية الروحية للإنسان.

(بوعود أسماء، 2007، ص31)

كما يعد التدين الأداة الإيجابية التي لها فعاليتها على الصحة النفسية للأفراد بشكل خاص وعلى التنظيم الاجتماعي بشكل عام من خلال ما يتميز به من سيطرة على سلوك الأفراد وقوة ضابطة ومؤثرة في حفظ واستقرار البناء النفسي لكل فرد في سائر المجتمعات المختلفة، فما من جماعة إنسانية ظهرت وعاشت ومضت إلا واتخذت لنفسها عقيدة ودينا كونه منهج الحياة الذي يقوم عليه الأفراد والجماعات، إضافة لما يحققه من علاقات تفاعلية بين النظم الاجتماعية، لذا سنورد في هذا الفصل كل ما يتعلق بالتدين. (خرباشي معاذ، 2016، ص25)

## 1- مفهوم الدين:

تعددت التعاريف بشأن مفهوم "الدين" من حيث الدلالات اللغوية والاصطلاحية، وسيتم الاقتصار على البعض منها، بما يعين على تمييزه إلى حد ما عن مفهوم "التدين" كمفهوم مركزي في هذه الدراسة.

### 1-1- الدين في اللغة:

إذا رجعنا إلى لسان العرب، نجد مادة "دين" اتخذت عدة معان منها:

الدين: الجزاء والمكافأة، ودنته بفعله ديناً: جزيته، ويوم الدين: يوم الجزاء، وقوله تعالى: ﴿مَلِكِ يَوْمِ الدِّينِ﴾ [الفاتحة: 4]، وقوله: ﴿فَأَقِمْ وَجْهَكَ لِلدِّينِ حَنِيفاً فِطْرَتَ اللَّهِ الَّتِي فَطَرَ النَّاسَ عَلَيْهَا لَا تَبْدِيلَ لِخَلْقِ اللَّهِ ذَلِكَ الدِّينُ الْقَيِّمُ وَلَكِنَّ أَكْثَرَ النَّاسِ لَا يَعْلَمُونَ﴾ [الروم: 30].

وبحسب هذا التعريف فإن الدين يدل على الجزاء في مقابل العقاب والسيادة في مقابل الطاعة والذل في مقابل العزة... ويلاحظ بحسب هذا التحديد الأولي أنه لن يكون من اليسير وضع تعريف محدد للدين، في ظل وجود تعديلات ظاهرها التناقض والتضاد. (عبد الحليم الشرقي، 2022، ص22)

كما يطلق الدين على عدة معان:

الملك والسلطان، كما في قوله تعالى: ﴿فَبَدَأَ بِأَوْعِيَّتِهِمْ قَبْلَ وِعَاءِ أَخِيهِ ثُمَّ اسْتَخْرَجَهَا مِنْ وِعَاءِ أَخِيهِ كَذَلِكَ كِدْنَا لِيُوسُفَ ۗ مَا كَانَ لِيَأْخُذَ أَخَاهُ فِي دِينِ الْمَلِكِ إِلَّا أَنْ يَشَاءَ اللَّهُ ۗ نَرْفَعُ دَرَجَاتٍ مَن نَّشَاءُ ۗ وَفَوْقَ كُلِّ ذِي عِلْمٍ عَلِيمٌ﴾ [يوسف: 76] أي في ملكه وسلطانه.

وهو الطريقة، كما في قوله تعالى: ﴿لَكُمْ دِينُكُمْ وَلِيَ دِينِ﴾ [الكافرون: 6]

و ورد بمعنى الحكم: كما في قوله تعالى: ﴿وَقَاتِلُوهُمْ حَتَّى لَا تَكُونَ فِتْنَةٌ وَيَكُونَ الدِّينُ كُلُّهُ لِلَّهِ ۗ فَإِنِ انْتَهَوْا فَإِنَّ اللَّهَ بِمَا يَعْمَلُونَ بَصِيرٌ﴾ [الأنفال: 39]

كما يقصد به القانون الذي ارتضاه الله لعباده، كما في قوله تعالى: ﴿شَرَعَ لَكُمْ مِنَ الدِّينِ مَا وَصَّى بِهِ نُوحًا وَالَّذِي أَوْحَيْنَا إِلَيْكَ وَمَا وَصَّيْنَا بِهِ إِبْرَاهِيمَ وَمُوسَى وَعِيسَى أَنْ أَقِيمُوا الدِّينَ وَلَا تَتَفَرَّقُوا فِيهِ ۗ كَبُرَ عَلَى الْمُشْرِكِينَ مَا تَدْعُوهُمْ إِلَيْهِ ۗ اللَّهُ يَجْتَبِي إِلَيْهِ مَنْ يَشَاءُ وَيَهْدِي إِلَيْهِ مَنْ يُنِيبُ﴾ [الشورى: 13]

فالدين يتمثل بالطاعة والانقياد، فرجال الدين هم المطيعون المنقادون فالإله هو الديان أي القهار والقافي والحاكم و الحاسب، والمجازي الذي لا يضيع عملا، بل يجزي كل حسب عمله، ففي الديانة: عزة ومذلة، وطاعة وعصيان، وابتلاء، فالمعنى الملاحظ من التعريف اللغوي أن الدين هو علاقة بين طرفين أحدهما أعظم من الآخر فتستلزم العلاقة بينهما أن تكون علاقة سلطة للأعظم وخضوع وتذلل وانقياد. (خرباشي معاذ، 2016، ص26)

وأصل Religion في اللغة الإنجليزية والفرنسية والألمانية، نجد أن اشتقاق كلمة الدين اللفظة لاتيني، وهو موضع جدل إذ اتفق لوشيوس لاكتانتوس و أوغسطين على استخراج لفظة دين Relig من Religion ويريدون فيه فكرة الربط: سواء الربط الواجب اتجاه بعض الممارسات، أم الربط الجامع بين الناس، أم بين البشر و الآلهة، ومن جهة ثانية يرى شيشرون أن لفظة Religion مشتقة من الفعل المركب Relegere الذي يعني إعادة الجمع أو القطف، أو من Relier بمعنى تحديد الرؤية بدقة، ويرى لاشليه أن كلمة Religio على نحو عام في اللاتينية هي الإحساس المصحوب بخوف وتأنيب ضمير بواجب ما اتجاه الآلهة، لم يكن لدى القدماء سوى كلمة Religio المفردة دينا، إذ كلمة دين لا تخرج عن الاستعمال عن معنيين أما الحالة الذاتية Eate subjectif التي تسمى التدين، أو تلك الحقيقة الموضوعية التي يمكن الرجوع إليها في العادات الخارجية والمبادئ التي تدين بها أمة من الأمم اعتقادا أو عملا، وهذا المعنى أكثر وأغلب، وهذا ما يخص الحقل اللغوي للدين أو المعنى اللفظي لكلمة دين Religion. (قويدري بشير، 2021، ص128)

## 1-2- مفهوم الدين اصطلاحا:

قبل التطرق لمفهوم الدين، تجدر الإشارة إلى أن هناك العديد من وجهات النظر حول مفهومة، وذلك راجع إلى:

- أن الدين يتضمن علاقة بين الفرد وبين شيء وكائن مقدس غير مطلوب للتعريف بالألفاظ التي يستوعبها العقل البشري فهي قوة خارجية عن نطاق تفكيره.

- حرمة وقداسة وحساسية ظاهرة التدين.

والنقطة الأهم هي وجود العديد من الديانات لكل منها فرق ومذاهب وملل. (خرياشي معاذ، 2016، ص27)

قدم علماء الإسلام عدة تعريفات للدين نذكر منها ما يلي:

يعرف التهاوني الدين بقوله: "الدين وضع إلهي سائق لذوي العقول السليمة باختيارهم إلى الصلاح في الحال، والفلاح في المال، وهذا يشمل العقائد والأعمال". (التهاوني، 1996، ص814)

ويعرف صاحب "تهذيب الأخلاق" الدين بقوله: "إن الدين وضع إلهي يسوق الناس باختيارهم إلى السعادة القصوى".

ويرى مسكويه أن الله ما استأثر بوضع التعاليم الدينية إلا ليقود عباده إلى السعادة في إطار التسيير، كما حباهم بفطرة تميل بهم أكثر إلى الصلاح في سياق التخيير، وذلك من فضل الله ومنه على خلقه.

و رغم ما يبدو من شقاء يكابده المتدين جراء الالتزام بتعاليم الدين، فإن المشقة التي هي من صميم أعمال المكلف (المتدين)، قد تعتبر سببا لبلوغ الطمأنينة والكمال في الدنيا و الآخرة، ومن هنا تبدو أهمية الدين في حياة الأفراد و المجتمعات بجلب

السعادة ودرء الشقاء، كما في قوله عز وجل: ﴿ مَا أَنْزَلْنَا عَلَيْكَ الْقُرْآنَ لِتَشْقَىٰ ﴾  
[ طه: 2 ] (عبد الحلیم الشرقي، 2022، ص26)

وبالرجوع إلى معجم التعريفات نجد أن "الدين وضع إلهي يدعو أصحاب العقول إلى قبول ما عند الرسول صل الله عليه وسلم(الجرجاني، ص92). فحقيقة الدين بحسب الجرجاني مبنية على ما وضعه الشارع لعباده المكلفين، مخاطبا إياهم بما يحفز عقولهم على إدراك التعاليم الدينية، كي يأنسوا من أنفسهم التسليم بها وطاعة الرسول صل الله عليه وسلم وقبول الحق الذي جاء به، قال تعالى: ﴿ فَلَا وَرَبِّكَ لَا يُؤْمِنُونَ حَتَّىٰ يُحَكِّمُوكَ فِيمَا شَجَرَ بَيْنَهُمْ ثُمَّ لَا يَجِدُوا فِي أَنفُسِهِمْ حَرَجًا مِّمَّا قَضَيْتَ وَيُسَلِّمُوا تَسْلِيمًا ﴾ [ النساء: 65 ]

يمكن القول من خلال التحديدات السابقة أن الدين الذي وضعه الشارع لعباده يتمثل في الطاعة ولزوم الانقياد أو الانتماء وفق ما جاء في نصوص الكتاب والسنة، وذلك بغية تحقيق حاجيات المتدين الفطرية كالآمن من الخوف والشعور بالاطمئنان وبلوغ مراتب الكمال والسعادة في الدنيا والآخرة.

ويمكن القول أيضا إن كل ما يتمظهر من الدين اعتقادا وممارسة ويتجسد على ارض الواقع على سبيل التجربة الإنسانية أو السلوك الفردي أو الجماعي هو تمظهر يعكس حالة أو حالات من التدين.(عبد الحلیم الشرقي، 2022، ص27)

ومن تعريفات علماء الغرب للدين يرى معجم أكسفورد على أن الدين هو اعتراف الانسان بقوة عليا غير منظورة تتحكم في مصيره ولها عليه حق الطاعة و التبجيل و العبادة نقلا عن (فروم، 1977، ص36)، أما وليام جيمس "يعتبر الدين محادثة اختيارية بين الفرد وقوة غامضة يشعر فيها الانسان أن مصيره مرتبط بها وأنه يعتمد

عليها، ويوضح "يونغ" أن الدين هو الخضوع لقوى كبرى من أنفسنا، هذا الخضوع له أهمية في حياة الفرد والمجتمع.

وبالنسبة لدوركايم "فالدين نسق موحد من المعتقدات والممارسات المرتبطة بأشياء مقدسة، هذه الأشياء تشمل مجموعة من الأوامر والنواهي. (سعودي عبد الكريم، 2012، ص 15)

ويرى إيريك فروم: أن الدين لا يعني نظاما يتضمن مفهوما معين للرب أو المعبودات بعينها أو حتى نظام ينظر إليه باعتباره ديناً، وإنما أعني نظاما للفكر والعمل المشترك في اعتناقه جماعة من الناس يعطي لكل فرد في الجماعة إطارا للتوجه وموضوعا يكرس من أجله حياته.

ويليم جيمس يعرف الدين بأنه محادثة اختيارية بين الفرد وقوة غامضة يشعر فيها بأن مصيره مرتبط بها أنه يعتمد عليها وتتحقق هذه الصلة عن طريق الصلاة والعبادة.

والدين بمفهومه الذي يدرس في العلوم الاجتماعية، يقصد بها ظاهرة نفسية اجتماعية لها جانبان هما:

أ- الجانب النفسي: وهي حالة داخلية ذاتية يستشعرها المتدين وتسمى "التدين" حالة الانقياد والاذعان للمعبود.

ب- الجانب الاجتماعي: ويتضمن ما يشترك في الفرد مع المجتمع الذي ينتمي إليه من ممارسات وعقائد... الخ، أي الجوانب الخارجية لحالة التدين. (حميزي يمينة، 2019، ص 23)

وفي الاصطلاح الإسلامي يعرف الدين على أنه "التسليم لله تعالى، والانقياد له، والدين هو ملة الإسلام وعقيدة التوحيد التي هي دين جميع المرسلين من لدن آدم ونوح إلى خاتم النبيئين محمد صل الله عليه وسلم. (حميزي، 2019، ص24)

بعد استعراض هذه التعاريف المختلفة للدين نشير إلى أن كلمة دين في البيئة العربية الإسلامية لا تعني ما تعنيه عند الغرب والسبب لا يعود لترجمة اللفظ وحسب، وإنما المعنى لدى الطرفين، فالدين الإسلامي رغم وحدته إلا أنه ينقسم إلى جانبين اعتقادي وتعبدية، وكل فرد يأخذ منه مقدار يختلف عن البقية، كما أن الدين الإسلامي يتميز بتعدد المستويات والتي يرقى فيها الانسان من مستوى لآخر في خط تصاعدي كلما اجتهد في فهم وتطبيق هذا الدين، وقد لخص علماء الشريعة هذه المستويات في الإسلام والإيمان والإحسان.

وطبقا لكل المتغيرات السالفة الذكر يحاول الباحث والتبني التعريف التالي للدين:

هو تلك التكاليف المعرفية والوجدانية والسلوكية المتمثلة في العقيدة والعبادات والأخلاق والمعاملات التي يشرعها الخالق "المعبود" للمخلوق "العابد"، والهدف منها عبادة الله وخلافته في الأرض، هذا التعريف يحتوي الأبعاد الأساسية للدين الإسلامي المتمثلة في:

المعبود: وهو الله الواحد الأحد.

العابد: وهو الإنسان المكلف والمستحلف من الله في الأرض.

التكاليف والتشريعات: وتتمثل في العقيدة والعبادات والمعاملات. (سعودي عبد

الكريم، 2012، ص16)

## 2- أصل ومصدر نشأة التدين:

إن استطلاع الانسان للعقائد الدينية السائدة اليوم في أنحاء العالم يتبين من غير شك أن الحياة الإنسانية في مختلف الأزمان والأماكن لم تخلو بصورة من صور التدين أيا كانت، وأن الانسان لم يكف منذ القدم عن محاولة فهم ومعرفة الخالق وتحديد علاقته به و واجباته نحوه، فمهما غيب الانسان دور الدين في حياته وتجاهل أثره إلا أنه من حين لآخر يعود محاولا فهمه باحثا في الدين عن إجابة لتساؤلاته الوجودية بما يشبع حاجاته النفسية والفكرية. وأحيانا أخرى عند مروره بأوقات عصيبة وبعد استسلامه واستنفاد كل محاولاته البشرية القاصرة أمام الظواهر الطبيعية والظروف القاهرة يرتمي في أحضان الدين لاجئا للقوى الغيبية العليا المهيمنة، عليها تحتوي ضعفه وتخلصه من معاناته، فظاهرة الدين والتدين وجدت في المجتمعات الإنسانية من أول وجود للإنسان، وبقيت إلى يومنا هذا، وستبقى بعد إلى أن يرث الله الأرض ومن عليها.

لقد ظهرت في العصور القديمة عدة آراء نظرية وفلسفية لفهم الدين لدى بنى الانسان، حيث بدأت هذه الأفكار بتعريف الدين بأنه عبارة عن عبادة الأسلاف وأحيانا أرجع الدين إلى أصول سحرية، بينما اعتبر أحيانا اعتبر أحيانا أخرى على أنه ناتج عن ضعف الانسان وعجزه أمام القوة الطبيعية الخارقة فيبدأ بعبادة هذه المظاهر الطبيعية الخارقة خوفا منها وتجنباً لشرها. (كرداس هاجر، 2019، ص14)

وجاءت بدايات البحث في ظاهرة التدين نتيجة لاهتمامات الانثروبولوجيين عندما حاولوا الإجابة عن السؤال النفسي: لماذا يحدث التدين؟ وقد تضمنت أعمالهم وصفا دقيقا للشعائر والطقوس الدينية بين الشعوب البدائية ويرجع بعض الأنثروبولوجيين

سبب ظهور هذا النمط من السلوك إلى قلق الانسان من الوجود والحاجة إلى تفسير الظاهرة الكونية ونفسه في الحصول على التفسير المقنع لها. (الطائي، 1985، ص3) في حين يرى أنصار النظرية النفسية أن التجارب النفسية اليومية كفيلة لدفع الانسان إلى أن يدرك أن هناك قوة عليا مسيطرة يجب التوجه إليها بالعبادة، أما "كانت" أشهر علماء النظرية الأخلاقية يرى أن وجود الذات الإلهية ليس موضوع علم ومعرفة، بل هو موضوع إيمان عقلي، في حين يرى "كايم" أشهر علماء النظرية الاجتماعية أن الدين والعبادة ترجع إلى أسباب اجتماعية وأن عنصر التفكير و أسس المعرفة العقلية هي من إنتاج حياة الجماعة التي من طبعها تسليط الضوء على النظم الاجتماعية.

لقد ارتبطت نشأة الدين بالإيمان والقوى الطبيعية أو بالإيمان وأرواح الاسلاف وتقديسها حسب ما بينه عدد من الباحثين أمثال "الانج" و "شمدة" في نظرية التوحيد لنشأة الدين في حين تقرر نظرية الوحي أن الانسان وصل إلى العقيدة بنفسه، وأن الدين جاء بوحي من الله سبحانه وتعالى وليس من اجتهادات البشر. (مسعود بن حسن القحطاني، 2009، ص17)

### 3- مفهوم التدين:

3-1- المفهوم اللغوي للتدين: يعرف ابن المنصور (1956) الدين لغويا بأنه الجزء أو المكافأة، ودينه بفعله دينا أي جزيته، وداينه مدانية وديانا والدين الحساب، والدين الطاعة وقد دنته بمعنى أطعته، وجمع الدين الأديان ويقال دان بكذا ديانة، وتدين به فهو دين ومتمدين، ودينيت الرجل تدين إذ وكلته إلى دينه والدين: الإسلام، ويقال (كما تدين تدان) أي كما تجازي يجازى بفعلك. (ابن منظور، 1956، ص169) أما في قاموس المنجد فالتدين معناه أن يتخذ المرء دينا.

وقد عرف التدين في قاموس هريتيج الأمريكي إلى أنه: حالة كون الفرد مرتبطاً بدين.

فالتدين في معناه اللغوي بشكل عام هو "أن يتخذ الشخص ديناً". (معاذ، 2016، ص29)

### 3-2- المفهوم الاصطلاحي للتدين:

التدين نزعة فطرية في الإنسان، وغريزة راسخة في كيانه، بحيث يمكن اعتباره خاصية إنسانية يتعامل بها الغالبية من الناس حتى لو اختلفت الطريقة فإن الجوهر والغاية تبقى نفسها.

وانطلاقاً من ذلك فإننا سنجد تعريفات متعددة ومختلفة للتدين على أساس اختلاف الديانات بين الباحثين الغربيين والعرب. (حميزي، 2019، ص26)

أما في العالم العربي الإسلامي فقد ورد تعريف التدين للعديد من الباحثين الإسلاميين:

يعرف "صالح الصنيع" التدين بأنه التزام المسلم بالعقائد والايان الصحيح، وظهور ذلك في سلوكه وممارسة ما أمر الله به والانتها عن إتيان ما نهى الله عنه.

(الصنيع، 2002، ص212)

كما يعرفه "سعيد بن مسفر العقيب" أنه الوفاء بمقتضيات الإسلام والايان والإحسان اعتقاداً وقولاً وفعلاً، حيث القيام بحق الله وحفظ حقوق الناس وإتباع أوامر الشرع جملة وتفصيلاً واجتناب النواهي والمحرمات وأداء العبادات والاستزادة بالنوافل والمستحبات. (العقيب، 2003، ص57)

ما ذكره شيخ الإسلام ابن تيمية أن التدين: التزام الفرد المسلم بعبادة الله الجامعة لكل ما يحبه الله ويرضاه من الأقوال والأعمال الباطنة والظاهرة، فالصلاة والزكاة والصيام والحج وصدق الحديث وأداء الأمانة وبر الوالدين وصلة الأرحام والوفاء بالعهود والأمر بالمعروف والنهي عن المنكر والجهاد للكفار والمنافقين والإحسان للجار واليتيم والمسكين وابن السبيل والمملوك من الأدميين والبهائم والدعاء والذكر والقراءة، وحب الله ورسوله وخشية الله والإنابة إليه وإخلاص الدين له والصبر لحكمه والشكر لنعمه والرضا بقضائه والتوكل عليه والرجاء لرحمته والخوف من عذابه وأمثال ذلك هي من العبادة لله. (ابن تيمية أحمد، 1997، ص91)

ويرى الإمام الذهبي بأنه "التمسك بعقيدة معينة، يلتزمها الإنسان في سلوكه، فلا يؤمن إلا بها، ولا يخضع إلا لها، ولا يأخذ إلا بتعاليمها، ولا يحيد عن سننها وهداياها، ويتفاوت الناس في ذلك قوة وضعفاً، حتى إذا ما بلغ الضعف غايته عد ذلك خروجاً عن الدين وتمرداً عليه. (الذهبي، 1975، ص51)

أما أبو سوسو فقد عرف التدين على أنه: اتباع الإنسان ما أمره الله به ورسوله ويتضمن الإيمان الديني بعداً إيديولوجياً، ويشتمل على الإيمان بالله وملائكته، وكتبه ورسله واليوم الآخر، وبالقضاء خيره وشره. (أبو سوسو، 1989، ص240)

ويرى النجار أن التدين: كسب إنساني في الاستجابة للتعاليم الإلهية التي خوطب بها الإنسان على وجه التكليف، وتكييف الحياة بحسبها في التصور والسلوك. ويعرفه أيضاً: أنه الإيمان القلبي بحقائق الدين وجعلها مرجعية إيديولوجية في كل تفكير وسلوك. (النجار، 1989، ص155)

كما يعرف رشاد عبد العزيز التدين: هو ما يقوم به الفرد من سلوك واتجاهات ومعتقدات دينية اتجاه خالقه، وأفراد مجتمعه ونحو نفسه، وذلك بالتمثل بالأخلاق الفاضلة التي يدعو إليها الدين.

فالتدين في الفكر الإسلامي هو انفعال الواقع بالإسلام والتعاليم الإسلامية انفعالا مقصودا تحدثه إرادة الانسان على سبيل التكليف الملزم، فعناصره المتفاعلة إذا هي: واقع الحياة الإنسانية المتمثلة في تصوراته الذهنية وفي سلوكه ونظام حياته وسعيه في تدبير معاشه ومنظومة متكاملة من التعاليم الموجهة للتصور وللسلوك معا، وإدارة تكييف التصور والسلوك بحسب تلك التعاليم. (فاطمة، 2014، ص196)

وقد يرد الإسلام بمعنى التدين، وهو المعنى الذي يرادف فيه الدين التدين، فالمراد من الدين هو ما يميزه الانسان في قلبه من اعتقاد وما يمارسه من عمل، والتدين أمر ملازم للإنسان منذ وجد، فقد كان ينطلق في ما يصدر عنه من مجموعة قيم ومعارف وقناعات اختاره بنفسه، وورثها أو نقلها من غيرها، وربما بلغ به تفكيره إلى أمور غيبية لم يجد لها إجابة شافية فانتهى إلى ضرورة التلقي عن النبوة والوحي، ولذلك فالانسان كان ولا يزال مخلوقا متدينا بالفطرة. (محمد الطاهري، 2021، ص190)

ومن كل ما سبق يمكن أن نقول بأن التدين الإسلامي هو اتباع كل ما جاء به القرآن والسنة النبوية، والاعتماد عليهما كمرجعية يتوجه لها الفرد، والقيام بكل ما يأمره الله تعالى من عبادات ومعاملات إسلامية.

ومن تعريفات علماء الغرب للتدين:

التدين على أساس أنه شكل كلي لأنماط سلوكية تشمل الأحاسيس، Vernon يعرف

فرنون

المواقف، العواطف...الخ، وكلها تأتي على هيئة مجموعة وتستجيب على أنها كينونة بذاتها. (فرنون،1962،ص243)

بأنه: حالة كون الفرد مرتبطا بالدين Religiosity وعرف قاموس هيرتيج الأمريكي التدين

(The american heritage dictionary،1982،p4014)

ووضع Rohrbaugh وجيسر Jessor تعريفا للتدين على أنه: صفة للشخصية روريف تعود إلى توجهات عقلية معرفية، عن الحقيقة الواقعة وراء نطاق الخبرة والمعرفة، وعن علاقة الفرد بهذه الحقيقة، وتوجهات موجهة ضمنا لكي تأثر على الحياة الدنيوية اليومية للفرد، وذلك بمشاركته في تطبيق الشعائر الدينية.

( Rahrbaagh.1975.p43)

ويعد عالم النفس Allport(2009) أول من أشار إلى مفهوم التدين وأهميته، ورأى أن هناك علاقة مشتركة بين الدين وبين الأداء النفسي والاجتماعي، وتلك التركيبات النفسية التي تمت دراستها في علم النفس الإيجابي، فمنذ نهاية القرن العشرين اعتبر الدين بمثابة المسؤول الأول عن الأعراض النفسية والعصبية للمرضى النفسيين، إذ عده متغيرا مهما في الشخصية، ومفيدا لفهم وظائف وأدوار الدين في حياة الأفراد، وعرف بأنه الطريقة التي يمارس بها الشخص معتقداته وقيمه الدينية. (ولاء يوسف،2021،ص13)

وعليه يمكن القول إن التدين شعور مشترك يلون التعبير الإنساني عن العواطف والميول الديني، وهذا اللون من التعبير ما هو إلا محاولة لتفسير علاقة الإنسان بالوحي الإلهي، إذ يزود الفرد بالراحة والخلص الروحي. (ولاء يوسف، 2021، ص14)

### 3-3-التدين من وجهة نظر علماء النفس:

نلاحظ أنه بالرغم من سعي العلم والعلماء التحرر من قبضة التفسيرات الدينية إلى الأبد، فإن الجهد الذي بذله رجال الدين والمتعاطفون مع التدين والايمان من أجل إثبات عدم تعارض الدين مع العلم، مكن العلماء أو على الأقل جزء منهم من الاقتناع بإمكانية تطبيق مناهج البحث العلمي الموضوعية على التجربة الدينية الذاتية.

وقد رأى فرويد أن الدين هو بمثابة عصاب أصاب البشرية جمعاء، وعمد على تفسير الاعتقادات الدينية بوصفها نوع من الهذات بل هي إشباع لأقدم رغبات البشر و أقواها، وقد ناصره في ذلك أليس حيث اعتبر الدين أنه من وجوه التفكير اللا منطقي، وأن العلاج الشافي يكون بعدم تدين الأفراد، رغم ذلك فقد ظهر علماء النفس المحدثين بآراء بناءة بأن الدين يمكن أن يكون مفيدا للصحة النفسية، كما أنه لا ينبغي أن يكون بالضرورة سببا للمعاناة من الاضطرابات، بل قد يكون عاملا مساعدا للناس على أن يتعايشوا مع واقع يتسم بالقسوة والشدة، وأفادوا أيضا بأن الدين يمكن أن يكون نافعا في مجال الطب النفسي والصحة النفسية، وهذا ما أثبتته بعض التجارب الدينية، ونجاح الدين في العلاج، وأن استبعاده من قبل المعالجين النفسيين فيه مضرة، ونحن بالوقت الراهن أصبحنا نسمع عن معالجين نفسيين يستعملون العلاج الديني في علاج المرضى النفسيين.

ومن بين وجهات نظر علماء النفس في الدين نذكر جيمس الذي يرى ضرورة الرجوع إلى الدين حيث يجد الناس معظم الحلول لمشاكلهم، أما بريل فيقول أنه لم يرى علاجا أنجح من الدين ويوصي بالاهتمام به، أما هنري ليك فيقول أنه خلال الفترة التي قضاها بين العمل في التوجيه والإرشاد المهني لاحظ أن الأشخاص

المرتبطين بدور العبادة لهم شخصية، و روجرز اقترب من الفكرة الإسلامية في التفكير في إحدى جزئياته، بينما اختلف معه في جزئية أخرى، وفيما اتفقت فيه مع التصور الإسلامي أنه ركز على أن يعلم الانسان الأسلوب ولا يقدم على له الحل. (ولاء يوسف، 2021، ص16-17)

ومن خلال كل ما سبق نجد أن التدين هو نتاج تفاعل العوامل النفسية مع العوامل البيئية. (خرباشي معاذ، 2016، ص31)

وبعد سرد بعض التعاريف التي تطرقت لمفهوم التدين نحاول صياغة تعريف للتدين نعتمد عليه في متن البحث وهو التعريف التالي:

التدين الإسلامي هو الإيمان بما جاء به القرآن والسنة النبوية، والاعتماد عليها كمرجعية توجه الفرد توجيهات معرفية تتمثل في العقيدة، وتأمره للقيام بسلوكيات تتمثل في العبادات والأخلاق والمعاملات الإسلامية لغرض أهداف دنيوية وأخروية.

#### 4- شروط التدين و مميزاته:

##### 4-1- شروط التدين:

للتدين ثلاث شروط لا تتحقق الغاية منه إلا بها:

1- العلم بالدين بشكل واف وكاف ومفصل، حتى لا تلتبس الأمور على الأفراد

المتدينين، وفي وجوب العلم بالدين وردت آيات كثيرة نذكر منها: قوله تعالى:

﴿ فَاعْلَمْ أَنَّهُ لَا إِلَهَ إِلَّا اللَّهُ وَاسْتَغْفِرْ لِذَنْبِكَ وَلِلْمُؤْمِنِينَ وَالْمُؤْمِنَاتِ ۗ وَاللَّهُ يَعْلَمُ مُتَقَلِّبِكُمْ

وَمَثْوَاكُمْ ﴾ [محمد: 19]

وقوله تعالى: ﴿ اقْرَأْ بِاسْمِ رَبِّكَ الَّذِي خَلَقَ ﴾ [العلق: 1] وكذا قوله صل الله عليه وسلم: "طلب العلم فريضة على كل مسلم ومسلمة". (الألباني محمد، 1995، ص416)

2- الإيمان و القبول والتسليم لكل ما جاء به الدين الصحيح، فلا يؤخذ بعضه ويترك البعض الآخر، مصداقا لقوله تعالى: ﴿ يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا ادْخُلُوا فِي السِّلْمِ كَافَّةً وَلَا تَتَّبِعُوا خُطُوَاتِ الشَّيْطَانِ ۚ إِنَّهُ لَكُمْ عَدُوٌّ مُّبِينٌ ﴾ [البقرة: 208]

3- التعبد بأحكام الدين الصحيح والاستقامة على أحكامه وتطبيقه شرعة ومنهاجا، قولاً وفعلاً، مصداقا لقوله تعالى: ﴿ أَتَأْمُرُونَ النَّاسَ بِالْبِرِّ وَتَنْسَوْنَ أَنْفُسَكُمْ وَأَنْتُمْ تَتْلُونَ الْكِتَابَ ۚ أَفَلَا تَعْقِلُونَ ﴾ [البقرة: 44] وقوله صل الله عليه وسلم: "قل آمنت بالله ثم استقم". (النيسابوري، 1972، ص38)

#### 4-2- مميزات التدين:

- 1- الإيمان بوجود إله وخالق واحد قادر على التحكم بالبشر وكافة الكائنات الأخرى ومسير حياتهم في الدنيا والآخرة أي بعد الموت.
- 2- التمييز بين عالم الأرواح وعالم المادة.
- 3- وجود قربات عبادية يقصد بها تبجيل وتقديس الله والتقرب منه.
- 4- أن التدين عبارة عن شريعة تشمل الأخلاق والأحكام التي يجب على الناس اتباعها.
- 5- الصلاة وهي الوسطة والصلة التي تصل العبد بربه وتقربه منه.
- 6- رؤية كونية تشرح كيفية خلق العالم وتركيب السماوات والأرض. (معاد، 2016، ص32)

## 5- مراحل التدين وأقسامه:

### 5-1- مراحل التدين:

يمر التدين بمراحل ثلاثة يمكن إيجازها كالتالي:

1- فهم الموضوع الديني.

2- صياغة الموضوع الديني في صورة مشروع سلوكي.

3- تنزيل المشروع السلوكي عن الواقع.

ومن خلال هذه المراحل السابقة تحدث تباينات هائلة في الخبرة الدينية فالناس يختلفون في درجات فهمهم ويختلفون في قدرتهم على صياغة المشروع السلوكي ويختلفون في قدرتهم على تنزيله في الواقع، ولا ينطبق هذا الكلام على الأفراد فقط وإنما ينطبق على الجماعات. (فاطمة، 2023، ص508)

### 5-2- أقسام التدين:

ينقسم الناس من حيث تدينهم إلى ثلاثة أقسام:

أ- التدين الرمزي: طائفة من الناس اقتنعت في تدينها بمجرد الانتساب إلى الدين وأداء رمزه الأول وهو النطق بالشهادتين.

ب- التدين الصوري: هو نوع يظهر على طائفة من الناس تزعم أن التدين هو حركات الصلاة وتماوت الصيام وهممة التسبيح والتحسر والتباكي على الدين والأخلاق.

ج- التدين الحقيقي: التدين الحق أساسه عند الله شيء واحد وهو الاعتصام بحبله المتين وصلبه المتين وكتابه الذي يربط القلوب بعقيدة واحدة.

أما "ألبرت Allport" فقسم التدين إلى قسمين هما:

- أ- التدين الجمعي (الجوهري): ويقصد به اتخاذ الفرد القيم الدينية مرشدا ومرجعا لسلوكه اليومي، ولا يسخر الدين لخدمة أغراضه الشخصية، فالدين يصبح الإطار الذي يمنح للإنسان المعنى والذي يفهم من خلاله كل أمور حياته.
- ب- التدين المظهري: وهو نظرة الفرد للدين باعتباره شكلا من أشكال خدمة الذات وحمايتها، وتحقيق المنفعة الشخصية، انه تدين العرف الاجتماعي، والمواساة، وخدمة الذات، وهو نمط يستخدم الدين كوسيلة للحصول على المكانة الاجتماعية، والحصول على الأمن والقبول الاجتماعي، ويندر أن يهتم بالقيم الدينية بل يرى أنها تمثل قيودا على حريته الشخصية. (بشير، 2021، ص133)

## 6- النظريات المفسرة للتدين:

6-1- نظرية الخوف: ذكر النوري أن نظرية الخوف تعتبر التدين ظاهرة اجتماعية نفسية، وأن خشية المجهول هي التي جعلت الإنسان يلجأ إلى الدين، وهي نظرية قديمة جدا جاءت في العصور اليونانية والرومانية، فالناس في تلك المجتمعات البدائية وبسبب ظروفهم القاسية تحت ضغوط المرض والجوع والحروب القبلية والتخلف والجهل، يسعون إلى كسب عطف القوى الغيبية لتأمين سلامتهم، وتجنب سخط هذه القوى من خلال ارضاءها والتقرب منها بالعبادة والطقوس والقربان. (ولاء، 2021، ص19)

6-2- النظرية الثقافية: من رواد هذه النظرية أرنولد وألبرت وتؤكد بان الدين ما هو إلا عنصر ضروري من عناصر الثقافة، والدين في الثقافة أمل ومستقبل وهما مظهران لشيء واحد وأصحاب هذه النظرية يعنون بذلك أن الثقافة لا يمكن حفظها وتمنيها، وأنه لا يمكن الفصل بين الثقافة والدين.

**6-3- النظرية الوجودية:** الأديان وفقا للمنظور النفسي الوجودي تمنح الإنسان مبررات للحياة، كما تقدم له نظاما خلقيا وتفسح له المجال لنيل الخبرة مع المقدسات فضلا على أنها تسهم في تشكيل توجهه الديني، وهذا التوجه يكون سليما وأصيلا أو جوهريا، إذا كان يعزز الحياة ويتبنى نمو الإنسان وقدرته على محبة الناس، ويكون غير سليم أو غير أصيل أو ظاهري إذا ما وقف عقبة في نمو الشخصية السليمة، و يعد التدين الجوهري أو الأصيل الأكثر تنبؤ بالمعنى، باعتباره الطريقة التي يستخدمها ويعيش بها الإنسان حياته متخذا الدين إطار تفهم منه الحياة كلها. (مرزوق، 2016، ص68)

**6-4- النظرية السلوكية:** يرى سكينر أحد أهم ممثلي النظرية السلوكية، أن الكائن البشري يولد وهو يمتلك الاستعدادات للتكيف، والتي تجعل النمو نحو الدين ممكنا، ويعد سكينر أن اضطراب الصحة النفسية، وظهور الأعراض العصبية أو الذهانية ينشأ بسبب أخطاء في تاريخ التعلم الشرطي للفرد، إذ تسبب هذه الأخطاء ضعفا في نمو تطور الاستجابات السليمة، و يسبب سيطرة التعزيزات غير الملائمة، وتوصف تلك الاستجابات بأنها سيئة ومرضية أو عصابية، ويرى سكينر أن المهارات الاجتماعية المختلفة تنمو وتتطور بسبب التعزيز الموجب خلال عملية التنشئة الاجتماعية وعندما لا تنمو ولا تتطور بسبب التعزيز غير الملائم، فإن الفرد يستجيب للمواقف الاجتماعية المختلفة بطريقة غير سليمة. (المصلحية، 2017، ص 35)

**6-5- النظرية التحليلية:** طرح فرويد تفسيره للدين في القواعد الخاصة بالتحليل النفسي الواردة في كتبه الأربعة: الطوطم والمحرّم (1914)، ومستقبل الوهم (1927)، والحضارة وكروبها (1930)، وموسى وعقيدة التوحيد (1939)، بشكل عام يتحصل لنا من كتبه هذه تفسيران:

-الأول: أن الدين عصاب وسواسي وهو أثر جماعي، ومن الآثار التي خلفها ذبح الأب في القبائل البدائية في العصور الغابرة، والإحساس بالذنب الناجم عن ذلك وعبادة الله تعويضا هن ذنب القتل.

-الثاني: أن الدين هو هذا الشعور البشري بالضعف أي من مخلفات الضعف والخوف الطفوليين، والحادة إلى الحماية والدعم. (هاجر، 2019، ص19)

والدين يصبح عصابا قسريا عالميا للإنسانية ويؤدي إلى التنازل أو إلى تأجيل إشباع الغريزة الفطرية بسبب ما يفرضه من أسس للعلاقات الإنسانية، لتتحول الغريزة الجنسية إلى مفهوم مقدس كشكل للتسامي عن الجنسية وكقوة داخلية محركة للإنسان في شكلها المبدع، ويسمح المقدس بتغذية الوظيفة المعرفية في علاقة الانسان مع الفناء والموت الذي يلزمه، ووصل فرويد إلى حد الربط بين العصاب الإستحواذي والممارسة الدينية من حيث مبدأ النظام والتكرار في كليهما. (هاجر، 2019، ص20)

يضر الدين بلعبة التكيف والانتخاب تلك، إذ يفرض على الجميع، وعلى نسق واحد طريقه الخاصة للوصول إلى السعادة وللغوز بالمناعة ضد الألم، وتقوم خطته على تخفيف قيمة الحياة وعلى تشويه صورة العالم الواقعي تشويها بالغا، وهذا نهج يتخذ لزجر العقل وتخويفه، وبهذا الثمن يفلح الدين باللباس أتباعه بالقوة ثوب طفولة نفسية ويزج بهم جميعا في هذيان جماعي. (فرويد، 1996، ص34-35)

**5-6- المنظور الإسلامي: الإنسان في التصور الإسلامي لديه استعداد فطري للخير والشر، والإسلام منح الحرية للإنسان في الاختيار ليفعل الخير وينفع الآخرين فيثاب او يفعل الشر ويضرهم فيعاقب، الدين من وجهة نظر الإسلام يعم أرجاء الحياة وهو الذي يصوغ سلوك الانسان، وهو المعيار الذي يحكم إليه في كل**

ما يصدر عنه، ويعتبر الدين هو الأساس الذي يبني عليه الفرد فلسفته الخاصة في الحياة ويخلصه من مشاعر الذنب، وينمي لديه شعور بالإيمان والصبر ويطرد مشاعر الأسى والقنوط ويساعده على إقامة علاقات اجتماعية ذات معنى. (بركات، 2006، ص114-116)

والعبادات في الإسلام تمثل علاقة اتصال روحي بين الفرد وخالقه، وهذه العلاقة تؤثر في الصحة العامة للفرد، وتنعكس على صحته النفسية ونظريته الإيجابية للحياة مهما كانت الضغوط اليومية التي يواجهها، فالقرآن الكريم ربط بين التدين والصحة النفسية، والتدين يحوي مجموعة من المعاني والأخلاق والقيم التي تعطي الفرد إحساساً بالأمان. (المصلحية، 2017، ص35-36)

**6-7- التفسير العلمي:** في الواقع إن الصراع بين الخير والشر يجري في الواقع بالتجديد في الدماغ بغض النظر عن أي دين أو عقيدة، وحسب سيرجي سافيليف (2019) أن بالدماغ بنى مسؤولة عن تصورات الجنة وتصورات الجحيم، فهناك الجزء الجوفي وهو الأقدم في الإنسان وهو يشكل عشر حجم الدماغ ويتعلق بالغرائز والهرمونات، وهو مسؤول عن أسس السلوك البيولوجي الهرموني الغريزي، وقد تشكل هذا قبل القشرة المخية الحديثة التي ظهرت على ضوء نظرية النشوء والارتقاء، والقشرة المخية الحديثة هي التي استوعبت الأديان وتفاعلت معها وأقبلت عليها حتى تستكين إلى المعارف الإيمانية الموفرة للطاقة، تلك التي تجعل الفرد يزيح عقله، ثم تتحول حياته إلى مجموعة من الإجراءات والطقوس، يضمن أداؤها بمهارة دخول صاحبها الجنة.

كما أكد سبرجي (2019) أن جزءاً من أسباب التعصب الديني يتمثل في أن الشخص الموهل في التعلق بدين معين يتلقى مواد مخدرة داخلية تسمح له بالتوقف

عن التفكير بعد أن وجد الحقيقة المطلقة باعتقاده الراسخ ولم يعد في حاجة للاستعمال الكثيف للدماغ وتبديد طاقته في البحث والتحري... شخص كهذا يرفض جميع المعطيات العقلانية المغايرة لتصوراته، لأنها تؤدي إلى التضارب اليقيني في دماغه، وبنية الدماغ لشخص كهذا لا تنتج المخدرات المريحة إلا إذا صارت الأفكار المعروضة عليه مطابقة لما يعتقه بغض النظر عن نوع عقيدته، وهو في هذا يشعر بنفس النشوة والحيوية مثل أي شخص تحت جرعة قوية من المخدر، والدماغ دائما يطلب إعادة شحنه بهذه النشوة، كما أن بنية الدماغ تتضوي تحت هذا النموذج من السلوك وتتسجم معها، لذا فإن جميع المعتقدات التي يتبع أصحابها أشكال سلوك صارمة تسعى عادة للسيطرة على جماهير غفيرة، مثلا مشروع ديني ما يسيطر على عشرة ملايين شخص سيكون عشرون ألفا منهم متعصبين، أي وصلوا لدرجة الغلو المفرط، هؤلاء لا يمكن إقناعهم بنذ التعصب لأن هذا النبذ سيحمل معه توقف الدماغ عن إفراز المورفينات والإندورفينات المهدئة والمطمئنة... هو إذا يتعايش على مخدرات داخلية، وهذه المخدرات تتولد من الإيمان العميق بأفكار عقيدته بصرف النظر عن محتواها، يقول البروفيسور الروسي أيضا أنه من المهم ملاحظة كيفية عمل الدماغ البشري وكيفية اقتصاده في طاقته للنشاط العقلائي، القشرة الدماغية كبيرة وأي نشاط عقلائي بمعنى نشاط يخضع المعلومة للمنطق والنقد والمقارنة، يتطلب من الدماغ استهلاك كمية كبيرة جدا من الطاقة، وفي حالة إذا ما تقبل الانسان شيئا بالإيمان فإن استهلاك الطاقة عنده ينخفض، والأهم أن كل ذلك يجري عند كل شخص على نحو مختلف بحسب

مميزات تركيب الدماغ لديه. (هاجر، 2020، ص21-22)

## 7- أبعاد وأنماط التدين:

### 7-1- أبعاد التدين:

يختلف التدين من شخص إلى آخر على حسب إيمان الشخص بالله تبارك وتعالى، حيث ينعكس ذلك على شخصيته، لذا سنتدرج في ذكر بعض أبعاد التدين المختلفة التي تتجلى في شخصية الفرد، نذكر منها ما قرره العلماء المسلمون كالتالي:

**7-1-1- البعد الجسمي:** ويشمل رعاية حقوق الجسم والمحافظة عليه وتنميته ووقايته من كل ما يؤذيهِ وإشباع حاجاته باعتدال، ويشمل كذلك المحافظة على الحواس وتنميتها واستخدامها فيما خلقت له، ويدخل في هذا النظافة وحسن المظهر باللباس الحسن والزينة المباحة.

**7-1-2- البعد النفسي:** ويشمل رعاية حقوق النفس من تزكيتها وتنميتها وحمايتها من كل ما يدينسها أو يفسدها، كذلك حبها وقبولها والرضا عنها وعن قدراتها، ومعرفة حاجاتها وميولها، وإشباعها باعتدال، كذلك نهياها عن كل ما يغضب ربها، وحثها على العمل بما يرضيه، فتحصل لها السعادة وتقبل على الحياة بتقاؤل ورضا، ويحرص الفرد على علاج الانحرافات التي تقع فيها النفس بالتوبة والاستغفار، ويجليها بالأخلاق الحسنة ويجنبها العادات السيئة.

**7-1-3- البعد الاجتماعي:** ويشمل رعاية حقوق الناس، ويدخل فيه محبتهم ورحمتهم، وإرادة الخير لهم وحماية حقوقهم وأموالهم وأعراضهم وأسرارهم، ولين القول لهم وأمرهم بالمعروف بالحسنى، ونهيههم عن المنكر بالتي هي أحسن، وبذل وجوه البر لهم، وكف الأذى عنهم.

7-1-4-البعد الروحي: ويشمل رعاية حقوق الله، وذلك بمعرفته وحبه وإفراده بالعبادة بجميع أشكالها، وحب لقاء الله وكلامه ورسوله صل الله عليه وسلم والملائكة والانبيا، وسائر المؤمنين من الانس والجن، فيكون من نتاج ذلك تمكين الايمان في قلب العبد فيتبع ما يرضي ربه ويتجنب سخطه، وإذا كان ذلك نال حب الله عز وجل والملائكة والناس أجمعين. (معاذ، 2016، ص39-40)

بينما يتبنى التدين حسب جلوك وستارك GLOCK-Starck على خمسة أبعاد هي:

1-البعد الإيديولوجي: أو المعتقد الديني ويشمل المعتقدات التي من المفترض أن يتبناها المؤمنون.

2-البعد الطقوسي: ويشمل الممارسات الدينية الخاصة كالعباد والصلاة والصيام والمشاركة في الاحتفالات أي كل الممارسات التي يفترض أن يمارسها الانسان.

3-البعد التجريبي: ويشير إلى الاحاسيس والادراكات والمساعر التي تصاحب فعل الاتصال بالله.

4-البعد الفكري: أو المعرفة الدينية ويشمل كل المعارف المتعلقة بالدين والتي من المتوقع أن يكون المؤمن على دراية بها.

5-بعد النبعات: أو الأثر الديني، ويشمل أثر الاعتقاد والممارسة والتجربة والمعرفة على الحياة اليومية للمؤمن. (قويدري، 2021، ص131)

## 7-2-أنماط التدين:

هناك اختلاف في درجة ونوعية تدين الأفراد والجماعات ولكي نفهم أكثر مصدر هذا التنوع فلا بد أن نعرف نشاطات الانسان النفسية والتي يمكن حصرها في ثلاث

دوائر: دائرة المعرفة، ودائرة العاطفة (الانفعال أو الشعور)، ودائرة السلوك (الإرادة والفعل). (فاطمة، 2014، ص197-198)

وقد أشار القرآن الكريم إلى هذا التعدد والتنوع في قوله تعالى: ﴿ثُمَّ أَوْرَثْنَا الْكِتَابَ الَّذِينَ اصْطَفَيْنَا مِنْ عِبَادِنَا فَمِنْهُمْ ظَالِمٌ لِنَفْسِهِ وَمِنْهُمْ مُقْتَصِدٌ وَمِنْهُمْ سَابِقٌ بِالْخَيْرَاتِ يُأْتِنُ اللَّهَ ذَلِكَ هُوَ الْفَضْلُ الْكَبِيرُ﴾ [فاطر: 32]

من خلال هذه العوامل تتعدد نماذج الخبرة الدينية التي نراها في حياتنا اليومية، وتصنف إلى الأنماط التالية:

**7-2-1-التدين المعرفي(الفكري):** وهنا ينحصر التدين في دائرة المعرفة الدينية التي تتوقف على الجانب العاطفي الفكري دون أن يتجاوز ذلك إلى العاطفة والسلوك أي أن هذا النمط من التدين يبقى مجرد معرفة عقلية.

**7-2-2-التدين الحماسي(العاطفي):** في هذا النوع من التدين يظهر الشخص حماسا وعاطفة كبيرين اتجاه الدين دون أن يدعم ذلك بمعرفة جيدة بأحكام الدين ولا سلوكا ملتزما بقواعده، وينتشر هذا النمط من التدين في أوساط الشباب حديثي التدين من ذو المستويات التعليمية المتوسطة ويمكن أن يؤدي التدين الحماسي إلى التشدد أو العكس بترك تعاليم الدين.

**7-2-3-التدين السلوكي (تدين العبادة):** تنحصر هنا مظاهر التدين في دائرة السلوك، حيث يثوم الشخص هنا بأداء العبادات والشعائر الدينية دون معرفة كافية بأحكامها وحكمتها، ودون عاطفة دينية تعطي كهذه العبادات معناها الروحي، حيث يعتبر التدين في هذا النمط عادة اجتماعية.

**7-2-4-التدين النفعي:** يلتزم الشخص في هذا النوع من التدين بالكثير من المظاهر الدينية الخارجية بغرض الوصول إلى أغراض دنيوية خاصة كمكانة اجتماعية أو منصب ما وهؤلاء الناس يستغلون حب الناس للدين ورموزه فيحاولون

كسب ودهم بالتظاهر بالتدين والشخص في هذه الحالة يسخر الدين لخدمته وليس العكس وتجده حيث توجد المكاسب والمصالح الدنيوية وتفقده في المحن والشدائد. (قويدري، 2021، ص134)

7-2-5-التدين التفاعلي(تدين رد الفعل): نجد هذا النوع من التدين عند الأشخاص الذين قضاوا حياتهم بعيدا عن الدين، وفجأة نتيجة تعرضهم لموقف معين أو حادث معين، نجدهم قد تغيروا من النقيض إلى النقيض.

7-2-6-التدين الدفاعي(العصابي): في هذا النمط يلجأ الفرد إلى التدين ليخفف من مشاعر القلق والخوف ويتخلص منها.

7-2-7-التدين المرضي(الذهاني): يلجأ المريض في هذا النمط إلى التدين في محاولة منه لتخفيف حدة التدهور والتناثر المرضي، ولكن الوقت يكون قد فات فتظهر أعراض المرض العقلي مصطبغة ببعض المفاهيم شبه الدينية الخاطئة.

7-2-8-التدين التطرفي: يعني الغلو في جانب أكثر من جوانب الدين بما يخرج الشخص عن الحدود التي يقرها الشرع فراطا وتفریطا.

7-2-9-التدين التصوفي: هو تجزئة ذاتية شديدة الخصوصية يمر بها قليل من الناس لهم تركيب اجتماعي وروحي خاص، تختلط فيها الالهامات بالوساوس فيرى بعضهم أشياء يعتقدونها الهامات وهي في حقيقة الأمر هي تلبيسات شيطانية.

7-2-10-التدين الحق: هنا نجد الشخص يملك معرفة دينية كافية وعميقة، وعاطفة دينية تجعله يحب دينه ويخلص له مع سلوك يوافق كل هذا، وإذا وصل الانسان لهذا المستوى من التدين الحق، شعر بالأمن والطمأنينة والسكينة ووصل على درجة من التوازن النفسي تجعله يقابل المحن والشدائد بصبر ورضا، وإذا قابلت هذا الشخص وجدته هادئا سمحا، راضيا متزنا في أقواله وأفعاله، ووجدت نفسك تتواصل معه في سهولة ويسر وأمان. (قريشي، 2015، ص70-71)

وسماحة هذا النوع وسهولة الاتصال به وصفها النبي صل الله عليه وسلم في قوله: ".إنما المؤمن كالجمل الأنف، حيثما قيد انقاد"، وهو حديث صحيح. وفي رواية أخرى تتقوى بما قبلها عن ابن عمر رضي الله عنه مرفوعاً: "المؤمنون هينون لينون، كالجمل الأنف، عن قيد انقاد، وإذا أنيخ عن صخرة استناخ". (قريشي، 2015، ص72)

### 8- العوامل المؤثرة في التدين:

تتشرك في عملية التدين لدى الأفراد مجموعة من العوامل، وهذه العوامل تختلف من كونها تنقسم إلى رئيسية أو ثانوية، كما أنها قد تختلف من مجتمع لآخر ومن زمان إلى زمان آخر، ويمكن تقسيمها إلى قسمين: عوامل داخلية وعوامل خارجية كالتالي:

8-1-العوامل الذاتية: وهذه العوامل موجودة في الانسان، تختص بالفرد نفسه بحيث نجدها لدى معظم البشر تتمثل هذه العوامل في العامل الفطري، النفسي والعامل الأخلاقي.

8-1-1-العامل الفطري: وهي الاستعداد الكامن داخل الشخص والذي يتجلى في حقيقة التوحيد التي تعهد الله بأن يفطر الناس عليها إذا سلم من المؤثرات الخارجية، وهي عامل هام بلا شك في هداية الناس لقوله تعالى: ﴿ فَأَقِمْ وَجْهَكَ لِلدِّينِ حَنِيفًا ۗ فِطْرَتِ اللَّهِ الَّتِي فَطَرَ النَّاسَ عَلَيْهَا ۚ لَا تَبْدِيلَ لِخَلْقِ اللَّهِ ۗ ذَلِكَ الدِّينُ الْقَيِّمُ وَلَكِنَّ أَكْثَرَ النَّاسِ لَا يَعْلَمُونَ ﴾ [الروم: 30]

فدليل ذلك أنه لا يستطيع أن يحجب عما يحدث عند الأزمات والأوقات الحرجة، أمام البواعث السابقة للتدين وبدليل عما يجده الإنسان من الندم على الأفعال الذميمة، ومن وخز الضمير إذا بقي عنده ضمير ولم يفسد من المفاتن والشياطين.

8-1-2-العامل النفسي: وتختلف بين كل إنسان وآخر لاختلاف صفاتها حيث تلعب هذه الصفات دورا كبيرا في تدين الانسان وتميزه، فالجانب المتعلق بالنفس

موجود لدى الناس جميعا ولا تختلف في وجودها لدى إنسان عن إنسان آخر، والاختلاف يأتي في صفات هذه النفس حيث تلعب الصفات دورا كبيرا في تدين الإنسان وتميزه عن الأفراد الآخرين ولها ثلاث أنواع: النفس المطمئنة، والنفس اللوامة، والنفس الأمانة بالسوء.

-النفس المطمئنة: قال تعالى: ﴿ يَا أَيُّهَا النَّفْسُ الْمُطْمَئِنَّةُ ﴾ [الفجر: 27]

-النفس اللوامة: قال تعالى: ﴿ وَلَا أُقْسِمُ بِالنَّفْسِ اللَّوَّامَةِ ﴾ [القيامة: 2]

-النفس الأمانة بالسوء: قال تعالى: ﴿ وَمَا أَبْرَأُ نَفْسِي ۚ إِنَّ النَّفْسَ لَأَمَّارَةٌ بِالسُّوءِ

إِلَّا مَا رَحِمَ رَبِّي ۚ إِنَّ رَبِّي غَفُورٌ رَحِيمٌ ﴾ [يوسف: 53] (حميزي، 2019، ص30)

8-1-3-الأخلاق: وهي من العوامل المؤثرة في تدين الإنسان، ومن أهم الأخلاق

المؤثرة في تدين الفرد:

-الصدق: وهو الاعتماد على الحق في العمل والقول والاعتقاد في كل زمان ومكان، فلا يقول الإنسان إلا حقا ولا يعمل إلا حقا ولا يعتقد إلا الحقن ويمكن تقسيمه إلى ثلاث أنواع: صدق مع الله وصدق مع النفس وصدق مع الآخرين.

-الأمانة: وهي حفظ الحقوق لأصحابها، والاعتراف بذلك سرا وعلانية.

-الوفاء والإخلاص: فالوفاء: هو أداء ما قام به من التزام مع الآخرين، وأما

الإخلاص: وهو أن يقوم الفرد بإتقان عمله بغض النظر عن صنف العمل بإجادة

وإتقان دون تصنع أو رياء. (خرباشي، 2016، ص45)

8-2-العوامل الاجتماعية: ويتأثر مستوى التدين سلبا وإيجابا بالعوامل الاجتماعية

التي يستطيع الإنسان أن يعيش بمعزل عنها وهي عوامل محيطة بالإنسان في بيئته

ولتعددتها يصعب حصرها جميعا وأهمها:

8-2-1-الأسرة: تلعب الأسرة دورا هاما في غرس القيم الدينية والأخلاقية في

نفوس أفرادها حيث يكتسبون الأسس والمبادئ الدينية من الأسرة التي ينتمون إليها،

فهي تحدد لهم الدين الذي سيعتقونه في حياتهم وهي التي تغرس قيم نظرتهم إلى الله، وهي التي تعلمهم الواجبات الدينية كالصلاة والصوم والاحتفال بالأعياد الدينية وغيرها من الممارسات الدينية، فالنظرة إلى الدين والوجود والعبادات وكيفية التعامل مع الناس تعتمد على الأسرة التي ينشأ الفرد فيها.

**8-2-2-الرفاق:** وهي مجموعة من الأفراد مقاربون للإنسان في عمره واتجاهاته وتؤثر جماعة الرفاق تأثيراً قوياً على سلوكيات الفرد، لما تملكه هذه الجماعة من سلطة وقدرة على توجيهه وضبط سلوك أفرادها بوسائل عديدة تهيئها لهم التطابق والتماثل والقبول والثواب والعقاب والاستقلالية وتحمل المسؤولية وغيرها من الوسائل، مما قد لا يتوفر لدى غيرها من الجماعات الأخرى داخل المجتمع.

**8-2-3-المؤسسات الدينية والتعليمية:** وهي عديدة أهمها دور العبادة، ومدارس التعليم العام والعالي والمهني، وهي أجهزة تؤثر بدرجة كبيرة على سلوك الفرد وفقاً للبيئة التي توفرها فالأفراد يحققون من خلالها هدفين يتمثلان في التعلم والتكيف، فيكتسبون المعايير السلوكية والتعاليم الدينية الخاصتين بالجماعة التي ينتمون إليها، وهي بيئات هامة أيضاً للفرد بما فيها من نشاطات وبرامج قد تعين على تمتع الفرد بصحته وقد تكون سبباً في وقوعه ضحية اضطرابات صحية إذا كانت بيئات غير مناسبة، وتستخدم فيها أساليب تهدم الشخصية بدلاً من أن تبنيها.

**8-2-4-وسائل الاعلام:** هي مجموعة الوسائل التي يتعامل معها الفرد ليتعرف على ما حوله، وأثرها يعتمد على محتواها، وتنمية التدين تكون طريق النفوذ إلى العقل فتقنعه وتطمئنه، وإلى القلب فتحركه، وإلى الإرادة فتدفعها وتوجهها، وينطبق هذا من حيث التأثير الإيجابي على تدين الأفراد، فالفرد الذي لديه اهتمام بالبرامج الدينية ومتابعتها تتجلى عنده زيادة الشعور الديني، والإحساس بمكانة الدين في

الحياة يكسبه سلوكا واعيا، وحياة مستقيمة، فضلا عن حقيقة السعادة والطمأنينة والسكينة والاستقرار. (هاجر، 2019، ص23-24)

**8-2-5-الكتب والدوريات:** للكتب والدوريات أثر كبير في تدين الانسان، فكلما كانت هذه الكتب حاملة لأفكار إيجابية كانت عوامل دعم للالتزام الأفراد بدينهم والعكس الصحيح.

وقد ذكر (الصنيع، 1998) أن جميع العوامل المذكورة سابقا سواء كانت ذاتية أم خارجية، لا شك أنها تلعب دورا كبيرا في تدين الأفراد إلا أنه لا بد من إثبات حقيقة لا جدل فيها، وهي أن كل هذه العوامل قد تختلف أو لا تقوم بدورها كما يجب، ومع ذلك يكون الفرد متدينا بسبب هداية الله له، دون أن نستطيع نحن البشر الوصول إلى السبب الظاهر في تدين هذا الإنسان. (فاطمة، 2023، ص510-511)

## **9-أهمية التدين ومظاهره وأثره في الصحة النفسية:**

**9-1-أهمية التدين:** تتضح أهمية التدين جليا عند علماء النفس الكبار يرى (يونغ young) أن التدين يمكن أن يشفي أقوى مما تشفي نظريات فرويد وأدلر، كما يمكن أن يكون علاجا أكثر فاعلية من العقاقير، ويؤكد عالم النفس (مور) أن علة النفس في الحياة المعاصرة تكمن في الفجوة بين الدين والسلوك، كما يعد ويليام جيمس عالم النفس والفيلسوف الأمريكي الكبير الدين أساس علاج القلق والتوتر والخوف.

فالتدين يعطي للحياة قيمة ومعنى أعمق وهدف أسمى، الأمر الذي يسهل على الأفراد المتدينين إيجاد طرق واستراتيجيات فعالة لتحقيق تكيفهم مع ظروف الحياة ومشاكلها، فالمؤمن المتدين يمتلك من أساليب التعامل مع الضغوط النفسية لا يرقى إليها المهزوز في معتقده وإيمانه.

وقد أجريت دراسات على متدينين من مختلف الديانات غير الإسلام، ووجدت هذه الدراسات أن المتدينين يتصفون بما يلي:

1- يقل لديهم احتمال إصابتهم بالأمراض النفسية خاصة بالقلق والاكتئاب لما يقدمه الدين للحياة من معنى وقيمة وهدف يجعلها جديرة بأن تعاش، كما يحقق السعادة والأمن والسكينة.

2- يقل وقوعهم في هاوية الإدمان، ذلك أن المدمن يلجأ إلى الإدمان فرارا من القلق والاكتئاب.

3- وجدت الدراسات أن المتدينين تقل في أسرهم التصدعات والخلاف والطلاق بشقيه (العاطفي والمادي)، مما ينعكس ذلك إيجابا على نفسية الأبناء وكما نعلم أن علماء النفس يركزون على ضرورة توفير الجو الأسري السوي والصالح حتي يكبر الأبناء متوافقين مع أنفسهم ومع مجتمعهم.

4- وجدت الدراسات أن المتدينين أقل ترددا على الأطباء العضويين، وهذا يتفق مع ما توصلت إليه الدراسات حول إسهام القلق النفسي في إصابة أعضاء الجسم.

5- وجدت الدراسات أن المتدينين لا ينتشر بينهم الإقدام على الانتحار أو حتى التفكير فيه لأن هذا انتهاك لأمانة الله لأن الروح والوجود أمانة يجب المحافظة عليها.

6- وجدت الدراسات أن المتدينين أكثر الناس قبولا لفكرة الموت وهذا ما وجد خاصة عند كبار السن باعتبار أن الموت هو قضاء الله وحكمته.

7- يقل انحرافهم وارتكابهم للجرائم، ذلك أن أسباب الإجرام متعددة إلا أنها تصب جميعا في نفسية قلقة غير راضية، حاقدة على الآخرين، وبالتالي تقدم على الجريمة.

ونصل في الأخير إلى نتيجة مهمة وهي أن الالتزام بالدين وتعاليمه يرتبط إيجابيا مع الصحة النفسية والبدنية للأفراد. (بوعود أسماء، 2007، ص43-44)

## 9-2- أثر التدخين في الصحة النفسية:

يؤكد أرجايل للأثر الإيجابي للتدخين على حياة الفرد من خلال اطلاعه على نتائج الدراسات التي اتفقت بأن الالتزام بالدين يجعل الملتزم أكثر اعتقاداً بغاية حياته، مما يكون لديه إحساس بالإيجاب والتحكم والشعور بالرضا والمنعى في الحياة والانتماء إليها أخذ وعطاء، كما يكون الملتزم أكثر قدرة على التصدي للشدائد، وتفسيرها على الوجه الحسن الذي يلتزم الرضا والشكر.

فمن الوظائف الأساسية للدين أن الله أوجد لعباده متغيرات المقاومة النفسية للضغوط والأمراض النفسية الناتجة عن المحن والابتلاءات، وذلك من خلال الاستراتيجيات الإرشادية، وطرائق العلاج الربانية المذكورة في الكتاب والسنة التي تدعم قوة الفرد المسلم الدينية والنفسية والمعنوية، قتلك الاستراتيجيات والعلاجات الفعالة التي أرشدنا إليها الله تعالى في الكتاب والسنة، والتي يستطيع الفرد القيام بها، تجعل الإنسان المسلم أقل عرضة للأمراض الناجمة عن الضغوط وضنك الحياة، وتجعله يعيش في سعادة واطمئنان، قال تعالى: ﴿ وَمَنْ أَعْرَضَ عَن ذِكْرِي فَإِنَّ لَهُ مَعِيشَةً ضَنْكًا وَنَحْشُرُهُ يَوْمَ الْقِيَامَةِ أَعْمَى ﴾ [طه: 124]

وقد أجريت عدة دراسات مثل دراسة بركات (2006) لتوضيح الدور الذي يؤديه تدخين الفرد في التفريغ عما يحل به من هموم وأحزان وكرب نفسي، وفي التخفيف من هذه الضغوط النفسية التي تواجهه، فقد وجد جيمس و آل (1902) وآخرون أن الأفراد الأكثر تردداً على الكنيسة كانوا يشكون بدرجة أقل من الضغوط النفسية مقارنة بنظرائهم الأقل تردداً على الكنيسة، وأولئك الذين لا يترددون على الكنيسة بالمرّة وذلك بغض النظر عن السن والجنس والمستوى التعليمي وأن الأفراد الكبار بالسن يبدون شعوراً بالسعادة بشكل كبير، وقدّر أقل من الاضطرابات النفسية مقارنة بغير المتدينين. (ولاء، 2021، ص18)

ونصل في الأخير إلى أن التدين يوفر الراحة النفسية والطمأنينة و السكنية للأفراد مما يؤدي إلى إزالة أو تخفيف مشاعر التوتر والقلق كما يساهم ذلك في تنشيط المناعة النفسية والجسمية اللتان تجعلان الإنسان نشيطا ممتعا بالصحة النفسية والجسمية وتحميانه من الأمراض والاضطرابات.

أي أن الدين يزود الأفراد بوجهة نظر في الحياة كما يزودهم بهدف محدد فيها مما يجعل لحياته معنى وقيمة، الأمر الذي يساعد على حمايتهم من الوقوع في الاضطرابات النفسية. (بوعود، 2007، ص45)

### 9-3-التدين ومظاهر الصحة النفسية:

اختلفت مظاهر الصحة النفسية من دراسة الى أخرى ومن عالم الى آخر، وذلك باختلاف نظرتهم على الإنسان وطبيعته، وذلك باختلاف نظرتهم إلى الانسان وطبيعته، وإلى اختلاف الثقافة التي يعايشها كل منهم، فبعضهم اهتم بالجانب النفسي، والبعض الآخر اهتم بالجانب الانفعالي، وأهمل الجانب الروحي عن قصد، ومما سبق يتضح ضرورة وضع مظاهر للصحة تتناول جميع مكونات النفس الإنسانية في شمول وتكامل مستمدة من آيات القرآن الكريم والسنة النبوية الشريفة، ومن أهمها ما يلي:

9-3-1-التكوين الروحي: ويقصد بالتكوين الروحي صلة العبد بربه، والتي يحفظ بها سموه وكماله واستقامته، وتتضمن: أركان الإيمان، وأداء العبادات مع الإحساس الدائم بالقرب من الله، قال تعالى: ﴿ وَيَسْأَلُونَكَ عَنِ الرُّوحِ ۗ قُلِ الرُّوحُ مِنْ أَمْرِ رَبِّي وَمَا أُوتِيتُمْ مِنَ الْعِلْمِ إِلَّا قَلِيلًا ﴾ [الإسراء: 85]

9-3-2-التكوين الجسدي: إن تحقيق الغاية من وجوب طاعة الله وعبادته والدعوة إليه تحتاج إلى جهد وطاقة جسدية، لذا يحث الإسلام على الاعتناء بالبدن وصحته وقوته.

9-3-3-التكوين العقلي: يوجهنا القرآن الكريم إلى إعلاء قيمة العقل، ويدعوا الإنسان إلى أن ينمي إحساسه وسائر وظائفه العقلية (الذكاء العام، القدرات الخاصة والعمليات العقلية) بالعلم والتأمل والتفكر، قال تعالى: ﴿سُرِّيهِمْ آيَاتِنَا فِي الْأَفَاقِ وَفِي أَنْفُسِهِمْ حَتَّىٰ يَتَبَيَّنَ لَهُمْ أَنَّهُ الْحَقُّ ۗ أَوَلَمْ يَكْفِ بِرَبِّكَ أَنَّهُ عَلَىٰ كُلِّ شَيْءٍ شَهِيدٌ﴾ [فصلت: 53]

9-3-4-التكوين الانفعالي: ويتضمن أساليب النشاط المتعلقة بالانفعالات المختلفة، مثل: الحب والكره والخوف والغضب، والبهجة والسرور... الخ، وجاء به القرآن الكريم وصف دقيق لكثير من الانفعالات التي يشعر بها الإنسان، قال تعالى: ﴿إِنَّمَا الْمُؤْمِنُونَ الَّذِينَ إِذَا ذُكِرَ اللَّهُ وَجِلَّتْ قُلُوبُهُمْ وَإِذَا تُلِيَتْ عَلَيْهِمْ آيَاتُهُ زَادَتْهُمْ إِيمَانًا وَعَلَىٰ رَبِّهِمْ يَتَوَكَّلُونَ﴾ [الأنفال: 2]

ونادى الإسلام بضبط هذه الانفعالات وتعديلها، فيكون حبه وفرحه حزنه وغضبه في حدود حتى يشعر الإنسان بالأمن والاطمئنان، قال تعالى: ﴿لِكَيْلَا تَأْسَوْا عَلَىٰ مَا فَاتَكُمْ وَلَا تَفْرَحُوا بِمَا آتَاكُمْ ۗ وَاللَّهُ لَا يُحِبُّ كُلَّ مُخْتَالٍ فَخُورٍ﴾ [الحديد: 23] وقال النبي صل لله عليه وسلم: "ليس الشديد بالصرعة إنما الشديد الذي يملك نفسه عند الغضب" (البخاري، 6114، 2004)

فالانفعالات المعتدلة لها تأثير كبير على التمتع بالصحة السوية لأنه يصاحبها عادة حالة وجدانية سارة، فيطمئن قلبه ويتحرر من الضغوط والمخاوف ويتصل قلبه دائماً بذكر الله في السراء والضراء.

9-3-5-التكوين الاجتماعي: يتمثل هذا الجانب في التنشئة الاجتماعية للشخص (الأسرة، المدرسة، والمجتمع) والمعايير الاجتماعية، والاتجاهات والقيادة والتبعية والعلاقات الاجتماعية مع الآخرين، قال تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا النَّاسُ إِنَّا خَلَقْنَاكُمْ مِّن

ذَكَرَ وَأَنْتَى وَجَعَلْنَاكُمْ شُعُوبًا وَقَبَائِلَ لِتَعَارَفُوا ۗ إِنَّ أَكْرَمَكُمْ عِنْدَ اللَّهِ أَتْقَاكُمْ ۗ إِنَّ اللَّهَ  
عَلِيمٌ خَبِيرٌ ﴿١٣﴾ [الحجرات: 13] (معاذ، 2016، ص46-47)

## 10- قياس التدين:

بدأت الدراسات الارتباطية للتدين بواسطة "فرانسييس جالتون" فكان أول من وضع أسلوب الارتباط الاحصائي، كما كان رائدا في استخدام الاستخبارات ومقاييس التقدير، ومن ثم فقد أعد أقدم فحص منظم للتدين بالطرق الارتباطية عام 1872. وهناك اعتقادات بأن الدين قد عاد إلى مكانته العالية في العقود الأخيرة، وقد أجرى إقتراع gallup poll في 2009، وعدل في أغسطس عام 2014 على عينات من 143 دولة جالوب واستخدم فيه "مقياس جالوب للتدين"، وهو مقياس تقدير ذاتي يشتمل على سؤال واحد نصه: "هل الدين مهم في حياتك اليومية؟" ويجاب عليه باختيار نعم أو لا، ورتبت الدول من أدناها إلى أعلاها، وكانت نسبة القائلين نعم على النحو التالي:

(، إنجلترا (26.5%)، فرنسا (29.5%)، % إستونيا (16%)، والسويد (16.5)، ألمانيا (40.5%)، سويسرا (41.5%)، الو.م.أ (65%)، لبنان (89.5%)، الإمارات (91%) الكويت (92.5%)، مصر (98%) و إندونيسيا (99%).

وتشير البحوث المنتشرة والكتب إلى تزايد الاهتمام بالدراسة السيكولوجية للدين في العقود الأخيرة. لقد حدث في علم النفس المعاصر عدد من التطورات، أهمها نشأة علم النفس الإيجابي والازدهار، وتزايد الاهتمام بدراسة التدين والروحانية فدرس علماء النفس تأثير التدين في السلوك والشخصية والتكيف والصحة الجسمية والنفسية والوظائف النفسية.

وقد نشرت مقاييس كثيرة للتدين باللغة الإنجليزية ووضع "أبوريا" وزملاؤه مقياس التدين الإسلامي باللغة الإنجليزية، وألف "تليوين" الرضا عن التدين، باستخدام عينات جزائرية، وألف نزار الطائي (1985) مقياس السلوك الديني، باستخدام عينات كويتية، كما استخدم عبد الخالق مقياس البند المفرد للتدين في عدة دراسات ومن الملاحظ أن كثيرا من الباحثين العرب في هذا المجال، يؤلف مقياسا للتدين خصيصا لدراسته (هاجر، 2019، ص27-28)

## خلاصة:

ونخلص في موضوع التدين أن الدين والتدين مصطلحان يصبان في نفس الاتجاه إلا أنهما يختلفان من حيث المعنى والتوظيف، ويعتبر التدين من الجوانب الهامة التي تستدعي البحث والدراسة، كونه ذا مكانة في بناء النفس والمجتمع، باعتباره تنظيماً نفسياً ثابتاً من العمليات المعرفية والوجدانية والسلوكية الموجهة للشخص فكرياً وعقائدياً وأخلاقياً، ورغم ذلك اختلفت تفسيرات العلماء له بحسب توجهاتهم النظرية وتصوراتهم الفكرية، وتعددت تصنيفاتهم له إلى أنماط متعددة حسب النشاط النفسي المراد وراءه، كما أنه تؤثر في تكوينه عدة عوامل سبق التطرق إليها. وعليه فإن التدين يرتبط ارتباطاً هاماً بحياة الإنسان النفسية، وله الدور المهم في بلوغ الصحة النفسية.

## الفصل الثالث: تقبل العلاج

تمهيد

1. تعريف العملية العلاجية
2. المعالجة النفسية الطبية
3. مفهوم تقبل العلاج
4. أهمية تقبل العلاج
5. العوامل المؤثرة في تقبل العلاج
6. مراحل تقبل العلاج
7. النظريات المقسرة لتقبل العلاج
8. أنواع تقبل العلاج
9. الوقاية
10. طرق قياس تقبل العلاج

خلاصة

## تمهيد:

جاء مصطلح تقبل العلاج من الممارسات الدينية الذي يعني فعل المراقبة، واتباع قاعدة في المسائل الدينية، وطاعة الله وممارسة الشعائر.

أدى علاج الأمراض الخطيرة والمزمنة إلى العديد من الأبحاث حول تقبل العلاج الذي يعتبر جانب هام من السلوك الصحي المرضى، استنادا إلى العمل في علم النفس الصحة كشف هذا المفهوم عن ردود أفعال مختلفة حول الوصفات الطبية ونوعها وكذلك مدة العلاج.

لذلك يجب النظر في تقبل العلاج حيث يعتبر معيارا أساسيا للشفاء، وجزءا مهما من عملية العلاج ككل استعير هذا المصطلح من المجال الطبي للاستدلال على خضوع المريض لتوصيات الطبيب كليا ونوعيا مما يزيد من سهولة العلاج وفعالته. مما جعل العديد من البحوث والدراسات تهتم بتقبل العلاج والعوامل المساهمة فيه نظرا للدور الذي يلعبه في رحلة المرض.

وفي هذا الفصل تطرقنا لكل من مفهوم العملية العلاجية والمعالجة النفسية الطبية ومفهوم تقبل العلاج، أهمية تقبل العلاج، العوامل المؤثرة في تقبل العلاج، مراحل تقبل العلاج، النظريات المفسرة لتقبل العلاج، أنواع تقبل العلاج، الوقاية وطرق قياس وتقبل العلاج.

## 1- تعريف العملية العلاجية:

نعني بالعملية العلاجية مجموعة من الخطوات المتتابعة التي تنتهي بتحقيق أهداف وغايات معينة. فنقول مثال عملية النمو حيث يمر الفرد بمراحل متدرجة متتابعة تؤثر كل مرحلة في الأخرى وتتأثر بها. ونقول أيضا عملية الإبتكار حيث يمر الفرد بعدد من المراحل تبدأ بالإحساس بالمشكلة وتنتهي بالنتائج الإبتكاري وتقويمه. وفي ضوء هذا التصور فإن العلاج النفسي باعتباره عملية تعني مجموعة الخطوات أو المراحل المتتابعة التي يسلكها المعالج النفسي منذ بدء إحالة الحالة وحتى نهايتها من أجل تحقيق أهداف العلاج.

### 1-1 نماذج العملية العلاجية :

قدم عدد من الباحثين نماذج متعددة لبيان خطوات العملية العلاجية نذكر منها ما يلي:

#### - نموذج وليامسون Williamson :

وضع "وليامسون" نموذجا لعملية العلاج مشتقة من معطيات نظرية السمات والعوامل وأطلق عليها النموذج الإكلينيكي. اشتملت على ست خطوات متتابعة هي:

- التحليل: تتضمن هذه الخطوة تحديد المعلومات المطلوب جمعها، ثم جمعها بطرق ومن مصادر متعددة.

- التركيب: تتضمن هذه الخطوة صياغة المعلومات السابقة ومعرفة تفاعلها وترابطها.

- التشخيص: وتتضمن معرفة أسباب المشكلة وكيفية تفاعلها.

- المآل: وهو التكهّن المحتمل بتطور الحالة.

- العلاج: وهو تحديد فنيات العلاج وتقديمها عبر أساليب معينة.

- المتابعة: وهي تتبع الحالة للتأكد من فعالية العلاج ومدى ملائمته.

- نموذج برامر وشوستروم :

Shostrom&Brammer أعد هذا النموذج "" (برامر و شوستروم ) و أطلق عليه

الإرشاد أو العلاج المحقق للذات و يشتمل على الخطوات التالية :

- تحديد مشغولية الحالة ومدى حاجيتها للعلاج.

- بناء العلاقة العلاجية.

- تحديد اهداف العلاج.

- العمل مع المشكلات والأهداف.

- تسهيل الوعي.(خديجة ،2024 ، ص48)

- تخطيط برامج الوعي.

- تقويم النتائج وإنهاء العلاج.

تمثل العملية العلاجية عملية شاملة ومتكاملة لتمكين الأفراد من تحقيق أهدافهم العلاجية، حيث يشمل ثلاث مراحل: الدراسة، التشخيص، والعلاج. ففي المرحلة الأولى يتم إعداد العلاج المناسب للفرد، واستكشاف مشاكله وتحديد الأهداف العلاجية. أما في مرحلة التشخيص يتم تحديد سبب المشكلة وتحليلها بشكل دقيق والعوامل المؤثرة ومدى تاريخها، أما في مرحلة العلاج فتمثل في تنفيذ الأهداف الدقيقة ومتابعتها والحرص على تحقيق الأهداف المرغوبة. وهذه الطريقة تحتاج إلى تفاعل بين العاملين في مجال العلاج والمريض.

## 2- المعالجة النفسية الطبية :

تعرف المعالجة النفسية على أنها الاستخدام المتكامل للعلاج النفسي والطبي في علاج الاضطرابات النفسية والجسدية والتي تهدف إلى تحقيق التوازن والعافية الشاملة للمريض. خاصة لمرضى الأمراض المزمنة بشكل عام والذين يعانون غالباً من مشكلات صحية نفسية كالقلق والإكتئاب مصحوبة بضغوط اجتماعية، ولهذا تشير الأبحاث الحديثة إلى أن التدخل النفسي أو العقلي و يقصد به ما يسمى بالعلاجات السلوكية والدوائية و التعليمية يمكن أن تساعد على العلاج وخفض الأعراض المرضية، وتتدرج هذه العلاجات تحت الطب السلوكي الذي ينظر إلى الجسم كوحدة كلية من العقل والجسم والمشاعر والأفكار والمعتقدات، حيث أظهرت العديد من البرامج العلاجية فعاليتها في الحد من أعراض الضغوط النفسية وأعراض مرض السكري، والسرطان، والإيدز وغيرها من الإضطرابات النفسية و الجسمية .

ومن أحسن الطرق المستخدمة لعلاج الأعراض الجسدية المرتبطة بالاضطرابات النفسية هي برامج العقل/البدن، والتي تكون فعالة مع تدخلات الطب السلوكي والتي تشمل استراتيجيات سلوكية ونفسية تؤثر بشكل كبير على الحالة النفسية والعضوية للمريض، ويستطيع المعالج أن يستخدم هذه الطرق بالإضافة إلى الطرائق التقليدية لعلاج الحالات المرضية المزمنة والمرتبطة بأحداث الحياة الضاغطة. حيث يكون الهدف منها تدعيم مقاومة المريض، وتقليل شدة أعراضه ولذلك فهي أساليب علاج تكاملية ومساندة تؤدي إلى تحسن كبير في هذه الحالات. وتتضمن هذه البرامج: تدريبات الاسترخاء، والتغذية البيولوجية، وتعديل للسلوك، إعادة البناء المعرفي، والتعامل مع الضغوط ذلك باستخدام المنظور البيولوجي المعرفي المتكامل. وقد أعطت هذه العلاجات نتائج إيجابية في علاج أمراض السرطان وأمراض القلب

والربو وارتفاع ضغط الدم، وهي علاجات مساندة ومكملة للعلاجات الدوائية وليست بديل عنها. (خديجة، 2024، ص49)

ومن بين الأساليب النفسية المستخدمة في مجال علم النفس الصحة نجد:

#### - التدريب على الاسترخاء :

ويستخدم التدريب على الاسترخاء المتحرر في علاج مجموعة كبيرة ومتنوعة من الإضطرابات مثل بعض اضطرابات القلق، و أزمات الربو، والصداع التوتر، والصداع النصفي و فرط ضغط الدم، ذو نمط السلوكي(أ) و الألم المزمن أو المستمر والأرق، كما يفيد التدريب على الاسترخاء في تخفيف معاناة وأسى مرضى السرطان، كما استخدمت لذلك فنيات سيكولوجية كالتنويم المغناطيسي و طرقا متباينة من الاسترخاء، والتخيل الموجه، وقد وجد أن الاسترخاء ككون أولي لهذه الإجراءات يخفض التوتر بشكل ثابت.

#### - التغذية الراجعة البيولوجية:

ويعرف التغذية البيولوجية المرتدة Willson & al (ويلسون واخرون 1996) على أنها التعديل للاستجابات الفيزيولوجية مثل ضغط الدم بواسطة التغذية المرتدة التي تجعل الشخص واع ومدرك لهذه العملية، كما يعرفها (فوللر 1980) بأنها عملية التعلم التي تتم بواسطة أجهزة الكترونية معقدة لإمداد المريض بمعلومات وافية عن حالته الفيزيولوجية التي لا يعي درجة تواترها حتى يصبح نشطا في العملية العلاجية ويحافظ على صحته.

حيث يجب أن تتميز الأجهزة المستخدمة في العلاج بالتغذية البيولوجية المرتدة بالأمان وكفاءة الأداء، ومن الأجهزة المعروفة الآن: جهاز التخطيط الكهربائي

للعضلات، والتخطيط الكهربائي للدماغ، وجهاز الرسم الكهربائي لوظائف القلب، المقاوم الحراري وجهاز استجابة الجلد. (خديجة، 2024، ص50).

ومن خلال هذا يمكن القول أن العلاج النفسي الطبي بمختلف أساليبه يلعب دور فعال في زيادة تقبل المرضى المزمنين للعلاج وتحسين استجابتهم له، ذلك لأنه يوفر بيئة آمنة للمرضى للتعبير عن مشاعرهم وتجاربهم بشكل فعال، ويمكنهم من التعامل مع الضغوط النفسية والقلق المرتبط بالمرض كما يساعدهم في تنمية الوعي بالمشكلات النفسية وتقليل أعراضها المحتملة في رحلة المرض وكيفية التصرف معها مما يؤدي لرفع جودة حياتهم وتقبلهم للعلاج. (خديجة، 2024، ص51)

### 3- مفهوم تقبل العلاج:

تعددت تعاريف "تقبل العلاج" وتتنوع من باحث لآخر، حيث نجد في التعريف اللغوي والتعريف الاصطلاحي ما يلي:

### 3-1- لغويا:

هو الالتزام بوصفة، أو لقانون أو (Karubi & Gornier) الإمتثال لقاعدة سلوكية أو دينية.

أنها عملية إتباع عادة أو (Observance) عرف كلمة Larouse 1990 كما نجد قاموس

سلوك والتقييد بقواعد توجيهية.

ونرى أن مرادفات تقبل العلاج تعددت في مختلف اللغات، ففي اللغة العربية نجد (الإمتثال، الانصياع الإلتزام بوصفة أو سلوك الموائمة). (خديجة، 2024، ص52)

### 3-2-اصطلاحا:

يعرف تقبل العلاج على أنه: الانتظام في اتباع التوصيات والإرشادات الطبية فترة العلاج، وهو مفتاح نجاح الخطة العلاجية. (Moyle 1997 طول )

يقصد بالخطة العلاجية، البرنامج المسطر بالتفاوض بين المعالج والمريض بهدف الوصول لحالة صحية إيجابية.

ويعرف أيضا بأنه مدى توافق سلوك المريض مع التوصيات الصحية والطبية.

(etal haynes, 1979)

وتعتبره المنظمة العالمية للصحة (OMS2003)

المريض أي الالتزام بالحماية الغذائية وتعديل أسلوب الحياة، توصيات القائم على الرعاية الصحية (الطبيب، الممرض).

ويعرفه (Morris et Schelz) بأنه درجة من التوصيات الطبية فيما يتعلق بالنظام الغذائي ، ممارسة الرياضة أو الدواء .

ترى تورات تورقي (2002) أن تقبل العلاج هو: مفهوم يدل على قدرات الفرد على أخذ دوائه حسب التعليمات المقدمة له، وتتأثر هذه القدرات سلبيا أو إيجابا بمجموعة من العوامل المساهمة، المتفاعلة فيما بينها والتي يمكن أن تكون:

- معرفية: التمللات، المعلومات، التوقعات، الدافعية.

- سلوكية: العادات، التنظيم، كيفية التصرف.

- إنفعالية: القلق، الإجهاد، الحياة العاطفية، الحالة الإنفعالية السلبية.

- إجتماعية: تشمل ظروف الحياة، مستوى المساندة الاجتماعية الوسم (الفضح) نوعية التكفل الصحي والإجتماعي. (حنان، 2002، ص52-51)

فتقبل العلاج إذا هو سلوك صحي يتعلق بتطابق عدد من الممارسات كتناول الأدوية وإتباع الحمية الغذائية وممارسة التمارين الرياضية وغيرها من السلوكيات الصحية التي تدخل ضمن تطابق تعديل أسلوب الحياة، مع توصيات وتعليمات القائم على الرعاية الصحية للمريض (Celis, 2008, p8).

#### 4- أهمية تقبل العلاج:

وفقا لتقرير منظمة الصحة العالمية الذي نشر سنة 2003، يعتبر حل مشكلة تقبل العلاج تطور أكثر من أي اكتشاف طبي فدراسة تقبل العلاج له أهمية اكلينيكية، اقتصادية، أكاديمية، فعدم تقبل العلاج ينجر عنه "الاستهلاك الغير منظم، الإنقاص في الأدوية والافراط منها يضعف الصحة ويمدد فترة المرض كما أنها تكون غير فعالة إذا لم يتم تناول الحد الأدنى من الجرعة العلاجية.

فتقبل العلاج يؤثر على شحنات كبيرة من الأدوية، فقد بلغت في الولايات المتحدة أرباحها إلى 47.7 مليار دولار أي مايعادل نسبة 1% من الناتج القومي كما يلقي تقبل العلاج قدرا كبيرا من الاهتمام في كل المجالات العلمية والطبية والاجتماعية فقد وصل عدد البحوث والمقالات المتعلقة بتقبل العلاج حوالي 11600 بحث ومقالة سنة 1995 ومازال البحث قائما .

ومما سبق نلاحظ أنه لتقبل العلاج أهمية كبيرة تتجلى ثلاث مجالات: اكلينيكية، اقتصادية، أكاديمية كما يلي:

-أهمية اكلينيكية تكمن في الصحة النفسية والجسمية التي يكتسبها المريض لالتزامه.

-أهمية اقتصادية تكمن في الأرباح التي تعود على الاقتصاد في البلاد جراء الالتزام.

-أهمية أكاديمية تكمن في كثرة البحوث حوله والتي بلغت 11600 بحث ومقال. (معاد، 2016، ص51).

## 5- العوامل المؤثرة في تقبل العلاج:

يمر المريض بمرحلة لا تزال الأعراض فيها ساكنة، ويسمح هذا السكون بنسيان المرض أو إبقائه بعيدا عن التفكير، ولما يصبح بدء العلاج أمرا لازما يقرره الطبيب ويكون ذلك منعظا يشير لدى العديد من المرضى إلى الدخول في المرض، وإدراكه كحقيقة راهنة تتحكم في الخضوع له أي للعلاج ومدى تقبله، هناك مجموعة من العوامل حددتها المنظمة العالمية للصحة عام 2003 فيما يلي:(حنان، 2024، ص71)

### 5-1-العوامل المرتبطة بالمريض:

تتدخل العديد من العوامل المرتبطة بالمريض في التزامه وتقبله للعلاج نذكر منها:

5-1-1-العمر: فيما يخص العمر فقد أثبتت walders أن تقبل والالتزام المريض

دراسة للعلاج يكون مرتفعا عند الأطفال والرضع بنسبة 77 بالمئة ثم يتناقص

تدرجيا مع تقدم العمر، كما يرى أن تقبل العلاج يتناسب عكسيا مع السن كما يتأثر

باشتراك الآباء والأمهات في تقديم العلاج.

5-1-2-الجنس: بالنسبة للجنس فقد أثبتت بعض الدراسات أن النساء والرجال

متساويين في تقبل العلاج، فيما تظهر دراسة أخرى أن النساء أكثر تقبلا والالتزاما

للعلاج.

**5-1-3-السلالة:** يرى بعض الباحثين أن المرأة الامريكية ذات الأصول الإفريقية أقل تقبلا للعلاج عن غيرها من النساء الأخريات فيما يتعلق بالتصوير الاشعاعي للثدي وكذا المشاركة حول الالتزام بعلاج التهاب المفاصل.

**5-1-4-الدعم الاجتماعي:** فقد ذكرت العديد من الدراسات أن الأطفال المصابين يزيد تقبلهم للعلاج كلما حصلوا على الدعم الاجتماعي وهذا Bovbjerg بالربو أن الأشخاص الذين لديهم دعم ينصاعون أكثر للتوصيات الطبية أكثر مذهب إليه من أولئك الذين لا دعم لهم.

**5-1-5-السمات والمعتقدات:** لقد أظهرت بعض الدراسات بوضوح أن شخصية الفرد وما يعتقدونه تؤثر على تقبله للعلاج، فالمريض المتفائل أكثر اتباعا للتوصيات الطبية على عكس المريض المكتئب الذي يكون أقل التزاما. (معاذ، 2016، ص53-54)

### **5-2-العوامل المرتبطة بالمرض:**

كما يتأثر العلاج بمعاونة المريض من أمراض أخرى مصاحبة، تعرقل الالتزام الجيد بعلاج المرض الأول، أو علاجات الأمراض المصاحبة فتصبح مسألة تقبل العلاج تحديا صعبا للمريض، يعيق شفاؤه و يحول دون تحسن حالته الصحية، و مما يطرح في هذا السياق مسألة الخضوع المطول للعلاجات أي حالة الأمراض المزمنة التي لا تتوقف عند العلاج المطول فحسب، بل تتعدها إلى التغيرات الكثيرة في أسلوب حيلة المريض، و التي قد تكون عسيرة عليه في بعض الأحيان إذا كانت متمردة فكيف إذا اجتمعت هذه التعديلات مع تعقيدات المرض المزمن و مضاعفاته وتعقيدات العلاج و آثاره الجانبية و الظروف الاجتماعية و الاقتصادية، يصبح حينها عدم الالتزام بالعلاج سلوكا متوقعا ومعقدا في الوقت نفسه.(حنان ، 2024،ص72)

### 5-3- العوامل المرتبطة بالعلاج:

والتي تتمثل في:

- الآثار الجانبية للدواء.
- فشل المعالجة السابقة.
- الوقت المستغرق في عملية الفحص.
- إحساس المريض بأن الطبيب أشركه في عملية اختيار الدواء وطريقة استخدامه.

انتظام الزيارات.

- عدد مرات تناول الدواء في اليوم: حيث أظهرت بعض الدراسات أن عدد المرات التي يتناول فيها المريض دواءه تؤثر على تقبله للعلاج، حيث أنه كلما زادت عدد مرات تناول الدواء نقص تقبل العلاج والعكس.
- طرق تناول واستخدام الدواء: حيث أثبتت الدراسات أن الذين يتناولون دواءهم عن طريق الفم أكثر تقبلاً من المرضى الذين يتناولونه بطرق أخرى.
- طول مدة العلاج حيث أثبتت الدراسات أنه كلما طالت مدة العلاج قل الالتزام بالعلاج. (قارة السعيد، 2009، ص52).

### 5-4- العوامل المرتبطة بالعلاقة بين المعالج والمريض:

OMS (2003) أشار إلى نوعية العلاقة بين المريض والطبيب أو المعالج من تقرير شأنها أن تعزز من عملية تقبل العلاج عند المريض وأنه يجب أن ينظر للمريض على أساس أنه طرف فعال في عملية العلاج، ويجب على الطبيب إشراك المريض في الخطة العلاجية، و أن يسود هذه العلاقة نوع من الثقة والرضا بين الطبيب والمريض حول إختيار الحمية الغذائية، ونظام التغذية الذي سيخضع له المريض وحول اختبار الوسائل العلاجية البديلة. (سهام، 2024، ص46)

قد تتسبب نوعية العلاقة بين المريض والطبيب بمشكلات الاتصال القائم بينهما، مما يؤدي إلى غياب الإحساس بالرضا من قبل المريض وهو الأمر الذي يعد أساساً لنجاح عملية الالتزام الجيد بالعلاج، ويمكن تحديد أبرز عوامل فشل العلاقة بين المريض/ الطبيب فيما يأتي:

- مستوى الإعلام والفهم.
  - عدم القدرة على تذكر المعلومات.
  - عدم الأصغاء.
  - التعامل مع المريض كحالة. (حنان، 2024، ص74)
- ففي دراسة على 2509 مريضا مصابا بالربو من بينهم 721 طفلا حول عوامل تقبل هؤلاء المرضى للدواء المستنشق فكانت العوامل المعززة لتقبل هذا الدواء هي:
- طبيعة الشروحات المقدمة من طرف الطبيب فيما يخص الخطة العلاجية .
  - الوقت المستغرق في عملية الفحص.
  - إحساس المريض بأن الطبيب أشركه في عملية اختيار الدواء وطريقة استخدامه.
  - إنتظام الزيارات.
  - الشروحات المقدمة من طرف الطبيب حول الآثار الغير مرغوبة فيها بالدواء.
  - التكلم مع المريض حول الصعوبات التي تواجهه في تناول الدواء بطريقة غير تأنيبية.

فمن خلال هذا يمكن القول أن علاقة الطبيب والمريض التي تتوفر فيها الإصغاء والتفاوض والثقة والود و الاهتمام بمشاعره قد يساهم بشكل مباشر وفعال و يكون لها تأثير إيجابي على عدد من النتائج خاصة في حالات الأمراض المزمنة التي تتطلب

سيرورة علاجية طويلة المدى، و بالتالي يؤدي ذلك إلى إرتفاع درجة الالتزام العلاجي لديهم. (خديجة، 2024، ص68)

### 5-5-العوامل الاجتماعية والاقتصادية:

يتوجب الاهتمام بالنسق الاجتماعي الذي يعيش فيه المرضى، ذلك أن النبذ أو الدعم الاجتماعي المدركين يمكن أن يخلق ظروف معرقة أو مؤيدة للتكيف، و بالتالي يؤثر على تقبل العلاج، كما تلعب العائلة دورا هاما في دعم تقبل العلاج عبر مساندة المريض من خلال المشاركة النشطة و الفعالة عبر الاهتمام بحالته الصحية و تشجيعه و المحافظة على جو الاستقرار العائلي، في الوقت الذي قد تؤثر بعض التفاعلات السلبية داخل العائلة على شركات المريض و مدى التزامه بالعلاج ولا تتوقف المساندة على دعم الأسرة فحسب، بل تتركز على مؤازرة محيط المريض ككل ، وهذا ما دعمته الدراسات الحديثة منها دراسة:

Nyamati et Leake.2000.keenan et Gelberg 2000

Semain.2000. Dressler et Bindon 2001

والتي تؤكد في مجملها أن الفرد بإمكانه إدراك وضعية ما، بمثابة وضعية ضاغطة دون الاستجابة بالقلق والاكتئاب، إذا كان يستفيد من المساندة الاجتماعية، في حين يشكل الدعم الاجتماعي الضعيف عامل هشاشة أمام الضغوطات. (حنان، 2024، ص73)

### 6- مراحل تقبل العلاج:

يعد تقبل العلاج سلوكا صحيا معقدا بشكل خاص في الأمراض المزمنة، ويفرض تغيرات دائمة قد يكون من الصعب على المريض الالتزام بها، وفق الدقة والانتظام الأمثلين لذلك يتم بدء تنبيهه من جديد وفقا لما حدده "بروشكا ودوكليمونت" حيث يمر المريض بما يلي:

- 1-مرحلة ما قبل العلاج: ويكون فيها المريض رافضا للمرض والعلاج وهنا لا يشعر المريض أنه معني بالمعلومات المتعلقة بالعلاج.
  - 2-الحصول على المعلومة من قبل القائم على الرعاية الصحية حول تأكيد تشخيص المرض وطبيعة إمكانية تطوره أو الشفاء منه ونوع العلاج المعتمد وفعاليتة وأثاره الجانبية.
  - 3-تقبل المعلومات المقدمة حول المرض والعلاج.
  - 4-إتخاذ القرار ببء التغيير والاستعداد لممارسته.
  - 5-البء في تبني التغييرات بممارسة السلوك الجديد المتمثل في الخضوع للنظام والعلاج والإلتزام به.
  - 6-الاحتفاظ بالسلوك الجديد وممارسته ليصبح عادة من بين عادات المريض.
- (سهام، 2022، ص47)

في الأخير يمكن لنا القول أن تقبل العلاج يظهر لنا عن طريق السلوكيات التي يصل لاتخاذها و تبنيها المريض، حيث يتم هذا الأخير تدريجيا متضمنة مراحل عديدة و مهمة، ألا وهي أولا حصول المريض على المعلومة بعدها تأتي مرحلة تقبله والتي على أساسها يمكن أن يأخذ القرار بالتغيير (مثلا السلوكيات الغير صحية والتي تزيد من حدة وصعوبة المرض) والتحضير لكل ما يتطلب الأمر ثم البء في تبني السلوكيات الصحية الجديدة و التي تعد من مظاهر تقبل العلاج.

## 7- النظريات المفسرة لتقبل العلاج:

ظهرت محاولات عديدة على شكل نماذج ونظريات حاولت تفسير السلوك الصحي، وقد ركزت بعض هذه النماذج على أسباب وعوامل ظهور سلوك عدم تقبل العلاج لدى المرضى المصابين بالأمراض العضوية والنفسية المزمنة، ولعل أهم

النماذج المعروفة والأكثر استخداما في مجال علم نفس الصحة والتي تتناول موضوع  
تقبل العلاج هي هذه النماذج:

### 7-1- نموذج المعتقدات الصحية: Rosenstock

ظهر هذا النموذج في بداية الخمسينات من القرن الماضي من قبل علماء النفس  
الاجتماعي، وقد كان النموذج يركز على السلوكيات الوقائية لدى الأفراد وكان مجديا  
في مجال التطعيم والوقاية بصفة عامة، ثم بعد ذلك طور النموذج للتنبؤ وتفسير  
السلوكيات المتعلقة بالصحة، ولقد اتفق معظم العلماء على أن نموذج المعتقدات  
الصحية هو أفضل النماذج لدراسة السلوك الصحي وذلك لأنه يتميز بالوضوح كما  
أنه نتيجة لدراسات نظرية وتطبيقية دقيقة. (مفتاح محمد عبد العزيز، 2010، ص34)  
ويقترض هذا النموذج أن الناس عاد لا يحاولون اتخاذ إجراء الوقاية من المرض أو  
مقاومته إلا إذا كان لديهم حد أدنى من الدوافع الصحية والثقافة الصحية، ويرون أن  
احتمال تعرضهم للمرض وتهديده لهم هو احتمال قائم وبالتالي يقتنعون بجدوى  
محاولة الوقاية والعلاج، ويتضمن هذا النموذج مبادئ هي:

- استعداد الفرد للقيام بسلوك صحي هو معين يحدد نتائجه وآثاره.
- تقييم الفرد لفائدة هذا السلوك المقترح ومقارنة هذه الفائدة بما يرتبط بهذا السلوك  
من تكاليف وأضرار أو معوقات جسمية أو اجتماعية.
- وجود مثير لسلوك يدفعه نحو البحث عن السلوك الصحي المناسب، قد يكون  
المثير داخليا (الاعراض المرضية) أو خارجيا (وسائل الاعلام).
- ويتم تنفيذ السلوك الصحي عندما تتوفر الشروط الآتية:
- عندما يدرك الفرد ويقتنع أن عدم ممارسة النشاط الصحي الوقائي سيعرضه  
لخطر الإصابة بالمرض (التهديد المدرك) .

-قد تكون هناك عواقب وخيمة لامتناع الفرد عن اتخاذ الإجراءات الوقائية (الشدة المدركة).

- أن تكون هناك فوائد متوقعة تعقب اتخاذ إجراءات وقائية (الفوائد المدركة).  
- أن تكون الفوائد المتوقعة أهم من التكلفة.  
- أن تتوفر قناعة ذاتية أن ممارسة النشاط الوقائي سيؤدي إلى نتائج إيجابية متوقعة.

- أن تتوفر دوافع داخلية تغذي السلوك الصحي الوقائي وتعززه.(عثمان، 2011، ص32)

#### 7-2- نموذج مراحل التغيير:

تم بناء نموذج مراحل التغيير من طرف كل من (Diclimente et Prochas 1994)وصمماه ليعنى بتحديد المراحل التي يمر من خلالها تغيير سلوك معين، وتعتبر الدافعية حيز الزاوية في هذا النموذج، ولهذا يعتقد العالمان أن تغيير سلوك ما يحدث من خلال مراحل الدافعية الخمسة، ووفق السياقات الخاصة بكل مرحلة ، وتمثل مراحل التغيير بعدا زمنيا والذي بدوره يسمح بالتعرف على التعديلات و التغييرات التي مست الحدس ، الاتجاهات أو السلوك ، وكذلك وقت ظهورها حسب تلك المراحل ، كما تسمح هذه المراحل أيضا بتحديد وضع الدافعية ولكن دون التنبؤ بها ، أما سياقات التغيير فهي تمثل البعد الثاني لهذا النموذج فهي توضح لنا الطريقة أو الكيفية التي حصل بها التغيير أي كيف يحدث التعديل والتغيير عند الفرد على مستوى سلوك معين وتعرف سياقات التغيير على أنها سلوكيات أو معارف خاصة تسهل المرور من مرحلة إلى أخرى ، كما أنها تؤدي دور الموجه لتقدير وتقييم مدى تغيير المريض وتبنيه لسلوكيات صحية.

ويعتمد مسار التغيير حسب النموذج على المراحل الخمسة التالية:(مفتاح، 2010، ص39-40)

#### 7-2-1- مرحلة ما قبل التغيير:

خلال هذه المرحلة يكون المفحوص غير مقتنع بفكرة التغيير أو تعديل السلوك وهذا خلال الستة أشهر من المشكلة الصحية، وذلك نتيجة ميكانيزم الرفض (رفض الواقع) أو نتيجة نقص المعلومات أو عدم صحة المعلومات التي تم الحصول عليها حول المرض مثلا ، إذ أن المريض في هذه المرحلة ليس عاجزا عن رؤية الحل وإنما عاجز عن رؤية المشكل في حد ذاته.

لذلك فإن أفراد العائلة أو الأصدقاء هم الذين يلاحظون أو يشعرون أن للفرد سلوك مشكل، مما يستدعي تدخلهم من أجل تقديم المساعدة للمريض من أجل تغيير سلوكه.

#### 7-2-2- مرحلة التأمل:

خلال هذه المرحلة يشعر المريض أن هناك سلوك مشكل ويفكر جليا في التغلب عليه سواء بتعديله أو تغييره، ولكن لم يأخذ بعد المبادرة للفعل.

ويعرف Chestreton هذه المرحلة كالاتي: " يعرف الفرد إلى أين يتجه ولكن ليس جاهزا بعد للذهاب" ، فالمريض في هذه المرحلة يقوم بعملية تقييم الجوانب الإيجابية والسلبية للسلوك المشكل كما يحدد درجة الجهد والطاقة التي سوف يبذلها الفرد من أجل تعديل أو تغيير هذا السلوك، فمثلا حالة المدخن الذي يرغب التوقف عن التدخين يفكر أولا في الأضرار الصحية الناتجة عن هذا التدخين المزمن، كما يفكر أيضا في أهمية هذه السجائر في التقليل من الضغط اليومي الذي يعيشه، وهنا نجد الصراع بين رغبتين وكنتيجة لهذا يأخذ المريض أو المفحوص وقتا طويلا خلال هذه المرحلة وذلك حتى يستقر على قرار المبادرة ولكن بأن تكون هناك نية التغيير.

### 7-2-3- مرحلة الإعداد وأخذ القرار:

وهي مرحلة النية في التغيير وتكون في الشهر قبل التغيير مع ظهور بعض التعديلات الملحوظة ، فالشخص هنا يظهر رغبة في الفعل والعمل ويقدم على خطوات تغيير السلوك المشكل ولكن دون أن يصل بعد إلى الامتناع الكلي عن السلوك.

### 7-2-4- مرحلة الفعل والتنفيذ:

خلال هذه المرحلة يغير المفحوص فعلا سلوكه وكذا المتغيرات المحيطة به ويلتزم بهذه التغيرات التي حصلت، ويكون التغيير في السلوك المشكل واضحا ويلاحظه الجميع، ويصب المفحوص اهتماماته في الفعل والتغيير، ولكن يتناسى جهد الحفاظ على هذا التغيير، لأن استمرار السلوك الإيجابي المكتسب هو الذي يضمن فعالية هذه المرحلة ويحتاج المفحوص خلالها إلى زيادة فعالية الذات وكذلك التعزيزات.

### 7-2-5- مرحلة التثبيت والحفاظ:

يعمل المفحوص من خلال هذه المرحلة على تفادي الوقوع في الانتكاسة كما يعمل على تثبيت وتوطيد النتائج التي توصل إليها، ومرحلة الثبات تعني الاستمرارية في السلوك الإيجابي والقدرة على الحفاظ على السلوك الجديد المكتسب والالتزام به، كي يصل المفحوص إلى تعميم سلوكه على وضعيات حياتية أخرى.(مفتاح عبد العزيز، 2010، ص41)

لكن الانتكاسة ممكنة جدا، فكثيرا من الأفراد يظهرون نكوصا إلى مراحل أولية سابقة، ويجدون مقاومة للتغيير والتعديل ، حيث يعودون إلى مرحلة ما قبل التأمل.

### 7-3- النموذج المعرفي:

فرضية النموذج المعرفي لتقبل العلاج (Ley 1981-1989) ، والتي مفادها أنه

يمكن التنبؤ بتقبل العلاج من خلال الجمع بين رضا المريض عن عملية الاستشارة، وفهم المعلومات المعطاة له والتذكير بالمعلومات وسنفرّد كل عنصر بالشرح التالي:

**7-3-1- رضا المريض:** درس **Ley** دراسة للمرضى في المستشفى ووجد أن 41 % من المرضى غير راضيين عن علاجهم و28 % غير راضيين عن المعاملة العامة، كما وجد أيضا أن مستويات رضا المرضى تتوافق مع نوعية الاستشارة، ولا سيما الجوانب العاطفية، وكذا الجوانب السلوكية، الكفاءة للقائم على الرعاية.

**7-3-2- الفهم:** اختبرت العديد من الدراسات مدى فهم المرضى لمضمون الاستشارة سنة 1970 حيث وجد أن 80 % يعرفون التهاب Boyle الطبية، من ذلك دراسة المفاصل، و77% يعرفون اليرقان، و52 % يعرفون الخفقان، و20 % يعرفون موقع المعدة ويشير هذا إلى تدني فهم مضمون الاستشارات .

**7-3-3- تذكير المرضى:** فحص الباحثون عملية استرجاع المعلومات المقدمة خلال الفحص الطبي فوجدوا 37 % منهم لا يتذكر اسم الدواء، 23 % لا يذكر عدد الجرعات، 25 % لا يمكنهم تذكر مدة العلاج، وهذا ما يؤثر سلبا على تقبل العلاج لدى المرضى. (لكحل رفيقة، 2007، ص65-67)

**7-4- نموذج التمثلات الصحية:** ظهر هذا النموذج على يد : leventhal بين

سنة 1980 و1984 ، وهو قائم على الفكرة التي مفادها الاستجابات السلوكية للتهديدات الصحية هي نتائج للتصورات المكونة من قبل المرضى حول المرض الذي يعانون منه.

كما استخدم هذا النموذج لتفسير سلوكيات الانضباط الصحي انطلاقا من إدراكات مرض معين وهذا من خلال مجهودات الفرد للتصرف إزاء المرض والأعراض والنتائج الناجمة عنهما، ويستند هذا النموذج إلى ثلاث مسلمات أساسية هي:

أن الفرد هو عامل فعال (نشط) في حل مشكلته، فهو يسعى إلى تخفيض الفارق بين حالته الصحية الراهنة والحالة الصحية التي يتطلع إليها.

التمثلات المعرفية والانفعالية لتهديد المرض التي توجه سيرورة التكيف وتقييم مخطط التصرف الذي سيتم تنبيهه.

تفترض أن هذه التمثلات هي خاصة بكل فرد ويمكن ألا تتفق مع الحقيقة الطبية ، وهي تصورات محددة اجتماعياً تنتهياً انطلاقاً من القيم الاجتماعية الثقافية، وهذه السيرورة يمكن أن تختلف سواء بالنسبة للطريقة التي يفكر بها فرد يتمتع بصحة جيدة حول أمراض معينة ، أو بالنسبة للطريقة التي يحدد فيها فرد مريض معنى مرضه.

وتنظم السلوكيات المرتبطة بالمرض تبعاً لهذا النموذج باشتمالها على خمس مكونات أساسية هي:

- الهوية: أي التسمية التي يطلقها المريض على مرضه وأعراضه.
- السبب: أي العوامل التي يعزو إليها المريض سبب مرضه.
- البعد الزمني: وهي المدة المفترضة من قبل المريض لمرضه (مرض مزمن، حاد).

- الآثار: أي نتيجة المرض وعواقبه الواضحة بالنسبة للمريض.
- العلاج: والذي يلجأ إليه المريض بحثاً عن الشفاء والاستقرار.

ولفهم التقبل الصحي، اقترح هذا النموذج حلقة تنظيم بين التصورات المكونة من قبل المريض حول مرضه من جهة والإجراءات التي يستخدمها لمواجهة التهديدات الصحية وتشمل المراحل التالية:

**7-4-1- التمثل المعرفي للمرض:** أي تنظيم المعلومات المختلفة المغذات من قبل المحيط وتحدد هذه التمثلات حسب حجم المعلومات وصحتها التي يستقيها

المريض، فالمريض يسعى إلى فهم أعراضه ومرضه ، لهذا يكون تمثلات معرفية ونماذج سلوكية تسمح له بمواجهة الأخطار الصحية التي قد يتعرض لها، ويستقي المريض معلوماته من الأصدقاء والعائلة، الفريق الطبي و وسائل الإعلام أو من خلال أعراضه أو تجارب سابقة.

7-4-2- الاستجابة الانفعالية للمرض والعلاج: وتنتج أساسا عن تصورات المريض لتحديد المرض وإدراكه لأهمية العلاج.

7-4-3- التسيير المتبني تبعا للتمثلات: أي الطريقة التي يواجه بها الفرد الوضعية المرضية، سواء بتبني السلوك الصحي من خلال الانضباط بالعلاج طلبا لتحسين حالته الصحية أو من خلال التركيز على تنظيم الانفعالات والتقليل من الآثار السلبية للمرض وما ينجم عنه من ضغط انفعالي.

7-4-4- التقييم الذي يقوم به الفرد فيما يتعلق بالاستجابات المنفذة: يقوم المريض بتقييم مدى نجاح استراتيجيات المواجهة التي تبناها ، وكننتيجة لذلك يقوم بتعديل التمثلات المعرفية والاستجابات الانفعالية المرتبطة بالمرض ويتبنى استراتيجيات مواجهة أكثر فعالية .

إن آلية التغذية الرجعية تسمح بتفسير تطور التنظيم الذاتي العائد إلى تعديلات المعلومات والتمثلات وتبنى أنماط استراتيجيات مواجهة جديدة. ( معاذ، 2016، ص62-63)

## 8- أنواع تقبل العلاج:

اختلفت مستويات تقبل العلاج إلى: الالتزام الأولي، الالتزام الجزئي، الالتزام الكامل وتختلف أنواع تقبل العلاج كالتالي:

- الالتزام الأولي: صرف الوصفة الطبية من الصيدلية.
- الالتزام الجزئي: أخذ بعض الأدوية على النحو المنصوص.

- الالتزام الكامل: أخذ الدواء تماما على النحو المنصوص عليه.

- فرط الالتزام: أخذ كميات زائدة على النحو المنصوص.

تتنوع أنماط الالتزام بالعلاج بين الأفراد، حيث يمكن تقسيمها إلى الالتزام الأولي والالتزام الجزئي و الالتزام الكامل، إذ يتعلق الالتزام الأولي بقبول المريض للعلاج و البدء في تنفيذ التوجيهات الطبية الأولية بدقة و دون تعديلات كبيرة، أما بالنسبة للالتزام الجزئي فيشير إلى إتباع المريض لبعض جوانب العلاج مع تقديم بعض التعديلات أو الاختلافات في التوجيهات، بينما يتضمن الالتزام الكامل إتباع جميع جوانب العلاج و التوصيات الطبية بشكل دقيق ومنتظم مما يساهم في تحقيق أفضل النتائج الصحية، و قد يرجع هذا الاختلاف في الالتزام لعدة عوامل مثل نوع العلاج وشدة المرض و ظروف الفرد الشخصية.(خديجة، 2024، ص69)

## 9- الوقاية :

جاء في تقرير OMS(2003) بعض العوامل المساعدة في تقبل المريض للعلاج على المدى الطويل، وهي عوامل وقائية يجب أن تؤخذ بأهمية من طرف الطبيب أو المعالج، قبل وطوال فترة أخذ المريض للدواء وقيامه بإتباع الإرشادات والتعميمات الطبية، فهذه الإجراءات الوقائية موجهة بشكل مباشر للطبيب أو المعالج بهدف تحسين تقبل العلاج عند مرضاهم، وهي متمثلة في:

- التكلم عن تقبل العلاج مع الفحص الأول.

- تقييم استعداد المرضى.

- تقييم مستوى تقبل المريض للعلاج.

- الاهتمام بإشكالية المريض.

- إيجاد الحلول.

- التكلم عن تقبل العلاج في كل فحص.

- تكييف أخذ الدواء مع إمكانيات المريض.
  - إيصال المعلومة بطريقة سهلة، واضحة، كافية.
  - إعطاء كمية كافية من الدواء تتزامن مع الموعد الطبي المقبل.
  - المريض شريك فعال أي يجب إشراكه في الخطة العلاجية.
  - البحث عن طرق مساعدة مناسبة.
  - تنظيم إتباع المريض.
  - المساندة الاجتماعية (عائلة، أصدقاء، مقربين، جمعيات).
- في الأخير نستنتج أن الوقاية تساعد على توفير معلومات واضحة للمريض حول العلاج، تشجيع التواصل المفتوح، تقديم الدعم النفسي، وتوجيه المريض حول كيفية التعامل مع آثار العلاج الجانبية. (حنان، 2024، ص74-75)

## 10- طرق قياس تقبل العلاج:

إن قياس تقبل العلاج وتقييمه يعد من بين الخطوات المهمة والمعتمدة في عملية العلاج، ويعتبر بوصلة المختصون والتي تساعدهم على توجيه المرضى خاصة المرضى المزمنين، حيث اختلفت مقاييس تقبل العلاج لاختلاف طبيعة المرض وسن المريض، ويمكن تقسيمها إلى فئتين واسعتين مباشرة وغير مباشرة.

### 10-1- القياس المباشر لتقبل العلاج: ويشمل عددا من الطرق منها:

- الطرق البيولوجية: تعتمد على التحاليل المخبرية (الدم، البول) إذ من خلال هذين المؤشرين يكشف الطبيب مدى تمركز آثار الأدوية التي يتناولها المريض.
- وزن المريض: ففي كثير من الأمراض التي تستوجب نظام غذائي خاص و لتجنب زيادة الوزن يلجأ الطبيب مباشرة لوزن المريض ومقارنتها بالوزن السابق.
- الملاحظة المباشرة: إذ يقوم الطبيب بملاحظة مريضه أثناء الفحص مما يسمح له بتقييم وضعه.

- ملاحظة أثر العلاج من خلال تناقض الأعراض أو زوالها و تحسن الحالة الصحية للمريض.

- ملاحظة الآثار الجانبية للعلاج.

### 10-2- القياس الغير مباشر:

- الدقة في احترام المواعيد الطبية.

- حساب الأدوية المتناولة من طرف المريض.

- المقابلة .

- الاستبيان.

- الحكم على تحسن الحالة الصحية للمريض.

وفي آخر هذا العنصر يمكن القول أن تقييم تقبل العلاج يمثل عنصرا أساسيا في تقديم الرعاية الصحية الشخصية، من خلال الفحوصات البيولوجية ومراقبة وزن المريض والملاحظة المباشرة لتأثيرات العلاج عليه، يمكن تحديد العلاج المناسب لكل فرد وتعديله وفقا لاستجابته الفردية وتحمله العلاج بالإضافة إلى ذلك يمكن بواسطة تقييم الالتزام بالمواعيد وحساب الأدوية المتناولة و المقابلات الطبية تحسين نتائج العلاج و تقليل التكاليف الصحية، حيث أن هذا النهج يعزز الثقة و الرضا بالعناية الصحية.

(خديجة، 2024، ص72-73)

## خلاصة:

وفي الأخير يمكن القول أن تقبل العلاج يعد محورا أساسيا في رحلة المرض، إذ يعتمد على التزام المريض بكل توصيات الطبيب، و إتباع القواعد والتوجيهات والانضباط والانتظام (مثال في طريقة تعاطي الجرعات)، مما يساهم هذا في تسهيل العملية العلاجية.

لذلك لا بد من الاهتمام والتكفل بكافة العوامل التي قد تعيق استجابات المريض الإيجابية، خاصة في الحالات المزمنة التي تكون مدة العلاج طويلة، وبالتالي المريض قد يخضع لتغيرات عديدة في مجرى حياته مما قد يزيد أو يضعف من تقبله والتزامه للعلاج.

وهذا ما دفعنا لدراسته لدى مرضى السرطان، الذي سوف نتعرض إليه في الفصل الموالي.

## الفصل الرابع: مرض السرطان

### تمهيد

1. تعريف السرطان
2. تصنيف مرض السرطان
3. كيفية تطور السرطان
4. أنواع السرطان
5. العوامل المؤدية للإصابة بمرض السرطان
6. أعراض مرض السرطان
7. مراحل تكوين مرض السرطان
8. تشخيص مرض السرطان
9. علاج السرطان
10. المظاهر النفسية عند مرضى السرطان
11. علاقة مريض السرطان بالطبيب و الأخصائي النفسي

### خلاصة

## تمهيد:

يعد السرطان من بين الأمراض المزمنة ويؤدي إلى مضاعفات مختلفة أو يموت المريض في نهاية المطاف من هذا المرض، فالإصابة السرطانية تعد خبرة مؤلمة للشخص خصوصا وكذا العائلة والمحيطين به، واطلاع المريض على تشخيص الإصابة بالسرطان يضعه في حالة صدمة لأن تفسيره من قبل مرادف لفكرة الموت، وعلى الرغم من احتمالات الشفاء إلا أن تشخيص الإصابة بهذا المرض يرتبط غالبا بتوقعات الموت من قبل المريض وعائلته مما يفرض معاشا خاصا على كليهم، يستدعي كذلك عناية واهتماما خاصين سواء بالمريض أو الأفراد المقربين منه، كما لا تقتصر معاناة مريض السرطان على الآلام الجسدية المزمنة الناجمة عن المرض في حد ذاته، بل قد تتجم عن العلاج وما يرتبط به من تغيرات ، تظهر لديهم غالبا أعراض الإجهاد، التعب والاكئاب، والقلق. وأثار جانبية على مستوى صورة الجسد والذات، ومخاوف المريض التي تزيد بدورها من حد المعاناة ولقد تناولنا في هذا الفصل تعريف السرطان وأعراضه والعوامل المؤدية للإصابة به والنماذج النظرية المفسرة له وأنواعه وكذلك علاجه. (وهيبة، 2019، ص14)

### 1-تعريف السرطان:

يعرف مرض السرطان في مفهومه العام بأنه حالة الانحراف عن الحالة الطبيعية للفرد، جسما وعقليا أو نفسيا، وقد يكون هناك انحراف في أكثر من جانب من الجوانب المحددة للشخصية الإنسانية، وهذا الانحراف نسبي وليس مطلقا، وذلك فمفهوم المرض هو نسبي يختلف من شخص لآخر ومن موقف لآخر.

## 1-1- لغة:

جاء تعريف المعجم العربي الاساسي للسرطان على أنه حيوان بحري من القشريات عشاري الأرجل، كما تناول تعريف آخر عبر من خلاله على أنه ورم خبيث يتولد في الخلايا الظاهرية ويتفشى في الأنسجة الأخرى.

مستمدة من الكلمة اليونانية (Karkinos) إن الكلمة الانجليزية (cancer) ومعناه السلطعون البحري كما كان يسمى لدى الأطباء اليونانيين الأوائل بسبب ضخامة حجم السلطعون في الوسط و مخالفه الممتدة التي شكلت تشابها مع أورام سرطان الثدي، وهو أول شكل ملاحظ. (مدور، 2025، ص15)

## 1-2- اصطلاحا:

السرطان عبارة عن نمو غير طبيعي لخلايا الجسم وتكاثرها تكاثرا مضطربا ومتزايد وغير منظم يفوق حاجة الجسم بل وينقلب إلى الإضرار بها، وذلك على حساب الوظيفة الأصلية ويؤدي إلى التكاثر والنمو غير الطبيعي إلى ظهور أورام وفي بعض الحالات كما في الدم مثلا لا تكون هناك أورام محسوسة وإنما تنتقل الخلايا السرطانية مع الدم.

ويعرف السرطان من الناحية الطبية بأنه مرض متوحش يدمر النسيج الذي يولد فيه وهو يزرع أنبثاثات التي تدمر بدورها الأنسجة الأخرى وتتلف الوظائف، بالإضافة إلى أنه مرض الاتصال، تلعب فيه "الضغوطات الفيزيائية، والنفسية والبيولوجية، وشروط الحياة والمناعة والوراثة" دورا مهما.

يعتبر مرض السرطان مجموعة متشابكة من الأمراض وليس مرضا واحدا، وما يميزه هو عدم قدرة الجسم السيطرة على نمو وانتشار الخلايا غير الطبيعية دون ضبط أو نظام مما يسبب تلف النسيج السليم، وتعرض الحياة للخطر. ويمكن القول

عن الخلايا السرطانية أنها خلايا متمردة تخرج عن سيطرة الجسم وتتمو خارج النظام العام له، مما يفقد الجسم السيطرة عليها. (خلاف، 2023، ص32)

وتعرف الموسوعة العربية الميسرة السرطان بأنه ورم خبيث ناتج عن تحول كبير أو تغير خبيث يصيب الخلايا البشرية، ولا يعرف على وجه التحديد سبب هذا التغير في نمو الخلايا وتكاثرها، والذي يحدث في هذا المرض هو أن الخلايا البشرية يصيبها تغير مرضي يجعلها تنمو وتتكاثر بسرعة وبطريقة غير منظمة وتغزو الأنسجة المجاورة لها والمحيطة بها ثم تنتشر عن طريق الأوعية اللمفاوية والأوعية الدموية إلى الغدد اللمفاوية وأعضاء متعددة من الجسم.

ومن الناحية الجينية، فينجم السرطان عن خلل في المادة الوراثية الجينية DNA تتمثل في خلايا الإنسان الجزء المسؤول عن السيطرة على نمو

الخلايا وتكاثرها، فخلايا جسم الإنسان تتكاثر بشكل منتظم وبطيء، مما يؤدي إلى تسارع حالة السرطان فيحدث خلافا في المادة الوراثية DNA

زائد في نموها وانتشارها، ومن المعروف أن الخلايا السرطانية بعكس خلايا الجسم الأخرى تستنزف طاقته وامكاناته. (مدور، 2025، ص16)

وتعرف منظمة الصحة العالمية السرطان بأنه مصطلح عام يشمل مجموعة من الأمراض التي يمكن أن تصيب أي جزء من الجسم، وهناك مصطلحات أخرى مستخدمة هي الأورام الخبيثة. ومن السمات المميزة للسرطان التولد السريع لخلايا شاذة خارج نطاق حدودها المعتادة وبإمكانها أن تغزو بعد ذلك أجزاء مجاورة من الجسم وتنتشر في أعضاء أخرى منه، وتطلق على العملية الأخيرة تسمية النقلة. (منظمة الصحة العالمية، 2022)

أما من المنظور النفسي فقد حاول العديد من الباحثين إقامة صلات بين المشاكل النفسية، وبداية السرطان ووضحوا أن هناك ارتباط بين الصدمات العاطفية وظهور

الأورام، حيث يمكن للمريض الذي تعرض لخسائر معينة في مراحل مبكرة العودة إلى مرحلة الطفولة وإعادة تنشيطها من قبل الأحداث التي تحصل في حياته كبالغ، "الفقدان، والنقص" من العوامل التي تكمن وراء الاستعداد للإصابة بالسرطان.

ويعرف Renard (2002) السرطان بأنه داء سيكوسوماتي فهو ليس ناتج فقط كما يظن البعض إلى جانب الوراثي أو الانتقال الفيروسي، أو البكتيري لكن هو مرض جسدي يتدخل الجانب العضوي والجانب النفسي في أحداثه، لأن الإنسان يتكون من جانب مادي بيولوجي وجانب غير مادي نفسي أي اجتماع الاثنين معا. فالسرطان مرتبط بعدم التوازن للأنا الداخلي والأنا الخارجي، وحرص من طرف فقدان الوصي أو الساند الذي يكون تابع له، حيث يستطيع الشخص تحمل هذا الفقدان الذي يزعجه ويشله.

وعليه فالسرطان هو عبارة عن تكاثر خلايا لعضو ما في الجسم بطريقة فوضوية غير مسيطر عليها مشكلة بذلك أورام قد تكون حميدة غير مضرّة بالجسم، وقد تكون أورام خبيثة تنتشر وتدمر أنسجة الأعضاء المجاورة للعضو المصاب، وليس كل السرطانات مسببة أورام كسرطان الدم ونخاع العظام وغيرها. هذا من الجانب العضوي، أما من الجانب النفسي فيكون للصدمات النفسية ومدى الصلابة النفسية في مواجهة هذه الصدمات دور في الاستعداد للمرض. (إيمان، 2023، ص33)

## 2- تصنيف مرض السرطان:

يمكن تصنيف السرطان إلى عدة أنواع تبعا إلى نوع الأنسجة التي تنشأ عنها على النحو التالي:

**2-1- السرطان الظاهري:** وهي التي تصب الأغشية الخارجية وتشمل سرطان الجلد والثدي والكبد والبنكرياس، وهي أورام تبدأ في الأغشية المحيطة بهذه الأعضاء.

**2-2- السرطان الليمفاوي:** وهو ورم يصيب الأنسجة الليمفاوية.

**2-3-سرطان الدم:** وهو أكثر أنواع السرطان انتشارا بين الأطفال، ويمكن تقسيمه إلى ثلاث مجموعات رئيسية:

أ-الأورام الصلبة: من كل سرطانات الأطفال وتصل نسبتها إلى (40%)

ب-الأورام اللمفاوية: من كل سرطانات الطفولة وتصل إلى (15%)

ج-سرطان اللوكيميا: وهو الأكثر انتشارا بين الأطفال والرضع حيث تصل نسبته من إجمالي المصابين بالسرطان من الأطفال إلى (45%).(خلاف،2023،ص33)

### **3-كيفية تطور السرطان:**

يتألف جسم الإنسان البالغ من مئات البلايين من الخلايا، وفي كل دقيقة تموت عدة بلايين من الخلايا ويستعاض عنها بعدة بلايين أخرى من خلايا جديدة، وتنشأ الخلايا الجديدة بالانقسام، حيث تنقسم الخلية إلى خليتين متماثلتين تتضاعف كل منها وتصبح عندئذ قابلة لانقسام. وبهذه الطريقة فإن الخلايا الجديدة المتكونة تأخذ مكان الخلايا الميتة، وتنقسم الخلايا الطبيعية عند وصول الإشارات الكيميائية إلى الحمض النووي الريبي منقوص الأكسجين تنتج الخلايا تماما بنفس المعدل المطلوب لتحل مكان DNA في السنوات الخلايا الميتة، وليس أبدا بمعدل أسرع. يتكون السرطان نتيجة التكاثر الشاذ للخلايا، ولا تستجيب الجينات في الخلايا السرطانية لإشارات تنظيم النمو، وتستمر الخلايا في التضاعف، حتى تتشكل تدريجيا كتلة تدعى الورم وبعض الأورام الحميدة. ولا ينتشر الورم الحميدة في الأنسجة الطبيعية المحيطة به ولا إلى أجزاء الجسم الأخرى.

يحدث السرطان أيضا أوراما خبيثة ويهاجم الورم الخبيث الأنسجة الطبيعية المعافاة الحية به وتضغطها وتتلغها، وبالإضافة لذلك يمكن للخلايا أن تنفصل عن الورم الخبيث وقد يحملها الدم أو اللمف (سائل من أنسجة الجسم) لأجزاء الجسم الأخرى،

حيث تستمر بالتضاعف ولذلك تشكل أوراما ثانوية ويدعى انتشار السرطان من الورم الأصلي لجزء أو أكثر من أجزاء الجسم الانبثاقية.

تكون معالجة هذا المرض بالغة الصعوبة، إلا إذا أكتشف في مراحله المبكرة.

مواد DNA قد تفرز الخلايا السرطانية نتيجة تغيرات في موادها الجينية

هرمونية مختلفة تسبب عوارض للمريض. (مدور، 2025، ص39)

#### 4-أنواع السرطان:

نجد في هذا الجانب أنواع عديدة ومختلفة من السرطانات مصنفة حسب العضو أو منطقة الإصابة ومن أهمها:

**4-1-سرطان الثدي:** هو أحد أكثر أنواع السرطانات شيوعا عند النساء، ويحدث غالبا بعد سن الخمسين ولكن هذا لا يعني أنه قد لا يظهر في سن مبكرة أيضا من الممكن ظهور هذا المرض لدى الرجال لكن نسبة قليلة جدا مقارنة بالنساء.

**4-2-سرطان المعدة:** أكثر الأورام حدوثا عند السن الستين، والإصابات عند الرجال ضعف الإصابات عند النساء، وكان شائعا جدا منذ 100 سنة خلت، أما الآن فقد انخفضت نسبة حدوثه في الدول العربية. (سعاوي، 2009، ص33)

**4-3-سرطان القولون والمستقيم:** وهو سرطان يقع في القولون والمستقيم، ويتميز بانتشار غير طبيعي وغير منظم للخلايا في الأمعاء الغليظة، وتشكيل سرطان غدي، أو أورام سرطانية، يخترق الورم بعمق ويمكنه أن يصل إلى طبقات مختلفة من الغشاء المخاطي القولون حتى الغشاء البروتوني المحيط، الغدد اللعابية. هذا التحول المعقد، متعدد الجينات، متعدد المراحل ويمكن أن يمتد على مدى عدة عقود. وبصفة أخرى ينشأ سرطان القولون والمستقيم من بوليبيات (سليلات) مخاطية حميدة، يمكن أن تتطور تدريجيا إلى ورم خبيث بسرطان القولون والمستقيم، يمكن أن يتبع التحول خبيث طريقين:

\* طريق اللمفاوي (الدورة اللمفاوية) وفقا لموقع الإصابة الأولية.

\* عن طريق الدم (عبر مجرى الدم) والذي يصاب فيه أول عضوين هما الكبد والرئتين.

**4-4-سرطان الرئة:** هو نمو بعض خلايا الطبقة المبطنة للقصبه الهوائية بنسبة أسرع من المعدل الطبيعي وبشكل غير منتظم، مما يؤدي إلى تراكمها وحدوث تداخل في عملية إخراج المخاط، وتطور بعض الخلايا المتضاعفة بسرعة وتصبح خبيثة، وهذه الخلايا تزاحم وتقضي على الخلايا الطبيعية، وتؤدي إلى احتباس المخاط، وتؤلف الخلايا السرطانية كتلة أو ورما يسود القصبه الهوائية، وهو أحد الأسباب الرئيسية لموت الرجال والنساء في معظم البلدان الصناعية.(مدور،2025، ص 24-25)

**4-5-سرطان الجلد:** هناك ثلاث أنواع من الأورام الخبيثة التي تصيب الجلد وهي:

- ورم الخلية القاعدية: وهو النوع الشائع، ويبدأ على هيئة نتوء أو تورم وردي صغير يكبر ببطء، ويغزو الأنسجة المحيطة ولكنه لا ينتقل.

- ورم الخلية الحرشفية: يبدأ في شكل تضخم أو نتوء وتورم ثم يتآكل ويكون قرحة ذات قشرة، هذا النوع ينتقل في بعض الحالات.

- سرطان الملا نوما: أخطر أنواع سرطان الجلد، لأنه كثيرا ما ينتقل بسبب العدوى من مكان لآخر، ويبدأ على هيئة شامة أو هالة وتحك أو تلتهب وتكبر ثم تكون قشرة وتنزف، وقد يظهر حول الشامة مساحة حمراء أو بقعة بنية أو حلقة بيضاء، وقد يكون الورم مسطحا أو مرتفعا عن سطح الجلد ويختلف في الحجم واللون. (خلاف،2026،ص35)

**4-6- سرطان البنكرياس:** يعد سرطان البنكرياس مرضا صامدا، إذ أنه يحدث دون أعراض لغاية تقدم مراحلها. وما هو معروف قليل عن مسببات المرض أو كيفية منعه. وتزداد خطورته بعد سن الخمسين، بحيث تحدث معظم الحالات بين سن 65 و79. (مدور، 2025، ص28)

**4-7- سرطان الدم:** هو عبارة عن مرض خبيث يصيب الخلايا المكونة للدم، والموجودة في النخاع العظمي، وهو أحد ذاته ليس عبارة عن مرض واحد، بل أنواع مختلفة يمكن تقسيمها إلى أربعة أقسام أساسية، تختلف في وسائل علاجها، وأيضا مقدار استجابتها للعلاج، إلى جانب ذلك هناك الأورام اللمفاوية، التي يمكن اعتبارها أيضا سرطانات مرتبطة بالدم، حيث أن الخلايا اللمفاوية، والعقد اللمفاوية تمثل وحدة واحدة من خلايا الدم والنخاع العظمي. (مدور، 2025، ص30)

**4-8- سرطان الرحم:** يعتبر سرطان الرحم أحد أنواع السرطانات الشائعة بين النساء حيث أنه السرطان الرابع الأكثر شيوعا بينهم، ويعرف سرطان الرحم أيضا بإسم سرطان بطانة الرحم". (مدور، 2025، ص32)

**4-9- سرطان البروستات:** سرطان البروستات هو شكل من أشكال السرطان الذي يتطور في البروستات، هي غدة في الجهاز التناسلي الذكري، معظم سرطانات البروستات غالبا ما تكون بطيئة النمو، غير أن هناك بعض الحالات تتميز بكونها أكثر شراسة وخطورة، يمكن الخلايا السرطانية التي تنتشر من البروستات إلى أجزاء أخرى من الجسم، خصوصا العظام والعقد اللمفاوية. (مدور، 2025، ص33)

**4-10- سرطان الكبد:** ويعتبر من أكثر السرطانات شيوعا في العالم، ومن أهم مسبباته الإصابة باليرقان الكبدي والتليف الكبدي والمشروبات الكحولية.

(خلاف، 2023، ص34)

## 5-العوامل المؤدية للإصابة بمرض السرطان:

هناك مجموعة من العوامل المسببة والمسهلة لحدوث مرض السرطان نذكر منها:

### 5-1-العوامل الداخلية: تتمثل العوامل الداخلية المسببة للسرطان في:

#### 5-1-1-العوامل الوراثية: فقد دلت الدراسات الحديثة على وجود أساس وراثي

لبعض أنواع السرطانات بما فيها سرطان القولون والثدي، مما يساعد في تقييم عوامل الخطورة لدى العديد من أفراد العائلة. ولكن دراسة تاريخ العائلة لا تعطي دائما دلالة على وجود استعداد جيني موروث للسرطان، فإلى جانب الجينات هناك العديد من السمات التي يتم توارثها في العائلة عبر التنشئة الاجتماعية كالحمية الغذائية، نمط

الحياة التي قد تؤثر في نسبة حدوث مرض ما. (دليلة،2019،ص133)

#### 5-1-2-العوامل الهرمونية: قد يحدث الخلل الهرموني أثر تشبه أثر المسرطنات

غير المتظفرة، فهي تزيد من سرعة نمو الخلايا وتعد زيادة الأستروجين التي تعزز حدوث سرطان بطانة الرحم من أحسن الأمثلة على ذلك. (مدور،2025،ص36)

#### 5-1-3-نقص المناعة: يعتبر نقص المناعة سواء كان موروثا أو مكتسبا من

العوامل المؤدية إلى ظهور السرطان. ما تجدر الإشارة إليه هو أن نقص المناعة لا يتسبب بطريقة مباشرة في تكوين الورم، ولكنه يجعل الجسم عاجزا عن مقاومة بعض أنواع الفيروسات التي تتمكن من التكاثر بسهولة داخل بعض خلايا الجسم وتحويلها إلى خلايا سرطانية. ومن أمثلة ذلك: فقدان المناعة المكتسب (السيدا)، بعض الأدوية المثبطة لجهاز المناعة التي يلجأ إليه الطبيب في حالة زراعة الأعضاء، إلى جانب نقص المناعة الموروث.

#### 5-1-4-الالتهابات المزمنة: تعد الالتهابات المزمنة أمراضا غير خطيرة وقابلة

للشفاء، فهي في حد ذاتها لا تعتبر أمراضا خطيرة، لكن الإصابة بها يرفع من احتمال نشوء السرطان عليها، ولعل التهاب الأمعاء المزمن أكبر دليل على ذلك،

فنسبة ظهور سرطان الأمعاء لدى المرضى الذين يعانون من "داء كرون" الذي هو التهاب مزمن للمعي في ارتفاع مستمر، مما يجعل من المتابعة المنتظمة والمستمرة لهذه الأمراض أكثر من ضرورية. (دليلة، 2019، ص134)

**5-1-5-العوامل النفسية:** يعتبر العالم "سيمونز" في كتابه الشهير المظاهر السيكوسومترية للسرطان، وهو من أبرز العلماء والأطباء الذين درسوا الجذور النفسية الكامنة وراء السرطان قد توصل إلى الاستنتاجات التالية:

\*يكون هناك نوع من الصدمات النفسية ما يعجل بظهور السرطان دون أن تكون تلك الصدمات هي السبب الأول للسرطان.

\*الاضطرابات في الوظائف الغددية تثيرها وتطلقها الضغوط الانفعالية وخاصة تلك المتعمقة بمشكلات الطفولة أو القلق العتيد.

\*العلاج يجب أن يجمع بين الجراحة والأشعة وعلاج الغدد، بالإضافة إلى العلاج النفسي والخدمة الاجتماعية على مستوى الفرد والجماعة والعائلة.

**كما تمكن بعض المحللين النفسانيين من ملاحظة ما يلي:**

- معظم النساء المصابات بالسرطان كن يعانين من صعوبة في تقبل دواتهن.
- معظم المصابات بالسرطان كن يعانين صعوبة تقبل، ومن مشاعر سلبية نحو الحمل والولادة وغالبا ما يكون موضع الإصابة الثدي أو الحنجرة.
- بالرغم من ذلك لا يتمكن أحد من العلماء التأكيد بكل دقة، ويقين على التأثير المهم للعوامل النفسية في ظهور السرطان، بل أنه من المؤكد أنه هناك بعض الوضعيات يمكن أن يتمخض عنها ملعبا وساحة خصبة ومفضلة لنشوء السرطان، مثل: الصدمات، العنف، البطالة، الطلاق، التحرش، المشاكل الأسرية، أو المهنية، تعتبر حسب بعض الأطباء والمختصين النفسيين موجودة لدى المرضى قبل بأشهر أو سنوات من التشخيص بالسرطان.

- إلى اهتمام الباحثين بالعوامل المسرطنة مثل العوامل الكيميائية والتبغ وغيرها، وإهمالهم المريض في حد ذاته حيث اجري تجارب على الفئران، بتكلفته الخاصة، تبين له من خلالها بأن السبب والعامل الرئيسي للإصابة بالسرطان هي الفأر في حد ذاته، وهي عوامل ترجع إلى العجز مثلا عن النشاط، قمة المثيرات الحسية، العزلة، النقص في الإضاءة، الكثير من التلاعب العدوانى والعنيف، تغذية غير متكيفة، وقت راحة غير كاف، السجن في محيط اصطناعي، نقص كمي في التحفيز الحسي الإيجابي، ومن هذا خلص الباحث إلى أن السرطان هو نتيجة للتدمير الذاتى للموضوع تخلق نوع من السوماتية.

- وقد بحث حول السرطان كل من Pompidou et Freud ,Bonaparte وخلص إلى أنه لتفادي الإصابة بالسرطان لا بد من أن يكون الفرد أقل صرامة وجدية في حياته ولا بد أن يكون أكثر مرونة في مواجهة الأحداث.  
(كاميليا، 2024، ص45-46)

**5-2-العوامل الخارجية:** تتمثل العوامل الخارجية المسببة للسرطان فيما يلي:  
**5-2-1-العوامل الغذائية:** من الجلي أن العوامل الغذائية تلعب دورا كبيرا في صحة الإنسان ومرضه، فمن الغني عن الذكر دور التغذية المهم في تطور أمراض كثيرة مثل: السمنة وأمراضها والسكري ، أمراض القلب وتصلب الشرايين، كما وتلعب التغذية دورا هاما في الإصابة ببعض السرطانات أو الوقاية منها، فعلى سبيل المثال قد تحدث الإصابة ببعض أنواع السرطانات بنسبة قليلة عند بعض الشعوب مثال كسرطان الثدي عند اليابانيات، لكن نجد أن نسبة الإصابة بسرطان الثدي عند اليابانيات المقيمت في الولايات المتحدة أعلى منها في اليابانيات المقيمت في البلد الأم حتى أنها تقارب نسبتها نسبة الإصابة عند النساء الأمريكيات وقد تكون التغذية إضافة إلي العوامل البيئية من أهم الأسباب لهذا التفاوت. (كاميليا، 2024، ص41)

**5-2-2-العوامل الفيزيائية:** إن التعاون المفرط لضوء الشمس هو من العوامل العامة للتعرض للإصابة بسرطان الجلد، كما أن التعرض للإشاعات الأيونية من أنواع مختلفة يزيد إلى حد بعيد من خطر الإصابة بالسرطان، فوجود اللوكيميا سرطان مجموعات خلايا الدم البيضاء، ازداد بشكل هائل بين الناجحين من القنبلة الذرية، وقد ظهر بينهم المرض في فترة السنوات الثلاث إلى الخمس التي تبعت الانفجار.

في السنوات الأولى لتطوير تكنولوجيا أشعة "أكس" ولم يكن الفيزيائيون الذين يعملون في مجالها على معرفة جيدة بمخاطر هذه الأشعة، ولم يتوخوا نفس الحذر من استعمالها كما يفعل علماء الأشعة اليوم، وكان أمثال هؤلاء الفيزيائيين معرضون للإصابة باللوكيميا بنسبة تبلغ 10 مرات نسبة الإصابة بين الفيزيائيين عامة.  
(كاميليا، 2024، ص39)

**5-2-3-العوامل الكيميائية:** وهي مواد تحدث طفرات، تسمى بالمواد المتطفرة، وعند تراكم عدة طفرات في الخلية قد تصبح سرطانية وتسمى المواد التي تحدث سرطانات بالمواد المسرطنة، هناك مواد محددة مرتبطة بالسرطانات محددة مثل التدخين مرتبط بسرطان الرئة والمثانة والتعرض لحجر الأسبوتس قد يؤدي إلى حدوثه، أما الكحول فهو من المواد السرطانية، أورام الميزوتيليوما وغير المتطفرة، ويعتقد أن هذه المواد تؤثر على الانقسام الميتوزي وليس على المادة المورثة، فهي تسرع من انقسام الخلايا الذي يمنع أي تدارك لإصلاح أي تلف في المادة المورثة. (مدور، 2025، ص36)

**5-2-4-العوامل البيولوجية:** وما يطلق عليها العوامل الجرثومية وتشمل بعض الفيروسات، البكتيريا والطفيليات التي قد تؤدي إلى نشوء السرطان. إذ تسبب بعض

الفيروسات سرطان الكبد، الثدي والدم، وبعض الطفيليات كالبهارسيا الاولية تسبب سرطان المثانة.

من الضروري الإشارة إلى عامل آخر من العوامل التي قد تسهل من انتشار السرطان في مجتمع ما، والمتمثلة في العوامل المادية، إذ لا يزال السرطان كغيره من الأمراض غير المعدية، يعاني من نقص هائل في التمويل خاصة في الدول السائرة في طريق النمو، ففي الوقت الراهن تتسبب الأمراض الغير معدية بما فيها السرطان بنسبة كبيرة من الوفيات على النطاق العالمي، ولكنها لا تتلقى سوى نسبة ضئيلة من التمويل المتاح للصحة على صعيد العالم. (دليلة، 2019، ص135)

## 6- أعراض مرض السرطان:

يشير العلماء إلى أن هناك علامات مبكرة تثير القلق وتدعو إلى الانتباه واليقظة، وأن هذه العلامات هي التي نتعرف بها على السرطان في مرحلته المبكرة وتتمثل في:

- قرحة أو تشقق الجلد ال يندمل بالمعالجة العادية خلال أسبوعين.
- شامة تغير شكلها أو حجمها أو تغير لونها إلى السواد أو ابتدأت بالحك أو التقرح أو النزف أو الالتهاب.
- بحة أو تبدل في الصوت ال يزول خلال فترة قصيرة.
- سعال مستمر لا يزول رغم العلاج وقد يصاحب بإفرازات من الصدر بشكل بلغم (قشع) قد يكون مصحوبا بالدم.
- عقد أو ورم في الثدي غالبا ما يكون غير مؤلم، أو ظهور تغير في شكل أو حجم أحد الثديين أو تغير موضعي في جلد الثدي بشكل انخفاض أو غؤور في الحلمة أو ظهور نزف دموي منها.

- ظهور ورم في أي مكان من الجسم، أو ظهور ضخامة عقد لمفاوية في الرقبة أو الإبط غير مؤلمة.

- صعوبة بلع الطعام أو قيئ مستمر أو الشكاية من سوء الهضم المستمر مع فقدان الشهية أو الشكاية من أعراض فقر الدم مع الشحوب والوهن أو ظهور تضخم في البطن أو وجود كتلة أو ألم مستمر فيه

- تغير في عادات التغوط مع ظهور إمساك أو متناوبة مع إسهال ووجود دم مع الغائط.

- ظهور الدم مع البول في نهاية البول أو مختلطا معه أو شكاية من صعوبة وتعدد البيلات.

- نزف غير طبيعي من الرحم في غير وقت العادة الشهرية أو بعد انقطاعها أو ظهور إفراز غير طبيعي من الرحم.

- أي نزيف غير طبيعي من أي مكان من الجسد.

إذا استمرت الأعراض أكثر من أسبوعين على المصاب مراجعة الطبيب لتحري سببها ومعالجتها مع العلم أنه لا يعني ظهور هذه الأعراض بالضرورة إصابة الشخص بالسرطان. (بساسي، 2013، ص29)

## 7- مراحل تكوين مرض السرطان:

حتى يتشكل الورم السرطاني ويأخذ الشكل الذي يمكن من خلاله تشخيصه بأنه مرض سرطان، فلا بد أن يمر بمجموعة مراحل هي:

### 7-1- المرحلة الأولى: يقتصر فيها وجود الخلايا الورمية على أنسجة العضو

المصاب، ولم تدخل بعد إلى الأوعية الدموية ولا للمفاوية، والقضاء على الورم ممكن إذا بدأ العلاج مباشرة.

7-2- المرحلة الثانية: يكون فيها الورم وحدة مستقلة في العضو، والخلايا وصلت إلى أقرب الأوعية اللمفاوية ولم تستطع بعد شق طريقها من خلال الأوعية الدموية للخارج، وإمكانية القضاء على الورم محتملة.

7-3- المرحلة الثالثة: الورم كبر في الحجم ونموه أصبح أسرع، وخرج إلى الأعضاء والأنسجة وضرب الأوعية اللمفاوية بشكل أكيد، والخلايا السرطانية دخلت الأوعية الدموية وبدأت تجري من الدم إلى أنحاء الجسم، والقضاء على الورم نهائياً في هذه المرحلة أمر صعب.

7-4- المرحلة الرابعة: وهي التي يكون الورم معها قد انتشر في الجسم وبدأت تظهر مضاعفات واشتراكات عضوية ناتجة عن الورم نفسه، وهذا ما يسمى بالمرحلة المتقدمة للورم، والشفاء منه معتذر إلا بنسب نادرة.

إذ لا بد على الطبيب تحديد مدى انتشار مرض السرطان في الجسم أو المرحلة التي وصل إليها، حتى يقرر طرق العلاج واحتمالات الشفاء منه. (خلاف، 2023، ص37)

## 8- تشخيص مرض السرطان:

لتشخيص مرض السرطان مثل أي مرض آخر على الطبيب ملاحظة الأعراض واستعمال الوسائل المساعدة على التشخيص الدقيق، نذكر من بين هذه الوسائل:

### 8-1- أخذ عينات للفحص المخبري:

البحث المخبري تحت المجهر المكبر، لعينات تأخذ من أنسجة الجسم أو من الإفرازات وهو من الإجراءات لتشخيص مرض السرطان، تأخذ العينات بطرق مختلفة متعددة بما فيها الجراحة والشفط، بعض العينات تجمد بواسطة التبريد السريع، بغية الحصول على معلومات سريعة تساعد الجراح وهو يجري عملياته على المرض.

## 8-2- الإجراءات التصويرية:

تلتقط الإجراءات التصويرية صوراً لمناطق بالجسم تساعد الطبيب على معرفة ما إذا كان هناك ورم أو لا.

## 8-3- اختبار علامة الورم:

تدعى اختبارات الدم الخاصة بمضادات الورم والأجسام المضادة باسم اختبارات الورم، إذ تقوم الأورام بتحرير مواد محفزة استجابة المضاد في الجسم ويمكن الكشف عنها بفحص الدم.

ترجع أهمية هذه العلامات السرطانية إلى أنها تساعد في التشخيص وكذلك في الاستجابة للعلاج. وكذلك للدلالة على عودة ظهور السرطان مرة أخرى في نفس العضو أو في مكان آخر.

إلى جانب هذه الطرق التشخيصية المذكورة هناك طرق أخرى لها فعاليتها في عملية التشخيص كعملية فحص المعى والمستقيم وغيرها. (مدور، 2025، ص41-

42)

## 9- علاج السرطان:

إن علاج هذا المرض يتضمن مجموعة من التدخلات التي تختلف حسب موضوع المرض، مرحلة السرطان وحالة المريض وفيما يلي ذكر لأهم العلامات:

### 9-1- العلاج الجراحي: يعتبر الاستئصال الجراحي أقدم طريقة لعلاج الأورام

السرطانية ولا تزال هي أكثرها نجاحاً خاصة في المراحل المبكرة وقبل تفشي وانتشار الورم. كما تلعب الجراحة دوراً مهماً في التشخيص وتقييم مرحلة المرض قبل العلاج عبر استخلاص خزعة من أنسجة وتحليلها، ثم القيام بإزالة أو استئصال الورم الخبيث من مكانه حتى لا ينتشر إلى بقية أجزاء الجسم، وهذه الجراحة تعطي نتائج ناجحة في علاجه إذا لم ينتشر قبل البدء بالعملية الجراحية، وقد أثبتت هذه الطريقة

فاعليتها في علاج سرطان الثدي خاصة عند اكتشافه مبكرا، حيث تم شفاء العديد من حالات سرطان الثدي عن طريق إزالة الورم بالعملية الجراحية. (كاميليا، 2024، ص60)

**9-2-العلاج الكيميائي:** هو نوع من الأدوية التي تحبط نمو الخلايا وتمنع انقسامها وانتشارها، وهو نوع من السمية للخلايا حيث تصيب الخلايا النامية بالتلف، ومشكلة العلاج الكيميائي أن سمية تطل الخلايا السرطانية وغير السرطانية وبالذات الخلايا ذات النشاط الحيوي والتجدد مثل الشعر والخلايا الدورية مثل خلايا الدم، حيث يثبط العلاج نمو واستبدال الخلايا ما يحدث نقص المناعة بسبب هبوط كريات الدم البيضاء.

وقد يستعمل العلاج الكيميائي لتلطيفيا لتصغير الأورام وتخفيف الألم وتقليل الأعراض، كما قد يستعمل قبل الجراحة أو بعدها.

**9-2-العلاج الإشعاعي:** يوظف العلاج الإشعاعي التطبيقات المختلفة للإشعاع في تدمير بنية الخلايا السرطانية ومعالجة الأورام سواء باستخدام العناصر والنظائر المسعة، أو توليد تدفق إشعاعي عالي الطاقة وتسلطه على الأنسجة والخلايا الورمية بغية القضاء عليها نهائيا، أو تقليص كتلة الورم لتخفيف تأثيراته.

في الخلايا السرطانية ما DNA وتكمن فعالية العلاج في قدرته على تدمير جزيئات يؤدي إلى موتهم، وأثناء العلاج الإشعاعي تتأثر الخلايا السليمة بالإشعاع ما يؤدي إلى موتهم، وأثناء العلاج الإشعاعي تتأثر الخلايا السليمة بالإشعاع ما يؤدي إلى تدميرها والذي يؤدي بدوره إلى أعراض جانبية، لكن رغم هذا يمكن لهذه الخلايا أن تتجدد لأن لديها القدرة على تصليح نفسها يمكن أن يحدث العلاج الإشعاعي آثار جانبية مثل: الغثيان، النقيؤ، فقدان الشعر، إسهال، فقر الدم يمكن

لهذه الآثار الجانبية أن تبدد بعد أن تأخذ الخلايا وقتا لتجدد وتستأنف نشاطها الطبيعي. (وهيبة، 2019، ص23-24)

**9-3- العلاج المناعي:** من الأضرار التي يحدثها السرطان إضعاف وتنشيط الجهاز المناعي في الجسم مما يسمح له بالنمو والانتشار. لذلك ظهر هذا النوع من العلاج الذي يهدف إلى تحفيز وتنشيط الجهاز المناعي من خلال إعطاء جرعات مكونة من مستحضرات طبيعية لتقوية مناعة المريض. يسمح هذا العلاج بنمو الخلايا للمفاوية المسؤولة ليس فقط عن التعرف على الخلايا السرطانية على أنها أجسام غريبة وإنما مهاجمتها وتميزها. أبدى هذا العلاج نتائج مباشرة في علاج بعض أنواع السرطان كسرطان الكلى والغدد اللمفاوية.

**9-4- التدخلات النفسية:** تهدف لمساعدة مرضى السرطان وأسرههم على تحسين الرعاية الصحية وإدارة الجوانب النفسية والسلوكية للسرطان ومن بين التدخلات المعتمدة نجد:

#### -العلاج النفسي الداعم:

وهو تدخل علاجي يسعى لمساعدة المرضى على التعامل مع مشاعر الضيق، ويعمل على دعم نقاط القوة الموجودة لدى المريض ومساعدته على التكيف مع مرضه. ويتم ذلك ضمن علاقة من الاحترام والثقة المتبادلة بين المعالج والمفحوص. يهدف هذا العلاج لإعادة التوازن الانفعالي للفرد بالتنفيس عن انفعالاته ومخاوفه والتكيف مع ما يؤثر عن نشاطه اليومي والتوافق مع الظروف الحالية التي لا يمكن تغييرها، ويلجأ فيه المعالج إلى تقوية الثقة والأمل وتقدير المريض لذاته خاصة شعوره بكفاءته الذاتية للتخلص من معاناته. يعتمد على اكتشاف الفرد لإيجابياته الذاتية أو تلك الموجودة في البيئة المحيطة، فهو علاج يتعامل مع الجزء السليم من الشخصية وينميها ويترك جزء من المرض لتناول الأدوية مما يزيد من تحسنه بشكل

إيجابي وسريع. فهو يهتم بالواقع الراهن للمريض ويستعمل في الحالات التي يكون المريض فيها بحاجة إلى تقبل مرضه والتعايش معه. ويركز المعالج فيه على الأسس الداعمة لكل مريض بما يتناسب مع حالاته وتعديل سلوكياته الصحية عن طريق الفهم والمنطق ليصل لأفضل النتائج. وقد أظهر الطبيب العقلي الأمريكي "دافيد" في 1989 دراسته نجاح هذه الطريقة العلاجية مع مريضات سرطان الثدي في مرحلة متقدمة من المرض وأسفرت نتائجها على امتداد مدة العيش قدر الضعفين عند النساء العينة التجريبية مقارنة بالنساء اللاتي لم يخضعن لهذا العلاج، كما سجلت نساء العينة التجريبية تحسناً في نوعية الحياة.

#### -العلاج المعرفي السلوكي:

هو تدخل معرفي سلوكي يعتمد مع مرضى السرطان ويهدف إلى الحد من حالة عدم اليقين، ومشاعر عدم الكفاية، الارتباك، العجز، وفقدان السيطرة وذلك من خلال توفير معلومات عن المرض والتكيف معه، والموارد المتاحة للمرضى. عادة ما يشتمل هذا العلاج التدريب على الاسترخاء ومهارات المواجهة، وإعادة الهيكلة المعرفية. وتركز بروتوكولاته على الاعتراف بالأفكار والسلوكيات الغير متكيفة وتغييرها لتخفيف الضائقة وتعزيز الرفاه. (مدور، 2025، ص25-26)

#### 10-المظاهر النفسية عند مرضى السرطان:

إن الاهتمام بالجوانب النفسية لمرضى السرطان قد يبدأ في فترة مبكرة جداً، حيث لاحظ أحد الأطباء وجود سمات وصفات مشتركة بين مرضى السرطان الذين يعالجهم وبين أشخاص عانوا من فقدان أحد الأقارب أو عزيز. وإن الفقدان المفاجئ يؤدي إلى ضعف العلاقات مع الآخرين وضعف الصلابة النفسية في مواجهة المشاكل والقدرة على التحكم بها، كذلك الشعور باليأس وفقدان الأمل، هذه العوامل لها تأثيرها على مرض السرطان.

والفقدان ليس المسبب الرئيسي للسرطان، بل ردود الفعل والانفعالات والمخاوف الناتجة عنه المؤدية لليأس والضعف، وبشكل عام فإن احتمال وجود اكتئاب وقلق واضطرابات نفسية عند مرضى السرطان تكون أكبر من وجودها عند الأشخاص غير المصابين، بالإضافة إلى ذلك فإن العيش مع السرطان يتسبب في ظهور ضغوط لها تأثير نفسي شديد كتغير في صورة الجسم، وصعوبات العلاقات الشخصية، والقلق المتعلق بالبقاء على قيد الحياة كذلك نقص في تقدير الذات.

كذلك من بين المشكلات النفسية والاجتماعية الناتجة التي قد يكون تأثيرها النفسي مدمرا، ردة الفعل الفورية عند تشخيص المرض عند الفرد عدم التصديق والإصابة بالصدمة، ثم تأتي مرحلة الضيق الشديد والهيجان الشديد، وفقدان الشهية والأرق وضعف التركيز والعجز عن القيام بالأمور اليومية الحياتية، كما يعاني من الوحدة والخوف من مقابلة الناس وهذا يؤثر في حياته النفسية والاجتماعية كون هذا الوضع لا يؤدي إلى شعور الإنسان بالعجز الجسدي فقط وإنما العجز النفسي والاجتماعي أيضا، خاصة بعد تلقي العلاجات الكيميائية والإشعاعية، إذ يعد الإعياء عرضا معقدا تتعدد جوانبه وأعراضه وتتفاوت بين المظاهر الجسدية الحيوية والنفسية والعاطفية والسلوكية سواء في مشاعرهم نحو أنفسهم أو نحو الآخرين.

(خلاف، 2023، ص 39)

## 11- علاقة المريض بالسرطان بالطبيب والإخصائي النفسي:

يلعب دور الأطباء على درجة من الأهمية في أيام العمل الأخيرة، ورغم تأكدهم من أن المريض في حالة ميؤوس منها بالمقاييس الطبية، وأن مرضه الحالي سيقضي به إلى وفاة قريبة، إن دور الطبيب في هذه الحالة يجب أن يكون مساندة المريض وأهله لذا يجب أن يكون على إدراك باحتياجات هذا الموقف ليمهد طريق الميل الأخير في حياة امتدت لألاف الأميال، وربما كان مرض الموت الذي ينظر

إليه على أنه موقف صعب على المريض ومن حوله لا يخلو من ميزة إعداد الجميع نفسيا لتحمل موقف الوفاة.

وذلك مقارنة بالموت المفاجئ للأصحاء من الناس والذي يكون بمثابة مفاجأة مذهلة تثير الانفعالات لأنها تمت دون إعداد مسبق، ولما كان مرض الموت يتضمن كريا هائلا للمريض ومن يقوم على رعايته فإن على الطبيب أن يعمل على تخفيف الموقف بالبحث عن مصادر الإزعاج ومحاولة التعامل عما بها يجعل الأيام الأخيرة محتملة إلى أن ينتهي الموقف بتسيير الأمور بهدوء.

وهنا يأتي دور الأخصائي النفساني الذي يقوم بتهيئة المريض لسماع التشخيص فيتوجب على الأخصائي النفساني تهيئة الجو المليء بالأمن والطمأنينة والتقبل، ويحاول من خلاله على مشاعر وانفعالات المريض وأفضل طريقة لذلك أن يشعر المريض بالثقة والطمأنينة وكثيرا ما يرتاح مرضى السرطان للإنسان الذي يصغي إليهم ويهتم بهم، فالاهتمام بمشاعر المريض وأفكاره الجديدة المتولدة عن المرض تتيح له فرصة الاطمئنان للأخصائي النفساني.

والتفاعل هنا هو عملية تواصلية قوامها التحادث بين الطرفين وهذه الأخيرة هي الوسيلة الفعالة في نقل الأحاسيس والمشاعر، وبقدر ما يستوعب الأخصائي المشاعر المريض بقدر ما يكون موضع تفريغ انفعالات المريض الكامنة وراء حديثه. (كاميليا، 2024، ص59-60)

من خلال ما تم التطرق إليه في هذا الفصل نستخلص أن السرطان هو عبارة عن مرض تتحول فيه خلايا الجسم الى خلايا غير طبيعية تنقسم دون تحكم أو نظام والذي قد يؤدي الى الموت، لذلك فان مرض السرطان من أخطر الأمراض التي قد يصاب بها الفرد، والذي يجعله في خطر مستمر، وبالتالي يؤدي الى

تغيير جذري على مجرى حياته، والذي سيؤثر حتماً على المريض من الناحية النفسية.

## خلاصة:

يتضح من خلال ما تم عرضه في هذا الفصل أن السرطان يُعد من الأمراض المزمنة التي لا تقتصر آثارها على الجانب الجسدي فحسب، بل تمتد لتشمل الجوانب النفسية والاجتماعية للمريض والمحيطين به. فالإصابة به تمثل تجربة ضاغطة ومؤلمة ترتبط غالباً بمشاعر الخوف والقلق والصدمة، خاصة لما يحمله المرض من تصورات مرتبطة بالموت والمعاناة. كما أن الآثار المترتبة عن المرض والعلاج قد تؤثر في صورة الذات والجسد وتزيد من حدة المعاناة النفسية. وقد تم التطرق في هذا الفصل إلى مفهوم السرطان وأعراضه، والعوامل المؤدية إلى الإصابة به، إضافة إلى أهم النماذج النظرية المفسرة له، وأنواعه المختلفة وطرق علاجه، بما يساهم في تكوين تصور شامل حول هذا المرض وأبعاده المختلفة.

## الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

### تمهيد

1. الدراسة الاستطلاعية
2. أهداف الدراسة الاستطلاعية
3. عينة الدراسة الاستطلاعية
4. الدراسة الأساسية
5. حدود الدراسة
6. أدوات جمع البيانات
7. الأساليب و المقاييس الإحصائية المستخدمة

### خلاصة

## تمهيد:

تمثل الدراسة الميدانية جانبًا مهمًا في البحث العلمي، كونها تتيح للباحث تطبيق الجوانب النظرية على الواقع العملي، من خلال جمع البيانات المتعلقة بموضوع الدراسة وتحليلها وفق أسس علمية ومنهجية دقيقة. وتعتمد هذه الدراسة على مجموعة من الأدوات والإجراءات التي تساعد في اختبار فرضيات البحث والإجابة عن تساؤلاته، وعليه يتضمن هذا الفصل عرضًا للإجراءات المنهجية المتبعة، من حيث المنهج المستخدم، وعينة الدراسة، وأدوات جمع البيانات، إضافة إلى التحقق من الخصائص السيكومترية للأدوات المستعملة، بما يضمن الربط بين الجانب النظري والجانب التطبيقي للدراسة.

## الدراسة الاستطلاعية:

تُعد الدراسة الاستطلاعية خطوة أولية أساسية في البحوث العلمية، إذ يعتمد عليها الباحث للتعرف بصورة أعمق على ميدان الدراسة، وجمع معطيات أولية تساعده في ضبط مسار البحث الرئيسي. كما تسهم هذه المرحلة في التحقق من مدى توفر خصائص العينة المستهدفة، وكذا اختبار صلاحية أدوات القياس وملاءمتها لأهداف الدراسة، بما يعزز من دقة النتائج وموثوقيتها في المراحل اللاحقة.

وقد عرّفها مروان عبد المجيد إبراهيم بأنها: "الدراسة التي تهدف إلى استكشاف الظروف المحيطة بالظاهرة التي يرغب الباحث في دراستها، والتعرف على أهم الفروض التي يمكن صياغتها وإخضاعها

للبحث العلمي". (إبراهيم، 2000، ص 38)

## 1-1- أهداف الدراسة الاستطلاعية:

وبناءً على ما سبق، تم إجراء دراسة استطلاعية تمهيدية قبل الشروع في الدراسة الأساسية، بهدف تحقيق مجموعة من الأهداف العلمية والمنهجية، من بينها تحديد العينة الأساسية وفق معايير دقيقة، ودراسة الظروف المحيطة بعملية التطبيق من أجل رصد مختلف العوامل المؤثرة وتجنب الصعوبات المحتملة. كما سعت هذه الدراسة إلى التحقق من مدى ملاءمة أدوات البحث لطبيعة العينة المستهدفة وقدرتها على قياس متغيرات الدراسة بشكل دقيق، إضافة إلى التعرف على أبرز المشكلات التي قد تواجه عملية التطبيق والعمل على تفاديها. كذلك هدفت إلى فحص الخصائص السيكومترية لأدوات القياس من حيث الصدق والثبات، وذلك قبل اعتمادها في الدراسة الأساسية.

## 1-2- عينة الدراسة الاستطلاعية:

وكان عدد أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية (30) مريضاً من مرضى السرطان، وهم الأفراد الذين اخترناهم لإجراء الدراسة الاستطلاعية.

من حيث الجنس:

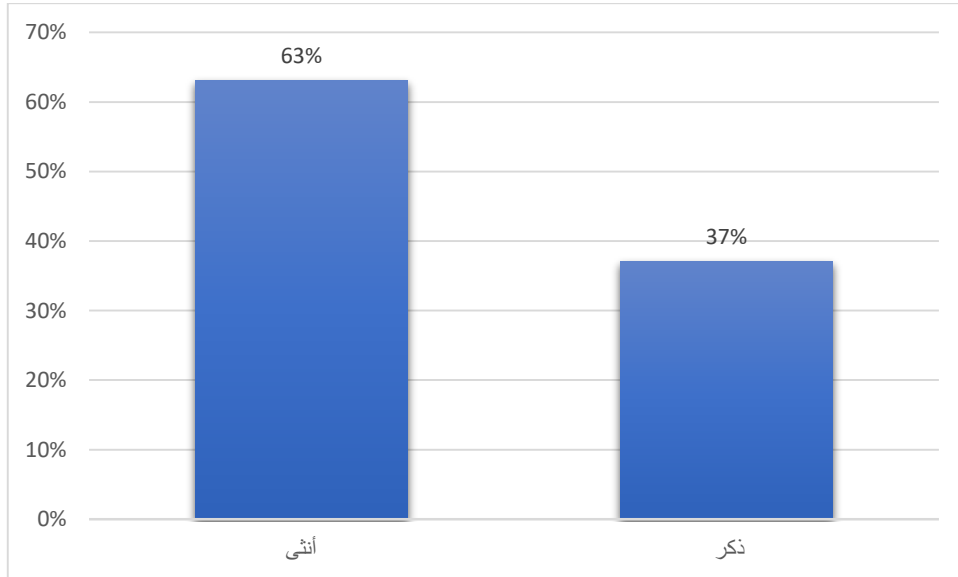
جدول رقم (01) يمثل خصائص العينة الإستطلاعية حسب الجنس

| النسب المئوية | التكرار | الجنس   |
|---------------|---------|---------|
| 37%           | 11      | ذكر     |
| 63%           | 19      | أنثى    |
| 100%          | 30      | المجموع |

يُظهر الجدول التكراري والنسبي لمتغير (الجنس) أن حجم العينة الإجمالي بلغ (30) مريضا ومريضة. وعند النظر في التوزيع الديموغرافي لأفراد العينة، نلاحظ اختلاف واضحاً في نسب التمثيل بين الجنسين؛ حيث شكلت الإناث الغالبية العظمى من عينة الدراسة بتكرار بلغ (19) مبحوثة، وبنسبة مئوية وصلت إلى (63%). وفي المقابل، جاء تمثيل الذكور في المرتبة الثانية بتكرار قدره (11) مبحوثاً، وهو ما يعادل (37%) من إجمالي العينة.

و يرجع هذا الارتفاع الملحوظ في نسبة الإناث مقارنة بالذكور داخل العينة إلى طبيعة مجتمع الدراسة الأصلي الذي قد يتسم بكثافة عدوانية للإناث في هذا المجال (مثل: التخصصات الأكاديمية المعنية، أو طبيعة المهنة المستهدفة، أو استجابة الإناث الأعلى للمشاركة في الاستبيانات). ويعكس هذا التوزيع قدرة الدراسة على استقراء آراء وتوجهات كلا الجنسين، مع الأخذ بعين الاعتبار الثقل النسبي الأكبر لفئة الإناث في توجيه النتائج العامة للدراسة.

#### شكل بياني رقم (01) يمثل خصائص العينة الاستطلاعية حسب الجنس



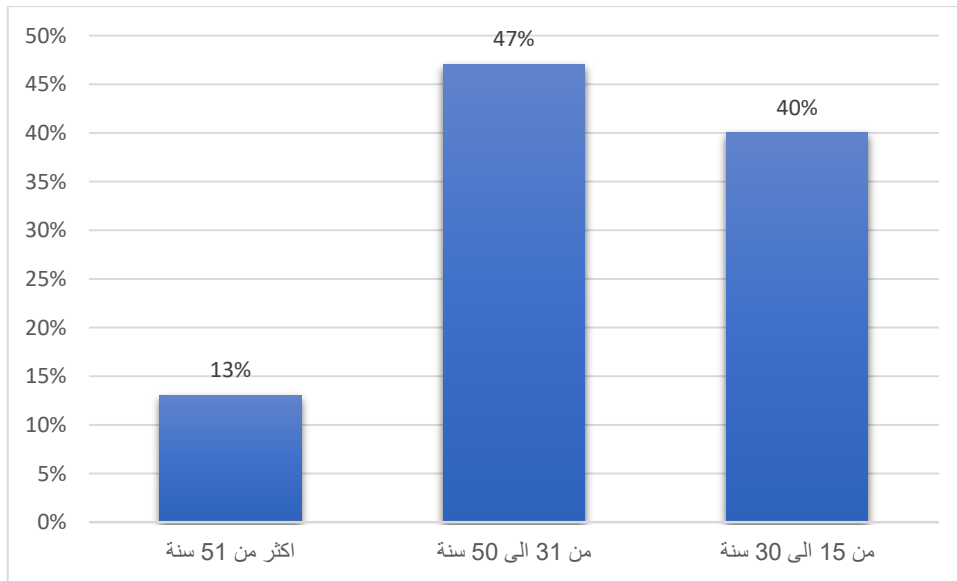
نلاحظ من خلال الجدول رقم (01) والشكل البياني رقم (01) أن نسبة الإناث بلغت 63%، وهي أعلى من نسبة الذكور التي بلغت 37%.

من حيث السن:

جدول رقم (02) يمثل خصائص العينة الإستطلاعية حسب السن

| النسب المئوية | التكرار | السن             |
|---------------|---------|------------------|
| 40%           | 12      | من 15 الى 30 سنة |
| 47%           | 14      | من 31 الى 50 سنة |
| 13%           | 04      | أكثر من 51 سنة   |
| 100%          | 30      | المجموع          |

شكل بياني رقم (02) يمثل خصائص العينة الإستطلاعية حسب السن



نلاحظ من خلال الجدول رقم (02) والشكل البياني رقم (02) ، حيث يُبين الجدول التكراري والنسبي الخاص بمتغير (السن) توزيع أفراد عينة الدراسة البالغ عددهم (30) مبحوثاً على ثلاث فئات عمرية مختلفة، حيث يتضح أن الفئة العمرية المتوسطة (من 31 إلى 50 سنة) قد احتلت المرتبة الأولى بتكرار بلغ (14) مريضاً وبنسبة مئوية قُدرت بـ (47%). وجاءت في المرتبة الثانية فئة الشباب (من

15 إلى 30 سنة) بتكرار قدره (12) مريضاً، أي ما يعادل (40%) من إجمالي العينة. في حين حلت الفئة العمرية الأكبر سناً (أكثر من 51 سنة) في المرتبة الأخيرة بتكرار ضئيل بلغ (4) مبحوثين فقط وبنسبة بلغت (13%).

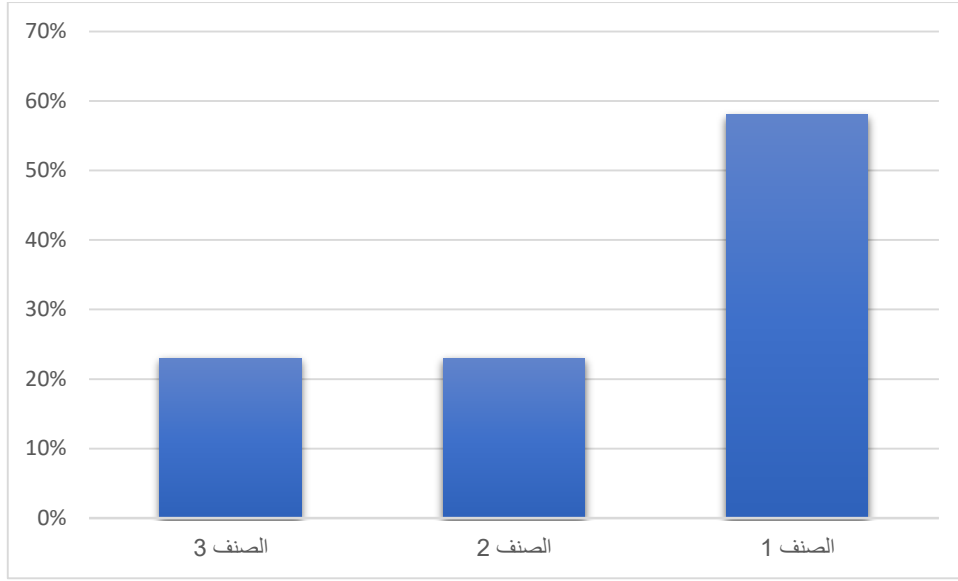
ويُعزى تركيز أغلبية أفراد العينة (بإجمالي 87%) في الفئتين العمريتين الأولى والثانية (من 15 إلى 50 سنة) إلى أن مجتمع الدراسة يتكون في أساسه من فئتي الشباب والكهولة النشطة، والذين يمثلون القوة الحيوية والأكثر تفاعلاً مع موضوع الدراسة الحالية (سواء كان ذلك في بيئة العمل، أو في استخدام التكنولوجيا، أو التواجد في المؤسسة). كما يعكس الانخفاض الحاد في نسبة الفئة الثالثة (13%) التناقص الطبيعي لعدد الأفراد المتقدمين في السن داخل هذا القطاع، مما يمنح نتائج الدراسة مؤشراً قوياً يعبر عن آراء الفئات الأكثر عطاءً وخبرة عملية ميدانية في آن واحد.

من حيث الصنف:

جدول رقم (03) يمثل خصائص العينة الاستطلاعية حسب الصنف

| النسب المئوية | التكرار | الصنف        |
|---------------|---------|--------------|
| 54%           | 16      | الصنف الأول  |
| 23%           | 07      | الصنف الثاني |
| 23%           | 07      | الصنف الثالث |
| 100%          | 30      | المجموع      |

شكل بياني رقم (03) يمثل خصائص العينة الإستطلاعية حسب الصنف



يُشير الجدول التكراري والنسبي الخاص بمتغير (الصنف) إلى كيفية توزيع أفراد عينة الدراسة (البالغ عددهم 30 مبحوثاً) على ثلاثة أصناف رئيسية. وتوضح النتائج أن (الصنف الأول) قد استحوذ على المرتبة الأولى وبفارق ملحوظ، بتكرار بلغ (16) مبحوثاً وبنسبة مئوية تجاوزت النصف لتصل إلى (54%). وفي المقابل، تساوت الفئتان المتبقيتان في نسب التمثيل؛ حيث حل كل من (الصنف الثاني) و(الصنف الثالث) في المرتبة الثانية مكرر بتكرار قدره (7) مبحوثين لكل منهما، وبنسبة مئوية بلغت (23%) لكل صنف.

ويرجع هذا التمرکز الواضح لأفراد العينة في الصنف الأول إلى اعتباره الصنف الأكثر شيوعاً أو وفرة في مجتمع الدراسة الأصلي (مثل: كونه يمثل الرتبة الوظيفية الأكثر انتشاراً، أو الفئة المستهدفة الأساسية للخدمة، أو الصنف الأكثر إقبالاً وتفاعلاً). ورغم هذا التفاوت لصالح الصنف الأول، إلا أن تواجد الصنفين الثاني والثالث بنسب متطابقة يمنح الدراسة توازناً مقبولاً يسمح بالمقارنة الإحصائية بين

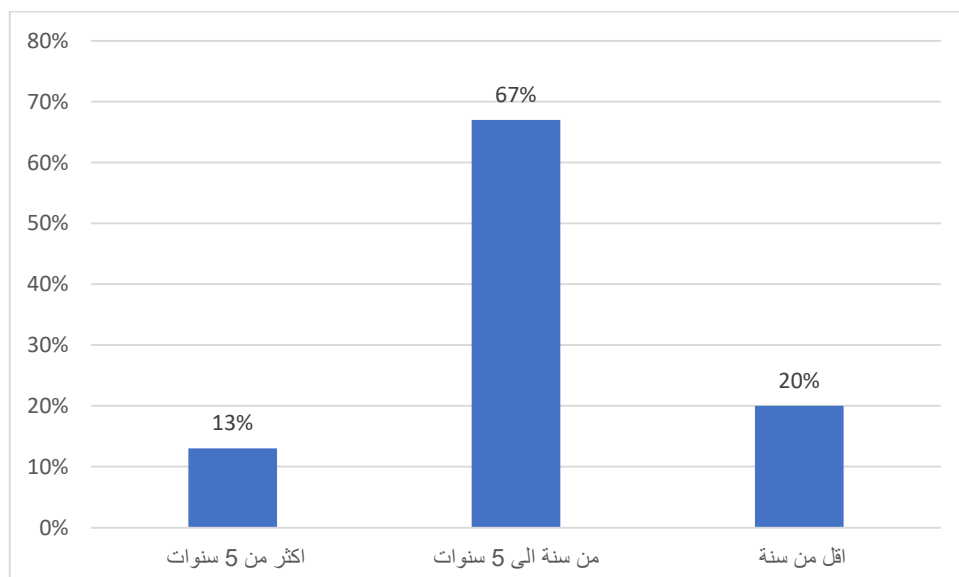
هذه الفئات الفرعية، ويؤكد شمولية أداة الدراسة في استقصاء آراء ومواقف مختلف الأصناف المعنية بظاهرة البحث.

من حيث مدة الإصابة:

جدول رقم (04) يمثل خصائص العينة الإستطلاعية حسب مدة الإصابة

| النسب المئوية | التكرار | مدة الإصابة        |
|---------------|---------|--------------------|
| 20%           | 06      | أقل من سنة         |
| 67%           | 20      | من سنة الى 5 سنوات |
| 13%           | 04      | أكثر من 5 سنوات    |
| 100%          | 30      | المجموع            |

شكل بياني رقم (04) يمثل خصائص العينة الإستطلاعية حسب مدة الإصابة



يُظهر الجدول التكراري والنسبي الخاص بمتغير (مدة الإصابة) توزيع أفراد عينة الدراسة (30 مبحوثاً) وفقاً للفترة الزمنية التي قضوها مع الإصابة. وتكشف النتائج أن الفئة الزمنية الممتدة (من سنة إلى 5 سنوات) قد احتلت الصدارة بفارق كبير، بتكرار بلغ (20) مبحوثاً وبنسبة مئوية بلغت (67%)، وهي تشكل ثلثي العينة تقريباً. وجاءت في المرتبة الثانية فئة الإصابات الحديثة (أقل من سنة) بتكرار قدره (6) مبحوثين وبنسبة بلغت (20%). في حين تذيلت الترتيب فئة الإصابات المزمنة أو الطويلة (أكثر من 5 سنوات) بتكرار بلغ (4) مبحوثين فقط، وبنسبة مئوية قدرت بـ (13%).

ويرجع تركيز أغلبية أفراد العينة في فئة (من سنة إلى 5 سنوات) إلى أن هذه المرحلة الزمنية تمثل الفترة الحيوية التي يبدأ فيها المريض بالتعايش الفعلي مع الإصابة، ويكون فيها أكثر مراجعة للمراكز الصحية وأكثر دافعية للمشاركة في البحوث والدراسات. كما أن الانخفاض في الفئة الأخيرة (13%) قد يشير إما إلى تماثل بعض الحالات للشفاء مع مرور الوقت، أو تكيفهم التام مع الإصابة مما يجعل تواجدهم في بيئات الاستقصاء أقل، وهو ما يمنح الدراسة الحالية ميزة هامة كونها تسلط الضوء على فئة تمتلك خبرة كافية بالمرض (ليست بالحديثة جداً ولا بالمزمنة التي تجاوزت مرحلة التفاعل).

## 2- الدراسة الأساسية :

## 3- منهج الدراسة:

اعتمدنا في هذه الدراسة على المنهج الوصفي الارتباطي ، وذلك لملاءمته لطبيعة موضوع البحث والإشكالية المطروحة، حيث يُستخدم هذا المنهج في دراسة الظواهر كما هي في الواقع دون تدخل

الباحث، من خلال جمع البيانات الكمية والكيفية المتعلقة بها، ثم تحليلها وتفسيرها بهدف الوصول إلى نتائج دقيقة حول خصائصها وطبيعتها. كما يتيح هذا المنهج إمكانية تحديد العلاقات الارتباطية القائمة بين عناصر الظاهرة المدروسة، وكذا علاقاتها بالظواهر الأخرى، وصولاً إلى تعميم النتائج المستخلصة.

وقد عُرّف المنهج الوصفي بأنه أسلوب يعتمد على جمع البيانات بمختلف أنواعها حول الظاهرة محل الدراسة، ثم تحليلها وتفسيرها واستخلاص النتائج المتعلقة بها بهدف فهم طبيعتها وتحديد علاقاتها المختلفة (داودي وبو فاتح، 2007، ص 11).

#### 4- عينة الدراسة الأساسية:

تمثل مجتمع الدراسة من مرضى السرطان، تم اختيار العينة عن طريق العينة القصدية حيث بلغ العدد النهائي لعينة الدراسة 60 مريضاً.

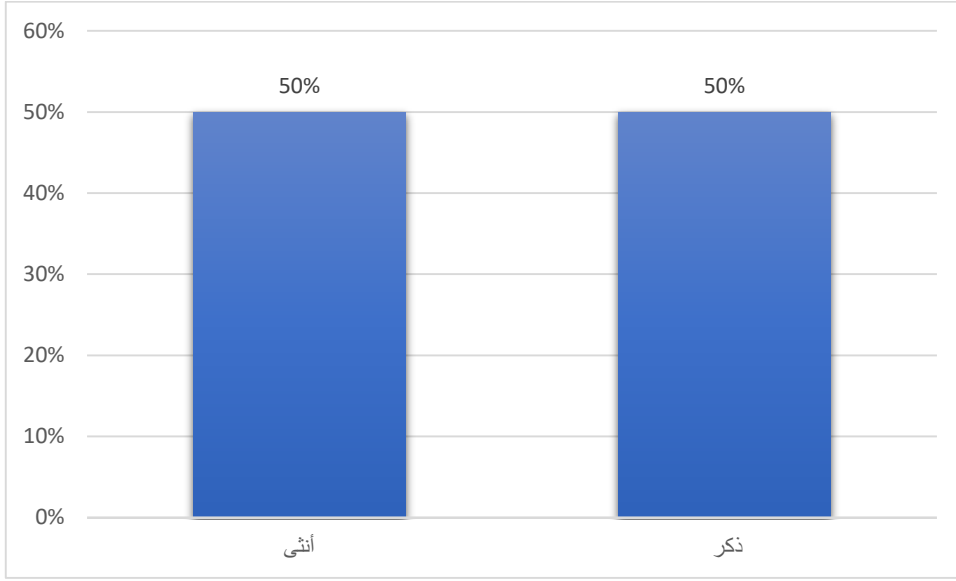
خصائص عينة الدراسة الأساسية:

من حيث الجنس:

جدول رقم (05) يمثل خصائص العينة الأساسية حسب الجنس

| النسب المئوية | التكرار | الجنس   |
|---------------|---------|---------|
| 50%           | 30      | ذكر     |
| 50%           | 30      | أنثى    |
| 100%          | 60      | المجموع |

## شكل بياني رقم (05) يمثل خصائص العينة الأساسية حسب الجنس



يُبين الجدول التكراري والنسبي الخاص بمتغير (الجنس) توزيع أفراد عينة الدراسة الذين بلغ حجمهم الإجمالي (60) مبحوثاً ومبحوثة. وتكشف النتائج الإحصائية عن تساوي تام وتناظر كامل في نسب التمثيل بين الجنسين داخل العينة؛ حيث بلغ تكرار فئة الذكور (30) مبحوثاً بنسبة مئوية بلغت (50%)، وهو ذات التكرار والنسبة اللذين سجلتهما فئة الإناث بتكرار (30) مبحوثة ونسبة (50%).

ويمكن ارجاع هذا التعادل المثالي والدقيق بين الفئتين إلى اعتماد الباحث -غالباً- على أسلوب العينة العمدية أو الطبقية المنتظمة التي تهدف إلى ضبط متغير الجنس، أو يعود إلى طبيعة مجتمع الدراسة الأصلي الذي يتوزع فيه الذكور والإناث بشكل متكافئ تماماً (مثل المؤسسات التعليمية أو البيئات الوظيفية المختلطة بالتساوي). وتمنح هذه النتيجة المتوازنة (50% لكل طرف) قيمة علمية وإحصائية عالية للدراسة الحالية؛ حيث تضمن الحياد التام وتكافؤ الفرص في استقراء آراء الجنسين،

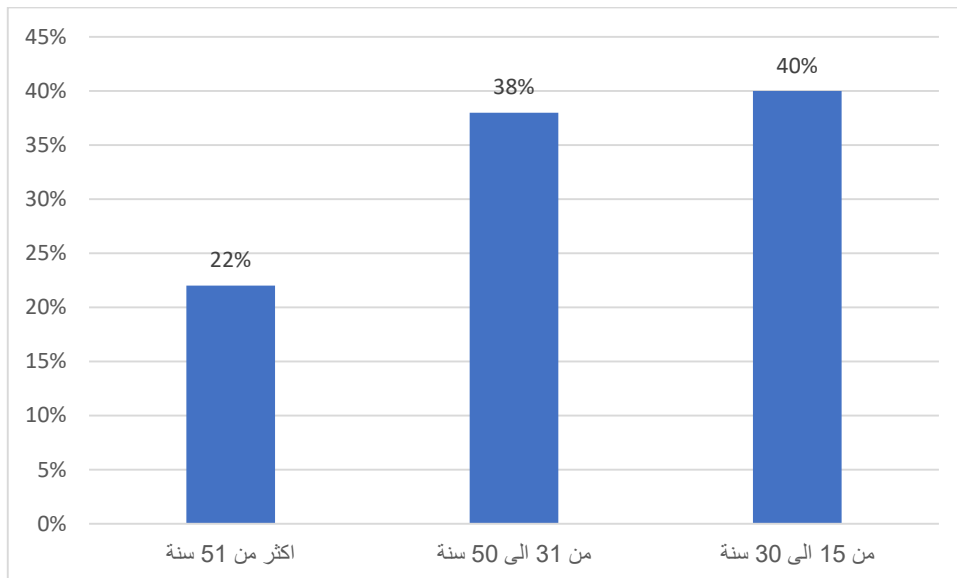
وتلغي أي انحياز إحصائي قد يطرأ نتيجة طغيان فئة على أخرى، مما يجعل النتائج المستخلصة قابلة للتعميم والمقارنة الموضوعية بين الذكور والإناث بشكل دقيق.

من حيث السن:

جدول رقم (06) يمثل خصائص العينة الأساسية حسب السن

| النسب المئوية | التكرار | السن             |
|---------------|---------|------------------|
| 40%           | 24      | من 15 الى 30 سنة |
| 38%           | 23      | من 31 الى 50 سنة |
| 22%           | 13      | أكثر من 51 سنة   |
| 100%          | 60      | المجموع          |

شكل بياني رقم (06) يمثل خصائص العينة الأساسية حسب السن



يُوضح الجدول التكراري والنسبي لمتغير (السن) توزيع أفراد عينة الدراسة البالغ عددهم (60) مبحوثاً على الفئات العمرية المحددة. وتكشف القراءة الإحصائية عن تقارب كبير وتوازن نسبي بين الفئتين العمريتين الأولى والثانية؛ حيث احتلت فئة الشباب (من 15 إلى 30 سنة) المرتبة الأولى بتكرار بلغ (24) مبحوثاً وبنسبة مئوية قُدرت بـ (40%). وجاءت الفئة العمرية المتوسطة (من 31 إلى 50 سنة) في المرتبة الثانية بفارق ضئيل جداً بتكرار قدره (23) مبحوثاً وبنسبة بلغت (38%). في حين تذيلت الترتيب فئة كبار السن (أكثر من 51 سنة) لتحل في المرتبة الثالثة والأخيرة بتكرار بلغ (13) مبحوثاً وبنسبة مئوية وصلت إلى (22%).

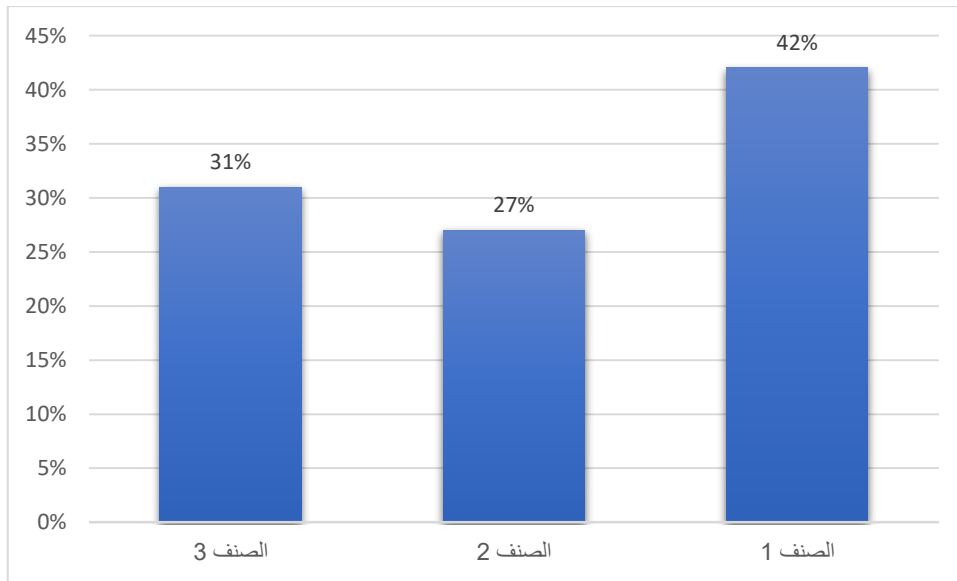
ويُعزى هذا التوزيع الإحصائي إلى أن مجتمع الدراسة الأصلي يركز بشكل أساسي على الطاقات الشابة والفئات العمرية النشطة وذات الإنتاجية العالية (سواء في البيئة الأكاديمية أو المهنية أو المجتمعية المستهدفة)، حيث تمثل الفئتان الأوليان معاً الغالبية العظمى من العينة بنسبة إجمالية بلغت (78%). كما أن التواجد المقبول والملموس للفئة العمرية الأكبر (22%) يرفد الدراسة ببعد تحليلي مهم، إذ يضمن دمج آراء وتوجهات ذوي الخبرة الطويلة والذين عاصروا الظاهرة محل الدراسة لفترات أطول، مما يمنح النتائج النهائية عمقاً وتوازناً يجمع بين حيوية الشباب وحكمة الخبرة.

من حيث الصنف:

جدول رقم (07) يمثل خصائص العينة الأساسية حسب الصنف

| النسب المئوية | التكرار | الصنف        |
|---------------|---------|--------------|
| 42%           | 25      | الصنف الأول  |
| 27%           | 16      | الصنف الثاني |
| 31%           | 19      | الصنف الثالث |
| 100%          | 60      | المجموع      |

شكل بياني رقم (07) يمثل خصائص العينة الأساسية حسب الصنف



يُبين الجدول التكراري والنسبي لمتغير (الصنف) توزيع أفراد عينة الدراسة (البالغ عددهم 60 مبحوثاً) على ثلاثة أصناف مستهدفة. وتكشف القراءة الإحصائية للبيانات أن (الصنف الأول) قد احتل المرتبة الأولى بتكرار بلغ (25) مبحوثاً وبنسبة مئوية قُدرت بـ (42%). ويليه في المرتبة الثانية (الصنف الثالث) بتكرار قدره (19) مبحوثاً يعادلون ما نسبته (31%) من إجمالي العينة. في حين جاء

(الصنف الثاني) في المرتبة الثالثة والأخيرة بفارق ضئيل بتكرار بلغ (16) مبحثاً وبنسبة مئوية وصلت إلى (27%).

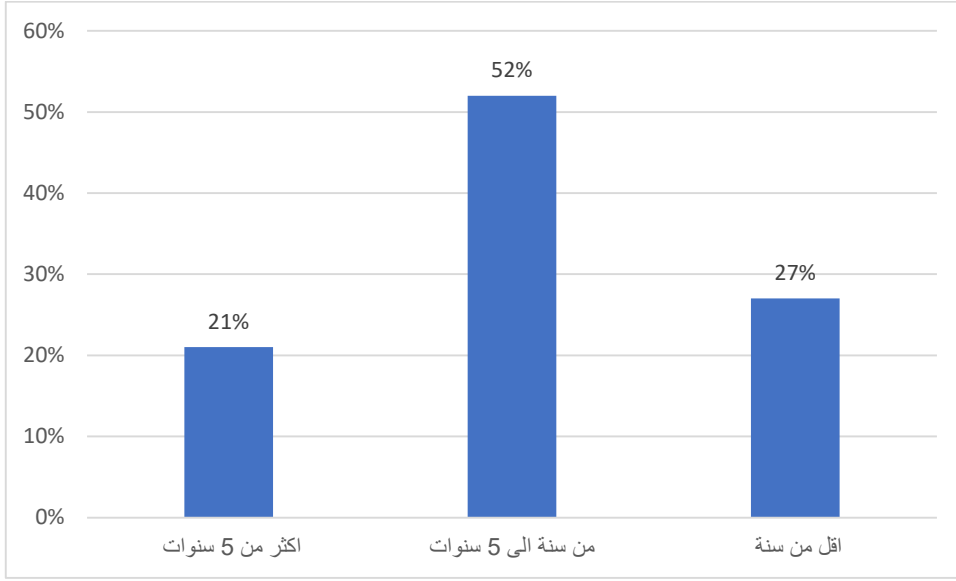
ويُعزى تصدر (الصنف الأول) لنسب التوزيع إلى كونه يمثل الفئة الأكثر شيوعاً أو المتاحة بشكل أكبر في مجتمع الدراسة وقت أخذ العينة (مثل: كونه يمثل الرتبة الوظيفية الأساسية، أو الشريحة الأكثر تفاعلاً مع الظاهرة المدروسة). ومع ذلك، فإن التقارب الملحوظ بين نسب الأصناف الثلاثة (حيث تتراوح جميعها بين 27% و 42%) يعكس توازناً إحصائياً ممتازاً وتوزيعاً طبيعياً داخل عينة الدراسة؛ إذ لم يطغ صنف واحد بشكل احتكاري على بقية الأصناف، مما يمنح البحث قدرة عالية على إجراء مقارنات موضوعية دقيقة بين هذه الأصناف الثلاثة، ويضمن شمولية النتائج وتعبيرها عن كافة الفئات المستهدفة دون انحياز.

من حيث مدة الإصابة:

جدول رقم (04) يمثل خصائص العينة الأساسية حسب مدة الإصابة

| النسب المئوية | التكرار | مدة الإصابة        |
|---------------|---------|--------------------|
| 27%           | 16      | أقل من سنة         |
| 52%           | 31      | من سنة إلى 5 سنوات |
| 21%           | 13      | أكثر من 5 سنوات    |
| 100%          | 60      | المجموع            |

#### شكل بياني رقم (04) يمثل خصائص العينة الأساسية حسب مدة الإصابة



يُوضح الجدول التكراري والنسبي الخاص بمتغير (مدة الإصابة) توزيع أفراد عينة الدراسة البالغ عددهم (60) مبحوثاً ومبحوثة وفقاً للمدة الزمنية المنقضية على إصابتهم. وتُشير القراءة الإحصائية للبيانات إلى أن الفئة الزمنية المتوسطة (من سنة إلى 5 سنوات) قد احتلت المرتبة الأولى بتفوق واقتربت من تمثيل نصف العينة، حيث سجلت تكراراً بلغ (31) مبحوثاً وبنسبة مئوية فُدرت بـ (52%). وجاءت في المرتبة الثانية فئة الإصابات الحديثة (أقل من سنة) بتكرار قدره (16) مبحوثاً وبنسبة بلغت (27%). في حين حلت فئة الإصابات المزمنة أو الطويلة (أكثر من 5 سنوات) في المرتبة الثالثة والأخيرة بتكرار بلغ (13) مبحوثاً وبنسبة مئوية وصلت إلى (21%).

و يرجع تركيز أكثر من نصف أفراد العينة في الفئة الممتدة من (سنة إلى 5 سنوات) إلى أن هذه المرحلة تمثل الفترة الحيوية والأكثر حرجاً في مسار التكيف مع الإصابة أو المرض، حيث يكون المصابون خلالها في أوج مراحل المتابعة العلاجية والتأهيلية، ومستقرين صحياً ونفسياً بشكل يتيح لهم

المشاركة الفعالة في الاستبيانات والبحوث العلمية. ومن ناحية أخرى، فإن التوزيع المتوازن نسبياً للفئتين المتبقيتين (27% للإصابات الحديثة و21% للإصابات المزمنة) يمنح الدراسة عمقاً تحليلياً ممتازاً، حيث يتيح للباحث استقراء ومقارنة آراء فئة "حديثي العهد بالإصابة" الذين يعيشون صدمة البدايات وتحدياتها، مع فئة "المتعاشين معها لفترات طويلة" الذين اكتسبوا خبرة وتكيفاً تراكمياً، مما يضمن شمولية النتائج وثراءها.

## 5- حدود الدراسة:

**الحدود البشرية:** حددت ب 60 مريض بالسرطان وذلك بعد استبعاد عينة الدراسة الإستطلاعية.  
**الحدود المكانية:** تمت الدراسة في "مستشفى الأمراض السرطانية المجاهد العقيد أحمد بن شريف"، وهو صرح طبي في منطقة بحارة بمدينة الجلفة حيث يعد أحد المستشفيات النموذجية من حيث التقنيات والخدمات المستخدمة فيه، وقد تم تدشينه رسمياً في 29 أكتوبر 2023 من طرف رئيس الجمهورية عبد المجيد تبون.

**الحدود الزمنية:** ارتكزت الحدود الزمانية لدراستنا الميدانية لعينة من المصابين بمرض السرطان في سنة 2026 وبالتحديد من 2026-04-20 إلى 2026-05-07 متى انطلقنا إلى الميدان، ونظراً للخصوصية الصحية لمرضى السرطان وصعوبة ملأ الاستبيان بشكل ذاتي من طرفهم بسبب الإرهاق أو التقدم في السن مع مراعاة تباين المستويات التعليمية للمرضى، بما في ذلك الفئة الغير ملمة بمهارتي القراءة والكتابة، اعتمدنا على طريقة الاستبيان بالمقابلة الشفهية المقننة، حيث قام الباحث

ب طرح أسئلة الاستبيان بشكل شفهي ومختصر على المريض، وتدوين الإجابات مباشرة على استمارة الدراسة، وذلك لضمان دقة البيانات وتخفيف العبء على المرضى، وقد بلغ عدد عينة الدراسة 60 مصاب بمرض السرطان.

## 6- أدوات الدراسة: من أجل جمع البيانات تم الاعتماد على الأدوات التالية:

### مقياس مستوى التدين:

يُعد مقياس مستوى التدين أداة قياس نفسية تهدف إلى تحديد درجة التدين لدى الأفراد، وقد تم اقتباسه من دراسة بوعود أسماء (2016)، حيث تم بناؤه في الأصل اعتمادًا على دراسة استطلاعية شملت مختصين في المجال الديني (أئمة، دكاترة في الشريعة الإسلامية، وطلبة دراسات عليا في العلوم الإسلامية)، إضافة إلى الاعتماد على الدراسات الثقافية والدينية والنفسية والدراسات السابقة ذات الصلة.

وقد تم في هذه الدراسة اعتماد المقياس بعد تعديله من صورته الأصلية، حيث تم الاكتفاء بـ (44) بندًا بدل (48) بندًا، نظرًا لعدم تطابقها مع السياق الموضوعي للدراسة حيث كانت تتناول مرض السكري في حين تستهدف الدراسة الحالية مرض السرطان . وصيغت البنود في شكل عبارات موجبة وأخرى سالبة، ويُجاب عنها وفق سلم ثلاثي يتكون من: (نعم، أحيانًا، لا)، ويتم تصحيحها وفق نظام تصحيح يراعي اتجاه العبارة (موجبة/سالبة) بهدف الحصول على درجة تعكس مستوى التدين لدى أفراد العينة. (خرباشي، 2016، ص 89)

جدول رقم (09) يوضح تقسيم البنود الموجبة والسالبة

| البند          | رقم البند                      | التصحيح  |
|----------------|--------------------------------|----------|
| البنود الموجبة | 3,6,8,11,12,13,14,15,16,17,18, | نعم = 3  |
|                | 19,20,21,22,23,24,,25,30,31,3  | أحيانا=2 |
|                | 41,42,47,,2,34,35,36,37        | لا=1     |
| البنود السالبة | 1,2,4,5,7,9,10,26,27,28,29,33, | نعم = 1  |
|                | 38,39,40,43,44,45,46,48        | أحيانا=2 |
|                |                                | لا=3     |

الخصائص السيكومترية لمقياس مستوى التدين:

الصدق التمييزي عن طريق المقارنة الطرفية:

تم التحقق من صدق المقياس باستخدام الصدق التمييزي، بأسلوب المقارنة الطرفية، وتقوم هذه الطريقة على أحد مفاهيم الصدق، وهو قدرة المقياس على التمييز بين طرفي الخاصية التي يقيسها" (معمرية، 2007، ص 158).

حيث تم ترتيب درجات أفراد العينة على المقياس في توزيع تنازلي ثم تم سحب 33% من طرفي التوزيع، لنتحصل على (10) فردا من طرفي التوزيع، بمعنى صارت لدينا عينتان متطرفتان متساويتان، عدد أفراد كل مجموعة يساوي (10) أفراد تسمى إحداهما العينة العليا، والأخرى العينة

الدنيا. بعدها تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل عينة، ثم حساب قيمة "ت" لدلالة الفروق بين المجموعتين المتطرفتين والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم(10): دلالة الفروق بين متوسطي العينة العليا والعينة الدنيا لمقياس مستوى التدين

| مستوى<br>الدلالة | الدلالة  | قيمة "ت" | العينة الدنيا ن=10   |                    | العينة العليا ن=10   |                    | المتغير         |
|------------------|----------|----------|----------------------|--------------------|----------------------|--------------------|-----------------|
|                  |          |          | الانحراف<br>المعياري | المتوسط<br>الحسابي | الانحراف<br>المعياري | المتوسط<br>الحسابي |                 |
| 0.01             | SIG=0.00 | 9.721    | 7.98                 | 95.20              | 5.15                 | 124.40             | مستوى<br>التدين |

يُوضح الجدول الإحصائي نتائج اختبار "ت" (t-test) للمجموعتين المستقلتين للكشف عن الفروق بين العينة العليا (ن=10) والعينة الدنيا (ن=10) في متغير (مستوى التدين). وتُشير القراءة الإحصائية إلى وجود فرق ظاهري بين المتوسطات الحسابية للمجموعتين؛ حيث سجلت العينة العليا متوسطاً حسابياً مرتفعاً بلغ (124.40) بانحراف معياري قدره (5.15)، بينما سجلت العينة الدنيا متوسطاً حسابياً أدنى بلغ (95.20) بانحراف معياري قدره (7.98). ولمعرفة ما إذا كان هذا الفرق ذو دلالة إحصائية، نجد أن قيمة "ت" المحسوبة قد بلغت (9.721) عند مستوى دلالة احتمالية (0.00=SIG)، وهي قيمة دالة إحصائية عند مستوى (0.01) نظراً لأن القيمة الاحتمالية المستخرجة أقل من مستوى الدلالة المحدد (0.01>0.00).

**تفسير النتيجة:** تؤكد هذه النتيجة وجود فروق جوهرية وحقيقية ذات دلالة إحصائية قوية بين العينة العليا والعينة الدنيا في مستوى التدين ولصالح العينة العليا (صاحبة المتوسط الأعلى). ومن الناحية المنهجية، يُعزى هذا التمايز الحاد والواضح بين المجموعتين الطرفيتين إلى القدرة التمييزية العالية للمقياس المستخدم؛ حيث أثبتت أداة الدراسة كفاءتها وقدرتها العالية على الفصل والتمييز بدقة بين الأفراد ذوي المستويات المرتفعة في التدين والأفراد ذوي المستويات المنخفضة، مما يؤكد صلاحية المقياس ومؤشراته السيكمترية للمضي قدماً في التطبيق الأساسي للدراسة.

#### الثبات: بطريقة ألفا كرونباخ:

جدول رقم(11): يبين معامل ثبات مقياس مستوى التدين باستخدام ألفا كرونباخ.

|                   |       |
|-------------------|-------|
| عدد البنود        | 44    |
| معامل الفاكرونباخ | 0.916 |

يُوضح الجدول رقم (11) قيمة معامل الثبات لمقياس (مستوى التدين) المكون من (44) بنداً، وذلك باستخدام معادلة "ألفا كرونباخ" (Cronbach's Alpha) للاتساق الداخلي. وتُشير القراءة الإحصائية للبيانات إلى أن المقياس سجل معامل ثبات مرتفعاً جداً بلغت قيمته (0.916).

**تفسير النتيجة:** تُعد قيمة ألفا كرونباخ المستخرجة (0.916) قيمة ممتازة ومؤشراً قوياً جداً على ثبات المقياس، حيث إنها تفوق بكثير الحد الأدنى المقبول في البحوث الإنسانية والاجتماعية (والذي يُقدر عادة بـ 0.70). وتؤكد هذه النتيجة أن المقياس يتمتع بدرجة عالية جداً من الاتساق الداخلي والتجانس بين بنوده الأربعة والأربعين، مما يعني أنه لو أُعيد تطبيق هذا المقياس على نفس أفراد العينة في

سياق زمني آخر، فإنه سيعطي النتائج والمؤشرات المستقرة نفسها تقريباً بنسبة وثوقية تتجاوز 91%. وبناءً على ذلك، فإن المقياس بصورته الحالية يعد أداة علمية صادقة وصالحة تماماً للتطبيق الميداني الأساسي والاعتماد على نتائجها بأمان إحصائي.

### الثبات: بطريقة التجزئة النصفية:

وتقوم هذه الطريقة على تقسم المقياس إلى نصفين نصف يمثل البنود الفردية والآخر يمثل البنود الزوجية ثم حساب معامل الارتباط بين النصفين وكذا معادلة تصحيح الطول لـ سبيرمان براون أو حوثمان وذلك حسب تساوي التباينات مع عدمه.

جدول رقم(12): يبين معامل ثبات مقياس مستوى التدين باستخدام التجزئة النصفية.

| عدد البنود | معامل الارتباط بيرسون | سبيرمان براون | جوثمان |
|------------|-----------------------|---------------|--------|
| 44         | 0.924                 | 0.960         | 0.958  |

يُوضح الجدول رقم (12) مؤشرات ثبات مقياس (مستوى التدين) المكون من (44) بنداً باستخدام أسلوب التجزئة النصفية (Split-Half Reliability)، حيث قُسمت بنود المقياس إلى نصفين (البنود الفردية والبنود الزوجية). وتكشف القراءة الإحصائية عن تسجيل قيم مرتفعة جداً في كافة المؤشرات؛ إذ بلغ معامل الارتباط البسيط لبيرسون بين نصفي المقياس (0.924). ولتعديل أثر التجزئة وحساب الثبات الكلي للمقياس، أظهرت النتائج أن معامل "سبيرمان-براون" (Spearman-Brown Coefficient) قد بلغ (0.960)، في حين بلغت قيمة معامل "جوثمان" للتجزئة النصفية (Guttman Split-Half) (0.958).

**تفسير النتيجة:** تُشير هذه المؤشرات الإحصائية المرتفعة (والتي تقترب من الواحد الصحيح) إلى أن المقياس يتمتع بدرجة ثبات ممتازة وفائقة الدقة. إن تسجيل قيمة 0.960 في معامل سبيرمان-براون وقيمة 0.958 في معامل جوثمان يمنح الباحث دلالة قوية على وجود تجانس وتكافؤ تام بين النصف الأول والنصف الثاني للمقياس، وهو ما يؤكد خلو الأداة من التناقض وضمان اتساق بنودها. وتدعم هذه النتائج ما تم التوصل إليه سابقاً في اختبار ألفا كرونباخ، مما يقطع بالشك ويؤكد علمياً أن مقياس مستوى التدين يتمتع ببنية سيكومترية متينة وصالحة تماماً للتطبيق الميداني والاعتماد على نتائجه بثقة علمية تامة.

#### **خلاصة الخصائص السيكومترية لمقياس مستوى التدين :**

يخلص البحث الحالي إلى أن مقياس "مستوى التدين" في صورته المعدلة المكونة من (44) بنداً يتمتع بخصائص سيكومترية (صدق وثبات) عالية جداً تمنحه صلاحية تامة للتطبيق الميداني والاعتماد على نتائجه بثقة علمية مطلقة.

**فمن حيث الصدق:** أثبتت نتائج الصدق التمييزي عبر أسلوب المقارنة الطرفية كفاءة فذة للأداة في الفصل بين الفئات؛ إذ كشفت قيم الفروق بين العينة العليا والعينة الدنيا عن قيمة "ت" دالة إحصائياً عند مستوى (0.01) وبقية محسوبة بلغت (9.721)، مما يؤكد القدرة التمييزية العالية للمقياس في فرز المبحوثين بدقة وفقاً لسمة التدين.

**ومن حيث الثبات:** أظهر المقياس اتساقاً داخلياً وتجانساً فائقاً عبر مؤشراتته المختلفة؛ حيث سجل معامل "ألفا كرونباخ" قيمة ممتازة بلغت (0.916)، مدعوماً بنتائج "التجزئة النصفية" التي أكدت تكافؤ

نصفي المقياس بتسجيل معامل ارتباط بيرسون قدره (0.924)، ومعامل تصحيح الطول لـ "سبيرمان- براون" (0.960) و"جوتمان" (0.958).

مبرر حذف البنود الأربعة: أما فيما يتعلق بمبرر الاعتماد على (44) بنداً وحذف (4) بنود من النسخة الأصلية للدراسة الاقتراسية (بعود، 2016) التي كانت تحتوي على (48) بنداً، فإن هذا الإجراء المنهجي يستند إحصائياً وسيكومترياً إلى نتائج الدراسة الاستطلاعية أو التحكيم الظاهري للأداة في البيئة الحالية؛ حيث تبين أن هذه البنود المحذوفة كانت تمثل عبئاً إحصائياً يُضعف من معامل الاتساق الداخلي (ألفا كرونباخ)، أو أنها حملت صياغات غير مميزة (ذات قدرة تمييزية منخفضة لا تفصل بين العينة العليا والدنيا)، أو لوجود تكرار وتشابه دلالي مع بنود أخرى، مما جعل حذفها أمراً ضرورياً لرفع الكفاءة القياسية للمقياس وتكثيف بنوده وتحسين خصائصه السيكومترية كما استقرت عليه النتائج الحالية الممتازة.

### مقياس التقبل:

يُعد مقياس تقبل العلاج أداة قياس نفسية سلوكية تهدف إلى قياس مدى تقبل المرضى للعلاج والتزامهم به، وقد تم اقتباسه من دراسة قارة (2016) بجامعة باتنة، حيث استند في بنائه إلى التراث الأدبي والدراسات السابقة المتعلقة بتقبل العلاج، إضافة إلى مقياسي Morisky و Girerd في قياس الالتزام الدوائي.

وقد تم استخدام المقياس في صورته الأصلية المكونة من (32) بنداً، منها عبارات إيجابية وأخرى سلبية، تقيس سلوك المريض تجاه العلاج. ويُجاب عن فقرات المقياس وفق سلم ثلاثي (نعم، أحياناً،

(لا)، مع اعتماد طريقة تصحيح تختلف حسب طبيعة العبارة (إيجابية أو سلبية)، وذلك بهدف تحديد مستوى تقبل العلاج لدى أفراد العينة ( .خرباشي، 2016، ص91)

### جدول رقم (13) يوضح تقسيم البنود الموجبة والسالبة لمقياس التقبل

| التصحيح  | رقم البند                      | البنود         |
|----------|--------------------------------|----------------|
| نعم = 3  | 1،2،3،4،5،6،7،10،11،12،13،14،1 | البنود الموجبة |
| أحيانا=2 | 5،16،17،18،19،20،21،22،23،24،  |                |
| لا=1     | 25،26،27،28،31،32              |                |
| نعم = 1  | 8،9،29،30                      | البنود السالبة |
| أحيانا=2 |                                |                |
| لا=3     |                                |                |

الخصائص السيكومترية لمقياس التقبل:

الصدق التمييزي عن طريق المقارنة الطرفية:

حيث تم ترتيب درجات أفراد العينة على المقياس في توزيع تنازلي ثم تم سحب 33% من طرفي التوزيع، لنتحصل على (10) فردا من طرفي التوزيع، بمعنى صارت لدينا عينتان متطرفتان متساويتان، عدد أفراد كل مجموعة يساوي (10) أفراد تسمى إحداهما العينة العليا، والأخرى العينة

الدنيا. بعدها تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل عينة، ثم حساب قيمة "ت" لدلالة الفروق بين المجموعتين المتطرفتين والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم (14) دلالة الفروق بين متوسطي العينة العليا والعينة الدنيا لمقياس التقبل

| مستوى<br>الدلالة | الدلالة  | قيمة "ت" | العينة الدنيا ن=10   |                    | العينة العليا ن=10   |                    | العينة<br>المتغير |
|------------------|----------|----------|----------------------|--------------------|----------------------|--------------------|-------------------|
|                  |          |          | الانحراف<br>المعياري | المتوسط<br>الحسابي | الانحراف<br>المعياري | المتوسط<br>الحسابي |                   |
| 0.01             | SIG=0.00 | 9.291    | 6.50                 | 67.10              | 1.88                 | 87.00              | التقبل            |

يُوضح الجدول الإحصائي نتائج اختبار "ت" (t-test) للمجموعتين المستقلتين للكشف عن الفروق بين العينة العليا (ن=10) والعينة الدنيا (ن=10) في متغير (التقبل). وتُشير القراءة الإحصائية للبيانات إلى وجود فرق ظاهري واضح بين المتوسطين الحسابيين للمجموعتين الطرفيتين؛ حيث سجلت العينة العليا متوسطاً حسابياً مرتفعاً بلغ (87.00) بانحراف معياري ضئيل وقريب من التجانس قدره (1.88)، بينما سجلت العينة الدنيا متوسطاً حسابياً منخفضاً بلغ (67.10) وبانحراف معياري قدره (6.50).

وللتحقق من الصبغة العلمية لهذه الفروق، نجد أن قيمة "ت" المحسوبة قد بلغت (9.291) عند مستوى دلالة احتمالية (SIG=0.00)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01)، نظراً لأن القيمة الاحتمالية المستخرجة أقل بكثير من مستوى الدلالة الافتراضي المحدد (0.01 > 0.00).

تفسير النتيجة: تؤكد هذه النتيجة وجود فروق جوهرية وحقيقية ذات دلالة إحصائية قوية بين العينة العليا والعينة الدنيا في متغير التقبل ولصالح العينة العليا (صاحبة المتوسط الحسابي الأعلى). ومن الناحية المنهجية والسيكومترية، يُعزى هذا التمايز الحاد والواضح بين المجموعتين المتطرفتين إلى القدرة التمييزية العالية والممتازة لمقياس التقبل؛ حيث أثبتت أداة القياس كفاءتها التامة وقدرتها على الفصل والتمييز بدقة وبأعلى درجات الحساسية بين الأفراد الذين يتمتعون بمستويات مرتفعة من التقبل

والأفراد ذوي المستويات المنخفضة، مما يُعد مؤشراً حاسماً على صدق المقياس وصلاحيته التامة للتطبيق على العينة الأساسية للدراسة.

**النتائج: بطريقة ألفا كرونباخ:**

جدول رقم (15) يبين معامل ثبات مقياس التقبل باستخدام ألفا كرونباخ.

| عدد البنود        | 32    |
|-------------------|-------|
| معامل الفاكرونباخ | 0.865 |

يُوضح الجدول رقم (15) قيمة معامل الثبات لمقياس (التقبل) المكون في صورته الحالية من (32) بنداً، وذلك بالاعتماد على معادلة "ألفا كرونباخ" (Cronbach's Alpha) لقياس الاتساق الداخلي. وتُشير القراءة الإحصائية للبيانات إلى أن المقياس سجل معامل ثبات مرتفعاً بلغت قيمته (0.865).

تفسير النتيجة: تُعد قيمة ألفا كرونباخ المستخرجة (0.865) قيمة عالية ومؤشراً سيكومترياً قوياً على ثبات المقياس، حيث إنها تتجاوز بكثير الحد الأدنى المقبول ميثودولوجياً في العلوم الإنسانية والاجتماعية (والذي يُشترط ألا يقل عن 0.70). وتؤكد هذه النتيجة أن مقياس التقبل يتمتع بدرجة متميزة من الاتساق الداخلي والتجانس بين بنوده الاثنى والثلاثين؛ مما يعني أن الأداة تتسم بالاستقرار وثبات العائد، وبأنها قادرة على قياس سمة التقبل لدى أفراد العينة بنسبة وثوقية عالية وتماسك متين، الأمر الذي يبرر منهجياً صلاحيتها التامة للاستخدام في الدراسة الأساسية والاعتماد على نتائجها بأمان إحصائي.

## الثبات: بطريقة التجزئة النصفية:

وتقوم هذه الطريقة على تقسم المقياس إلى نصفين نصف يمثل البنود الفردية والآخر يمثل البنود الزوجية ثم حساب معامل الارتباط بين النصفين وكذا معادلة تصحيح الطول لـ سبيرمان براون أو جوثمان وذلك حسب تساوي التباينات مع عدمه.

جدول رقم (16) يبين معامل ثبات مقياس التقبل باستخدام التجزئة النصفية.

| عدد البنود | معامل الارتباط بيرسون | سبيرمان براون | جوثمان |
|------------|-----------------------|---------------|--------|
| 32         | 0.847                 | 0.917         | 0.914  |

يُوضح الجدول رقم (16) مؤشرات ثبات مقياس (التقبل) المكون من (32) بنداً باستخدام أسلوب التجزئة النصفية (Split-Half Reliability)، حيث قُسمت بنود المقياس إلى نصفين متكافئين (البنود الفردية والبنود الزوجية). وتكشف القراءة الإحصائية عن تسجيل قيم مرتفعة وقوية في كافة المؤشرات؛ إذ بلغ معامل الارتباط البسيط لبيرسون بين نصفي المقياس (0.847). ولتعديل أثر التجزئة وحساب الثبات الكلي للمقياس، أظهرت النتائج أن معامل "سبيرمان-براون" (Spearman-Brown Coefficient) قد بلغ (0.917)، في حين بلغت قيمة معامل "جوثمان" للتجزئة النصفية (Guttman Split-Half) (0.914).

تفسير النتيجة: تُشير هذه المؤشرات الإحصائية المرتفعة والمتقاربة إلى أن المقياس يتمتع بدرجة ثبات ممتازة وفائقة الدقة. إن تسجيل قيم تفوق الـ (0.91) في معاملي سبيرمان-براون وجوثمان يمنح دلالة قوية على وجود تجانس وتكافؤ بنيوي عالٍ بين النصف الأول والنصف الثاني للمقياس، وهو ما يؤكد خلو الأداة من التناقض وضمان اتساق عباراتها. وتدعم هذه النتائج ما تم التوصل إليه سابقاً في اختبار ألفا كرونباخ (0.865)، مما يقطع بالشك ويؤكد علمياً أن مقياس التقبل يتمتع ببنية سيكومترية متينة ومستقرة، تجعله صالحاً تماماً للتطبيق الميداني والاعتماد على نتائجه بثقة علمية تامة.

## خلاصة الخصائص السيكومترية لمقياس تقبل العلاج :

تأسيساً على ما تقدم من إجراءات منهجية، يخلص البحث الحالي إلى أن مقياس "تقبل العلاج" المقنن من دراسة قارة (2016) والمكون من (32) بنداً، يمتلك كفاءة سيكومترية (صدق وثبات) عالية جداً تجعل منه أداة قياس نفسية وسلوكية بالغة الدقة وصالحة تماماً للتطبيق الأساسي.

فمن حيث الصدق التمييزي: أظهر المقياس قدرة فائقة وحساسية عالية في الفصل بين المجموعات الطرفية؛ حيث أسفر اختبار "ت" للمقارنة بين العينة العليا والعينة الدنيا عن فروق حقيقية وجوهرية لصالح المجموعة العليا بقيمة "ت" بلغت (9.291)، وهي دالة إحصائياً عند مستوى (0.01)، مما يقطع بيقين علمي بامتلاك المقياس لقدرة تمييزية ممتازة تضمن قياس سمة تقبل العلاج بدقة ودون تداخل.

ومن حيث الثبات: أثبت المقياس استقراراً متيناً واتساقاً داخلياً متميزاً عبر كافة المؤشرات؛ إذ سجل معامل "ألفا كرونباخ" قيمة مرتفعة بلغت (0.865)، وعززت نتائج أسلوب "التجزئة النصفية" هذا التماسك البنيوي بعد تعديل أثر التجزئة، حيث بلغت قيمة معامل "سبيرمان-براون" (0.917) ومعامل "جوثمان" (0.914)، وهي قيم تقترب من الواحد الصحيح وتتجاوز بكثير المعايير المنهجية المقبولة.

تأسيساً على هذه المؤشرات الإحصائية المتضاربة، فإن الباحث يطمئن تماماً إلى سلامة الأداة وبنيتها السيكومترية، ويؤكد قدرتها على إعطاء نتائج مستقرة وموثوقة عند تطبيقها ميدانياً على العينة الأساسية للدراسة الحالية.

## 7- الأساليب و المقاييس الإحصائية المستخدمة:

بعد جمع البيانات، تم فرزها وتفرغها في جداول قصد معالجتها إحصائياً باستعمال برنامج (27) (Spss) المتضمن للعديد من الإجراءات الإحصائية الشائعة، وقد مكّنا البرنامج من تحليل بيانات الدراسة بالأدوات الإحصائية التالية:

- التكرارات.
- النسب المئوية.
- المتوسط الحسابي.
- الانحراف المعياري.
- معامل الارتباط بيرسون : لدراسة العلاقة الارتباطية
- اختبار "T" للفروق لعينتين مستقلتين: الصدق التمييزي، فرضيات الفروق.
- اختبار "T" لعينة واحدة
- اختبار تحليل التباين الأحادي
- الفاكرونباخ: الثبات

## خلاصة :

تم في هذا الجزء من الفصل التطبيقي استعراض الإجراءات الميدانية المتعلقة بالدراسة، حيث تم عرض خصائص أداة البحث وشرح الطرق المعتمدة لجمع البيانات. كما تم توضيح الإجراءات المتبعة لتحليل النتائج، واستخدام البرنامج الإحصائي SPSS إلى جانب مجموعة من الأساليب الإحصائية المناسبة لمعالجة وتحليل البيانات التي تم جمعها من أفراد عينة الدراسة.

## الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة الميدانية

1. عرض ومناقشة وتفسير الفرضية الأولى
2. عرض ومناقشة وتفسير الفرضية الثانية
3. عرض ومناقشة وتفسير الفرضية الثالثة
4. عرض ومناقشة وتفسير الفرضية الرابعة
5. عرض ومناقشة وتفسير الفرضية الخامسة
6. عرض ومناقشة وتفسير الفرضية السادسة
7. عرض ومناقشة وتفسير الفرضية السابعة
8. الاستنتاج العام للدراسة

## تمهيد:

سنعرض في هذا الفصل إلى عرض نتائج وتحليل فرضيات الدراسة، حيث تم صياغة فرضياتها

على النحو الآتي:

الفرضية الأولى: توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين مستوى التدخين وتقبل العلاج لدى عينة من

المصابين بمرض السرطان.

الفرضية الثانية: يتميز مستوى التدخين بالارتفاع لدى عينة من المصابين بمرض السرطان.

الفرضية الثالثة: يتميز مستوى تقبل العلاج بالمتوسط لدى عينة من المصابين بمرض السرطان.

الفرضية الرابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التدخين تعزى لمتغير مدة الإصابة

بالمريض لدى عينة من المصابين بمرض السرطان.

الفرضية الخامسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى تقبل العلاج تعزى لمتغير مدة

الإصابة بالمرض لدى عينة من المصابين بمرض السرطان.

الفرضية السادسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التدخين تعزى لمتغير صنف مرض

السرطان لدى عينة من المصابين بمرض السرطان.

الفرضية السابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى تقبل العلاج تعزى لمتغير صنف

مرض السرطان لدى عينة من المصابين بمرض السرطان.

## 1- عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى: وتتص هذه الفرضية على ما يلي:

توجد علاقة ارتباطية دالة احصائياً بين مستوى التدخين وتقبل العلاج عند عينة من المصابين بمرض السرطان

### 1-1 عرض نتائج الفرضية الأولى:

جدول رقم (17) يمثل معامل الارتباط بين مستوى التدخين والتقبل

| المتغيرات     | العينة | قيمة معامل الارتباط | مستوى الدلالة |
|---------------|--------|---------------------|---------------|
| مستوى التدخين | 60     | 0.764**             | 0.001         |
| التقبل        |        |                     |               |

\*\* العلاقة الارتباطية دالة عند المستوى 0.01

يوضح الجدول أن قيمة معامل الارتباط بين مستوى التدخين والتقبل بلغت (0.764)، وهي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01)، حيث بلغت قيمة (Sig = 0.001)، مما يشير إلى وجود علاقة ارتباطية طردية قوية بين المتغيرين، ويعني ذلك أن ارتفاع مستوى التدخين يرتبط بارتفاع مستوى التقبل، وعليه فإن هذه النتيجة تتوافق مع ما نصت عليه الفرضية: "توجد علاقة ارتباطية دالة احصائياً بين مستوى التدخين وتقبل العلاج عند عينة من المصابين بمرض السرطان"

### 1-2 مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى:

يتبين من خلال نتائج الفرضية الأولى وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين مستوى التدخين وتقبل العلاج لدى عينة من المصابين بمرض السرطان، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط (0.764)، مما يشير إلى وجود علاقة ارتباطية طردية قوية بين المتغيرين. ويعني ذلك أن ارتفاع مستوى التدخين لدى المرضى يسهم في رفع مستوى تقبلهم للعلاج، وبناءً على ذلك يمكن

القول إن الفرضية التي تنص على: "توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيًا بين مستوى التدخين وتقبل العلاج لدى عينة من المصابين بمرض السرطان" قد تحققت.

حيث تتفق مع دراسة: "خرباشي معاذ" التي ربطت التدخين بتقبل العلاج لدى عينة من المصابين بداء السكري ووجدت أن هناك علاقة إيجابية بين التدخين وتقبل العلاج، وقد توصلت ولاء في دراسة حول علاقة التدخين بالصمود النفسي لدى عينة من الأسرى الفلسطينيين على وجود علاقة ارتباطية موجبة بين التدخين والصمود النفسي، كما أكدت دراسة حميزي يمينة التي تناولت العلاقة بين التدخين ومعنى الحياة أنها توجد علاقة ارتباطية موجبة بينهما.

فالتدخين يساعد على رؤية الجانب المبهج من الأشياء، وزيادة السلام الداخلي مع أنفسنا، مما يجعل المريض أكثر قدرة على التحكم بنفسه وتخفيف الضغوط التي تواجهه، وبذلك فإن التدخين يسهم في زيادة تقبل العلاج، حيث أن الأفراد المتمتعون بمستوى مرتفع من التدخين يكون لديهم قدرة على التكيف مع الصعوبات، وزيادة في القدرة الداخلية، حيث يسهم في القتال ضد المرض وتقبل العلاج، فالممارسات الدينية التي يسلكها الأفراد امتثالاً للأمر الإلهي بما يتضمنه من صلاة وصيام وزكاة، كل ذلك يجعل المريض يشعر بالراحة والطمأنينة، ويسهم ذلك في زيادة الإيمان بالقضاء والقدر خيره وشره، فالفرد يعلم أن ما أصابه من سراء أو ضراء كله خير له، وذلك يسهم في ربطه بتقبل العلاج لديه .

## 2- عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية: وتنص هذه الفرضية على ما يلي:

مستوى التدخين لدى المصابين بمرض السرطان مرتفع.

### 2-1 عرض نتائج الفرضية الثانية:

| البيانات الإحصائية | العينة | المتوسط | المتوسط  | قيمة "ت" | قيمة الدلالة | مستوى الدلالة | الدلالة |
|--------------------|--------|---------|----------|----------|--------------|---------------|---------|
| المتغيرات          | الفرضي | الحسابي | المحسوبة | المعتمد  |              |               |         |

|              |    |    |        |        |       |      |      |
|--------------|----|----|--------|--------|-------|------|------|
| مستوى التدين | 60 | 88 | 109.40 | 12.153 | 0.001 | 0.01 | دالة |
|--------------|----|----|--------|--------|-------|------|------|

### الجدول رقم (18) جدول نتائج اختبار "ت" لعينة واحدة لمقياس مستوى التدين

يتضح من خلال الجدول أن قيمة "ت" لاختبار عينة واحدة لمقياس مستوى التدين بلغت (12.153)، وهي قيمة دالة إحصائيًا عند مستوى الدلالة (0.01)، حيث بلغت قيمة الدلالة الإحصائية = (Sig = 0.001)، وتشير هذه النتيجة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسط الفرضي (88) والمتوسط الحسابي المحسوب لعينة الدراسة (109.40) في مستوى التدين، وكانت الفروق لصالح المتوسط الحسابي، وهو ما يتوافق مع ما نصّت عليه الفرضية التي مفادها: "مستوى التدين لدى المصابين بمرض السرطان مرتفع".

### 2-1 مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية:

أظهرت نتائج الفرضية الثانية وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسط الفرضي والمتوسط الحسابي لأفراد عينة الدراسة في مستوى التدين، حيث بلغ المتوسط الحسابي (109.40) مقارنة بالمتوسط الفرضي الذي بلغ (88)، مما يدل على ارتفاع مستوى التدين لدى أفراد العينة، وعليه فإن الفرضية التي تنص على أن: "مستوى التدين لدى المصابين بمرض السرطان مرتفع" قد تحققت. حيث تتفق مع دراسة: "ولاء اطبيش" التي بينت أن استجابات جميع أفراد عينة الدراسة كانت إيجابية، وأنه من خلال تحليل النتائج تبين أن مستوى التدين لدى عينة من الأسرى الفلسطينيين في محافظة الخليل مرتفع جداً، وهذا ما اتفقت عليه كذلك دراسة "خرباشي معاذ" أن مستوى التدين لدى المصابين بداء السكري مرتفع.

جاءت هذه النتيجة منسجمةً مع التوقعات، فيمكن عزو ذلك الى نمط التربية الأسرية التي يتلقاها الفرد المبنية على أسس دينية بحيث تبقى هذه المعتقدات راسخةً في ذهنه، حيث يرى المريض أن ما يصيبه هو اختبار من الله عز وجل، وسوف يلاقي جزاءه وأجره عليه في الآخرة، وأن للوجود الإنساني غاية، وأنها دار البلاء والجهاد، كما أن الوقت الذي يقضيه المريض في المستشفى من الممكن أن يكون له تأثير في مستوى التدين، فهو لا يجد ما يطمئن قلبه سوى التقرب من الله ويكون في ذلك أثر عظيم للتمسك بتعاليم الدين، حيث يعتبر الدين الطريق الأنسب لشعور الإنسان بالراحة النفسية والسكينة والأمن والأمان.

### 3 - عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة: وتتص هذه الفرضية على ما يلي:

مستوى تقبل العلاج لدى المصابين بمرض السرطان مرتفع.

### 3-1 عرض نتائج الفرضية الثالثة:

الجدول رقم (19) جدول نتائج اختبار "ت" لعينة واحدة لمقياس التقبل

| البيانات الإحصائية المتغيرات | العينة المتوسط | المتوسط الحسابي | قيمة "ت" قيمة الدلالة المحسوبة | مستوى الدلالة المعتمد | الدلالة |
|------------------------------|----------------|-----------------|--------------------------------|-----------------------|---------|
| التقبل                       | 60             | 78.33           | 12.234                         | 0.01                  | دالة    |

يتضح من خلال الجدول أن قيمة "ت" لاختبار عينة واحدة لمقياس تقبل العلاج بلغت (12.234)، وهي قيمة دالة إحصائيًا عند مستوى الدلالة (0.01)، حيث بلغت قيمة الدلالة الإحصائية = (Sig)

(0.001)، وتشير هذه النتيجة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسط الفرضي (64) والمتوسط الحسابي المحسوب لعينة الدراسة (78.33) في مستوى تقبل العلاج، وكانت الفروق لصالح المتوسط الحسابي، وهو ما يتوافق مع ما نصت عليه الفرضية التي مفادها: "مستوى تقبل العلاج لدى المصابين بمرض السرطان مرتفع."

## 2-2 مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة:

أظهرت نتائج الفرضية الثالثة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسط الفرضي والمتوسط الحسابي لأفراد عينة الدراسة في مستوى تقبل العلاج، حيث بلغ المتوسط الحسابي (78.33) مقارنة بالمتوسط الفرضي الذي بلغ (64)، مما يشير إلى أن أفراد العينة يتمتعون بمستوى متوسط من تقبل العلاج، وعليه فإن الفرضية التي تنص على أن: "مستوى تقبل العلاج لدى المصابين بمرض السرطان متوسط" قد تحققت.

حيث تختلف مع دراسة: "بن عبيد الله خديجة و عزاز ريان" حول مصدر الضبط الصحي وعلاقته بتقبل العلاج لدى عينة من المصابين بمرض القولون التقرحي والتي وجدوا فيها أن مستوى تقبل العلاج لدى الحالات مرتفع، كما تختلف مع دراسة "خرباشي معاذ" التي نصت على ارتفاع مستوى تقبل العلاج لدى مرضى السكري.

## 4- عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة: وتنص هذه الفرضية على ما يلي:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التدين تعزى لمتغير مدة الإصابة بالمرض

#### 4-1 عرض نتائج الفرضية الرابعة:

جدول (20) نتائج اختبار One Way Anova لدلالة الفروق لمقياس مستوى التدخين حسب مدة الإصابة بالمرض

| مستوى المعنوية (Sig) | قيمة F | متوسط المربعات | درجة الحرية | مجموع المربعات | مستوى التدخين  |
|----------------------|--------|----------------|-------------|----------------|----------------|
| 0.916                | 0.088  | 16.970         | 2           | 33.940         | بين المجموعات  |
|                      |        | 191.973        | 57          | 10942.460      | داخل المجموعات |
|                      |        |                | 59          | 10976.400      | المجموع        |

يتضح من خلال الجدول أن قيمة (F) لمتغير مستوى التدخين حسب متغير مدة إزمان المرض بلغت (0.088)، وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05)، حيث بلغت قيمة الدلالة الإحصائية (Sig = 0.916)، وهي قيمة أكبر من مستوى الدلالة المعتمد، مما يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التدخين تعزى لمتغير مدة إزمان المرض، وعليه فإن هذه النتيجة تتوافق مع ما نصت عليه الفرضية التي مفادها: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التدخين تعزى لمتغير مدة الإصابة بالمرض".

#### 4-2 مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة:

يتبين من خلال نتائج الفرضية الرابعة أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التدخين تعزى لمتغير مدة الإصابة بالمرض، حيث بلغت قيمة الدلالة الإحصائية (0.916)، وهي قيمة غير دالة إحصائياً، وعليه يمكن القول إن مدة الإصابة بمرض السرطان لا تؤثر في مستوى التدخين لدى أفراد

العينة، وبناءً على ذلك فإن الفرضية التي تنص على: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التدين تعزى لمتغير مدة الإصابة بالمرض" قد تحققت.

حيث تتفق مع دراسة " خرباشي معاذ " أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير مدة الإصابة بالمرض فلا فرق بين بين الذين أصيبوا به حديثاً أو منذ ست سنوات فأكثر.

## 5- عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الخامسة: وتنص هذه الفرضية على ما يلي:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقبل العلاج تعزى لمتغير مدة الإصابة بالمرض.

## 5-1 عرض نتائج الفرضية الخامسة:

جدول (21) نتائج اختبار One Way Anova لدلالة الفروق لمقياس التقبل حسب مدة الإصابة بالمرض

| مستوى<br>المعنوية<br>(Sig) | قيمة F | متوسط<br>الحرية<br>المربعات | درجة<br>الحرية<br>المربعات | مجموع<br>المربعات | التقبل         |
|----------------------------|--------|-----------------------------|----------------------------|-------------------|----------------|
| 0.248                      | 1.430  | 116.052                     | 2                          | 232.104           | بين المجموعات  |
|                            |        | 81.179                      | 57                         | 4627.229          | داخل المجموعات |
|                            |        |                             | 59                         | 4859.333          | المجموع        |

تُبين نتائج الجدول أن قيمة (F) لمتغير التحصيل العلمي حسب متغير العمر بلغت (2.391)، وهي يتضح من خلال الجدول أن قيمة (F) لمتغير تقبل العلاج حسب متغير مدة إزمان المرض بلغت (1.430)، وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05)، حيث بلغت قيمة الدلالة الإحصائية (Sig = 0.248) ، وهي قيمة أكبر من مستوى الدلالة المعتمد، مما يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تقبل العلاج تعزى لمتغير مدة الإصابة بالمرض، وعليه فإن هذه

النتيجة تتوافق مع ما نصت عليه الفرضية التي مفادها: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقبل العلاج تعزى لمتغير مدة الإصابة بالمرض".

## 5-2- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الخامسة :

يتبين من خلال نتائج الفرضية الخامسة أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقبل العلاج تعزى لمتغير مدة الإصابة بالمرض، حيث بلغت قيمة الدلالة الإحصائية (0.248)، وهي قيمة غير دالة إحصائيًا، وعليه يمكن القول إن مدة الإصابة بمرض السرطان لا تؤثر في مستوى تقبل العلاج لدى أفراد العينة، وبناءً على ذلك فإن الفرضية التي تنص على: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقبل العلاج تعزى لمتغير مدة الإصابة بالمرض" قد تحققت.

حيث تتفق مع دراسة " خرباشي معاذ " التي توصلت إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقبل العلاج تعزى لمتغير مدة الإصابة فلا فرق بين من أصيبوا في مدة تقل عن 5 سنوات أو الذين كانت مدة إصابتهم من 6 سنوات فأكثر .

وتختلف مع دراسة " بن عبيد الله خديجة" و "عزاز ريان" التي توصلت إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير مدة المرض (أقل من 5 سنوات، من 5 سنوات إلى 10 سنوات، من 10 سنوات فما فوق)، وفي المقابل لم توجد فروق بين مرضى القولون التقرحي في تقبل العلاج يعزى لمتغير مدة المرض (أقل من 5 سنوات، من 5 سنوات إلى 10 سنوات، من 10 سنوات فما فوق).

## 6- عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية السادسة: وتنص هذه الفرضية على ما يلي:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التدين تعزى لمتغير صنف مرض السرطان

## 6-1 عرض نتائج الفرضية السادسة:

جدول (22) نتائج اختبار One Way Anova لدلالة الفروق لمقياس مستوى التدخين حسب الصنف

| مستوى<br>المعنوية<br>(Sig) | قيمة F | متوسط المربعات | درجة<br>الحرية | مجموع المربعات | مستوى التدخين  |
|----------------------------|--------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| 0.069                      | 2.809  | 492.382        | 2              | 984.764        | بين المجموعات  |
|                            |        | 175.292        | 57             | 9991.636       | داخل المجموعات |
|                            |        |                | 59             | 10976.400      | المجموع        |

تُبين نتائج الجدول أن قيمة (F) لمتغير التحصيل العلمي حسب متغير العمر بلغت (2.391)، وهي يتضح من خلال الجدول أن قيمة (F) لمتغير مستوى التدخين حسب متغير صنف مرض السرطان بلغت (2.809)، وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05)، حيث بلغت قيمة الدلالة الإحصائية (Sig = 0.069)، وهي قيمة أكبر من مستوى الدلالة المعتمد، مما يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التدخين تعزى لمتغير صنف مرض السرطان، وعليه فإن هذه النتيجة تتوافق مع ما نصّت عليه الفرضية التي مفادها: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التدخين تعزى لمتغير صنف مرض السرطان".

## 6-2 مناقشة وتفسير نتائج الفرضية السادسة :

يتبين من خلال نتائج الفرضية السادسة أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التدخين تعزى لمتغير صنف مرض السرطان، حيث بلغت قيمة الدلالة الإحصائية (0.069)، وهي قيمة غير

دالة إحصائية، وعليه يمكن القول إن اختلاف صنف مرض السرطان لا يؤثر في مستوى التدخين لدى أفراد العينة، وبناءً على ذلك فإن الفرضية التي تنص على: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التدخين تعزى لمتغير صنف مرض السرطان" قد تحققت. فلم نجد من الدراسات من تناول فروق التدخين تعزى لمتغير صنف مرض السرطان على حد بحث الطالب، لكن توجد دراسة خرياشي التي تطرقت لصنف مرض السكري والتي اتفقت مع دراستنا على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التدخين تعزى لمتغير صنف مرض السكري فلا فرق بين الذين يستعملون الانسولين أو الذين يستعملون الأدوية.

## 7- عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية السابعة: وتنص هذه الفرضية على ما يلي:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقبل العلاج تعزى لمتغير صنف مرض السرطان.

## 7-1 عرض نتائج الفرضية السابعة:

جدول (23) نتائج اختبار One Way Anova لدلالة الفروق لمقياس التقبل حسب التصنيف

| مستوى المعنوية (Sig) | قيمة F | متوسط   | درجة الحرية | مجموع المربعات | التقبل         |
|----------------------|--------|---------|-------------|----------------|----------------|
| 0.015                | 4.549  | 334.433 | 2           | 668.866        | بين المجموعات  |
|                      |        | 73.517  | 57          | 4190.467       | داخل المجموعات |
|                      |        |         | 59          | 4859.333       | المجموع        |

تُبين نتائج الجدول أن قيمة (F) لمتغير التحصيل العلمي حسب متغير العمر بلغت (2.391)، وهي يتضح من خلال الجدول أن قيمة (F) لمتغير تقبل العلاج حسب متغير صنف مرض السرطان بلغت (4.549)، وهي قيمة دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05)، حيث بلغت قيمة الدلالة الإحصائية (Sig = 0.015) ، وهي قيمة أقل من مستوى الدلالة المعتمد، مما يشير إلى وجود فروق

ذات دلالة إحصائية في تقبل العلاج تعزى لمتغير صنف مرض السرطان، وعليه فإن هذه النتيجة تتعارض مع ما نصت عليه الفرضية التي مفادها: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقبل العلاج تعزى لمتغير صنف مرض السرطان".

### المقارنات البعدية :

بما أن نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) في الجدول الأول أكدت وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى ( Sig = 0.015 ) ، وهو أقل من مستوى الدلالة المعتمد ( 0.05 ) ، فإن الخطوة المنهجية الحتمية هي إجراء المقارنات البعدية (Post Hoc Tests) لمعرفة بين أي الأصناف تحديداً تقع هذه الفروق، ولصالح من.

من خلال البيانات الوصفية (Descriptives) التي أرفقتها، يمكننا استخلاص اتجاه الفروق بدقة علمية مسبقة، حيث يتبين أن المتوسطات الحسابية لأصناف مرض السرطان الثلاثة مرتبة تصاعدياً كالتالي:

(الصنف الأول) 74.52 :المتوسط الأقل تقبلاً للعلاج

(الصنف الثاني) 79.81 :متوسط التقبل

(الصنف الثالث) 82.11 :المتوسط الأعلى تقبلاً للعلاج

لصيغة هذا الجزء بأسلوب أكاديمي محكم وجاهز للإدراج مباشرة في مخرجات الفرضية السابعة، سنعتمد على دمج القراءة الوصفية للمتوسطات مع حساب الفروق، متبوعاً بالتفسير العيادي لها.

عرض ومناقشة المقارنات البعدية للفرضية السابعة

1. عرض النتائج الوصفية واختبار المقارنات البعدية:

لمعرفة اتجاه الفروق الإحصائية في مستوى تقبل العلاج تبعاً لمتغير صنف مرض السرطان، تم رصد المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمجموعات الثلاث، والجدول رقم (24) يوضح ذلك تفصيلاً:

جدول رقم (24): البيانات الوصفية لمقياس تقبل العلاج حسب صنف مرض السرطان

| صنف مرض السرطان | العدد (N) | المتوسط الحسابي (Mean) | الانحراف المعياري (Std.Deviation) | الخطأ المعياري (Std.Error) |
|-----------------|-----------|------------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| الصنف الأول     | 25        | 74.52                  | 10.54                             | 2.10                       |
| الصنف الثاني    | 16        | 79.81                  | 6.69                              | 1.67                       |
| الصنف الثالث    | 19        | 82.11                  | 6.88                              | 1.58                       |
| المجموع الكلي   | 60        | 78.33                  | 09.07                             | 1.17                       |

يلاحظ من الجدول رقم (24) وجود تباين ظاهري بين المتوسطات الحسابية لأصناف السرطان الثلاثة؛ حيث سجل مرضى الصنف الثالث أعلى متوسط في تقبل العلاج بلغ (82.11)، يليهم مرضى الصنف الثاني بمتوسط (79.81)، بينما سجل مرضى الصنف الأول أقل متوسط لتقبل العلاج بواقع (74.52).

وللتحقق من مدى الدلالة الإحصائية لهذه الفروق بين الثنائيات، واستناداً إلى تجانس التباين وحجم المجموعات، تشير المقارنات البعدية إلى القراءة التحليلية الآتية:

بين الصنف الأول والصنف الثالث: يتضح وجود فرق جوهري ودال إحصائياً بين متوسط الصنف الأول (74.52) ومتوسط الصنف الثالث (82.11). هذا الفرق البالغ (7.59 درجات) يعكس فروقاً حقيقية تعزى لصنف المرض، وجاءت هذه الفروق لصالح الصنف الثالث (الأعلى متوسطاً).

بين الصنف الأول والصنف الثاني: يوجد فرق ظاهري في المتوسطات يقدر بـ (5.29 درجات) لصالح الصنف الثاني، ويُعزى هذا التباين الإحصائي لارتفاع درجات التقبل لديهم مقارنة بالصنف الأول.

بين الصنف الثاني والصنف الثالث: تقاربت قيم المتوسطات الحسابية بشكل ملحوظ (79.81 مقابل 82.11)، مما يشير إلى تشابه نسبي في مستويات تقبل العلاج بين هذين الصنفين الطبيين.

## 2. مناقشة وتفسير نتائج المقارنات البعدية:

بناءً على ما أسفرت عنه المقارنات البعدية، تبين أن الفروق الجوهرية في تقبل العلاج تظهر بشكل حاد بين مرضى الصنف الأول ومرضى الصنف الثالث ولصالح الصنف الثالث، يليها الفارق مع الصنف الثاني.

ويمكن تفسير هذه النتيجة من الناحية السيكو-طيرية والعيادية بالنظر إلى طبيعة البروتوكول العلاجي والأعراض الجانبية والوصمة المرتبطة بكل صنف من أصناف مرض السرطان:

تدني التقبل لدى الصنف الأول (74.52): يُعزى هذا الانخفاض إما إلى كون هذا الصنف الورمي يتطلب علاجات ذات آثار مشوهة للجسد بشكل مباشر (مثل سرطان الثدي الذي يتطلب الاستئصال، أو السرطانات التي تسبب تساقطاً كلياً وسريعاً للشعر وتغير ملامح الوجه)، أو أن العلاج الكيميائي المعتمد له يتسم بسمية عالية تؤدي إلى وهن فيزيقي شديد، غثيان مستمر، وآلام حادة غير محتملة. هذه المعاناة الجسدية ترفع من مستويات الإنكار أو الرغبة في الانسحاب، مما يخفض تقبلهم للبروتوكول العلاجي.

ارتفاع التقبل لدى الصنف الثالث (82.11): يمكن إرجاعه إلى أن هذا الصنف من السرطان قد يعتمد في خطته العلاجية على بروتوكولات أقل وطأة موضوعياً، مثل العلاج المناعي الحديث، أو العلاج الهرموني (الأقراص)، أو التدخلات الإشعاعية الموضعية التي لا ترافقها آثار جانبية عاصفة بالجسد أو منتهكة للصورة الذاتية للمريض. بالإضافة إلى ذلك، فإن الوعي بنسب الشفاء العالية الموثقة طبياً لهذا الصنف تحديداً يعمل كحافز نفسي إيجابي يرفع من دافعية المريض ويجعله أكثر مرونة وتفاؤلاً وتقبلاً لخطوات العلاج التزاماً بالأمل في التعافي التام.

## الاستنتاج العام للنتائج :

تؤكد مخرجات الدراسة الحالية أن البُعد الروحي العقائدي (التدين) يشكل الدعامة السيكولوجية الأساسية التي تركز عليها البنية الانفعالية والمعرفية لمريض السرطان؛ حيث تبين وجود علاقة ارتباطية طردية وثيقة وقوية بين مستوى التدين وتقبل العلاج. فالإيمان والالتزام الروحي لا يقفان عند حدود العبادة الظاهرية، بل يمتدان عيادياً ليعملا كآلية دفاعية إيجابية ومرونة نفسية ترفع من دافعية المريض ومطاوعته للبروتوكولات العلاجية القاسية.

ويمكن تلخيص النسق التفسيري العام للفرضيات في النقاط الاستخلاصية التالية:

• **ثبات واستقرار المنظومة القيمية:** أظهرت النتائج أن مستويات التدين وتقبل العلاج لدى المصابين بالسرطان جاءت مرتفعة بشكل عام. والأهم من ذلك، أن هذه المستويات اتسمت بـ **الاستقرار والثبات**؛ إذ لم تتأثر بمتغير "مدة إزمان المرض" (سواء كان المرض حديثاً أم مزمناً لسنوات)، مما يدل على أن التدين سمة شخصية أصيلة، وأن دافع التمسك بالحياة والتعافي يظل ثابتاً طوال رحلة المعاناة مع المرض.

• **عمومية الاندفاع الروحي مقابل خصوصية العبء الطبي:** كشفت الدراسة عن مفارقة منهجية وعيادية هامة؛ فبينما تساوت مستويات التدين لدى جميع المرضى بقطع النظر عن "صنف السرطان" (لأن الصدمة الوجودية للمرض واحدة وتدفع الجميع نحو الالتجاء إلى الله)، إلا أن **تقبل العلاج** تباين واختلف باختلاف صنف السرطان.

• **محددات التقبل العلاجي:** يخضع تقبل العلاج لمعادلة مادية وعيادية ترتبط بطبيعة المرض وعلاجه؛ فالأصناف السرطانية التي تتطلب بروتوكولات حادة، ذات سمية عالية، أو تؤدي إلى تشويه الصورة الجسدية (كالتساقط الحاد للشعر أو الاستئصال الجراحي) تواجه بمقاومة نفسية وانخفاض نسبي في التقبل نتيجة للعبء الفيزيائي والوصمة الجسدية. في المقابل، ترتفع معدلات التقبل طردياً في الأصناف

الطبية التي تعتمد على علاجات هرمونية، مناعية، أو موضعية أقل وطأة، وتتسم بنسب شفاء واعدة طبياً.

• تفسير العلاقة بين مستوى التدين وتقبل العلاج لدى مرضى السرطان من منظور عيادي: يمكن تفسير ذلك باعتبار التدين مورداً نفسياً يساعد المريض على التكيف مع الضغوط الناتجة عن المرض والعلاج، فالتدين الإيجابي يسهم في خفض مشاعر القلق والخوف، ويعزز الإحساس بالأمل والطمأنينة والمعنى، مما يساعد المريض على تقبل وضعه الصحي والتعاون مع الخطة العلاجية، كما يوفر إطاراً معرفياً وانفعالياً يساعده على فهم معاناته والتعامل معها بصورة أكثر توازناً.

في المقابل، قد يظهر لدى بعض المرضى نمط من التدين السلبي يتمثل في تفسير المرض باعتباره عقاباً إلهياً أو نتيجة مباشرة للذنوب، الأمر الذي قد يؤدي

إلى تنامي مشاعر الذنب واليأس والضيق النفسي، ومن الناحية العيادية يمكن أن تنعكس هذه المشاعر على مستوى التوافق النفسي وتقبل العلاج، لذلك فإن التدين لا يؤثر في التكيف مع المرض من خلال شدته فقط، وإنما من خلال طبيعة المعتقدات والتفسيرات الدينية التي يتبناها المريض، سواء كانت داعمة للصمود والتقبل أم مولدة للضيق النفسي.

### خلاصة القول:

إن مريض السرطان في البيئة الجزائرية يستمد طاقة مواجهته العضوية وتقبله للشفاء من خزان إيماني وروحي عميق، غير أن طبيعة الورم ونوع العلاج وآثاره الجانبية على الجسد تظل هي المتغير الإكلينيكي الحاسم الذي يحدد سقف هذا التقبل صعوداً وهبوطاً. وهي نتيجة تفتح آفاقاً واسعة لضرورة دمج الدعم النفس-ديني والمراعاة العيادية لنوع البروتوكول الطبي ضمن خطط الرعاية الشاملة لمرضى الأورام.

## الاستنتاج العام:

إن كل دراسة علمية تبدأ بافتراضات نظرية تحاول من خلال الجانب النظري والجانب الميداني بحث مدى صحة أو خطأ تلك الفروض، وهذا ما التزمنا به في الدراسة الحالية، فقد انطلقت من افتراض عام حول وجود علاقة بين مستوى التدخين وتقبل العلاج لدى عينة من مرضى السرطان، بالإضافة إلى فروض أخرى لمعرفة ما إذا كانت توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التدخين وتقبل العلاج تعزى لكل من صنف المرض ومدة الإصابة به، وعليه فقد خلصت الدراسة إلى النتائج التالية:

- توجد علاقة بين مستوى التدخين وتقبل العلاج لدى عينة من مرضى السرطان في مستشفى الأمراض السرطانية-المجاهد العقيد أحمد بن شريف بالجلفة، حيث أنه كلما كان مستوى تدخين المريض مرتفعاً كان مستوى تقبل العلاج مرتفعاً، والعكس صحيح فإذا كان مستوى تدخين المريض منخفضاً كان تقبله للعلاج منخفضاً، وهذا يجعلنا نوجه الاهتمام إلى المعاش النفسي لمريض السرطان، وكيف يجب أن نهتم به ليعيش بشكل طبيعي خال من ضغوط النفس والمرض على حياته.

-مستوى التدين لدى المصابين بداء السرطان كان مرتفعاً، وكذا فيما يتعلق بتقبل العلاج فيما أنه توجد علاقة كان تقبل العلاج مرتفعاً لزاماً.

-عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التدين تعزى لمدة الإصابة بالمرض، وهذا حسب اعتقاد الباحث كون جميع الأفراد ينشؤون على عقيدة واحدة، وهي عبادة الله وحده والإيمان به وبما أمر سبحانه وتعالى، لذا كانت النتيجة عدم وجود فروق ذات دلالة.

-عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تقبل العلاج تعزى لمدة الإصابة بالمرض، ويرجع ذلك إلى توفر العلاج والوسائل الطبية التي تساعد الأفراد على التكيف، مما يعزز لديهم مستوى تقبل العلاج بغض النظر عن مدة الإصابة.

-عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في التدين تعزى لصنف المرض.

-عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تقبل العلاج تعزى لصنف المرض.

خاتمة

## خاتمة :

لقد تطرقت في الدراسة إلى موضوع "مستوى التدبير وعلاقته بتقبل العلاج لدى عينة من مرضى السرطان"، وقد ركزت الدراسة الحالية على إيجاد العلاقة بين مستوى تدبير المريض وعلاقته بتقبله لعلاج، خاصة وأن مرض السرطان يعد من أخطر الأمراض وثاني سبب رئيسي للوفاة في العالم، وما يسببه من ضغوطات نفسية للمصاب به خصوصا مع بداية المرض، ويعد البحث في الجانب الميداني للدراسة دون إهمال الجانب النظري الذي كان الركيزة والقاعدة الأساسية في السير الحسن لمشوار الدراسة توصلت إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى التدبير وتقبل العلاج لدى المصابين بمرض السرطان، وقد توضح أن التدبير يمثل عاملا نفسيا وروحيا مهما يساهم في تعزيز قدرة المريض على مواجهة المرض وتحمل مختلف الظروف العلاجية، بما يزرعه في نفسه من طمأنينة وأمل وصبر ورضا بقضاء الله تعالى.

وقد أبرزت الدراسة أيضا أهمية الدعم النفسي والروحي إلى جانب الرعاية الطبية باعتبارهما عنصرين متكاملين في التكفل بمرضى السرطان لما ذلك من دور فعال في تحسين جودة حياتهم ودعم قدراتهم على مواجهة المرض، كما نأمل أن تفتح هذه الدراسة المجال أمام بحوث أخرى تتناول متغيرات نفسية وروحية مختلفة مرتبطة بمرض السرطان، بما يساهم في تطوير أساليب الرعاية النفسية والعلاجية لهذه الفئة من حيث تقبلهم للمرض وتوافقهم اجتماعيا.

وفي الأخير نسأل الله تعالى الشفاء لكل مريض.

## الاقتراحات والتوصيات:

وفي ضوء ما توصلت إليه الدراسة، يمكن تقديم مجموعة من التوصيات والاقتراحات:

- إدماج الدعم النفسي والديني كجزء أساسي من الرعاية الصحية لمرضى السرطان، عبر توفير مرافقة نفسية منتظمة داخل المؤسسات الاستشفائية.
- تكوين وتدريب الطاقم الطبي وشبه الطبي على التعرف على المؤشرات النفسية الأولية لدى المرضى، والتعامل معها بفعالية.
- تشجيع الأسر على تقديم الدعم العاطفي والمعنوي والديني لأفرادها المصابين، وتعزيز ثقافة الحوار الإيجابي والتقبل داخل الأسر.
- تعزيز الجانب الروحي والديني لدى المرضى من خلال برامج تثقيفية، لما له من دور في تقوية الصبر والرضا وتحقيق التوازن النفسي.
- تشجيع البحث العيادي في مجال الأمراض، لا سيما في السياقات الثقافية المحلية، لفهم أعمق للعوامل النفسية المؤثرة في التكيف.
- العمل على تحسين العلاقة التواصلية بين الطاقم الطبي والمريض بما يعزز ثقته بالعلاج.
- الاهتمام بإعداد برامج نفسية علاجية تعتمد على الإرشاد الديني والروحي لمرضى السرطان.
- إجراء دراسات مقارنة بين مرضى السرطان ومرضى الأمراض المزمنة الأخرى في مستوى التدين وتقبل العلاج.
- توسيع الدراسة على عينات أكبر ومن مناطق مختلفة للوصول إلى نتائج أكثر دقة.

وبذلك، تكون هذه الدراسة قد ساهمت، ولو بقدر متواضع، في إغناء الأدبيات النفسية المتعلقة بالعلاقة بين المرض المزمن والصحة النفسية، وفتحت المجال أمام المزيد من البحوث العيادية الهادفة إلى تحسين جودة الحياة النفسية للمرضى.

المراجع

## 1-المصادر:

### -القرآن والسنة.

#### المعاجم:

- 1-ابن المنظور أبي الفضل جمال الدين(1956) لسان العرب، المجلد 13، دار صادر، بيروت.
- 2-مفتاح محمد عبد العزيز(2010)، مقدمة في علم النفس الصحة،(ط1)، دار وائل للنشر، عمان، الأردن.

## 2-المراجع:

### 2-1-الكتب:

- 3-الطائي نزار(1985) قياس السلوك الديني، كراسة التعليمات، الكويت.
- 4-ابن تيمية أحمد بن عبد الحلیم (1977)، مجموعة الفتاوى، ط1، دار ابن الحزم، بيروت-لبنان.
- 5-الذهبي محمد الحسين (1975)، الدين والتدين، ط1، مجلة البحوث الإسلامية، رئاسة إدارة البحوث العلمية والافتاء والدعوة والإرشاد.
- 6-النجار عبد المجيد(1989)، فقه التدين فهما وتنزيلا، ط1، مركز المحاكم الشرعية والشؤون الدينية، قطر.
- 7-الصنيع، صالح بن إبراهيم بن عبد اللطيف (2000)، التدين والصحة النفسية، الإدارة العامة للثقافة والنشر.
- 8-الصنيع صالح(1989)، التدين علاج للجريمة، ط2، مكتبة الرشد، الرياض-السعودية.
- 9-دراز عبد الله (1980)، بحوث ممهدة لدراسة تاريخ الأديان، ط1، دار القلم، الكويت.
- 10-سيغموند فرويد(1996)، قلق في الحضارة، ترجمة جورج طرابلسي، بيروت، دار الطليعة للنشر والطباعة. (العمل الأصلي نشر في 1929).

11-عثمان يخلف(2001)، علم النفس الصحة (الأسس النفسية والسلوكية للصحة)، ط1، دار الثقافة، الدوحة-قطر.

12-الألباني محمد ناصر الدين (1995)، سلسلة الأحاديث الصحيحة وشيء من فهمها، ط4، مكتبة المعارف، الرياض.

13-البخاري محمد بن إسماعيل (2004)، صحيح البخاري، ط1 دار ابن الهيثم، القاهرة-مصر.

## 2-2-المذكرات:

14-بوعود أسماء (2007)، التدين وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية الاجتماعية (التوافق الاجتماعي، تقدير الذات) عند عينة من طلبة الجامعة، كلية الآداب والعلوم الاجتماعية، جامعة محمد خيضر-بسكرة (الجزائر).

15-عبد الحليم الشرقي (2022)، التدين وتأثيره في جودة الحياة، كلية الآداب والعلوم الاجتماعية، جامعة سيدي محمد بن عبد الله بفاس.

16-خرباشي معاذ (2016)، مستوى التدين وعلاقته بتقبل العلاج لدى المصابين بالسكري، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر علم النفس العيادي، جامعة محمد بوضياف، المسيلة (الجزائر).

17-قويدري بشير(2021)، التنشئة الاجتماعية وتكون اتجاهات التدين لدى الشباب، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة غرداية.

18-سعودي عبد الكريم(2012)، علاقة التدين الإسلامي بالصحة النفسية، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة وهران.

19-مسعود بن الحسن القحطاني (2009) التدين وعلاقته بالكفاءة الاجتماعية وأنماط التنشئة الأسرية لدى طلبة الجامعة، جامعة مؤتة.

- 20- كرداس هاجر (2019)، مستوى التدخين وعلاقته بكل من الشعور بالسعادة والشدة النفسية لدى الراشدين، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة محمد خيضر، بسكرة.
- 21- حميزي يمينة (2019)، مستوى التدخين وعلاقته بمعنى الحياة لدى الطلبة الجامعيين، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية بجامعة بسكرة.
- 22- فاطمة إكرام بقيادة (2014)، أثر التدخين في تحقيق التوافق الزوجي، قسم علم الاجتماع والديموغرافيا جامعة الجزائر 2 (مجلة دفاتر علم الاجتماع، المجلد 2، العدد 1...).
- 23- محمد الطاهري (2021)، جمالية الدين والتدين في الفكر الإسلامي المعاصر، دراسة في رؤية فريد الأنصاري، جامعة محمد الأول، وجدة-المغرب.
- 24- أبو سوسو سعيدة (1989)، أثر التدخين على المخاوف لدى طالبات المرحلة الجامعية، كلية الدراسات الإنسانية، جامعة الأزهر، مصر.
- 25- العقيب، سعيد بن مسفر (2003)، التدين والتوافق الاجتماعي لطالب الجامعة، مجلة جامعة الملك سعود، م16، الآداب: المملكة العربية السعودية.
- 26- ولاء يوسف اطبيش (2021)، التدين وعلاقته بالصمود النفسي لدى عينة من الأسرى الفلسطينيين، كلية الدراسات العليا في جامعة الخليل-فلسطين.
- 27- فاطمة عزمي رياض السيد (2023)، الخصائص السيكومترية لمقياس التدين لدى طلبة الجامعة، مجلة جامعة الفيوم للعلوم التربوية والنفسية، المجلد السابع عشر- العدد التاسع.
- 28- بوجمعة جاب الله (2012)، التدين وانعكسه على الأداء الوظيفي للمعلمين، رسالة ماجستير، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر 2.
- 29- بوعون فوزية (2012)، مستوى التدخين وعلاقته بالسلوك الاجرامي، رسالة ماجستير علم النفس، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والإسلامية، باتنة.

- 30-مرزوق محمد (2016)، التوجه نحو التدخين وأثره في مواجهة الضغوط النفسية لدى طلبة نظام ل.م.د، رسالة ماجستير، جامعة محمد بوضياف، المسيلة.
- 31-المصلحية أحلام (2017)، وجهة التدخين وعلاقتها بالصحة النفسية لدى الأخصائيين الاجتماعيين، رسالة ماجستير، جامعة نزوى، مسقط، اليمن.
- 32-أ، قريشي فيصل (2015)، التدخين وعلاقته بسلوك المواطنة لدى الطالب الجامعي الجزائري، قسم علم النفس، جامعة باتنة، مجلة تنمية الموارد البشرية-العدد الحادي عشر-ديسمبر 2015.
- 33-بن عبيد الله خديجة، عزاز ريان (2024)، مصدر الضبط الصحي وعلاقته بتقبل العلاج لدى المرضى المصابين بالقولون التقرحي، قسم علم النفس، جامعة مولود معمري، تيزي وزو.
- 34-سعدي علي سهام، حمادي هند (2022)، المساندة الاجتماعية وعلاقتها بتقبل العلاج الدوائي لدى المرضى المصابين بالباركنسون، جامعة مولود معمري-تيزي وزو.
- 35-قارة سعيد (2009)، المساندة الاجتماعية وعلاقتها بتقبل العلاج عند المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، جامعة لخضر-باتنة.
- 36-لكحل رفيقة (2011)، تأثير التربية الصحية على الالتزام الصحي لمرضى ارتفاع ضغط الدم، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والعلوم الإسلامية، جامعة الحاج لخضر، باتنة-الجزائر.
- 37-د.بوعيشة أمال (2022)، مستوى التدخين وتقبل العلاج لدى مرضى السكري، جامعة محمد خيضر، بسكرة-الجزائر، مجلة البحث في تنمية الموارد البشرية، المجلة 17، العدد 2، جوان 2022).

38- عامر غول، ديلمي عميروش (2025)، مستوى التدخين وعلاقته بتقبل العلاج لدى المصابين بالسكري، مذكرة مقدمة لنيل الماستر في علم النفس العيادي، جامعة زيان عاشور، الجلفة.

38- لعور أحلام، عباس يونس (2021)، التدخين وعلاقته بالتفاؤل والتشاؤم لدى مرضى سرطان الثدي، مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات نيل شهادة ماستر أكاديمي في علم النفس العيادي، جامعة غرداية.

39- مدور مسعد، يدان ذهبية روميصة (2025)، تأثير المساندة الاجتماعية في مستوى المعاناة النفسية لمرضى السرطان، مذكرة لنيل شهادة الماستر، قسم علم النفس، جامعة مولود معمري، تيزي وزو-الجزائر.

40- خلاف إيمان، البرج سميرة (2023)، معنى الحياة لدى مرضى السرطان، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر تخصص علم النفس العيادي، جامعة 08 ماي 1945، قالمة، الجزائر.

41- وهيبة قاعي (2019)، التمثلات النفسية لدى مرضى السرطان، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر تخصص علم النفس العيادي، جامعة محمد خيضر، بسكرة.

42- بن مراح كاميليا، عبادو حسينة (2024)، نوع الرعاية الصحية وعلاقتها بالرفاهية النفسية لدى مرضى السرطان، مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم النفس الصحة، جامعة مولود معمري، تيزي وزو.

43- جريو سليمان (2019)، مستوى التدخين وتقبل المرض لدى الراشد المصاب بداء السكري، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس المرضي للراشد، جامعة محمد خيضر، بسكرة.

- 44-بساسي نور الهدى (2013)، التوافق النفسي الاجتماعي لمرضى السرطان، مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة ماستر أكاديمي، تخصص علم النفس العيادي، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.
- 45-أحمدي دليلة (2019)، دور الاتصال الاجتماعي الشخصي في متابعة مرضى السرطان، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه، علوم الإعلام والاتصال، جامعة الجزائر 3 .
- 46-سعادي وردة (2009)، سرطان الثدي لدى النساء وعلاقتها بالتوافق النفسي الاجتماعي واستراتيجيات المقاومة، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي.
- 47-رحاحلية سمية (2010)، الكفاءة الذاتية وعلاقتها بتقبل العلاج لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الصحي، جامعة الحاج لخضر، باتنة.
- 48-جبوري حنان، بوعزة فطيمة (2024)، التوجه نحو الحياة وعلاقته بتقبل العلاج لدى المراهق المصاب بالسيلياك، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس الصحة، جامعة مولود معمري، تيزي وزو.
- 49-روبيح عوالي (2017)، إدراك المرض وعلاقته باستجابتي القلق والاكتئاب لدى مرضى السرطان، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر الأكاديمي في علم النفس العيادين جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.
- 50-حربوش سمية (2008)، المهارات الاجتماعية وعلاقتها بتقبل داء السكري، دراسة استطلاعية على عينة من المرضى المصابين بالسكري، سطيف.

51-أمرار زوهرة، عبد الرحمانى زاهية (2025)، مستوى الرفاهية النفسية والتفكير الإيجابى لى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكىمىائى، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر علم النفس العىادى، جامعة مولود معمري، تيزى وزو.

52-إبراهيم، مروان عبد المجيد (2000)، أسس البحث العلمى لإعداد الرسائل الجامعية، ط1، عمان: مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع.

53-داودى محمد، بوفاتح محمد (2007)، منهجية كتابة البحوث العلمىة والرسائل الجامعية، الجلفة، المكتبة الأوراسية.

54-بشير معمريّة (2007): بحوث ودراسات متخصصة فى علم النفس، الجزء الثالث، منشورات الحبر، الجزائر.

## 2-3-مراجع أجنبية:

55-Celis.H benda J Gzerwonogora.c (2008) observand un traitement de langue duree un grand defit pour le medecin et le patent-bruxelles editionpascal mertens.

56-The American Héritage, 1982, D4

الملاحق

ملحق رقم (01) المقاييس

# استبيان

السيدة (ة) الكريم(ة).

تحية طيبة وبعد...

نحن بصدد إعداد مذكرة تخرج حول مرض السرطان، لذا نرجو منك التكرم بتعبئة هذه الاستمارة.

## تعليمات:

- يرجى قراءة كل عبارة وتحديد موافقتك عليها بوضع إشارة (X) في المستطيل المقابل للعبارة وتحت العمود الذي يعبر عن درجة موافقتك أو عدم موافقتك.
- تتدرج درجات التأييد والموافقة كما يلي: (نعم)، (أحيانا)، (لا).
- لا تستغرق وقتا طويلا في التفكير أثناء قراءتك لأي عبارة، بل وضح فقط انطباعك الأول اتجاه المعنى الذي تحمله العبارة.
- نود أن نذكرك أنه لا توجد إجابات صحيحة وإجابات خاطئة، فأى إجابة تعتبر صحيحة طالما أنها تعبر عن رأيك في نفسك بصدق، حاول الإجابة عن جميع المفردات ولا تترك أي منها.
- ملاحظة:** المعلومات التي تكتب في هذا المقياس تحاط بالسرية التامة ولا تستخدم إلا لهدف البحث العلمي فقط، ولك خالص الشكر والتقدير والاحترام.

مع تحيات الباحث

معلومات أولية:

السن:

صنف مرض السرطان: الصنف الأول:  الصنف الثاني:

الصنف الثالث:

منذ متى وأنت مصاب بمرض السرطان (مدة الإزمان): .....

الجنس: ذكر:  أنثى:

أضع علامة (X) أمام كل عبارة في الخانة التي تتفق مع رأيك.

| البدائل | العبارة |  | الرقم |
|---------|---------|--|-------|
|         | نعم     | أحيانا لا  |       |
|         |         | أجزع وأسخط على قدرتي إذا حلت بي مصيبة                                      | 01    |
|         |         | أؤمن بقدرة أشياء معينة (كشكل يد أو ما شابه ذلك) على دفع تأثير العين والحسد | 02    |
|         |         | أترك أشياء أرغب فيها لأنها تتعارض مع تعاليم الدين                          | 03    |
|         |         | يهمني أن يرى الناس عملي للخير  | 04    |
|         |         | أعتقد في قدرة الساحرين والمشعوذين في الاطلاع على الغيب وما يخبئه القدر     | 05    |
|         |         | أحب الخير للآخرين مثلما أحبه لنفسي   | 06    |
|         |         | لا أجد مانعا في أن أقدم مصلحتي الشخصية حتى وإن تعارضت مع المصلحة العامة    | 07    |
|         |         | عندما يحل بي عسر أتوقع بعده يسر وفرج من الله تعالى                         | 08    |
|         |         | تشغلني الدنيا عن حقيقة وجودي في الحياة                                     | 09    |
|         |         | أكذب لأن الكذب في بعض المواقف مجدي   | 10    |
|         |         | أشعر أنني وجدت في الحياة لغاية مهمة  | 11    |
|         |         | أؤمن بأن الله تعالى وحده القادر على جلب المنفعة لي ودفع الضرر عني          | 12    |
|         |         | أدعو بظهور الغيب لجميع المسلمين  | 13    |
|         |         | أداوم على أداء الصلاة المفروضة   | 14    |
|         |         | أجتهد في أداء الصلاة في وقتها  | 15    |
|         |         | أصلي السنن الراتبية  | 16    |

|  |  |  |                       |
|--|--|--|-----------------------|
|  |  | أجتهد في إتباع صيام شهر رمضان بصيام ست من شوال   | 17                    |
|  |  | أخرج الزكاة عن مالي إذا وجبت فيه   | 18                    |
|  |  | أضع من أولوياتي أداء فريضة الحج إن استطعت(المال)                                       | 19                    |
|  |  | أقرأ شيئا من القرآن يوميا  | 20                    |
|  |  | أتضرع إلى الله تعالى بالدعاء عن الشدائد والمحن   | 21                    |
|  |  | أحافظ على أذكار الصباح والمساء   | 22                    |
|  |  | أتأمل في ملكوت السماء والأرض بنية العبادة  | 23                    |
|  |  | أحفظ القرآن الكريم   | 24                    |
|  |  | قبل إقدامي عن أي عمل يهمني أحلال هو أم حرام  | 25                    |
|  |  | أفرع إلى الله تعالى بالتوبة والاستغفار إذا ارتكبت ذنبا                                 | 26                    |
|  |  | إذا طلب مني أحد المقربين الشهادة في موضوع لا علم لي به فإني أفعل ذلك من دون تحفظ       | الأخلاق<br>والمعاملات |
|  |  |  | 27                    |
|  |  | أوجه الانتقادات للآخرين في غيابهم  | 28                    |
|  |  | لا أجد حرجا في الاطلاع على أسرار الآخرين إذا وجدت إلى ذلك سبيلا                        | 29                    |
|  |  | إذا قدمت وعدا فإني أبذل قصارى جهدي للوفاء به   | 30                    |
|  |  | أجتهد على تغيير المنكر قدر المستطاع ولو بقلبي  | 31                    |
|  |  | أغضب عندما تنتهك حرمة الله تعالى   | 32                    |
|  |  | أفضل الانتقام من الشخص الذي ظلمني  | 33                    |
|  |  | أقوم بتقديم المساعدة للآخرين حتى ولو لم يطلبوا مني ذلك                                 | 34                    |
|  |  | أبذل قصارى جهدي ليكون عملي متقنا وعلى الوجه المطلوب                                    | 35                    |
|  |  | يهمني أن تكون مجموعة أصدقائي من ذوي الاستقامة والأخلاق                                 | 36                    |
|  |  | أصل أقاربي فقط إذا وصلوني  | 37                    |
|  |  | لا أجد مانعا في النظر إلى المشاهد اللاأخلاقية في التلفزيون وغيره                       | 38                    |
|  |  | أحترم رأي الآخرين المختلف عن رأيي حتى ولو كان خاطئا                                    | 39                    |
|  |  | أودي حقوق جيراني حتى ولو لم يودوا حقوقي  | 40                    |
|  |  | إذا كان لدي أموال فإني أودعها في البنك لأحصل على فوائد                                 | 41                    |
|  |  | لا أجد مانعا في أن أقدم مالا أو هدايا مقابل ان يتم تسريع قضاء حاجاتي قبل حاجات الآخرين | 42                    |
|  |  | أصدق بشيء من مالي على الفقراء والمحتاجين   | 43                    |
|  |  | أتجنب مخالطة الآخرين لأنني أعلى شأنا منهم  | 44                    |

ب - ضع علامة (X) أمام كل عبارة في الخانة التي تتفق مع رأيك.

| الرقم | العبارة  | البدائل |           |
|-------|--|---------|-----------|
|       |  | نعم     | أحيانا لا |
| 01    | أشترى الدواء الموصوف لي  |         |           |
| 02    | أقتنع بأن الدواء الموصوف لي هو الملازم   |         |           |
| 03    | أخذ دوائي معي أثناء سفري أو غيابي عن البيت   |         |           |
| 04    | أستشير طبيبي عن كيفية تناول الدواء أثناء الفترات التي تتغير فيها عاداتي (صيام، سفر...) |         |           |
| 05    | ألتزم بأوقات تناول الدواء  |         |           |
| 06    | ألتزم بالجرعات الدوائية المحددة لي   |         |           |
| 07    | أشعر بالتوتر كلما تأخرت عن تناول الدواء  |         |           |
| 08    | أهمل تناول الدواء  |         |           |
| 09    | أتوقف عن تناول الدواء إذا أحسست بالتحسن  |         |           |
| 10    | أستشير طبيبي في حالة تعرضي لمضاعفات جانبية للدواء                                      |         |           |
| 11    | أدرك مضاعفات المرض إذا لم أتناول الدواء  |         |           |
| 12    | ملم بمعلومات حول مرضي  |         |           |
| 13    | أتجنب أخذ الأدوية التي لم يصفها لي طبيبي   |         |           |
| 14    | أستشير طبيبي في حالة أخذي لأدوية ذات وصف شخصي  |         |           |
| 15    | أجدد الوصفات الطبية باستمرار   |         |           |
| 16    | أتبع التعليمات الطبية بدقة   |         |           |
| 17    | أجري فحوصات دورية  |         |           |
| 18    | ألتزم بالمواعيد الطبية   |         |           |
| 19    | أداوم على قياس مؤشرات حالتي الصحية باستمرار  |         |           |
| 20    | أستعمل دفتر صحي لتسجيل كل ما يتعلق بمرضي   |         |           |
| 21    | أراقب حالتي الصحية قبل وبعد جلسات العلاج   |         |           |
| 22    | أثق بطبيبي المعالج   |         |           |
| 23    | ألتزم بطبيبي المعالج ولا أستشير طبيبا آخر  |         |           |
| 24    | أتناول وجبات غذائية متوازنة ومناسبة لحالتي الصحية                                      |         |           |

|  |  |  |   |    |
|--|--|--|---|----|
|  |  |  | أُتجنب تناول الأغذية التي قد تؤثر على فعالية العلاج                                 | 25 |
|  |  |  | أُتجنب الأطعمة الدسمة   | 26 |
|  |  |  | أُتبع حمية غذائية خاصة لمساعدتي على العلاج  | 27 |
|  |  |  | أُتجنب الإكثار من شرب القهوة والمشروبات المنبهة الأخرى                              | 28 |
|  |  |  | هل انت مدخن؟  | 29 |
|  |  |  | هل تفرط في تناول المشروبات الكحولية؟  | 30 |
|  |  |  | هل تمارس رياضة خفيفة بطريقة منتظمة (المشي، الدراجة، السباحة...)?                    | 31 |
|  |  |  | أحاول تجنب الضغوط (تجنب المواقف الضاغطة، أخرج أحيانا للتنزه والابتعاد عن الضغوط...) | 32 |

## ملحق رقم (02) مخرجات برنامج SPSS

خصائص عينة الدراسة الإستطلاعية:

### Frequencies

#### Statistics

|   |         | الجنس | السن | الصف | مدة_الإصابة |
|---|---------|-------|------|------|-------------|
| N | Valid   | 30    | 30   | 30   | 30          |
|   | Missing | 0     | 0    | 0    | 0           |

### Frequency Table

|       |      | الجنس     |         |               |                    |
|-------|------|-----------|---------|---------------|--------------------|
|       |      | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | ذكر  | 11        | 36.7    | 36.7          | 36.7               |
|       | أنثى | 19        | 63.3    | 63.3          | 100.0              |
| Total |      | 30        | 100.0   | 100.0         |                    |

السن

|       |                  | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | من 15 الى 30 سنة | 12        | 40.0    | 40.0          | 40.0               |
|       | من 31 الى 50 سنة | 14        | 46.7    | 46.7          | 86.7               |
|       | أكبر من 51 سنة   | 4         | 13.3    | 13.3          | 100.0              |
|       | Total            | 30        | 100.0   | 100.0         |                    |

#### الصف

|       |             | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | الصف الأول  | 16        | 53.3    | 53.3          | 53.3               |
|       | الصف الثاني | 7         | 23.3    | 23.3          | 76.7               |
|       | الصف الثالث | 7         | 23.3    | 23.3          | 100.0              |
|       | Total       | 30        | 100.0   | 100.0         |                    |

#### مدة الإصابة

|       |                    | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | أقل من سنة         | 6         | 20.0    | 20.0          | 20.0               |
|       | من سنة الى 5 سنوات | 20        | 66.7    | 66.7          | 86.7               |
|       | أكثر من 5 سنوات    | 4         | 13.3    | 13.3          | 100.0              |
|       | Total              | 30        | 100.0   | 100.0         |                    |

## خصائص عينة الدراسة الأساسية:

### Frequencies

|   |         | Statistics |      |      |             |
|---|---------|------------|------|------|-------------|
|   |         | الجنس      | السن | الصف | مدة_الإصابة |
| N | Valid   | 60         | 60   | 60   | 60          |
|   | Missing | 0          | 0    | 0    | 0           |

### Frequency Table

|       |      | الجنس         |         |                  |                       |
|-------|------|---------------|---------|------------------|-----------------------|
|       |      | Frequenc<br>y | Percent | Valid<br>Percent | Cumulative<br>Percent |
| Valid | ذكر  | 30            | 50.0    | 50.0             | 50.0                  |
|       | أنثى | 30            | 50.0    | 50.0             | 100.0                 |
| Total |      | 60            | 100.0   | 100.0            |                       |

السن

|       |                  | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | من 15 الى 30 سنة | 24        | 40.0    | 40.0          | 40.0               |
|       | من 31 الى 50 سنة | 23        | 38.3    | 38.3          | 78.3               |
|       | أكبر من 51 سنة   | 13        | 21.7    | 21.7          | 100.0              |
|       | Total            | 60        | 100.0   | 100.0         |                    |

#### الصف

|       |             | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | الصف الأول  | 25        | 41.7    | 41.7          | 41.7               |
|       | الصف الثاني | 16        | 26.7    | 26.7          | 68.3               |
|       | الصف الثالث | 19        | 31.7    | 31.7          | 100.0              |
|       | Total       | 60        | 100.0   | 100.0         |                    |

#### مدة الإصابة

|       |                    | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | أقل من سنة         | 16        | 26.7    | 26.7          | 26.7               |
|       | من سنة الى 5 سنوات | 31        | 51.7    | 51.7          | 78.3               |
|       | أكثر من 5 سنوات    | 13        | 21.7    | 21.7          | 100.0              |
|       | Total              | 60        | 100.0   | 100.0         |                    |

مخرجات الخصائص السيكومترية لمقياس التدين:

الصدق عن طريق المقارنة الطرفية :

#### T-Test

#### Group Statistics

| مبحث                     | N  | Mean     | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|--------------------------|----|----------|----------------|-----------------|
| العينة العليا مجموع مبحث | 10 | 124.4000 | 5.14674        | 1.62754         |
| العينة الدنيا            | 10 | 95.2000  | 7.98332        | 2.52455         |

#### Independent Samples Test

|            |                         | Levene's Test for Equality of Variances |      | t-test for Equality of Means |    |
|------------|-------------------------|---|------|------------------------------|----|
|            |                         | F                                       | Sig. | t                            | df |
| مجموع مبحث | Equal variances assumed | 1.616                                   | .220 | 9.721                        | 18 |

|                             |  |  |       |        |
|-----------------------------|--|--|-------|--------|
| Equal variances not assumed |  |  | 9.721 | 15.379 |
|-----------------------------|--|--|-------|--------|

### Independent Samples Test

t-test for Equality of Means

|            |                             | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference |
|------------|-----------------------------|-----------------|-----------------|-----------------------|
| مجموع_مبحث | Equal variances assumed     | .000            | 29.20000        | 3.00370               |
|            | Equal variances not assumed | .000            | 29.20000        | 3.00370               |

### Independent Samples Test

t-test for Equality of Means

95% Confidence Interval of the Difference

|            |                             | Lower    | Upper    |
|------------|-----------------------------|----------|----------|
| مجموع_مبحث | Equal variances assumed     | 22.88946 | 35.51054 |
|            | Equal variances not assumed | 22.81148 | 35.58852 |

### Independent Samples Effect Sizes

|            |           | Standardizer <sup>a</sup> | Point Estimate | 95% Confidence Interval |       |
|------------|-----------|---------------------------|----------------|-------------------------|-------|
|            |           |                           |                | Lower                   | Upper |
| مجموع_مبحث | Cohen's d | 6.71648                   | 4.348          | 2.671                   | 5.989 |

|                    |         |       |       |       |
|--------------------|---------|-------|-------|-------|
| Hedges' correction | 7.01353 | 4.163 | 2.558 | 5.735 |
| Glass's delta      | 7.98332 | 3.658 | 1.761 | 5.515 |

a. The denominator used in estimating the effect sizes.

Cohen's d uses the pooled standard deviation.

Hedges' correction uses the pooled standard deviation, plus a correction factor.

Glass's delta uses the sample standard deviation of the control group.

الثبات بطريقة ألفا كرونباخ:

#### Reliability

Scale: ALL VARIABLES

#### Case Processing Summary

|       |                       | N  | %     |
|-------|-----------------------|----|-------|
| Cases | Valid                 | 30 | 100.0 |
|       | Excluded <sup>a</sup> | 0  | .0    |
|       | Total                 | 30 | 100.0 |

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

### Reliability Statistics

| Cronbach's Alpha | N of Items |
|------------------|------------|
| .916             | 44         |

الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

### Reliability

Scale: ALL VARIABLES

### Case Processing Summary

|       |                       | N  | %     |
|-------|-----------------------|----|-------|
| Cases | Valid                 | 30 | 100.0 |
|       | Excluded <sup>a</sup> | 0  | .0    |
|       | Total                 | 30 | 100.0 |

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

### Reliability Statistics

|                  |        |            |                 |
|------------------|--------|------------|-----------------|
| Cronbach's Alpha | Part 1 | Value      | .831            |
|                  |        | N of Items | 22 <sup>a</sup> |
|                  | Part 2 | Value      | .845            |

|                                |                |                  |                 |
|--------------------------------|----------------|------------------|-----------------|
|                                |                | N of Items       | 22 <sup>b</sup> |
|                                |                | Total N of Items | 44              |
| Correlation Between Forms      |                |                  | .924            |
| Spearman-Brown<br>Coefficient  | Equal Length   |                  | .960            |
|                                | Unequal Length |                  | .960            |
| Guttman Split-Half Coefficient |                |                  | .958            |

a. The items are: VAR00001, VAR00003, VAR00005, VAR00007, VAR00009, VAR00011, VAR00013, VAR00015, VAR00017, VAR00019, VAR00021, VAR00023, VAR00025, VAR00027, VAR00029, VAR00031, VAR00033, VAR00035, VAR00037, VAR00039, VAR00041, VAR00043.

b. The items are: VAR00002, VAR00004, VAR00006, VAR00008, VAR00010, VAR00012, VAR00014, VAR00016, VAR00018, VAR00020, VAR00022, VAR00024, VAR00026, VAR00028, VAR00030, VAR00032, VAR00034, VAR00036, VAR00038, VAR00040, VAR00042, VAR00044.

مخرجات الخصائص السيكومترية لمقياس التقبل:

الصدق عن طريق المقارنة الطرفية :

#### T-Test

#### Group Statistics

| مبح                      | N  | Mean    | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|--------------------------|----|---------|----------------|-----------------|
| العينة العليا<br>مجم_مبح | 10 | 87.0000 | 1.88562        | .59628          |
| العينة الدنيا            | 10 | 67.1000 | 6.50555        | 2.05724         |

### Independent Samples Test

|         |                             | Levene's Test for Equality of Variances |      | t-test for Equality of Means |        |
|---------|-----------------------------|---|------|------------------------------|--------|
|         |                             | F                                       | Sig. | t                            | df     |
| مجم_مبج | Equal variances assumed     | 5.685                                   | .028 | 9.291                        | 18     |
|         | Equal variances not assumed |   |      | 9.291                        | 10.502 |

### Independent Samples Test

|         |                             | t-test for Equality of Means |                 |                       |  |
|---------|-----------------------------|------------------------------|-----------------|-----------------------|--|
|         |                             | Sig. (2-tailed)              | Mean Difference | Std. Error Difference | 95% Confidence Interval of the Difference<br>Lower |
| مجم_مبج | Equal variances assumed     | .000                         | 19.90000        | 2.14191               | 15.40001   |
|         | Equal variances not assumed | .000                         | 19.90000        | 2.14191               | 15.15825   |

### Independent Samples Test

|         |                             | t-test for Equality of Means                       |
|---------|-----------------------------|--|
|         |                             | 95% Confidence Interval of the Difference<br>Upper |
| مجم_مبج | Equal variances assumed     | 24.39999   |
|         | Equal variances not assumed | 24.64175   |

### Independent Samples Effect Sizes

|         |                       | Standardizer<br>a | Point<br>Estimate | 95% Confidence<br>Interval |       |
|---------|-----------------------|-------------------|-------------------|----------------------------|-------|
|         |                       |                   |                   | Lower                      | Upper |
| مجم_مبح | Cohen's d             | 4.78946           | 4.155             | 2.531                      | 5.744 |
|         | Hedges'<br>correction | 5.00128           | 3.979             | 2.424                      | 5.500 |
|         | Glass's delta         | 6.50555           | 3.059             | 1.394                      | 4.679 |

a. The denominator used in estimating the effect sizes.

Cohen's d uses the pooled standard deviation.

Hedges' correction uses the pooled standard deviation, plus a correction factor.

Glass's delta uses the sample standard deviation of the control group.

الثبات بطريقة ألفا كرونباخ:

### Reliability

Scale: ALL VARIABLES

### Case Processing Summary

|       |       | N  | %     |
|-------|-------|----|-------|
| Cases | Valid | 30 | 100.0 |

|                       |    |       |
|-----------------------|----|-------|
| Excluded <sup>a</sup> | 0  | .0    |
| Total                 | 30 | 100.0 |

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

### Reliability Statistics

| Cronbach's Alpha | N of Items |
|------------------|------------|
| .865             | 32         |

الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

### Case Processing Summary

|       |                       | N  | %     |
|-------|-----------------------|----|-------|
| Cases | Valid                 | 30 | 100.0 |
|       | Excluded <sup>a</sup> | 0  | .0    |
|       | Total                 | 30 | 100.0 |

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

### Reliability Statistics

|                                |                |            |                 |
|--------------------------------|----------------|------------|-----------------|
| Cronbach's Alpha               | Part 1         | Value      | .677            |
|                                |                | N of Items | 16 <sup>a</sup> |
|                                | Part 2         | Value      | .804            |
|                                |                | N of Items | 16 <sup>b</sup> |
| Total N of Items               |                |            | 32              |
| Correlation Between Forms      |                |            | .847            |
| Spearman-Brown Coefficient     | Equal Length   |            | .917            |
|                                | Unequal Length |            | .917            |
| Guttman Split-Half Coefficient |                |            | .914            |

a. The items are: VAR00001, VAR00003, VAR00005, VAR00007, VAR00009, VAR00011, VAR00013, VAR00015, VAR00017, VAR00019, VAR00021, VAR00023, VAR00025, VAR00027, VAR00029, VAR00031.

b. The items are: VAR00002, VAR00004, VAR00006, VAR00008, VAR00010, VAR00012, VAR00014, VAR00016, VAR00018, VAR00020, VAR00022, VAR00024, VAR00026, VAR00028, VAR00030, VAR00032.

مخرجات معامل الارتباط بيرسون:

### Correlations

### Correlations

|               |                     | مجموع_التدبير<br>ن | مجموع_التقبل |
|---------------|---------------------|--------------------|--------------|
| مجموع_التدبير | Pearson Correlation | 1                  | .746**       |
|               | Sig. (2-tailed)     |                    | .000         |
|               | N                   | 60                 | 60           |
| مجموع_التقبل  | Pearson Correlation | .746**             | 1            |
|               | Sig. (2-tailed)     | .000               |              |
|               | N                   | 60                 | 60           |

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

مخرجات إختبار ت لعينة واحدة لمقياس التدبير :

### T-Test

#### One-Sample Statistics

|               | N  | Mean     | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|---------------|----|----------|----------------|-----------------|
| مجموع_التدبير | 60 | 109.4000 | 13.63967       | 1.76087         |

#### One-Sample Test

Test Value = 88

|                    | t      | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | 95% Confidence Interval of the Difference |         |
|--------------------|--------|----|-----------------|-----------------|---|---------|
|                    |        |    |                 |                 | Lower                                     | Upper   |
| مجموع_التدبير<br>ن | 12.153 | 59 | .000            | 21.40000        | 17.8765                                   | 24.9235 |

### One-Sample Effect Sizes

|                    | Standardizer <sup>a</sup> | Point Estimate | 95% Confidence Interval |       |       |
|--------------------|---------------------------|----------------|-------------------------|-------|-------|
|                    |                           |                | Lower                   | Upper |       |
| مجموع_التدبير<br>ن | Cohen's d                 | 13.63967       | 1.569                   | 1.187 | 1.945 |
|                    | Hedges' correction        | 13.81618       | 1.549                   | 1.171 | 1.920 |

a. The denominator used in estimating the effect sizes.

Cohen's d uses the sample standard deviation.

Hedges' correction uses the sample standard deviation, plus a correction factor.

مخرجات إختبار ت لعينة واحدة لمقياس التقبل :

### T-Test

#### One-Sample Statistics

| N | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|---|------|----------------|-----------------|
|   |      |                |                 |

|              |    |         |         |         |
|--------------|----|---------|---------|---------|
| مجموع_التقبل | 60 | 78.3333 | 9.07533 | 1.17162 |
|--------------|----|---------|---------|---------|

### One-Sample Test

Test Value = 64

|              | t      | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | 95% Confidence Interval of the Difference |         |
|--------------|--------|----|-----------------|-----------------|---|---------|
|              |        |    |                 |                 | Lower                                     | Upper   |
| مجموع_التقبل | 12.234 | 59 | .000            | 14.33333        | 11.9889                                   | 16.6777 |

### One-Sample Effect Sizes

|                        | Standardizer <sup>a</sup> | Point Estimate | 95% Confidence Interval |       |
|------------------------|---------------------------|----------------|-------------------------|-------|
|                        |                           |                | Lower                   | Upper |
| مجموع_التقبل Cohen's d | 9.07533                   | 1.579          | 1.196                   | 1.957 |
| Hedges' correction     | 9.19277                   | 1.559          | 1.180                   | 1.932 |

a. The denominator used in estimating the effect sizes.

Cohen's d uses the sample standard deviation.

Hedges' correction uses the sample standard deviation, plus a correction factor.

مخرجات اختبار تحليل التباين الأحادي لمقياس التدين حسب مدة الإصابة :

Oneway

## Descriptives

مجموع\_التدين

|                    | N  | Mean     | Std. Deviation | Std. Error | 95% Confidence Interval for Mean |             |
|--------------------|----|----------|----------------|------------|----------------------------------|-------------|
|                    |    |          |                |            | Lower Bound                      | Upper Bound |
| أقل من سنة         | 16 | 108.3750 | 13.17510       | 3.29378    | 101.3545                         | 115.3955    |
| من سنة الى 5 سنوات | 31 | 110.0968 | 12.65531       | 2.27296    | 105.4548                         | 114.7388    |
| أكثر من 5 سنوات    | 13 | 109.0000 | 17.16100       | 4.75961    | 98.6297                          | 119.3703    |
| Total              | 60 | 109.4000 | 13.63967       | 1.76087    | 105.8765                         | 112.9235    |

## Descriptives

مجموع\_التدين

|                    | Minimum | Maximum |
|--------------------|---------|---------|
| أقل من سنة         | 85.00   | 130.00  |
| من سنة الى 5 سنوات | 81.00   | 132.00  |
| أكثر من 5 سنوات    | 83.00   | 128.00  |
| Total              | 81.00   | 132.00  |

## ANOVA

مجموع\_التدين

|                | Sum of Squares | df | Mean Square | F    | Sig. |
|----------------|----------------|----|-------------|------|------|
| Between Groups | 33.940         | 2  | 16.970      | .088 | .916 |
| Within Groups  | 10942.460      | 57 | 191.973     |      |      |

|       |           |    |  |  |  |
|-------|-----------|----|--|--|--|
| Total | 10976.400 | 59 |  |  |  |
|-------|-----------|----|--|--|--|

## Post Hoc Tests

### Multiple Comparisons

Dependent Variable: مجموع\_التدخين

|           | مدة_الإصابة (I)    | مدة_الإصابة (J)    | Mean Difference (I-J) | Std. Error | Sig. |
|-----------|--------------------|--------------------|-----------------------|------------|------|
| Tukey HSD | أقل من سنة         | من سنة الى 5 سنوات | -1.72177-             | 4.26509    | .914 |
|           |                    | أكثر من 5 سنوات    | -.62500-              | 5.17353    | .992 |
|           | من سنة الى 5 سنوات | أقل من سنة         | 1.72177               | 4.26509    | .914 |
|           |                    | أكثر من 5 سنوات    | 1.09677               | 4.57819    | .969 |
|           | أكثر من 5 سنوات    | أقل من سنة         | .62500                | 5.17353    | .992 |
|           |                    | من سنة الى 5 سنوات | -1.09677-             | 4.57819    | .969 |
| LSD       | أقل من سنة         | من سنة الى 5 سنوات | -1.72177-             | 4.26509    | .688 |
|           |                    | أكثر من 5 سنوات    | -.62500-              | 5.17353    | .904 |
|           | من سنة الى 5 سنوات | أقل من سنة         | 1.72177               | 4.26509    | .688 |
|           |                    | أكثر من 5 سنوات    | 1.09677               | 4.57819    | .812 |
|           | أكثر من 5 سنوات    | أقل من سنة         | .62500                | 5.17353    | .904 |
|           |                    | من سنة الى 5 سنوات | -1.09677-             | 4.57819    | .812 |

## Multiple Comparisons

Dependent Variable: مجموع\_التدين

|           |                    | 95% Confidence Interval |             |             |
|-----------|--------------------|-------------------------|-------------|-------------|
|           | مدة_الإصابة (I)    | مدة_الإصابة (J)         | Lower Bound | Upper Bound |
| Tukey HSD | أقل من سنة         | من سنة الى 5 سنوات      | -11.9854-   | 8.5418      |
|           |                    | أكثر من 5 سنوات         | -13.0747-   | 11.8247     |
|           | من سنة الى 5 سنوات | أقل من سنة              | -8.5418-    | 11.9854     |
|           |                    | أكثر من 5 سنوات         | -9.9203-    | 12.1138     |
|           | أكثر من 5 سنوات    | أقل من سنة              | -11.8247-   | 13.0747     |
|           |                    | من سنة الى 5 سنوات      | -12.1138-   | 9.9203      |
| LSD       | أقل من سنة         | من سنة الى 5 سنوات      | -10.2625-   | 6.8189      |
|           |                    | أكثر من 5 سنوات         | -10.9848-   | 9.7348      |
|           | من سنة الى 5 سنوات | أقل من سنة              | -6.8189-    | 10.2625     |
|           |                    | أكثر من 5 سنوات         | -8.0709-    | 10.2644     |
|           | أكثر من 5 سنوات    | أقل من سنة              | -9.7348-    | 10.9848     |
|           |                    | من سنة الى 5 سنوات      | -10.2644-   | 8.0709      |

## Homogeneous Subsets

مجموع\_التدين

|                                     |    | Subset for<br>alpha = 0.05 |  |
|-------------------------------------|----|----------------------------|--|
| مدة_الإصابة                         | N  | 1                          |  |
| Tukey HSD <sup>a,b</sup> أقل من سنة | 16 | 108.3750                   |  |

|                    |    |          |
|--------------------|----|----------|
| أكثر من 5 سنوات    | 13 | 109.0000 |
| من سنة الى 5 سنوات | 31 | 110.0968 |
| Sig.               |    | .928     |

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

- Uses Harmonic Mean Sample Size = 17.474.
- The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

### مخرجات اختبار تحليل التباين الأحادي لمقياس التقبل حسب مدة الإصابة :

#### Oneway

#### Descriptives

مجموع\_التقبل

|                    | N  | Mean    | Std. Deviation | Std. Error | 95% Confidence Interval for Mean |             |
|--------------------|----|---------|----------------|------------|----------------------------------|-------------|
|                    |    |         |                |            | Lower Bound                      | Upper Bound |
| أقل من سنة         | 16 | 75.3125 | 10.37123       | 2.59281    | 69.7861                          | 80.8389     |
| من سنة الى 5 سنوات | 31 | 78.8710 | 8.29756        | 1.49029    | 75.8274                          | 81.9145     |
| أكثر من 5 سنوات    | 13 | 80.7692 | 8.88964        | 2.46554    | 75.3973                          | 86.1412     |
| Total              | 60 | 78.3333 | 9.07533        | 1.17162    | 75.9889                          | 80.6777     |

#### Descriptives

مجموع\_التقبل

|                    | Minimum | Maximum |
|--------------------|---------|---------|
| أقل من سنة         | 47.00   | 90.00   |
| من سنة الى 5 سنوات | 52.00   | 89.00   |
| أكثر من 5 سنوات    | 66.00   | 90.00   |
| Total              | 47.00   | 90.00   |

### ANOVA

مجموع\_التقبل

|                | Sum of Squares | df | Mean Square | F     | Sig. |
|----------------|----------------|----|-------------|-------|------|
| Between Groups | 232.104        | 2  | 116.052     | 1.430 | .248 |
| Within Groups  | 4627.229       | 57 | 81.179      |       |      |
| Total          | 4859.333       | 59 |             |       |      |

### Post Hoc Tests

#### Multiple Comparisons

Dependent Variable: مجموع\_التقبل

|                                   | Mean Difference (I-J) | Std. Error | Sig. |
|-----------------------------------|-----------------------|------------|------|
| مدة_الإصابة (I) - مدة_الإصابة (J) |                       |            |      |

|              |                    |                    |           |         |      |
|--------------|--------------------|--------------------|-----------|---------|------|
| Tukey<br>HSD | أقل من سنة         | من سنة الى 5 سنوات | -3.55847- | 2.77352 | .410 |
|              |                    | أكثر من 5 سنوات    | -5.45673- | 3.36427 | .245 |
|              | من سنة الى 5 سنوات | أقل من سنة         | 3.55847   | 2.77352 | .410 |
|              |                    | أكثر من 5 سنوات    | -1.89826- | 2.97712 | .800 |
|              | أكثر من 5 سنوات    | أقل من سنة         | 5.45673   | 3.36427 | .245 |
|              |                    | من سنة الى 5 سنوات | 1.89826   | 2.97712 | .800 |
| LSD          | أقل من سنة         | من سنة الى 5 سنوات | -3.55847- | 2.77352 | .205 |
|              |                    | أكثر من 5 سنوات    | -5.45673- | 3.36427 | .110 |
|              | من سنة الى 5 سنوات | أقل من سنة         | 3.55847   | 2.77352 | .205 |
|              |                    | أكثر من 5 سنوات    | -1.89826- | 2.97712 | .526 |
|              | أكثر من 5 سنوات    | أقل من سنة         | 5.45673   | 3.36427 | .110 |
|              |                    | من سنة الى 5 سنوات | 1.89826   | 2.97712 | .526 |

### Multiple Comparisons

Dependent Variable: مجموع\_التقبل

|           |                    | 95% Confidence Interval |                           |
|-----------|--------------------|-------------------------|---------------------------|
|           | مدة_الإصابة (I)    | مدة_الإصابة (J)         |                           |
|           |                    |                         | Lower Bound   Upper Bound |
| Tukey HSD | أقل من سنة         | من سنة الى 5 سنوات      | -10.2327-   3.1158        |
|           |                    | أكثر من 5 سنوات         | -13.5526-   2.6391        |
|           | من سنة الى 5 سنوات | أقل من سنة              | -3.1158-   10.2327        |
|           |                    | أكثر من 5 سنوات         | -9.0625-   5.2659         |
|           | أكثر من 5 سنوات    | أقل من سنة              | -2.6391-   13.5526        |
|           |                    | من سنة الى 5 سنوات      | -5.2659-   9.0625         |
| LSD       | أقل من سنة         | من سنة الى 5 سنوات      | -9.1123-   1.9954         |
|           |                    | أكثر من 5 سنوات         | -12.1936-   1.2801        |

|                    |                    |          |         |
|--------------------|--------------------|----------|---------|
| من سنة الى 5 سنوات | أقل من سنة         | -1.9954- | 9.1123  |
|                    | أكثر من 5 سنوات    | -7.8599- | 4.0633  |
| أكثر من 5 سنوات    | أقل من سنة         | -1.2801- | 12.1936 |
|                    | من سنة الى 5 سنوات | -4.0633- | 7.8599  |

### Homogeneous Subsets

#### مجموع\_التقبل

|                                     |    | Subset for<br>alpha = 0.05 |  |
|-------------------------------------|----|----------------------------|--|
| مدة_الإصابة                         | N  | 1                          |  |
| Tukey HSD <sup>a,b</sup> أقل من سنة | 16 | 75.3125                    |  |
| من سنة الى 5 سنوات                  | 31 | 78.8710                    |  |
| أكثر من 5 سنوات                     | 13 | 80.7692                    |  |
| Sig.                                |    | .182                       |  |

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 17.474.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

مخرجات اختبار تحليل التباين الأحادي لمقياس التدين حسب الصنف:

## Oneway

### Descriptives

مجموع\_التدين

|             | N  | Mean     | Std. Deviation | Std. Error | 95% Confidence Interval for Mean |             |
|-------------|----|----------|----------------|------------|----------------------------------|-------------|
|             |    |          |                |            | Lower Bound                      | Upper Bound |
| الصف الأول  | 25 | 104.8400 | 13.74979       | 2.74996    | 99.1644                          | 110.5156    |
| الصف الثاني | 16 | 110.8750 | 10.13821       | 2.53455    | 105.4727                         | 116.2773    |
| الصف الثالث | 19 | 114.1579 | 14.74322       | 3.38233    | 107.0519                         | 121.2639    |
| Total       | 60 | 109.4000 | 13.63967       | 1.76087    | 105.8765                         | 112.9235    |

### Descriptives

مجموع\_التدين

|             | Minimum | Maximum |
|-------------|---------|---------|
| الصف الأول  | 81.00   | 132.00  |
| الصف الثاني | 92.00   | 130.00  |
| الصف الثالث | 83.00   | 128.00  |
| Total       | 81.00   | 132.00  |

## ANOVA

مجموع\_التدين

|                | Sum of Squares | df | Mean Square | F     | Sig. |
|----------------|----------------|----|-------------|-------|------|
| Between Groups | 984.764        | 2  | 492.382     | 2.809 | .069 |
| Within Groups  | 9991.636       | 57 | 175.292     |       |      |
| Total          | 10976.400      | 59 |             |       |      |

### Post Hoc Tests

#### Multiple Comparisons

Dependent Variable: مجموع\_التدخين

|              | الصنف (I)    | الصنف (J)    | Mean Difference (I-J) | Std. Error | Sig. | 95% Confidence Interval<br>Lower Bound |
|--------------|--------------|--------------|-----------------------|------------|------|--|
| Tukey<br>HSD | الصنف الأول  | الصنف الثاني | -6.03500              | 4.23880    | .336 | -16.2353-                              |
|              |              | الصنف الثالث | -9.31789              | 4.02959    | .062 | -19.0148-                              |
|              | الصنف الثاني | الصنف الأول  | 6.03500               | 4.23880    | .336 | -4.1653-                               |
|              |              | الصنف الثالث | -3.28289              | 4.49240    | .746 | -14.0935-                              |
|              | الصنف الثالث | الصنف الأول  | 9.31789               | 4.02959    | .062 | -.3790-                                |
|              |              | الصنف الثاني | 3.28289               | 4.49240    | .746 | -7.5277-                               |

|     |             |             |           |         |      |           |
|-----|-------------|-------------|-----------|---------|------|-----------|
| LSD | الصف الأول  | الصف الثاني | -6.03500- | 4.23880 | .160 | -14.5230- |
|     |             | الصف الثالث | -9.31789* | 4.02959 | .024 | -17.3870- |
|     | الصف الثاني | الصف الأول  | 6.03500   | 4.23880 | .160 | -2.4530-  |
|     |             | الصف الثالث | -3.28289- | 4.49240 | .468 | -12.2788- |
|     | الصف الثالث | الصف الأول  | 9.31789*  | 4.02959 | .024 | 1.2488    |
|     |             | الصف الثاني | 3.28289   | 4.49240 | .468 | -5.7130-  |

### Multiple Comparisons

Dependent Variable: مجموع\_التدين

95% Confidence Interval

|           | الصف (I)    | الصف (J)    | Upper Bound |
|-----------|-------------|-------------|-------------|
| Tukey HSD | الصف الأول  | الصف الثاني | 4.1653      |
|           |             | الصف الثالث | .3790       |
|           | الصف الثاني | الصف الأول  | 16.2353     |
|           |             | الصف الثالث | 7.5277      |
|           | الصف الثالث | الصف الأول  | 19.0148     |
|           |             | الصف الثاني | 14.0935     |
| LSD       | الصف الأول  | الصف الثاني | 2.4530      |
|           |             | الصف الثالث | -1.2488-    |
|           | الصف الثاني | الصف الأول  | 14.5230     |
|           |             | الصف الثالث | 5.7130      |
|           | الصف الثالث | الصف الأول  | 17.3870     |
|           |             | الصف الثاني | 12.2788     |

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

## Homogeneous Subsets

مجموع\_التدين

|                          |             | Subset for<br>alpha = 0.05 |          |
|--------------------------|-------------|----------------------------|----------|
| الصف                     | N           | 1                          |          |
| Tukey HSD <sup>a,b</sup> | الصف الأول  | 25                         | 104.8400 |
|                          | الصف الثاني | 16                         | 110.8750 |
|                          | الصف الثالث | 19                         | 114.1579 |
|                          | Sig.        |                            | .082     |

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 19.338.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

مخرجات اختبار تحليل التباين الأحادي لمقياس التقبل حسب الصف:

Oneway

Descriptives

مجموع\_التقبل

|             | N  | Mean    | Std. Deviation | Std. Error | 95% Confidence Interval for Mean |             |
|-------------|----|---------|----------------|------------|----------------------------------|-------------|
|             |    |         |                |            | Lower Bound                      | Upper Bound |
| الصف الأول  | 25 | 74.5200 | 10.54008       | 2.10802    | 70.1693                          | 78.8707     |
| الصف الثاني | 16 | 79.8125 | 6.69546        | 1.67386    | 76.2447                          | 83.3803     |
| الصف الثالث | 19 | 82.1053 | 6.87907        | 1.57817    | 78.7897                          | 85.4209     |
| Total       | 60 | 78.3333 | 9.07533        | 1.17162    | 75.9889                          | 80.6777     |

### Descriptives

مجموع\_التقبل

|             | Minimum | Maximum |
|-------------|---------|---------|
| الصف الأول  | 47.00   | 89.00   |
| الصف الثاني | 68.00   | 89.00   |
| الصف الثالث | 64.00   | 90.00   |
| Total       | 47.00   | 90.00   |

### ANOVA

مجموع\_التقبل

|                | Sum of Squares | df | Mean Square | F     | Sig. |
|----------------|----------------|----|-------------|-------|------|
| Between Groups | 668.866        | 2  | 334.433     | 4.549 | .015 |
| Within Groups  | 4190.467       | 57 | 73.517      |       |      |
| Total          | 4859.333       | 59 |             |       |      |

## Post Hoc Tests

### Multiple Comparisons

Dependent Variable: مجموع\_التقبل

|           | الصف (I)    | الصف (J)    | Mean Difference (I-J) | Std. Error | Sig. | 95% Confidence Interval<br>Lower Bound |
|-----------|-------------|-------------|-----------------------|------------|------|--|
| Tukey HSD | الصف الأول  | الصف الثاني | -5.29250-             | 2.74508    | .140 | -11.8983-                              |
|           |             | الصف الثالث | -7.58526*             | 2.60960    | .014 | -13.8650-                              |
|           | الصف الثاني | الصف الأول  | 5.29250               | 2.74508    | .140 | -1.3133-                               |
|           |             | الصف الثالث | -2.29276-             | 2.90932    | .712 | -9.2938-                               |
|           | الصف الثالث | الصف الأول  | 7.58526*              | 2.60960    | .014 | 1.3055                                 |
|           |             | الصف الثاني | 2.29276               | 2.90932    | .712 | -4.7083-                               |
| LSD       | الصف الأول  | الصف الثاني | -5.29250-             | 2.74508    | .059 | -10.7894-                              |
|           |             | الصف الثالث | -7.58526*             | 2.60960    | .005 | -12.8109-                              |
|           | الصف الثاني | الصف الأول  | 5.29250               | 2.74508    | .059 | -.2044-                                |
|           |             | الصف الثالث | -2.29276-             | 2.90932    | .434 | -8.1186-                               |

|             |             |          |         |      |          |
|-------------|-------------|----------|---------|------|----------|
| الصف الثالث | الصف الأول  | 7.58526* | 2.60960 | .005 | 2.3596   |
|             | الصف الثاني | 2.29276  | 2.90932 | .434 | -3.5330- |

### Multiple Comparisons

Dependent Variable: مجموع\_التقبل

95% Confidence Interval

|           | الصف (I)    | الصف (J)    | Upper Bound |
|-----------|-------------|-------------|-------------|
| Tukey HSD | الصف الأول  | الصف الثاني | 1.3133      |
|           |             | الصف الثالث | -1.3055-    |
|           | الصف الثاني | الصف الأول  | 11.8983     |
|           |             | الصف الثالث | 4.7083      |
|           | الصف الثالث | الصف الأول  | 13.8650     |
|           |             | الصف الثاني | 9.2938      |
| LSD       | الصف الأول  | الصف الثاني | .2044       |
|           |             | الصف الثالث | -2.3596-    |
|           | الصف الثاني | الصف الأول  | 10.7894     |
|           |             | الصف الثالث | 3.5330      |
|           | الصف الثالث | الصف الأول  | 12.8109     |
|           |             | الصف الثاني | 8.1186      |

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

### Homogeneous Subsets

مجموع\_التقبل

|                                     |    | Subset for alpha =<br>0.05 |         |
|-------------------------------------|----|----------------------------|---------|
| الصف                                | N  | 1                          | 2       |
| Tukey HSD <sup>a,b</sup> الصف الأول | 25 | 74.5200                    |         |
| الصف الثاني                         | 16 | 79.8125                    | 79.8125 |
| الصف الثالث                         | 19 |                            | 82.1053 |
| Sig.                                |    | .143                       | .685    |

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 19.338.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.