دور سمات الشخصية في التنبؤ بالعلاقة بين المرونة النفسية ونوعية الحياة الصحية لدى مرضى أورام القولون والمستقيم السرطاني

شيماء محمد عبد المجيد جاد الله(*) **إيمان أسامة إبراهيم** (**)

ملخص

تهدف الدراسة الراهنة إلى الكشف عن الدور المنبئ لكل من سمات الشخصية في العلاقة بين المرونة النفسية ونوعية الحياة لدى مرضى أورام القولون السرطانية، كما تهدف إلى فحص مصفوفة العلاقات الارتباطية الجوهرية بين مكونات متغيرات الدراسة وبين بعضها بعضًا، والكشف عن الفروق الجوهرية بين عينات الدراسة وفقًا لمتغيري العمر والنوع، وبين بعضها بعضًا. بلغت عينة الدراسة ١٧٠ مريضًا ومريضة أورام القولون والمستقيم (متوسط العمر ٣٤.٧١ سنة، وانحراف معياري ١٥.١١ سنة). وبيّنت نتائج الدراسة: وجود علاقة عكسية بين العصابية والمرونة النفسية، علاقة طردية بين كل من الانسجام ويقظة الضمير وبين المرونة النفسية لديهم، ووجود علاقة طردية بين العصابية وتدني نوعية الحياة لدى مرضى أورام القولون والمستقيم. ومن حيث **النوع**: وجود فروق دالة بين الجنسين من المرضى في الانبساطية في اتجاه الإناث، ووجود فروق ذات دلالة بين الجنسين في الانفتاح في اتجاه الذكور، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في بُعدي نوعية الحياة (المجال الوظيفي وأداء الأدوار، الصحة الوجدانية) في اتجاه الإناث. ومن حيث **العمر**: توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس المرونة النفسية في اتجاه المرضى الأقل من ٣٠ سنة. ويعد بُعد يقظة الضمير هو أكثر المتغيرات تأثيرًا وتنبؤًا بالمرونة النفسية بنسبة (١٦.٣٪)، وكلما ارتفع بُعد العصابية كان مؤشرًا لانخفاض نوعية الحياة لدى مرضى الأورام القولون– المستقيم.

الكلمات المفتاحية: سمات الشخصية، المرونة النفسية، نوعية الحياة، أورام القولون والمستقيم، النوع، العمر.

(**) مدرس علم النفس - كلية الآداب - جامعة المنيا

(*)أستاذ علم النفس المساعد - كلية الآداب - جامعة الوادي الجديد

Personality traits as predictors of the relationship between psychological resilience and health-related quality of life in adult patients with colorectal cancer

Shimaa M. Gad Allah(*) **Iman Osama Ibrahim**(**)

Abstract:

The current study aims to reveal the predictive role of each personality trait in the relationship between psychological resilience and quality of life in patients with colorectal cancer. It also aims to examine the matrix of essential correlations between the components of the study variables and each other, and to reveal essential differences between the study samples according to the variables of age and gender, and between each other. The study sample consisted of 170 male and female colorectal cancer patients (mean age 34.71 years, standard deviation 15.11 years). The results of the study showed: an inverse relationship between neuroticism and psychological resilience, a direct relationship between both agreeableness and conscientiousness and psychological resilience, and a direct relationship between neuroticism and poor quality of life in colorectal cancer patients. Gender: Significant differences were found between the sexes of patients in extroversion, with females being more likely to be affected, and significant differences were found between the sexes in openness, with males being more likely to be affected. There were statistically significant differences between the sexes in the two dimensions of quality of life (functional domain and role performance, emotional health), with females being more likely to be affected. Age: There were statistically significant differences on the psychological resilience scale in favor of patients under 30 years of age. Conscientiousness was the most influential variable and predictor of psychological resilience (16.3%), while the neuroticism dimension, the higher its level, was an indicator of lower quality of life among colorectal cancer patients.

Keywords: Personality traits, psychological resilience, health-related quality of life, adult, colorectal cancer, gender, age.

(**)Lecturer of Psychology and Faculty of Arts - New Valley University

(*)Assistant Professor of Psychology Faculty of Arts - New Valley University

مقدمة:

تهدف الدراسة الراهنة إلى الكشف عن مدى قدرة سمات الشخصية على التنبؤ بالعلاقة بين المرونة النفسية ونوعية الحياة الصحية لدى مرضى أورام القولون والمستقيم السرطاني، كما تهدف إلى فحص مصفوفة العلاقات الارتباطية الجوهرية بين مكونات متغيرات الدراسة وبين بعضها بعضًا، والتعرف على الفروق الجوهرية بين عينات الدراسة (وفق المرحلة العمرية، النوع)، وبين بعضها بعضًا.

تعد أورام القولون السرطانية أو سرطان القولون والمستقيم[1] من الأسباب الرئيسية للمرض والوفيات، وخاصة في العالم المتقدم (Giulietti et al., 2019)، كما يتصدر سرطان القولون والمستقيم ثالث أكثر أنواع الأورام السرطانية شيوعًا في جميع أنحاء العالم والرابع كسبب رئيسي لوفيات أورام السرطان (Ferlay et al., 2015). ومن المتوقع أن يرتفع معدل الإصابة به إلى ٣.٢ مليون حالة جديدة و١.٦ مليون حالة وفاة بحلول عام ٢٠٤٠ (Morgan et al., 2020).

ويعكس مفهوم نوعية الحياة الصحية[2] تأثير الصحة في طيب الحال العام (Bours et al., 2016). ووفقًا لمنظمة الصحة العالمية، يتم تحديد نوعية الحياة الصحية من خلال التفاعل بين أبعاد مثل الصحة البدنية والحالة النفسية ومستوى الاستقلال والعلاقات الاجتماعية والعلاقة مع السمات البارزة للبيئة (Bours et al., 2016; Giulietti et al., 2019). ونظرًا لأن نوعية الحياة الصحية قد ثبت أنها مؤشر مهم للبقاء على قيد الحياة (Chida et al., 2008; Bours et al., 2016)، فإن تقييم هذا البُعد يمكن أن يكون مفيدًا جدًا لاتخاذ القرارات الإكلينيكية الخاصة بالمرضى. وتعد أبعاد نوعية الحياة الصحية

1 Colorectal cancer, CRC
2 Health-related quality of life, HRQoL

مؤشرات لنتائج صحية أفضل، مثل الرفاهية النفسية الأكبر (أي الشعور بالسعادة والقدرة والدعم الجيد والرضا عن الحياة) (Chabowski et al., 2017).

وقد تعدل العوامل النفسية الاجتماعية، بما في ذلك الشخصية، عملية التكيف مع حالات المرض وآثاره الجانبية. وقد تؤثر هذه العوامل في مسار المرض أو الاستجابة للعلاج في ظهور الورم السرطاني (Hart et al., 2018; Lutgendorf, Sood, & Antoni, 2010)، ويمكن تفسير ذلك من خلال أن المسارات المناعية الالتهابية والغدد الصماء العصبية التي تتوسط تأثير أبعاد الشخصية والمشقة النفسية على التسرطن وتطور الورم (Jokela et al., 2014). وقد تتفاقم الآلام اللاحقة وصعوبات النوم والتعب بسبب أساليب التعامل غير التكيفية المرتبطة بالألم والمعتقدات السلبية المتعلقة بالألم، والتي من المرجح أن تتأثر كل منها بسمات الشخصية (Mols et al., 2012; Bours et al., 2016) بالإضافة إلى أنه قد تؤثر هذه الاستجابات في حد ذاتها على جوانب الشخصية في حلقة مفرغة من التأثير المتبادل (Gonzalez-Saenz de Tejada et al., 2016) مما يوضح أن الشخصية التي تعرف بأنها الدافع الشخصي الدائم والمستمر للفرد، والعاطفة، والأسلوب الشخصي، والمواقف، والسلوكيات التي تكون مستقرة لفترة طويلة بعد سن الرشد (Giulietti et al., 2019) أحد أهم العوامل المؤثرة والمسببة للأورام السرطانية. وفيما يتعلق بالورم السرطاني، درس سمات الشخصية (Herzberg et al., 2013). وقد تكون الاختلافات الشخصية بين الأفراد مهمة في السياق المذكور أعلاه، وخارج الخصائص الإكلينيكية، ويمكن أن تحدد القدرة أو عدم القدرة على التكيف مع ظروف المرض (Gale et al., 2015; Shun et al., 2011; Forsythe et al., 2014).

نفترض بالدراسة الحالية أن نوعية الحياة الصحية الجيدة ترتبط بعمليات نفسية وتنظيمية أكثر إرضاءً لبنية الشخصية. لذلك، فإن وجود فهم جيد لمثل

هذه الديناميكيات النفسية قد يُساهم في تنفيذ العلاجات الوقائية وتحسين نوعية الحياة لدى مرضى الأورام السرطانية بالقولون.

مشكلة الدراسة:

يُوفر تقييم نوعية الحياة الصحية لدى مرضى الأورام السرطانية رؤى قيمة حول المخاوف العاطفية والاجتماعية والنفسية غير المعالجة ويساعد في تقييم تأثير المرض في الناجين (Mozafar Saadati, Khodamoradi, & Salehiniya, 2020). ووفقًا للنموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي للصحة، فإن المعتقدات والأفعال الشخصية تؤثر في صحة الفرد (Zozulya et al., 2008). ويرى هذا النموذج المرض من خلال التواجد المشترك لعوامل مختلفة مرتبطة بقوة أكبر أو أقل في الفرد: المتغيرات الاجتماعية والمعرفية والسلوكية والثقافية والعرقية. وتؤدي كل هذه العوامل دورًا مهمًا في تعديل "التجربة غير السارة" الشخصية. أكدت العديد من الدراسات على قياس وتقييم تبعات الورم السرطاني من حيث بقاء المريض ونوعية حياته في أثناء العلاج وبعده (Weis, et al., 2022).

بحثت العديد من الدراسات في العوامل التي تؤثر على نوعية الحياة الصحية لدى مرضى سرطان القولون والمستقيم. وأظهرت إحدى هذه الدراسات أن مجموعات فرعية معينة من المرضى قد تكون أكثر عرضة لانخفاض نوعية الحياة الصحية (Weaver et al., 2012). وقد أظهرت دراسات أخرى أن العمر، الجنس (Weaver et al., 2012)، الحالات المرضية المصاحبة (Trentham-Dietz et al., 2017)، الدخل والتعليم (Weaver et al., 2012; Jansen et al., 2010) قد تؤثر على تمييز الصحة. بالإضافة إلى ارتباط العوامل المرتبطة بالورم السرطاني، مثل الوقت المنقضي منذ التشخيص، وتكرار الإصابة بالورم السرطاني، والسرطانات الأولية المتعددة والبدء مؤخرًا في علاج الورم

السرطاني، بنوعية الحياة المتعلقة بالصحة بين مرضى الأورام السرطانية (Weaver et al., 2012; Jansen et al., 2010). وأسفرت التفاوتات في نوعية الحياة المتعلقة بالصحة بين الجنسين عن نتائج متباينة؛ حيث أفادت معظم الدراسات بانخفاض نوعية الحياة المتعلقة بالصحة بين النساء، على الرغم من أن بعض الدراسات لم تجد أي اختلافات بين المرضى الذين يعيشون مع ورم القولون، كما تم توثيق الاختلافات بين المجموعات الاجتماعية والديموغرافية (Krouse et al., 2009; Mahjoubi et al., 2012).

في مراجعة، أفاد كابتين وآخرون (Kaptein, Morita, & Sakamoto, 2005) أنه في العديد من الدراسات حول نوعية الحياة لدى مرضى الأورام السرطانية، تم إعطاء الجانب الفسيولوجي أهمية كبيرة، إلا أنه في المراحل المختلفة من المرض، يبدو أن المتغيرات التي يمكن أن تحدد نوعية الحياة مرتبطة بالعوامل النفسية الاجتماعية أكثر من الأعراض والعلاجات المضادة للورم السرطاني. ويشير تقييم نوعية حياة المريض استنادًا بشكل أساسي إلى الأداء الفسيولوجي إلى نموذج طبي حيوي يتم فيه إهمال الجوانب الاجتماعية والنفسية. وبما أن نوعية الحياة الصحية مرتبطة بالإدراك الشخصي للخبرة والأهداف والتطلعات والقيم الفردية، فمن غير الممكن تجاهل الاعتبار القائل بأن نوعية الحياة تتحدد إلى حد كبير من خلال عوامل تتعلق بشخصية الفرد وليس فقط من خلال العوامل الموضوعية الخارجية (Schroyen et al., 2017). وفحصت العديد من الدراسات العلاقة بين أنماط التكيف والشبكات الاجتماعية والدعم الاجتماعي ونوعية الحياة لدى مرضى الأورام السرطانية (Gonzalez-Saenz Tejada et al., 2016; Moyer et al., 2012)، ولكن القليل منها فحص هذه العلاقة جنبًا إلى جنب مع الشخصية في السلوكيات والشخصية (على سبيل المثال Pop-Jordanova et al., 2015)، وندر تناولها في مرضى أورام

القولون (على سبيل المثال Giulietti et al., 2019). ويمكن أن يُعزى ارتفاع حالات سرطان القولون والمستقيم إلى عوامل مثل زيادة متوسط العمر المتوقع وتغييرات نمط الحياة والتقدم في أساليب التشخيص والعلاج (Mohammadi et al., 2021). ومع تحسن متوسط العمر المتوقع لمرضى سرطان القولون والمستقيم، هناك اعتراف متزايد بأهمية معالجة مخاوفهم المتعلقة بنوعية حياتهم (Marventano et al., 2013).

ويمكن صياغة مشكلة الدراسة في التساؤلات الآتية:

١. هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين سمات الشخصية، والمرونة النفسية، ونوعية الحياة لدى مرضى سرطان القولون والمستقيم؟

٢. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في سمات الشخصية، والمرونة النفسية، ونوعية الحياة الصحية لدى مرضى سرطان القولون والمستقيم وفقًا لمتغيري العمر والنوع؟

٣. إلى أي مدى تساهم سمات الشخصية في التنبؤ بالمرونة النفسية ونوعية الحياة الصحية لدى مرضى سرطان القولون والمستقيم.

أهمية الدراسة:

١) في ضوء ما قامت به الباحثة من مراجعة للإنتاج النفسي العصبي المجمع الخاص بمتغيرات الدراسة الرئيسية، تبين غياب الإجماع بين العلماء حول دور كل من سمات الشخصية والمرونة النفسية ونوعية الحياة لدى مرضى أورام القولون والمستقيم في البيئة العربية، والمصرية خاصة.

وفي حدود المراجعة تبين وجود ندرة شديدة في الدراسات التي اهتمت بتناول متغيرات الدراسة الراهنة. وتعد دراسة Pop-Jordanova et al. (2015)

السابق عرضها الأقرب في فكرتها للدراسة الحالية، لكنها تختلف في التصميم البحثي والأدوات المستخدمة. كما لم تجد الباحثات، في ضوء ما اطلعن عليه، أي دراسة تتناول العلاقات التنبؤية أو دور بعض المتغيرات الوسيطة أو المعدلة في بيان منظومة التفاعل بين سمات الشخصية والمرونة النفسية ونوعية الحياة الصحية، قد تمثل الدراسة الحالية خطوة في تسليط الضوء على إمكانية التنبؤ بالعلاقة بين المرونة النفسية ونوعية الحياة الصحية من سمات الشخصية لمرضى أورام القولون والمستقيم؛ ومن ثم إمكانية استخدام هذه النتائج للأهداف التشخيصية العلمية مثل التوجيه التعليمي ودراسات الحالة.

٢) قلة الأدبيات العلمية التي تحاول الوقوف على الفروق بين مرضى أورام القولون والمستقيم وفق النوع أو العمر، وما سمات الشخصية الواضحة بهم، والتي قد تترك أثرًا في نوعية الحياة الصحية والتي بدورها تؤثر في المرونة النفسية، ومن هنا تظهر أهمية المقارنة في إثراء الجانب النظري والجانب التطبيقي من تصميم برامج الإرشاد والعلاج النفسي.

٣) أجمعت معظم الدراسات السابقة على أن رغم التدخلات العلاجية الدوائية لمرضى أورام القولون والمستقيم فإن هذه الفئة المرضية تختل لديهم نوعية الحياة والتي لا بد من تقييمها والوقوف على العوامل المنبئة بها والمسهمة في تحسينها، لما في ذلك من فائدة كبيرة في استقصاء الوضع الراهن لمريض الورم بما يناسبه من خطط للرعاية والتأهيل.

٤) التأصيل النظري لمفاهيم الدراسة بين الدراسات العربية والأجنبية، لا سيما المرونة النفسية، والعلاقة بينها وبين نوعية الحياة الصحية للمرضى؛ ومن ثم المساهمة في الإنتاج البحثي المحدود حول هذه العلاقة وإمكانية الاستفادة منه في وضع مزيد من الفروض العلمية حول طبيعة العلاقة بين هذين المفهومين، خاصة في البيئة العربية.

٥) الاستفادة التطبيقية مما انتهت إليه نتائج الدراسة وأدواتها في تصميم برامج الإرشاد والعلاج النفسي لدى مرضى أورام القولون والمستقيم،

الأمر الذي يساعد على إدماجهم في المجتمع ورفع كفاءتهم في العمل، وذلك اعتمادًا على جوانب القوة والضعف التي تبدو في أدائهم على بطارية الاختبارات المستخدمة في الدراسة.

أهداف الدراسة:

١) التعرف على حجم العلاقات الارتباطية ووجهتها ودلالتها بين سمات الشخصية والمرونة النفسية ونوعية الحياة الصحية بين مرضى أورام القولون والمستقيم من الجنسين.
٢) التعرف على الفروق بين مرضى أورام القولون والمستقيم من الجنسين في المرونة النفسية، ونوعية الحياة الصحية.
٣) التعرف على الفروق بين مرضى أورام القولون والمستقيم في المرونة النفسية، ونوعية الحياة الصحية وفق العمر (أقل من ٣٠ سنة /٣٠ سنة فأكثر).
٤) تُسهم درجات مرضى أورام القولون والمستقيم على مقياس سمات الشخصية في التنبؤ بدرجاتهم على مقياس نوعية الحياة.

التأصيل النظري لمفاهيم الدراسة:

١) نوعية الحياة الصحية لدى مرضى أورام القولون والمستقيم السرطاني:

تعرف نوعية الحياة وفقًا لمنظمة الصحة العالمية (١٩٩٣) أنها إدراك الأشخاص إلى مكانهم في الواقع ووضعهم في الحياة، وتشمل العديد من المكونات منها الثقافة والقيم والنظام التي لها علاقة بأهدافهم وتطلعاتهم واهتماماتهم في ضوء تقييمهم لجوانب حياتهم التي تشمل الرضا عن الحياة، الأنشطة المهنية، وأنشطة الحياة اليومية (عايدي، ٢٠١٩). وتؤدي الحالة الصحية للفرد دورًا حيويًا في صحته النفسية، مما يتطلب ضرورة الاهتمام بها وضرورة العمل على إحداث التوافق بينهما حتى يتمتع الفرد بالصحة النفسية.

وتشير نوعية الحياة الصحية، كأحد أنواع نوعية الحياة، كمفهوم متعدد الأبعاد يشمل الأداء البدني والعقلي والعاطفي والاجتماعي (Ratliff, & Haugen, 2013). وتعرف بأنها "مجمل الشعور الذاتي للفرد بمدى تحقق الرضا لديه بمختلف متغيرات الحياة الشخصية المرتبطة بالصحة، والتي تتمثل في إدراكات الصحة في حاضرها ومستقبلها، وحدود النشاط اليومي، ومشكلات الصحة الجسمية والصحة النفسية، والأنشطة الاجتماعية، والألم، والحالة المعنوية والأداء الاجتماعي" (شويخ، ٢٠١٣، ٦٣٤). وحددت العديد من العوامل التي تؤثر في نوعية الحياة الصحية لدى مرضى سرطان القولون والمستقيم، بما في ذلك الخصائص الاجتماعية والديموغرافية والعوامل المرتبطة بالعلاج والعوامل المرتبطة بأسلوب الحياة مثل التدخين والنشاط البدني والنظام الغذائي واستهلاك الكحول (Tiselius et al., 2021). وترتبط نوعية الحياة الصحية بشكل كبير بالأمراض المزمنة غير المعدية مثل الأورام السرطانية، مما يؤثر في النتائج الصحية الجسدية والعقلية (Xiao et al., 2019). لذلك، فإن تقييم نوعية الحياة المتعلقة بالصحة يمكن أن يوفر معلومات قيمة حول الرفاهية الجسدية والعقلية لمرضى السرطان، فضلًا عن علاقاتهم الاجتماعية وإدراكهم العام للصحة والرفاهية (Rodriguez et al., 2015).

العمر: تجدر الإشارة إلى أن العمر العامل الأكثر تنبؤًا بظهور سرطان القولون والمستقيم؛ حيث يكون ظهوره في عمر متقدم ونادرًا ما يوجد في عمر صغير، ووجد أن نحو ٧٪ فقط من الحالات التي تحدث قبل سن الخمسين، ثم يزداد وقوعه بشكل حاد بين سن ٥٠ و٨٠ سنة، وبشكل ملحوظ لدى الرجال أكثر من النساء، ويبلغ متوسط العمر عند التشخيص ٥.٦٩ سنة للرجال و ٨.٧٢ سنة للنساء، ويختلف العمر عند التشخيص باختلاف الموقع في الجسم، فأورام القولون الأيمن تظهر في وقت متأخر عن الأورام التي تحدث في مناطق

أخرى، وفي المتوسط يتم تشخيص الأورام في القولون الأيمن في ٧١ عامًا، مقارنة مع ٦٩ عامًا للقولون الأيسر، أما بالنسبة للمستقيم فيقدر العمر المتوسط للتشخيص ٦٨ عامًا (زرارقة وصالي، ٢٠٢١).

النوع: أظهرت العديد من الدراسات أن خطر الإصابة بأورام القولون والمستقيم مرتفع للغاية لدى الرجال مقارنةً بالنساء (Cancer incidence in five continents, 2008)، وبعبارة أخرى هناك اختلاف فيزيولوجي متعلق بنوع الجنس وخطر الإصابة بالأورام السرطانية، فالنساء أقل عرضة للإصابة بالأورام السرطانية انطلاقًا من الأورام الحميدة، والتي لديها القدرة على التحول بسرعة إلى سرطان القولون والمستقيم (Torre et al., 2016). وهناك تفسير آخر غير مؤكد يبين أن هناك اختلافًا في موقع الإصابة بالورم السرطاني بين الرجال والنساء، فتكون النساء أكثر نسبيًا إصابة بورم القولون الأيمن (Kays Mohammed Ali et al., 2024). ويعتبر أطباء الجهاز الهضمي ومهنيو الطب بصفة عامة أن ورم القولون والمستقيم يصيب الرجال بدرجة أكبر (زرارقة وصالي، ٢٠٢١).

وتعرف نوعية الحياة الصحية في الدراسة الراهنة بأنها: الشعور الذاتي للمرضى بالرضا وطيب الحال، والذي يتأثر بالمرض في مختلف الجوانب في حياته؛ من الجانب الجسمي حيث يعتمد على نفسه دون الحاجة للاعتماد على غيره، ومن الجانب النفسي من خلال التكيف مع المرض وتقبله؛ ومن الجانب الاجتماعي من تمتعه بالقبول والمساندة من الأسرة وجماعاته الاجتماعية، ومن الجانب الوظيفي من قيامه بمهام عمله.

٢) سمات الشخصية لدى مرضى أورام القولون والمستقيم السرطاني:

يُعرف عبد الخالق (٢٠٢٠) الشخصية بأنها نمط سلوكي مركب، ثابت ودائم إلى حد كبير، يُميز الفرد عن غيره من الناس، ويتكون من تنظيم فريد

لمجموعة من الوظائف والسمات والأجهزة المتفاعلة معًا، والتي تضم القدرات العقلية والوجدان والانفعال، والنزوع أو الإدارة، وتركيب الجسم، والوظائف الفسيولوجية، والتي تحدد طريقة الفرد الخاصة في الاستجابة، وأسلوبه الفريد في التوافق مع البيئة، فهي طرق مستقرة نسبيًا للتفكير والشعور والسلوك والتواصل مع الآخرين. ووفقًا لهذا التعريف، يمكن العثور على التعبير عن الشخصية في أفعال محددة تسمح للفرد بحماية نفسه من المخاطر الانفعالية والتواصل بشكل تكيفي مع البيئة ومع الآخرين. وتتحرك هذه الأفعال الوقائية والتكيفية على طول استمرارية من الوعي الكامل إلى اللاوعي، مع السلوكيات المتعمدة على أحد الطرفين، والآليات الدفاعية، وعلى الطرف الآخر أسلوب التكيف بينهما (Perry et al., 2020). ومن هذا المنظور، تشير الشخصية إلى نوع التكيف الذي يقوم به الأفراد مع البيئة الخارجية، بما في ذلك أنماط الحياة (Sutin et al., 2019)، والسلوكيات الصحية. وبالمثل، تم ربط سمات الشخصية مثل الضمير والعصابية والعادات الغذائية (Nakaya et al., 2010; Grov & Dahl, 2020; Lutgendorf & Sood, 2011). وإذا كانت الشخصية مرتبطة بالسلوكيات، فيبدو أن السلوكيات مرتبطة بالأمراض. وعلى وجه الخصوص، ارتبطت أنماط السلوك ونمط الحياة مثل العادات الغذائية، والخمول البدني، والسمنة والدهون في البطن، والتدخين واستهلاك الكحول بحدوث أمراض مثل ورم القولون والمستقيم (Murphy et al., 2019).

ويُعد نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية من أهم النماذج المحددة لسمات الشخصية، حيث يُعد نموذجًا شاملًا يهتم بوصف وتصنيف العديد من المفردات التي تصف سمات الشخصية. ويهدف هذا النموذج إلى تجميع السمات المتناثرة في فئات أساسية، وهذا النموذج لا يمكن الاستغناء عنه في أي حال من الأحوال في وصف الشخصية (شادية علي، ٢٠١٥). ولكل فرد

سماته المحددة، والتي يمكن قياسها، وهي التي تتسبب في الاختلافات والخلافات بين الأفراد، ونموذج العوامل الخمسة هو نموذج معروف وشامل لهذه السمات، وقد يتسبب اختلال هذه السمات وفقًا لنموذج العوامل الخمسة إلى نشأة اضطرابات الشخصية، مما يعني أن هذا النموذج يصلح لوصف الشخصية الطبيعية وغير الطبيعية (Gurrera et al., 2005). واقترح ماكري وجون تلك السمات الأساسية وهي؛ العصابية، والانبساطية، الانفتاح على الخبرة، المقبولية، يقظة الضمير. والذي يُعد تصنيفًا ملائمًا للخصال الشخصية والتي تفيد في الفروق الفردية بين الأفراد (أبو بكر، ٢٠٢٠). واستخلص نموذج العوامل الخمسة للشخصية من خلال منحنيين هما المنحنى القاموسي ومنحنى قوائم العبارات. وقد قام كثير من الباحثين أمثال: كاتل Cattell، وتوبس Tupes، وكريستال Crystal وغيرهم بدراسات حديثة برهنت على مصداقية الوصف التصنيفي للنموذج القائم على خمسة عوامل للشخصية وهي: العصابية، الانبساطية، الانفتاح على الخبرة، المسايرة، يقظة الضمير. والذي يهدف إلى إيجاد تصنيف علمي محكم لسمات الشخصية (Goldberg, 1993, 29). ونظرًا لأن العديد من علاجات الأورام تسبب تغييرات جسمية دائمة أو مؤقتة تغير وتبدل صورة الجسم وتدني تقدير الذات لدى مرضى الأورام، بسبب فقد عضو أو حدوث الندبات نتيجة الجراحة، نزول الشعر نتيجة جلسات العلاج الكيميائي، وجميعها تؤدي إلى تكون خبرة مخيفة ومهددة لتقدير الذات (محمود، ٢٠٢٣).

في الأورام، أظهر تحليل تلوي أجري على ١٦٥ دراسة خاضعة للرقابة أن الشخصية المعرضة للتوتر أو أنماط المواجهة غير المواتية والاستجابات الانفعالية السلبية مرتبطة بزيادة حدوث الورم السرطاني وسوء التشخيص وزيادة الوفيات. وقامت بعض الدراسات (Schoormans et al., 2017; Lloyd et al.,

2019; Coker et al., 2020) ببحث سمات الشخصية إما كنتائج للتشخيص والعلاجات الخاصة بالأورام أو كمؤشرات للتعافي من الورم السرطاني. وبحث عدد أقل من الدراسات في مساهمة مثل هذه الخصائص في حدوث سرطان القولون والمستقيم. وقد تؤثر عوامل الشخصية والسلوك هذه على تطور الورم السرطاني وتقدمه من خلال آليات مثل الاستجابة المناعية الخلوية والإجهاد التأكسدي والغزو وتكوين الأوعية الدموية والالتهاب (Di Giuseppe et al., 2018; O'Súilleabháin et al., 2021).

وقد استرشد البحث الحالي بالنموذج التفاعلي للسلوك الصحي لسميث[1]، والذي يشير إلى أن الشخصية تؤثر على السلوكيات الصحية، والتي بدورها تؤثر في الصحة الذاتية والموضوعية (Prochaska, Johnson, & Lee, 2009). وأظهرت الدراسات التي تبحث في السمات المشتركة قبل المرض لدى الأفراد الذين يصابون بأي نوع من أنواع السرطان نتائج مثيرة للجدل: لم تجد بعض دراسات الأقران واسعة النطاق أي ارتباط بين الشخصية وحدوث الورم السرطاني (Jokela et al., 2014)، بينما وجدت دراسات أخرى ذلك مثل Lemogne et al., 2013; Dong & Jin, 2018. وفي دراسة أخرى، تم إجراء بحث حول شخصيات النمط د (أو الشخصية المعرضة للإصابة بالورم السرطاني، والتي تعني قمع الشعور و/أو التعبير عن المشاعر السلبية، والتركيز على احتياجات الآخرين أكثر من احتياجات الفرد، وعدم الحزم، والتعاون والقبول).

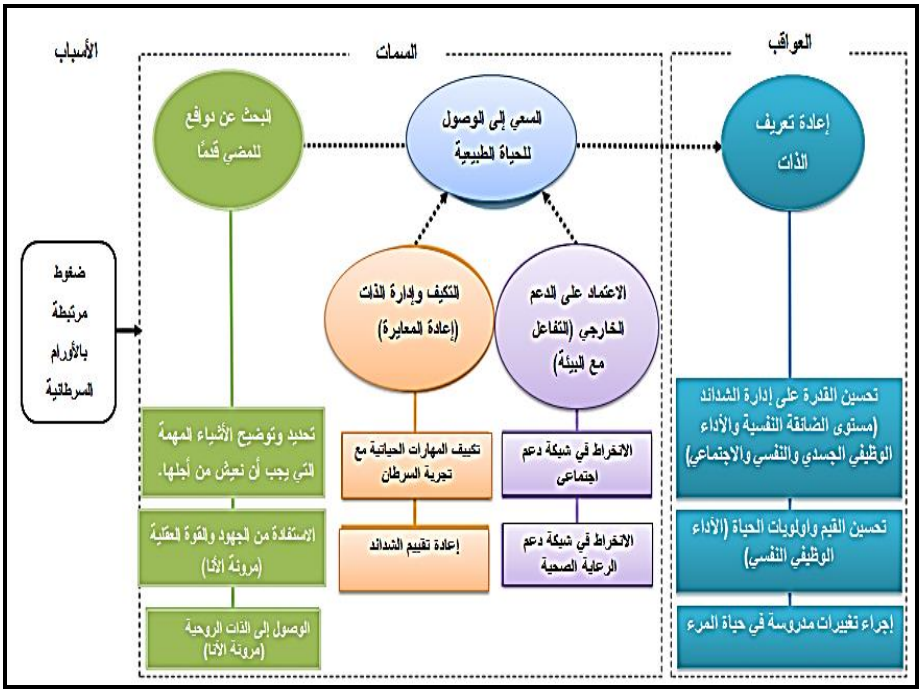
٣) المرونة النفسية لدى مرضى أورام القولون والمستقيم:

توصف المرونة بأنها نتيجة غالبًا، وبشكل أكثر تحديدًا، استجابة فردية لموقف صعب في الحياة، ونتيجة نفسية اجتماعية للنمو (Deshields et al.,

1 Trans-Theoretical Model of Behaviour Change

2016; Molina et al., 2014). وتتطلب المرونة بذلك إجراءً واعيًا (Sisto et al., 2019)، فهي القدرة على التكيف مع الشدائد (RistevskaDimitrovska et al., 2015)، وزعم البعض أنها عملية ديناميكية للاستجابة للشدائد (Eicher et al., 2015) ودعا البعض إلى تعريف المرونة على أنها سلسلة من النتائج الإيجابية في مواجهة الشدائد (Deshields et al., 2016). وترتبط المرونة بعوامل شخصية مثل التفاؤل (Edward et al., 2019; Gao et al., 2019)، واحترام الذات والفعالية الذاتية (Lee et al., 2019; Sisto et al., 2019; Stainton et al., 2019). ويمكن أن تحسن المرونة القوة الشخصية لمواجهة الأحداث المستقبلية، وهي الظاهرة التي يشار إليها بالنمو بعد الصدمة (Ludolph et al., 2019; Seiler & Jenewein, 2019). وبتحليل مفهوم المرونة الفردية في رعاية المرضى الراشدين من الأورام السرطانية التي تعرف بأنها القدرة وعملية إعادة المعايرة الديناميكية التي يمكن أن تساعد الفرد على تعديل مستوى ضائقته النفسية وأدائه الوظيفي من خلال التفاعل مع البيئة (Luo et al., 2020)، وتعمل المرونة في تخفيف الضائقة النفسية للمرضى (Morse et al., 2021). وقام ليو وزملاؤه بوضح نموذج للمرونة بناءً على هذا التعريف (الشكل ١). في هذا النموذج، تم تحديد الشدائد المرتبطة بالورم السرطاني باعتبارها مقدمات للمرونة؛ تم تحديد مرونة الأنا وإعادة المعايرة والتفاعل مع البيئة باعتبارها ثلاث سمات رئيسية للمرونة الفردية؛ تم تحديد مستوى الضائقة النفسية وأداء الفرد الوظيفي (أي الأداء البدني والنفسي والاجتماعي) باعتبارها عواقب للمرونة (Luo et al., 2020).

شكل (١) يوضح نموذج ليو وزملائه للمرونة لدى مرضى الأورام (بتصرف من الباحثة الأولى)



وعلى الرغم من أن آثار المرونة تظهر تباينًا كبيرًا في رعاية مرضى الأورام السرطانية لدى الراشدين، فإن القليل من الدراسات فحصتها من وجهات نظر مرضى الورم السرطاني وتجاربهم في المرونة في سياق مرضهم (Sihvola, Kuosmanen, & Kvist, 2022). وتشير الدراسات التجريبية (على سبيل المثال Dubey et al., 2015) إلى مساهمة المستويات المنخفضة من المرونة في ارتفاع مستويات الضائقة النفسية لدى مرضى بالأورام السرطانية. وأوضح التحليل البُعدي للدراسات أن معظم مرضى أورام القولون والمستقيم يظهرون مستويات معتدلة من المرونة. وتم تحديد المرونة كوسيط في الجوانب الإيجابية أو السلبية للمرض. وأن المرونة قد لا تكون حالة ثابتة، وترتبط المرونة بنوعية الحياة.

فروض الدراسة:

١. توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين سمات الشخصية، والمرونة النفسية، ونوعية الحياة الصحية لدى مرضى سرطان القولون والمستقيم.
٢. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة (مرضى أورام القولون والمستقيم) على متغيرات الدراسة (سمات الشخصية، المرونة النفسية، نوعية الحياة) وفق النوع (ذكور/إناث).
٣. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة (مرضى أورام القولون والمستقيم) على متغيرات الدراسة (سمات الشخصية، المرونة النفسية، نوعية الحياة) وفق العمر (أقل من ٣٠ سنة/٣٠ سنة فأكثر).
٤. تُسهم درجات مرضى أورام القولون والمستقيم على مقياس سمات الشخصية في التنبؤ بدرجاتهم على مقياس المرونة النفسية، كما تُسهم في التنبؤ بدرجاتهم على مقياس نوعية الحياة الصحية.

منهج الدراسة واجراءاتها:

منهج الدراسة: اعتمدت الدراسة الراهنة على المنهج الوصفي الارتباطي المقارن.

مجتمع الدراسة: كان مجتمع الدراسة من مرضى أورام القولون والمستقيم (مدينة كفر الشيخ، ومدينة طنطا)، ويتابع العلاج الدوائي وعلاج المشاكل الصحية في مراكز الأورام (الحكومية والخاصة). وتم استبعاد من لم يكملوا إجراءات العلاج (٢١ مريضًا/مريضة) لعدم تحمل التكلفة، وأيضًا اثنين من المرضى الذكور الذين لا يستطيعون القراءة والكتابة، واستبعد (٧ ما بين

مريض/مريضة) من أورام القولون والرئة. وجمعت العينة في الفترة بين يناير ٢٠٢٣م– يونيو ٢٠٢٤م للمشاركة في الدراسة. وتم التعرف على المرضى من خلال عيادات الأورام الخاصة بمدينتي كفر الشيخ وطنطا، والإعلان على جروبات على الفيسبوك على وسائل التواصل الاجتماعي (جروبات كفر الشيخ وطنطا). والحرص على المقابلة للأفراد بمدينة كفر الشيخ/طنطا ومراجعة العلاجات والتاريخ المرضي لهم وجمع المعلومات حول بداية المرض والتشخيص وتطور المرض وشدته والعلاج ومراحل تطور الورم وجانب المرض (الورم في الجانب الأيمن أو الأيسر في القولون).

وصف عينة الدراسة الأساسية: عينة مقصودة، لم يتم اختيارها اختيارًا عشوائيًا من مجتمع مرضى أورام القولون والمستقيم، ولكن تم اختيارها وفقًا لمجموعة من المحكات التشخيصية المحددة سلفًا من الطبيب المختص، ويكون المريض/المريضة خاضعًا للإجراءات العلاجية لمرحلة الورم وفق توصية الطبيب المختص.

وتكونت عينة الحالة (العينة النهائية للدراسة) من ١٧٠ مريضًا ومريضة أورام القولون والمستقيم من المقيمين بمدن كفر الشيخ وطنطا والقرى المجاورة لها (متوسط العمر ٣٤.٧١ سنة، وانحراف معياري ١٥.١١ سنة)، جميعهم من القادرين على القراءة والكتابة، وجميعهم متزوجون ويعولون أطفالًا. وكان من الذكور (٣٤) مريضًا مدخنًا للسجائر، وكان (١٩) من المريضات و(٨) من المرضى ذوي تاريخ عائلي من الإصابة بالأورام.

جدول (١) توزيع العينة الأساسية تبعًا للمتغيرات الديموجرافية

المتغيرات	النوع		العمر		المنطقة	
	ذكور	إناث	أقل من ٣٠ سنة	٣٠ سنة فأكثر	ريف	حضر
العدد	٦٤	١٠٦	٨٧	٨٣	٥٣	١١٧
المجموع	١٧٠		١٧٠		١٧٠	

وبالاطّلاع على التاريخ المرضي، شملت معايير التضمين بالدراسة: تشخيصًا مؤكدًا لورم القولون بناءً على السجلات الطبية، أن يكون عمر المريض ١٨ سنة فأكبر، وأن تكون قادرة على قراءة وفهم الاختبارات، مراعاة رغبة المشاركات في إجراء التجربة رغبة تامة في أداء الاختبارات. وكانت معايير الاستبعاد هي: الأمراض العضوية الشديدة الأخرى، والذهان الواضح، والشلل الشديد أو مؤشر كارنوفسكي (<٥٠٪)، والألم غير المنضبط، والعمليات الجراحية الأخيرة (< أسبوع قبل المشاركة بالدراسة)، والعلاج الكيميائي أو الإشعاعي الأخير (<٣ أسابيع قبل المشاركة بالدراسة).

عينة حساب الكفاءة القياسية: بلغت عينة حساب الكفاءة القياسية للتأكد من صلاحية الاختبارات للتطبيق، وللتحقق من معايير الكفاءة القياسية للبطارية الاختبارات بالدراسة (مقياس نوعية الحياة الصحية، العوامل الكبرى الخمسة للشخصية، مقياس المرونة النفسية للأمراض السيكوسوماتية). وتم التطبيق على عينة قوامها ١٣٦ مريضًا ومريضة من مرضى القولون المتهيج (متوسط عمري ٣١.٥٤ سنة، وانحراف معياري ١٣.٨٤)

وصف الأدوات المستخدمة بالدراسة: شملت أدوات الدراسة صحيفة البيانات الأساسية، ومجموعة من الاختبارات النفسية لتقييم متغيرات الدراسة موضع الاهتمام، وتشتمل على أدوات الضبط والأدوات الأساسية للفحص وجمع بيانات الدراسة

الميدانية. وسوف نعرض لكل من هذه الاختبارات على حدة، بشكل تفصيلي، من حيث التكوين والصدق والثبات.

الأدوات المستخدمة لجمع بيانات الدراسة وتحديد العينة.

١- **المقابلة المبدئية** (إعداد الباحثة الأولى)، تهدف المقابلة إلى تحديد البيانات الأساسية وبيانات الورم، والبيانات النفسية والاجتماعية المرتبطة بالأورام السرطانية.

٢- **اختبار المفردات** (اختبار فرعي من بطارية وكسلر لذكاء الراشدين التعديل الثالث (تعريب وتقنين لويس مليكة)، واُختير هذا الاختبار لضبط مستوى الذكاء والفهم اللفظي لدى مجموعة الدراسة؛ إذ يُعد من أكثر الاختبارات ثباتًا وارتباطًا بالدرجة الكلية لمعامل الذكاء (٠.٨٤- ٠.٩٤).

٣- **اختبار بيك للاكتئاب (د-٢)** (تعديل وتقنين غريب عبد الفتاح غريب، ٢٠٠٠). يُعد أحدث صورة مطورة لمقياس بيك للاكتئاب مستخدمًا أسلوب التقرير الذاتي لقياس شدة الاكتئاب لدى المراهقين والراشدين بدءًا من سن ١٣ عامًا، ويتكون من ٢١ مجموعة من العبارات ترتبط كل منها بعرض من الأعراض الاكتئاب.

بطارية اختبارات قياس متغيرات الدراسة

١- **قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية** (تأليف: كوستا وماكري Costa & McCrae, 1992، ترجمة: الأنصاري، ١٩٩٧).

تتكون قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية من (٦٠) بندًا، ويكتب المشارك الإجابة على كل مفردة باختيار الدرجة المناسبة على متصل يمتد من "لا تنطبق أبدًا (١)"، إلى "تنطبق دائمًا (٥)". وقدرت الدرجة على كل عبارة في مدى يتراوح من (١-٥) وذلك في جميع بنود المقياس ما عدا البنود المعكوسة،

والتي تصحح في الاتجاه العكسي. ويتم استخراج درجة لكل عامل من العوامل الخمسة على حدة، وتتراوح الدرجة الكلية للعامل ما بين (١-٤٨) درجة؛ حيث تشير الدرجة المرتفعة على كل عامل إلى ارتفاع ميل الفرد عليه، بينما تشير الدرجة المنخفضة على كل عامل إلى انخفاض ميل الفرد عليه. وتقسم القائمة على خمسة مقاييس فرعية هي:

١. العصابية (N): تتكون من (١٢) بندًا تتناول بعض السمات النفسية مثل: القلق، العدائية، الاكتئاب، الوعي بالذات، الاندفاعية، سرعة الغضب.
٢. الانبساطية (E): وتتكون من (١٢) بندًا تتناول السمات النفسية: الاجتماعية، التفاؤل، التوكيدية، النشاط، البحث عن الإثارة، الانفعالات الإيجابية.
٣. الانفتاح على الخبرة (O): ويتكون من (١٢) بندًا، وتضم السمات النفسية: الخيال، تذوق الجمال، حب الاستطلاع، الذكاء، الأفكار، القيم.
٤. الطيبة أو المقبولية (A): وتتكون من (١٢) بندًا، وتشمل السمات النفسية مثل: الثقة، الإيثار، الانصياع، والتواضع، التسامح، المودة.
٥. اليقين (يقظة الضمير) (C): وتتكون من (١٢) بندًا، وتشمل سمات الكفاءة، النظام، المسئولية، الدافعية في الإنجاز، الضبط الذاتي، التروي، والاستقلال.

صدق المقياس: تم حساب الصدق عن طريق الصدق التقاربي والاختلافي من خلال حساب الارتباطات المتبادلة بين المقاييس الخمسة المتفرعة من قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية والمقاييس الأربعة المتنوعة من استخبار أيزنك للشخصية تعريب عبد الخالق (١٩٩١)، فكانت أغلب الارتباطات

الجوهرية الإيجابية والسالبة متوقعة إلى حد بعيد. وأكد أن المقاييس المتفرعة من قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية واستخبار أيزنك مستقلة متداخلة، أي مرتبطة، خاصة فيما يتعلق بمقياس العصابية والانبساطية (الأنصاري، ١٩٩٧، ٢٩٣-٢٩٥). أما **ثبات المقياس:** قام الأنصاري (١٩٩٧) بحسابه عن طريق ألفا كرونباخ، والتجزئة النصفية، تراوحت معاملات ثبات ألفا للعوامل الخمسة بين (٠.٢٢ – ٠.٧٧)، كما تراوحت معاملات ثبات التجزئة النصفية (٠.٢٩ – ٠.٨١). وكانت معاملات الثبات بالطريقتين مرتفعة لمقياسي العصابية واليقين، وانخفض المعامل على مقاييس الانبساطية، والانفتاح، الانسجام. وأكمل بأنه قد يرجع لتداخل بين عدة عوامل منها المفحوص وطبيعة البنود.

- **الكفاءة السيكومترية للقائمة بالدراسة الحالية:** تم حساب مؤشرات الاتساق الداخلي من خلال حساب ارتباط درجة كل عبارة والدرجة الكلية للعامل الذي تنتمي إليه.

جدول (٢) يوضح مؤشرات الاتساق الداخلي لقائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية، (ن = ١٣٦)

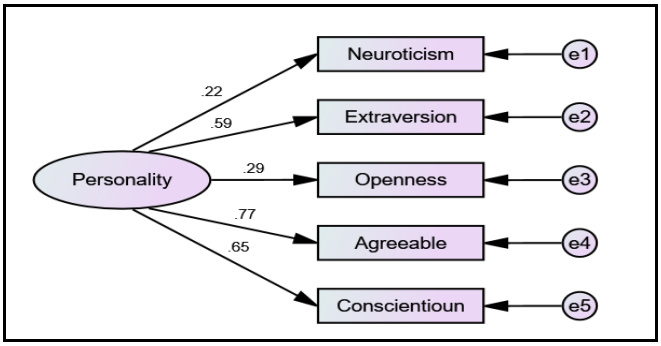
العصابية		الانبساطية		الانفتاح		الانسجام		يقظة الضمير	
العبارة	معاملات الارتباط	العبارة	معاملات الارتباط	العبارة	معاملات الارتباط	العبارة	معاملات الارتباط	العبارة	معاملات الارتباط
١	٠.٤١٧**	١٣	٠.٤١٩**	٢٥	٠.٤٠٤**	٣٧	٠.٥٨٨**	٤٩	٠.٦٩٦**
٢	٠.٥٣٨**	١٤	٠.٥٤١**	٢٦	٠.٣٠٨**	٣٨	٠.٣٠١**	٥٠	٠.٥٨٥**
٣	٠.٥٣٨**	١٥	٠.٤٨٤**	٢٧	٠.٢٩٠**	٣٩	٠.١٨٢*	٥١	٠.٤٨١**
٤	٠.٢٢٣**	١٦	٠.٥٠٧**	٢٨	٠.٢٩**	٤٠	٠.٦٤٦**	٥٢	٠.٧١١**
٥	٠.٤٣٢**	١٧	٠.٤٧٦**	٢٩	٠.٣٧٩**	٤١	٠.٤٦٦**	٥٣	٠.٦٣**
٦	٠.٥١٤**	١٨	٠.٥١٨**	٣٠	٠.١٧٦*	٤٢	٠.٢٩٩**	٥٤	٠.٣٦**
٧	٠.٣٠١**	١٩	٠.٥٢٦**	٣١	٠.٣٢٢**	٤٣	٠.٦٨١**	٥٥	٠.٧٤٦**
٨	٠.٣٨٣**	٢٠	٠.٥٢٣**	٣٢	٠.٣٢٥**	٤٤	٠.٤٩٣**	٥٦	٠.٧٤٣**
٩	٠.٦٠٩**	٢١	٠.٤٠٨**	٣٣	٠.١٨٥*	٤٥	٠.٥١٩**	٥٧	٠.٥٨٦**
١٠	٠.٢٣٧**	٢٢	٠.٤٤٢**	٣٤	٠.٢٧٥**	٤٦	٠.٦٢٦**	٥٨	٠.٦٦٣**
١١	٠.٤٣٣**	٢٣	٠.٥٠٩**	٣٥	٠.٤٢٨**	٤٧	٠.٣٣٤**	٥٩	٠.٦٠٢**
١٢	٠.٥٤٦**	٢٤	٠.٤٥٣**	٣٦	٠.٣٣٢**	٤٨	٠.٣٥٦**	٦٠	٠.٦٨١**

** دالة عند ٠.٠١ * دالة عند ٠.٠٥

كما هو واضح من الجدول السابق، وجد أن جميع العبارات دالة إحصائيًا عند مستوى (٠.٠١) و(٠.٠٥)، مما يشير إلى اتساق مقياس سمات الشخصية وتماسك عباراته.

صدق قائمة سمات الشخصية بالدراسة الحالية: استخدام صدق التكوين الفرضي باستخدام التحليل العاملي التوكيدي لمقياس سمات الشخصية. وتم التحقق من صدق البناء الكامن لأبعاد مقياس سمات الشخصية على عينة الدراسة (١٣٦)، باستخدام التحليل العاملي التوكيدي (Confirmatory Factor Analysis)، وتم إجراؤه بواسطة AMOS V.26 بطريقة أقصى احتمال (MaIimum Likhood)، وكانت النتائج كما هو موضح بشكل (٢) أدناه.

شكل (٢) نتائج التحليل العاملي التوكيدي لمقياس سمات الشخصية



وفيما يلي قيم مؤشرات حسن المطابقة للنموذج المقترح لأبعاد مقياس سمات الشخصية

جدول (٣) مؤشرات حسن المطابقة للنموذج المقترح لأبعاد مقياس سمات الشخصية

المؤشر		قيمة المؤشر	المدى المثالي للمؤشر	القيمة التي تشير إلى أفضل مطابقة
كا^2 X^2 درجات الحرية df مستوى دلالة كا^2		٦.٨٨٦ ٥ ٠.٢٢٩		أن تكون كا^2 غير دالة (مستوى دلالة كا^2 هو ٠.٢٢٩ وبالتالي غير دالة)
نسبة كا^2 X^2 /df		١.٣٧	١ – ٥	صفر – ١
جذر متوسط مربعات خطأ الاقتراب RMSEA		٠.٠٥٣		القيم التي تقل عن ٠.٠٨ تدل على مطابقة جيدة
محك المعلومات لأيكيك AIC	للنموذج الحالي	٢٦.٨٨		أن تكون قيمة AIC للنموذج الحالي أقل من أو تساوي نظيرتها للنموذج المشبع
	للنموذج المشبع	٣٠		
الصدق الزائف المتوقع ECVI	للنموذج الحالي	٠.١٩٩		أن تكون قيمة ECVI للنموذج الحالي أقل من أو تساوي نظيرتها للنموذج المشبع
	للنموذج المشبع	٠.٢٢٢		
مؤشر حسن المطابقة GFI		٠.٩٨	صفر – ١	١
مؤشر المطابقة التزايدي IFI		٠.٩٨	صفر – ١	١
مؤشر المطابقة المقارن CFI		٠.٩٧٨	صفر – ١	١

يتضح من جدول (٣) أن النموذج المقترح لمقياس سمات الشخصية لدى عينة الدراسة يطابق تمامًا بيانات العينة، وهو ما يؤكد تشبعات العبارات على مقياس سمات الشخصية لدى عينة الدراسة؛ حيث كانت قيمة كا^{2} غير دالة، وقيمة X2 /df مساوية (١.٣٧) أي أقل من ٥، وكانت قيم GFI، IFI، CFI جميعها قيم مرتفعة إلى حد تساويها مع الحد الأقصى لهذه المؤشرات (واحد صحيح)، وكذلك قيمة RMSEA مساوية لـ ٠.٥٣، وكانت قيمة AIC وقيمة ECVI للنموذج الحالي أقل من نظيرتها للنموذج المشبع، وهو ما يؤكد الصدق البنائي لمقياس سمات الشخصية. كما جاءت تشبعات العبارات على مقياس سمات الشخصية لدى عينة الدراسة كما هو موضوح بجدول (٤).

جدول (٤) تشبعات الأبعاد على مقياس سمات الشخصية، والخطأ المعياري، والقيمة الحرجة لكل تشبع

العبارة	التشبعات المعيارية	التشبعات غير المعيارية	الخطأ المعياري	القيمة الحرجة
Personality→Neuroticism	٠.٢٢٣	١		
Personality→Extraversion	٠.٥٩٥	٢.٧٧٤	١.٢٨	*٢.١٦
Personality→Openness	٠.٢٩١	٠.٩٨	٠.٤٩	*٢
Personality→Agreeable	٠.٧٧١	٣.٥٩	١.٦٣	*٢.١٩٦
Personality→Conscientioun	٠.٦٥٢	٣.٩٨	١.٨٢	*٢.١٨٩

من جدول (٤) يُلاحظ أن قيم التشبعات المعيارية لأبعاد مقياس سمات الشخصية لدى عينة الدراسة هي قيم دالة إحصائيًا عند مستوى (٠.٠٥)، ومن ثم فقد تطابقت مع نموذج التحليل العاملي التوكيدي، مما يؤكد صدق مقياس سمات الشخصية.

ثبات مقياس سمات الشخصية: تم حساب ثبات قائمة سمات الشخصية بطريقة ألفا كرونباخ، كما هو موضح بجدول (٥).

جدول (٥) معاملات الثباث بطريقة ألفا كرونباخ لمقياس سمات الشخصية، (ن= ١٣٦)

أبعاد المقياس	عدد العبارات	معامل ثبات ألفا كرونباخ
العصابية	١٢	٠.٦٠٣
الانبساطية	١٢	٠.٦٩٨
الانفتاح	١٢	٠.٦٢١
الانسجام	١٢	٠.٦٠٧
يقظة الضمير	١٢	٠.٨٣٩

يتضح من الجدول السابق أن جميع معاملات الثبات مرتفعة، مما يؤكد تمتع مقياس سمات الشخصية بدرجة مرتفعة من الثبات.

٢- مقياس المرونة النفسية (إعداد الباحثة الأولى):

المقياس من إعداد جون هوستيد (Hustaed, 2006)، طور هذا المقياس من مقياس المرونة النفسية التي أعدها كل من براون وميللر ولاويندسكا (Brown, Miller and Lawendowski, 1999) وتتكون من ٣٠ بندًا في نسختها الأجنبية، تكونت من سبعة عوامل، هي: إدخال المعلومات أو المعلومات المدخلية، وتقييم الذات، وتحقيق التغيير، وخطة البحث، والقدرة على التخطيط، وتنفيذ الخطة، وتقييم الخطة. وكل عبارة لها خمس درجات شدة يتم الاختيار بينهما تتراوح بين غير موافق بشدة حتى موافق بشدة. وفيما يتعلق بصدق وثبات المقياس في نسخته الأجنبية كان معامل الثبات باستخدام معامل الثبات باستخدام معامل ألفا كرونباخ ٠.٨٦٩، ومعامل الصدق التقاربي باستخدام معامل ارتباط بيرسون ٠.٩٢.

قامت الباحثة الأولى بتعريب المقياس (الترجمة من الإنجليزية إلى العربية ثم من العربية إلى الإنجليزية) بمراجعة ومساعدة اثنين من أساتذة اللغة الإنجليزية، وقد تم استبعاد ٦ بنود في نسخة المقياس باللغة الإنجليزية لمخالفتها للثقافة العربية لتصبح النسخة للمقياس باللغة العربية ٢٤ بندًا.

- **الكفاءة السيكومترية للقائمة بالدراسة الحالية:**

أولًا: تم حساب مؤشرات الاتساق الداخلي من خلال حساب معامل ارتباط درجة كل عبارة والدرجة الكلية لمقياس المرونة النفسية.

جدول (٦) معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية لمقياس المرونة النفسية (ن=١٣٦)

العبارة	معامل الارتباط	العبارة	معامل الارتباط	العبارة	معامل الارتباط	العبارة	معامل الارتباط
١	٠.٣٨٨**	٧	٠.٦٤٥**	١٣	٠.٦٠٨**	١٩	٠.٢٤٩**
٢	٠.٢٤٢**	٨	٠.٤٥٧**	١٤	٠.٤٩٤**	٢٠	٠.٦٣٢**
٣	٠.٢٧٥**	٩	٠.٥٠٢**	١٥	٠.٦٠٦**	٢١	٠.٤٧١**
٤	٠.٣٦٢**	١٠	٠.٦١٢**	١٦	٠.٥٧٨**	٢٢	٠.٥٢٧**
٥	٠.٣٨٤**	١١	٠.٥٩٣**	١٧	٠.٤٥٥**	٢٣	٠.٦٣٣**
٦	٠.٥٥٥**	١٢	٠.٤٩٢**	١٨	٠.٥٧٤**	٢٤	٠.٥٦٦**

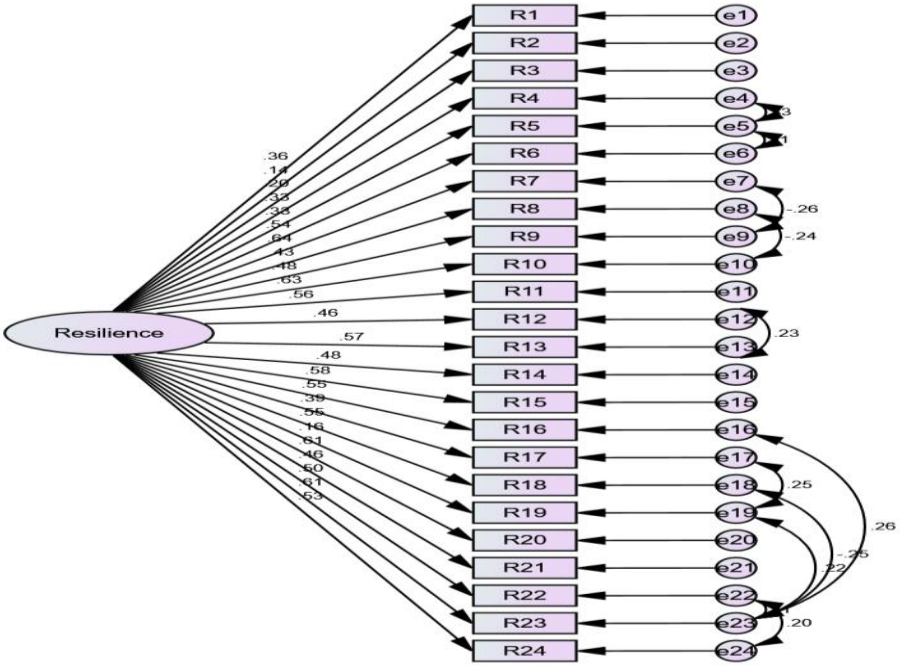
** دالة عند مستوى (٠.٠١)

كما هو واضح من جدول (٦) أن جميع معاملات ارتباط درجة كل عبارة والدرجة الكلية لمقياس المرونة النفسية دالة إحصائيًا عند مستوى (٠.٠١)، مما يشير إلى مؤشرات اتساق داخلي مرتفعة لعبارات المقياس.

ثانيًا: استخدام **صدق التكوين الفرضي** باستخدام التحليل العاملي التوكيدي لمقياس المرونة النفسية. وللتحقق من صدق البناء الكامن لعبارات مقياس المرونة النفسية على عينة الدراسة (١٣٦)، باستخدام التحليل العاملي

التوكيـدي، وتـم إجـراؤه بواسـطة AMOS V.26 بطريقـة أقصـى احتمـال (MaIimum Likhood)، وكانت النتائج كما هو موضح بشكل أدناه.

شكل (٣) نتائج التحليل العاملي التوكيدي لمقياس المرونة النفسية



وفيما يلي قيم مؤشرات حسن المطابقة للنموذج المقترح لعبارات مقياس المرونة النفسية.

جدول (٧) مؤشرات حسن المطابقة للنموذج المقترح لعبارات مقياس المرونة النفسية

المؤشر		قيمة المؤشر	المدى المثالي للمؤشر	القيمة التي تشير إلى أفضل مطابقة
كا٢ X^2		٣٧٧.٨٦	أن تكون كا٢ غير دالة (مستوى دلالة كا٢ هو ٠.٠٨ وبالتالي غير دالة)	
درجات الحرية df		٢٤١		
مستوى دلالة كا٢		٠.٠٨		
نسبة كا٢ X^2 /df		١.٥٦	١ – ٥	صفر – ١
جذر متوسط مربعات خطأ الاقتراب RMSEA		٠.٠٦٥	القيم التي تقل عن ٠.٠٨ تدل على مطابقة جيدة	
محك المعلومات لأيكيك AIC	للنموذج الحالي	٤٩٥.٨٦	أن تكون قيمة AIC للنموذج الحالي أقل من أو تساوي نظيرتها للنموذج المشبع	
	للنموذج المشبع	٦٠٠		
الصدق الزائف المتوقع ECVI	للنموذج الحالي	٣.٦٧	أن تكون قيمة ECVI للنموذج الحالي أقل من أو تساوي نظيرتها للنموذج المشبع	
	للنموذج المشبع	٤.٤٤		
مؤشر حسن المطابقة GFI		٠.٩٢٢	صفر – ١	١
مؤشر المطابقة التزايدي IFI		٠.٩٣٦	صفر – ١	١
مؤشر المطابقة المقارن CFI		٠.٩٢٩	صفر – ١	١

يتضح من جدول (٧) أن النموذج المقترح لمقياس المرونة النفسية لدى عينة الدراسة يطابق تمامًا بيانات العينة، وهو ما يؤكد تشبعات العبارات على مقياس المرونة النفسية لدى عينة الدراسة؛ حيث كانت قيمة كا٢ غير دالة، وقيمة X2 /df مساوية (١.٥٦) أي أقل من ٥، وكانت قيم GFI، IFI، CFI، جميعها قيم مرتفعة إلى حد تساويها مع الحد الأقصى لهذه المؤشرات (واحد صحيح)، وكذلك قيمة RMSEA مساوية لـ ٠.٠٦٥، وكانت قيمة AIC وقيمة ECVI للنموذج الحالي أقل من نظيرتها للنموذج المشبع، وهو ما يؤكد الصدق

البنائي لمقياس المرونة النفسية. كما جاءت تشبعات العبارات على مقياس المرونة النفسية لدى عينة الدراسة كما هو موضوح بجدول (٨):

جدول (٨) تشبعات العبارات على مقياس المرونة النفسية، والخطأ المعياري، والقيمة الحرجة لكل تشبع

العبارة	التشبعات المعيارية	التشبعات غير المعيارية	الخطأ المعياري	القيمة الحرجة
Resilience→R1	٠.٣٥٩	١		
Resilience→R2	٠.١٣٩	٠.٤٦	٠.٣١٨	*١.٩٩
Resilience→R3	٠.١٩٦	٠.٥٩١	٠.٣٠٤	*٢
Resilience→R4	٠.٣٣	٠.٧٩٩	٠.٢٨٢	**٢.٨٣
Resilience→R5	٠.٣٣	١	٠.٣٥٦	**٢.٨٢
Resilience→R6	٠.٥٤	١.٣١	٠.٣٦٤	**٣.٣
Resilience→R7	٠.٦٣٩	١.٧١	٠.٤٥	**٣.٨١
Resilience→R8	٠.٤٣٢	١.٠٨	٠.٣٣٣	**٣.٢٧
Resilience→R9	٠.٤٧٧	١.٢٤	٠.٣٦٣	**٣.٤٢
Resilience→R10	٠.٦٢٧	١.٧	٠.٤٤٩	**٣.٧٩
Resilience→R11	٠.٥٦٣	١.٧٧	٠.٤٨٣	**٣.٦٦
Resilience→R12	٠.٤٥٩	١.٣٨	٠.٤١	**٣.٣٧
Resilience→R13	٠.٥٧	١.٧٤	٠.٤٧٤	**٣.٦٧
Resilience→R14	٠.٤٨١	١.٤٨	٠.٤٣١	**٣.٤٤
Resilience→R15	٠.٥٧٩	١.٧٢	٠.٤٦٥	**٣.٦٩
Resilience→R16	٠.٥٤٦	١.٤٦	٠.٤٠٥	**٣.٦١
Resilience→R17	٠.٣٩٤	١.٢٢	٠.٣٩١	**٣.١٣
Resilience→R18	٠.٥٥٥	١.٧٦	٠.٤٨٥	**٣.٦٣
Resilience→R19	٠.١٥٩	٠.٥٢٥	٠.٣٢٣	*١.٩٩
Resilience→R20	٠.٦٠٩	١.٨٢	٠.٤٨٦	**٣.٧٦
Resilience→R21	٠.٤٦١	١.٢٦	٠.٣٧٤	**٣.٣٨
Resilience→R22	٠.٥	١.٥٥	٠.٤٤٤	**٣.٤٩
Resilience→R23	٠.٦١١	١.٦٩	٠.٤٥	**٣.٧٥
Resilience→R24	٠.٥٢٩	١.٣٤	٠.٣٧٤	**٣.٥٧

من جدول (٨) يُلاحظ أن قيم التشبعات المعيارية لعبارات مقياس المرونة النفسية لدى عينة الدراسة هي قيم مرتفعة ودالة إحصائيًا عند مستوى (٠.٠١)، ومن ثم فقد تطابقت مع نموذج التحليل العاملي التوكيدي، مما يؤكد صدق مقياس المرونة النفسية.

ثالثًا: تم حساب **ثبات مقياس المرونة النفسية** بطريقة ألفا كرونباخ بلغت ٠.٨٦٣؛ مما يؤكد تمتع مقياس المرونة النفسية بدرجة مرتفعة من الثبات، ويدل على صلاحيته للتطبيق.

٣- **مقياس نوعية الحياة لأورام القولون والمستقيم** (إعداد الباحثة الأولى):

مقياس نوعية الحياة الصحية من إعداد الباحثة الأولى بالدراسة، ويتكون المقياس من (٣٤) بندًا موزعة على ٥ مجالات صحية (التنظيم الوجداني، الصحة الجسمية، الصحة الوظيفية وأداء الأدوار، العلاقات الاجتماعية، السياق البيئي). وتسجل إجابات ليكرت خماسي يتراوح بين: أبدًا (١) إلى شكل مستمر (٥) والعبارات جميعها في الاتجاه السلبي (أي أن الدرجة المرتفعة تعكس تدني نوعية الحياة، وسيطرة الأعراض).

أولًا: خطوات إعداد مقياس نوعية الحياة

(أ) مراجعة محتوى الدراسات السابقة، الدراسات السابقة والآراء والأطر النظرية العربية والأجنبية التي تناولت نوعية الحياة الصحية لدى مرضى الأورام، والتي سبق ذكرها في متن الدراسة.

(ب) الاطلاع على بعض المقاييس المتاحة لنوعية الحياة كمقياس منظمة الصحة العالمية لنوعية الحياة، ومقياس نوعية الحياة لمرضى متلازمة القولون المتهيج، مقابلة المرضى.

(ج) في ضوء الخطوات السابقة تم وضع الصورة الأولية للمقياس، وتتكون من (٣٦) عبارة في صورة تقريرية تعبر عن نوعية الحياة. وفي ضوء ذلك أصبح المقياس يتكون من (٣٤) عبارة، موزعة على ستة أبعاد.

(هـ) تتم الاستجابة على مقياس "نوعية" من خلال (دائمًا إلى ليس صحيح على الإطلاق)، وتأخذ تلك الدرجات على الترتيب (٥، ٤، ٣، ٢، ١).

(و) طُبِقَ المقياس على عينة الدراسة الاستطلاعية –المُشار إليها سابقًا– من مرضى أورام القولون والمستقيم، والبالغ عددها (١٣٦).

(ز) **حساب مؤشرات الاتساق الداخلي** من خلال معاملات ارتباط درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي له لمقياس نوعية الحياة.

جدول (٩) معاملات ارتباط درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي له لمقياس نوعية الحياة، (ن= ١٣٦)

البُعد الاول (الصحة الجسمية)		البُعد الثالث (المجال الوظيفي)		البُعد الخامس (السياق البيئي)	
العبارة	معاملات الارتباط	العبارة	معاملات الارتباط	العبارة	معاملات الارتباط
٣	٠.٤٩١**	٦	٠.٧٤٥**	١٤	٠.٦٧٢**
٥	٠.٦٠٨**	٨	٠.٦٩**	٢٤	٠.٦٥٨**
١١	٠.٦٥٦**	١٠	٠.٦٩٧**	٢٧	٠.٧٠٢**
١٥	٠.٦٤٦**	١٨	٠.٦٦٥**	٣٤	٠.٦٧٤**
٢٣	٠.٦٠٥**	٢١	٠.٦٨٧**	البُعد السادس (الصحة الوجدانية)	
٢٨	٠.٧٣٥**	٣٠	٠.٧١٢**	العبارة	معاملات الارتباط
٢٩	٠.٥٨٨**	البُعد الرابع (العلاقات الاجتماعي)		١	٠.٦١**
٣٢	٠.٥٨١**	العبارة	معاملات الارتباط	٢	٠.٥٤**
البُعد الثاني (الصحة النفسية)		١٢	٠.٦٩٣**	٤	٠.٥٧١**
العبارة	معاملات الارتباط	١٧	٠.٦٧٣**	٧	٠.٦٧٤**
٩	٠.٧٥٣**	٢٠	٠.٧٨٩**	١٣	٠.٦٦٩**
١٦	٠.٧٨٢**	٣٣	٠.٦٥٨**	٢٢	٠.٥٨٥**
١٩	٠.٦٩٥**			٢٥	٠.٦٦٧**
٢٦	٠.٥٥٨**			٣١	٠.٧٠٥**

** دالة عند مستوى ٠.٠١

ومن الجدول السابق، يلاحظ أن جميع معاملات ارتباط درجة كل عبارة، والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي له العبارة دالة إحصائيًا عند مستوى (٠.٠١)، مما يشير إلى اتساق داخلي لعبارات المقياس. وأيضًا من خلال حساب معاملات ارتباط درجة كل بعد والدرجة الكلية لمقياس نوعية الحياة.

جدول (١٠) معاملات ارتباط درجة كل بُعد بالدرجة الكلية لمقياس نوعية الحياة (ن= ١٣٦)

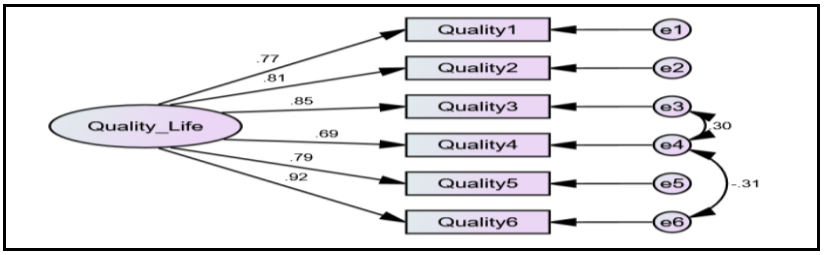
م	البُعد	معاملات الارتباط
١	الصحة الجسمية	٠.٨٣٧**
٢	الصحة النفسية	٠.٨٣٨**
٣	المجال الوظيفي وأداء الأدوار	٠.٨٩**
٤	العلاقات الاجتماعية	٠.٧٣٣**
٥	السياق البيئي	٠.٨٢**
٦	الصحة الوجدانية	٠.٩١٧**

**** دالة عند مستوى ٠.٠١**

يتضح من جدول (١٠) أن جميع معاملات ارتباط درجة كل بُعد والدرجة الكلية لمقياس نوعية الحياة دالة إحصائيًا عند مستوى (٠,٠١) مما يدل على مؤشرات اتساق داخلي لأبعاد المقياس.

ثانيًا: استخدم **صدق التكوين الفرضي باستخدام التحليل العاملي التوكيدي**، وتم التحقق من صدق البناء الكامن لأبعاد مقياس نوعية الحياة على عينة الدراسة (١٣٦)، باستخدام التحليل العاملي التوكيدي، وتم إجراؤه بواسطة AMOS V.26 بطريقة أقصى احتمال.

شكل (٤) نتائج التحليل العاملي التوكيدي لمقياس نوعية الحياة الصحية



حيث Quality1 يمثل بُعد الصحة الجسمية، Quality2 يمثل بُعد الصحة النفسية، Quality3 يمثل بُعد المجال الوظيفي، Quality4 يمثل بُعد العلاقات الاجتماعية،Quality5 يمثل بعد السياق البيئي، Quality6 يمثل بُعد الصحة الوجدانية، وفيما يلي قيم مؤشرات حسن المطابقة للنموذج المقترح لأبعاد مقياس نوعية الحياة

جدول (١١) مؤشرات حسن المطابقة للنموذج المقترح لأبعاد مقياس نوعية الحياة

المؤشر		قيمة المؤشر	المدى المثالي للمؤشر	القيمة التي تشير إلى أفضل مطابقة
كا^2 X^2 درجات الحرية df مستوى دلالة كا^2		١٣.٢٢ ٧ ٠.٠٦٧	أن تكون كا^2 غير دالة (مستوى دلالة كا^2 هو ٠.٠٦٧ وبالتالي غير دالة)	
نسبة كا^2 X^2 /df		١.٨٩	١ – ٥	صفر – ١
جذر متوسط مربعات خطأ الاقتراب RMSEA		٠.٠٧٩	القيم التي تقل عن ٠.٠٨ تدل على مطابقة جيدة	
محك المعلومات لأيكيك AIC	للنموذج الحالي	٤١.٢٢	أن تكون قيمة AIC للنموذج الحالي أقل من أو تساوي نظيرتها للنموذج المشبع	
	للنموذج المشبع	٤٢		
الصدق الزائف المتوقع ECVI	للنموذج الحالي	٠.٣٠٥	أن تكون قيمة ECVI للنموذج الحالي أقل من أو تساوي نظيرتها للنموذج المشبع	
	للنموذج المشبع	٠.٣١١		
مؤشر حسن المطابقة GFI		٠.٩٧١	صفر – ١	١
مؤشر المطابقة التزايدي IFI		٠.٩٨٩	صفر – ١	١
مؤشر المطابقة المقارن CFI		٠.٩٨٩	صفر – ١	١

يتضح من جدول (١١) أن النموذج المقترح لمقياس نوعية الحياة لدى عينة الدراسة يطابق تمامًا بيانات العينة، وهو ما يؤكد تشبعات الأبعاد على مقياس نوعية الحياة لدى عينة الدراسة، حيث كانت قيمة كا^{2} غير دالة، وقيمة X2/df مساوية (١.٨٩) أي أقل من ٥، وكانت قيم GFI، IFI، CFI، جميعها قيم مرتفعة إلى حد تساويها مع الحد الأقصى لهذه المؤشرات (واحد صحيح)، وكذلك قيمة RMSEA مساوية لـ ٠.٠٧٩، وكانت قيمة AIC وقيمة ECVI للنموذج الحالي أقل من نظيرتها للنموذج المشبع وهو ما يؤكد الصدق البنائي لمقياس نوعية الحياة. كما جاءت تشبعات الأبعاد على مقياس نوعية الحياة لدى عينة الدراسة.

جدول (١٢) تشبعات الأبعاد على مقياس نوعية الحياة الصحية، والخطأ المعياري، والقيمة الحرجة لكل تشبع

العبارة	التشبعات المعيارية	التشبعات غير المعيارية	الخطأ المعياري	القيمة الحرجة
Quality_Life→Quality1	٠.٧٧٢	١		
Quality_Life→Quality2	٠.٨١١	٠.٦١٣	٠.٠٦	**١٠.١٩
Quality_Life→Quality3	٠.٨٥١	٠.٩٣	٠.٠٨٦	**١٠.٧٧
Quality_Life→Quality4	٠.٦٩١	٠.٥١١	٠.٠٦٤	**٨.٠٤
Quality_Life→Quality5	٠.٧٩	٠.٥٦٥	٠.٠٥٧	**٩.٨٦
Quality_Life→Quality6	٠.٩٢٤	١.١٩	٠.١	**١١.٨٥

يُلاحظ من جدول (١٢) أن قيم التشبعات المعيارية لعبارات مقياس نوعية الحياة الصحية لدى عينة الدراسة هي قيم مرتفعة ودالة إحصائيًا عند مستوى

(٠.٠١)، ومن ثم فقد تطابقت مع نموذج التحليل العاملي التوكيدي، مما يؤكد صدق مقياس نوعية الحياة.

ثالثًا: تم حساب **ثبات مقياس نوعية الحياة الصحية** بطريقة ألفا كرونباخ، فكانت النتائج كما بالجدول أدناه:

جدول (١٣) معاملات ثبات مقياس نوعية الحياة وأبعاده

البُعد	عدد العبارات	معاملات الثبات
١. الصحة الجسمية	٨	٠.٧٦٢
٢. الصحة النفسية	٤	٠.٦٤٨
٣. المجال الوظيفي وأداء الأدوار	٦	٠.٧٨٩
٤. العلاقات الاجتماعية	٤	٠.٦٦
٥. السياق البيئي	٤	٠.٦٠٣
٦. الصحة الوجدانية	٨	٠.٧٧٩
٧. مقياس نوعية الحياة ككل	٣٤	٠.٩٣٤

يتضح من جدول (١٣) تمتع مقياس نوعية الحياة الصحية بدرجة مرتفعة من الثبات، ويدل على صلاحيته للتطبيق.

الأساليب الإحصائية المستخدمة:

اعتمدت الدراسة على بعض الأساليب الإحصائية، منها: (١) معامل ثبات ألفا كرونباخ، (٢) التحليل العاملي التوكيدي باستخدام برنامج AMOS (V.24)، (٣) معامل الارتباط الخطي لبيرسون Pearson correlation coefficient باستخدام برنامج (SPSS V.27)، (٤) اختبار " ت" T-Test باستخدام برنامج (SPSS V.27)، (٥) تحليل الانحدار الخطي متدرج الخطوات Stepwise Regression باستخدام برنامج (SPSS V.27)

عرض نتائج الدراسة وتفسيرها:

أولًا: الإحصاءات الوصفية

تم إجراء هذه التحليلات بهدف التحقق من توافر الخصائص الإحصائية المقبولة للبيانات بالنسبة لمتغيرات الدراسة (سمات الشخصية، المرونة النفسية، نوعية الحياة الصحية)، كخطوة تمهيدية تسبق اختبار الفروض الإحصائية، وجدول (١٤) يوضح هذه الإحصاءات لعينة الدراسة الأساسية من مرضى أورام القولون والمستقيم (ن=١٧٠).

جدول (١٤) الإحصاءات الوصفية لبيانات عينة الدراسة على متغيرات الدراسة (ن=١٧٠)

متغيرات الدراسة		المتوسط	الوسيط	الانحراف المعياري	الالتواء	التفلطح
سمات الشخصية	العصابية	٣٥.٠٤	٣٤	٥.٨٢	٠.٣١٧	٠.٢٦٣
	الانبساطية	٤٠.٩٦	٤١	٥.٨٥	-٠.٢٩٥	١.١
	الانفتاح	٣٥.٤٤	٣٦	٤.٢٣	-٠.٣٨	٠.٤٦٨
	الانسجام	٤٤.٥٦	٤٥	٨.٥٣	-٠.٢٤٩	-٠.٧٧٢
	يقظة الضمير	٤١.٣٤	٤١.٥	٦.٤٩	-٠.٠٦٣	-٠.٣٨
المرونة النفسية		٨٨.٣١	٩١	١٣.٦٩	-٠.٣٠٩	-٠.٦٧٣
نوعية الحياة الصحية		١٠١.١٩	١٠٢.٥	٢٣.٩	-٠.١٩٦	٠.٠٦٦

يتضح من جدول (١٤) أن قيم المتوسطات الحسابية لمتغيرات الدراسة قريبة من قيم الوسيط، وأن جميع قيم الالتواء والتفلطح كانت أقل من ± ٢ و ±٧ على الترتيب (Finney & Distefane, 2006, 272) مما يشير إلى أن توزيع درجات أفراد عينة الدراسة من مرضى أورام القولون والمستقيم على المتغيرات تقترب من التوزيع الاعتدالي.

ثانيًا: نتائج فروض الدراسة ومناقشتها

نتائج الفرض البحثي الأول:

نص الفرض الأول على أنه "توجد علاقات ارتباطية متباينة الوجهة (موجبة وسالبة) ومتباينة الدلالة (دالة وغير دالة) بين سمات الشخصية والمرونة النفسية ونوعية الحياة لدى مرضى أورام القولون والمستقيم". وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب معامل الارتباط بيرسون[1] (باستخدام برنامج SPSS V.27) بين درجات أفراد العينة على مقياس سمات الشخصية ودرجاتهم على مقياس المرونة النفسية، وبين درجات أفراد العينة على مقياس سمات الشخصية ودرجاتهم على مقياس نوعية الحياة الصحية (كما هو موضح بجدول ١٥).

جدول (١٥) معامل الارتباط الخطي لبيرسون بين درجات أفراد العينة على مقياس سمات الشخصية ودرجاتهم على مقياس المرونة النفسية

المتغيرات	المرونة النفسية	مستوى الدلالة	نوعية الحياة	مستوى الدلالة
العصابية	-٠.٣٥٤**	دالة عند ٠.٠١	٠.٤٢٩**	دالة عند ٠.٠١
الانبساطية	٠.٢٩٦**	دالة عند ٠.٠١	-٠.١٣٤	غير دالة
الانفتاح	٠.٠٨٦	غير دالة	٠.٠٦١	غير دالة
الانسجام	٠.٣٣٥**	دالة عند ٠.٠١	-٠.٠٩٦	غير دالة
يقظة الضمير	٠.٤٠٣**	دالة عند ٠.٠١	-٠.١٤٨	غير دالة

يتضح من الجدول السابق وجود علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائيًا عند مستوى (٠.٠١) بين العصابية والمرونة النفسية بين مرضي أورام القولون والمستقيم، ووجد أيضًا علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيًا عند مستوى (٠.٠١) بين كل من الانسجام ويقظة الضمير وبين المرونة النفسية لديهم. في حين لا توجد علاقة ارتباطية بين الانفتاح والمرونة النفسية لديهم. وبالنسبة

1 Pearson correlation coefficient

لنوعية الحياة وجد علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيًا عند مستوى (٠.٠١) بين العصابية ونوعية الحياة الصحية لدى مرضى أورام القولون والمستقيم، في حين لا توجد علاقة ارتباطية بين بعض سمات الشخصية (الانبساطية، الانفتاح، الانسجام، يقظة الضمير) ونوعية الحياة لديهم.

تفسير نتائج الفرض البحثي الأول:

يُفترض أن الانخفاض في الرفاه الجسمية من شأنه أن يؤثر سلبًا في الأداء النفسي الاجتماعي للفرد ونوعية حياته والتي تُعد تجربة ذاتية، واقترحت الدراسات أن نوعية الحياة قد لا تعتمد فقط على المؤشرات الجسمية أو شدة المرض (Areias et al., 2013) لذلك، تظل نوعية الحياة أولوية في سياق علاج ومتابعة الأمراض المزمنة. وتوسع تناول مفهوم المرونة النفسية مع تقدم مجال علم النفس الإيجابي، أي القدرة على التكيف الإيجابي مع الشدائد، ليشمل المرضى المصابين بأمراض جسمية (Stewart, & Yuen, 2011). وورد أن الأفراد المرنين لديهم نوعية حياة أفضل (Rosenberg et al., 2015) وهو ما يؤكد أن المرونة تمارس تأثيرها في الشدائد في مراحل مختلفة، من خلال التقييم الفردي للشدائد، وتنظيم الاستجابةً للعواطف المحسوسة، واختيار استراتيجيات التكيف (Dahouri, Sahebihagh, Gilani, 2024). كما أنها تعكس المرونة أيضًا الخصائص المزاجية للفرد، نظرًا للنتائج التي تفيد بأن سمات شخصية معينة (الانبساطية والانفتاح والضمير) ارتبطت بشكل إيجابي بالمرونة (Nakaya, Oshio, & Kaneko, 2006).

واتضح ذلك في نتائج الفرض الأول بالدراسة التي أكدت: (١) علاقة ارتباطية عكسية بين العصابية والمرونة النفسية، و(٢) علاقة طردية بين الانسجام ويقظة الضمير وبين المرونة النفسية، (٣) كما وجد علاقة طردية العصابية وفقر نوعية الحياة الصحية لدى مرضى أورام القولون والمستقيم.

جاء بتعريف نوعية الحياة الذي اقترحته منظمة الصحة العالمية على أنه "إدراك الفرد لموقفه في الحياة في سياق الثقافة وأنظمة القيم التي يعيش فيها وفيما يتعلق بأهدافه وتوقعاته ومعاييره ومخاوفه" (Bobić 2012). ونظرًا لأن هذا يعتمد على إدراك الخبرة الشخصية والأهداف والتطلعات والقيم، فإن نوعية الحياة تتحدد إلى حد كبير من خلال العوامل المتعلقة بشخصية الفرد. وتعد سمات الشخصية من بين العوامل الأكثر دراسة على نطاق واسع فيما يتعلق بنوعية الحياة لدى مرضى الأورام السرطانية. يقوم نموذج من خمسة عوامل (McCrae 2009) بتجميع سمات الشخصية في خمسة أبعاد عريضة: العصابية، والانبساطية، والانفتاح على الخبرة، والانسجام، والضمير. وتوضح نتيجة الفرض الأول أن العصابية ترتبط عكسيًا بالمرونة النفسية وتخفض نوعية الحياة لدى مرضي أورام القولون والمستقيم وهو ما لوحظ في ارتباطات مماثلة في دراسات Glavić, Galić, & Krip, 2014; Granieri et al., 2013 وأيضًا في بعض الأورام الأخرى مثل الناجين من أورام الخصية (Grov et al., 2009)، والإناث المصابات بأورام الثدي اللاتي خضعن لاستئصال الثدي (Van der Steeg 2010)، أو حتى الأصحاء (Yamaoka et al., 1998). وقد يرجع ذلك لارتباط العصابية Neuroticism بإدراكات أكثر سلبية للمرض (Goetzmann et al., 2005). والتي ارتبطت بدورها بانخفاض المكونات النفسية الاجتماعية لنوعية الحياة (Brenes, 2007) من خلال انخفاض المرونة لدى مرضى سرطان القولون والمستقيم (Paika et al. 2010، Hypantis et al. 2011). باختصار، يبدو أن هناك علاقة متبادلة معقدة بين سمات الشخصية والمرونة في إطار نوعية الحياة المرتبطة بالصحة.

نتائج الفرض البحثي الثاني:

نص الفرض الثاني على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة (مرضى أورام القولون والمستقيم) على متغيرات الدراسة (سمات الشخصية، المرونة النفسية، نوعية الحياة) وفق النوع (ذكور/إناث)". وللتحقق من صحة الفرض، تم استخدام اختبار "ت" (T-Test استخدام برنامج SPSS V.27)، لمعرفة دلالة هذه الفروق.

جدول (١٦) المتوسطات والانحرافات المعيارية ودلالاتها للفروق بين متوسطي درجات الذكور والإناث على مقياس سمات الشخصية والمرونة النفسية (ن=١٧٠)

العينة / المتغيرات		الذكور ن = ٦٤		الإناث ن = ١٠٦		قيمة "ت"	مستوى الدلالة
		م	ع	م	ع		
المرونة النفسية		٨٧.٢	١٣.٧٨	٨٨.٩٨	١٣.٦٥	٠.٨٢	غير دالة
سمات الشخصية	العصابية	٣٣.٩٣	٥.٧٨	٣٥.٧	٥.٧٧	١.٩٣	غير دالة
	الانبساطية	٣٩.٤٢	٤.٤٣	٤١.٨٩	٦.٤١	٢.٩٦	دالة عند ٠.٠١
	الانفتاح	٣٦.٣١	٣.٧٥	٣٤.٩١	٤.٤٤	٢.١	دالة عند ٠.٠٥
	الانسجام	٤٠.٩٥	٧.٣٧	٤١.٥٨	٥.٩١	٠.٦١	غير دالة
	يقظة الضمير	٤٤.٠٧	٩.٠٧	٤٤.٨٥	٨.٢١	٠.٥٧	غير دالة
نوعية الحياة	الصحة الجسمية	٢٥.٦٢	٥.٢٦	٢٦.٤٧	٦.٩٨	٠.٨٣٦	غير دالة
	الصحة النفسية	١١.٠٤	٣.٤١	١٢.٥٣	٣.٧٥	٠.٢٥٩	غير دالة
	المجال الوظيفي وأداء الأدوار	١٥.١٥	٣.٩١	١٦.٩٩	٥.٦٥	٢.٢٨	دالة عند ٠.٠٥
	العلاقات الاجتماعية	٩.٨٧	٣.٠٩	٩.٩٦	٣.٨٣	٠.١٥٤	غير دالة
	السياق البيئي	١١.٧٢	٣.١١	١١.٨٩	٣.٦٥	٠.٣٢٤	غير دالة
	الصحة الوجدانية	٢٣.٧٦	٤.٨٩	٢٥.٧٣	٦.٧٣	٢.١	دالة عند ٠.٠٥
	نوعية الحياة ككل	٩٧.٢٢	١٩.٣٩	١٠٣.٥٩	٢٦.٠٤	١.٨	غير دالة

يتضح من الجدول السابق:

١) المرونة النفسية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة (مرضى أورام القولون) على مقياس المرونة النفسية وفق متغير النوع (ذكور/إناث).

٢) سمات الشخصية: وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) بين متوسطي درجات الذكور والإناث من مرضى أورام القولون والمستقيم في الانبساطية في اتجاه الإناث. ووجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٥) بين متوسطي درجات الذكور والإناث من مرضى أورام القولون والمستقيم في الانفتاح في اتجاه الذكور، في حين لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الذكور والإناث من مرضى أورام القولون والمستقيم على كل من العصابية والانسجام ويقظة الضمير.

٣) أبعاد نوعية الحياة: وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٥) بين متوسطي درجات الذكور والإناث من مرضى أورام القولون والمستقيم في بُعدَي نوعية الحياة (المجال الوظيفي وأداء الأدوار، الصحة الوجدانية) في اتجاه الإناث، في حين لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الذكور والإناث من مرضى أورام القولون والمستقيم على باقي أبعاد نوعية الحياة (الصحة الجسمية، الصحة النفسية، العلاقات الاجتماعية، السياق البيئي) ونوعية الحياة ككل.

تفسير نتائج الفرض البحثي الثاني:

تُعد المرونة النفسية عاملًا حاسمًا في التعامل مع الصدمات والتوتر، وتشير إلى قدرة الأفراد على التعامل مع المواقف العصيبة والتغلب عليها

(Durso et al., 2021). وغالبًا ما يتم وصف المرونة على أنها نتيجة، وبشكل أكثر تحديدًا، استجابة فردية لموقف حياتي صعب (Deshields et al., 2016) ونتيجة نفسية اجتماعية للنمو (Molina et al., 2014). ويُعتقد أن الأفراد الذين يتمتعون بمستويات مرتفعة من المرونة النفسية يمكنهم إدارة الآثار السلبية للصدمات بشكل فعال (Cassidy, 2016) وعلى الرغم من التأثير الكبير للتوتر، تُظهر النساء عمومًا قدرة أعلى على المرونة النفسية؛ حيث إنهن يعبرن عن مشاعرهن بشكل أكثر انفتاحًا ووضوحًا، وهن أكثر عرضة لطلب المساعدة والدعم، وأكثر عرضة للجوء إلى شبكات الدعم الاجتماعي بعد التجارب المؤلمة وأكثر انفتاحًا بشأن التعبير عن احتياجاتهن العاطفية (Gopalkrishnan, 2018; Jensen et al., 2023)، وهو ما يتعارض مع نتائج الفرض الثاني، بجزئه الأول؛ حيث لم نجد فروقًا بين الذكور والإناث في الداء على مقياس المرونة النفسية. وعلى الرغم من أن المرونة النفسية لدى مرضى القولون، وُجِد أنها تتأثر بالوضع الاقتصادي للمريض (Zhang et al., 2019؛ Baziliansky & Cohen, 2020)، والشفقة على الذات (Baziliansky & Cohen, 2020)، والحماسة، واليقظة (Gouzman et al., 2015)، والتقدم في السن والجنس الذكري (Cohen et al., 2014). إلا أن العديد من الدراسات لم تجد فرقًا كبيرًا في الأداء الاجتماعي/الرفاهية بين المرضى الإناث والذكور (Acevedo-Ibarra et al., 2021; Alabbas et al., 2016; Trinquinato et al., 2017). وفيما يتعلق بالعلاقات الجنسية، لم نجد فروقًا بين الجنسين في الضيق الجنسي أو الرضا عن الزواج/العلاقة (Reese, Handorf, & Haythornthwaite, 2018; Du et al., 2021) ولم يتم العثور على فروق كبيرة بين الجنسين في مستوى التكيف (القلق، والقبول، والموقف الإيجابي تجاه الحياة)، والقدرة على التكيف (Eriksen

(et al., 2022. مما يؤكد أن المرونة لم تختلف بين الجنسين من مرضى أورام القولون والمستقيم، ويظهرون مستويات معتدلة من المرونة.

كما اتضح من نتائج الفرض الثاني: وجود فروق بين الذكور والإناث على الانبساطية في اتجاه الإناث. و(٢) وجود فروق بين الذكور والإناث على الانفتاح في اتجاه الذكور. وتتفق هذه النتائج جزئيًا مع دراسات Nakaya et al., 2010; Grov & Dahl, 2020 في أن سمة العصابية من أبرز السمات في مرضى أورام القولون والمستقيم (Ristvedt & Trinkaus, 2005)، وأنها قد تشارك ضمنيًا في تطور الورم السرطاني وتقدمه من خلال آليات مثل الاستجابة المناعية الخلوية والإجهاد التأكسدي والغزو وتكوين الأوعية الدموية والالتهاب (Jaffe, 2013; Di Giuseppe et al., 2018; O'Súilleabháin et al., 2021). كما أبرزت دراسات أخرى بعد تشخيص الورم السرطاني وعلاجه دور سمات الشخصية مثل الانبساط، والانفتاح، والود، والضمير (Giesinger et al., 2009; Paika et al., 2010)، في التنبؤ بنوعية الحياة وإدراك المرض (Mols et al., 2012a؛ Schoormans et al., 2017).

كما أوضحت نتائج هذا الفرض أن الذكور والإناث من مرضى أورام القولون والمستقيم في بعدي نوعية الحياة (المجال الوظيفي وأداء الأدوار، الصحة الوجدانية) في اتجاه الإناث. ويعزو الباحثتان ذلك لانخفاض اهتمام الرجال بالرعاية الصحية الوقائية، ومعرفتهم الأقل بالقضايا الصحية. بالإضافة إلى اعتياد النساء على برامج الفحص، على سبيل المثال الورم السرطاني بالثدي وعنق الرحم.

وقد اتفق (Wichmann et al., 2001; Schmidt et al., 2005) أن الاختلافات المرتبطة بالجنس فيما يتعلق بالجوانب المختلفة للأورام السرطانية بالقولون والمستقيم موثقة وواضحة جيدًا. وأوضحت الدراسة الطولية Schmidt

et al., (2005) والتي شملت ٥١٩ مريضًا بسرطان المستقيم على مدى عامين، اختلافات كبيرة مرتبطة بالنوع في نوعية الحياة خاصة في الأداء البدني مصاحب مستويات إجهاد أعلى مريضات سرطان المستقيم الإناث، كما أوضحت دراسة أرنت وزملائه (Arndt et al.,2004) أن مريضات أورام القولون من النساء يؤدين أداءً جسميًا وعاطفيًا أقل بالإضافة إلى نوعية حياة كلية أقل مقارنة بالرجال. وكان التعب والغثيان والألم وفقدان الشهية والإمساك أكثر وضوحًا لدى النساء مقارنة بالرجال. وهو ما أكدته نتيجة الفرض الثاني من الدراسة، ويؤكد أن الوعي بالاختلافات المرتبطة بالجنس في نوعية الحياة له أهمية كبيرة لقرارات العلاج وإدارة الأعراض. ومع ذلك، فإن الأبحاث المنشورة حول الاختلافات المرتبطة بالنوع لدى مرضى سرطان القولون والمستقيم نادرة.

نتائج الفرض البحثي الثالث:

نص الفرض الثالث على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة (مرضى أورام القولون والمستقيم) على متغيرات الدراسة (سمات الشخصية، المرونة النفسية، نوعية الحياة) وفق العمر (أقل من ٣٠ سنة/٣٠ سنة فأكثر)". وللتحقق من صحة الفرض، تم استخدام اختبار "ت" (استخدام برنامج SPSS V.27)، لمعرفة دلالة هذه الفروق.

جدول (١٧) المتوسطات والانحرافات المعيارية ودلالاتها للفروق بين متوسطي درجات عينة الدراسة على مقياس سمات الشخصية وفقا لمتغير العمر (ن=١٧٠)

العينة / المتغيرات		أقل من ٣٠ سنة (ن = ٨٧)		٣٠ سنة فأكثر (ن = ٨٣)		قيمة "ت"	مستوى الدلالة
		م	ع	م	ع		
المرونة النفسية		٩٠.٣٥	١٣.٥٤	٨٦.١٦	١٣.٥٩	٢.٠١	دالة ٠.٠٥
سمات الشخصية	العصابية	٣٥.٥٤	٦.١٥	٣٤.٥٢	٥.٤٥	١.١٤	غير دالة
	الانبساطية	٤١.٥٣	٦.٣٦	٤٠.٣٧	٥.٢٥	١.٢٨	غير دالة
	الانفتاح	٣٥.٤٣	٣.٨٨	٣٥.٤٤	٤.٦	٠.٠١٤	غير دالة
	الانسجام	٤٠.٨٢	٥.٨٦	٤١.٨٩	٧.٠٨	١.٠٧	غير دالة
	يقظة الضمير	٤٤.٦٣	٧.٢٨	٤٤.٤٨	٩.٧١	٠.١٢٣	غير دالة
نوعية الحياة	الصحة الجسمية	٢٥.٤٨	٦.٩٢	٢٦.٨٥	٥.٧٣	١.٤	غير دالة
	الصحة النفسية	١٢.٠٩	٤.١٧	١١.٨٥	٣.١٢	٠.٤١٧	غير دالة
	المجال الوظيفي وأداء الأدوار	١٦.٠٢	٥.٩	١٦.٥٩	٤.١٩	٠.٧١٩	غير دالة
	العلاقات الاجتماعية	٩.٤٢	٣.٧٢	١٠.٤٥	٣.٣٢	١.٩	غير دالة
	السياق البيئي	١١.٧٣	٣.٨٨	١١.٩١	٢.٩٤	٠.٣٢	غير دالة
	الصحة الوجدانية	٢٤.٣١	٦.٩٩	٢٥.٧٣	٥.٠٨	١.٥١	غير دالة
	نوعية الحياة ككل	٩٩.٠٨	٢٧.٢٨	١٠٣.٤١	١٩.٦٧	١.١٨	غير دالة

يتضح من الجدول السابق أنه: (١) توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٥) بين متوسطي درجات عين البحث من مرضى أورام القولون والمستقيم على مقياس المرونة النفسية وفقًا لمتغير العمر في اتجاه المرضى الأقل من ٣٠ سنة. (٢) لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات عينة البحث على كل سمات الشخصية (العصابية، الانبساطية، الانفتاح، الانسجام، يقظة الضمير). (٣) لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية

بين متوسطي درجات عينة البحث على أبعاد نوعية الحياة (الصحة الجسمية، الصحة النفسية المجال الوظيفي وأداء الأدوار، العلاقات الاجتماعية، السياق البيئي، الصحة الوجدانية) ونوعية الحياة ككل.

تفسير نتائج الفرض البحثي الثالث:

تتزايد معدلات الإصابة بسرطان القولون والمستقيم والوفيات بين الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين ١٨ و٣٠ عامًا مقارنة بأقرانهم الأكبر سنًا (أكبر من ٣٠). قارنت هذه الدراسة المرونة النفسية وسمات الشخصية ونوعية الحياة بين الشباب والناجين من سرطان القولون والمستقيم من الراشدين الأكبر سنًا، والتي لم نجد فروقًا بين مجموعتي السن سوى في المرونة النفسية فقط. وقد يرجع ذلك إلى أن الناجين من سرطان القولون والمستقيم الشباب يقومون بوظائف بدنية أفضل مقارنة بالناجين بالأكبر سنًا (Oswald et al., 2024; Spaander et al., 2023) مما يحسن المرونة النفسية لديهم. وقيمت دراسة (Mrabti et al., 2016) تأثير العمر والجنس كعوامل اجتماعية ديموغرافية بالإضافة إلى مرحلة المرض والعلاج الإشعاعي وتناول العلاج الكيميائي تؤثر على المرونة وتحسين نوعية الحياة. وأن الناجين من سرطان القولون والمستقيم الأكبر سنًا يعانون من خلل الأداء الوظيفي الاجتماعي والجسمي (Hokkam, Farrag, & El Kammash, 2013).

وقد يكون مفهوم المرونة مسؤولًا أيضًا عن الاختلافات بين الفئات العمرية في التعامل مع الورم السرطاني والتكيف معه. فقد تم تصور المرونة على أنها نمط من الأداء يدل على التكيف الإيجابي في سياق المخاطر أو الشدائد الكبيرة (Ong, Bergeman, & Boker, 2009). يتم التعبير عنها في قدرة الفرد على التعافي من التجارب السلبية والصدمات الشديدة من خلال القدرة على التكيف مع المطالب الظرفية المختلفة والمتغيرة، والتعافي من أحداث

الحيـاة السـلبية. وقـد أظهـرت الدراسـات أن المرونـة تتنبـأ بانخفـاض مسـتوى الضيق، وتحسين التكيف، وتحسين نوعية الحياة بين مرضـى الأورام السرطانية (Bowen, Morasca, & Meischke, 2003; Ong, Bergeman, & Boker, 2009). ومـع ذلـك، أظهـرت الأبحـاث الأحـدث أن المرونـة هـي أيضًـا بنـاء قـد يتغير عبر الحياة. وقد يتم تعزيزها أو إضعافها اعتمادًا على التآزر المشترك بين الأفراد وبيئاتهم وتجاربهم. يتضمن تعريف المرونة فكرة أنها تتطور من خلال التعرض لمخاطر كبيرة (Ong, Bergeman, & Boker, 2009).

نتائج الفرض البحثي الرابع:

نص الفرض الرابع على "تُسهم درجات مرضى أورام القولون والمستقيم على مقياس سمات الشخصية إسهامًا دالًا إحصائيًا في التنبؤ بدرجاتهم على مقياس المرونة النفسية، كما تسهم في التنبؤ بدرجاتهم على مقياس نوعية الحياة". وللتحقق من هذا الفرض تم تقسيم النتائج إلى:

١) مدى إسهام سمات الشخصية في التنبؤ بالمرونة النفسية:

وللتحقق من صحة فرض "تُسهم درجات عينة الدراسة من مرضى أورام القولون والمستقيم على مقياس سمات الشخصية إسهامًا دالًا إحصائيًا في التنبؤ بدرجاتهم على مقياس المرونة النفسية"، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي متدرج الخطوات[١] في نموذج يتضمن المرونة النفسية كمتغير تابع، وكل من (العصابية، الانبساطية، الانفتاح، الانسجام، يقظة الضمير) كمتغيرات مستقلة (منبئات)؛ حيث يتم إدخال المتغيرات المستقلة الواحد تلو الآخر على أساس ارتباطها بالمتغير التابع، وفي كل خطوة يتم اختيار أعلى المتغيرات المستقلة ارتباطًا وتأثيرًا في المتغير التابع، وجدول (١٨) يوضح ذلك.

[١] Stepwise Regression

جدول (١٨) نتائج تحليل الانحدار متدرج الخطوات للمرونة النفسية كمتغير تابع من خلال سمات الشخصية كمتغيرات مستقلة

المتغيرات المفسرة (النماذج)	المتغير التابع	قيمة R	التباين المشترك R2 (نسبة إسهام جميع المتغيرات)	الزيادة في التباين (نسبة إسهام المتغير المضاف بمفرده)	معامل الانحدار B	قيمة F	قيمة "ت"	قيمة الثابت
(١) يقظة الضمير	المرونة النفسية	٠,٤٠٤	٠,١٦٣	٠,١٦٣	٠,٦٤٧	٣٢,٦٥	**٥,٧١	٥٤,٤٥
(٢) يقظة الضمير العصابية		٠,٤٧	٠,٢٢١	٠,٠٥٨	٠,٥٢٢ ٠,٥٤٦-	٢٣,٦٨	**٤,٥٣ **٣,٥٣	٨٥,٩١
(٣) يقظة الضمير العصابية الانبساطية		٠,٥٠١	٠,٢٥١	٠,٠٣	٠,٤٠٩ ٠,٦١٤- ٠,٤٣٧	١٨,٥٦	**٣,٣٦ **٣,٧٢ **٠,٢٥٤	٧٣,٨٨
(٤) يقظة الضمير العصابية الانبساطية الانفتاح		٠,٥٢	٠,٢٧	٠,٠١٩	٠,٤١٢ ٠,٦٢٢- ٠,٤٨٣ ٠,٤٥٤	١٥,٢٩	**٣,٤٢ **٣,٧٨ **٢,٨٧ *٢,٠٩	٥٥,٨٣

يتضح من جدول (١٨) أنه في الخطوة الرابعة (النموذج الرابع) والأخير في التحليل، ظهرت المتغيرات: يقظة الضمير، العصابية، الانبساطية، الانفتاح في نموذج من أربعة متغيرات بدون متغير الانسجام، ليمثل أكثر النماذج التنبؤية إسهامًا وتنبؤًا بالمرونة النفسية لدى مرضى أورام القولون والمستقيم، وقد بلغت قيمة الارتباط المتعدد بين المتغيرات (النموذج التنبؤي) وبين المرونة النفسية (R=0.52)، كما بلغت قيمة (ف) لدلالة الانحدار (F=15.29) وهي قيمة دالة إحصائيًا عند مستوى (٠.٠١)، والنموذج التنبؤي قد أحدث تباينًا مفسرًا مقداره (R^2= 0.27) وهذا يعني أن: ٢٧٪ من التباين في مستوى المرونة النفسية لدى عينة البحث يفسره نموذج الانحدار المتعدد بينه وبين متغيرات (النموذج التنبؤي)، ومن ثم يمكن التنبؤ بالمرونة النفسية من خلال النموذج التنبؤي باستخدام المعادلة الآتية:

المتغير التابع = قيمة الثابت + معامل الانحدار (١) × المتغير المستقل (١) + معامل الانحدار (٢) × المتغير المستقل (٢) + معامل الانحدار (٣) × المتغير المستقل (٣) + معامل الانحدار (٤) × المتغير المستقل (٤) + خطا التنبؤ.

المرونة النفسية = ٥٥.٨٣+٠.٤١٢× (يقظة الضمير) −٠.٦٢٢× (العصابية) +٠.٤٨٣× (الانبساطية) +٠.٤٥٤× (الانفتاح) + خطأ التنبؤ.

وفي ضوء هذه المعادلة يمكن القول بأن ارتفاع أبعاد (يقظة الضمير، الانبساطية، الانفتاح) مع انخفاض بعد العصابية يؤدي إلى زيادة المرونة النفسية، وكان بُعد يقظة الضمير هو أكثر المتغيرات تأثيرًا وتنبؤًا بالمرونة النفسية بنسبة (١٦.٣٪).

ثانيًا: مدى إسهام سمات الشخصية في التنبؤ بنوعية الحياة

وللتحقق من صحة فرض مؤداه "تُسهم درجات مرضى أورام القولون والمستقيم على مقياس سمات الشخصية إسهامًا دالًا إحصائيًا في التنبؤ بدرجاتهم على مقياس نوعية الحياة لديهم"، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي متدرج الخطوات في نموذج يتضمن نوعية الحياة كمتغير تابع، وكل من (العصابية، الانبساطية، الانفتاح، الانسجام، يقظة الضمير) كمتغيرات مستقلة (منبئات)؛ حيث يتم إدخال المتغيرات المستقلة الواحد تلو الآخر على أساس ارتباطها بالمتغير التابع، وفي كل خطوة يتم اختيار أعلى المتغيرات المستقلة ارتباطًا وتأثيرًا في المتغير التابع، وجدول (١٩) يوضح ذلك.

جدول (١٩) نتائج تحليل الانحدار متدرج الخطوات لنوعية الحياة كمتغير تابع من خلال سمات الشخصية كمتغيرات مستقلة

المتغيرات المفسرة (النماذج)	المتغير التابع	قيمة R	التباين المشترك R2 (نسبة إسهام جميع المتغيرات)	معامل الانحدا ر B	قيمة F	قيمة "ت"	قيمة الثابت
(١) العصابية	نوعية الحياة	٠.٤٢٩	٠.١٨٤	١.٧٦	٣٧.٩٣	٦.١٦	٣٩.٤٨

يتضح من جدول (١٩) وجود نموذج واحد في التحليل، ظهر فيه متغير العصابية على أنه المتغير الوحيد الذي يسهم ويتنبأ بنوعية الحياة لدى مرضى أورام القولون والمستقيم، وقد بلغت قيمة الارتباط (R=0.429)، كما بلغت قيمة (ف) لدلالة الانحدار (F =37.93) وهي قيمة دالة إحصائيًا عند مستوى (٠.٠١)، والنموذج التنبؤي قد أحدث تباينًا مفسرًا مقداره (R^2= 0.184) وهذا يعني أن ١٨.٤٪ من التباين في مستوى نوعية الحياة لدى عينة البحث يفسره (النموذج التنبؤي)، ومن ثم يمكن التنبؤ بنوعية الحياة من خلال النموذج التنبؤي باستخدام المعادلة الآتية: المتغير التابع = قيمة الثابت + معامل الانحدار (١) × المتغير المستقل (١) + خطا التنبؤ نوعية الحياة = ٣٩.٤٨ +١.٧٦× (العصابية) +خطأ التنبؤ.

تفسير نتائج الفرض البحثي الرابع:

يتضح من نتائج هذا الفرض: (١) ارتفاع أبعاد يقظة الضمير، والانبساطية، والانفتاح مع انخفاض بعد العصابية يؤدي إلى زيادة المرونة النفسية، وكان بُعد يقظة الضمير هو أكثر المتغيرات تأثيرًا وتنبؤًا بالمرونة

النفسية بنسبة (١٦.٣٪). (٢) بُعد العصابية كلما ارتفع كان مؤشرًا لانخفاض نوعية الحياة لدى مرضى الأورام القولون– المستقيم.

يُعد نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية من أهم النماذج وأحدثها التي فسرت سمات الشخصية، كما يعتبر أكثر النماذج اتساقًا في تقييم الشخصية والتنبؤ بها (أبو غزالة، ٢٠٠٩م، ٢١٤)، وقد توصل موسك (Musek, 2007) إلى وجود عامل عام للشخصية أسماه "العامل الكبير" يمثل يقظة الضمير، والانبساط، والتقبل، والانفتاح متسقة مع المرونة. ويقع هذا "العامل الكبير" في أعلى مستوى من التنظيم الهرمي. كما وجد أن الانبساطية والعصابية ويقظة الضمير أكثر العوامل ارتباطًا بمؤشرات الهناء الذاتي (الرضا عن الحياة والانفعال الإيجابي والانفعال السلبي التكيفي)، ويرتبط التقبل بشكل ضعيف بالرضا عن الحياة، بينما لم يرتبط الانفتاح على الخبرات بالرضا عن الحياة (Quevedo, & Abella, 2011; Haslam, et al., 2008)، كما يرتبط أبعاد الانبساطية ويقظة الضمير والانفتاح إيجابًا بمعنى الحياة، وسلبًا بالعصابية (عبد المطلب وأحمد، ٢٠١٦)، وهذا يبرز اتساق وترابط يقظة الضمير، والانبساطية، والانفتاح في الأدب السابق في حال الصحة والمرض من جانب، كما أنهم يشكلون مستوى المرونة النفسية للفرد، كما أن تلك السمات الشخصية تحدد قدرة الفرد على التعافي من التأثيرات السلبية لهذه الشدائد أو النكبات أو الأحداث الضاغطة والقدرة على تخطيها وتجاوزها بشكل إيجابي ومواصلة الحياة بفاعلية واقتدار (العصيمي، ٢٠١٧).

المرونة النفسية هي عملية تطور دينامية تؤدي إلى بلوغ مرحلة التوافق الإيجابي في أثناء التعرض لتهديد خطير أو محنة أو صدمة شديدة أو مرض مزمن خطير على الصحة. ويفسر ذلك النموذج الثلاثي قدمه فرانك ورنر وزميله جون سميث (Werner, & Smith 1982) في تشكل المرونة من: (١)

عوامل ترتبط بالأفراد أنفسهم، (٢) عوامل راجعة إلى خصائص الأسرة والبيئة الأسرية، (٣) عوامل راجعة إلى خصائص البيئات الاجتماعية الأوسع (أبو حلاوة، ٢٠١٣)؛ لذا تعتبر المرونة عاملًا رئيسيًا في استجابة الفرد للمواقف المعاكسة (Falk-Kessler et al., 2012; Shrivastava & Desousa, 2016). كما تشير الدراسات التجريبية إلى أن المستويات المنخفضة من المرونة قد تساهم في ارتفاع مستويات الضائقة النفسية لدى الأشخاص المصابين بالأورام السرطانية (Dubey et al., 2015).

وبتحليل مفهوم المرونة الفردية في رعاية مرضى السرطان لدى الراشدين، تصور المرونة باعتبارها القدرة وعملية إعادة المعايرة الديناميكية التي يمكن أن تساعد الفرد على تعديل مستوى الضائقة النفسية والأداء الوظيفي من خلال التفاعل مع البيئة ((Luo et al., 2020; Luo et al., 2022. ووفقًا لفرانكل (١٩٨٢)، فإن السعي للبحث عن معنى في حياة المرء هو القوة الدافعة الأقوى لمواصلة العيش. بالإضافة إلى ذلك، فإن وجود معنى في الحياة مفيد أيضًا للتغلب على الأفكار الانتحارية عند مواجهة الشدائد الشديدة في الحياة مثل الورم السرطاني (Kleiman & Beaver, 2013)؛ مما يجعل فهم مكونات المرونة، والسمات الشخصية المساهمة فيها لدى الراشدين المصابين بسرطان القولون والمستقيم يمكن أن يمكّنهم من تحديد المشكلات المحتملة في تكيف المرضى مع مرضهم، ومن ثم تقديم الدعم الفردي وتسهيل تعافي المرضى. كما أن الأفراد المرنين يبذلون جهودًا داخلية لتحفيز أنفسهم على المضي قدمًا. وقد تم إظهار هذه الجهود من خلال الاستعانة بنشاط بقوتهم العقلية. وتم تحديد سبع صفات شخصية شائعة الاستشهاد بها، أي (التصميم، وتقدير الذات، والمثابرة، والثقة، والأمل والتفاؤل)، والتي سهلت التكيف الجيد للأفراد من تجربة المشاركين في إدارة الشدائد المرتبطة بسرطان القولون والمستقيم. ويدعم هذا

الاكتشاف الأدبيات السابقة التي وجدت ارتباطًا إيجابيًا بين هذه سمات الشخصية (الضمير الحي والانبساط والانفتاح) والمرونة (Palacio & Arias, 2018; Seiler & Jenewein, 2019;Wu et al., 2021; Zhang et al., 2020). وتجدر الإشارة إلى أن الجانب الروحي (التدين) هو نهج فعال آخر لتحفيز المشاركين على المضي قدمًا من الشدائد المرتبطة بالورم السرطاني. وقد أثبتت الدراسات التجريبية (على سبيل المثال Thune-Boyle et al., 2013) التي أجريت على أشخاص تم تشخيص إصابتهم بسرطان الثدي أن هناك ارتباطًا بين الروحانية والتكيف.

إن الاستعانة بقوة الروحانية لا يمكن أن تسهل عملية البحث عن المعنى في الحياة فحسب، بل تساهم أيضًا في تعزيز المشاعر الإيجابية، ومن ثم تعزيز قدرة الأفراد على التكيف عندما يجدون أنفسهم في مواقف صعبة (Luo et al., 2022; Puchalski, 2012).

كما تبين من نتيجة الفرض أن السمة الحاسمة في تدني نوعية الحياة هي العصابية أي أن يشعر الفرد بأنه غير آمن وقلق ومحبط وعاطفي في مقابل هادئ وواثق بنفسه، وتعبر عن الفروق الفردية في الميل تجاه المرور بالخبرات المحبطة وفي الأساليب المعرفية والسلوكية التي تلي هذا الميل أو تنتج عنه، وأساسها سوء التوافق أو سوء التكيف (McCrae, & John, 1992; Smith, et al., 2001). وتتفق نتائج هذه الدراسة مع (Ristvedt and Trinkaus, 2005) أن العصابية لها إسهام في التنبؤ بنوعية الحياة. وتختلف نتائج الفرض مع نتائج دراسات كل من كافان وآخرين (Kavan et al., 1995) (استخدم MMPI-2)، ودراسة ناكايا وآخرين (استخدم EPQ)، وفي دراسة لاحقة ناكايا وآخرين (Nakaya et al., 2010)، أكدوا أنه لا يوجد ارتباط بين العصابية أو أي سمات شخصية أخرى (الانفتاح) على حدوث سرطان القولون والمستقيم، باستخدام

نفس الاستبيان في نسخة منقحة (EPI). ترتبط العصابية بالوجدان السلبي، بما في ذلك الغضب والقلق والتهيج وعدم الاستقرار العاطفي (Gross, 2002). وأظهرت نتائج دراسة (Macía et al., 2020) أن المستويات المنخفضة من العصابية والمستويات المرتفعة من الانفتاح على العالم الخارجي ترتبط بنتائج صحية إيجابية. وترتبط العصابية بالتأثر الوجداني السالب وحدوث سرطان القولون والمستقيم (White et al., 2007).

التصنيف الأكثر استخدامًا وإثباتًا لتحديد أبعاد الشخصية "العوامل الخمسة"، ويشمل الانفتاح والضمير والانبساط والعصابية والانفتاح على التجربة. على وجه التحديد، كانت العصابية (التعرض للضيق والعواطف السلبية وعدم الاستقرار العاطفي) والانبساط (على عكس الانطواء، الذي يشير إلى الميل إلى التحفظ والانسحاب والكبت) من أكثر السمات تقييمًا فيما يتعلق بمرض السرطان. في حين ارتبط الانفتاح بنتائج صحية إيجابية (Hoerger et al., 2016; You et al., 2018)، فقد ارتبطت العصابية بمصادر مختلفة للألم وتعبيره، وهو نتيجة عرضية شائعة للورم السرطاني (Krok & Baker, 2014). كما أبرزت دراسات Chang et al., 2014; Hulbert-Williams et al., 2012 أن العصابية تؤدي إلى خطر الإصابة بأعراض الاكتئاب والقلق لدى مرضى السرطان، نتيجة استخدام استراتيجيات أقل تكيفًا عند مواجهة أحداث مرهقة محتملة، مما قد يؤدي إلى المشقة النفسية (Bonsaksen et al., 2019)، بمعنى أن مريض السرطان مرتفع العصابية يعاني عدم استقرار عاطفي، وينظر لتشخيصه بالورم السرطاني على أنه أكثر تهديدًا أو شدة، وبالتالي سيشعر بمزيد من الخوف والضيق الانفعالي. بينما ذكر فيني أن المريض منخفض العصابية يكون متقبلًا للمشاعر السلبية والقبول والتفكير المتفائل بشأن المرض، وهم قادرون على تقليل التوتر، وتحسين قدرتهم على التعامل مع مرض

السرطان مما يحسن المرونة لديهم (Fini et al., 2017). وبذلك تفسر العصابية النسبة العالية للتباين في الرضا الكلي عن الحياة، والرضا عن الحياة الماضية، والتوقعات المستقبلية والمقارنة مع الآخرين، بغض النظر عن الفترة من الجراحة إلى الفحص، والحالة الاجتماعية، والعمر والجنس لدى مرضى سرطان القولون Dahouri, Sahebihagh, Gilani, 2024.

وهذا يؤدي إلى استنتاج مفاده أن تحسين نوعية الحياة لدى الأفراد الذين يعانون من العصابية العالية بعد سرطان القولون والمستقيم يمكن أن تدعمه تدخلات سلوكية معرفية مختلفة تهدف في المقام الأول إلى تغيير الصفات السلبية، وتقليل التوتر والتأثيرات السلبية، واكتساب استراتيجيات مواجهة أكثر فعالية، وتعزيز السيطرة الشخصية المتصورة، وإعادة تعريف وإعادة تصور نوعية الحياة، والبحث عن تلقي الدعم الاجتماعي الأكثر ملاءمة.

المراجع:

أبو بكر، أحمد سمير. (٢٠٢٠). العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وعلاقتها بقلق الإصابة بفيروس كورونا المستجد (كوفيد-١٩) لدى الشباب الجامعي. *مجلة البحث العلمي في التربية*، ٢١، ١٥٩-١٩٥

أبو حلاوة، محمد السعيد. (٢٠١٣). المرونة النفسية، ماهيتها ومحدداتها وقيمتها الوقائية. إصدارات شبكة العلوم النفسية العربية، ٢٩.

زرارقة، نور الدين. وصالي، محمد. (٢٠٢١). البروفيل الديمغرافي لمرضى سرطان القولون والمستقيم بمركز مكافحة السرطان سطيف، الجزائر: جامعة قاصدي مرباح ورقلة، *مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية*، ١٣ (٢)، ١٧٩- ١٩٢.

شويخ، هناء أحمد (٢٠١٣). شدة الإصابة بداء الثعلبة وعلاقتها بكل من الاكتئاب ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة. *مجلة دراسات عربية*، مج ١٢، ع ٤، ٦٢٧- ٦٧٠.

عايدي، نادية. (٢٠١٩). مستوى جودة الحياة الصحية لدى طلاب الجامعة. *مجلة العلوم الإنسانية لجامعة أم البواقي*، ٦ (٢)، ٤١٤- ٤٢٤. https://search.shamaa.org/PDF/Articles/AERshlbm/RshlbmVol6No2Y2019/rshlbm_2019-v6-n2_414-424.pdf

عبد الخالق، احمد. (٢٠٢٠). حب الحياة وعلاقته بالحياة الطيبة والفاعلية الذاتية والشخصية. *المجلة المصرية للدراسات النفسية*، ١٠٩ (٣٠)، ١- ٢٠. https://ejcj.journals.ekb.eg/article_118098_31f78dc77cc7078634ee279cdb0b2bba.pdf

عبد المطلب، السيد الفضالي. وأحمد، ميمي السيد. (٢٠١٦). البناء العاملي للعوامل الستة الكبرى للشخصية في ضوء نموذج (HEXACO) وعلاقته

بمعنى الحياة لدى طلبة جامعة الزقازيق. *مجلة كلية التربية ببنها*، ١٠٨ (١)، ١٣٩- ١٨٣.

العصيمي، عبدالله محيميد. (٢٠١٧). أنماط التواصل الأسري وعلاقتها بالمرونة النفسية لدى طلاب المرحلة الثانوية بمدينة الطائف. جامعة عين شمس – مركز الإرشاد النفسي، مجلة الإرشاد النفسي ٤٩، ٢١٧– ٢٥٨.

https://search.mandumah.com/Record/819614

فرانكل (١٩٨٢). *الإنسان يبحث عن المعنى*. ترجمة طلعت منصور. الكويت. دار القلم.

محمود، هشام عبدالحميد. (٢٠٢٣). العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وعلاقتها بنمو ما بعد الصدمة لدى عينة من مرضى سرطان الثدي العاملات وغير العاملات. جامعة جنوب الوادي – كلية الآداب، *مجلة كلية الآداب بقنا*، ٣٢ (٦٠)، ٦١٨- ٥٠.

https://doi.org/10.21608/qarts.2023.222844.1711

Acevedo-Ibarra JN, Juarez-Garcia DM, Espinoza-Velazco A, Buenaventura-Cisneros S. (2021). Quality of life in Mexican colorectal cancer patients: Analysis with sociodemographic, medical, and psychological variables. *Psychol. Health Med.*, 26, 853–866.

Alabbas FF, Al-Otaibi SM, Pasha MH, Alghamdi AM, Al-Hindi HM, Al-Ahwal MS, El-Deek BS. (2016). Impact of Physiological Symptoms and Complications of Colorectal Cancer on the Quality of Life of Patients at King Abdulaziz University Hospital. *J. Cancer Educ.*, 31, 221–227.

Areias MEG, Pinto CI, Vieira PF, Teixeira F, Coelho R, Freitas I.,... & Areias JC. (2013). Long term psychosocial outcomes of

congenital heart disease (CHD) in adolescents and young adults. *Translational pediatrics*, 2(3), 90.

Arndt V, Merx H, Stegmaier C, Ziegler H, Brenner H. (2004). Quality of life in patients with colorectal cancer 1 year after diagnosis compared with the general population: A population-based study. *Journal of Clinical Oncology*, 22(23), 4829–4836. doi:10.1200/JCO.2004.02.018.

Bours MJ, van der Linden BW, Winkels RM, van Duijnhoven FJ, Mols F, van Roekel EH, Kampman E, Beijer S, Weijenberg MP. (2016). Candidate Predictors of Health-Related Quality of Life of Colorectal Cancer Survivors: A Systematic Review. *Oncologist*., 21(4):433-52. doi: 10.1634/theoncologist.2015-0258.

Bowen DJ, Morasca AA, Meischke H. (2003). Measures and correlates of resilience. *Women Health*, 38:65–76, http://dx.doi.org/10.1300/J013v38n02_05 .

Brenes, G. A. (2007). Anxiety, depression, and quality of life in primary care patients. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*, 9(6), 437.

Büssing A, Girke M, Heckmann C, Schad F, Ostermann T, Kröz M. (2009). Validation of the self regulation questionnaire as a measure of health in quality of life research. *Eur J Med Res*., 14;14(5):223-7. doi: 10.1186/2047-783x-14-5-223.

Cancer incidence in five continents. *Volume IX. IARC Sci Publ*. 2008;(160):1-837. PMID: 19388204.

Chabowski M, Polański J, Jankowska-Polanska B, Lomper K, Janczak D, Rosinczuk J. (2017). The acceptance of illness, the intensity of pain and the quality of life in patients with lung cancer. *J Thorac Dis*., 9(9):2952-2958. doi: 10.21037/jtd.2017.08.70.

Chida Y, Hamer M, Wardle J, Steptoe A. (2008). Do stress-related psychosocial factors contribute to cancer incidence and

survival? *Nat Clin Pract Oncol*., 5(8):466-75. doi: 10.1038/ncponc1134.

Dahouri A, Sahebihagh MH, Gilani N. (2024). Predictive factors associated with health-related quality of life in patients with colorectal cancer in Iran: a cross-sectional study. *BMJ Open*;14:e086544. doi: 10.1136/bmjopen-2024-086544

Di Giuseppe, M., Ciacchini, R., Micheloni, T., Bertolucci, I., Marchi, L., and Conversano, C. (2018). Defense mechanisms in cancer patients: a systematic review. *J. Psychosom. Res.* 115, 76–86. doi: 10.1016/j.jpsychores.2018.10.016

Du X, Wang D, Du H, Zou Q, Jin Y. (2021). The correlation between intimate relationship, self-disclosure, and adaptability among colorectal cancer enterostomy patients. *Medicine*, 100, e25904.

Eriksen KS, Lode K, Husebø SIE, Kørner H. (2022). Exploring variables affecting sense of coherence and social support in recovery after colorectal cancer surgery among the oldest old. *Geriatr. Nurs.*, 47, 81–86.

Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray F. (2015). Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer.*, 136(5), E359-86. doi: 10.1002/ijc.29210.

Finney,S & Distefano,C. (2006). Non-normal and categorical data in structural equation modeling. In G. Hancock & R. Mueller. *Structural equation modeling: A second course*.(pp.269-314), United States of America: Information Age Publishing Inc.

Forsythe LP, Alfano CM, Kent EE, Weaver KE, Bellizzi K, Arora N, Aziz N, Keel G, Rowland JH. (2014). Social support, self-efficacy for decision-making, and follow-up care use in long-term cancer survivors. *Psychooncology*., 23(7):788-96. doi: 10.1002/pon.3480.

Gale CR, Deary IJ, Wardle J, Zaninotto P, Batty GD. (2015). Cognitive ability and personality as predictors of participation in a national colorectal cancer screening programme: the English Longitudinal Study of Ageing. *J Epidemiol Community Health*., 69(6):530-5. doi: 10.1136/jech-2014-204888.

Gale CR, Deary IJ, Wardle J, Zaninotto P, Batty GD. (2015). Cognitive ability and personality as predictors of participation in a national colorectal cancer screening programme: the English Longitudinal Study of Ageing. *J Epidemiol Community Health*., 69(6):530-5. doi: 10.1136/jech-2014-204888.

Giesinger J, Kemmler G, Mueller V. et al. (2009). Are gender-associated differences in quality of life in colorectal cancer patients disease-specific?. *Qual Life Res* 18, 547–555. https://doi.org/10.1007/s11136-009-9468-0

Giulietti MV, Vespa A, Ottaviani M, Berardi R, Balercia G, Arnaldi G, Gattafoni P, Fabbietti P, Rosa MD, Spatuzzi R. (2019). Personality (at Intrapsychic and Interpersonal Level) Associated With Quality of Life in Patients With Cancer (Lung and Colon). *Cancer Control*, 26(1), 1073274819880560. doi: 10.1177/1073274819880560.

Glavić, Ž., Galić, S., & Krip, M. (2014). Quality of life and personality traits in patients with colorectal cancer. *Psychiatria Danubina*, 26(2), 0-180.

Goetzmann L, Scheuer E, Naef R, Klaghofer R, Russi EW, Buddeberg C, Boehler, A. (2005). Personality, illness perceptions, and lung function (FEV1) in 50 patients after lung transplantation. *GMS Psycho-Social Medicine*, 2, Doc06.

Gonzalez-Saenz de Tejada M, Bilbao A, Baré M, Briones E, Sarasqueta C, Quintana JM, Escobar A. (2016). Association of social support, functional status, and psychological variables with changes in health-related quality of life outcomes in

patients with colorectal cancer. *Psychooncology*., 25(8), 891-7. doi: 10.1002/pon.4022.

Gotay CC, Isaacs P, Pagano I. (2004). Quality of life in patients who survive a dire prognosis compared to control cancer survivors. *Psychooncology*., 13(12), 882-92. doi: 10.1002/pon.808.

Granieri A, Tamburello S, Tamburello A, Casale S, Cont C, Guglielmucci F, Innamorati M. (2013). Quality of life and personality traits in patients with malignant pleural mesothelioma and their first-degree caregivers. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 1193-1202.

Grossarth-Maticek R, Kiene H, Baumgartner SM, Ziegler R. (2001). Use of Iscador, an extract of European mistletoe (Viscum album), in cancer treatment: prospective nonrandomized and randomized matched-pair studies nested within a cohort study. *Altern Ther Health Med*., 7(3):57-66, 68-72, 74-6 passim. PMID: 11347286.

Grossarth-Maticek R, & Eysenck HJ. (1995). Self-regulation and mortality from cancer, coronary heart disease, and other causes: A prospective study. *Personality and Individual differences*, 19(6), 781-795.

Grov EK, & Dahl AA. (2020). Is neuroticism relevant for old cancer survivors? A controlled, population-based study (the Norwegian HUNT-3 survey). *Supp. Care Canc*. 29, 3623–32. doi: 10.1007/s00520-020-05870-7

Hart TL, Charles ST, Gunaratne M, Baxter NN, Cotterchio M, Cohen Z, Gallinger S. (2018). Symptom Severity and Quality of Life Among Long-term Colorectal Cancer Survivors Compared With Matched Control Subjects: A Population-Based Study. *Dis Colon Rectum*., 61(3):355-363. doi: 10.1097/DCR.0000000000000972.

Herzberg PY, Lee SJ, Heussner P, Mumm FH, Hilgendorf I, von Harsdorf S, Hemmati P, Rieger K, Greinix HT, Freund M,

Holler E, Wolff D. (2013). Personality influences quality-of-life assessments in adult patients after allogeneic hematopoietic SCT: results from a joint evaluation of the prospective German Multicenter Validation Trial and the Fred Hutchinson Cancer Research Center. *Bone Marrow Transplant*.,48(1):129-34. doi: 10.1038/bmt.2012.83.

Hokkam MD, Farrag MD, El Kammash MD. (2013). Assessment of quality of life of colorectal carcinoma patients after surgery. *World J colorectal Surg*., 3(1):4.

Husson O, Vissers PA, Denollet J, Mols F. (2015). The role of personality in the course of health-related quality of life and disease-specific health status among colorectal cancer survivors: A prospective population-based study from the PROFILES registry. *Acta Oncol*., 54(5):669-77. doi: 10.3109/0284186X.2014.996663.

Jansen L, Koch L, Brenner H, et al. (2010). Quality of life among long-term (≥5 years) colorectal cancer survivors--systematic review. *Eur J Cancer*, 46, 2879–88. http://dx.doi.org/10.1016/j.ejca.2010.06.010

Jokela M, Batty GD, Hintsa T, Elovainio M, Hakulinen C, Kivimäki M. (2014). Is personality associated with cancer incidence and mortality? An individual-participant meta-analysis of 2156 incident cancer cases among 42,843 men and women. *Br J Cancer*., 110(7),1820-4. doi: 10.1038/bjc.2014.58.

Kaptein AA, Morita S, Sakamoto J. (2005). Quality of life in gastric cancer. *World J Gastroenterol*., 11(21), 3189-96. doi: 10.3748/wjg.v11.i21.3189.

Kays Mohammed Ali Y, Dolin TG, Damm Nybing J, Lykke J, Hvid Linden F, Høgh-Schmidt E, Sørensen TIA, Christensen JF, Nielsen YJW, Stenfatt Larsen J, Madsbad S, Sidenius Johansen J, Svane MS, Lang Lehrskov L. (2024). Change in abdominal obesity after colon cancer surgery - effects of left-sided and

right-sided colonic resection. *Int J Obes (Lond).*, 48(4), 533-541. doi: 10.1038/s41366-023-01445-8.

Kleiman EM, & Beaver JK. (2013). A meaningful life is worth living: Meaning in life as a suicide resiliency factor. *Psychiatry Research*, 210(3), 934–939. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013

Krouse RS, Herrinton LJ, Grant M, et al. (2009). Health-related quality of life among long-term rectal cancer survivors with an ostomy: manifestations by sex. *J Clin Oncol*, 27, 4664–70. http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2008.20.9502

Kröz M, Reif M, Büssing A. et al. (2011). Does self-regulation and autonomic regulation have an influence on survival in breast and colon carcinoma patients? Results of a prospective outcome study. *Health Qual Life Outcomes* 9, 85. https://doi.org/10.1186/1477-7525-9-85

Luo D, Eicher M, White K. (2020). Individual resilience in adult cancer care: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 102, 103467. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103467

Lutgendorf SK, Sood AK, Antoni MH. (2010). Host factors and cancer progression: biobehavioral signaling pathways and interventions. *J Clin Oncol.*, 28(26):4094-9. doi: 10.1200/JCO.2009.26.9357.

Macía P, Gorbeña S, Gómez A, Barranco M, Iraurgi I. (2020). Role of neuroticism and extraversion in the emotional health of people with cancer, *Heliyon*, 6 (7), e04281, https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e04281.

Mahjoubi B, Mirzaei R, Azizi R, et al. (2012). A cross-sectional survey of quality of life in colostomates: a report from Iran. *Health Qual Life Outcomes*, 10:1–6:136. http://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-10-136

Marventano S, Forjaz M, Grosso G, et al. (2013). Health related quality of life in colorectal cancer patients: state of the art. *BMC Surg*,13 Suppl 2:1–7:S15
. http://dx.doi.org/10.1186/1471-2482-13-S2-S15

Mohammadi, E., Aminorroaya, A., Fattahi, N., Azadnajafabad, S., Rezaei, N., Farzi, Y.,... & Farzadfar, F. (2021). Epidemiologic pattern of cancers in Iran; current knowledge and future perspective. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 20(1), 825-829. http://dx.doi.org/10.1007/s40200-020-00654-6

Mols F, Oerlemans S, Denollet J, Roukema JA, van de Poll-Franse LV. (2012). Type D personality is associated with increased comorbidity burden and health care utilization among 3080 cancer survivors. *Gen Hosp Psychiatry.*, 34(4):352-9. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2012.01.014.

Morgan E, Arnold M, Gini A, et al., (2023). Global burden of colorectal cancer in 2020 and 2040: incidence and mortality estimates from *GLOBOCANGut*, 72, 338-344.

Moyer A, Goldenberg M, Hall MA, Knapp-Oliver SK, Sohl SJ, Sarma EA, Schneider S. (2012). Mediators of change in psychosocial interventions for cancer patients: a systematic review. *Behav Med*., 38(3), 90-114. doi: 10.1080/08964289.2012.695412.

Mozafar Saadati H, Khodamoradi F, Salehiniya H. (2020). Associated factors of survival rate and screening for colorectal cancer in Iran: a systematic review. *J Gastrointest Cancer*, 51:401–11. http://dx.doi.org/10.1007/s12029-019-00275-0

Mrabti H, Amziren M, ElGhissassi I, Bensouda Y, Berrada N, Abahssain H, et al. Quality of life of early stage colorectal cancer patients in Morocco. *BMC Gastroenterology*. 2016;16(1):131.

Nakaya, M., Oshio, A., & Kaneko, H. (2006). Correlations for adolescent resilience scale with big five personality traits. *Psychological reports*, 98(3), 927-930.

Nakaya N, Bidstrup PE, Saito-Nakaya K, Frederiksen K, Koskenvuo M, Pukkala E., et al. (2010). Personality traits and cancer risk and survival based on Finnish and Swedish registry data. *Am. J. Epidemiol.* 172, 377–385. doi: 10.1093/aje/kwq046

O'Súilleabháin PS, Turiano NA, Gerstorf D, Luchetti M, Gallagher S, Sesker AA., et al. (2021). Personality pathways to mortality: Interleukin-6 links conscientiousness to mortality risk. *Brain Behav. Immun.* 93, 238–244. doi: 10.1016/j.bbi.2021.01.032

Ong AD, Bergeman CS, Boker SM. (2009). Resilience comes of age: defining features in later adulthood. *J Pers*;77:1777–1804

Oswald LB, Bloomer A, Li X, Jean-Baptiste E, Trujillo G, Felder S, Small BJ, … , Siegel EM. (2024). Functional quality of life among newly diagnosed young adult colorectal cancer survivors compared to older adults: results from the ColoCare Study. *Support Care Cancer*.;32(5):298. doi: 10.1007/s00520-024-08511-5.

Özbay A, Bülbül AE. (2025). The impact of psychological resilience and gender on the relationship between trauma-coping perception and levels of secondary traumatic stress in mental health workers. *J Community Psychol*.;53(1):e23150. doi: 10.1002/jcop.23150.

Palacio, C., & Arias, M. (2018). The role of resilience and coping strategies of fighting spirit in the adaptation of patients with advanced cancer disease attending an oncological institution of Medellín-Colombia. *Journal of Pain and Symptom Management*, 56(6), e134. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.10.427

Perry, L. M., Hoerger, M., Molix, L. A., & Duberstein, P. R. (2020). A validation study of the Mini-IPIP five-factor personality scale in adults with cancer. *Journal of personality assessment*, 102(2), 153-163. https://doi.org/10.1080/00223891.2019.1644341

Pop-Jordanova N. (2015). MMPI for personality characteristics of patients with different diseases. *Pril (Makedon Akad Nauk Umet Odd Med Nauki)*; 36(1):153-64. doi: 10.1515/prilozi-2015-0040.

Prochaska, J. O., Johnson, S., & Lee, P. (2009). The Transtheoretical Model of behavior change. In: S. A. Shumaker, J. K. Ockene, & K. A. Riekert (Eds.), *The handbook of health behavior change* (3rd ed., pp. 59–83). Springer Publishing Company.

Puchalski, C. M. (2012). Spirituality in the cancer trajectory. Annals of *Oncology*, 23(Suppl 3), 49–55.
https://doi.org/10.1093/annonc/mds088

Ramsey SD, Berry K, Moinpour C, et al. (2002). Quality of life in long term survivors of colorectal cancer. *Am J Gastroenterol*; 97:1228–34.
http://dx.doi.org/10.1111/j.1572-0241.2002.05694.x

Ratliff CR, Haugen V. (2013). Selecting a tool for assessing health-related quality of life in ostomates. *J Wound, Ostomy Continence Nurs*; 40:462–7.
http://dx.doi.org/10.1097/WON.0b013e3182a46db4

Reese, J.B.; Handorf, E.; Haythornthwaite, J.A. (2018). Sexual quality of life, body image distress, and psychosocial outcomes in colorectal cancer: A longitudinal study. Support. *Care Cancer*, 26, 3431–3440

Reyes ME, Ye Y, Zhou Y, Liang A, Kopetz S, Rodriquez MA, Wu X, Hildebrandt MA. (2017). Predictors of health-related quality of life and association with survival may identify colorectal cancer patients at high risk of poor prognosis. *Qual Life Res*.; 26(2):319-330. doi: 10.1007/s11136-016-1381-8.

Rodriguez JL, Hawkins NA, Berkowitz Z, et al. (2015). Factors associated with health-related quality of life among colorectal cancer survivors. *Am J Prev Med*;49:S518–27.
http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2015.08.007

Rosenberg, A. R., Syrjala, K. L., Martin, P. J., Flowers, M. E., Carpenter, P. A., Salit, R. B.,... & Lee, S. J. (2015). Resilience, health, and quality of life among long-term survivors of hematopoietic cell transplantation. *Cancer*, 121(23), 4250-4257.

Schmidt CE, Bestmann B, Kuchler T, Kremer B. (2005). Factors influencing sexual function in patients with rectal cancer. *International Journal of Impotence Research*, 17(3), 231–238. doi:10.1038/sj.ijir.3901276.

Schroyen S, Marquet M, Jerusalem G, Dardenne B, Van den Akker M, Buntinx F, Adam S, Missotten P. (2017). The link between self-perceptions of aging, cancer view and physical and mental health of older people with cancer: A cross-sectional study. *J Geriatr Oncol.*; 8(1):64-68. doi: 10.1016/j.jgo.2016.09.001.

Schwarzer, R. (2008). Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Applied Psychology: An International Review*, 57(1), 1–29. https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00325.x

Seiler, A., & Jenewein, J. (2019). Resilience in cancer patients. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 208. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00208

Shun SC, Hsiao FH, Lai YH, Liang JT, Yeh KH, Huang J. (2011). Personality trait and quality of life in colorectal cancer survivors. *Oncol Nurs Forum*.;38(3):E221-8. doi: 10.1188/11.ONF.E221-E228.

Sideris L, Zenasni F, Vernerey D, et al. (2005). Quality of life of patients operated on for low rectal cancer: impact of the type of surgery and patients' characteristics. Dis Colon Rectum;48:2180–91. http://dx.doi.org/10.1007/s10350-005-0155-0

Sihvola S, Kuosmanen L, Kvist T. (2022). Resilience and related factors in colorectal cancer patients: A systematic review.

European *Journal of Oncology Nursing*, 56, 1–10. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2021.102079

Spaander MCW, Zauber AG, Syngal S, Blaser MJ, Sung JJ, You YN, Kuipers EJ. (2023). Young-onset colorectal cancer. *Nat Rev Dis Primers*., 9(1):21. doi: 10.1038/s41572-023-00432-7..

Stewart, D. E., & Yuen, T. (2011). A systematic review of resilience in the physically ill. Psychosomatics, 52(3), 199-209.

Thune-Boyle IC, Stygall J, Keshtgar MR, Davidson TI, Newman SP. (2013). Religious/spiritual coping resources and their relationship with adjustment in patients newly diagnosed with breast cancer in the UK. *Psychooncology*, 22(3), 646–658. https://doi.org/10.1002/pon.3048

Tiselius C, Rosenblad A, Strand E, et al. (2021). Risk factors for poor health-related quality of life in patients with colon cancer include stoma and smoking habits. *Health Qual Life Outcomes*,19:216. http://dx.doi.org/10.1186/s12955-021-01850-5

Torre LA, Siegel RL, Ward EM, Jemal A. (2016). Global Cancer Incidence and Mortality Rates and Trends--An Update. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*., 25(1):16-27. doi: 10.1158/1055-9965.

Trentham-Dietz A, Remington PL, Moinpour CM, et al. (2003). Health-related quality of life in female long-term colorectal cancer survivors. *Oncologist*, 8, 342–9. http://dx.doi.org/10.1634/theoncologist.8-4-342

Trinquinato I, Marques da Silva R, Ticona Benavente SB, Antonietti CC, Siqueira Costa Calache AL. (2017). Gender differences in the perception of quality of life of patients with colorectal cancer. *Investig. Educ. Enferm*., 35, 320–329

Weaver KE, Forsythe LP, Reeve BB, et al. (2012). Mental and physical health-related quality of life among U.S. cancer survivors: population estimates from the 2010 National Health

Interview Survey. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*; 21:2108–17
. http://dx.doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-12-0740

Weis J, Gschwendtner K, Güthlin C, et al. (2022). Utilisation of complementary medicine in cancer patients and survivors: expected benefits and its association to psychosocial factors. *Eur J Cancer Care (Engl)*;31:e13690. http://dx.doi.org/10.1111/ecc.13690

Werner, E., & Smith, R. (1982). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: Adams, Bannister and Cox.

Wichmann MW, Muller C, Hornung HM, Lau-Werner U, Schildberg, FW. (2001). Gender differences in long-term survival of patients with colorectal cancer. *British Journal of Surgery*, 88(8), 1092–1098. doi:10.1046/j.0007-1323.2001.01819.x.

Wu X, Xu H, Zhang X, Han S, Ge L, Li X, Zhang X. (2021). Self-efficacy, hope as mediators between positive coping and resilience among patients with gastric cancer before the first chemotherapy. *Cancer Nursing*, 44(1), 79–85. https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000753

Xiao M, Zhang F, Xiao N, et al. (2019). Health-related quality of life of hypertension patients: a population-based cross-sectional study in Chongqing, China. *Int J Environ Res Public Health*;16:2348. http://dx.doi.org/10.3390/ijerph16132348

Zhang, J., Yin, Y., Wang, A., Li, H., Li, J., Yang, S., Wu, Y., & Zhang, J. (2020). Resilience in patients with lung cancer: Structural equation modeling. *Cancer Nursing*, 44, 465–472. https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000838

Zozulya AA, Gabaeva MV, Sokolov OY, Surkina ID, Kost NV. (2008). Personality, coping style, and constitutional neuroimmunology. *J Immunotoxicol*.;5(2):221-5. doi: 10.1080/15476910802131444.