

مصدر الضبط الصحي لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج التلطيفي

Health locus of control for cancer patients undergoing palliative care

ريمة سكيو * جامعة باتنة 1. الجزائر

مخبر: بنك الاختبارات النفسية و المدرسية و المهنية - البريد الإلكتروني: rima.sekiou@univ-batna.dz

يوسف عدوان جامعة باتنة 1. الجزائر

مخبر: نظم الجودة في مؤسسات التعليم العالي البريد الإلكتروني: youcef.adouane@univ-batna.dz

تاريخ القبول: 03 / 06 / 2026

تاريخ الإرسال: 2025/09/12

ملخص:

هدفت الدراسة إلى التعرف على مصدر الضبط الصحي السائد لدى عينة من مرضى السرطان الخاضعين للعلاج التلطيفي في مركز مكافحة السرطان بمدينة باتنة بالجزائر والتعرف عما إذا كانت هناك فروق لدى أفراد العينة في مصدر الضبط الصحي حسب متغيرات الجنس، المستوى التعليمي ومدة المرض. وقد تكونت عينة الدراسة من 100 مريض مصاب بالسرطان. وتم الاعتماد على التصميم الوصفي المقارن في إنجاز الدراسة. أما الأدوات المستخدمة في هذه الدراسة فقد تمثلت في مقياس مصدر الضبط الصحي الذي أعده كل من باربارا والتسون 1974، وقد كلفه على البيئة الجزائرية نور الدين جبالى 2007. وقد أسفرت الدراسة عن النتائج التالية: كان البعد الخارجي (ذوي النفوذ) هو النمط السائد في مصدر الضبط الصحي لدى عينة الدراسة. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في مصدر الضبط الصحي الخارجي لذوي النفوذ لصالح الذكور. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في مصدر الضبط الصحي الخارجي "ذوي الحظ" لصالح ذوي المستوى التعليمي المنخفض. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد مصدر الضبط الصحي حسب متغير مدة المرض لدى عينة الدراسة.

الكلمات المفتاحية: مصدر الضبط الصحي؛ السرطان؛ العلاج التلطيفي .

Abstract:

The study aimed to identify the predominant health locus of control among a sample of cancer patients undergoing palliative care at the Cancer Control Center in Batna, Algeria and to determine whether there were differences among sample members in their health locus of

control based on gender, educational level, and duration of illness. The study sample consisted of 100 cancer patients. A descriptive comparative design was used to conduct the study. The tools used in this study were the Health Locus of Control Scale, developed by Barbara and Walltson (1974), and adapted to the Algerian context by Nouredine Djabali (2007). The study resulted in the following results: The external dimension (influential people) was the predominant pattern in the health locus of control among the study sample. There were statistically significant differences between the sexes in the external health locus of control for those with influence, in favor of males. There were statistically significant differences among sample members in the external health locus of control (the "lucky ones"), in favor of those with a low educational level. There were no statistically significant differences in the dimensions of the health locus of control based on the variable of duration of illness among the study sample.

Keywords: Health locus of control; cancer; palliative care.

مقدمة:

يسعى الإنسان جاهداً من أجل تحقيق حاجاته الأساسية وضمان بقائه على قيد الحياة وذلك من خلال الحفاظ على صحته التي تعتبر من أسى الأهداف التي يصبو إليها، فهي تشير حسب منظمة الصحة العالمية إلى "حالة السلامة والكفاية البدنية والعقلية والاجتماعية وليست مجرد الخلو من المرض أو العجز". (يخلف، 2001، ص5) لكن في أغلب الأحيان يصعب الحفاظ على الصحة وتعزيزها بشكل دائم ومستمر نظراً لانتشار العديد من الأمراض المزمنة التي عجز الأطباء لحد الآن عن إيجاد علاج شاف لها، ولعل من أبرزها نذكر السرطان الذي يعتبر من أمراض العصر المزمنة التي تؤثر على صحة الفرد الجسدية والنفسية وتؤدي إلى تدهورها. و"على الرغم من أن السرطان غالباً ما يُعتقد أنه مرض واحد، إلا أنه في الواقع مصطلح يستخدم لوصف ما يزيد عن 200 مرض مختلف". (Nezu et al, 2003, p268) حيث يعرفه المعهد الوطني للسرطان (2010): بأنه "مصطلح يستخدم للأمراض التي تنقسم فيها الخلايا غير الطبيعية دون سيطرة وتكون قادرة على غزو الأنسجة الأخرى". (Cordella , Poianu, 2014, p1) كما يصنفه (Reich 2009) في دراساته "بأنه اعتلال حيوي - عمليات مرضية ناتجة عن خلل أساسي في الجهاز الحيوي اللاإرادي، مما يؤدي إلى حدوث اضطراب في الوظيفة الطبيعية للنسج في الكائن الحي ككل". (De Sousa Barros , Oliveira, 2014, p73) وعلى الرغم من التطور المحرز في البحوث العلمية والطبية لإيجاد علاجات من شأنها أن تشفي من هذا المرض، إلا أن عدد الوفيات في تزايد مستمر كل عام حيث تشير الإحصائيات حسب منظمة الصحة العالمية (2015) إلى أن "ما يقرب من 14 مليون حالة جديدة و 8.2 مليون حالة وفاة مرتبطة بالسرطان في عام 2012". (Ghonem, Shahin, Ibrahim, 2017, p87) "وتشير التقديرات إلى أن عام 2022 شهد وقوع نحو 20 مليون حالة سرطان جديدة و 9,7 مليون وفاة. كما بلغ العدد التقديري للأشخاص الباقين على قيد الحياة في غضون 5 سنوات تلت تشخيص إصابتهم بالسرطان 53,5 مليون شخص. و يصاب شخص واحد تقريباً من كل 5 أشخاص بالسرطان خلال حياته، ويؤدي المرض بحياة رجل واحد تقريباً من كل 9 رجال وامرأة واحدة من كل 12 امرأة، ومن المتوقع وقوع أكثر من 35 مليون حالة سرطان جديدة في عام 2050". (International Agency for Research on cancer, 2024). أما عن إحصائيات السرطان في الجزائر فقد

نقلت (The Maghreb Times) عن البروفيسور محمد عوكل، رئيس قسم الأورام بالمستشفى الجامعي بني مسوس وعضو اللجنة الوطنية للوقاية من السرطان، أنه "في عام 2022، سُجِّلَت 64,713 حالة إصابة جديدة، في جميع المناطق، و35,778 حالة وفاة بسبب هذا المرض." (TheMaghrebTimes,2024) هذه الأرقام تؤكد بشكل واضح خطورة وتفاقم الوضع الصحي من حيث انتشار السرطان، وهو ما يستلزم ضرورة البحث في العوامل المسببة له أو التي من شأنها أن تحد من آليات انتشاره. الأمر الذي جعل بعض الباحثين يركزون اهتمامهم على بعض المتغيرات النفسية التي من شأنها أن تؤثر على صحة الإنسان وتسهم في فهم سلوكه تجاه هذا المرض والتنبؤ به، ونذكر هنا مصدر الضبط الصحي الذي "يشير إلى تصورات الأفراد لما يتحكم في صحتهم" (Kassianos et al,2016,p1) ويحظى هذا المفهوم بأهمية بالغة من خلال الأبحاث التي تناولته ومن حيث فهم نظرة الفرد إلى التحكم في صحته والتي تؤثر بدورها في سلوكه الصحي واستجابته للمرض وكذا الاستراتيجيات المتخذة في ذلك. ففي دراسة لماركوس وآخرون (Marks et al.1986) أشارت إلى دور مصدر الضبط الصحي في التكيف مع مرض السرطان حيث "أكدت دور مركز الضبط الداخلي في مواجهة هذا المرض الفتاك مواجهة صحيحة، بمعنى أن المرضى الذين يشعرون بإحساس التحكم والسيطرة على حياتهم ومرضهم حققوا أعلى مستويات التكيف وكانت معاناتهم من حالة الاكتئاب أقل نسبياً". (يخلف، 2001، ص97)

وانطلاقاً من كل هذه الاعتبارات فقد كان الهدف من هذه الدراسة هو الكشف عن البعد السائد في مصدر الضبط الصحي لدى عينة من مرضى السرطان الخاضعين للعلاجات التلطيفية وكذا معرفة الفروق في أبعاد مصدر الضبط الصحي حسب متغيرات الجنس، المستوى التعليمي و مدة المرض.

وقد جاءت نتائج هذه الدراسة متسقة مع بعض الدراسات السابقة التي تناولت هذا المتغير، حيث ركزت أغلبها على التنويه بأهمية مصدر الضبط الصحي من خلال بعديه الداخلي والخارجي وأهميته في تدعيم وتحسين نوعية حياة مرضى السرطان وهذا ما يؤكد على ضرورة تعزيز مصدر الضبط الصحي في الاتجاه الذي يتلاءم مع حالتهم الصحية.

الإشكالية:

"يعد ظهور المرض المزمن مصدراً مهماً للتوتر الذي يمكن أن يؤدي إلى فقدان السيطرة والعجز والقلق، ويحتاج المرضى إلى التكيف مع هذه الأنواع من التجارب". (Neipp et al,2007, p334) وفي هذا السياق تعتبر السمات الشخصية للفرد أثناء مواجهته للأزمات الصحية كمرض السرطان من العوامل الحاسمة التي تساهم في تحكمه في الأحداث وتكيفه مع المواقف الصعبة، ولعل من بين هذه السمات ما يعرف باسم مصدر الضبط الصحي بوصفه متغيراً نفسياً محورياً والذي يفترض أن يؤثر في كيفية إدراك الفرد لصحته وتعامله معها، حيث "يشير مصدر الضبط الصحي الداخلي إلى اعتقاد الناس بأن سلوكياتهم تؤثر على حالتهم الصحية، بينما يشير مصدر الضبط الصحي الخارجي إلى اعتقاد الناس بأن النتائج الصحية تعتمد على تصرفات الآخرين أو متغيرات الصدفة مثل الحظ والقدر". (Tang, Kwok , 2004,p21) إن هذا الاختلاف في طبيعة مصدر الضبط الصحي من شأنه أن يحدث فروقا جوهرية في التجربة المرضية لمرضى السرطان بشكل لافت حتى بين المرضى الذين يخضعون لنفس الظروف العلاجية، وهو ما يدعو إلى البحث عن العوامل المحتملة التي قد تفسر هذا الاختلاف. من هذا المنطلق، أشارت العديد من البحوث إلى أهمية

دراسة مصدر الضبط الصحي ومعرفة الأدوار التي يلعبها. فقد توصلت دراسة لين وتساي (LIN & TSAY, 2005) التي تناولت العلاقات بين الكشف التشخيصي المدرك ومصدر الضبط الصحي ومستويات الأمل عند مرضى السرطان في تايوان (124 مريض سرطان) إلى أن المرضى الذين كانوا على دراية بتشخيصهم يميلون إلى أن يكون لديهم مستويات أعلى من مصدر الضبط الداخلي من أولئك الذين لم يتم إبلاغهم، و كان مصدر الضبط الصحي الداخلي مرتبطا بشكل إيجابي بمستويات الأمل ؛ كما كان مصدر الضبط الصحي بالصدفة مرتبطا بشكل سلبي بمستويات الأمل. (LIN , TSAY, 2005,p376) كما تشير دراسة (Leist & Leist,2022) إلى دور مصدر الضبط الصحي في تحسين جودة حياة المريض ، حيث تناولت العلاقة بين مصدر الضبط ونوعية الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة المنخفضة مقابل الإعاقة العالية، على عينة قوامها 89 مريضا بمرض التصلب العصبي المتعدد، كما هدفت إلى تحديد ما إذا كان امتلاك مصدر الضبط الصحي الخارجي يؤثر بشكل إيجابي على جودة الحياة التي ينظر إليها مرضى التصلب المتعدد وخلصت الدراسة إلى أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة والاحتفاظ بمعتقدات مصدر الضبط الصحي الخارجي. (Leist , 2022,p317)

و نظرا لأهمية هذا المتغير (مصدر الضبط الصحي) في فهم استجابة المريض للمرض والتنبؤ بالسلوك وتعزيز الصحة في حياة مريض السرطان، فكان لابد من البحث أكثر في هذا المجال مما يسهم في دعم و بناء إحساس الضبط والتحكم في الأعراض التي تصاحب مرضه أو تنجم عنه؛ وبالتالي تحسين أسلوب حياته وتكيفه مع المرض. و انطلاقا من كل ما سبق ذكره تأتي الدراسة الحالية لمحاولة التعرف على البعد السائد في مصدر الضبط الصحي لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج التلطيفي، ومعرفة الفروق في أبعاد مصدر الضبط الصحي حسب متغيرات الجنس، المستوى التعليمي و مدة المرض.

وقد حددت إشكالية الدراسة من خلال التساؤلات التالية :

- ما هو البعد السائد في مصدر الضبط الصحي لمرضى السرطان الخاضعين للعلاج التلطيفي؟
 - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد مصدر الضبط الصحي حسب الجنس لدى عينة الدراسة ؟
 - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد مصدر الضبط الصحي حسب المستوى التعليمي لدى عينة الدراسة ؟
 - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد مصدر الضبط الصحي حسب مدة المرض لدى عينة الدراسة؟
- فرضيات الدراسة: تمحورت الدراسة على الفرضيات التالية:
- نتوقع أن يكون البعد الخارجي (ذوي النفوذ) هو البعد السائد في مصدر الضبط الصحي لمرضى السرطان الخاضعين للعلاج التلطيفي.
 - توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد مصدر الضبط الصحي حسب متغير الجنس لدى عينة الدراسة.
 - توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد مصدر الضبط الصحي حسب متغير المستوى التعليمي لدى عينة الدراسة.
 - توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد مصدر الضبط الصحي حسب متغير مدة المرض لدى عينة الدراسة.

أهمية الدراسة: تلخص أهمية الدراسة في:

من الناحية النظرية تسعى الدراسة الحالية إلى إثراء الأدب النظري فيما يتعلق بمصدر الضبط الصحي وذلك من خلال محاولة التعرف على البعد السائد في مصدر الضبط الصحي لدى عينة مرضى السرطان الخاضعين للعلاج التلطيفي وكذا معرفة الفروق في أبعاد مصدر الضبط الصحي حسب متغيرات الجنس، المستوى التعليمي ومدة المرض ، و بالتالي تسليط الضوء على الجوانب النفسية الأمر الذي سيساهم أكثر في معرفة الاستراتيجيات اللازمة اتخاذها عند علاج المريض وتغيير اعتقاداته نحو المرض بطريقة ايجابية وبالتالي تحسين جودة حياته .

أما من الناحية العملية تكتسي الدراسة أهمية من خلال الأهداف التي ترمي إليها من جهة ومن جهة أخرى يمكن توظيف نتائج الدراسة في رسم خطط علاجية من شأنها أن تساهم في تعزيز مصدر الضبط الصحي في الاتجاه الذي يساهم أكثر في تحسين صحة المريض وكذا لفت انتباه المختصين في الصحة عموما والصحة النفسية خصوصا إلى الدور الذي يلعبه هذا المتغير عند مرضى السرطان فيما يتعلق بعملية اتخاذ القرار بشأن الاستمرار في العلاج أو التوقف عنه.

أهداف الدراسة: تتمثل أهداف الدراسة الحالية في :

- معرفة البعد السائد في مصدر الضبط الصحي لدى عينة مرضى السرطان الخاضعين للعلاج التلطيفي.
- الكشف عن الفروق في أبعاد مصدر الضبط الصحي حسب متغير الجنس.
- الكشف عن الفروق في أبعاد مصدر الضبط الصحي حسب متغير المستوى التعليمي.
- الكشف عن الفروق في أبعاد مصدر الضبط الصحي حسب متغير مدة المرض.

مصطلحات الدراسة:

-مصدر الضبط الصحي: هو مدى اعتقاد الفرد بأن صحته تتحكم فيه عوامل داخلية (نتيجة أفعاله) أو عوامل خارجية (نتيجة أفعال الآخرين) كذوي النفوذ، الحظ أو الصدفة. ويعرف إجرائيا هنا بأنه ما يقيسه مقياس مصدر الضبط الصحي.

-السرطان: أي مجموعة من الأمراض التي تتميز بالنمو غير المنتظم وغير الطبيعي للخلايا لتكوين أورام خبيثة تغزو الأنسجة المجاورة ؛ بشكل عام ، تكون الخلايا غير الطبيعية قادرة على الانتشار عبر مجرى الدم أو الجهاز اللمفاوي إلى مناطق أو أعضاء أخرى بالجسم عن طريق عملية الانبثاث. (VandenBos,2015,p154)

-العلاج التلطيفي: هو الرعاية التي يتحصل عليها المرضى الذي يعانون من أمراض مزمنة أو خطيرة، تهدف إلى تخفيف الأعراض والألم وتحسين جودة حياة المريض.

حدود الدراسة:

-الحدود الموضوعية: تتناول بالضبط مصدر الضبط الصحي السائد لدى عينة من مرضى السرطان الخاضعين للعلاج التلطيفي وكذا الفروق في أبعاد مصدر الضبط الصحي من حيث الجنس، المستوى التعليمي ومدة المرض لدى هذه العينة.

-الحدود المكانية: تم إجراء الدراسة في مركز مكافحة السرطان CAC-باتنة.

-الحدود الزمانية : تم إجراؤها في الفترة من 4 فيفري إلى 25 أوت 2024 وقد كانت هذه المدة كافية لإنجاز الدراسة.

1. الإطار النظري للدراسة:

1.1 مفهوم مصدر الضبط الصحي:

تم تطوير مصدر الضبط في الأصل ضمن إطار نظرية التعلم الاجتماعي لجوليان روتر (1954) ، وهو يشير إلى ما إذا كان الأفراد يعتقدون أم لا أن أحداث حياتهم مرتبطة بسلوكهم الخاص. (Bozorgi , 2009,p3)

ويضيف يهايا وآخرون (Yahaya et al 2020) نقلا عن ماثور (Mathur) أن مصدر الضبط هو مدى اعتقاد الأفراد بأنهم قادرون على التحكم في الظروف والأوضاع التي تؤثر عليهم. (Yahaya et al, 2020,p46)

ويعرف روتر (Rotter 1966) مصدر الضبط الصحي على أنه: "توقعات الأفراد حول تأثير سلوكياتهم على حالتهم الصحية" (قارة، 2014-2015، ص30)

و تعرفه مارتون وآخرون نقلا عن والستون 1994 بأنه "معتقدات الشخص فيما يتعلق بالمكان الذي تكمن فيه السيطرة على صحته". (Marton et al, 2020,p1)

ويعرفه كل من إيجان وآخرون (Egan et al, 2009) بأنه "بناء يشير إلى كيفية إدراك الأفراد للمصادر التي تنظم صحتهم". (Egan et al, 2009,p338)

رغم اختلاف مصادر هذه التعريفات وخلفياتها إلا أنها تتفق في اعتبار مصدر الضبط الصحي بأنه توقعات واعتقادات الفرد حول السلوك والمصادر التي تؤثر على صحته.

2.1 أبعاد مصدر الضبط الصحي: يكشف مصدر الضبط الصحي عن ثلاثة أبعاد مهمة هي:

1.2.1 الضبط الداخلي: يرى روتر أن الضبط الداخلي يصف الفرد الذي يعتقد في موقف معين أو مجموعة من المواقف بأن ما حدث أو يحدث أو سيحدث مرتبط ارتباطا مباشرا بأفعاله. فهو يرجع الأحداث الجيدة لها وما بذله من جهد وما أظهره من مهارة عالية. وإذا حدثت أحداث سيئة فهو يشعر أيضا بالمسؤولية تجاه هذه الأحداث، وأنه مسؤول عن فشله. (مرازقة، 2008-2009، ص47)،

1.2.2 الضبط الخارجي (نفوذ الآخرين): هو اعتقاد الفرد بأن أصحاب النفوذ هم المسؤولون عن الأحداث و النتائج، وأنه يشعر بالعجز واليأس وضعف المسؤولية الشخصية عن نتائج أفعاله.

3.2.1 الضبط الخارجي (الحظ أو الفرصة): هو اعتقاد الفرد بأن القوى الغيبية كالحظ، أو الفرصة، أو القدر، هي المسؤولة عن الأحداث الايجابية والسلبية في حياته واعتقاده بأن النتائج والأحداث في حياته غير مرتبطة بأفعاله الخاصة أو بصفاته الشخصية. (جبالي، 2007-2008، ص42)

2. الدراسات السابقة:

وسندرج هنا بعض الدراسات التي تناولت مصدر الضبط الصحي عند مرضى السرطان:

1.2 دراسة دي فالك و فينك (De Valck & Vinck, 1996):

تناولت مصدر الضبط الصحي ونوعية الحياة لدى مرضى سرطان الرئة، شملت العينة 16 مريضاً بسرطان الرئة قبل إبلاغهم بتشخيصهم، ومجموعة مقارنة من الأشخاص الأصحاء. تم تطبيق استبيان مصدر الضبط الصحي وجودة الحياة وخلصت الدراسة إلى النتائج التالية: أبدى جميع مرضى سرطان الرئة اعتقاداً داخلياً أكثر بمصدر الضبط الصحي عكس مجموعة الأصحاء الذين كان لديهم اعتقاداً خارجياً أكثر. علاوة على ذلك، تغيرت جودة حياة مجموعة سرطان الرئة بشكل ملحوظ مع مرور الوقت، ويعزى ذلك إلى زيادة الشكاوى الجسدية. كما لم تلاحظ أي علاقة جوهرية بين معتقدات مصدر الضبط الصحي وجودة حياة المرضى. (De Valck, Vinck, 1996, p179)

2.2 دراسة أزاراس وآخرون (Arraras et al, 2002):

تناولت أسلوب التأقلم ومصدر الضبط والضييق النفسي والسلوكيات المرتبطة بالألم في السرطان والأمراض الأخرى، شملت العينة 51 مريضاً بالسرطان يعانون من الألم و 67 مريضاً يعانون من الألم المزمن غير المصابين بالسرطان. وبتطبيق الاستبيانات المتعلقة بالدراسة تم مقارنة استجابات مرضى السرطان وغير المصابين بالسرطان ودراسة العلاقات بين أسلوب المواجهة ومستوى الضيق، وتقييم ما إذا كان بإمكان المتغيرات السريرية وأسلوب التأقلم ودرجات مصدر الضبط أن تتنبأ بمستوى الضيق. وخلصت نتائج الدراسة إلى ظهور فروق جوهرية بين العينات في المتغيرات السريرية والنفسية وسلوك الألم. كما سجلت المجموعة غير المصابة بالسرطان درجات أعلى بشكل ملحوظ في مصدر الضبط الداخلي. ينبئ التجنب الأكبر بقلق أعلى، بينما ينبئ انخفاض مصدر الضبط الداخلي، وزيادة التجنب، وانخفاض الإعاقة المدركة بارتفاع الاكتئاب. و بالتالي، فإن دور المريض السلبي يرتبط بقدرة أقل على التكيف مقارنة بالدور الأكثر نشاطاً. (Arraras et al, 2002, p181)

3.2 دراسة براون وآخرون (Brown et al, 2017):

تناولت تأثير مصدر الضبط على نوعية الحياة الجسدية والعقلية لمرضى السرطان في مراحله النهائية. شملت العينة 100 مريض بالسرطان وأجري تحليل متعدد المواقع لهؤلاء المرضى المعانين كجديد في عيادة خارجية للرعاية التلطيفية والداعمة و أكمل المرضى الاستبيانات التالية: مقياس موضع الضبط (LOC)، والتقييم الوظيفي للعلاج العام للأمراض المزمنة (FACT-G)، والتقييم الوظيفي للعلاج الروحي للأمراض المزمنة (FACIT-Sp)، ومقياس القلق والاكتئاب في المستشفى (HADS)، ومؤشر الأمل هيرث (HHI) تم إنشاء نماذج الانحدار لفحص تأثير فقدان الاهتمام على جودة الحياة والأعراض ومقاييس أخرى للرفاهية العقلية. تم تعديل هذه النماذج لتأثير العمر والجنس والعرق وحالة الشراكة والتعليم والأشهر التي انقضت منذ التشخيص كعوامل مبركة محتملة. وخلصت الدراسة إلى النتائج التالية: تنبأت المستويات الأعلى من مصدر الضبط الخاص بالحد بانخفاض نوعية الحياة، ارتبطت المستويات الأعلى من الضبط

الصحي المتعلق بالحظ أيضًا بزيادة الاكتئاب والقلق وانخفاض المعنى، السلام والإيمان بالإضافة إلى ذلك، تنبأت المستويات الأعلى من الضبط الصحي المتعلق بالحظ بانخفاض الألم. (Brown et al, 2017, p1)

4.2 دراسة جيبك وساشا (Gibek & Sacha, 2019):

تناولت المقارنة بين مصدر الضبط الصحي في مرضى الأورام وغير المصابين بالأورام، وشملت العينة 204 مريضاً (101 مريضاً يعاني من الأورام، 103 مريضاً غير مصابين بالأورام). تم تطوير استبيان خاص لهذه الدراسة واستخدام مقياس الضبط الصحي متعدد الأبعاد؛ مجموعة التطبيع الأمريكية ومجموعات التوحيد القياسي البولندية للمرضى المصابين بأمراض مزمنة للتحليل المقارن. هدفت الدراسة إلى "تحديد ما إذا كان المرضى المصابون بأمراض مزمنة والذين لا يعانون من أمراض الأورام يختلفون عن المرضى الذين يعانون من اضطراب الأورام المزمن في الأبعاد الفردية لمصدر الضبط الصحي، وما إذا كانت هناك علاقة بين مستوى مصدر الضبط الصحي والجنس، وما إذا كانت مدة المرض تلعب دوراً مهماً في النتائج التي تم الحصول عليها في كلا المجموعتين من المرضى الذين تم فحصهم." وخلصت النتائج التي أظهرها التحليل أن هناك "فروقا معنوية بين النساء والرجال في مقياس الضبط الداخلي. أظهر المشاركون من كلا المجموعتين درجات أقل في مصدر الضبط الداخلي ودرجات أعلى بكثير في بعد الآخرين الأقوياء. في مجموعة مرضى الأورام، وجد ارتباط سلبي بين المقياس الداخلي لمصدر الضبط الداخلي ومدة المرض. كان هناك فرق كبير بين مرضى الأورام وغير المصابين بالأورام في مقياس الآخرين الأقوياء. وخلصت الدراسة إلى نتيجة مفادها أن المرضى المصابين بأورام يمكن أن يكونوا أكثر اقتناعاً بأن الآخرين مسؤولون عن صحتهم مقارنة بالمرضى غير المصابين بالأورام. وكلما طالت مدة استمرار المرض لدى مرضى الأورام، كان دافعهم الداخلي لتحقيق نتائج علاج جيدة أضعف." (Gibek, Sacha, 2019, p115-116)

تعقيب على الدراسات السابقة

من خلال ما تم عرضه من دراسات يظهر أنها تناولت نفس عينة دراستنا الحالية وهي مرضى السرطان، كما أن حجمها متفاوت من دراسة إلى أخرى، في حين اتفقت دراسة براون وآخرون 2017 مع دراستنا من حيث عدد العينة. أغلب هذه الدراسات هي دراسات مقارنة بين مجموعتين (دي فالك و فينك 1996، أراس وآخرون 2002، جيبك وساشا 2019) باستثناء دراسة براون وآخرون 2017 فقد كانت تنبؤية في حين كانت دراستنا وصفية مقارنة. اتفقت دراسة جيبك وساشا 2019 مع دراستنا في تناولها لمتغير واحد وهو مصدر الضبط الصحي، أما الدراسات الأخرى فقد تناولت عدة متغيرات (نوعية الحياة، أسلوب التأقلم، الضيق النفسي، السلوكيات المرتبطة بالألم) إلى جانب مصدر الضبط الصحي. ركزت أغلب الدراسات على دور مصدر الضبط الصحي حسب أبعاده في إحداث أثر أو تنبؤ بمتغيرات أخرى وكذا معرفة العلاقة بين مستوى مصدر الضبط الصحي ومتغيرات أخرى كمدة المرض، الجنس وهو ما يتفق مع دراستنا الحالية.

3- إجراءات الدراسة :

1.3 المنهج:

اعتمدت هذه الدراسة على التصميم الوصفي المقارن للكشف عن البعد السائد في مصدر الضبط الصحي ودلالة الفروق حسب الجنس ،المستوى التعليمي ومدة المرض وهو ما يجعلها تتوقف عند حدود هذا المنهج.

2.3 عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من 100 مريض مصاب بالسرطان(الأنف، اللسان، الغدة الدرقية ،الثدي، المعدة، البنكرياس، الكبد، الرئة، الكلية، القولون، المستقيم، البروستات، المبيض، الرحم، الجلد) منهم 48 ذكور و52 إناث ، و تتراوح أعمارهن ما بين 19-87 سنة ومستواهم التعليمي: منخفض(أمي، ابتدائي)، متوسط (متوسط، ثانوي)، مرتفع(جامعي)وكانت مدة المرض من (سنة فأقل) و(من سنة إلى 2 سنوات)و(أكثر من 2 سنوات)وفيما يلي توضيح لخصائص العينة:

جدول رقم 01: " يبين خصائص عينة الدراسة حسب الجنس "

العينة	ذكور		إناث		المجموع	النسبة
	العدد	النسبة	العدد	النسبة		
	48	%48	52	%52	100	%100

يشير الجدول رقم(01) إلى عدد أفراد العينة حيث بلغ 100 مريض مصاب بالسرطان و تمثل الفئة الأولى المرضى الذكور وكان عددهم (48 مريضا) بنسبة 48%، بينما الفئة الثانية تمثل الإناث و كان عددهم (52 مريضة) بنسبة 52%.

جدول رقم 02: " يبين خصائص عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي "

العينة	مستوى تعليمي منخفض		مستوى تعليمي متوسط		مستوى تعليمي مرتفع		المجموع	النسبة
	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة		
	33	%33	47	%47	20	%20	100	%100

يشير الجدول رقم(02) إلى عدد أفراد العينة حيث بلغ 100 مريض مصاب بالسرطان و تمثل الفئة الأولى المرضى ذوي المستوى التعليمي المنخفض(أمي، ابتدائي) وكان عددهم (33 مريضا) بنسبة 33%، الفئة الثانية تمثل ذوي المستوى التعليمي المتوسط (متوسط وثانوي) وكان عددهم 47 بنسبة 47%. أما الفئة الأخيرة فتمثل ذوي المستوى التعليمي المرتفع(جامعي) وكان عددهم (20 مريضا) بنسبة 20%.

جدول رقم 03: " يبين خصائص عينة الدراسة حسب مدة المرض "

العينة	مدة المرض						المجموع	النسبة
	أقل من سنة		سنة إلى 2 سنوات		أكثر من 2سنوات			
	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة		
	35	%35	30	%30	35	%35	100	%100

يشير الجدول رقم(03) إلى 3 فئات من المرضى المصابين بالسرطان و عددهم 100 مريضاً : الفئة الأولى هم المرضى الذين كانت مدة مرضهم أقل من سنة وكان عددهم (35 مريضاً) بنسبة 35%، بينما الفئة الثانية هم اللذين كانت مدة مرضهم من سنة إلى 2 سنوات، وكان عددهم (30 مريضاً) بنسبة 30 % . أما الفئة الأخيرة فهم اللذين كانت مدة مرضهم أكثر من 2 سنوات، وكان عددهم (35 مريضاً) بنسبة 35 %.

3.3 أدوات الدراسة:

أعد مقياس مصدر الضبط الصحي من طرف باربارا و والتسون (Barbara et Walltson,1974) وقد كيفه وأعدده للبيئة العربية وللبيئة الجزائرية نور الدين جبالي (2007). صمم المقياس بهدف قياس معتقدات الأفراد حول مصدر صحتهم ويعتبر من النوعية المتعلقة بالضبط يتكون المقياس من 18 عبارة لقياس 3 أبعاد (بعد داخلي، بعد ذوي النفوذ، بعد ذوي الحظ) يتم الإجابة عليها وفقاً لخمس بدائل حسب سلم ليكرت (موافق تماماً 5 درجات، موافق 4 درجات، غير متأكد 3 درجات، غير موافق 2 درجات، غير موافق تماماً 1 درجة).

و قد تمّ التأكد من الخصائص السيكومترية للمقياس كما يلي:

صدق المقياس:

قام نور الدين جبالي (2007) بقياس صدق المقياس بطريقتين هما: صدق التكوين والصدق التمييزي أ-صدق التكوين: وتم حسابه من خلال حساب معامل الارتباط بين كل بند والمقياس الفرعي الذي ينتمي إليه والجدول التالي يوضح معاملات الارتباط المحسوبة:

جدول رقم 04: يوضح معاملات الارتباط بين البنود والبعد الذي ينتمي إليه في مقياس مصدر الضبط الصحي حسب الدراسة الأصلية

البند	معامل الارتباط مع البعد الداخلي	البند	معامل الارتباط مع ذوي النفوذ	البند	معامل الارتباط مع ذوي الحظ	الدلالة
1	0.50	3	0.67	2	0.63	0.01
6	0.55	5	0.60	4	0.56	
8	0.56	7	0.58	9	0.58	
12	0.70	10	0.64	11	0.76	
13	0.78	14	0.52	15	0.41	
17	0.77	18	0.51	16	0.54	

يتضح من خلال الجدول أن كل معاملات الارتباط كانت دالة عند 0.01، وقد تراوحت قيمها من 0.50 إلى 0.78، ومنه تم الاستنتاج بأن المقياس يتمتع بصدق تكوين مرتفع يمكن الوثوق به.

ب-الصدق التمييزي:

بعد ترتيب درجات الأفراد على كل بعد تصاعديا، تم اختيار مجموعتين على طرفي المنحنى ويمثلان 27% لكل مجموعة بواقع 55 فردا لكل مجموعة ،وتم بعدها حساب الفروق بين متوسطات المجموعتين الدنيا والعليا. وتم توضيح ذلك في الجداول التالية:

جدول رقم 05:يوضح قيمة "ت" بين متوسطات الفئة العليا والفئة الدنيا في بعد الضبط الداخلي

الفئة	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
الفئة العليا	25.21	1.21	17.54	0.01
الفئة الدنيا	16.09	3.69		

من خلال الجدول يتضح وجود فروق جوهرية بين متوسطات الفئة العليا والفئة الدنيا في بعد الضبط الداخلي، حيث بلغت قيمة ت 17.54 وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01.

جدول رقم 06:يوضح قيمة "ت" بين متوسطات الفئة العليا والفئة الدنيا في بعد الضبط "ذوي النفوذ"

الفئة	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
الفئة العليا	23.15	2.49	24.90	0.01
الفئة الدنيا	13.71	1.52		

من خلال الجدول يتضح وجود فروق جوهرية بين متوسطات الفئة العليا والفئة الدنيا في بعد ذوي النفوذ ، حيث بلغت قيمة ت 24.90، وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01.

جدول رقم 07:يوضح قيمة "ت" بين متوسطات الفئة العليا والفئة الدنيا في بعد الضبط "ذوي الحظ"

الفئة	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
الفئة العليا	19.79	2.64	24.48	0.01
الفئة الدنيا	10.29	1.14		

من خلال الجدول يتضح وجود فروق جوهرية بين متوسطات الفئة العليا والفئة الدنيا في بعد ذوي الحظ ، حيث بلغت قيمة ت 24.48 وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01.

يتضح مما سبق أن المقياس بأبعاده الثلاثة يتمتع بالصدق التمييزي و كذا تمتعه بقابلية التمييز بين المجموعتين المتناقضتين.

ثبات المقياس:

قام نور الدين جبالي (2007) بحساب ثبات المقياس على العينة الجزائرية بطريقتين: الاتساق الداخلي والتجزئة النصفية، وقد جاءت النتائج كما يلي:

جدول رقم 08: يوضح معاملات الثبات لأبعاد مصدر الضبط الصحي من خلال حساب معامل ألفا والتجزئة النصفية بعد تصحيحها باستخدام معادلة سبيرمان

البعد	معامل ألفا	معامل الارتباط (ر)	الدلالة
الداخلي	0.70	0.71	0.01
ذوي النفوذ	0.62	0.58	
ذوي الحظ	0.53	0.43	

من خلال الجدول يتضح أن المقاييس الفرعية الثلاث متفاوتة في درجة الثبات إذ كان بعد الحظ (ألفا=0.53/ر=0.43) يتمتع بثبات منخفض مقارنة مع البعدين الآخرين في كلتا الطريقتين .

الخصائص السيكمترية لمقياس مصدر الضبط الصحي حسب الدراسة الحالية:

أ-صدق المقياس:

تم حساب صدق هذا المقياس بطريقة الاتساق الداخلي وذلك من خلال تقدير الارتباطات بين البنود وأبعادها وبين الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس ككل كما يلي:

1-الارتباط بين بنود بعد مصدر الضبط الداخلي ودرجته الكلية:

تم حساب الارتباطات بين بنود بعد الضبط الداخلي مع درجته الكلية فكانت النتائج كما في الجدول التالي:

جدول رقم 09: يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات مصدر الضبط الداخلي مع درجته الكلية

العبارات	الدرجة الكلية للمحور	العبارات	الدرجة الكلية للمحور
1	0.670**	12	0.820**
6	0.767**	13	0.576**
8	0.594**	17	0.653**
**الارتباط دال عند (0.01)			

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى قيم معامل الارتباط بيرسون، نلاحظ أنها كلها دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$) وعددها (6) عبارات حيث تراوحت قيم الارتباط فيها، ما بين (0,82) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (12) والدرجة الكلية للمحور ككل، و(0,57) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (13) والدرجة الكلية للمحور ككل. و عموما يمكن القول بأن المحور الأول (الضبط الداخلي) صادق لأن كل عباراته تتسق مع درجته الكلية.

2-الارتباط بين بنود بعد الضبط الخارجي "ذوي النفوذ" ودرجته الكلية:

تم حساب الارتباطات بين بنود البعد الخارجي "ذوي النفوذ" مع درجته الكلية فكانت النتائج كما في الجدول التالي:

جدول رقم 10: يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات البعد الخارجي "ذوي النفوذ" مع درجته الكلية

العبارات	الدرجة الكلية للمحور	العبارات	الدرجة الكلية للمحور
3	0.696**	10	0.605**
5	0.536**	14	0.669**
7	0.584**	18	0.492**
**الارتباط دال عند (0.01)			

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى قيم معامل الارتباط بيرسون نلاحظ أنها جاءت كلها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$) وعددها (6) عبارات حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ، ما بين (0,69) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (3) والدرجة الكلية للمحور ككل و(0,49) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (18) والدرجة الكلية للمحور ككل، وعموماً يمكن القول بأن المحور الثاني (الضبط الخارجي "ذوي النفوذ") صادق لأن كل عباراته تتسق مع درجته الكلية.

3.الارتباط بين بنود بعد الضبط الخارجي "ذوي الحظ" و درجته الكلية:

تم حساب الارتباطات بين بنود البعد الخارجي "ذوي الحظ" مع درجته الكلية فكانت النتائج كما في الجدول التالي:

جدول رقم 11: يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات البعد الخارجي "ذوي الحظ" مع درجته الكلية

العبارات	الدرجة الكلية للمحور	العبارات	الدرجة الكلية للمحور
2	0.690**	11	0.485**
4	0.548**	15	0.770**
9	0.554**	16	0.685**
**الارتباط دال عند (0.01)			

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى قيم معامل الارتباط بيرسون نلاحظ أنها جاءت كلها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$) وعددها (6) عبارات حيث تراوحت قيم الارتباط فيها، ما بين (0,77) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (15) والدرجة الكلية للمحور ككل و(0,48) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (11) والدرجة الكلية للمحور ككل، وعموماً يمكن القول بأن المحور الثالث (الضبط الخارجي "ذوي الحظ") صادق لأن كل عباراته تتسق مع درجته الكلية.

ب-ثبات المقياس: تم حساب ثبات هذا المقياس بطريقة التناسق الداخلي بمعامل ألفا كرونباخ والتي تقوم على أساس تقدير معدل تباينات العبارات فيما بينها لكل بعد وللمقياس ككل كما هو موضح بالجدول التالي :

جدول رقم 12: يوضح ثبات مقياس مصدر الضبط الصحي من خلال معامل ألفا كرونباخ

مصادر الضبط	معامل ألفا كرونباخ	عدد العبارات
الضبط الداخلي	0.743	6
الضبط الخارجي "ذوي النفوذ"	0.642	6
الضبط الخارجي "ذوي الحظ"	0.693	6

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى قيم معامل ألفا كرونباخ بالنسبة للبعد الأول " الضبط الداخلي " بلغ (0.74) والبعد الثاني " الضبط الخارجي " ذوي النفوذ" بلغ (0.64)، أما البعد الثالث " الضبط الخارجي " ذوي الحظ" فقد بلغ (0.69)، و عليه يمكن القول بأنها قيم تدل على أن هذا المقياس يتمتع بثبات مقبول، حيث نلاحظ أنها قيم موجبة وأن هناك انسجام وترباط بين عبارات هذا المقياس يتعدى (0.50).

الأساليب الإحصائية: لاختبار صحة فروض الدراسة تم استخدام برنامج SPSS الإصدار 27 لتطبيق الأساليب الإحصائية التالية:

- كولموغوروف سيميرنوف و تشابيرو و ويلك من أجل الكشف عن طبيعة التوزيع.
- اختبار فريدمان بدلالة χ^2 من أجل الكشف عن الفروق في الرتب.
- اختبار مان ويتني بدلالة كل من القيمة المعيارية z واختبار ويلكوكسن للكشف عن الفروق بين مجموعتين.
- اختبار كروسكال واليس للكشف عن الفروق بين أكثر من مجموعتين.

4 عرض و مناقشة النتائج:

التحقق من شرط اعتدالية التوزيع:

قبل البدء في مرحلة معالجة الفرضيات باستخدام الأساليب الإحصائية المختلفة والملائمة وجب أولاً التحقق من شرط اعتدالية التوزيع بالنسبة للمتغير محل الدراسة الحالية، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم 13: يوضح التحقق من شرط اعتدالية التوزيع بالنسبة للمتغير محل الدراسة

القرار	Shapiro-Wilk			Kolmogorov-Smirnov ^a			المتغير مصدر الضبط الصحي
	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الاحصاءات	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الاحصاءات	
دال	0.000	100	0.938	0.000	100	0.152	الداخلي
دال	0.000	100	0.942	0.007	100	0.107	الخارجي "ذوي النفوذ"
غير دال	0.125	100	0.980	0.053	100	0.088	الخارجي "ذوي الحظ"

من خلال المعطيات المبينة بالجدول أعلاه نلاحظ بناء على قيم اختبار كولموغوروف سيميرنوف وكذا اختبار

شبير وويلك في درجات أفراد عينة الدراسة في أبعاد مقياس مصدر الضبط الصحي أن أغلب القيم كانت دالة

إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا (0.05)، وعليه فإن التوزيع غير معتدل وهذا يعني أن كل الأساليب الإحصائية

التي ستستخدم في هذه المعالجة هي أساليب لابارامترية.

1- عرض نتائج الفرضية الأولى: "نتوقع أن يكون البعد الخارجي (ذوي النفوذ) هو السائد في مصدر الضبط الصحي لمرضى السرطان الخاضعين للعلاج التلطيفي". ومن أجل التحقق من صحة هاته الفرضية تم اللجوء إلى معامل فريدمان الترتيبي بهدف ترتيب مصادر الضبط الصحي التي يقيسها المقياس، فكانت النتائج كما في الجدول التالي:

جدول رقم 14: يوضح اختبار فريدمان لترتيب مصادر الضبط الصحي حسب درجة شيوعها

أبعاد مصدر الضبط الصحي	متوسط الرتب	Khi-deux	درجة الحرية	مستوى الدلالة	القرار
داخلي	2.08	63.542	2	0.000	دال عند 0.01
خارجي "ذوي النفوذ"	2.51				
خارجي "ذوي الحظ"	1.42				

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن متوسطات الرتب التي أفرزها معامل فريدمان الترتيبي بالنسبة لأبعاد مقياس مصدر الضبط الصحي جاءت وفق الترتيب التنازلي التالي: مصدر الضبط الخارجي "ذوي النفوذ" بمتوسط رتب 2,51، مصدر الضبط الداخلي بمتوسط رتب 2,08 و مصدر الضبط الخارجي "ذوي الحظ" بمتوسط رتب 1.42.

و بناء على قيمة χ^2 والتي بلغت 63.54، نلاحظ أنها قيمة دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$)، وبالتالي يمكن القول بأن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في ترتيب مصادر الضبط ويهدف التحقق من الترتيب الذي أفرزه معامل فريدمان تم اللجوء إلى اختبار ويلكوكسون و هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم 15: يوضح اختبار ويلكوكسون للمقارنات الزوجية بهدف التحقق من ترتيب المصادر

الثنائيات	Z قيمة	مستوى الدلالة
مصدر الضبط الداخلي – مصدر الضبط الخارجي ذوي النفوذ	-4.161-b	0.000
مصدر الضبط الخارجي ذوي الحظ – مصدر الضبط الداخلي	-5.701-b	0.000

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى ما أفرزه اختبار ويلكوكسون نلاحظ أن الترتيب الذي أفرزه معامل فريدمان لا يختلف تماما عما أفرزه معامل ويلكوكسون، حيث نلاحظ أن بعد مصدر الضبط الخارجي "ذوي النفوذ" حل في المرتبة الأولى، ثم يليه مصدر الضبط الصحي الداخلي وفي الأخير نجد بعد مصدر الضبط الصحي الخارجي "ذوي الحظ"، وهذا ما يجرنا إلى القول بأن هاته النتيجة تؤيد فرضية الدراسة الأولى والقائلة "نتوقع أن يكون البعد الخارجي "ذوي النفوذ" هو البعد السائد في مصدر الضبط الصحي لمرضى السرطان الخاضعين للعلاج التلطيفي" وهذا الاختلاف كان لصالح البعد الخارجي (ذوي النفوذ).

مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الأولى:

من خلال عرض نتائج الفرضية الأولى المبينة في الجدول رقم 14 تبين أن: "البعد الخارجي "ذوي النفوذ" هو السائد في مصدر الضبط الصحي لمرضى السرطان الخاضعين للعلاج التلطيفي". و بهذا يمكننا القول أن الفرضية قد

تحققت، حيث جاءت نتائجها موافقة لما كان متوقعا. وقد جاءت هذه النتيجة متسقة مع نتيجة "دراسة أراراس وآخرون 2002" التي أظهرت أن مجموعة مرضى الأورام كان لديهم مصدر ضبط صحي خارجي (يعني مصدر ضبط داخلي أقل) كما اتسقت جزئيا أيضا مع "دراسة براون وآخرون 2017" حيث كان مصدر الضبط الصحي السائد هو مصدر الضبط الخارجي "ذوي الحظ" واتسقت تماما مع "دراسة جيبك و ساشا 2019" التي توصلت أيضا إلى أن مرضى الأورام أظهروا درجات أعلى في مصدر الضبط الخارجي "ذوي النفوذ" في حين كانت متعارضة مع "دراسة دي فالك و فينك 1996" حيث أبدى جميع مرضى سرطان الرئة اعتقادا داخليا أكثر بمصدر الضبط الصحي.

يمكن تفسير نتيجة هذه الدراسة إلى أن مرضى السرطان الخاضعين للعلاج التلطيفي يعانون من عدة أعراض أكثرها إرهاقا الألم، هم أكثر اعتمادا على الأطباء والمختصين الصحيين، ذلك أنهم لم يعد بإمكانهم فعل شيء بأنفسهم حيال صحتهم (خاصة من حيث تخفيف الألم، ضبط الأعراض، تعديل العلاج و تقديم الرعاية المستمرة) هذا من جهة، ومن جهة أخرى يمكن تفسير هذه النتيجة بالثقة التي يضعها المرضى في القائمين على صحته.

2. عرض نتائج الفرضية الثانية: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد مصدر الضبط الصحي حسب متغير الجنس لدى عينة الدراسة" وللتحقق من صحة هاته الفرضية تم اللجوء إلى اختبار الدلالة الاحصائية (U) مان ويتني البديل عن اختبارات لعينتين مستقلتين، وبعد المعالجة الاحصائية تم التوصل إلى هذه النتيجة كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم 16: يوضح اختبار مان ويتني لدلالة الفروق في مصادر الضبط الصحي تبعا لمتغير الجنس

مصدر الضبط	الجنس	حجم العينة	متوسط الرتب	مجموع الرتب	مان ويتني U	ويلكوكسون W	Z	مستوى الدلالة	القرار
الداخلي	ذكور	48	56.36	2705.50	966.50 0	2344.500	- 1.954	0.051	غير دال
	إناث	52	45.09	2344.50					
	إجمالي	100							
ذوي الخارجي 'النفوذ'	ذكور	48	60.60	2909.00	763.00 0	2141.000	- 3.363	0.001	دال
	إناث	52	41.17	2141.00					
	إجمالي	100							
الخارجي 'الحظ'	ذكور	48	53.55	2570.50	1101.5 00	2479.500	- 1.013	0.311	غير دال
	إناث	52	47.68	2479.50					
	إجمالي	100							

يتضح من خلال الجدول أعلاه ما يلي:

أن أفراد عينة الدراسة والبالغ عددهم إجمالاً 100 مريض بالسرطان، قد توزعوا بناء على مصدر الضبط الصحي الداخلي حسب متغير الجنس إلى 48 ذكراً بواقع (56.36) كمتوسط رتب، و52 أنثى بواقع (45.09) كمتوسط رتب، وبالنظر إلى قيمة اختبار (Z) مان ويتني والتي بلغت (-1.95) نلاحظ أنها قيمة غير دالة إحصائياً، وعليه ليس هناك فروق بين الجنسين في مصدر الضبط الصحي الداخلي.

في مصدر الضبط الصحي الخارجي "ذوي النفوذ" توزع المرضى حسب متغير الجنس إلى 48 ذكراً بواقع (60.60) كمتوسط رتب، و52 أنثى بواقع (41.17) كمتوسط رتب، وبالنظر إلى قيمة اختبار (Z) مان ويتني والتي بلغت (-3.36) نلاحظ أنها قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا (0.01)، و عليه هناك فروق دالة إحصائياً بين الجنسين في مصدر الضبط الصحي الخارجي لذوي النفوذ وهذه الفروق لصالح الذكور.

أما في مصدر الضبط الصحي الخارجي "ذوي الحظ" فقد توزع المرضى حسب متغير الجنس إلى 48 ذكراً بواقع (53.55) كمتوسط رتب، و52 أنثى بواقع (47.68) كمتوسط رتب، وبالنظر إلى قيمة اختبار (Z) مان ويتني والتي بلغت (-1.01) نلاحظ أنها قيمة غير دالة إحصائياً، وعليه ليس هناك فروق بين الجنسين في مصدر الضبط الصحي الخارجي (ذوي الحظ).

مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الثانية:

من خلال عرض نتائج الفرضية الثانية المبينة في الجدول رقم 16 تبين "أنه هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في مصدر الضبط الصحي الخارجي لذوي النفوذ وهذه الفروق لصالح الذكور." أما بقية المصادر فلا توجد فروق. و بهذا يمكننا القول بأن هذه النتيجة كانت مؤيدة لفرضية البحث، حيث جاءت نتائجها موافقة لما كان متوقعا، وقد جاءت نتائجها متوافقة جزئياً مع "دراسة جيبك و ساشا 2019" التي توصلت أيضاً إلى أن هناك فروقا معنوية بين النساء والرجال لكن في مصدر الضبط الداخلي.

يمكن أن نفسر هذه النتيجة إلى أن فئة الرجال تتعرض للضغوط النفسية، الاجتماعية والمادية أكثر خاصة فيما يتعلق بالمسؤوليات الملقاة على عاتقهم وبالتالي فإن الاعتماد على الآخرين "ذوي النفوذ" سيوفر لهم الجهد والتحرر منها ولو قليلاً. كما أن ادراكهم بأن المرض يستدعي تدخلاً متخصصاً خاصة في سياق العلاج التلطيفي للسرطان -الذي يعتمد على خبرة الأطباء والقائمين بالصحة وكذا المتابعة المستمرة - هو ما أثر في ظهور هذه النتيجة.

3- عرض نتائج الفرضية الثالثة: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد مصدر الضبط الصحي حسب متغير المستوى التعليمي لدى عينة الدراسة" وللتحقق من صحة هاته الفرضية تم اللجوء إلى اختبار الدلالة الاحصائية (H) كروسكال واليس البديل عن اختبار تحليل التباين الأحادي، وبعد المعالجة الاحصائية تم التوصل إلى النتيجة التالية:

جدول رقم 17: اختبار كروسكال واليس لدلالة الفروق في مصدر الضبط الصحي تبعا لمتغير المستوى التعليمي

مصدر الضبط الصحي	المستوى التعليمي	حجم العينة	متوسط الرتب	Kruskal-Wallis H	درجة الحرية	مستوى الدلالة	القرار
الضبط الداخلي	منخفض	33	48.03	1.593	2	0.451	غير دال
	متوسط	47	54.27				
	مرتفع	20	45.73				
	المجموع	100					
الخارجي (ذوي النفوذ)	منخفض	33	55.61	1.752	2	0.416	غير دال
	متوسط	47	49.04				
	مرتفع	20	45.50				
	المجموع	100					
الخارجي (ذوي الحظ)	منخفض	33	59.47	7.651	2	0.022	دال
	متوسط	47	50.02				
	مرتفع	20	36.83				
	المجموع	100					

يتضح من خلال الجدول أعلاه ما يلي:

أن أفراد عينة الدراسة والبالغ عددهم إجمالاً 100 مريض بالسرطان قد انقسموا حسب استجابتهم على بعد مصدر الضبط الداخلي إلى ثلاث مجموعات، تمثل المجموعة الأولى ذوي المستوى التعليمي المنخفض (أمي، ابتدائي) وقد بلغ عددهم (33) فرداً بمتوسط رتب بلغ 48.03، المجموعة الثانية تمثل ذوي المستوى التعليمي المتوسط (متوسط، ثانوي) وقد بلغ عددهم (47) فرداً بمتوسط رتب بلغ 54.27، أما المجموعة الثالثة فتمثل ذوي المستوى التعليمي المرتفع (جامعي) وقد بلغ عددهم (20) فرداً بمتوسط رتب بلغ 45.73، وقد قدرت قيمة اختبار الدلالة الإحصائية كروسكال واليس (H) عند درجة الحرية (2) بـ 1.59 و هي قيمة غير دالة إحصائياً، وعليه ليس هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في مصدر الضبط الداخلي تبعا لمتغير المستوى التعليمي.

في مصدر الضبط الخارجي "ذوي النفوذ" انقسم مرضى السرطان حسب استجابتهم على بعد مصدر الضبط الخارجي (ذوي النفوذ) إلى ثلاث مجموعات، تمثل المجموعة الأولى ذوي المستوى التعليمي المنخفض (أمي، ابتدائي) وقد بلغ عددهم (33) فرداً بمتوسط رتب بلغ 55.61، المجموعة الثانية تمثل ذوي المستوى التعليمي المتوسط (متوسط، ثانوي) وقد بلغ عددهم (47) فرداً بمتوسط رتب بلغ 49.04، أما المجموعة الثالثة فتمثل ذوي المستوى التعليمي المرتفع (جامعي) وقد بلغ عددهم (20) فرداً بمتوسط رتب بلغ 45.50، وقد قدرت قيمة اختبار الدلالة الإحصائية كروسكال

واليس (H) عند درجة الحرية (2) بـ 1.75 و هي قيمة غير دالة إحصائيا، وعليه ليس هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في مصدر الضبط الصحي الخارجي "ذوي النفوذ" تبعا لمتغير المستوى التعليمي.

أما في مصدر الضبط الصحي الخارجي "ذوي الحظ" فقد قد انقسم المرضى حسب استجابتهم على بعد مصدر الضبط الصحي الخارجي (ذوي الحظ) إلى ثلاث مجموعات، تمثل المجموعة الأولى ذوي المستوى التعليمي المنخفض (أمي، ابتدائي) وقد بلغ عددهم (33) فردا بمتوسط رتب بلغ 59.47. المجموعة الثانية تمثل ذوي المستوى التعليمي المتوسط (متوسط، ثانوي) وقد بلغ عددهم (47) فردا بمتوسط رتب بلغ 50.02، أما المجموعة الثالثة فتتمثل ذوي المستوى التعليمي المرتفع (جامعي) وقد بلغ عددهم (20) فردا بمتوسط رتب بلغ 36.83، وقد قدرت قيمة اختبار الدلالة الإحصائية كروسكال واليس (H) عند درجة الحرية (2) بـ 7.65 وهي قيمة دالة إحصائيا، وعليه هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في مصدر الضبط الصحي الخارجي "ذوي الحظ" لصالح ذوي المستوى التعليمي المنخفض (أمي، ابتدائي).

مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة:

من خلال عرض نتائج الفرضية الثالثة المبينة في الجدول رقم 17 تبين أنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى السرطان في بعد مصدر الضبط الصحي الخارجي "ذوي الحظ" لصالح ذوي المستوى التعليمي المنخفض (أمي، ابتدائي)". وهذا يمكننا القول أن الفرضية قد تحققت جزئيا، حيث جاءت نتائجها موافقة لما كان متوقعا. وقد جاءت نتائجها متناقضة مع دراسة بيرجلوند وآخرون (Berglund et al, 2014) التي تناولت تأثير مصدر الضبط على الصحة المصنفة ذاتيا في سياق المرض المزمن (المرضى المعرضين لخطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية) أن "للتعليم العالي ارتباطات سلبية مع الصدفية والآخرين ذوي النفوذ". (Berglund et al, 2014, p5)

ويمكن تفسير هذه النتيجة إلى أن مرضى السرطان ذوي المستوى التعليمي المنخفض يطغى عليهم الاحساس بضعف السيطرة، فهم لا يملكون ضبط كاف لحالتهم الصحية، ضف إلى ذلك قلة المعرفة العلمية عن طبيعة المرض وأسبابه تجعلهم عاجزين عن فهم وتفسير وضعهم الصحي، وبالتالي فانهم يلقون مسؤولية صحتهم على عاتق الآخرين وبالضبط الحظ الصدفية والقدر، وقد يعود ذلك أيضا إلى ضعف الوعي الصحي لديهم.

4. عرض نتائج الفرضية الرابعة: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد مصدر الضبط الصحي حسب متغير مدة المرض لدى عينة الدراسة". وللتحقق من صحة هاته الفرضية تم اللجوء إلى اختبار الدلالة الإحصائية (H) كروسكال واليس البديل عن اختبار تحليل التباين الأحادي، وبعد المعالجة الإحصائية تم التوصل إلى النتيجة التالية:

جدول رقم 18: اختبار كروسكال واليس لدلالة الفروق في مصدر الضبط الصحي تبعا لمتغير مدة المرض

مصدر الضبط الصحي	مدة المرض	حجم العينة	متوسط الرتب	Kruskal-Wallis H	درجة الحرية	مستوى الدلالة	القرار
الضبط الداخلي	أقل من سنة	35	51.06	1.319	2	0.517	غير دال
	من سنة إلى 2 سنوات	30	45.80				
	أكثر من سنتين	35	53.97				
	المجموع	100					
الضبط الخارجي (ذوي النفوذ)	أقل من سنة	35	48.59	1.244	2	0.537	غير دال
	من سنة إلى 2 سنوات	30	47.65				
	أكثر من سنتين	35	54.86				
	المجموع	100					
الضبط الخارجي (العط)	أقل من سنة	35	54.29	2.409	2	0.300	غير دال
	من سنة إلى 2 سنوات	30	43.73				
	أكثر من سنتين	35	52.51				
	المجموع	100					

يتضح من خلال الجدول أعلاه:

أن أفراد عينة الدراسة والبالغ عددهم إجمالاً 100 مريضاً بالسرطان قد انقسموا حسب استجابتهم على بعد مصدر الضبط الداخلي إلى ثلاث مجموعات، تمثل المجموعة الأولى المرضى الذين تقل مدة مرضهم عن سنة وقد بلغ عددهم (35) فرداً بمتوسط رتب بلغ 51.06، المجموعة الثانية تمثل الفئة التي تتراوح مدة مرضهم بين السنة والسنتين وقد بلغ عددهم (30) فرداً بمتوسط رتب بلغ 45.80، أما المجموعة الثالثة فتمثل الذين تتجاوز مدة مرضهم السنتين وقد بلغ عددهم (35) فرداً بمتوسط رتب بلغ 53.97، وقد قدرت قيمة اختبار الدلالة الإحصائية كروسكال واليس (H) عند درجة الحرية (2) بـ 1.31، وهي قيمة غير دالة إحصائية، وعليه ليس هناك فروق بين أفراد العينة في مصدر الضبط الصحي الداخلي تبعا لمتغير مدة المرض.

في مصدر الضبط الخارجي "ذوي النفوذ" انقسم مرضى السرطان حسب استجابتهم على بعد مصدر الضبط الخارجي (ذوي النفوذ) إلى ثلاث مجموعات، تمثل المجموعة الأولى المرضى الذين تقل مدة مرضهم عن سنة وقد بلغ عددهم (35) فرداً بمتوسط رتب بلغ 48.59، المجموعة الثانية تمثل الفئة التي تتراوح مدة مرضهم بين السنة والسنتين

وقد بلغ عددهم (30) فردا بمتوسط رتب بلغ 47.65، أما المجموعة الثالثة فتمثل الذين تتجاوز مدة مرضهم السنتين وقد بلغ عددهم (35) فردا بمتوسط رتب بلغ 54.86، وقد قدرت قيمة اختبار الدلالة الإحصائية كروسكال واليس (H) عند درجة الحرية (2) بـ 1.24، وهي قيمة غير دالة إحصائيا، وعليه ليس هناك فروق بين أفراد العينة في مصدر الضبط الصحي الخارجي (ذوي النفوذ) تبعا لمتغير مدة المرض.

أما في مصدر الضبط الصحي الخارجي "ذوي الحظ" فقد قد انقسم المرضى حسب استجابتهم على بعد مصدر الضبط الخارجي (ذوي الحظ) إلى ثلاث مجموعات، تمثل المجموعة الأولى المرضى الذين تقل مدة مرضهم عن سنة وقد بلغ عددهم (35) فردا بمتوسط رتب بلغ 54.29، المجموعة الثانية تمثل الفئة التي تتراوح مدة مرضهم بين السنة والسنتين وقد بلغ عددهم (30) فردا بمتوسط رتب بلغ 43.73، أما المجموعة الثالثة فتمثل الذين تتجاوز مدة مرضهم السنتين وقد بلغ عددهم (35) فردا بمتوسط رتب بلغ 52.51، وقد قدرت قيمة اختبار الدلالة الإحصائية كروسكال واليس (H) عند درجة الحرية (2) بـ 2.40، وهي قيمة غير دالة إحصائيا، وعليه ليس هناك فروق بين أفراد العينة في مصدر الضبط الصحي الخارجي (ذوي الحظ) تبعا لمتغير مدة المرض.

مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الرابعة:

من خلال عرض نتائج الفرضية الرابعة المبينة في الجدول رقم 18 تبين أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد مصدر الضبط الصحي حسب متغير مدة المرض لدى عينة الدراسة." و بهذا يمكننا القول أن الفرضية لم تتحقق. حيث جاءت نتائجها معاكسة لما كان متوقعا. وقد جاءت نتائجها متناقضة مع "دراسة جيبك و ساشا 2019" التي وجدت "أنه كلما طالت مدة استمرار المرض لدى مرضى الأورام ، كان دافعهم الداخلي لتحقيق نتائج علاج جيدة أضعف".

ويمكن تفسير هذه النتيجة عند مرضى السرطان الخاضعين للعلاج التلطيفي إلى تشابه الخبرات العلاجية فيما بينهم، وكذا الاستراتيجيات التي يتعامل بها المرضى مع مرضهم و تصوراتهم عنه، ضف إلى ذلك قد يكون للدعم النفسي الذي يتلقاه المريض من أسرته أو المحيطين به دور في ذلك وتكيفه مع العلاج مما يجعل من اختلاف مدة المرض دون تأثير ولا يحدث فروقا في النتائج.

4. خاتمة:

خلصت الدراسة إلى أن : البعد الخارجي "ذوي النفوذ" هو البعد السائد في مصدر الضبط الصحي لمرضى السرطان الخاضعين للعلاج التلطيفي، وهو ما يشير إلى الاعتماد الكبير من طرف هذه الفئة على الأطباء والعاملين بالصحة وغيرهم في اختيار مسارهم العلاجي واتخاذ القرارات المناسبة لصحتهم. كما أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في مصدر الضبط الصحي الخارجي "ذوي النفوذ" لصالح الذكور، وهو ما يعكس الاختلاف في التصورات واستراتيجيات التعامل مع المرض بين الجنسين. و بينت الدراسة أيضا وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في مصدر الضبط الصحي الخارجي "ذوي الحظ" لصالح ذوي المستوى التعليمي المنخفض (أمي، ابتدائي).و هو ما يدل على أن انخفاض المستوى التعليمي قد يرتبط بتفسير الحالة الصحية بعوامل خارجية كالحظ، وهذا التفسير قد ينجم عن ضعف الوعي الصحي وقلة المعرفة العلمية بالمرض، مقارنة بذوي المستوى التعليمي المرتفع. و أظهرت الدراسة في الأخير أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد مصدر الضبط الصحي حسب متغير مدة المرض لدى عينة الدراسة. مما قد يشير إلى أن هناك عوامل أخرى أقوى كالتكيف مع العلاج مما أدى الى عدم ظهور فروق في النتائج.

و في ضوء ما ورد في الدراسة الحالية و النتائج التي توصلت إليها، تبرز أهمية الاهتمام بالجانب النفسي والمعرفي لدى مرضى السرطان ، خاصة الخاضعين للعلاجات التلطيفية ونذكر هنا بعض من الاقتراحات التي يمكن أن تفتح المجال أمام بحوث مستقبلية مثل:

- تصميم برامج علاجية تركز على مصدر الضبط الصحي وتعزيزه في الاتجاه الذي يخدم صحة مريض السرطان.
- إجراء دراسات أخرى حول مصدر الضبط الصحي وربطها بمتغيرات أخرى كالالتزام الصحي عند مرضى السرطان.
- ضرورة تفعيل التنسيق والتشاور بين الأخصائي النفسي والطبيب المعالج لتحقيق التكامل في الرعاية الصحية لمرضى السرطان.

5. المراجع:

جبالي، نور الدين.(2007-2008).علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بمصدر الضبط الصحي-دراسة ميدانية- أطروحة لنيل شهادة دكتوراه الدولة في علم النفس العيادي .جامعة باتنة-كلية الآداب والعلوم الانسانية. قسم علم النفس وعلوم التربية.

يخلف عثمان.(2001).علم نفس الصحة: الأسس النفسية والسلوكية للصحة.(ط1).الدوحة، قطر: دار الثقافة .

مرازمة وليدة.(2008-2009).مركز ضبط الألم وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان. مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم نفس الصحة. جامعة الحاج لخضر –باتنة. كلية الآداب والعلوم الانسانية. قسم علم النفس.

قارة، سعيد.(2014-2015).مصدر الضبط الصحي وعلاقته بكل من فعالية الذات وتقبل العلاج لدى المرضى /المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي. أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه علوم في علم النفس. جامعة الحاج لخضر باتنة. تخصص علم النفس العيادي. كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية. قسم العلوم الاجتماعية و العلوم الإسلامية. شعبة علم النفس .

Arraras. J. I , Wright. S. J, Jusue. G, Tejedor. M & Calvo . J.I.(2002). Coping style, locus of control, psychological distress and pain-related behaviors in cancer and other diseases. *Psychology, Health & Medicine*,7(2) , 181-187.

Berglund .Erik, Lytsy .Per & Westerling . Ragnar. (2014). The influence of locus of control on self-rated health in context of chronic disease: a structural equation modeling approach in a cross sectional study. *BMC Public Health*,14, 492. <http://www.biomedcentral.com>

Bozorgi.Simin. (2009). *On the relationship between locus of control and the grade point average of the Iranian Azad university EFL students*. (Unpublished master's thesis). Islamic Azad University. Retrieved from <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED505569.pdf>

Brown.Alaina J, Thaker .Premal H, Sun .Charlotte C, Urbauer .Diana L, Bruera .Eduardo, Bodurka .Diane C, & Ramondetta .Lois M. (2017). Nothing left to chance? The impact of Locus of Control on physical and mental quality of life in terminal cancer patients. *Support Care Cancer*, 25(6), 1985–1991.

Cordella Marisa , Poianu Aldo.(2014). Behavioural Oncology: Psychological, Communicative, and Social Dimensions. Springer New York Heidelberg Dordrecht London.

De Sousa Barros. Adriano, Oliveira. Silvana Maria.(2014 Outubro).De corpo e alma: a Análise Bioenergética na Promoção da Saúde do Paciente Oncológico. *Revista Latino-americana de Psicologia Corporal*, 1, (2), 70-81. Recuperto de <http://psicorporal.emnuvens.com.br/rbpc>

De valck. C , Vinck. J. (1996). Health locus of control and quality of life in lung cancer patients. *Patient Education and Counseling*, 28, 179-186.

Egan . John Thomas, Leonardson. Gary, Best. Lyle G, Welty. Thomas, Calhoun. Darren & Beals, Janette.(2009). Multidimensional health locus of control in American Indians: the strong heart study. *Ethnicity & Disease*, 19, 338-344.

Gibek.Katarzyna , Sacha .Tomasz.(2019). Comparison of health locus of control in oncological and non-oncological patients. *ContempOncol (Pozn)*, 23 (2), 115–120

Ghonem. Elsayed Ghonem, Shahin. Eman Saleh & Ibrahim. Mona Hassan. (2017 November- December). Assessment of Health Needs for Patient Treated with Chemotherapy. *Journal of Nursing and Health Science* , 6(6), 86-92.<https://www.iosrjournals.org>

International Agency for Research on cancer(IARC).(2024 February 1). *Global cancer burden growing, amidst mounting need for services*.World Health Organization. <https://www.who.int/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing--amidst-mounting-need-for-services>

Kassianos .Angelos P, Symeou .Maria & Ioannou. Myria.(2016July-December).The health locus of control concept :Factorial structure, psychometric properties and form equivalence of the multidimensional health locus of control scales. *Health psychology open*, 1–10.

Leist .Judith Bijoux , Leist. Thomas P. (2022). Multiple sclerosis: relationship between locus of control and quality of life in persons with low versus high disability. *Health psychology and behavioral medicine*, 10, (1), 316–334

Lin .Chia-Chin, Tsay. Hsiu-Fen.(2005).Relationships among perceived diagnostic disclosure, health locus of control, and levels of hope in Taiwanese cancer patients. *Psycho-Oncology*, 14, 376–385.

Marton. Giulia, Pizzoli .Silvia Francesca Maria, Vergani. Laura, Mazzocco. Ketti, Monzani. Dario, Bailo. Luca, Pancani. Luca & Pravettoni. Gabriella. (2021). Patients' health locus of control and preferences about the role that they want to play in the medical decision-making process. *Psychology, Health & Medicine* ,26(2), 260–266.

Neipp.Marie-Carmen, López-Roig. Sofía & Pastor. M^a Ángeles. (2007, Diciembre)Control beliefs in cancer: A literature review Anuario de Psicología. *Universitat de Barcelona. España*, 38(3), 333-355.

Nezu. Arthur M, Nezu .Christine Maguth & Geller .Pamela A.(2003). *Handbook of psychology*. (Vol 9). Health Psychology. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Tang .A. M. S. Wu, C. S. K & Kwok. T. C. Y. (2004). Self-efficacy, health locus of control, and psychological distress in elderly Chinese women with chronic illnesses, *Aging & Mental Health*, 8(1), 21- 28.

The Maghreb Times.(2024, October 17). *Cancer Incidence and Deaths in Algeria: Oncologists Sound the Alarm*. <https://themaghrebtimes.com/cancer-incidence-and-deaths-in-algeria-oncologists-sound-the-alarm>

VandenBos. GaryR.(2015). *APA dictionary of psychology*. (2nd ed., pp.1-1221). Washington, DC. American psychological association.

Yahaya. Ayuba Barau, Yanoko. Tukur Abdullahi& Deborah LA'AH. Kammy Joseph.(2020 September).Academic Locus of Control as Correlates of Academic Achievement among Senior Secondary School Students in Sabon Gari LGA, Kaduna State. *Kano Journal of Educational Psychology (KaJEP)*, 2, (1), 45-51.