



عمادة الدراسات العليا
جامعة القدس

الضغط النفسي وعلاقته بالدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي

إخلاء عودة سلمان عطون

رسالة ماجستير

القدس - فلسطين

1439هـ/2018م

الضغط النفسي وعلاقته بالدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي.

إعداد:

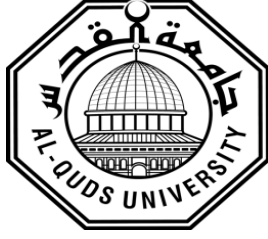
إخلاق عودة سلمان عطون

بكالوريوس علم النفس - جامعة القدس، فلسطين

المشرف: د. عمر الريماوي

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات درجة الماجستير في الإرشاد النفسي والتربوي من عمادة الدراسات العليا/ كلية العلوم التربوية/ جامعة القدس

1439هـ/2018م



جامعة القدس
عمادة الدراسات العليا
الإرشاد النفسي والتربوي

إجازة الرسالة



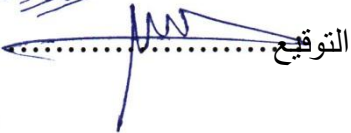
الضغط النفسي وعلاقته بالدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي

الاسم: إخلص عودة سلمان عطون

الرقم الجامعي: 21512234

إشراف: الدكتور عمر الريماوي

نوقشت هذه الرسالة وأجيزت بتاريخ: 2018/8/8 من لجنة المناقشة المدرجة أسماؤهم وتواقيعهم:

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------|
| التوقيع:  | د. عمر الريماوي | 1. رئيس لجنة المناقشة: |
| التوقيع:  | د. نبيل عبد الهادي | 2. ممتحناً داخلياً: |
| التوقيع:  | د. بسام يوسف بنات | 3. ممتحناً خارجياً: |

القدس/ فلسطين

2018/هـ/1439م

إهداء

أهدي هذا العمل المتواضع إلى اليد الطاهرة التي أزلت من أمامنا أشواك الطريق ورسمت المستقبل

بخطوط من الأمل والثقة

إلى الذي لم يبخل علي يوماً بشيء

إلى من دفعني إلى العلم وبه ازداد افتخار

إلى الذي لا تفيه الكلمات والشكر والعرفان بالجميل

أبي الحبيب

إلى ملاكي في الحياة.. إلى معنى الحب.. إلى معنى الحنان والتفاني.. إلى بسمه الحياة وسر

الوجود.. إلى من كان دعائها سر نجاحي وحنانها بلسم جراحي إلى أغلى الحبايب .. أمي الحبيبة.

إلى من به أكبر وعليه أعتمد.. إلى من بوجوده أكتسب قوة ومحبة لا حدود لها .. إلى رفيق دربي في

هذه الحياة زوجي العزيز


إلى القلوب الصادقة الطاهرة الرقيقة والنفوس البريئة إلى رياحين حياتي إخوتي وأخواتي

إلى كل طالب علم

أهديكم جهدي المتواضع

إقرار

أقر أنا معد الرسالة أنها قدمت لجامعة القدس لنيل درجة الماجستير، وأنها نتيجة أبحاثي الخاصة، باستثناء ما تم الإشارة له حيثما ورد، وأن هذه الرسالة، أو أية جزء منها، لم يقدم لنيل أية درجة علمية عليا لأي جامعة أو معهد آخر.

التوقيع: 

الاسم: إخلص عودة سلمان عطون

التاريخ: 2018/8/8

شكر وتقدير

أحمد الله وأشكره بداية على ما وفقني فيه لإتمام هذا العمل الذي ما كنت لأتمه لولا توفيق الله وفضله، كما أتوجه بالشكر والعرفان للدكتور الفاضل عمر الريماوي المشرف على هذه الرسالة على ما منحني من دعم صادق، وما بذله من جهد ووقت طيلة إنجاز هذا العمل، فلقد كان لتوجيهاته السديدة إرشاداته القيمة أثر كبير في إخراج هذا العمل على ما هو عليه،

كما أتقدم بالشكر إلى أساتذتي أعضاء لجنة النقاش الموقرين على ما تكبدوه من عناء في قراءة رسالتي المتواضعة وإغنائها بمقترحاتهم القيمة.

ولا أنسى أن أتقدم بفائق الشكر والتقدير إلى كل من أشعل شمعة دروب علمنا وإلى من وقف على المنابر وأعطى من حصيلة فكره لينير دربنا إلى الأساتذة الكرام.

وكما أتقدم بجزيل الشكر لكل من أسهم في هذا البحث، وسانديني في إنجازة، وجعله يرى النور، فالشكر كثير، ومن يستحقونه أكثر

مصطلحات الدراسة:

الضغوط النفسية:

تعريف عبد المعطي (2006): عرّف عبد المعطي الضغوط النفسية بأنها تلك المثيرات الداخلية أو البيئية، والتي تكون على درجة من الشدة والدوام بما يُثقل القدرة التوافقية للفرد، والتي تؤدي في ظروف معينة إلى الاختلال الوظيفي والسلوكي.

كما يعرف (Gebril) الضغط النفسي بأنه "تلك الحالة الوجدانية التي يخبرها الفرد، والناجمة عن أحداث وأمور تتضمن تهديداً لإحساسه بالحياة الهائلة، وتشعره بالقلق فيما يتعلق بمواجهتها" (الغريير وعبد اللطيف، 2009: 25)

أما التعريف الإجرائي للضغوط النفسية: فهي الدرجة التي تحصل عليها المصابة بسرطان الثدي المبكر على مقياس الضغوط النفسية الذي تم إعداده لأغراض هذه الدراسة.

الدعم الاجتماعي

تعريف العزة (2016): "الدعم الاجتماعي مفهوم أضيق بكثير من مفهوم شبكة العلاقات الاجتماعية، حيث يعتمد الدعم الاجتماعي في تقديره على إدراك الأفراد لشبكاتهم الاجتماعية باعتبارها الأطر التي تشتمل على الأفراد الذين يتقون ويستندون على علاقاتهم لهم".

2- السرطان:

عرف الحسيني السرطان بأنه مرض ناتج عن حدوث انقسام سائب غير محدد دون سبب واضح لخلايا نسيج معين وفي مرحلة متقدمة تنتشر بعض هذه الخلايا السرطانية بطرق مختلفة لأنحاء مختلفة بالجسم مسببة متاعب وآلام مختلفة قد تؤدي إلى الوفاة (الحسيني، 2002).

المخلص

هدفت الدراسة الحالية التعرف إلى الضغط النفسي وعلاقته بالدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي. تناولت الدراسة موضوعها كظاهرة متعددة الأبعاد، تناولتها الأبحاث النظرية والميدانية، ولم تركز عليها من بعد واحد.

وتحقيقاً لهذا الهدف استخدم المنهج الوصفي، وأسلوب المسح بالعينة، واستخدمت الاستبانة كأداة لجمع البيانات والتي تكونت من (38) فقرة، طبقت على عينة بلغت (224) من مرضى سرطان الثدي في العيادات الصحية في مدينة القدس وضواحيها، اختيرت بالطريقة القصدية. وقد عولجت البيانات إحصائياً باستخدام برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS).

أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي كان متوسطاً، في حين كانت درجة الدعم الاجتماعي عالية بمتوسط حسابي (2.65، 4.15) وعلى التوالي. وبينت النتائج وجود علاقة عكسية بين الدعم الاجتماعي ومستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي، ووجود فروق دالة إحصائية في مستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي وفقاً لمتغيرات المؤهل العلمي، والحالة الاجتماعية، والعمر، بينما لم تظهر الدراسة فروقاً دالة إحصائية وفقاً لبقية متغيرات الدراسة. كما بينت النتائج وجود فروق دالة إحصائية في درجة الدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي وفقاً لمتغيري الحالة الاجتماعية والعمر، في حين لم تظهر الدراسة فروقاً دالة إحصائية وفقاً لبقية المتغيرات.

وتؤكد هذه النتائج قيمة الدعم الاجتماعي في تخفيف مستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي في المجتمع الفلسطيني بعامة، وفي محافظة القدس بخاصة، وتوصي بضرورة الاهتمام بالرعاية الصحية والنفسية لمرضى سرطان الثدي، وأهمية ذلك منذ بداية اكتشاف الإصابة، لأهمية ودور المرأة

في المجتمع والتأكيد على أن قيمتها ومكانتها لن تهتز بعد إصابتها من خلال ما تحصل عليه من تقبل ومساندة من الآخرين المحيطين بها، والحاجة لاجراء المزيد من الأبحاث النوعية تتعلق بطبيعة الضغوط النفسية والاجتماعية والجسمية التي تعاني منها المصابات بمرض السرطان بعامة، وسرطان الثدي بخاصة.

Psychological Pressure and its Relation with Social Support among Breast Cancer Patients

Prepared by: Iklas Odah Salman Attoun

Supervisor: Dr. Omar Rimawi

Abstract

The study aimed to investigate psychological pressure and its relation with social support among breast cancer patients. The study approached the literature as a multi-dimensional phenomenon, which addressed both theoretical and applied research.

To achieve this end, the study adopted the quantitative research approach using the sampling survey method. The questionnaire is appropriate for the exploratory nature of the research, which consists of 38-items. The random purposive method was utilized which comprised of a sample size of (224) breast cancer patients at clinics of Jerusalem Governorate, Palestine. The collected data was statistically analyzed using the statistical package for social sciences (SPSS).

The results revealed that the breast cancer patients experienced a moderate level of psychological pressure and a high level of social support. The mean scores and standard deviation were (M 2.65 SD 0.68; M 4.15 SD 0.58) respectively. The study revealed the determinant effect of social support on reducing psychological pressure for breast cancer patients. It was found that when social support increases, psychological pressure decreases and vice versa.

The results of the study revealed significant statistical differences in psychological pressure among the patients due to educational level, marital

status, and age. However, no statistical significant differences were found in the rest of the study variables that are, number of children. Additionally, the findings of the study revealed significant statistical differences in social support among the patients due to marital status, and age. However, no statistical significant differences were found in the rest of the study variables, that are, educational level, and number of children.

The above findings confirm the value of social support in reducing psychological pressure among the breast cancer patients; and recommend the need to provide health and mental health care of the breast cancer patients, especially in the beginning of the case discovery, taken into consideration the important role the women play in the society, that will not be shaken off through the high level of social support and solidarity in the Palestinian society; and finally, further research is essential in the area of psychological, social, and physical pressures among the cancer patients in general, and of the breast cancer patients in particular using the qualitative research design.

الفصل الأول

خلفية الدراسة وأهميتها

- مقدمة.
- مشكلة الدراسة.
- أسئلة الدراسة.
- فرضيات الدراسة.
- أهمية الدراسة.
- أهداف الدراسة.
- محددات الدراسة.
- تعريف المصطلحات نظرياً وإجرائياً.

الفصل الأول:

خلفية الدراسة وأهميتها:

1.1 المقدمة:

تعتل صحة الإنسان بأمراض عدّة ولها سمات ومميزات تختلف عن بعضها بعضاً، ولها أبعاد اجتماعية قد تتفاقم أو تقلّ تبعاً لشدة المرض، ومدى تقليلها لقدرات المريض الجسدية والنفسية، لذا لا يتمكن الطب والأطباء من تقديم الدعم المطلوب جميعه للمرضى في محيطهم الاجتماعي، كذلك في حالة مرض السرطان فإن الأعباء الاجتماعية تفرض نفسها بشدة نسبةً للطبيعة الخاصة للمرض، فمرض السرطان له تأثير يجعله يعيد تشكيل حياة المريض وحياة من حوله مثله، ككل الأمراض الخطيرة التي لها أثر كبير على حياة المرضى النفسية وأسرههم، وإلى أن التدخل لتغيير البيئة الاجتماعية للمريض أظهرت تحسن في التوافق النفسي، وتحسين لنوعية الحياة وتعايش أطول للمريض مع مرضه المزمّن (Rachel, 2007)

ويعد مرض السرطان من أهم التحديات التي واجهت المجتمعات، إذ إن أكثر من نصف أمراض السرطان تبقى دون معالجة شافية؛ لأن السبب الحقيقي وراء الإصابة بالسرطان، أو ما يسمى بالورم الخبيث لم يتم معرفته لغاية الآن (Rosntha, 2001).

فمرض السرطان من الأمراض التي تشكل خطورة على حياة الإنسان، ويصيب هذا المرض أي جزء من أجزاء الجسم، ويحدث خللاً في تركيب الخلايا التي تبدأ بالتكاثر بشكل غير طبيعي بعيداً عن نظامها المعتاد، وتولد هذه الخلايا خلايا أخرى مشابهة في تكوينها للخلايا المصابة لتشكل في النهاية نسيجاً يطلق عليه الأورام السرطانية (رضوان، 2007).

ويعد سرطان الثدي (Breast Cancer) من أخطر أنواع السرطانات التي تصيب الإنسان، وبخاصة السيدات من بعد سرطان الرئة الذي يسجل أعلى معدل للوفيات سنوياً، وتكون نسبة النجاة منه ضئيلة جداً إذا لم يكتشف ويعالج مبكراً. وينتشر مرض سرطان الثدي بمعدلات كبيرة بين النساء (Nelson et al., 2010).

والإصابة بسرطان الثدي حدث صادم يعمل على تغيير عالم السيدة المصابة بما ينتج عنه من تغيرات سلبية تؤثر في حياة السيدة المصابة، وحياة أسرتها على جميع المستويات، وتحديداً على المستويين النفسي والاجتماعي، فالضغط الناتج عن المرض وعلاجه ربما يزداد مع وجود عوامل ضاغطة أخرى، مثل: مستوى الدعم الأسري، وضغوط العمل، وقلق المستقبل، ونكوص الحالة النفسية، ورفض الذات، وعدم الرضا عن الحياة (محمود، 2009).

ويؤثر تشخيص وعلاج سرطان الثدي في المريضة جسدياً ونفسياً، إذ يوجد عدد من العوامل المرتبطة بالاضطرابات النفسية، كتهديد المرض لحياة المريضة، بالإضافة إلى معاناتها من الألم. أما من الناحية الجسدية، فعندما تكون المرأة مصابة بسرطان الثدي. ويكون جسدها تحت التهديد، فإنها تشعر كما لو أنها بدأت تفقد هويتها والحياة. فالجسد له دور مركزي في تحديد هوية الأنثى. (Bergbom & Lindwall, 2009).

ويهدد سرطان الثدي حياة المريضة؛ إذ إنه يسبب لها حالة من الخوف والقلق والحزن، وبهذا يصعب رؤية مريضة سرطان الثدي مستقرة نفسياً، بل إنها تبقى في حالة اضطراب نفسي مستمر جراء التفكير الدائم بالمرض والنتائج المتوقعة. ومن المحتمل أن تواجه المريضة أيضاً بعض المشكلات الاجتماعية التي قد تدخلها في حالة من عدم المقدرة على المواجهة، والهروب من نظرات الشفقة من الآخرين، فتسبب لها العزلة والشعور بالوحدة، لذا على الأسرة أن تظهر الدعم للمريضة (Kleponis, 2006).

ومن الممكن أن الحالة النفسية لدى المصابة بسرطان الثدي تختلف من مريضة لأخرى؛ الأمر الذي قد ينعكس على فاعلية العلاج الدوائي ومستوى العلاج النفسي. فقد يأخذ الدعم الاجتماعي المقدم من الآخرين، الأمر الذي ينعكس بشكل إيجابي في الحالة النفسية للمصابة (جودة، 2011).

وتتعدد المصادر المسببة للضغط النفسي عند مرضى السرطان باعتبارها تضم أكثر المواقف إثارة للضغط النفسي عند هذه الشريحة من الأفراد، ومن كل هذا فإن من المعلوم أن للضغوط الحياتية تأثيرا كبيرا على الصحة، وذلك من خلال تأثيراتها على العمليات العضوية والسيكولوجية، لذلك يتجه علماء النفس إلى الاهتمام بتعليم الأفراد كيف يتعاملون مع مثل تلك الضغوط، ليتمتعوا بحياة وصحة جيدة عن المستوى العضوي والنفسي، وكذلك يهتمون أيضا بتعليم الأفراد كيفية التعامل مع ما يتعرضون له من ضغوط، سواء كانت تلك الضغوط أمراضا مزمنة أو مشكلات نفسية اجتماعية، بشكل لا يؤثر في تدهور حالتهم الصحية والنفسية، كما يقومون بدور مهم في إيضاح الدور الذي تمارسه الضغوط في الصحة بشكل عام (عبد الوهاب، 2006).

كما أن الفرد لا يستطيع الهروب من الضغوط، وبالتالي فإنه بحاجة إلى تعلم كيفية التعامل معها بفعالية، وذلك بتبنيه استراتيجيات مواجهة مناسبة، تتغير حسب تقييم الشخص له سواء بطرق إيجابية بناءة تتوجه مباشرة نحو حل المشكل أو الموقف الضاغط، بأساليب أخرى سلبية تجنبية مركزة على الانفعال (عزوز، 2008). فالمواجهة المتمركزة حول المشكل تتضمن استراتيجيات تساعد الفرد على حل المشكلة والتقليل من تأثيرات الموقف الضاغط، أما المواجهة المتمركزة حول الانفعال فتتضمن استراتيجيات تستهدف خفض الآثار الانفعالية الناجمة عن الضغط (حسين وحسين، 2006).

ومن ثم فالمفتاح الرئيسي لفهم استجابة الضغوط لا يعتمد على طبيعة الضواغط ومصدرها، وإنما يتوقف على الكيفية التي يستجيب بها الفرد لتلك الضغوط، فبعض الناس ينفرون أمام الخبرات المؤلمة للضغوط النفسية الشديدة كتلك التي تسببها الإصابة بالأورام الخبيثة، بينما نرى بعضهم يجتهد للتعامل

معها، وهذا راجع للاختلاف الطبيعي بين الأفراد وكيفية إدراكهم للمثيرات الضاغطة، وهذا ما أكدته نتائج الدراسات والبحوث النفسية من أن الحالة الانفعالية والنفسية للمريض تؤثر تأثيراً بالغاً على سرعة شفائه باعتبار أن تعرض المريض للضغوط النفسية يضعف الجهاز المناعي لديه، وبالتالي يعمل على تقليل عدد الخلايا القاتلة الطبيعية مما يصعب على الجسم مقاومة السرطان، وذلك من منطلق وجود علاقة وثيقة بين النفس والجسم وتأثر كل منهما، إن قلق الإنسان يزداد إذا فقد بعضاً من قدراته نتيجة اعتلال صحته أو تقدم به السن أو عندما يرى إن فرص النجاح أصبحت ضئيلة أمامه (ثابت، 2008).

ويشكل الدعم الاجتماعي أهمية كبيرة في التكامل والتوافق بين الأفراد حيث يظهر بأشكال نوعية وخاصة حسب طبيعة كل مجتمع وبنائه، أي يكون نظام العلاقات ثابت نسبياً بين الأفراد تسوده مجموعة من المعايير والقواعد والقيم حسب طبيعة الثقافة السائدة، فالدعم الاجتماعي لا يتطور بطريقة عشوائية بين الأفراد وإنما يخضع لمجموعة من التنظيمات الاجتماعية (Isabelle Barizot et al., 2005).

ويعد الدعم الاجتماعي تدخلاً نفسياً واجتماعياً مهماً للمريضات بسرطان الثدي فيما يتعلق بالتكيف النفسي، بالإضافة إلى التأقلم مع الوضع الجديد، والحفاظ على الثقة بالنفس، وتعزيز التعايش مع المرض (Compas & Lueckan, 2002; Landmark et al., 2002). ويوفر الأدب النظري أدلة قوية على أن الدعم المقدم من العلاقات الاجتماعية مع الآخرين خاصة من الأسرة والأصدقاء المقربين يعمل على تعزيز الوضع النفسي لدى الفرد، كوكاباك (Yildirim & Kocabiyik, 2010)

2.1 مشكلة الدراسة:

يشكل مرض سرطان الثدي مشكلة كبرى في جميع المجالات الصحية والنفسية والاجتماعية، فكما ذكر جواد البيطار مدير مركز المعلومات الصحية في وزارة الصحة لعام 2017 أن " سرطان الثدي يأتي بالمرتبة الأولى طبقاً لعدد الحالات الجديدة المبلغ عنها، بسبة 17.8% من مجموع حالات السرطان"، مضيفاً أن "سرطان الثدي يأتي أيضاً في المرتبة الأولى للسرطانات التي تصيب الإناث في فلسطين، وبلغت نسبتها 33.7% من مجموع حالات السرطان المبلغ عنها لدى الإناث، وبمعدل إصابة بلغ 33.1 حالة جديدة سنوياً في كل مئة ألف أنثى في فلسطين؛ فمعرفة المريضة بحقيقة المرض عندئذ تتداعى كل التطمينات، وتبدأ الوسواس والقلق والمخاوف المختلفة، وتتأثر حالة المريضة النفسية والأسرية سلباً بسبب تداعيات المرض ورحلة العلاج. ومن دواعي اهتمام الباحثة لإجراء مثل هذه الدراسة أن سرطان الثدي غالباً ما يتحول إلى مشكلة صحية ونفسية مستعصية، فالسرطان مرادف للموت؛ لأنه يصيب عضواً حساساً في جسم المرأة، فنجد أن ما يتعلق بهذا العضو من فحوصات يكون أمراً مثيراً للحساسية، إن لم يكن الرفض المطلق. فالسرطان لا يؤثر بالمريض بمفرده، بل يتعداه إلى جميع أفراد العائلة ويؤثر بهم، تسعى هذه الدراسة الربط بين الضغط النفسي وعلاقته بالدعم الاجتماعي لدى مرضى السرطان الثدي. إذ أن الضغوط النفسية المشحونة بالتوتر تؤثر على مرضى السرطان إلى أشكال مختلفة من الصعوبات والضغوط التي تغير مجرى حياتهم وتقيد نشاطاتهم الاعتيادية، ولا تقتصر هذه الصعوبات على الشخص المريض فحسب، بل تتعداها إلى مستويات أخرى تتسع دوائرها من حوله، وذلك لما يتميز به هذا المرض من طول أمد هو ضرورة العلاج والمتابعة الطبية المستمرة، واحتمال الحدوث المفاجئ لأعراض مرضية طارئة، ويحرص الكثيرون من المرضى وعائلاتهم أن يحيطوا الموضوع بسرية تامة تحاشياً للوصمة الاجتماعية. ويتمثل في السؤال التالي: ما علاقة الدعم الاجتماعي بالضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي؟

3.1 أسئلة الدراسة:

تسعى الدراسة الإجابة عن السؤال الرئيس: ما علاقة الدعم الاجتماعي بالضغط النفسي لدى مرضى

سرطان الثدي؟ وقد تفرّع عن السؤال الرئيس مجموعة من الأسئلة الفرعية الآتية:

1. ما مستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي؟
2. ما مؤشرات الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي؟
3. ما درجة الدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي؟
4. ما مؤشرات الدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي؟
5. هل توجد علاقة بين الدعم الاجتماعي والضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي؟
6. هل يختلف مستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي باختلاف متغيرات المؤهل العلمي، والحالة الاجتماعية، وعدد الأبناء، والعمر؟
7. هل تختلف درجة الدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي باختلاف متغيرات المؤهل العلمي، والحالة الاجتماعية، وعدد الأبناء، والعمر؟

4.1 فرضيات الدراسة:

الفرضية الرئيسية الأولى

لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ بين الدعم الاجتماعي ومستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي.

الفرضية الرئيسية الثانية

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في مستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي وفقاً لمتغيرات المؤهل العلمي، والحالة الاجتماعية، وعدد الأبناء، والعمر.

وينفرع عن الفرضية الرئيسة الثانية الفرضيات الفرعية الآتية:

1. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في مستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي تعزى لمتغير المؤهل العلمي.
2. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في مستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.
3. لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ بين متغير عدد الأبناء ومستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي.
4. لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ بين متغير العمر ومستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي.

الفرضية الرئيسة الثالثة

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في درجة الدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي وفقاً لمتغيرات المؤهل العلمي، والحالة الاجتماعية، وعدد الأبناء، والعمر.

وينفرع عن الفرضية الرئيسة الثالثة الفرضيات الفرعية الآتية:

1. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في درجة الدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي تعزى لمتغير المؤهل العلمي.
2. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في درجة الدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.
3. لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ بين متغير عدد الأبناء ودرجة الدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي.

4. لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ بين متغير العمر ودرجة

الدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي.

5.1 أهمية الدراسة:

تبرز أهمية هذه الدراسة من الناحية النظرية في أنها توضح علاقة الضغط النفسي والدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي المترددات على العيادات الصحية. إذ لا تقتصر معاناة المصابين بالسرطان على المعاناة الجسدية فقط، وإنما تتعداها إلى معاناة نفسية شديدة لا يمكن أن يعرفها أو يحس بمرارتها إلا المرضى أنفسهم أو الأشخاص اللصيقون بهم.

حيث أن هناك عوامل نفسية باستطاعتها التأثير على الصحة الجسمية للفرد إما بالسلب أو بالإيجاب، ومن خلال هذه الدراسة اختيار عامل نفسي له دور ايجابي على الصحة الجسمية والذي تمثل في الدعم الاجتماعي، وبالتالي ستوفر المزيد من المعلومات في ضوء ما يتم التوصل إليه، في عدة مجالات بالأخص علم النفس والإرشاد النفسي، مما يسهم في عملية التوجيه لدى القائمين في هذا المجال.

وأما من الناحية التطبيقية فتساعد هذه الدراسة على نشر الوعي لدى أفراد المجتمع بمدى خطورة هذا المرض وحثهم لعمل الفحوصات الدورية لإكتشافه بمراحل مبكرة لسهوله العلاج، وعمل برامج إرشادية تعمل على توعية المرضات بمرضهن وتساعدهن على تخطي المرض.

6.1 أهداف الدراسة:

يكمُن الهدف الرئيس للدراسة في التعرف إلى علاقة الدعم الاجتماعي بالضغط النفسي لدى مرضى

سرطان الثدي. وقد تفرّع عن الهدف الرئيس الأهداف الفرعية الآتية:

1. التعرف إلى مستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي.

2. التعرف إلى مؤشرات الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي.
3. التعرف إلى درجة الدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي.
4. التعرف إلى مؤشرات الدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي.
5. التعرف إلى الفروق في مستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي وفقاً لمتغيرات المؤهل العلمي، والحالة الاجتماعية، وعدد الأبناء، والعمر.
6. التعرف إلى الفروق في درجة الدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي وفقاً لمتغيرات متغيرات المؤهل العلمي، والحالة الاجتماعية، وعدد الأبناء، والعمر.

7.1 حدود الدراسة:

1. الحدود الزمانية: الفصل الثاني للعام الدراسي 2018/2017.
2. الحدود المكانية: العيادات الصحية في مدينة القدس وضواحيها.
3. الحدود البشرية: اقتصرت الدراسة على مرضى سرطان الثدي.

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

أولاً: الإطار النظري.

ثانياً: الدراسات السابقة.

– دراسات عربية.

– دراسات أجنبية.

ثالثاً: التعقيب على الدراسات السابقة.

الإطار النظري والدراسات السابقة

1.2 المقدمة:

2.2 السرطان:

مرض السرطان: مرض قديم، جاء وصفه في آثار قدماء المصريين، وقد سماه بهذا الاسم أبو قراط في القرن الخامس الميلادي، وذلك لما يوجد من تشابه بينه وبين الحيوان البحري المعروف باسم السرطان، حيث نجد هذا الحيوان يطبق على فريسته في أي موضع من جسمها ثم يمد أطرافه المتعددة في جميع الاتجاهات. وعلى الرغم من قدم المرض فإن معدلات انتشاره زادت بصورة واضحة في القرن الحالي، ويرجع ذلك إلى تقدم الدول من حيث أساليب الكشف والتشخيص الطبي؛ (عبد الحميد، 2005).

ويعرف السرطان بأنه: الورم الخبيث الذي يتلف أنسجة الجسم السليمة وينمو سريعاً ويتضاعف بدرجة لا يمكن التحكم فيها وينشر خلال خلايا العضو المصاب بالجسم؛ والسرطان عبارة عن مجموعة من الأمراض التي تخرج فيها خلايا الجسم عن نموها الطبيعي، وتوصف هذه الخلايا بأنها خلايا متمردة تخرج عن سيطرة الجسم لتنمو خارج النظام العام له؛ وتتميز الخلايا السرطانية بقدرتها على تخطي وغزو الأنسجة الطبيعية المجاورة لها وكذلك قدرتها على الانتشار، فإذا وصلت الخلايا إلى وعاء دموي أو ليمفاوي فإنها تقتحمه وتسير مع تيار الدم أو الليف لتنتقل إلى أعضاء أخرى بعيدة وتكون أوراًماً ثانوية خبيثة لها نفس الصفات من حيث النمو والانتشار (محمود، 2009).

1.2.2 مفهوم السرطان:

يعرف المعجم الموضوعي للمصطلحات الطبية: إن كلمة Cancer تعني أورام خبيثة وتتميز الأورام الخبيثة بسرعة النمو وبانطلاقها بين الخلايا المحيطة بها بحيث لا يقتصر وجودها في مكان تكوينها كما تتميز بانتشارها في الأماكن القريبة والبعيدة من النسيج المصاب وقد يرتد الورم بعد إستئصاله ومن خصائص الخلايا السرطانية أنها خلايا غير متميزة مختلفة في الشكل والنظام عن النسيج التي نشأت منه (عبد العزيز، 2010).

أما "Delehedde" (2006) فيعرفه على أنه "مجموعة الأمراض التي تتميز بالنمو الغير المنضبط للخلايا الخبيثة، وكان من المفروض أن تتخلص منها العضوية لكنها تفلت من النظام الاعتيادي وتتجمع وتتشكل أورام أولية على حساب الأنسجة الطبيعية، لتجتاح بعدها الأنسجة وتكون ما يعرف بالبور السرطانية، التي تنتقل بدورها إلى أعضاء الجسم الأخرى عن طريق الدم واللمف لتشكل مراكز نمو تدميرية جديدة في أجزاء الجسم بعيدة عن مركزها الأساسي، بواسطة الانبثاق Metastases بمعنى بانتقال الداء من مركزه الأساسي في الجسم إلى مراكز أخرى منه (محمود، 2009).

السرطان عند (Willis) كما جاء في (عبد المعطي، 2006): هي كتلة شاذة من النسيج حيث يكون نموها زائداً وغير متناسق مع النسيج الطبيعية وتستمر في الأسلوب المفروض نفسه من النمو بعد انقطاع المرض الذي أثار التغيير أي أن الكتلة الشاذة غير ذات هدف تغزو البدن وتأذيه مستقلة بشكل فعلي في نموها وتشارك مع النسيج الطبيعية في استهلاك الطاقة والمواد الغذائية حيث تنشط على حساب جسم المريض الذي يضعف ويهزل.

التأثيرات النفسية والاجتماعية للسرطان:

السرطان كغيره من الأمراض المزمنة، يجث العديد من الآثار والصعوبات والشعور بالتهديد لدى المرضى، وخاصة مع مرور الوقت يخلق السرطان أنواعا محددة من الضغوط لدى كل من المريض والأسرة، فالمرضى على سبيل المثال: تسيطر عليهم فكرة أن المرض قاتل مؤكد ومحتم، ويعاني بعضهم الألم الشديد والعجز وضعف الحال، وحتى بالنسبة للمرضى الذين خضعوا للعلاج، ووضعهم الصحي جيد، وسمح لهم الطبيب بالذهاب إلى العمل وممارسة الأنشطة المعتادة، فقد يعود التهديد ثانية بعد بضعة أشهر، وحين يعود المرض يعاني المريض من مشكلات نفسية متنوعة من أبرزها الشلل النفسي الهستيرى، الذي ينتج عن الخوف الشديد يشعر به المريض إضافة إلى ذلك فإن بعض المرضى يعانون صعوبات ومشكلات صحية شديدة ناتجة عن المعالجة، وتفوق في شدتها الصعوبات التي تنتج عن المرض نفسه، فالطريقة التي يتكيف بها مريض السرطان لها آثار وعواقب على تقدم المرض نفسه، من هنا فإن طريقة تكيف المريض ذات تأثير مباشر في تطور المرض وإنذار أو ما سيؤول إليه، فالمرضى الذي يعاني ضغوطا نفسية شديدة، ولم يتعامل جيدا أو بكفاءة مع الأزمة الصحية، فإنه يعمل على إضعاف جهاز المناعة أو المقاومة لدية، ويلاحظ أن بعض المرضى تسوء حالتهم بدرجة كبيرة خلال فترة وجيزة جدا (عبدالله، 2012).

ومع أن جميع مرضى السرطان يعانون من ضغوط شديدة، فإن أكثرهم قد يظهر مرونة ومهارة في التعامل مع المواقف، وحتى المرضى الذين دخلوا المستشفى، فقد تبين أن نصفه قد أظهروا صعوبات انفعالية منها: القلق، والاكتئاب، والمزاج السيء وأنهم إلى معالجة نفسية، قد تكون هذه المشكلات والصعوبات الانفعالية، على درجة عالية مع ذلك يجب أن نأخذ أمورا عدة بعين الاعتبار (عبد الله، 2012).

2.2.2 الآثار النفسية لمرض السرطان:

أن الحياة النفسية للمريض تتحطم بمجرد إبلاغ الطبيب المريض بكلمة السرطان، أو كلمة ورم، أو كلمة لوكيميا الدم، تصبح هذه الكلمات كبصومة في أعماق النفس، فالكلمة في حد ذاتها مسببة للعديد من الآثار النفسية، ثم الآلام والأوجاع العضوية هي أيضا تخلق آثار نفسية كبيرة.

لذلك نجد العديد من الباحثين يقرون بوجود تناظر نفسي لمرض السرطان، بمعنى أن هناك مجموعة من التناظرات التي تظهر على مستوى نفسي وجسدي نتيجة هذا المرض الخبيث، وعلى هذا الأساس ننتقل في تعريف بالآلام التي تظهر في مرض السرطان وصولا إلى الآثار النفسية والمخلفات، إن السيدات المصابات بمرض سرطان الثدي واللاتي كان لديهن استعداد للتنفيس عن عواطفهن ومشاعرهن الضاغطة كن أسرع للشفاء من اللواتي لا يوجد عندهن مثل هذا الميل أو الاستعداد، وهذه الرابطة بين أسلوب التعبير عن الشعور والتخفيف من مرض السرطان هو أمر مؤكد وبدرجة كبيرة، ولكن لا يعرف لأي الأسباب تعود، فأحد هذه الأسباب يعتقد أنه يرتبط بدرجة إفراز الهرمونات التي تساعد بدورها على نمو الأورام السرطانية، وهذه الزيادة في إفراز الهرمونات تعود إلى فعل النشاط السمبثاوي في حالات الكبت للعواطف والأمور الضاغطة وعدم الإفصاح عنها والتخلص منها (عدس وطوق، 2005).

إن العيش مع السرطان يتسبب في ظهور ضغوط لها تأثير نفسي شديد وتشمل: صورة الجسم، والمشاكل الجنسية، وصعوبات العلاقات الشخصية، والقلق، والخوف، والقلق المتعلق بالبقاء على قيد الحياة، والخوف من رجوع السرطان، وإن أغلب المصابين تظهر عليهم أعراض خفيفة أو متقلبة من القلق والكآبة، وتطور عند غيرهم لتصبح شديدة كالقلق المرضي والكآبة أو اضطرابات التوتر بعد الصدمة، وهذه الحالات تحتاج إلى علاج خاص (National Breast Cancer Centre, 2003).

أما بالنسبة لصورة الجسد Body Image فهي عبارة عن جزء من إدراك الذات وتعرف على أنها إدراك وتقييم وفكرة الشخص عن جسمه فيما يخص الشكل والحجم والتركيب ومدى ملاءمتها لمعيار المجتمع إن لسرطان الثدي وعلاجه تأثيراً على القابلية الجنسية للمرأة، وكذلك نظرتها إلى صورة جسمها، حيث كشف التقرير حول المشاكل النفسية للتوافق مع مرض سرطان الثدي، أن فقدان الثدي يعتبر صدمة قوية للمرأة لأنه يؤثر على أنوثتها وجنسها (Carver et al., 1998).

وبعد تشخيص مرض السرطان، يكون المرض في قلق مستمر بخصوص عودة المرض والخوف من الفحوصات الطبية وتستمر ربما لعدة سنوات، وبالرغم من أن القلق يعتبر كاستجابة طبيعية لحوادث الحياة الضاغطة إلا أن بعض حالات القلق يؤثر في العلاقات الاجتماعية أو المهنية والسلوك المتعلقة بالصحة، وإن المشاكل المصاحبة للقلق تتمثل في اليقظة الجسدية واضطراب النوم، وقلة التركيز، وضعف القدرة على اتخاذ القرار، والتهيج والغضب، وتجنب المواقف والحالات التي تسبب الألم والكره، وكثرة طلب الاطمئنان، وقد تؤثر هذه الاستجابات وبشدة على وظيفة الشخص وعائلته (Breitbart, 1995).

وأظهرت الدراسات على مرضى سرطان الثدي وعلى مرضى أنواع أخرى من السرطان، أن المرضى عند توجيههم لأخذ العلاج الكيميائي أو العلاج المركب (جراحي مع كيميائي)، أو العلاج الإشعاعي، يعانون من زيادة شدة الكآبة (Carver et al., 1998).

وتعتبر الكآبة العامل الأكثر خطورة بالنسبة لحالة الانتحار. حيث أظهرت الدراسات أن مرضى السرطان وجد لديهم نسبة انتحار أعلى من غيرهم من المرضى، وأن أغلب حالات الانتحار تحدث خلال السنة الأولى بعد التشخيص بالمرض (Allebeck & Bolund, 1991).

وأضاف (Cleeland et al., 2000) أن مصادر الضغوط الجسمية لدى مرضى السرطان تتمثل في الألم، وفقدان الشهية، والتعب، والغثيان، واضطرابات الأمعاء، والتقيؤ.

إذا فإن العلاقة بين العوامل النفسية والأمراض الجسمية علاقة متبادلة، حيث أن للعوامل النفسية دورا مهما في نشأت العديد من الأمراض الجسمية وتطورها، كما أن للأمراض الجسمية تأثيرا نفسيا على الأفراد إن التأثير النفسي الجسدي للأمراض يؤدي بشكل مباشر إلى تغييرات في الشخصية. كما أن الأمراض المزمنة تعد من العوامل الضاغطة التي تؤثر في الوظائف الانفعالية للمرضى، لأنها تغير في أسلوب حياتهم وتفاعلهم مع البيئة والأحداث. واعتماداً على ذلك فإن الدراسات التي اهتمت بعلاقة الأمراض المزمنة بالعوامل النفسية أو السمات الشخصية اتبعت أسلوبين لتعرف هذه العلاقة، الاتجاه الأول اهتم بدراسة العوامل النفسية والسمات الشخصية التي تصاحب الإصابة بالأمراض المزمنة أو تنتج عنها. كما أن المرض البدني يؤدي إلى مجموعة من السمات الشخصية التي تميز الفرد المصاب بهذا المرض. أما الاتجاه الثاني فيفترض أن العوامل النفسية وبعض سمات الشخصية تؤدي إلى تطور المرض وظهوره، ومن هذا المنطلق اهتمت الدراسة الحالية بتعرف بعض العوامل النفسية أو السمات الشخصية المصاحبة لظهور مرض السرطان (حسن، 2006).

3.2 الضغوط النفسية:

يواجه الإنسان في حياته كثيرا من المواقف التي تتضمن خبرات غير مرغوب فيها أو مهددة له، بحيث تتعرض رفاهيته وتكامله للخطر نتيجة لذلك، ولعل أكثر هذه المواقف الأمراض المزمنة منها مرض السرطان الذي يعتبر أحد الأحداث الحياتية الضاغطة، والذي له علاقة بالإصابة بالاضطرابات النفسية والجسمية، كما أن الضغط الناتج عن المرض وعلاجه ربما يزداد مع عوامل ضاغطة أخرى كالعائلة، العمل، الظروف المادية، بالإضافة إلى الضغوط اليومية الموجودة قبل تشخيص المرض للمصاب بالسرطان (ثابت، 2008).

وقد أثبتت الكثير من الدراسات في هذا الميدان وجود العديد من التغيرات الفسيولوجية والنفسية عند توجه المرضى لأخذ العلاج الكيميائي أو العلاج المركب (العلاج الجراحي والكيميائي)، أو العلاج

الإشعاعي، وتتمثل أعراضه في: فقدان الشهية، الأرق، التعب، فقدان الوزن، فقدان الرغبة الجنسية، الخمول، وتتعلق هذه الأعراض في حالة السرطان بمراحل المرض أو الآثار الجانبية للعلاج، وبفضل تقييم حالة الاكتئاب الشديد عند المرضى حسب شدة المزاج الكئيب، فقدان المتعة بالحياة، درجة الإحساس بالتشاؤم، الشعور بالذنب وعدم القيمة، وجود الأفكار الانتحارية، والخوف الشديد المصاحب للإنسحاب أو الإنعزال الاجتماعي (ثابت، 2008).

وتشير بعض الإحصائيات الطبية إلى أن نسبة تتراوح بين (40-60%) من حالات الإعياء والتعب النفسي عند مرضى السرطان لا تتم عن حالات جسدية حيوية، إنما نابعة عن حالات وظروف نفسية، وقد أشارت دراسة إلى أن نسبة كبيرة من المرضى يعانون من التعب والإعياء النفسي (Fatigue) وبخاصة عقب الانتهاء من تلقي المعالجات المختلفة الكيماوية أو الإشعاعية لهذا المرض، حيث يعد الإعياء عرضاً معقداً ومتعدد الجوانب والعوامل والمسببات، إضافة إلى تعدد أعراضه وتفاوت مظاهره الجسدية والحيوية والنفسية والعاطفية والسلوكية (بركات، 2006).

كما أن المرضى الذين يعانون من تكرار ظهور المرض تبدو عليهم أعراض ضغوط ما بعد الصدمة، أما الذين تلقوا العلاج الكيميائي فكانوا أكثر عرضه لخطر الإصابة بالاكتئاب والقلق من غيرهم. وهذا الخطر لا يؤثر سلباً فقط على نوعية الحياة، ولكن أيضاً على مدى الامتثال للعلاج وفرص البقاء (Sharma & Zhang, 2015).

فقد تكون المعاناة النفسية كرد فعل على التشخيص بالسرطان لدى بعض المرضى، ولكن الكثير منهم تستمر معهم مسببة عبئاً إضافياً أثناء العلاج، مما يؤدي إلى صعوبة أكبر في الإرادة والسيطرة على الأعراض وازدياد طول الإقامة بالمستشفى (Hong & Tian, 2014).

ووجد (Schreier & Williams, 2004) أن انتشار الاكتئاب بين مرضى سرطان الثدي وصل إلى ما يقرب 50% في السنة الأولى، وانخفض إلى 15% في السنة الخامسة بعد التشخيص وهذه النتيجة تشير إلى أن الدعم النفسي لمرضى السرطان ضروري، خاصة في السنة الأولى بعد التشخيص. وتشير الدراسات إلى أهمية العناية والرعاية التي تبذل من قبل الأهل والأصدقاء والأقارب، حيث تزيد من تقدمهم العلاجي وتعديل اتجاهاتهم الإيجابية نحو المرض والاستجابة له بفاعلية (بركات، 2006). ومن الأمور الأساسية في علم النفس الصحة "Health Psychology" ذلك الفرض الذي ينص على أن "الدعم من الآخرين الموثوق فيهم لها أهمية رئيسية في مواجهة أحداث الحياة الهامة، وأن الدعم الاجتماعي يمكن أن تخفف أو تستبعد عواقب هذه الأحداث على الصحة"، فيذهب (Cutrona & Russell, 1990) إلى أن الدعم الاجتماعي وإتاحة علاقات اجتماعية مُرضية - تتميز بالحب، الود، الثقة - تعمل كحواجز أو مصدات ضد التأثير السلبي لضغوط الحياة على الصحة الجسمية والنفسية (فايد، 2005).

ويرى (Johnson & Casper, 1979) كما ورد في (ثابت، 2008) أن الضغط النفسي الذي يعاني منه مرضى السرطان يؤدي إلى تحديد النشاطات الاجتماعية، حيث إن السند والدعم الاجتماعي يعتبر عاملاً مهماً في توافق المريض مع السرطان، فأغلب مرضى السرطان يواجهون الكثير من التحديات في النشاطات الاجتماعية كنتيجة للمرض، وقد ظهر أن الإجهاد النفسي وقلة الدعم الاجتماعي يؤثران وبشكل مباشر في مستوى الكآبة لدى المرضى.

ومع تعدد مظاهر الضغط النفسي التي تواجه مرضى السرطان، يحتاج المريض إلى تبني واستخدام استراتيجيات للمواجهة، والتي لها دور فعال في إعانة المرضى على التوافق مع معاناتهم والتي عجزت أمامها التدخلات الطبية، كما أن وجود كل من استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل والمتمركزة

حول الانفعال والدعم الاجتماعية قد تخفف من الآثار السلبية للمرض، ويساعد ذلك على التوافق والتعايش معه (شويخ، 2007).

1.3.2 مفهوم الضغوط النفسية:

شاع استخدام هذا المفهوم في علم النفس والطب النفسي، حيث تم استعارته من الدراسات الهندسية والفيزيائية، حينما كان يشير إلى الإجهاد (Strain)، والضغط (Press)، والعبء (Load)، واستعار علم النفس هذا المفهوم في بداية القرن العشرين عندما انفصل عن الفلسفة وأثبت استقلاليته كعلم له منهج خاص به، وأيضاً جرى استخدامه في الصحة النفسية والطب النفسي على يد (هانز سيلاي) الطبيب الكندي في العام (1956) عندما درس أثر التغييرات الجسدية والانفعالية غير السارة الناتجة عن الضغط والإحباط والإجهاد (الإمارة، 2006). وفي مجال علم النفس تعددت الآراء حول تعريفه، ولهذا فإن اتجاهات العلماء في دراسة الضغوط انقسمت إلى ثلاثة اتجاهات وهي:

- الاتجاه الأول:

ينظر أصحاب هذا الاتجاه إلى الضغوط كمثير، وعلى هذا يكون الضغط هو أي حدث يدركه الفرد على أنه يمثل تهديداً له، ولهذا فهم ينظرون للضغط على أنه متغير مستقل، وأن المثيرات قد تكون داخلية تنشأ من داخل الفرد مثل الصراعات وقد تنشأ من الأحداث الخارجية الموجودة في البيئة المحيطة بالفرد، مثل وفاة شخص عزيز والبطالة والكوارث الطبيعية والحروب وغيرها (حسين وحسين، 2006).

ولقد وجد العلماء أن مصادر الضغط ليست كلها ضارة أو ذات تأثير سلبي، فالضغط عند الفرماوي (1993) هو العنصر المجدد للطاقة التكيفية لكل من العقل والجسم، فإذا كانت هذه الطاقة يمكنها احتواء المتطلبات والاستمتاع بالاستتارة المتضمنة فيها، فإن الضغط يكون مقبولاً ومفيداً، أما إذا كانت لا تستطيع فإن الضغط لا يكون مقبولاً وغير مفيد (عبد المنعم، 2006).

ولذلك قام العلماء بتمييز نوعين من مصادر الضغط: (شويخ، 2007).

– مصادر الضغط السارة: وتعد ضغطاً صحياً، والتي تؤدي إلى تحسن في جودة الحياة مثل أعباء منصب جديد أو الترقية لدرجة أعلى.

– مصادر الضغط المكدر أو غير السارة: ويكون لها تأثير سلبي يفوق قدرة الفرد على التوافق، وتؤدي إلى تغيرات جسمية ومزاجية، ولذا يطلق عليها المشقة المحدثة للمرض، مثل وفاة شخص عزيز، أو الإصابة بمرض مزمن، أو التقاعد... الخ.

وهناك ثمانية أنماط مختلفة للضغوط المهددة للفرد وحسب تحليل لازاروس وزملاؤه (1985) Lazarus عند تحليلهم لمقاييس الضغوط والمشقة، فإن هذه الأنماط الخاصة بالضغوط تسبب أضراراً جسمية ونفسية متعددة وحسب تفسير الفرد لهذه المصادر

1. المصادر المنزلية: وتشمل إعداد وجبات والتسوق، وصيانة المنزل وترتيبه.
2. المصادر الصحية: وتشمل الأمراض الجسمية والعلاج الطبي، والأعراض الجانبية له.
3. مصادر ضغط الوقت: وتعكس مسؤوليات الفرد المتعددة في ظل عدم توفر الوقت الكافي.
4. المصادر الداخلية: وتشمل النواحي النفسية للفرد مثل الشعور بالقلق والوحدة النفسية، والخوف، وغيرها من الاستجابات النفسية.
5. المصادر المالية: وتعكس المسؤوليات والاهتمامات المالية مثل الراتب، وأعباء الدين، وزيادة المصروفات عن الواردات.
6. المصادر البيئية: مثل الاحتكاك بالجيران، والتعرض للجريمة، وضوضاء المرور، وغيرها.
7. المصادر الوظيفية: وتعكس كل مصادر الضغط المرتبطة بالعمل، مثل عدم الرضا الوظيفي، وعدم تقبل المهنة، والصراعات مع الزملاء.
8. المصادر المستقبلية: وتشمل الضرائب المتوقعة والتقاعد المبكر.

- الاتجاه الثاني:

ينظر علماء هذا الاتجاه إلى الضغوط على أنها استجابة لأحداث مهددة تأتي من البيئة، ولهذا فهي تمثل ردود الفعل التي تصدر عن الفرد إزاء الحدث، وبالتالي يتناول هذا الاتجاه الضغط على أنه متغير تابع، بمعنى أن الضغوط هي استجابة للحدث، وهذه الاستجابة قد تعمل مرة أخرى كمثير يؤدي إلى ظهور المزيد من الاستجابات، وهذه الاستجابات متعددة الأوجه حيث تتضمن تغيرات في الوظائف المعرفية والانفعالية والفسولوجية للجسم، وفي ضوء ذلك فإن هذا الاتجاه يركز على الحالة الداخلية للكائن العضوي، ومن الذين عرفوا الضغط كاستجابة العالم الفسيولوجي هانز سيلاي، فقد أشار إلى أن كثيراً من العوامل البيئية يحول الجسم عن حالة التوازن مما يحتاج إلى ردود فعل جسدية لاستعادة التوازن، وهذه العوامل تسمى الضواغط Stressors أو مثيرات الضغط، وتتضمن أي شيء يتطلب من الجسم أن يعبئ استجاباته، فالجسم يستجيب للضغوط بجهاز منظم من التغيرات الجسمية والكيميائية التي تعد الفرد للمواجهة، وأن الاستجابة تتكون من تلك المجموعة من ردود الفعل التي أطلق عليها أعراض التكيف العام، حيث يقابل الجسم عن طريقها الاعتراض أو التحدي البيئي ليتكيف مع الضغوط التي يواجهها، وتسير أعراض التكيف العام في ثلاث مراحل (الحسين والحسين، 2006)،

ويوضح الأمانة (2006) هذه المراحل التي يمر بها الإنسان عند تعرضه للضغوط وهي:

المرحلة الأولى: رد فعل للأخطار، حيث يقوم الجهاز العصبي السمبثاوي والغدد الأدرينالينية بتعبئة أجهزة الدفاع في الجسم، إذ يزداد إنتاج الطاقة إلى أقصاه لمواجهة الحالة الطارئة ومقاومة الضغوط وإذا استمر الضغط والتوتر انتقل الجسم إلى المرحلة الثانية.

المرحلة الثانية: مرحلة المقاومة، عندما يتعرض الكائن للضغوط يبدأ بالمقاومة وجسمه يكون في حالة تيقظ تام، وهنا يقلل أداء الأجهزة المسؤولة عن النمو، وعند الوقاية من العدوى تحت هذه

الظروف، وبالتالي سيكون الجسم في حالة إعياء وضعف ليتعرض لضغوط من نوع آخر هي الأمراض، وإذا ما استمرت الضغوط الأولى وظهرت ضغوط أخرى (الأمراض) انتقل إلى المرحلة الثالثة.

المرحلة الثالثة: مرحلة الإعياء، لا يمكن لجسم الإنسان الاستمرار بالمقاومة إلى ما لا نهاية، إذ تبدأ علامات الإعياء بالظهور تدريجياً وبعد أن يقل إنتاج الطاقة في الجهاز العصبي السمبثاوي يتولى الجهاز العصبي الباراسمبثاوي الأمور فتتباطأ أنشطة الجسم وقد تتوقف تماماً. وإذا ما استمرت الضغوط يصبح من الصعوبة التكيف لها لتؤدي إلى اضطرابات نفسية مثل الاكتئاب أو أمراض جسدية تصل حد الموت، (الإمارة، 2006).

ويذكر زهران أن الاستجابات العضوية للضغوط النفسية مثل التنبهات الهرمونية وإفرازات بعض الغدد وفعاليات الجهاز السمبثاوي المسؤول عن أمن الجسم تلقائياً من حيث السيطرة على جميع أجهزته الحيوية اللاإرادية مثل الجهاز الدوراني والتنفسي والجهاز الغددي والجلد الذي يعمل وقت تعرض الجسم للخطر (ضغط خارجي أو داخلي)، وهو يعلن ما يشبه حالة الطوارئ وذلك بتجهيز طاقاته ووضعها في أعلى درجات الاستعداد وكذلك الجهاز الباراسمبثاوي بإبطاء أو كف عمل بعض أجهزة الجسم (الإمارة، 2006).

الاتجاه الثالث:

يرى كابلان وآخرون، أن الضغوط النفسية هي عبارة عن الاتجاه الجامع للمدخلين السابقين، بالإضافة إلى تأكيده على علاقة الفرد بالبيئة، ومن ثم فهو يصف الضغط بأنه "عملية تفاعلية ودينامية مستمرة بين مثيرات الضغط (المشقة) الموجودة في البيئة من ناحية وبين الفرد من ناحية أخرى". وقدّم هذا الاتجاه كل من "لازاروسوفولكمان" (1984). فَعَرَّفَا الضغط بأنه العلاقة الخاصة بين الفرد والبيئة، والتي يُقيّمها الفرد على أنها مهددة لذاته ومتجاوزة لمصادره وإمكاناته (شويخ، 2007).

4.2 الضغوط النفسية والأورام السرطانية:

من خلال تتبع الباحثين لموضوع العلاقة بين العوامل النفسية والأورام السرطانية وجدا بعض الاختلافات في وجهات نظر الباحثين في هذا المجال وهو ما يتمثل في اتجاهين: الأول يعتقد أن العوامل النفسية لها دور كبير في نمو الأورام السرطانية في حين أن الاتجاه الآخر ينفي ذلك. ولكن هناك دراسات حديثة تؤكد دور العوامل النفسية في نمو الأورام السرطانية. ويعتبر العالم سيمونز أول من أشار إلى العلاقة بين العوامل النفسية ومرض السرطان ولخص هذه العلاقة في الآتي:

1- يمكن أن تعجل الصدمات النفسية بظهور السرطان دون أن تكون هي السبب الأول في المرض.

2- إن اضطراب الوظائف الغددية الهرمونية تثيرها الضغوط الانفعالية، وخاصة تلك الضغوط المتعلقة بمشكلات الطفولة.

3- إن علاج السرطان يجب أن يجمع بين الجراحة وعلاج الغدد، بالإضافة إلى العلاج النفسي، والتوجيه، والإرشاد، والخدمة الاجتماعية" (الزرد، 2000).

ويرى بارنارد أن " هناك أثرا للعوامل النفسية، وحالات القلق، واليأس، والخوف، والتوتر، وهذه العوامل التي قد تكون نتاجا لأوضاع اجتماعية واقتصادية تزيد من أعباء الإنسان ومشكلاته، مما يترك أثره الواضح في عضوية الإنسان بما فيها من اضطرابات عصبية وهرمونية تعتبر من أكبر العوامل لمساعدة على حدوث السرطان ونموه أو تطوره، مما لا شك فيه أن مثل هذه العوامل النفسية تنشط التربة السرطانية وتحثها على النمو والانتشار (الزرد، 2000).

ومن وجهة نظر التحليل النفسي أن مريض السرطان لا يعاني من صراعات نفسية بقدر ما يعاني من استنفاد مصادر الطاقة النفسية لديه. كما أن القابلية للإحياء تلعب دورا في حدوث المرض.

وتتضمن ضغوط الحياة نوعين من الضغوط هما:

• الضغوط الخارجية (عوامل الضغط) External Life Stress.

وينظر إلى الضغوط الخارجية على أنها نتاج للتفاعلات السلبية بين الإنسان وبيئته، حيث تتخذ أشكالاً متعددة يصعب حصرها منها المرض، أو فقدان أحد الوالدين أو غيرها من المشكلات التي تصل إلى درجة الصدمة، أو مشكلات التحول الحياتية مثل الانتقال إلى منزل جديد أو تغيير العمل.

• الضغوط الداخلية Enternal Life Stress.

ولهذا النوع عدد من الأشكال مثل الأمراض الجسمية، كما سنناقش في بحثنا هذا سرطان الثدي للمرأة.

والجدير بالذكر أن ضغوط الحياة الداخلية والخارجية في حالة من التداخل حسب المنظور النفسي الأيكولوجي، فضغوط الحياة الخارجية هي بدورها تؤدي إلى ضغوط الحياة الداخلية، والتي بدورها تزيد من حجم الضغوط الخارجية وهكذا، والضغوط الداخلية تؤدي إلى الضغوط الخارجية، وتزيد من حجم الضغوط الداخلية وهكذا، وهذه العملية مستمرة تسير في حلقة دائرية مفرغة لا يمكن كسرها إلا من خلال التعامل المتوازن مع كلا النوعين من الضغوط (سليمان وعبد المجيد، 2005). وقد أطلق (سيلي) على الأعراض التي تظهر على الأجهزة العضوية، أثناء ذلك إسم: "متلازمة التكيف العام" General Adaptation Syndrome، هذه المتلازمة تحدث من خلال ثلاث مراحل وهي:

1- المرحلة الأولى وتسمى استجابة الإنذار أو (الفرع) Alarm Respon: وفي هذه المرحلة يستدعي الجسم كل قواه الدفاعية لمواجهة الخطر الذي يتعرض له، فتحدث نتيجة للتعرض المفاجئ لمنبهات لم تكن مهيباً لها مجموعة من التغيرات العضوية والكيميائية فتتغير نسبة

السكر في الدم، ويتسارع النبض، ويرتفع الضغط الشرياني، فيكون الجسم في حالة استنفار وتأهب كاملين من أجل الدفاع والتكيف مع العامل المهدد.

2- المرحلة الثانية- وتسمى مرحلة المقاومة Resistance Stage: بحيث إذا استمر الموقف الضاغط، فإن مرحلة الإنذار تتبعها مرحلة أخرى، وهي مرحلة المقاومة لهذا الموقف، وتشمل هذه المرحلة الأعراض الجسمية التي يحدثها التعرض المستمر للمنبهات والمواقف الضاغطة التي يكون الكائن الحي قد اكتسب القدرة على التكيف معها

3- المرحلة الثالثة- تسمى مرحلة الإعياء أو الإجهاد Exhaustion Stage إذا طال تعرض المرأة للضغوط لمدة طويلة فإنها ستصل إلى نقطة تعجز فيها عن الاستمرار في المقاومة، وتدخل في مرحلة الإنهاك أو الإعياء وتصبح عاجزة عن التكيف بشكل كامل. وفي هذه المرحلة تنهار الدفاعات الهرمونية، وتضطرب الغدد وتنقص مقاومة الجسم، وتصاب الكثير من الأجهزة بالعطب وتسير المريضة نحو الموت بخطى سريعة. وهذا كثيرا ما يحدث بعد إصابة المرأة بسرطان الثدي وفقدانها للرغبة في المقاومة والاستمرار بسبب حالات الإحباط التي تعانيها، مما يجعلها تتدهور بسرعة.

5.2 استراتيجيات عامة للمرأة لمواجهة الضغوط الحياتية:

إن طرق مواجهة الضغوط الحياتية تخص نوعا من ضغوط الحياة الناتجة عن تراكم مسؤوليات المرأة، ربة البيت التي تمارس مهامها اليومية والروتينية للحفاظ على كيان الأسرة وتربية الأولاد وتعليمهم وتغذيتهم، بالإضافة إلى مهام أخرى خارج المنزل للمرأة العاملة، ولكن ممارسة المرأة للطرق التالية ستزيد من إرادتها، وتدعم قوتها الذاتية لمواجهة حالات الملل والشعور بالرتابة، ولهذا يجب على المرأة أن تكون صاحبة إرادة لمواجهة ما يعترضها من ضغوط الحياة المختلفة باستخدام الطرق التالية:

1- التأمل: والمقصود تحقيق حالة من الهدوء والراحة الجسمية، وتوفير الفرصة للمرأة لتوقف أنشطتها اليومية، وتمارس درجة عالية من الانتباه والوعي لمشاعرها ووجدانها، مما يؤدي إلى إعداد الذهن وتدريبه على تحمل ضغوط العمل.

2- الاسترخاء: جلوس المرأة مستريحة وهادئة لبعض الوقت يؤدي إلى نفس النتائج التي تؤدي إليها طريقة التأمل، فاسترخاء العقل لا يتحقق إلا باسترخاء الجسم بأكمله (المشعان، 2000). وتقوم المرأة بالاسترخاء من خلال قيامها بأخذ غفوة سريعة: أخذ غفوة سريعة في حدود عشر دقائق لاستعادة النشاط من 6-10 مرات في اليوم، كل مرة حوالي عشر دقائق. تخيلي مناظر جميلة: عند الشعور بالضغوط الحياتية أو التوتر أغلقي عينيك وتخيلي كأنك موجودة في أحد الأماكن المحببة لنفسك. القيام بتمارين التنفس: إن تمارين التنفس متعددة مثل التنفس العميق أو التنفس السطحي أو التنفس البطيء.

تدليك الجبهة: غلق العينين وتدليك الجبهة وخلف الرقبة بحركات دائرية من أطراف الأصابع يساعد على إرخاء العضلات المشدودة.

ممارسة الهوايات: تساعد النفس على الاستماع بالعمل (عسكر، 2003).

3- التركيز: إن قيام المرأة بالتركيز في أداء نشاط ذي معنى و أهمية بالنسبة لها ولمدة معينة يساعد على صرف تفكير المرأة عن الأفكار السلبية التي تشكل مصادر للضغوط عليها، وهذا يساعدها على إنجاز عملها بشكل مبتكر مما يساعدها على الشعور بتحقيق الذات والسعادة.

4- التمرينات الرياضية: الكفاءة البدنية للجسد تكسب المرأة دورا في مواجهة الضغوط البدنية الناتجة عن أدوار الحياة اليومية والإرهاق والعمل، وممارسة التمارين الرياضية ترفع فعالية الأعضاء مما يؤدي إلى مقاومة الجسم للإجهاد.

5- تحديد الأهداف: على المرأه أن تحدد أهدافها التي تسعى لها بوضوح، وأن تكون تلك الأهداف واقعية قابلة للتنفيذ بالإضافة إلى التخطيط المسبق لها.

6- المساندة الاجتماعية: قيام المرأه ببناء علاقات جيدة وصادقة مع الآخرين، وتسعى لمساندتهم كلما مرت بخبرة الضغط في الحياة تتجه لهؤلاء الأفراد الذين تثق بهم ليشاركوها همومها (المشعان، 2000).

6.2 العلاقة بين الضغوط النفسية والقلق ومرض سرطان الثدي:

تعتبر الضواغط النفسية من أسباب سوء التوافق ويمكن أن تتخذ هذه الضواغط أشكال شتى على مستوى الجماعات أو على المستوى الفردي (كما في حالة الإصابة بمرض)، والمفتاح الرئيسي لفهم الاستجابات للضغوط لا يعتمد على طبيعة الضواغط ومصادرها وإنما يتوقف على الكيفية التي بها يستجيب الفرد إلى تلك الضغوط، فبعض الناس ينهارون، بينما نرى غيرهم يجتهد للتعامل مع الظرف الطارئ الضاغط، وهذا يعتمد على أن لكل شخص نقطة انهيار نفسي وهي تختلف من شخص إلى آخر، وحسب طبيعة الضغوط ومصادرها، وبنية شخصية الفرد، ومزاجه وعمره وجنسه وصحته النفسية (بترس، 2008).

إن التأثير النفسي للسرطان يكون واضحا من خلال التوتر النفسي والذي يستمر لمدة طويلة عند المرضى وبنسبة تتراوح بين (20-66%)، (Zabora et al., 2001: 19-28). إن الكثير من المصابات بسرطان الثدي يعتقدن أنه ليس من السهولة الرجوع إلى حالة خلوهن من الضغط النفسي مع استمرار المعاناة الصحية (Brennan, 2001).

إن النقص في تقدير وجود الضغوط النفسية عند مرضى الأورام، أو النقص في اكتشاف الاضطرابات النفسية قد يكون دليلا على تردد المرضى في الكشف عن مخاوفهم أو فشل فريق المعالجين في الاستجابة للتلميحات اللفظية وغير اللفظية ولسوء الحظ فإنه حتى عند التعرف إلى هذه الضغوط

النفسية فأنها تظل بلا علاج في الغالب، أن المعالجين يميلون إلى اعتبار تلك الحالات بمثابة استجابات غير مفهومة وبذلك يفشلون في التفكير فيما إذا كانت المساعدة النفسية ممكنة أو لازمة (بطرس، 2008).

إن الفهم الشامل لردود الفعل النفسية الصحية للمصابات تجاه سرطان الثدي هو أمر ضروري لتحديد معايير الرعاية وموجهات العلاج للنساء المصابات بسرطان الثدي الصحيات نفسياً واللواتي يعانين من اضطرابات نفسية والتي قد تؤخر وتعقد العلاج بشكل كبير (Payne et al., 1996).

أن السيدات المصابات بمرض سرطان الثدي واللاتي كان لديهن استعداد للتنفيس عن عواطفهن ومشاعرهن الضاغطة كن أسرع للشفاء من اللواتي لا يوجد عندهن مثل هذا الميل أو الاستعداد، وهذه الرابطة بين أسلوب التعبير عن الشعور والتخفيف من مرض السرطان هو أمر مؤكد وبدرجة كبيرة، ولكن لا يعرف لأي الأسباب تعود، فأحد هذه الأسباب يعتقد أنه يرتبط بدرجة إفراز الهرمونات التي تساعد بدورها على نمو الأورام السرطانية، وهذه الزيادة في إفراز الهرمونات تعود إلى فعل النشاط السمبثاوي في حالات الكبت للعواطف والأمور الضاغطة وعدم الإفصاح عنها والتخلص منها (عدس وطوق، 2005).

إن العيش مع السرطان يتسبب في ظهور ضغوط لها تأثير نفسي شديد وتشمل: صورة الجسم، والمشاكل الجنسية، وصعوبات العلاقات الشخصية، والقلق، والخوف، والقلق المتعلق بالبقاء على قيد الحياة، والخوف من رجوع السرطان، وإن أغلب المصابين بالسرطان تظهر عليهم أعراض خفيفة أو متقلبة من القلق والكآبة، وتتطور عند غيرهم لتصبح شديدة كالقلق المرضي والكآبة أو اضطرابات التوتر بعد الصدمة، وهذه الحالات تحتاج إلى علاج خاص (National Breast Cancer Centre, 2003).

7.2 مفهوم الدعم الاجتماعية:

يعرفها (Johnson & Sarason) "اعتماد الفرد أن الآخرين يحبونه ويرغبونه ويعتبرونه ذو قيمة".
(الصبان، 2003)

ويرى ليبرمان "أن الدعم الاجتماعية مفهوم أضيّق بكثير من مفهوم شبكة العلاقات الاجتماعية، حيث تعتمد الدعم الاجتماعية في تقديرها على إدراك الأفراد لشبكاتهم الاجتماعية باعتبارها الأطر التي تشتمل على أولئك الأشخاص الذين يتقنون فيهم ويستندون على علاقاتهم بهم" (العتيبي، 2008).

ويعرفها المغيصيب بأنها كل دعم من الآخرين (أقارب، أصدقاء، جهات مجتمعية ..الخ) وقد يكون هذا الدعم على شكل مساندة انفعالية (رعاية، ثقة، تجارب، تقدير، احترام....الخ) وقد تكون مساعدة بالمعلومات (استشارات أو مهارات تعين على مواجهة مشاكل الحياة اليومية) وقد تتم الدعم من خلال التدعيم الأدائي (المساعدة في العمل أو المساعدة المادية) (العتيبي، 2008).

ويعرف (Gentry & Goodwin) الدعم الاجتماعية بأنها "شبكة من العلاقات التي تقدم مساندة مستمرة للفرد بصرف النظر عن الضغوط النفسية الموجودة في حياته، وهي إما أن تكون موجودة أثناء حدوث الضغوط النفسي أو أن يكون لدى الفرد إدراك بأنها ستنشط حالة وجود الضغوط" (الصبان، 2003)

فالتأثير الإيجابي للمساندة الاجتماعية لا يرتبط بكم الدعم الاجتماعية وإنما بمدى رضا الشخص عن تلك الدعم المقدمة له، أي بمدى إدراكه لعمق علاقاته بالآخرين وكفاية ما يقدمونه له من دعم ومساندة (العتيبي، 2008).

أي أن مفهوم الدعم الاجتماعية يشتمل على مكونين رئيسيين هما:

1- أن يدرك الفرد أن لديه عدد كاف من الأشخاص في حياته يمكنه أن يرجع اليهم عند الحاجة.

2- أن يكون لدى الفرد درجة من الرضا عن هذه الدعم المتاحة له (الصبان، 2003)

ويؤكد ساراسون وآخرون على "أن الدعم الاجتماعي تلعب دورا بارزا في تخفيف الإصابة بالاضطرابات النفسية، وتساعد على تعميق التوافق النفسي والاجتماعي للفرد، وتقي الفرد من الآثار السلبية التي يتعرض لها في مواجهته لإحداث الحياة الضاغطة" (العتيبي، 2008). إلى أهمية الدعم الاجتماعي لقيامها بمهمة تعميق الفرد واحترامه Braham ويشير لذاته وتشجيعه على مقاومة أحداث الحياة الضاغطة التي يواجهها في حياته اليومية" (العتيبي، 2008).

1.7.2 أشكال الدعم الاجتماعية:

يقسم الدعم الاجتماعي إلى أربع فئات حسب الوظيفة التي تؤديها (Rachel, 2007):

1- الدعم العاطفية Emotional support:

يمكن وصفها بأنها السلوك الذي يؤكد للفرد بأنه محبوب ومقدر كإنسان بغض النظر عن أخطائه أو انجازاته، ويمكن تعريفها أيضا بأنها الشعور بالتعاطف والتعبير عن الاهتمام والحب والقبول وابداء فهما خاصا، وتبدو أهمية الدعم العاطفيه في أنها تزيد من تقدير الفرد لذاته، وتقليل حدة الاكتئاب والقلق، وزيادة الدافعية للتعايش مع الضغوط.

2- الدعم المعلوماتية Informational support:

وتشمل المساعدة على الفهم والتعايش مع الظروف المتنوعة، وتأخذ شكل النصيحة أو التوجيه أو المساعدة في حل المشكلات، وفائدة الدعم المعلوماتية هي أنها تساعد الفرد على الحصول على الخدمات اللازمة وذلك عن طريق زيادة كم المعلومات النافعه للفرد.

3- الرفقة الاجتماعية Social companionship:

هي الوقت الذي يقضيه الفرد مع الآخرين في بيئة ترفيهية وفرص للمعايشة وللانتماء مما يشكل هذا النوع من المساعدة الاجتماعية، وفائدة هذا النوع أنه ينتج تأثيرات ايجابية ويسمح بتحرر الفرد من التفكير في المتطلبات الحياتية وبصرف انتباهه عن التأمل كثيرا في مشكلاته.

4- الدعم الأداةية Instrumental support:

تتطوي على المساعدة في العمل والمال (الصبان، 2003)، وفائدة الدعم الأداةية تظهر في حل مشكلات عملية وتسمح بزيادة الوقت المتاح للراحة والأسترخاء.

5- وتصنيف (Karen) شكل آخر هو الدعم التقويمية:

وهي التي تتطوي على التغذية الراجعة المتعلقة بآراء الفرد أو سلوكه (الصبان، 2003).

وهنا نجد أن الدعم الاجتماعي يتنوع طبقا للحدث الضاغط والمدة منذ وقوع هذا الحدث فمثلا الشخص العاطل نجد أن احتياجه الأكبر والأهم هو الدعم المعلوماتية والأداةية، كما أن الشخص الذي رحل عنه زوجه ربما يحتاج إلى مساندة عاطفية وإذا كانت أرملة تصبح لاحقا بحاجة إلى مساندة معلوماتية وادائية للمساعدة في إعادة بناء حياتها (Rachel, 2007).

2.7.2 تعريفات الدعم الاجتماعي:

وعلى الرغم من تعدد المفاهيم الخاصة بالدعم الاجتماعي إلا أن معظم المقاييس المرتبطة به تشير إلى تقديم المساعدات المادية أو المعنوية للفرد والتي تشمل كل أشكال التشجيع أو التوجيه أو المشورة، وقد قدم المنظرون والباحثون تعريفا لمصطلح الدعم الاجتماعي تنوعت هذه التعريفات وتباينت من حيث النوعية والعمومية (العتيبي، 2008).

- تعريف (Lepore): "الدعم الاجتماعي هو الإمكانيات الفعلية أو المدركة للمصادر المتاحة في البيئة الاجتماعية للفرد التي يمكن استخدامها للمساعدة وخاصة شبكة علاقاته الاجتماعية التي تضم كل الأشخاص الذين لهم اتصال اجتماعي منتظم بشكل أو بآخر مع الفرد، وتضم شبكة العلاقات الاجتماعية -في الغالب- الأسرة والأصدقاء وزملاء العمل، وليست كل شبكات العلاقات الاجتماعية دعما، بل منها يميل إلى مساندة صحة ورفاهية متلقي الدعم" (حسين وحسين، 2001).

- تعريف (Leavy, Ganellent & Blany): "الدعم الاجتماعي هو إمكانية وجود أشخاص مقربين للأسرة والأصدقاء (الزوجة-الحيران) يحبون الفرد ويهتمون به ويقفون بجانبه عند الحاجة" (دسوقي، 1996).

الدعم الاجتماعي اصطلاحاً:

يعتبر الدعم الاجتماعي من المتغيرات التي يختلف الباحثون حول تعريفه وفقاً لتواجهاتهم النظرية، فمن منظور سوسيولوجي ينظر إلى الدعم الاجتماعي في ضوء عدد وقوة اتصالات الفرد بالآخرين في بيئته الاجتماعية، بمعنى درجة التكامل الاجتماعي للفرد، أو حجم وتركيب الشبكة الاجتماعية للفرد، وهذا التكامل الاجتماعي قد يرفع من مستوى الصحة (Bunk & Hoorens, 1992).

وإذا كان مصطلح شبكة العلاقات الاجتماعية يعتبر البداية الحقيقية لظهور مصطلح الدعم الاجتماعي، إلا أن الدعم الاجتماعي مفهوم أضيق بكثير من مفهوم شبكة العلاقات الاجتماعية، حيث يعتمد الدعم الاجتماعي في تقديرها على إدراك الأفراد لشبكاتهم الاجتماعية باعتبارها الأطر التي تشتمل على الأفراد الذين يتقون فيهم، ويستندون على علاقاتهم بهم (الشناوي، 1994).

وبصفة عامة فهما كان الأساس النظري الذي ينطلق منه اصطلاح الدعم الاجتماعي، فإنه يبدو من خلال هذا المفهوم أنه يشتمل على مكونين رئيسيين:

*المفهوم الأول: أن يدرك الفرد أنه يوجد عدداً كافياً من الأشخاص في حياته يمكنه أن يرجع إليهم عند الحاجة.

*المفهوم الثاني: أن يكون لدى هذا الفرد درجة من الرضا عن هذا الدعم المتاح له والاعتقاد في كفاية الدعم.

ويرى بعض الباحثين أن الدعم الاجتماعي يشير إلى وجود علاقات مرضية تتسم بالحب والود والثقة والتقدير، وتمثل هذه العلاقات مصدات أو حواجز ضد الضغوط (Cutrona & Russel, 1990).

وهناك بعض التعريفات التي وردت لبعض الباحثين حول مصطلح الدعم الاجتماعي نوردتها فيما يلي:
يعرف كوهين وآخرون (Cohen et al., 2000) الدعم الاجتماعي بأنه يعني متطلبات الفرد بمساندة ودعم البيئة المحيطة به، سواء من أفراد أم جماعات تخفف من أحداث الحياة الضاغطة التي يتعرض لها، والتي تمكنه من المشاركة الاجتماعية الفعالة في مواجهة هذه الأحداث والتكيف معها.
ويعرف ساراسون وآخرون (Sarason et al., 1986) بأنها تعني إحساس الفرد بوجود بعض المقربين منه والذين يثق بهم في الوقوف بجانبه عند الحاجة.

3.7.2 الدعم الاجتماعي:

مفهوم الدعم الاجتماعي: تعددت المفاهيم منها:

- هي مدى وجود أو توافر الأشخاص الذين يمكن للفرد أن يثق فيهم والذين يتركون لديه انطبعا بأنهم يحبونه ويقدرونه ويمكن اللجوء إليهم والاعتماد عليهم عندما يحتاجهم. (Sarason, 1986)
- هي درجة شعور الفرد بتوفر المشاركة العاطفية والدعم المادية والعملية من جانب الآخرين (الأسرة والأقارب- والأصدقاء الزملاء) كذلك وجود من يزودونه بالنصيحة والإرشاد ومن هؤلاء الأفراد يكون معهم علاقات اجتماعية عمياء (عبد الحميد، 1996).
- هي مقدار الدعم المادي والعاطفي والمعرفي الذي يستمده الفرد من جماعة الأسرة، أو زملاء العمل، أو الأصدقاء في المواقف الصعبة التي يواجهها في حياته وتساعده على خفض الآثار السلبية الناشئة عن تلك المواقف، وتساهم في الحفاظ على صحته النفسية والعقلية (عبد السلام، 2005).
- هي المساعدة والمشاركة الوجدانية والمادية والاجتماعية والخدمات التي يتلقاها الفرد من مصادر مختلفة بالأسرة لديه داخلها أو خارجها (عبد الحميد، 2006).

- هي مقدار ما يحصل عليه الفرد من مساعدة على مواجهة المواقف الضاغطة في حياته من الآخرين (الزوج-الزوجة-الأصدقاء-زملاء العمل - الرؤساء المباشرين) (فايد، 2005).
- هي كل دعم مادي أو معنوي يقدم للمريض بقصد رفع روحه المعنوية ومساعدته على مجابهة المرض وتخفيف آلامه العضوية والنفسية الناتجة عن المرض (رشوان، 2006).
- هي مقدار ما يتلقاه المرضى من دعم مادي ومعنوي من خلال الآخرين في بيئتهم الاجتماعية بما يمكنهم من الاستقرار في الأداء الاجتماعي (الميزو، 2009).

4.7.2 أساليب الدعم الاجتماعي النفسي للمرضى:

- الطمأنة على الحالة الصحية للمريض: يلعب التطمين على الحالة الصحية دورا بارزا في تبيد مخاوف وقلق المريض، فالمريض يذهب للطبيب وهو قلق من أن يفاجئه التشخيص بمرض خطير غير متوقع وفي هذه الحالة يلعب التطمين الذي يقوم به الطبيب للمريض دورا بالغا في تقبله لحالته المرضية وذلك بتدعيم بموقف المحيطين بالمريض من إشعارهم له بأنه بخير وفي تحسن مستمر أنه أفضل من حالات كثيرة بشكل يؤثر ايجابيا على حالته النفسية.
- تقوية أمل المريض في الحياة: يدهم المريض قلق الموت والاحتضار وبالتالي يرفض الحياة وينتابه اليأس والاكتئاب، ويشعر أنه ينتظر الموت بين عشية وضحاها وهو يدرك أن الموت حق وحتمي ولكنه إبان صحته وفي حالة قدرته على القيام بنشاطاته كان ناسيا لتلك الحقيقة الأزلية التي سرعان ما أطلت برأسه عند مرضه فحملت له اليأس من الغد وانقطاع الأمل، لذا وجب تقوية أمل المريض في الحياة وتعريفه بأن الموت لا يرتبط بالمرض.
- تقبل المريض: ما أن ينتاب الفرد المرض ألا ويلقي الاهتمام والرعاية والمزيد من التقبل في البداية، ثم مع الأيام ومع ما يصاحب مرض الفرد من قلق ومتاعب للآخرين المحيطين به وتعطل لمصالحهم ودورة حياتهم اليومية من جهة والخوف من العدوى إن كان المرض معديا، والتأفف من

الحالة الشخصية التي يكون عليها المريض والمتاعب النفسية التي يترك المرض أثارها على المحيطين - إلا ويبدأ المحيطون بالفرد في رافضية، أو الملل منه، بل و يدعون الله أن يتوفاه لذلك يدعون الكثيرون بان يموتوا وتراب الطريق على أقدامهم، وإذا سألت أي شخص هل تتمنى أن تموت بعد مرض طويل؟ لصرخ فيك قائلاً أريد أن أموت والقي ربي دون مرض طويل حتى لا يمل أحد مني وحتى أظل في ذاكرتهم كما كنت متقبلاً لذا فتقبل المريض لذاته ومرضه ومصاحبات مرضه من متاعب حالته الشخصية أثناء مرضه تدعم تقبله ذاته لمرضه ورضاه عنه بشكل يجعله أكثر قدرة على التعايش معه.

- الترويح عن المريض: المرض موقف كدر وخبرة سيئة مؤلمة ولن يكون المرض أبداً غير ذلك لذا فالمريض في حالة من الكدر تستدعي الترويح بشكل يولد السرور، أو على الأقل يخفف درجة الحزن وذلك بتقديم نشاطات سارة: كزيارة الأماكن المحببة وزيارة الأصدقاء القيام بالرحلات القصيرة بما يتناسب وحالة المريض، وحتى لا يظل المريض طريح الفراش.

- العيادة (زيارة المريض ومعايدته): إن المريض أكثر حاجة لزيارة محببة فالزيارة للمريض دعم نفسي اجتماعي، تأكيد للاهتمام - تجميع للأحبة - خلق جو طبيعي للألفة - إشعار للتواصل الاجتماعي والمشاركة الوجدانية.

- الاهتمام بالمريض السؤال عنه: عندما يمرض الفرد ويطول مرضه يفقد الاهتمام به، يقل السؤال عنه وعن حالته، ورغم أن البعض يدعي أو يتوهم المرض لجذب الاهتمام والرعاية لذا فالمريض بحاجة لاهتمام الزائد والسؤال الملح ليتحقق له تقبل مرضه.

- الدمج الاجتماعي : ما أن يطول مرض المريض إلا وينظر إليه أنه دخل عالماً آخر غير عالمنا الاجتماعي خاصة إذا كان مريضاً بمرض مفضي إلى موت فهم لا يشركونه مواقفهم الاجتماعية حتى التي تخصه شخصياً ولو من باب العلم فكأنه قد أخرج من إطار الجماعة، وينبغي أن ينعزل

عنه طوعا أو كرها، وهذا يشعر المريض أنه معزول اجتماعيا فيزداد لديه مشاعر الإحساس بالوحدة النفسية / الاجتماعية ويزيد من يأسه واكتئابيه، ويضيف إلى اعتلاله البدني اعتلالا نفسيا لذا يصبح الدمج الاجتماعي حتى لحظة الموت أمرا حتميا لتحقيق الرضا النسبي للمريض (رشوان، 2006).

5.7.5 وظائف الدعم الاجتماعي:

للمساندة الاجتماعية وظائف متعددة، تتمثل في:

1- فرصة العطاء Opportunity For Nurturance's: وهي الشعور بان الآخرين في حاجة اليك

ويتم الحصول عليه من الأصدقاء والأسرة وغيرها.

2- التعلق الوجداني Attachment أو الارتباط العاطفي ويتم الحصول عليه من الزوجة.

3- التكامل الاجتماعي Social Integration وهو الإحساس بالانتماء في جماعة تشارك الشخص

الإهتمامات والميول والأنشطة ويتم الحصول عليها من الأصدقاء وجماعة الرفاق.

4- الاطمئنان والتأكيد من القيمة الذاتية Reassurance of Worth وهو إدراك الشخص لكفاءته

وقيمته من قبل الآخرين ويتم الحصول عليها من زملاء العمل.

5- التوجيه Guidance وهو النصيحة أو تقديم معلومات ويتم الحصول عليها من الرؤساء

والمرفقين.

6- التحالف الموثوق به Reliable alliance وهو أن يطمئن الشخص بان الآخرين سوف يقدمون

له الدعم تحت أي ظروف ويتم الحصول عليها من أعضاء الأسرة (رشوان، 2006)

د- شروط تقديم الدعم الاجتماعي

حتى يكون الدعم الاجتماعي حماية تبادلية ناجحة لمانح الدعم والمستقبل لها فان هناك بعض الشروط

التي لا بد من إتباعها عند تقديم هذا الدعم وهي:

- كمية الدعم: إن الدعم والتعاطف الزائدين عن الحد عند تقديمها لشخص ما يعاني من مشكلة قد يؤديان إلى مشاكل عديدة بل أنهما يجعلان الفرد أكثر اعتمادية وينخفض تقديره لذاته وعلى سبيل المثال مرضى السرطان الذين يتلقون الكثير من الدعم فإنهم يقرون أنهم أصبحوا أقل تقديراً لذواتهم وأقل إحساساً بالسيادة أو السيطرة على المواقف بالمقارنة بزملائهم من مرضى السرطان الذين يتذمرون من اعتمادهم التام على أنفسهم.
- وقت تقديم الدعم: يحتاج الفرد إلى الكثير من التفهم وخاصة بعد مروره بأحداث كبرى مثل الوفاة أو الطلاق، والفقر، والأصدقاء الذين يحاولون كبت الحزن مبكراً لدى الشخص يكونون قد أساءوا التصرف لأنه لا بد من إخراج شحنة الحزن في وقتها وبعد فترة مناسبة يأتي دور الأصدقاء في إعادة صديقهم إلى الحياة الاجتماعية.
- مصدر الدعم: لكي تتقبل نصيحة صديق وتعاطفه معك ولكي تكون مساندة فعالة فلا بد أن تشعره بتفهمه الموقف وبأنه معك في نفس القارب وعلى سبيل المثال فإن الأشخاص الذين يعانون من ضغوط العمل تحل مشاكلهم بسهولة إذا ناقشوها مع زملائهم في العمل أكثر مما لو ناقشوها مع أزواجهم الذين تتقصصهم الخبرة في مجال العمل.
- كثافة الدعم: نجد في شبكات الدعم المزدهمة يشعر فيها الفرد بالثبات والتماثل والاستعداد وعند الأزمات يهب جميع أفرادها للمساندة ولكن بعض شبكات العلاقات الاجتماعية من الممكن أن تصبح لزجة ولاصقة إذا حاولت الخروج منها. وعلى سبيل المثال السيدات اللاتي يردن استكمال تعليمهن في منتصف العمر يجدن عدم توافق وانخفاض في التقدير للذات في الظروف الجديدة أكثر من نظيرتهن اللاتي كن لا ينتمين إلى شبكات اجتماعية كثيفة والسبب في ذلك أن أصدقاءهن القدامى يسببون لهن شعوراً بالذنب ويرغبون في بقائهن في شبكة العلاقات الاجتماعية القديمة.

- نوع الدعم: في كثير من الأحيان يقدم الأصدقاء نوعاً خاطئاً من الدعم فأنت قد تريد صديقاً يساعدك على حل صراعاتك العائلية ولكن صديقك يقف مكتوفاً، وقد تريد شخصاً ما يستمع إلى شكواك فقط ولكن صديقك قد يندفع لعمل وأنت لا ترغبه (رشوان والقرني، 2004).

6.7.2 العلاقة بين الدعم الاجتماعي ومرض السرطان:

تعتبر الدعم الاجتماعي احدى المتغيرات الاجتماعية الملطفة أو الواقية للعلاقة بين أحداث الحياة الضاغطة والإصابة بالمرض على اعتبار أن الدعم يرتبط سلبياً بالمرض، ومن خلال الدعم الاجتماعي التي يتلقاها الفرد من أعضاء أسرته وأصدقائه وزملائه والمتمثلة في العلاقات الدافئة الحميمة تقل نسبة الأشخاص الذين يتعرضون للإصابة (بطرس، 2008) وقد أشارت نتائج دراسة بيومي (2010) إلى وجود علاقة موجبة بين الدعم النفسية الاجتماعية للمرض وإرادة الحياة، وعلاقة سلبية بين الدعم النفسية والاجتماعية للمرض ومستوى الألم.

حيث أن تلقي الفرد للمساندة والمؤازرة من الآخرين وهم تحت وطأة المرض يمكن أن يكون ذا فائدة كبرى في خفض تأثيرات المرض السلبية واتساع الوعي من خلال البحث عن المعنى الايجابي للحياة (Barron, 2001).

وتتفق هذه النتائج في مجملها مع ما يشير إليه Scholl (2002) في أن المرضى الذين سجلوا مستويات اعلى للمساندة الاجتماعية والتفاؤل، وإيجاد معنى للحياة قد سجلوا مستويات أقل للسلوكيات السلبية وخفض ثابت في معدل الوفيات الناتج عن الإصابة بالسرطان (Schnoll, 2002).

7.7.2 العلاقة بين الدعم الاجتماعية والضغوط:

إنّ التراث السيكولوجي المستند من نتائج البحوث النفسية يشير إلى أن للمساندة الاجتماعية في علاقاتها بالضغوط وظيفتين هما : وظيفة وقائيّة ووظيفة علاجية.

فمن الناحية الوقائية تعتبر الدعم الاجتماعي مصدرا هاما من مصادر الدعم النفسي الاجتماعي الفعال الذي يحتاجه الفرد في مواجهة الضغوط حيث يؤثر نمط ما يتلقاه الفرد من دعم سواء كان عاطفيا أو معلوماتيا أو أدائيا في شد عضده و أثراء خبرته وجعله أكثر إدراكا وتقديرا وواقعية في تقييمه للحدث، مما يسم بالتالي في زيادة قدراته ومهاراته في مواجهة الضغوط والتعامل معها.

أما من الناحية العلاجية فإن الدعم الاجتماعي بما تتيحه من علاقات اجتماعية تتسم بالحميمة والدفء والثقة تعمل كمصدات Buffers ضد التأثيرات السلبية الناتجة عن تعرض الفرد للأحداث الضاغطة بما تتيحه من إشباع من احتياجاته للأمن النفسي، فإنها تزيد من شعوره بهويته وتقديره لذاته، وتعمل على شحن معنوياته وترفع من مستوى صلابته النفسيه واعتقاده في فاعليته وكفاءته وتعزز ثقته في نفسه وهي كلها عوامل لا تساعد فقط كما قلنا على الوقايه من هذه الضغوط وإنما يمكن أن تسهم في الشفاء مما يترتب عنها من آثار إيجابية على الصحة والنفس، وتؤكد نتائج الدراسات إلى أن الأشخاص الذين يعانون من أمراض نفسيه أو جسميه مزمنه ويتلقون دعما نفسيا أو اجتماعيا يتماثلون بشكل أكبر للشفاء من المرضى الذين لا يتلقون مثل هذا الدعم، كما أنهم كانوا أثناء مرضهم أقوى إرادة وأقل شكوى من الألم هذا وتزداد فاعلية الدعم الاجتماعي بتفاعلها مع متغيرات أخرى كالتدين(العتيبي، 2008)

8.7.2 وظائف الدعم الاجتماعي وأهميته:

للدعم الاجتماعي أهمية كبيرة في حياة الفرد، حيث يؤثر حجم الدعم الاجتماعي ومستوى الرضا عنه في كيفية إدراك الفرد لأحداث الحياة الضاغطة المختلفة وأساليب مواجهتها، وكيفية تعامله مع هذه الأحداث، وقد تتمثل وظيفة الدعم وأهميتها في التالي:

1- حماية الذات:

ويشير (Breham) إلى أن الدعم الاجتماعي يقوم بمهمة حماية الشخص لذاته وزيادة الإحساس بفعاليته، بل إن احتمالات إصابة الفرد بالأضطرابات النفسية والعقلية تقل عندما يدرك الشخص أنه تلقى الدعم الاجتماعي من شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة به ولا شك أن هذا الدعم يؤدي دوراً مهماً في تجاوز أي أزمة قد تواجهه الشخص.

ويرى (Turner & Marino,1994) أن الدعم الاجتماعي يؤثر بطريقة مباشرة على سعادة الفرد، وذلك عن طريق الدور المهم الذي يلعبه حينما يكون مستوى الضغوط مرتفعاً، أو بالنسبة للصحة النفسية حينما تكون مستقلة عن مستوى الضغوط أو كمتغير وسيط مخفف من الآثار السلبية الناتجة عن ارتفاع مستوى الضغط.

ولقد أوجز كل من (Coutrona & Russel,1990) أهمية الدعم الاجتماعي الذي يتمثل في أن الدعم الاجتماعي يخفف من وقع الضغوط النفسية، ويقوي تقدير الذات لدى الفرد، ويخفف من أعراض الاكتئاب والقلق، ويؤثر على الصحة النفسية والجسمية ويزيد من الشعور بالرضا عن ذاته وعن حياته، ويزيد من الجوانب الايجابية مما يساهم في تحسين صحتهم النفسية، ويسهم في التوافق الايجابي والنمو الشخصي، ويساعد على حل المشكلات المرتبطة، وأخيراً تزيد من الارتباط بمصادر شبكة الدعم الاجتماعي الخاصة بهم، والتي تتمثل في الزوجة والزوج والأبناء والأقارب والجيران والأصدقاء.

ويشير (بطرس،2005) إلى أن للدعم الاجتماعي دوراً ايجابياً في تخفيف حدة التأثيرات السلبية للمعاناة التي يتلقاها الفرد، وأن انخفاض مستوى الدعم الاجتماعي في الأسرة والعمل له تأثير سلبي على التوافق لدى الفرد، وأن للدعم الاجتماعي تأثيراً قوياً على مواجهة الإحباط، كما أن الدعم الاجتماعي له أهمية بالنسبة للإناث عن الذكور، كما أنها ذات أثراً كبيراً وعاملاً هاماً يمنع الوقوع في العزلة الاجتماعية.

ويشير كلاً من (Barrera & Ainlay 1981) إلى أن الدعم الاجتماعي يقوم بعدة وظائف منها، التوجيه والإرشاد: Guidance ويظهر في تقديم النصيحة وطلب المشورة في بعض الأمور التي يحتاجها متلقي الدعم، والحماية من الوقوع في الأخطاء، ومن وظائفها أيضاً، المساعدة السلوكية: Behavioral Assistance وتظهر في تقديم العون في المواقف المختلفة التي يتعرض لها المتلقي للدعم، وتنمية المشاعر الايجابية السارة.

- تعريف مرسى إبراهيم كمال: "الدعم الاجتماعي يقصد به مساعدة الإنسان لأخيه الإنسان في مواقف يحتاج فيها إلى المساعدة والمؤازرة، سواء كانت مواقف سراء (نجاح وتفوق) أو مواقف ضراء (فشل وتأزم)، فالإنسان يحتاج في مواقف السراء إلى من يشاركه أفراحه وسعادته بالنجاح، ويشعره بالاستحسان والتقدير لهذا النجاح والتوفيق، فيزداد به سعادة وسرورا ويحتاج في مواقف الضراء إلى من يواسيه ويخفف عنه آلام والإحباط، ويأخذ بيده في مواقف العوائق والصعوبات، ويلتمس له عذرا في الأخطاء، ويشاركه الأحزان في المصائب، ويساعده في الشدائد، ويشد أزره في الأزمات والنكبات، ويشجعه على التحمل والصبر والاحتساب في هذه المواقف، فيتخلص الشخص من مشاعر الجزع واليأس و السخط والحزن والخوف والغضب والظلم قبل أن تؤذيه نفسياً وجسماً ويحمي نفسه من أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة Post-Trauma syndromes disorders، أو تظهر لمدة قصيرة وتختفي قبل أن تضعف أجهزة المناعة النفسية والجسمية عند المصدوم أو المبتلي (كمال، 2000).

9.7.2 أنواع الدعم الاجتماعي:

توجد أنواع مختلفة من الدعم الاجتماعي أهمها ما يلي: (كمال، 2000).

(1) **الدعم الاجتماعي الوجداني:** هو إظهار مشاعر الثقة والحب والحنان للآخرين (Line Beure Gard, 1996:57)، كما يعرف على أنه دعم وسند نفسي يجده الأُنسان في وقوف الناس معه،

ومشاركتهم له أفراحه وأحزانه، وتعاطفهم معه واتجاهتهم نحوه واهتمامهم بأمره مما يجعله يشعر بالثقة في نفسه وفي الناس، فيزداد فرحاً في السراء ويزداد صبراً وتحملاً في الضراء.

(2) **الدعم المعنوي (الإدراكي):** هو دعم نفسي يجده الإنسان في كلمات التهاني والثناء عليه في السراء، وفي عبارات المواساة والشفقة في الضراء، فيجد في تهنئة الناس له الاستحسان والتقدير والتقبل والحب المتبادل، ويجد في مواساتهم له التخفيف من مشاعر التوتر والقلق والسخط والجزع، والتشجيع على التفكير فيما أصابه بطريقة تفاؤلية فيها .

(3) **الدعم المعلوماتي:** يشمل تقديم المعلومات ووجهات النظر أو الآراء والنصائح (Line Beure Gard, 1996:57) بحيث تجعل هذه المعلومات الفرد أكثر تبصراً بعوامل النجاح أو الفشل، فيزداد قدرة على مواصلة النجاح وعلى تحمل الفشل والإحباط، بل قد يجد في النصائح ما يساعده على تحويل الفشل إلى نجاح.

(4) **الدعم السلوكي:** يشير إلى المشاركة في المهام والأعمال المختلفة بالجهد البدني

(5) **الدعم المادي:** يتمثل في إمداد الفرد بالمساعدة المادية أو العون المادي.

(6) **دعم التقدير:** هذا النوع من الدعم يكون في شكل معلومات بأن هذا الشخص مقدر ومقبول، ويتحسن تقدير الذات بأن تنقل للأشخاص أنهم مقدرون لقيمتهم الذاتية وخبراتهم وأنهم مقبولون بالرغم من أي صعوبات أو أخطاء شخصية وهذا النوع من الدعم يشار إليه أيضاً بمسميات مختلفة مثل الدعم النفسي، والدعم التعبيري، ودعم تقدير الذات ودعم التنفيس والدعم الوثيق.

(7) **الصحة الاجتماعية:** تشتمل على قضاء بعض الوقت مع الآخرين في أنشطة الفراغ والترفيه، وهذا الدعم قد يخفف الضغوط من حيث أنه يشبع الحاجة إلى الإنتماء والاتصال مع الآخرين، كذلك بمساعدة على إبعاد الفرد عن الإنشغال بالمشكلات أو عن طريق تيسير الجوانب الوجدانية الموجبة، ويشار إلى هذا النوع من الدعم أحياناً بأنه دعم الإنتشار والإنتماء.

10.7.2 طرق تقديم الدعم الاجتماعي:

يحصل الإنسان على الدعم الاجتماعي إما بشكل رسمي أو غير رسمي، وذلك كما يلي:

1) الدعم الاجتماعي الرسمي: يقوم بتقديمه أخصائون نفسيون واجتماعيون مؤهلون في مساعدة الناس في الأزمات والنكبات والمشكلات، إما عن طريق مؤسسات حكومية متخصصة، أو جمعيات أهلية متطوعة، حيث يهرع هؤلاء الأخصائون إلى تقديم الدعم الاجتماعي للمتضررين لتخفيف آلامهم ومعاناتهم ومشكلاتهم في مواقف الأزمات. ويشمل الدعم الاجتماعي الرسمي تقديم الإرشاد النفسي والاجتماعي في حل المشكلات، وتقديم المساعدة المادية- المالية والعينية- للمتضررين بهدف التخفيف عنهم والأخذ بأيديهم في هذه المواقف الصعبة. وتحرص جميع المجتمعات على توفير الدعم الاجتماعي، ومراكز الإسعافات الأولية والخطوط التليفونية ومجالس إدارة الأزمات وشرطة النجدة والإطفاء وغيرها.

والجدير بالذكر أن الاستفادة من الدعم الاجتماعي لا يتم بصفة عشوائية بمعنى أن كل من هو بحاجة إلى المساعدة يتلقاها بغض النظر عن انتمائه الاجتماعية ومكانته في الجماعة، بل تلقي الدعم الاجتماعي تحكمه طبيعة وبنية الشبكة الاجتماعية التي تحيط بالفرد؛ أي طبيعة العلاقات التي تربطه بالأخرين في أسرته وفي المجتمع الذي يعيش فيه (يخلف، 2000).

وهذه الروابط تختلف في كثير من الخصائص منها:

- الحجم: عدد الأفراد الذين يتفاعل معهم الشخص ويقيم معهم علاقات اجتماعية متوازنة.
- التركيب: هل الأشخاص الذين يقيم معهم علاقات هم أقارب أم أصدقاء أم زملاء في العمل.
- الألفة: إلى أي مدى تتسم علاقاته مع الآخرين ضمن الشبكة الاجتماعية التي يحيط به بالألفة والثقة المتبادلة.

- الاستقرار: إلى أي مدى تتسم علاقاته مع الآخرين من الذين يحيطون به بالاستقرار والاستمرار في الزمن بحيث تكون علاقاته متينة وقوية.

(2) الدعم الاجتماعي غير الرسمي: هو مساعدة يحصل عليها الإنسان من الأهل والأصدقاء والزملاء والجيران بدوافع المودة والمحبة والمصالح المشتركة، والالتزامات الأسرية والاجتماعية والأخلاقية والإنسانية والدينية، حيث يساند القريب قريبه أو الصديق صديقه أو الزميل زميله أو الجار جاره مساندة متبادلة ويقدم الدعم الاجتماعي غير الرسمي بعدة طرق، من أهمها تبادل الزيارات والاتصالات التلفونية والمراسلات، والتجمع في الأعياد والمناسبات، وتقديم الهدايا والمساعدات المالية والعينية في الأزمات والنكبات.

ويؤدي حجم الدعم الاجتماعي المقدم من الشبكة الاجتماعية المحيطة بالفرد دوراً في توفير فرصة العيش للفرد، وذلك من خلال المساعدة في تحقيق تكيف الفرد ابتداء من الصحة البدنية إلى الصحة النفسية والاجتماعية خلال وبعد أحداث الحياة الضاغطة؛ حيث إن الدعم العاطفي له دور فعال في تقليل الاكتئاب الناتج عن أحداث الحياة السلبية، بالإضافة إلى أن الدعم من مقدمي الرعاية الرسمية وغير الرسمية، مثل: الزوج والأصدقاء والأطباء والمرضى له تأثير في قدرة النساء المصابات بسرطان الثدي في التماس المعلومات المتعلقة بالسرطان، وتنظيم الحالة العاطفية، واتخاذ القرارات الطبية المحرجة (Arora et al., 2007).

11.7.2 الأهمية الطبية للعلاقات الاجتماعية:

لا شك أن العلاقات الإنسانية تنطوي على قدر كبير من التعقيد سواء نظرنا إلى كيفية تشكلها ودوامها أو إلى كيفية تفككها وانقطاعها، ولا ينطبق واقع الحال هذا على العلاقات الزوجية فحسب وإنما ينطبق على جميع أشكال العلاقات، وتعدو العلاقة أكثر تعقيداً إذا كانت طويلة الأمد وتشمل جوانب عديدة من جوانب الحياة العاطفية والترويحوية والتواصلية للفرد، ولعل أفضل السبل للنظر لطبيعة العلاقة هو

النظر إليها بوصفها عملية (أي أنها تتطوي على سلسلة تحولات في العلاقة) لا على أنها مجرد حدث يأخذ مجراه في فترة زمنية معينة، ويقول دك (Duck) في هذا الصدد : "إن قطع العلاقة ليس أمرا صعبا فحسب، ولكنه يتضمن العديد من العناصر المنفصلة التي تشكل في مجملها عملية قطع العلاقة وما تجلبه من معاناة)، حيث وجد في مراجعته للبحوث في هذا المجال أن الأفراد في العلاقات الممزقة يكونون أكثر تعرضا لنوبات القلبية من أقرانهم المشابهين لهم في السن والجنس، وأكثر عرضة للإدمان على الكحول والمخدرات واضطرابات النوم (مكلفين وغروس، 2001).

إن الانطواء على الذات والانعزال عن الناس كما تقول أحد التقارير العلمية سنة 1987 يؤدي إلى الوفاة ولا تقل مخاطره عن الإدمان على التدخين وارتفاع ضغط الدم والسمنة وزيادة الكولسترول في الدم، فالتدخين يرفع من خطر الوفاة بمعدل 1.6 بينما الانطواء والانعزال يرفع هذه النسبة إلى 2 حيث يشكل خطرا كبيرا على الصحة (عدس، 1997).

كما أن العزلة أصعب على الرجال من النساء. حيث ارتفع احتمال موت الرجال المنعزلين اجتماعيا إلى ضعف أو ثلاثة أضعاف من غيرهم ممن لهم علاقات اجتماعية واسعة، أما بالنسبة للنساء، فقد زاد خطر الوفاة مرة ونصف المرة عن النساء الاجتماعيات وربما يأتي هذا الفرق بين الرجال والنساء في تأثير العزلة فيهم، لأن علاقات النساء العاطفية تتسم بالحميمية أكثر من الرجال، فقط تستريح المرأة لمثل هذه العلاقات الاجتماعية القليلة أكثر من الرجل الذي له العديد القليل نفسه علاقاته الاجتماعية (دانيل، 2002).

وقد أيدت دراسات عديدة أن علاقات الإنسان الطيبة بالناس من أهم عوامل تنمية الصحة النفسية، والوقاية من الانحرافات، وعلاج الانحرافات، ففي دراسة على الطلاب السعداء والطلاب التعساء تبين أن السعداء على علاقات طيبة بالناس والتعساء على علاقات سيئة ومضطربة بالآخرين، ففي دراسة على 7000 شخص من ولاية كاليفورنيا تمت متابعتهم لمدة عشر سنوات تبين أن نسبة الوفيات كانت

9.6 في كل عشرة آلاف عند الأشخاص أصحاب العلاقات الطيبة بالناس، و30.8 في كل عشرة آلاف عند الأشخاص أصحاب العلاقات السيئة أو الضعيفة، كما تبين في دراسات أخرى أن العلاقات الاجتماعية الطيبة مرتبطة بطول العمر وسرعة الشفاء من الأمراض وقد تبين أيضاً أن معدلات الإصابة بآلام المفاصل والربو والذبحة والسل و الأزمات القلبية عند أصحاب العلاقات الاجتماعية الطيبة أقل من معدلاتها عند أصحاب العلاقات السيئة والضعيفة بالآخرين (كمال، 2000).

12.7.2 مصادر الدعم الاجتماعي:

وفقاً لمراجعة الأدبيات والبحوث والدراسات المرتبطة بموضوع الدراسة والإطلاع عليها، فقد وجد الباحث العديد من المصادر المتعددة والمتنوعة للدعم الاجتماعي والتي تلعب دوراً هاماً في حياة الفرد، وقد اعتمد الباحث على ثلاثة مصادر للدعم الاجتماعي، وهي كالتالي:

1) الأسرة والأقارب: يرى الباحث أن الأسرة تحتل المكانة الأولى بالنسبة للمعاق والتي يكون لها دوراً فعالاً ورئيسياً كمصدر من مصادر الدعم في التغيير والتخفيف من آلام وهموم أبنائهم، وصولاً بهم إلى الرضا عن الحياة، وشعورهم بالحب والتقدير وتعزيز الثقة بالنفس، وعدم الخوف من المستقبل.

ويعرف (Elliot) الأسرة بأنها وحدة بيولوجية اجتماعية مكونة من زوج وزوجة وأبنائها، ويمكن اعتبار الأسرة نظاماً اجتماعياً أو منظمة اجتماعية تقوم بسد حاجات إنسانية معينة، كما أن الأسرة تقوم بعدة وظائف اتجاهاً نفسها واتجاه أبنائها، وهذه الوظائف منفصلة إلا أنها تتشابك مع بعضها البعض وتعمل كل وظيفة على مساندة الوظائف الأخرى في كل مرحلة من مراحل حياة الأسرة، ومن هذه الوظائف وظائف بيولوجية ووظائف اقتصادية ووظائف اجتماعية، ووظائف دينية وأخلاقية (رمضان، 2002).

2) الأصدقاء: يرى الباحث بأن الأصدقاء كمصدر من مصادر الدعم يلعب دوراً مهماً في حياة المعاقين، فهم بالنسبة له المرجعية التي يلجأ إليها غالباً في حال تعرضهم للعديد من المشكلات والعقبات، كما أنه يمكن أن يتأثر فيهم ويؤثر فيهم كذلك، ويشير الباحث أيضاً بأن الإنسان كائن

اجتماعي بطبعه لا يستطيع العيش بمفرده، فالمعاق بحاجة إلى تكوين علاقات وأصدقاء في المجتمع تكون هذه العلاقات قائمة على الحب والاحترام والتقدير وتقبل كل منهم للأخر.

ويعرف (Rubinetal, 1994) جماعة الأصدقاء بأنهم الأفراد المتشابهون في بعض الجوانب مثل المهارة والمستوى التعليمي، والسن، والوضع الاقتصادي، أيضاً إلى أن دور الأصدقاء في الدعم يتلازم مع دور الأسرة.

3) مؤسسات المجتمع: يرى الباحث كما أن للأسرة وللأقارب والأصدقاء دوراً مهماً وفعالاً وإيجابياً في حياة الأفراد، كذلك فإن لمؤسسات المجتمع دوراً لا يقل أهميةً عنهما، والتي يقع على عاتقه حمل كبير اتجاه هذه الفئة من فئات المجتمع، ويرى الباحث بأن مؤسسات المجتمع كونها تمتلك الكثير من الإمكانيات، وبالتالي هي الأقدر على توفير وتقديم الكثير من الدعم بأشكاله المختلفة، قد يتمثل هذا الدعم في تكوين علاقات اجتماعية وبناء روابط قوية قائمة على الثقة المتبادلة ما بين المؤسسة والمعاق، وكذلك يمكنها إعطاء أدواراً فعالة في المجتمع، كما يمكنها تقديم الدعم النفسي والاجتماعي من خلال أخصائيين يقومون بالعمل على متابعة مشكلات معاقين والعمل على حلها وكذلك مساعدتهم على حلها، ويتمثل دعم المؤسسات أيضاً في عمليات التأهيل والذي يتمثل في تقديم التأهيل المناسب للمعاق حركياً وصولاً بهم إلى التكيف مع الإعاقة وتقديم كل ما يحتاجونه، وكذلك تقديم العديد من أشكال الدعم الأخرى، الاقتصادي والعاطفي وغيره.

ويوجز الباحث القول أن الدعم الاجتماعي بمصادره المختلفة كالأسرة والأقارب والأصدقاء ومؤسسات المجتمع يعتبر ذو أهمية كبيرة بالنسبة للأفراد، قد تبدو بأنها منفصلة ولكنها عملية متكاملة ولكل مصدر من هذه المصادر أثراً كبيراً وحيوياً وفعالاً في التغيير من حياة الأفراد بشكل إيجابي.

وتتنوع المصادر المختلفة للدعم الاجتماعي في أبعادها وفي مدى فعاليتها طبقاً للظروف المتاحة لها، وهناك إجماع واتفاق بين علماء النفس والذين يشيرون إلى وجود مصدرين أساسيين للدعم الاجتماعي يتمثلان في الآتي:

- **المصدر الأول:** الدعم الاجتماعي داخل العمل ويمثلها (رؤساء العمل، وزملاء العمل، والمحيطين ببيئة العمل).

- **المصدر الثاني:** الدعم الاجتماعي خارج العمل ويمثلها (أفراد الأسرة، والأقارب، والأصدقاء، والجيران) بالإضافة إلى شبكة العلاقات الاجتماعية التي يتفاعل معها الفرد في حياته اليومية. (Rocco et al., 1980).

أن أسلوب التفاعل الاجتماعي الذي يقوم به الفرد داخل شبكة علاقاته الاجتماعية يتأثر بمدى التقدير الذي يجده من خلال الدعم الاجتماعي الذي يقدمه المحيطين به، وهذا يبرز مدى أهمية الكيفية التي يدرك فيها الفرد المقومات الأساسية التي تدفعه إلى هذا التفاعل الاجتماعي الايجابي، وطبيعة دور الدعم الاجتماعي في تكوينه وتقديره.

ويشير (Lazarus) إلى أن العلاقات الاجتماعية للفرد تقوم على مقوم انفعالي معرفي تدعمه أساليب مواجهة الفرد وأنشطة الآخرين، وتقدير هذا النوع يساعد الفرد على تحديد الوقت والظروف التي يحتاج إليها في تقديم مصادر الدعم الاجتماعي المطلوبة له (صقر، 2001).

ويلخص (Norbek, 1984) مصادر الدعم الاجتماعي في ثمانية مصادر أساسية، هي على النحو التالي:

(الزوج أو الزوجة، والأسرة، والأقارب، والجيران، وزملاء العمل، وزملاء الدراسة، والأفراد الذين يوفران الرعاية الصحية والنفسية، والمرشد أو المعالج النفسي، ورجال الدين)

ويعتبر الألم من أكثر الظواهر التي يكتنفها الغموض. فهو في الأساس خبرة سيكولوجية تعتمد درجة الإحساس به، وبما يسببه من عجز بشكل كبير على طريقة تفسيره. ويتميز الألم بدلالاته الجسمية والنفسية، فعند سؤال المريض حول أكثر الأشياء التي تخيفه فيما يتعلق بمرض السرطان والعلاج، غالبا ما تكون إجابته الألم. كما أن خوفه من عدم التخفيف من معاناته يثير لديه شعورا بالقلق، وربما أكثر مما تثيره الجراحة أو فقدان أحد الأطراف أو حتى الموت (تايلر، 2008).

8.2 النظريات المفسرة للضغوط:

1. النظرية السلوكية:

يشير السلوكيون الى أن الضغوط تتمثل في الإعتماد على عملية التعلم كمنطق من خلاله يتم معالجة معلومات المواقف الخطرة التي يتعرض لها الفرد والمثيرة للضغط، وترتبط هذه المعلومات شرطياً مع مثيرات حيادية أثناء الأزمة أو مرتبطة بخبرة سابقة فإن الفرد يصنفها على أنها مخيفة ومقلقة (كامل، 2001).

2. نظرية سبيلبرجر:

في الإطار المرجعي لنظريته بتحديد طبيعة الظروف البيئية المحيطة والتي تكون ضاغطة، ويميز بين حالات القلق الناتجة عنها، ويحدد العلاقة بينها وبين ميكانيزمات الدفاع التي تساعد على تجنب تلك النواحي الضاغطة، فالفرد في هذا الصدد يقدر الظروف الضاغطة التي أثارت حالة القلق لديه ثم يستخدم الميكانيزمات الدفاعية المناسبة لتخفيف الضغط (كبت، إنكار، إسقاط) او يستدعي سلوك التجنب الذي يسمح بالهرب من الموقف الضاغط، وإذا كان سبيلبرجر قد اهتم بتحديد خصائص وطبيعة المواقف الضاغطة التي تؤدي الى مستويات مختلفة لحالة القلق، إلا أنه لا يساوي بين المفهومين (الضغط، القلق)، وذلك لأن الضغط النفسي وقلق الحالة يوضحان الفروق بين خصائص القلق كرد فعل انفعالي والمثيرات التي تستدعي هذه الضغوط، فالقلق كعملية انفعالية تشير الى تتابع

الاستجابات المعرفية السلوكية التي تحدث كرد فعل لشكل ما من الضغط وتبدأ هذه العملية بواسطة مثير خارجي ضاغط (الرشيدي، 1999).

ويميز سبيلبرجر أيضا بين مفهوم الضغط ومفهوم التهديد، فكلاهما مفهومان مختلفين، فكلمة ضغط تشير الى الاختلافات في الظروف والأحوال البيئية التي تتسم بدرجة ما من الخطر الموضوعي، أما كلمة تهديد فتشير الى التقدير والتفسير الذاتي لموقف خاص على أنه خطير أو مخيف أي بمعنى توقع الخطر أو إدراك ذاتي للخطر (الرشيدي، 1999).

عرف الضغوط بأنها القوة الخارجية التي تحدث تأثيراً على الفرد كخواص موضوعات بيئية، أو ظروف مثيرة تتميز بدرجة من الخطر الموضوعي (أبو حطب، 2003).

3. نظرية هانز سيلبي:

يرى سيلبي أن الضغوط تتكون من تلك المجموعة من ردود الفعل التي أطلق عليها التكيف العام، فالجسم (عادةً) يقابل التحدي للبيئة ويتكيف مع الضغوط، ووفقاً لسيلبي فإن التكيف العام يتكون من ثلاث مراحل:

- مرحلة الإنذار (التنبه): فيها يتم استثارة الجهاز العصبي المستقل والجهاز الغدي، ويظهر الجسم تغيرات مميزة للتعرض المبدئي للضاغط، وفي نفس الوقت ينخفض مستوى المقاومة.
- مرحلة المقاومة: وفيها يحاول الجسم التكيف مع المطالب الفسيولوجية التي تقع على كاهله، وذلك بمقاومة مصدر التهديد، وعندما يكون الضاغط مستمراً يتم استنزاف طاقة الجسم على المقاومة ويدخل الكائن الحي في المرحلة الثالثة.
- مرحلة الإستهلاك (الإنهاك): وفيها تنهك طاقة الكائن اللازمة للتكيف، ويحدث الإنهيار الصحي ومعاونة الجسم من تلف أو ضرر لا يمكن إيقافه بعد التعرض لفترة طويلة لمثير ضاغط، وقد تظهر علامات استجابة الإنذار من جديد أو يموت الكائن الحي (عبد المعطي، 2006).

4. نظرية روجرز:

ركز روجرز على استبصار الفرد بذاته والخبرات التي خبرها فأنكرها أو حرفها، ثم على محاولة التقريب بينها، وأحداث التطابق بين الذات والخبرات، مما يعطي الفرد الفرصة لنمو سليم ومتوافق ويصبح إنساناً سوياً ومتكاملاً الأداء، وترتبط هذه النظرية بما يسمى بالإرشاد والعلاج المتمركز حول المسترشد، إذ يصف الإرشاد والعلاج الجماعي بأنه يقدم مساعدة للأفراد والجماعات في مواقف الاضطراب النفسي والصراع والضغط، وأن لكل فرد قدرات داخلية يمكن استخدامها لفهم ذاته وتعديل مفهومه عن ذاته وتعديل سلوكه واتجاهاته نحو الآخرين، وهذا يحتاج إلى تواصل المرشد والمسترشد من خلال تهيئة الجو المناسب للتخلص من الضغوط النفسية، وهنا يقوم المسترشد بتوجيهه نحو النضج الإنفعالي وحل مشكلاته بنفسه (الغريز، 2009).

5. نظرية (Lazarus, 1970) التقدير المعرفي:

يرى لازاروس أن الضغوط تنشأ عندما يوجد تناقض بين متطلبات الشخصية للفرد، ويؤدي ذلك إلى تقييم التهديد، وإدراكه في مرحلتين الأولى هي الخاصة بتحديد ومعرفة أن بعض الأحداث في حد ذاتها شبيبه بالضغوط، والثانية هي التي يحدد فيها أساليب حل المشكلات التي تظهر في الموقف، ويتضح من هذه النظرية أن ما يعتبر ضاغطاً بالنسبة لفرد ما لا يعتبر كذلك بالنسبة لفرد آخر، ويتوقف ذلك على سمات شخصية الفرد، وخبراته الذاتية، ومهارته في تحمل الضغوط، وحالته الصحية، وعلى عوامل ذات صلة بالموقف نفسه، وعوامل البيئة الاجتماعية كالتغيير الاجتماعي، ومتطلبات الوظيفة (الكحلوت والكحلوت، 2006).

ويعتبر لازاروس أول من قدم وجهة النظر النفسية للضغوط حيث عرف الضغوط بالشيء الذي يقيمه الفرد بأنه ضار، أو مهدد، أو متحد، ولقد وضع فكرة التقييم وذكر نوعين للتقييم وهما:

1. التقييم الأول Primary Appraisal ويقصد به تقييم الفرد للحدث هل هو سلبي، أم إيجابي، أم عادي فإذا أدرك الفرد بأنه سلبي يقوم بتقييمه هل هو ضار Harm أو مهدد Threat أو متحد Challenge.

2. التقييم الثانوي Secondary Appraisal ويقصد به تقييم الفرد لإمكانات الشخصية والمادية، والإجتماعية لمواجهة الحدث الذي قيمه حدث ضاغط (أبو حطب، 2003).

وكلا التقييمين متأثرين بعدة عوامل هي:

1. طبيعة المنبه نفسه.

2. خصائص الفرد الشخصية.

3. الخبرة السابقة بالمنبه.

4. ذكاء الفرد.

5. المستوى الثقافي للفرد.

6. تقييم الفرد لإمكانياته

6. نظرية كانون:

عرف كانون الضغط بأنه ردود فعل الجسم في حالة الطوارئ، وأشار إلى مفهوم استجابة المواجهة أو الهروب (Fight or Flight)، التي قد يسلكها الفرد حيال تعرضه للمواقف المؤلمة في البيئة وتعتبر هذه الإستجابة تكيفية لأنها تمكن الفرد من الإستجابة بسرعة الفرد، ويمكن أن تكون ضارة للفرد لأنها تزيد من أدائه الإنفعالي والفسولوجي عند التعرض للضغوط المستمرة ولا يستطيع المواجهة أو الهروب، ويحدث تنشيط للجهاز العصبي السمبثاوي والجهاز الغددي مما يحدث تغيرات فسيولوجية تجعل الشخص مستعد لمواجهة التهديد أو الهروب، ويرى كانون أن جسم الإنسان مزود بميكانيزم يساهم في الإحتفاظ بحالة الإلتزان، أي قدرة الجسم على مواجهة التغيرات التي تحدث والميل للعودة الى

الوضع الفسيولوجي الذي كان عليه قبل الضغط، لذلك فإن أي متطلب بيئي إذا فشل الجسم في التعامل معه فإنه يخل بهذا الإتزان، ومن ثم ينتج المرض (عثمان، 2001).

7. نظرية أحداث الحياة الضاغطة لهولمز وراهي: (Critical Life Events Theory)

يرى أن أحداث الحياة سواء كانت إيجابية أو سلبية من شأنها أن تسبب ضغطاً للفرد، وأشار إلى أن تكس وتراكم أحداث الحياة الضاغطة (الضغوط البيئية) يحدث المشقة والضعف للفرد، وترتبط أحداث الحياة الضاغطة التي تهدد الفرد ولا يمكن التحكم بها بالمشقة النفسية، وكذلك ترتبط بالإكتئاب والقلق وظهور بعض الإضطرابات الذهنية مثل البارانويا والشيزوفرينيا، وقد تؤدي إلى أعراض واضطرابات نفسية (العزة، 2016).

8. نظرية التوافق بين الفرد والبيئة لوليامسون:

تقوم هذه النظرية على أن الضغوط تكون نتيجة الفجوة واختلال التوازن بين الفرد والبيئة، فالفرد يحاول الاحتفاظ بالتوازن بين الجانب العقلي والبدني، ومواجهة التغيرات الحياتية التي من شأنها أن تؤدي إلى الخلل في هذا التوازن. أي أن الضغوط تنتج من سوء التوافق بين الفرد والبيئة وينتج سوء التوافق من جانبين أساسيين هما:

1. مدى الإنسجام بين القدرات ومهارته الشخصية مع المطالب المطروحة.

2. مدى الإتباع الفعلي للحاجات والتوقعات التي يطمح إليها الفرد (العزة، 2016).

وتؤكد هذه النظرية على العلاقة بين إدراك الفرد إحدى المهام إدراكه على إكمال هذه المهمة وما لديه من حافز على إكمالها وبالتالي تفترض بأن مشاعر الضغط لا بد وأن تزداد عند اتساع الفجوة بين الفرد والبيئة، وبالتالي مقدار الضغط يتفاوت بحسب مستوى التحدي الذي يفضله الفرد (العتيبي، 2008).

9. نظرية العجز المكتسب لسليجمان: Learned Helplessness Theory

يرجع مفهوم العجز المتعلم إلى أن تكرر تعرض الفرد للضغوط مع اعتقاده بأنه لا يستطيع التحكم في المواقف الضاغطة أو مواجهتها فإن هذا يجعل الفرد يشعر بالعجز وعدم القيمة وبالتالي يبالغ في تقييمه للأحداث والمواقف التي يمر بها ويشعر بالتهديد منها، وبعدم قدرته على مواجهتها مما يجعله يشعر بالفشل بشكل مستمر، ويدرك أن فشله وعدم قدرته على مواجهتها في الماضي والحاضر والمستقبل ومن ثم يشعر باليأس وبالتالي الشعور بالسلبية والبلادة وانخفاض تقدير الذات ونقص الدافعية والإكتئاب (سليجمان، 2005).

10. نظرية التحليل النفسي: (Psychoanalytic Theory)

يرى فرويد (2010) أن ديناميات الشخصية تتطوي على التفاعلات المتبادلة وعلى الصدام بين الجوانب الثلاثة للشخصية وهي الهو (Id) وهو الجانب البيولوجي للشخصية، والأنا (Ego) الجانب السيكولوجي للشخصية، والأنا الأعلى (Super Ego) ويعكس قيم ومعايير المجتمع، فالهو تحاول دائماً السعي نحو إشباع المحفزات الغريزية، ودفاعات الأنا لا تسمح لهذه المحفزات والرغبات الغريزية الصادرة من الهو بالإشباع ما دام هذا الإشباع لا يتسق مع قيم ومعايير المجتمع، ويتم هذا عندما تكون الأنا قوية، لكن عندما تكون ضعيفة فسرعان ما يقع الفرد فريسة للصراعات والتوترات والتهديدات، وبالتالي لا تستطيع الأنا القيام بوظائفها ولا تستطيع تحقيق التوازن بين مطالب ومحفزات الهو ومتطلبات الواقع الخارجي، وعلى هذا ينتج الضغط النفسي .

ويؤكد (Jung) على أن الضغط النفسي كمسبب للأمراض والإضطرابات النفسية، أنه ناتج عن الطاقة التي توجد لدى الإنسان بالفطرة وهذه الطاقة تنتج سلوكيات فطرية وتطورها خبرات الطفولة مما يكون شخصيته المستقبلية وسلوكه المتوقع، وإذا ما واجه الإنسان أنواعاً من الصراعات النفسية

الداخلية نتيجة ضغوط حياتية مختلفة يتغير السلوك المتوقع حدوثه وهو ما يسمى بالمرض النفسي الناتج عن الضغوط الذي يحتاج إلى علاج (يحيى، 1998).

9.2 نظريات الدعم الاجتماعية:

وفي هذا الصدد يذكر (Kelly, 2007) أن هناك عمليتين أساسيتين من خلالهما يمكن أن تؤثر العلاقات الاجتماعية على الصحة : هما نموذج التأثير الرئيسي و نموذج مصدات الضغوط.

(1) نموذج التأثير الرئيسي Main effect model يفترض أن الدعم ذات فائدة لأن يكون الفرد بخير سواء أكان واقعا تحت ضغوط أو لا، فنجد أن الشخص المنخرط في شبكة اجتماعية من المحتمل أن يمر بخبرات ايجابية، وأن يعرف قيمة ذاته، وأن يتولد لديه الشعور بالانتماء والأمن أكثر من غيره والتغير في أفكار الشخص فيما يتعلق بمفهومه الذات والشعور بقيمه ذاته وكيفية ضبطها جميعها يؤثر على صحته، فمن المحتمل أن مثل هذه الأشياء تقلل الضيق لدى الفرد وتزيد دافعيته للإهتمام بنفسه كما تزيد من الوظيفة المناعية لديه.

(2) نموذج الحماية من الضغوط Stress-buffering model يظهر أن الدعم الاجتماعية ذات فائدة لمن يمرون بضغوط بالفعل، ويركز كوهين وآخرون على سمات العلاقات الاجتماعية التي يعتقد بأنها ترتقي به أو تحافظ على الصحة البدنية أو النفسية .

ويرى (Stroebe et al) أن هذا النموذج يقصد به أن المساندة الاجتماعية المرتفعة تحمي الشخص من سيطرة الضغط النفسي وتأثيره السلبي على حالته الصحية (الصبان, 2003)

هناك نموذجان آخران (الصبان، 2003) وهما:

(1) نموذج الارتباط:

يرى Bowlby مؤسس نظرية الارتباط (Attachment) أن الدعم الاجتماعية التي يقدمها الأهل والأصدقاء لا تعوض الفرد عن النقص الكبير الذي يكون حدث له بسبب فقد شخص عزيز لأنه فقد الشخص الذي يمثل الارتباط .

وهناك نوعان من الشعور بالوحدة النفسية هما:

1- الشعور بالوحدة الوجدانية .

2- الشعور بالوحدة الاجتماعية.

والدعم الاجتماعية تؤثر فقط في الشعور بالوحدة الاجتماعية أما الحالة الزوجية (متزوج - أرمل) فهي تؤثر في الشعور بالوحدة الوجدانية , وذلك لأن غياب الارتباط الوجداني مع الشكل الذي يتعلق به الفرد يؤثر على الشعور بالوحدة الاجتماعية , وهناك بعض الدراسات التي أيدت نموذج الارتباط واعتبرت أن تعبير الفرد عن خبراته الوجدانية سواء بالكتابة أو الحديث يؤدي إلى التحسن في حالته الصحية بل أن الكلمات التي يستخدمها في وصف الصدمة تنبأ عن مدى التحسن في حالته الصحية البدنية أو النفسية .

(2) النموذج الشامل:

وضع هذا النموذج (Lieberman & Pearlin) وتم إعادة تطويره في عام (1981) وهو يرى أن الدعم الاجتماعية يمكن أن تحقق تأثيرها حتى قبل وقوع الحدث الضاغط على النحو الآتي:

- يمكن أن تحد الدعم الاجتماعية من احتمالية وقوع الحدث الضاغط.
- إذا وقع الحدث الضاغط فإن الدعم من خلال تفاعلها مع العوامل ذات الأهمية قد تعدل أو تغير من إدراك الفرد للحدث، ومن ثم تلطف أو تخفف من التوتر المحتمل.

- إذا وصل التوتر إلى درجة تجعل الحدث المتوقع يغير من وظائف الدور يمكن للمساندة أن تؤثر على العلاقة بين الحدث الضاغط والإجهاد المصاحب.
 - يمكن أن تؤثر الدعم الاجتماعية في استراتيجيات المواجهة أو التعامل مع الحدث الضاغط، وبذلك تعدل من العلاقة بين الحدث وما يسببه من إجهاد.
 - بمقدار الدرجة التي ينحدر عندها الحدث الضاغط فإن عوامل شخصية مثل تقدير الذات تجعل في إمكانية الدعم أن تعجل من هذه الآثار.
 - قد يكون هناك تأثير مباشر من الدعم على مستوى التوافق.
- هذه النماذج السابقة تعمل على حماية الفرد من سيطرة الضغط النفسي وتأثيره السلبي على حياته الصحية البدنية أو النفسية.

10.2 الدراسات السابقة:

1.10.2 الدراسات العربية:

وسيتم في هذا الجزء من الفصل عرض الدراسات المتعلقة في مشكلة الدراسة:

أجريت براهيمية (2016) دراسة هدفت إلى الكشف عن مستوى الألم النفسي لدى مرضى السرطان، ومعرفة الفروق في مستويات متغير الجنس، السن ونوع العلاج، حيث أجريت الدراسة على عينة مكونة من 230 مريض مراجع لمراكز مكافحة السرطان واستعمال مقياس الاكتئاب، القلق والضغط (DASS21) لغرض جمع البيانات. أظهرت نتائج الدراسة إلى أن حوالي (68.69%) يعانون من اكتئاب و (63.04%) من قلق منخفض، بينما (47.82%) لديهم ضغط متوسط وتبين أن هناك فروقا دالة في مستوى الاكتئاب، القلق والضغط وفقا للسن وذلك بارتفاعها لدى الإناث مقارنة بالذكور، كما اتضح وجودها في مستوى الضغط لحساب المرضى الذين يتلقون العلاج الكيميائي. في حين لم تسجل أي فروق في مستوى الألم النفسي وفقا للسن. ونستنتج أنه من الضروري لمقدمي الرعاية الصحية معرفة وتقييم الألم النفسي وذلك لغرض تقديم الدعم والرعاية المناسبة للمرضى.

وقد سبق دراسة طشطوش (2015) التي هدفت إلى الكشف عن مستوى الرضا عن الحياة ومستوى الدعم الاجتماعي المدرك والعلاقة بينهما لدى مريضات سرطان الثدي. تكونت عينة الدراسة من (215) مريضة من مريضات السرطان المتلقيات للعلاج في مركز الحسين للسرطان. أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الرضا عن الحياة لدى مريضات سرطان الثدي جاء ضمن المستوى المتوسط، وأن هنالك فروقا دالة إحصائياً في مستوى الرضا عن الحياة تبعاً لمتغيرات: العمر، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي، ومرحلة العلاج، ومدة الإصابة بالمرض. كما أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي كان مرتفعاً، وأن هنالك فروقا دالة إحصائياً في مستوى الدعم الاجتماعي المدرك تبعاً لمتغير مدة الإصابة بالمرض، بينما لم يكن هنالك فروق دالة

إحصائياً في مستوى الدعم الاجتماعي المدرك تبعاً لمتغيرات: العمر، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي، ومرحلة العلاج. وأخيراً، أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية إيجابية دالة إحصائياً بين مستوى الرضا عن الحياة ومستوى الدعم الاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي.

كما بين حجازي (2015) في دراسته الضغوط التي تعاني منها المرأة المصابة بسرطان الثدي و تصور مقترح لمدخل العلاج الواقعي في طريقة خدمة الجماعة لمواجهتها، وتكونت عينة الدراسة (110) من النساء المصابات بسرطان الثدي المترددات على عيادات الأورام بمحافظة الفيوم والقاهرة، توصلت الدراسة إلى تحديد طبيعة الضغوط الصحية وتمثل أهمها في الخوف من إجراء العمليات الجراحية اللازمة لطبيعة المرض المتمثل في استئصال الثدي و تساقط شعر الرأس والانزعاج من التعرض لبعض المواد الكيميائية والصعوبة في المداومة على الجلسات العلاجية المختلفة والشعور بالإجهاد عند التعرض للإشعاع. وكذلك تم التوصل إلى تحديد طبيعة الضغوط الأسرية وتمثلت في الصعوبة في أداء الأعمال الأسرية بسبب المرض، و الشعور بالارتباك الأسري بعد إصابتها بالسرطان يؤرقها حدوث تغير في الأدوار الاجتماعية داخل أسرتها بعد المرض و يضايقها تجاهل أفراد أسرتها بعد إصابتها بالسرطان ومعاناتها من المصاعب الجنسية مع الزوج بعد مرضها، وكذلك تم التوصل إلى تحديد طبيعة الضغوط الاجتماعية وتمثلت في مضايقتها من ضعف الأنشطة الاجتماعية التي تقوم بها بسبب مرضها، والصعوبة في تبادل زياراتها مع الأهل و ضعف علاقاتها مع الجيران ونقص المشاركة في المناسبات الاجتماعية.

2.10.2 الدراسات الأجنبية:

كما اهتمت الدراسات الأجنبية في هذا المجال وأنتجت عدة دراسات، ومن أهمها: دراسة (**Nikolic et al., 2015**) التي هدفت إلى تحديد مستوى الصعوبات وأنواع المساعدة المطلوبة، ومستوى الرضا لدى المصابات بسرطان الثدي كما هدفت الدراسة إلى فحص العلاقة بين مستوى الرضا

والأنشطة الحياتية اليومية. أجريت الدراسة في الأكاديمية الطبية العسكرية في بلغراد بالتعاون مع جمعية النساء المصابات بسرطان الثدي في فترة الواقعة من حزيران إلى أيلول عام 2012 على عينة من (30) مريضة. أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الرضا كان مرتفعاً في مجالات التنقل والتغذية والسكن، وأقل مستوى في الرضا في مجالات الترفيه والاتصالات والعلاقات الشخصية. كما أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين مستوى الرضا، ومستوى إنجاز الأنشطة اليومية في مجالات الأنشطة البدنية والمسؤولية والحياة المجتمعية، وكان أدنى مستوى للارتباط في مجالات التوظيف والنظافة الشخصية والسكن والتنقل والعمل والترفيه.

وتناولت دراسة (Ozolat et al., 2014) أنماط التعلق والدعم الاجتماعي المدرك كعوامل متنتة بالتكيف النفسي والاجتماعي لدى مرضى السرطان في تركيا. تكونت عينة الدراسة من (68) مريضاً ومريضة تراوحت أعمارهم بين (18-74) سنة. أظهرت نتائج الدراسة أن الانطوائية ناتجة عن صعوبة في العلاقات الاجتماعية، وزيادة في التوتر النفسي بعد تشخيص السرطان، كما أظهرت نتائج الدراسة أن الأشخاص المقدم لهم دعم اجتماعي كبير أكثر دراية بالعناية الصحية من الأشخاص المقدم لهم دعم اجتماعي قليل، وأن الدعم الاجتماعي الكبير له تأثير إيجابي في تعديل العلاقات الأسرية، وتقليل التوتر النفسي لمرضى السرطان مقارنة بالأشخاص المقدم لهم دعم اجتماعي أقل.

وبينت دراسة (Svetina & Nastran, 2012) التعرف إلى جوانب العلاقات الأسرية، مثل: المرونة، والتماسك، والتواصل، والرضا عن الحياة لدى عينة من المصابات بسرطان الثدي في الولايات المتحدة الأمريكية. تكونت عينة الدراسة (190) امرأة مصابة بسرطان الثدي بعمر يتراوح (31-38) سنة، وشملت العينة أفراداً من مستويات تعليمية مختلفة. أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية بين المتغيرات الديمغرافية للمرأة بين التكيف مع الحياة المرضية. كما بينت نتائج

الدراسة أن التماسك الأسري الإيجابي والمرونة الأسرية يدعمان تكيف المرأة، ويحسنان من حالتها النفسية إذا ما تم توجيهها بطريقة صحيحة.

وقد بين (Drageset, 2012) في دراسته الضيق النفسي والتكيف والدعم الاجتماعي لمريضات سرطان الثدي في مرحلتي التشخيص وقبل الجراحة. تكونت عينة الدراسة من (21) مريضة بسرطان الثدي، وتم تشخيصهن حديثاً قبل إجراء الجراحة. أظهرت نتائج الدراسة أن الدعم الاجتماعي كان مرتبطاً بشكل إيجابي في التكيف الموجه الفعال الذي يركز على العاطفة الموجهة، ولا علاقة له بآليات الدفاع المعرفية وآليات الدفاع العدوانية، وكانت مستويات التعليم العالي تتعلق في التوسع باستخدام التكيف الموجه الفعال. كما أشارت النتائج إلى أن التواصل مع الدعم الاجتماعي كان متاحاً بتقديم الدعم والمعلومات والمشورة والرعاية ووجود المقربين، مع العلم أن كل من الأسرة والرعاية الصحية والمعلومات المهنية والاتصال المهني أعطى الشعور بالأمن، وأعطى الدعم الاجتماعي قوة.

وهدفت دراسة (Dorros et al., 2010) إلى التحقق من مدى ما تقوم به الدعم والدعم النفسي من قبل أزواج المصابات بسرطان الثدي من التخفيف من حدة المشقة النفسية التي تعاني منها المريضات في مراحل المرض المبكر، تكونت عينة الدراسة من 95 من الأزواج (زوج وزوجة)، طبق مقياس الدعم الاجتماعية ومقياس المستشفى HADS لقياس القلق والاكتئاب والمقابلة الشخصية، وتوصلت النتائج إلى أن أزواج المصابات يعانون من القلق والاكتئاب لما ألم بزوجاتهم، كما أن الدعم النفسي التي تلقاه المريضات من أزواجهن يسهم بالتخفيف من حدة الأعراض النفسية لديهن، والعامل النفسي عامل مهم ومساعد في تقديم العلاج أو تأخره.

3.10.2 التعقيب على الدراسات السابقة:

يتضح من خلال الدراسات السابقة مدى أهمية التعرف إلى مرض سرطان الثدي وما يسببه من ضغوط نفسية على المريضات ومدى أهمية الدعم الاجتماعي في مساعدة المريضات في مواجهة المرض وتخطية بأقل ضغوط نفسية يمكن أن تمر بها المريضات وبالرغم من تعدد الدراسات في هذا الموضوع إلا ان نسبة الوعي بين فئات المجتمع بهذا المرض محدودة بالنسبة للضغوط الواقعه على المريضات.

دراسات الضغوط النفسية:

ركزت الدراسات السابقة على إلى الكشف عن مستوى الألم النفسي لدى مرضى السرطان، ومعرفة الفروق في مستويات متغير الجنس، السن ونوع العلاج كما جاء بدراسة براهيمية (2016)، ودراسة حجازي (2015) هدفت إلى الضغوط التي تعاني منها المرأة المصابة بسرطان الثدي و تصور مقترح لمدخل العلاج الواقعي في طريقة خدمة الجماعة

دراسات الدعم الاجتماعي:

مؤسسات المجتمع، وهدفت دراسة الطشطوش (2015) إلى الكشف عن مستوى الرضا عن الحياة ومستوى الدعم الاجتماعي المدرك والعلاقة بينهما لدى مريضات سرطان الثدي، ودراسة (Nikolic et al., 2015) هدفت إلى تحديد مستوى الصعوبات وأنواع المساعدة المطلوبة، ومستوى الرضا لدى المصابات بسرطان الثدي كما هدفت الدراسة إلى فحص العلاقة بين مستوى الرضا والأنشطة الحياتية اليومية، ودراسة (Ozolat et al., 2014) هدفها التعرف إلى أنماط التعلق والدعم الاجتماعي المدرك كعوامل متنتة بالتكيف النفسي والاجتماعي لدى مرضى السرطان، ودراسة (Svetina & Nastran, 2012) التي هدفها التعريف إلى جوانب العلاقات الأسرية، مثل: المرونة، والتماسك، والتواصل، والرضا عن الحياة لدى عينة من المصابات بسرطان الثدي.

وهدفت دراسة (Drageset, 2012) إلى معرفة الضيق النفسي والتكيف والدعم الاجتماعي لمريضات سرطان الثدي في مرحلتي التشخيص وقبل الجراحة، وهدفت دراسة (Dorros et al., 2010) إلى التحقق من مدى ما تقوم به الدعم والدعم النفسي من قبل أزواج المصابات بسرطان الثدي من التخفيف من حدة المشقة النفسية التي تعاني منها المريضات في مراحل المرض المبكر. وقد اتفقت دراستي مع الدراسات السابقة بالعديد من الجوانب وهي الضغوط الواقعة على المريضات وتفسير علاقة الضغط بالعديد من المتغيرات وقد أكدت الدراسات السابقة على أهمية الدعم الاجتماعي للمرضات، وستكون الدراسة الحالية استكمالاً للدراسات السابقة وما نادى به من توصيات.

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

منهج الدراسة

مجتمع وعينة الدراسة

أداة الدراسة

صدق أداة الدراسة

ثبات أداة الدراسة

المعالجة الإحصائية

الفصل الثالث:

الطريقة والاجراءات

1.3 مقدمة

يستعرض هذا الفصل منهجية الدراسة، وأدواتها التي اختارتها الباحثة لإجراء دراستها، وكذلك مجتمع الدراسة الذي أجرت عليه الباحثة الدراسة، وعينة الدراسة وخصائصها، والطريقة التي اتبعتها الباحثة للتأكد من صدق أداة الدراسة، وكيفية التحقق من ثبات الأداة، وطريقة المعالجة الإحصائية لبيانات الدراسة.

2.3 منهج الدراسة

استناداً إلى طبيعة الدراسة وأهدافها استخدمت الدراسة الحالية المنهج الوصفي، وذلك لملاءمته لأغراض الدراسة، من حيث رصد وتحليل واقع مشكلة الدراسة في الوقت الحاضر وكما هي في الواقع من خلال وصفها، وتفسيرها، والتنبؤ بها، وهو المنهج المناسب والأفضل - في رأي الباحثة- لمثل هذه الدراسات.

3.3 مجتمع وعينة الدراسة

تألف مجتمع الدراسة من جميع مريضات سرطان الثدي في مدينة القدس وضواحيها للعام 2018/2017، واشتملت عينة الدراسة على (224) من مريضات سرطان الثدي المترددات على العيادات الصحية في المحافظة، وتم استخدام العينة القصدية لمناسبتها لهذه الدراسة. والجدول (1.3) يوضح الخصائص الديمغرافية لعينة الدراسة.

جدول رقم (1.3) الأعداد، والنسب المئوية لخصائص العينة الديمغرافية

القيم الناقصة	النسبة المئوية	العدد	المتغيرات
-	المؤهل العلمي		
	63.4	142	أقل من توجيهي
	31.3	70	توجيهي-بكالوريوس
	5.4	12	أعلى من بكالوريوس
-	الحالة الاجتماعية		
	17.0	38	عزباء
	68.8	154	متزوجة
	14.3	32	غير ذلك
-	عدد الأبناء		
	22.3	50	لا يوجد
	5.4	12	واحد
	16.1	36	اثنان
	56.3	126	ثلاثة فأكثر
-	العمر		
	8.9	20	أقل من 30
	25.0	56	30-40
	25.0	56	41-50
	41.1	92	أكثر من 50

4.3 أداة الدراسة

ولفحص موضوع الضغط النفسي وعلاقته بالدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي، تم استخدام مقياس الدعم الاجتماعي من إعداد طشوش (2015)، الذي تكون من (16) فقرة، ومقياس الضغوط التي تعاني منها المرأة المصابة بسرطان الثدي من إعداد حجازي (2015)، الذي تكون من (22) فقرة، والتي تم تعديلها بما يتناسب مع البيئة الفلسطينية، وبناءً على توجيهات ثمانية من المحكمين بتخصصات مختلفة، الملحق رقم (1.5)، (2.5).

5.3 صدق أداة الدراسة

تم التحقق من صدق أداة الدراسة بعرضها على مجموعة من المحكمين الذين أبدوا عدداً من الملاحظات حولها، التي تم أخذها بعين الاعتبار عند إخراج الأداة بشكلها النهائي، هذا من ناحية ومن ناحية أخرى، تم التحقق من الصدق بحساب التحليل العاملي (Factor Analysis) لفقرات الأداة بأبعادها المختلفة، وذلك كما هو واضح في الجداول رقم (2.3-3.3).

جدول رقم (2.3). نتائج التحليل العاملي (Factor Analysis) لفقرات مقياس الضغوط النفسية

الرقم	الفقرات	درجة التشبع
1.	أعاني من ضعف الذاكرة.	0.60
2.	أشكو من القلق والتوتر.	0.61
3.	أشعر بالوحدة.	0.67
4.	أنفعل بسرعة لأتفه الأسباب.	0.82
5.	فقدت الأمل بالبقاء على قيد الحياة.	0.67
6.	تضايقتني فكرة عدم إنجاب الأطفال.	0.60
7.	أنزعج من تأثير العلاج على مظهري.	0.74
8.	أعاني من صعوبات مالية بسبب العلاج.	0.66
9.	أشعر بالخوف من فقدان انوثتي.	0.79
10.	أعاني من مشاكل جنسية.	0.60
11.	ترهقني الفحوصات الطبية المستمرة.	0.64
12.	أعاني من آلام جسمية.	0.71
13.	فقدت شهيتي للطعام.	0.65
14.	أحس بضيق في التنفس.	0.63
15.	تنتابني مخاوف غريبة لا أعرف لها سبباً.	0.62

0.73	كراهية الحياة بسبب مرضي.	16.
0.74	ينتابني الكوابيس المزعجة.	17.
0.73	يصعب عليّ التحدث عن مرضي.	18.
0.78	انا سريعة الغضب بعد مرضي.	19.
0.72	أجد صعوبة في الاقبال على الحياة.	20.
0.80	نومي أصبح غير طبيعي بعد أصابتي بالسرطان.	21.
0.65	يضايقني انخفاض مستوى طموحي في الحياة بعد مرضي	22.

جدول رقم (3.3). نتائج التحليل العاملي (Factor Analysis) لفقرات مقياس الدعم الاجتماعي

الرقم	الفقرات	درجة التشبع
1.	هناك شخص مميز بقربي عندما أكون بحاجة اليه.	0.60
2.	أتضايق من اعتمادي على الآخرين.	0.62
3.	عائلتي تحاول فعلا مساعدتي.	0.77
4.	أحصل على المساعدة العاطفية فقط من عائلتي	0.82
5.	أحصل على الدعم الذي احتاجه من عائلتي.	0.66
6.	أصدقائي فعلا يحاولون مساعدتي.	0.70
7.	أستطيع التحدث عن مشاكلي مع عائلتي.	0.87
8.	يمكنني التحدث حول مشاكلي مع أصدقائي.	0.95
9.	اتضايق من الخلافات داخل الاسرة.	0.81
10.	افتقد لحب الآخرين.	0.65
11.	يهيئون لي الأجواء المناسبة لكي أكون سعيدا	0.79
12.	يشعرونني بتفاؤل تجاه مستقبلي في الحياة	0.84
13.	يخففون عني أي ضغط عصبي ينتابني	0.84

0.84	يشعرون بالقرب منهم في كافة الأوقات	14.
0.73	يراعون مشاعري ولا يحرجونني	15.
0.80	يخففون عني الآلام والهموم التي تصيبني	16.

6.3 ثبات أداة الدراسة

تم حساب الثبات لأداة الدراسة بأبعادها المختلفة بطريقة الاتساق الداخلي بحساب معادلة الثبات كرونباخ ألفا (Cronbach Alpha)، وقد جاءت النتائج كما هي واضحة في الجدول رقم (4.3).

جدول رقم (4.3). نتائج معادلة الثبات كرونباخ ألفا (Cronbach Alpha) لأداة الدراسة بأبعادها المختلفة

رقم	أبعاد الدراسة	عدد الفقرات	قيمة Alpha
1.	الضغوط النفسية	22	0.87
2.	الدعم الاجتماعي	16	0.84

تشير المعطيات الواردة في الجدول رقم (4.3) أن أداة الدراسة بأبعادها المختلفة تتمتع بدرجة عالية جداً من الثبات.

7.3 المعالجة الإحصائية:

بعد جمع بيانات الدراسة قامت الباحثة بمراجعتها تمهيداً لإدخالها للحاسوب، وأدخلت إلى الحاسوب بإعطائها أرقاماً معينة، أي بتحويل الإجابات اللفظية إلى رقمية، حيث أعطيت الإجابة بشكل كبير جداً 5 درجات، وبشكل كبير 4 درجات، وبشكل متوسط 3 درجات، وبشكل قليل درجتين، وبشكل قليل جداً، وذلك في الفقرات الموجبة وعكست في الفقرات السالبة، بحيث كلما ازدادت الدرجة ازدادت درجة الضغوط النفسية ودرجة الدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي والعكس صحيح.

تمت المعالجة الإحصائية اللازمة للبيانات باستخراج الأعداد، والنسب المئوية، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، وقد فحصت فرضيات الدراسة عند المستوى $(0.05 \geq \alpha)$ ، عن طريق الاختبارات الإحصائية الآتية، وذلك بعد التأكد من درجة تجانسها، وتوزيعها الطبيعي من خلال اختبارات (Normality Plots and Histograms Tests):

1. اختبار ت (t.tes).
 2. اختبار تحليل التباين الأحادي (One way analysis of variance).
 3. اختبار توكي (tukey test).
 4. معامل الانحدار المعياري (Standardized regression).
 5. التحليل العاملي (Factor analysis).
 6. معامل الثبات (Cronbach Alpha).
- تم ذلك باستخدام الحاسوب باستخدام برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، ولفهم نتائج الدراسة يمكن الاستعانة بمفتاح المتوسطات الحسابية كما هو واضح في الجدول رقم (10.3).

جدول رقم (5.3). مفتاح المتوسطات الحسابية.

المتوسط الحسابي	درجة الضغوط النفسية ودرجة الدعم الاجتماعي
2.33-1	منخفضة
3.67-2.34	متوسطة
5-3.68	عالية

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

نتائج أسئلة الدراسة

نتائج فرضيات الدراسة

الفصل الرابع:

نتائج الدراسة

1.4 مقدمة

يتضمن هذا الفصل عرضاً كاملاً ومفصلاً لنتائج الدراسة التي توصلت إليها الباحثة عن موضوع الضغط النفسي وعلاقته بالدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي، وذلك من خلال الإجابة عن أسئلة الدراسة وأهدافها واختبار فرضياتها، باستخدام التقنيات الإحصائية المناسبة.

2.4 نتائج أسئلة الدراسة:

1.2.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الأول:

ما مستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي؟

للإجابة عن هذا السؤال استخرجت الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، والنسب المئوية لمستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي، وذلك كما هو واضح في الجدول رقم (1.4).

جدول رقم (1.4). الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، والنسب المئوية لمستوى الضغط النفسي

لدى مرضى سرطان الثدي

المتغير	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي (%)
مستوى الضغط النفسي	224	2.65	0.68	53.0

يتضح من المعطيات الواردة في الجدول رقم (1.4) أن مستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي كان متوسطاً، إذ بلغ المتوسط الحسابي لهذا المستوى (2.65)، وبلغ الوزن النسبي له (53%).

2.2.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني

ما مؤشرات الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي؟

للإجابة عن هذا السؤال استخرجت الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لمؤشرات الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي مرتبة حسب الأهمية، وذلك كما هو واضح في الجدول رقم (2.4).

جدول رقم (2.4). المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، والنسب المئوية لمؤشرات الضغط النفسي لدى

مرضى سرطان الثدي مرتبة حسب الأهمية

رقم الفقرة	مؤشرات الضغط النفسي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي (%)
1.	أعاني من صعوبات مالية بسبب العلاج.	3.81	1.26	76.2
2.	أنفعل بسرعة لأتفه الأسباب.	3.62	1.16	72.4
3.	ترهقني الفحوصات الطبية المستمرة.	3.62	1.24	72.4
4.	أعاني من آلام جسدية.	3.46	1.05	69.2

68.0	1.20	3.40	انا سريعة الغضب بعد مرضي.	.5
64.8	1.26	3.24	نومي أصبح غير طبيعي بعد أصابتي بالسرطان.	.6
60.8	1.64	3.04	أنزعج من تأثير العلاج على مظهري.	.7
59.2	1.23	2.96	تنتابني مخاف غريبة لا أعرف لها سبباً.	.8
57.4	1.26	2.87	فقدت شهيتي للطعام.	.9
57.4	1.70	2.87	اشعر بالخوف من فقدان انوثتي.	.10
52.4	1.48	2.62	أشكو من القلق والتوتر.	.11
50.8	1.09	2.54	أحس بضيق في التنفس.	.12
50.0	1.43	2.50	يضايقني انخفاض مستوى طموحي في الحياة بعد مرضي	.13
46.6	1.26	2.33	ينتابني الكوابيس المزعجة.	.14
43.8	1.10	2.19	أعاني من ضعف الذاكرة.	.15
43.0	1.44	2.15	يصعب علي التحدث عن مرضي.	.16
39.6	1.56	1.98	تضايقني فكرة عدم إنجاب الأطفال.	.17
38.8	1.13	1.94	أجد صعوبة في الاقبال على الحياة.	.18
38.4	1.27	1.92	أشعر بالوحدة.	.19
37.6	1.21	1.88	أعاني من مشاكل جنسية.	.20
36.6	1.21	1.83	كراهية الحياة بسبب مرضي.	.21
34.2	1.07	1.71	فقدت الأمل بالبقاء على قيد الحياة.	.22

يوضح الجدول رقم (2.4) مؤشرات الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي مرتبة حسب الأهمية،

جاء في مقدمتها: أعاني من صعوبات مالية بسبب العلاج، وأنفعل بسرعة لأنفه الأسباب، وترهقني

الفحوصات الطبية المستمرة.

3.2.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث:

ما درجة الدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي؟

للإجابة عن هذا السؤال استخرجت الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، والنسب المئوية لدرجة الدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي، وذلك كما هو واضح في الجدول رقم (3.4).

جدول رقم (3.4). الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، والنسب المئوية لدرجة الدعم الاجتماعي

لدى مرضى سرطان الثدي

المتغير	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي (%)
درجة الدعم الاجتماعي	224	4.15	0.58	83.0

يتضح من المعطيات الواردة في الجدول رقم (3.4) أن درجة الدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي كانت عالية، إذ بلغ المتوسط الحسابي لهذه الدرجة (4.15)، وبلغ الوزن النسبي لها (83%).

4.2.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع

ما مؤشرات الدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي؟

للإجابة عن هذا السؤال استخرجت الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لمؤشرات الدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي مرتبة حسب الأهمية، وذلك كما هو واضح في الجدول رقم (4.4).

جدول رقم (4.4). المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، والنسب المئوية لمؤشرات الدعم الاجتماعي لدى

مرضى سرطان الثدي مرتبة حسب الأهمية

الوزن النسبي (%)	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	مؤشرات الدعم الاجتماعي	رقم الفقرة
91.6	0.69	4.58	أحصل على الدعم الذي احتاجه من عائلتي.	1.
90.8	0.91	4.54	عائلتي تحاول فعلا مساعدتي.	2.
90.4	0.86	4.52	هناك شخص مميز بقربي عندما أكون بحاجة اليه.	3.
89.8	0.92	4.49	يراعون مشاعري ولا يهزئونني	4.
89.2	0.90	4.46	يخففون عني أي ضغط عصبي يبتأني	5.
89.2	0.88	4.46	يهيئون لي الأجواء المناسبة لكي أكون سعيدا	6.
89.0	0.91	4.45	يشعرونني بتفاؤل تجاه مستقبلي في الحياة	7.
88.2	0.97	4.41	يشعرونني بالقرب منهم في كافة الأوقات	8.
88.0	0.94	4.40	يخففون عني الآلام والهموم التي تصيبني	9.
85.0	1.05	4.25	أصدقائي فعلا يحاولون مساعدتي.	10.
84.2	1.13	4.21	أفقد حب الآخرين.	11.
82.4	1.22	4.12	أستطيع التحدث عن مشاكلي مع عائلتي.	12.
80.8	1.04	4.04	اتضايق من الخلافات داخل الاسرة.	13.
77.6	1.34	3.88	يمكنني التحدث حول مشاكلي مع أصدقائي.	14.
62.4	1.55	3.12	أحصل على المساعدة العاطفية فقط من عائلتي	15.
51.6	1.29	2.58	أضايق من اعتمادي على الآخرين.	16.

يوضح الجدول رقم (4.4) مؤشرات الدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي مرتبة حسب الأهمية، جاء في مقدمتها: أحصل على الدعم الذي احتاجه من عائلتي، عائلتي تحاول فعلا مساعدتي، هناك شخص مميز بقربي عندما أكون بحاجة اليه.

3.4 نتائج فرضيات الدراسة

1.3.4 الفرضية الرئيسية الأولى

لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($0.05 \geq \alpha$) بين الدعم الاجتماعي ومستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي.

لاختبار الفرضية السابقة تم استخدام معامل الانحدار المعياري (standardized regression) للعلاقة بين الدعم الاجتماعي ومستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي، كما هو واضح في الجدول رقم (5.4).

جدول رقم (5.4). نتائج معامل الانحدار المعياري (standardized regression) للعلاقة بين الدعم الاجتماعي ومستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي

المتغيرات	العدد	قيمة Beta	الدلالة الإحصائية
الدعم الاجتماعي* مستوى الضغط النفسي	224	-0.447	0.000

تشير المعطيات الواردة في الجدول رقم (5.4) إلى وجود علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($0.05 \geq \alpha$) بين الدعم الاجتماعي ومستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي، بحيث كلما ازدادت درجة الدعم الاجتماعي قل مستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي، والعكس صحيح، وبذلك ترفض الفرضية.

2.3.4 الفرضية الرئيسية الثانية

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في مستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي وفقاً لمتغيرات المؤهل العلمي، والحالة الاجتماعية، وعدد الأبناء، والعمر.

ويتفرع عن الفرضية الرئيسية الثانية الفرضيات الفرعية التالية:

1.2.3.4 الفرضية الفرعية الأولى

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في مستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي تعزى لمتغير المؤهل العلمي.

لاختبار الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (one way analysis of variance) للفروق في مستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي تعزى لمتغير المؤهل العلمي، وذلك كما هو واضح في الجدول رقم (6.4).

جدول رقم (6.4). نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (one way analysis of variance) للفروق في

مستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي تعزى لمتغير المؤهل العلمي

الدلالة الإحصائية	قيمة ف المحسوبة	متوسط المربعات	مجموع المربعات	درجات الحرية	مصدر التباين
0.002	6.381	2.836	5.673	2	بين المجموعات
		0.444	98.228	221	داخل المجموعات
		-----	103.900	223	المجموع

تشير المعطيات الواردة في الجدول رقم (6.4) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في مستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي تعزى لمتغير المؤهل العلمي، وبذلك ترفض الفرضية. ولإيجاد مصدر هذه الفروق استخدم اختبار توكي (tukey test) للمقارنات الثنائية

البعديّة للفروق في مستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي تعزى لمتغير المؤهل العلمي، وذلك كما هو واضح في الجدول رقم (7.4).

جدول رقم (7.4). نتائج اختبار توكي (tukey test) للمقارنات الثنائية البعدية للفروق في مستوى الضغط النفسي

لدى مرضى سرطان الثدي تعزى لمتغير المؤهل العلمي

المقارنات	أقل من توجيهي	توجيهي-بكالوريوس	أعلى من بكالوريوس
أقل من توجيهي		-0.33949*	-0.26590
توجيهي-بكالوريوس			0.07359
أعلى من بكالوريوس			

تشير المقارنات الثنائية البعدية الواردة في الجدول رقم (7.4) إلى أن الفروق في مستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي تعزى لمتغير المؤهل العلمي كان بين المرضى ذوي المؤهل العلمي الأقل من توجيهي والتوجيهي-بكالوريوس، لصالح المرضى ذوي المؤهل العلمي الأعلى، الذين كان مستوى الضغط النفسي عندهم أعلى، وذلك كما هو واضح من المتوسطات الحسابية لمستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي تعزى لمتغير المؤهل العلمي في الجدول رقم (8.4).

جدول رقم (8.4). المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي

تعزى لمتغير المؤهل العلمي

المؤهل العلمي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
أقل من توجيهي	142	2.53	0.70
توجيهي-بكالوريوس	70	2.87	0.57
بكالوريوس	12	2.80	0.68

2.2.3.4 الفرضية الفرعية الثانية

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في مستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

لاختبار الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (one way analysis of variance) للفروق في مستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، وذلك كما هو واضح في الجدول رقم (9.4).

جدول رقم (9.4). نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (one way analysis of variance) للفروق في مستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية

الدلالة الإحصائية	قيمة ف المحسوبة	متوسط المربعات	مجموع المربعات	درجات الحرية	مصدر التباين
0.001	7.619	3.351	6.702	2	بين المجموعات
		0.440	97.198	221	داخل المجموعات
		-----	103.900	223	المجموع

تشير المعطيات الواردة في الجدول رقم (9.4) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى α ($0.05 \geq$) في مستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، وبذلك ترفض الفرضية. ولإيجاد مصدر هذه الفروق استخدم اختبار توكي (tukey test) للمقارنات الثنائية البعدية للفروق في مستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، وذلك كما هو واضح في الجدول رقم (10.4).

جدول رقم (10.4). نتائج اختبار توكي (tukey test) للمقارنات الثنائية البعدية للفروق في مستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية

غير ذلك	متزوجة	عزباء	المقارنات
0.24342	0.45461*		عزباء
-0.21119			متزوجة
			غير ذلك

تشير المقارنات الثنائية البعدية الواردة في الجدول رقم (10.4) إلى أن الفروق في مستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية كان بين المرضى المتزوجات وغير المتزوجات، لصالح غير المتزوجات، اللواتي كان مستوى الضغط النفسي عندهن أعلى، وذلك كما هو واضح من المتوسطات الحسابية لمستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية في الجدول رقم (11.4).

جدول رقم (11.4). المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الحالة الاجتماعية
0.66	3.00	38	عزباء
0.65	2.55	154	متزوجة
0.70	2.76	32	غير ذلك

3.2.3.4 الفرضية الفرعية الثالثة:

لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ بين متغير عدد الأبناء ومستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي.

4.2.3.4 الفرضية الفرعية الرابعة:

لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ بين متغير العمر ومستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي.

لاختبار الفرضيتان السابقتان تم استخدام معامل الانحدار المعياري (standardized regression) للعلاقة بين متغيري عدد الأبناء والعمر ومستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي، كما هو واضح في الجدول رقم (12.4).

جدول رقم (12.4). نتائج معامل الانحدار المعياري (standardized regression) للعلاقة بين متغيري عدد

الأبناء والعمر ومستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي

المتغيرات	العدد	قيمة Beta	الدالة الإحصائية
عدد الأبناء*مستوى الضغط النفسي	224	-0.070	0.325
العمر*مستوى الضغط النفسي	224	-0.432	0.000

تشير المعطيات الواردة في الجدول رقم (12.4) إلى وجود علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($0.05 \geq \alpha$) بين متغير العمر ومستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي، بحيث كلما ازداد العمر قل مستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي، والعكس صحيح، وبذلك ترفض الفرضية، في المقابل لم تظهر أية علاقة دالة احصائياً بين متغير عدد الأبناء ومستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي، وبذلك تقبل الفرضية.

3.3.4 الفرضية الرئيسية الثالثة

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($0.05 \geq \alpha$) في مستوى الدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي وفقاً لمتغيرات المؤهل العلمي، والحالة الاجتماعية، وعدد الأبناء، والعمر.

ويتفرع عن الفرضية الرئيسية الثانية الفرضيات الفرعية التالية:

1.3.3.4 الفرضية الفرعية الأولى:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($0.05 \geq \alpha$) في درجة الدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي تعزى لمتغير المؤهل العلمي.

لاختبار الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (one way analysis of variance) للفروق في درجة الدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي تعزى لمتغير المؤهل العلمي، وذلك كما هو واضح في الجدول رقم (13.4).

جدول رقم (13.4). نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (one way analysis of variance) للفروق في

درجة الدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي تعزى لمتغير المؤهل العلمي

الدلالة الإحصائية	قيمة ف المحسوبة	متوسط المربعات	مجموع المربعات	درجات الحرية	مصدر التباين
0.969	0.032	0.011	0.022	2	بين المجموعات
		0.340	75.166	221	داخل المجموعات
		-----	75.187	223	المجموع

تشير المعطيات الواردة في الجدول رقم (13.4) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($0.05 \geq \alpha$) في درجة الدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي تعزى لمتغير المؤهل العلمي، وبذلك تقبل الفرضية.

جدول رقم (14.4). المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة الدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي

تعزى لمتغير المؤهل العلمي

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	المؤهل العلمي
0.61	4.15	142	أقل من توجيهي
0.48	4.15	70	توجيهي-بكالوريوس
0.77	4.19	12	بكالوريوس

2.3.3.4 الفرضية الفرعية الثانية:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($0.05 \geq \alpha$) في درجة الدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

لاختبار الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (one way analysis of variance) للفروق في درجة الدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، وذلك كما هو واضح في الجدول رقم (15.4).

جدول رقم (15.4). نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (one way analysis of variance) للفروق في

درجة الدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية

الدلالة الإحصائية	قيمة ف المحسوبة	متوسط المربعات	مجموع المربعات	درجات الحرية	مصدر التباين
0.000	16.377	4.853	9.705	2	بين المجموعات
		0.296	65.482	221	داخل المجموعات
		-----	75.187	223	المجموع

تشير المعطيات الواردة في الجدول رقم (15.4) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في درجة الدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، وبذلك ترفض الفرضية. ولإيجاد مصدر هذه الفروق استخدم اختبار توكي (tukey test) للمقارنات الثنائية البعدية للفروق في درجة الدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، وذلك كما هو واضح في الجدول رقم (16.4).

جدول رقم (16.4). نتائج اختبار توكي (tukey test) للمقارنات الثنائية البعدية للفروق في درجة الدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية

غير ذلك	متزوجة	عزباء	المقارنات
0.02262	-0.43853*		عزباء
0.46114*			متزوجة
			غير ذلك

تشير المقارنات الثنائية البعدية الواردة في الجدول رقم (16.4) إلى أن الفروق في درجة الدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية كان بين المرضى المتزوجات وغير المتزوجات، لصالح المتزوجات، اللواتي كانت درجة الدعم الاجتماعي عندهن أعلى، وذلك كما هو واضح من المتوسطات الحسابية لدرجة الدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية في الجدول رقم (17.4).

جدول رقم (17.4). المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة الدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي

تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الحالة الاجتماعية
0.66	3.85	38	عزباء
0.43	4.29	154	متزوجة
0.81	3.83	32	غير ذلك

3.3.3.4 الفرضية الفرعية الثالثة:

لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ بين متغير عدد الأبناء ودرجة الدعم

الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي.

4.3.3.4 الفرضية الفرعية الرابعة:

لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ بين متغير العمر ودرجة الدعم

الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي.

لاختبار الفرضيتان السابقتان تم استخدام معامل الانحدار المعياري (standardized regression)

للعلاقة بين متغيري عدد الأبناء والعمر ودرجة الدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي، كما هو

واضح في الجدول رقم (18.4).

جدول رقم (18.4). نتائج معامل الانحدار المعياري (standardized regression) للعلاقة بين متغيري عدد

الأبناء والعمر ودرجة الدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي

المتغيرات	العدد	قيمة Beta	الدلالة الإحصائية
عدد الأبناء*درجة الدعم الاجتماعي	224	0.128	0.104
العمر*درجة الدعم الاجتماعي	224	0.159	0.043

تشير المعطيات الواردة في الجدول رقم (18.4) إلى وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($0.05 \geq \alpha$) بين متغير العمر ودرجة الدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي، بحيث كلما ازداد العمر ازدادت درجة الدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي، والعكس صحيح، وبذلك ترفض الفرضية، في المقابل لم تظهر أية علاقة دالة احصائياً بين متغير عدد الأبناء ودرجة الدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي، وبذلك تقبل الفرضية.

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

مناقشة نتائج أسئلة الدراسة

مناقشة نتائج فرضيات الدراسة

مناقشة النتائج والتوصيات:

1.5 مناقشة أسئلة الدراسة:

ما مستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي؟

أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي كان بدرجة متوسطة، حيث أن المريضات يعانن من الإرهاق بسبب الفحوصات الطبية والانفعالات السريعة والألام الجسمية. ومع ذلك لم يكن فاقداً الأمل بالبقاء على قيد الحياة وكرهية الحياة بسبب المرض، وذلك بأنشغالهن بالتفكير بالأمر المالية للعلاج وانصرافهن عن التفكير بالمرض.

ترى الباحثة هذه النتيجة المتوسطة إلى أن المريضات يعانن من مشاكل عديدة تواجههن في تلقي العلاج من حيث وصولهن لمراكز تلقي العلاج حيث أن أغلبية عينة الدراسة كانت من خارج ضواحي القدس (الضفة الغربية وقطاع غزة) حيث كان للاحتلال دور فعال في صعوبة وصولهن إلى مراكز تلقي العلاج إما من حيث الحواجز التي تزيد من معانتهن وصعوبة الحصول على تصاريح الدخول إلى مناطق القدس وتعدد المواصلات الغير مباشرة من أماكن السكن إلى مراكز تلقي العلاج وهذا الصعوبات جميعها أدت إلى عدم التفكير في الموت واليأس من الحياة إلى زيادة التفكير بالأمر المادية وكيفية الحصول على العلاج مما أدى إلى زيادة الضغط النفسي الواقع عليهن بسبب هذه الصعوبات الجمى. وتتفق هذه النتيجة مع دراسة حجازي (2015).

ما درجة الدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي؟

أظهرت النتائج أن درجة الدعم الاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي جاءت بدرجة عالية، حيث أن المريضات حصلن على الدعم الذي يحتاجنه من العائلة والأصدقاء من خلال توفير الأجواء المناسبة لتكون سعيدة وليخففون عنها أي ضغط عصبي ينتابها ويشعرونها بالتفاؤل اتجاه مستقبلها بالحياة وأنهم بالقرب منها كافة الأوقات.

وترى الباحثة هذه النتيجة العالية إلى طبيعة المجتمعات العربية المتمسمة بالترابط الأسري العالي الذي يؤدي إلى وجود الدعم الاجتماعي التي تحتاجه المريضات للمساعدة في التخفيف من الآلام والضغوطات التي تشعر بها سواء كان هذا الدعم من الزوج أو الأصدقاء أو العائلة بشكل عام حيث تحظى المريضة بكافة الأهتمام والتقرب والمساعدات إما المعنوية أو المادية التي تحتاجه من قبل الشبكة الاجتماعية المحيطة بها بشكل كبير مما يقلل من الضغوط النفسية والآلام الجسمية الواقعة على كاهل المريضة ويبعد من تفكيرها بالمرض بشكل مباشر. وتتفق هذه الدراسة مع دراسة دروس (2010) دراسة نيكوليتش (2015) ودراسة اوزلات (2014) ودراسة سفيتينا وناستر (2012).

2.5 مناقشة نتائج فرضيات الدراسة:

أظهرت النتائج أنه توجد علاقة عكسية بين الدعم الاجتماعي ومستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي. أي أنه كلما ازدادت درجة الدعم الاجتماعي قل مستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي، والعكس صحيح.

وترى الباحثة ذلك الى أن الدعم الاجتماعي يقلل من الضغوط النفسية، بحيث أن المريضة تحصل على الكثير من الأهتمام والمساعدة في تخطي صدمة المرض وآثاره من قبل الزوج والأبناء والعائلة والأصدقاء، على خلاف المريضات اللواتي لم يحصلن على الدعم الاجتماعي بحيث قلّة الدعم

الاجتماعي الذي تعاني منه المريضة زاد من الضغوط النفسية الواقعة عليها مما جعلها تشعر بالوحدة واليأس والاكتئاب والتوتر بشكل كبير وملحوظ من خلال عدم الرغبة في الحياة، وقد اتفقت هذه النتائج مع نتائج دراسة دراجيست (2012).

بينت النتائج أنه توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي يعزى لمتغير المؤهل العلمي، وبذلك تم رفض الفرضية الأولى. وترى الباحثة ذلك الى أن المؤهل العلمي لم يكن له دور فعال في تخفيف الضغط النفسي لدى المريضات حيث كانت إجابات المريضات متوافقة ومتشابهة برغم اختلاف المستوى العلمي لديهن. بل أن الصعوبات الواقعه على المريضات والتي تزيد من الضغط النفسي كما جاء بالدارسة لم ترتبط بالمستوى العلمي لدى المريضات، وكما رأيت من خلال لقائي بالعينة الدراسة والحديث معهن فإن صدمة العلم بالمرض والضغوط الناتجة عن هذه الصدمة وفكرة أن هذا المرض قضاء وقدر ناتجة من الوازع الديني داخل المريضات كانت متساوية لديهن على رغم من تباين المستوى العلمي للعينة.

وأظهرت النتائج أنه توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، وبذلك تم رفض الفرضية الثانية. وترى الباحثة هذه النتيجة إلى أن الضغط النفسي لدى العزباوات كان أقل من المتزوجات، وذلك يعود إلى المسؤوليات المترتبة على المتزوجة اتجاه الأولاد والعائلة والزوج يعود عليها بضغط نفسي أكبر من العزباوات، ويزيد من الضغوط النفسية لدى المريضات المتزوجات تأثير المرض على حياتهن الزوجية (من ناحية جنسية) وأنشغالها بالتفكير بردة فعل زوجها وعدم تقبله لها بعد المرض. وكما أن المريضات العزباوات كان لديهن أمل بالحياة وتفاؤل ورسم خطط مستقبلية ساعدتهن في تقليل من الضغوط النفسية التي تقع عليها. وقد اتفقت هذه النتيجة مع دراسة طشطوش (2015).

أظهرت النتائج أنه توجد علاقة عكسية دالة إحصائياً بين متغير العمر ومستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي، وبذلك تم رفض الفرضية الرابعة. وترى الباحثة أنه كلما كان العمر أكبر تقل الضغوط النفسية الواقعة على المريضات وذلك يرجع إلى أن المريضات الأصغر سناً تكون لديهن هواجس بتعايش مع هذا المرض، فهي دائمة التفكير بآثار هذا المرض وتأثيره على مظهرها الخارجي وهي في ريعان شبابها ومدى تأثيره على نواحي الحياة العامة من حيث الزواج وانجاب الأطفال والإحالة بينهن وبين الطموح المراد تحقيقه على عكس كبار السن اللواتي تجاوزن معظم مراحل الحياة وكلما تقدم السن بالمريضة كانت نسبة قلق الموت أقل فهي بنظرها عاشت مراحل حياتها المختلفة وهذا قلل من الضغط النفسي لديهن. وقد اتفقت هذه النتيجة مع دراسة براهيمية (2016).

أظهرت النتائج أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً في درجة الدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي يعزى لمتغير المؤهل العلمي. وترى الباحثة أنه الدعم الاجتماعي لا يختلف بالنسبة للمؤهل العلمي لدى المريضات وبذلك كان الدعم الاجتماعي المقدم للمريضات على اختلاف المستوى العلمي لديهن متساوي سواء كان الدعم من العائلة أو الأصدقاء فالأم تبقى أم والابنة تبقى ابنة والأخت تبقى أخت والزوجة تبقى زوجة مهما كان المستوى العلمي لديها فالحب والاحترام والاهتمام لا يرتبط بمؤهل علمي بل هذا نابع من النفس، فالإنسان يقدم ما يستطيع من الدعم والاهتمام للمريض دون النظر إلى علمه وشهاداته أو حتى منصبه، فالدعم الاجتماعي غير مقترن بضوابط تقيده وتحد منه.

كما بينت النتائج أنه توجد فروق دالة إحصائياً في درجة الدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية. وبذلك تم رفض الفرضية الثانية. وترى الباحثة أنه المريضات المتزوجات يزيد الدعم الاجتماعي لديهن وذلك يعود إلى الشبكة الاجتماعية الأوسع لديهن فبخلاف العائلة يكون بالقرب من المريضة الزوج الذي له دور كبير في الدعم الذي تحتاجه لتخطي هذا

المرض، ويكون وجود الابناء في حياتها دافع أكبر للعيش ومقاومة المرض، فهنا تحصل المريضة المتزوجة على دعم اجتماعي واسع وكبير على عكس المريضة غير المتزوجة.

أظهرت النتائج أنه توجد علاقة طردية دالة إحصائياً بين متغير العمر ودرجة الدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي. وبذلك تم رفض الفرضية الرابعة. وترى الباحثة أن معظم الصغيرات بالسن لا يفصحن عن مرضهن ويواجهن المرض لوحدهن دون علم المحيطين بهن فبذلك كانت كميته الدعم الاجتماعي الذي تتلقاه المريضة الصغيرة بالسن أقل من الدعم الاجتماعي الذي تتلقاه مريضات كبيرات السن اللواتي لا يخشين الإفصاح عن المرض. كما أن الكبيرات بالسن يمتلكن شبكة اجتماعية أوسع من صغيرات السن وذلك له تأثير كبير بكمية الدعم الاجتماعي الذي تحصل عليه المريضة من المحيطين بها. وقد اتفقت النتائج مع دراسة طشوش (2015).

3.5 التوصيات:

استناداً إلى النتائج التي توصلت إليها الدراسة توصي الباحثة بما يأتي:

1. على الجهات المختصة عن الفحوصات الطبية تسهيل معاملات المريضات والعمل على توفير الفحوصات الدورية في المراكز الطبية القريبة من أماكن سكنهن.
2. على عائلات المريضات تشجيعهن على الانتساب إلى مراكز تعليمية وتوعوية للحد من تفكيرهن بالمرض.
3. ضرورة تقليل تكاليف العلاج وتوفير مكاتب إرشاد وخدمة اجتماعية تساعد المريضات بتقليل الضغوط النفسية الواقعة عليهن.
4. عمل برامج ترفيهية متنوعة تعمل على تخفيف الضغوط النفسية الواقعة على المريضات أثناء تلقيهن العلاج.
5. الحاجة لإجراء المزيد من الأبحاث النوعية تتعلق بطبيعة الضغوط النفسية والاجتماعية والجسمية التي تعاني منها المصابات بمرض السرطان بعامة، وسرطان الثدي بخاصة.

قائمة المصادر المراجع:

المراجع العربية

أبو النيل، محمود (1997). العوامل النفسية في مرض السرطان مجلة علم النفس، السنة 11، العدد 43، الهيئة المصرية العامة للكتاب.

ابو حطب، صالح محمد (2003). الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها كما تدركها المرأة الفلسطينية في محافظة غزة. رسالة ماجستير غير منشورة. غزة، جامعة الاقصى.

الامارة، أسعد (2006). مشكلات نفسة اجتماعية معاصرة.

براهيمية، جهاد (2016). الألم النفسي لدى مرضى السرطان دراسة ميدانية، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية. عدد 16.

بركات، زياد (2006). سمات الشخصية المستهدفة بالسرطان: دراسة مقارنة بين الأفراد المصابين وغير المصابين بالمرض، مجلة جامعة الابحاث، المجلد 20، العدد 3، طولكرم، فلسطين.

بطرس، حافظ (2008). التكيف والصحة النفسية للطفل، دار الميسر للنشر والتوزيع، عمان.

تايلر، شيلي (2008). علم النفس الصحي، ط1، ترجمة: وسام درويش بريك، وفوزي شاعر داود. عمان، الاردن: دار حامد.

ثابت، أوهم (2008). الضغوط النفسية وعلاقتها بالنفاق النفسي للمصابات بسرطان الثدي المبكر في الأردن، دكتوراة، كلية الدراسات العليا والبحث العلمي، الأكاديمية العربية المفتوحة في الدنمارك.

حجازي، نادية (2015) الضغوط التي تعاني منها المرأة المصابة بسرطان الثدي و تصور مقترح لمدخل العلاج الواقعي في طريقة خدمة الجماعة لمواجهتها، مجلة مركز الدراسات والابحاث، عدد

(34)، 2079 – 2159.

حسين، طه عبد العظيم وحسين، سلامة (2006) استراتيجيات ادارة الضغوط التربوية والنفسية. عمان. دار الفكر للنشر والتوزيع.

الحسيني، أيمن (2002). الموسوعة الصحية للمرأة العصرية. الرياض: مكتبة ابن سينا.

خليل، محمد بيومي (1999). سيكولوجية العلاقات الزوجية. القاهرة: المكتبة المصرية.

دانيلال، جولمان (2002). الذكاء العاطفي، ترجمة: ليلي الجبالي، سلسلة عالم المعرفة، الكويت:

العدد 262.

دسوقي، روية (1996). النموذج السلبي للعلاقة بين المساندة الاجتماعية وضغوط الحياة

والصحة النفسية لدى المطلقات، مجلة علم النفس، العدد التاسع والثلاثون، القاهرة: الهيئة المصرية

العامة للكتاب.

رشوان، عبد المنصف (2006). مدخل الممارسة المهنية لطريقة خدمة الفرد. المكتب الجامعي

الحديث: الاسكندرية.

رشوان، عبد المنصفو القرني، محمد بن مسفر (2004). المداخل العلاجية المعاصرة للعمل مع

الأفراد والأسرة. مكتبة الرشد: الرياض.

الرشيدي، هارون (1999). الضغوط النفسية: طبيعتها- نظرياتها- برنامج لمساعدة الذات في

علاجها. الطبعة الاولى. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

رضوان، سامر (2007). الصحة النفسية، عمان: دار الميسرة.

رمضان، السيد (2002). اسهامات الخدمة الاجتماعية في مجال الأسرة والسكان، الاسكندرية

،دار المعرفة الجامعية.

الزراد، فيصل (2000). الأمراض النفسية الجسدية، دار النفائس بيروت، لبنان، الطبعة الاولى،

ص468.

سليمان، مارتين (2005). السعادة الحقيقية. ترجمة صفاء الأعسر، دار العين للنشر والتوزيع، مصر: القاهرة.

سليمان، حسين وعبد المجيد، هشام (2005). الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية مع الفرد والأسرة. مجد المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع. بيروت.

شقيير، زينب (2002). مقياس مواقف الحياة الضاغطة في البيئة العربية (مصر - السعودية)، كراسة التعليمات، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

الشناوي، محمد محروس وعبد الرحمن، محمد السيد (1994). المساندة الاجتماعية والصحة النفسية، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

شويخ، هناء (2007). أساليب تخفيض الضغوط النفسية الناتجة عن الأورام السرطانية، ايتراك للنشر والطباعة، مصر.

الصبان، عبير (2003). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة من النساء السعوديات المتزوجات العاملات في مدينتي مكة المكرمة وجدة. رسالة دكتوراة (غير منشورة). كلية التربية للبنات، جدة: قسم الفلسفة في علم النفس.

صقر، ايمان (2001). النموذج السلبي للعلاقة بين ضغوط أحداث الحياة والمساندة الاجتماعية وأساليب مواجهة الضغوط والاكنتاب لدى طلاب الجامعة، رسالة ماجستير (غير منشورة). جامعة الزقازيق، الزقازيق: كلية التربية.

طشطوش، رامي (2015). الرضا عن الحياة والدعم الاجتماعي المدرك والعلاقة بينهما لدى عينة من مريضات سرطان الثدي. المجلة الأردنية في العلوم التربوية، 11 (4)، 449 - 467.

عبد الحميد، عزت (2005). المساندة الاجتماعية وضغط العمل وعلاقة كل منهما برضا المعلم عن عمله. مصر.

عبد السلام، علي (2005). المساندة الاجتماعية وتطبيقاتها العلمية، ط1، مكتبة النهضة العربية، القاهرة.

عبد العزيز، مفتاح (2010). مقدمة في علم النفس الصحة، ط1. عمان: دار وائل للنشر.
عبد المعطي، حسن (2006). ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها، الطبعة الاولى، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.

عبد المعطي، حسن (2006). ضغوط الحياة: وأساليب مواجهتها، الصحة النفسية(6)، الطبعة الأولى، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، ص: 23.

عبد الوافي، نجاح (2008). الاثار الاجتماعية والنفسية لأمراض السرطان على الاطفال المصابين بها ودور الاختصاصي الاجتماعي في مساعدتهم، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الفاتح، كلية الادب.

عبد الوهاب، خالد (2006). الضغوط النفسية وتأثيراتها. مصر: جامعة بني يوسف.

عبد الله، محمد (2012). نظريات الارشاد والعلاج النفسي، ط1. عمان، الاردن: دار الفكر.
العتيبي، بندر (2008). اتخاذ القرار وعلاقته بكل من فاعلية الذات والمساندة الاجتماعية لدى عينة من المرشدين الطلابيين بمحافظة الطائف، (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة ام القرى، السعودية.

عثمان، فاروق (2001). القلق وادارة الضغوط النفسية. القاهرة: دار الفكر العربي.

عدس، عبد الرحمن وطوق، محي الدين (2005). المدخل الى علم النفس العام، ط6، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان- الاردن.

عدس، عبد الرحيم (2005). دور العاطفة في حياة الانسان. الطبعة الاولى. الاردن، عمان: دار الفكر للطباعة والنشر.

العزة، سعيد (2016). الألم النفسي لدى مرضى السرطان دراسة ميدانية.

عزوز، اسمهان (2008). مصدر الضبط الصحي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرض القصور الكلوي. رسالة ماجستير منشورة، جامعة الحاج لخضر، الجزائر.

عسكر، علي (2003). ضغوط الحياة واساليب مواجهتها، ط3، القاهرة: دار الكتاب الحديث.

الغريز، احمد نايل و أحمد عبد اللطيف (2009). التعامل مع الضغوط النفسية، دار الشرق، عمان، الاردن.

فايد، حسين (2005). المشكلات النفسية والاجتماعية، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع، ط1، القاهرة.

الكحلوت، عماد، والكحلوت، نصر (2006). الضغوط النفسية وعلاقتها بأداء معلمي التكنولوجيا بالمرحلة الأساسية العليا، غزة.

كمال، مرسي (2000). السعادة وتنمية الصحة النفسية. الطبعة الأولى. مصدر: دار النشر للجامعات.

محمود، الفرحاتي (2005). سيكولوجية العجز المتعلم، المركز القومي لامتحانات والنقويم التربوي، المنصورة، مصر.

محمود، ماجدة (2009). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية والقلق لدى مريضات سرطان الثدي. مجلة دراسات نفسية. 19 (2).

المشعان، عويد (2000). مصادر الضغوط المهنية لدى المدرسين في المرحلة المتوسطة لدولة الكويت وعلاقتها بالاضطرابات النفسية الجسدية.

مكفين، روبرت ووغروس، ريتشارد (2001). مدخل الى النفس الاجتماعي، ترجمة ياسمين حداد وآخرون، دار وائل، عمان.

الميزو، هند (2009). التدخل المهني لخدمة الفرد باستخدام العلاج المصرفي السلوكي مع الأطفال المصابين بمرض السكر. سلسلة الرسائل الجامعية (103). عمادة البحث العلمي جامعة الامام محمد بن سعود الاسلامية.

يحيى، محمد (1998). مصادر ومستوى الضغط النفسي وعلاقتها بالروح المعنوية كما يراها معلمو وكالة الغوث في منطقة نابلس. رسالة ماجستير غير منشورة، نابلس، جامعة النجاح.

يخلف، عثمان (2000). علم نفس الصحة: الاسس النفسية والسلوكية للصحة، دار الثقافة، قطر، الطبعة الاولى.

- Allebeck, P & Bolund, C. (1991). Suicides and suicide attempts in cancer patients. *Psycho. Med* 21, 979-984.
- Arora, N., Finney Rutten, L., Custafson, D., Moser, R. & Hawkins, R. (2007). Perceived helpfulness and impact of social support provided by family, friends, and health care providers to women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho Oncology* 6(5).
- Barrera, M. (1981). Social support in the adjustment of pregnant adolescents. *Assessment Issues*, n P.H gottliab (EDS) social networks and social support, Beverly.
- Barron, H. (2001). *The breast cancer wars: hope, fear, and the pursuit of a cure in twentieth-century America*. Oxford.
- Bergbom, I & Lindwall, L. (2009). The altered body after breast cancer surgery. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 4(1), 280-287.
- Boivin, M., Smith, S. & Haan, P. (2008). Cognitive impairment in women newly diagnosed with breast cancer, AAN Annual Meeting on April 15, Tuesday, 2008, Commentary from Kurt A. Jaeckle, M.D, FAAN.
- Breitbart, W. (1995). Identifying patients at risk for, and treatment of major psychiatric complications of cancer. *Support. Care cancer*, 3(1), 45-60.
- Buunk, B. & Hoorens, C. (1992). Social support and stress, the role of social comparison and social Exchange process. *British J. of clinical Psychology*, 31(4), 445-457.
- Candyce, H. (2006). Social networks, social support, and survival after breast cancer diagnosis, *journal of clinical oncology*, 7(24).

Carver, C. & Pozo-Kaderman, C. (1998). Concern about aspects of the body image and adjustment to early breast cancer. *Psychosom. Med.* 60(1), 168-174.

Cleeland, S. & Mendoza, T. (2000). Assessing symptom distress in cancer patients. The M.D. Anderson symptom inventory. *Cancer*. October 89(7), 1634-1684.

Clough-Gorr, K., Stuck, A., Thwin, S. & Silliman, R. (2010). Older breast cancer survivors: geriatric assessment domains are associated with poor tolerance of treatment adverse effects and predict mortality over 7 years of follow-up. *Journal of clinical oncology*, 28(3), 380-392.

Cohn, J., Ferrari, R. & Sharpe, N. (2000). Cardiac remodeling—concepts and clinical implications: a consensus paper from an international forum on cardiac remodeling. *Journal of the American College of Cardiology*, 35(3), 569-582.

Culver, J. L., Arena, P. L., Antoni, M. H., & Carver, C. S. (2002). Coping and distress among women under treatment for early stage breast cancer: comparing africanamericans, hispanics and non-hispanic

Cutrona, C. & Russell, B. (1990). Type of social support and specific stress: Towards a theory of optimal matching, In: B.R.Sarson, et al (Eds), *social support: An Interactional View*, New yourk, Wiley.

Dorros, S. M., Card, N. A., Segrin, C., & Badger, T. A. (2010). Interdependence in women with breast cancer and their partners: an interindividual model of distress. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(1), 121.

Drageset, S. (2012). Psychological distress, coping and soial support in the diagnastic and preoperative phase of breast canaer. Doctoral thesis, the University of Bergen, Norway.

Hong, J.S., Tian, J. (2014). Prevalence of anxiety and depression and their risk factors in chinese cancer patients. *Support care cancer*, 22. Isabelle

parizot-Jean Michel wachsberger. Aideretetreaide: Systemeer structure du soutien social informel a Antananarivo Paris: Document de travail (2005).

Iwamitsu, Y., Shimoda, K., Abe, H., & Okawa, M. (2005). Anxiety, emotional suppression, and psychological distress before and after breast cancer diagnosis. *Psychosomatics*, 46(1), 19-24.

Johnson, J. & Sarson I. (1979). Life stress, depression, and alxiety: internal-external control as a moderator variable. *Journal of Psychosomatic Research*, vol., (22).

Kelly-Anne phillips, Richard H. Osborne, Graham G. Giles, Gilliam S. Dite,GarmalApicella, John L. Hopper, and Roger L. Milne (2008). Psychosocial Factors and survival of young women with Breasst Cancer: A Population-Based prospective cohort study, *Journal of clinical oncology*, vol 26, No 28.

Kleponis, P. (2006). Communication in Marriage Retrive March 2013, from <http://www.maritalhealing.com>.

Lazarus, R.S. & Folkmen, S. (1985). Stress, appraisal, and cooing. New yourk: Springer publishing company.

National Breast Cancer Centre (2003). Clinical practice guide limes for the psychosocial care of adults with cancer, Endorsed April, vol 24. N (2).

Nelson, R., Tyne, K., Naik, A., Bougatsos, C., Chan, B. & Humphrey, L. (2010). Screening for Breast Caneer: Systematic Evidence Review Update for the U.S. Preventive services Task Force. *Ann Intern Med*, 17(151).

Nikolic, S., Ilic-stosovis, D., Kolarevic, I., Djurdjevic, A., Ilic, S. & Djuricic. (2015). Social participation of women with breast cancer. *Vojenosanitetski pregled*, 72(2).

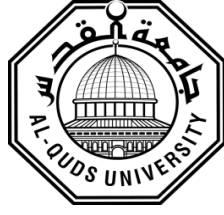
Norbeck, J. (1984). Socail Support Questionnaire (Nssq) university of californiasanfrancisco.

- Ozolat, A., Ayaz, T., Konag, O. & Ozkan, A. (2014). Attachment style and perceived social support as predictors of biopsychosocial adjustment to cancer. *Turk Jmed Sci*, 44.
- Payne. D.K. Sullivan. M.D & Massie. M.J. (1996). Women's psychological reactions to breast cancer. *Semin oncology Nursing*, 23(2).
- Pereira, M.G., Figueiredo, A.P., Finchan, F.D. (2012). Anxiety, depression, traumatic stress and quality of life in colorectal cancer after different treatments: A study with Portuguese patients and their partners. *European Journal of Oncology Nursing*, 16.
- Rachel, K. (2007). An Attributional Analysis of Predicted social support towards Women with lung cancer in comparison to women with Breast Cancer, United States, Pro Quest Information and Learning Company.
- Rocco, P. (1980). Social support occupational stress and health. *Journal of health and social Behavior*, 48 (a), 3077-3078.
- Rosenthal, S. (2001). *The breastforce book*. NY: Lowell House.
- Rubin, Kenneth, Caplan, Robert, Chen, Xinyin, and McKinnon, Joann. (1994). Peer relationship and influences in childhood. In Ranachan-dran, v. Encyclopedia of human behavior, San Diego: Academic press Inc. vol. 3.
- Sarson, I., G. & Sarson, B. (1986). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of personality and social psychology*, 45(1), U.S.A.
- Schnoll, R., Knwles, J. & Harlow, L. (2002). Correlates of adjustment among cancer survivors. *Journal of Psychosocial oncology*. 20(1).
- Schreier, A.M., Williams, S.A. (2004). Anxiety and quality of life of women who receive radiation or chemotherapy for breast cancer. *Oncol Nurs Forum*, 31(1).
- Sharma, A & Zhang, J. (2015). Depression and its Predictors Among Breast Cancer Patients In Nepal. *ASEAN Journal of Psychiatry*, 16(1).

- Snoj, Z, licina, M & Pregelj, P. (2008). Depression and anxiety in Slovenian fe-male cancer patients. *PsychiatrDanub*. 20(2).
- Svetina, M. & Nastramn, K. (2012). Family relateon ships and post-traumatic growth in breast cancer patients. *Psychiatra Danub*, 24(3).
- Turnir, R. & Marino, F. (1994). Social support and social structure: a descriptive epidemidogy. *Journal of health & social behavior*, 35(1).
- Yildirim, Y. & Kocabiyik, S. (2010). The relationship between social support and Loneliness in Turkish patients with cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 19(5-6), 832-841.
- Zabora, J. (2001). Pravalence of Psychological distress by cancer site. *Journal of psychosocial Oncology*.

الملاحق

ملحق رقم (1) أداة الدراسة:



جامعة القدس

كلية العلوم التربوية

تحية طيبة وبعد،،،

تقوم الباحثة بإجراء دراسة حول "الضغط النفسي وعلاقته بالدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي"، وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإرشاد النفسي والتربوي. لذا أرجو من حضرتكم التكرم بتعبئة الإستبانة بصدق وموضوعية، علماً انه سيتم الحفاظ على سرية المعلومات التي تستخدم لأغراض البحث العلمي فقط.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير.

إعداد الطالبة: إخلص عطون

القسم الأول: معلومات عامة

الرجاء وضع إشارة (/) داخل الدائرة حول رمز الإجابة التي تنطبق عليك.

المؤهل العلمي: () اقل من توجيهي () توجيهي - بكالوريوس () أعلى من بكالوريوس

الحالة الاجتماعية: () عزباء () متزوجة () مطلقة () غير ذلك

عدد الأبناء: () لا يوجد () واحد () اثنان () ثلاث فأكثر

العمر من () أقل من 30 () 31-40 () 41-50 () 51 فأعلى

مقياس الضغط النفسي:

التسلسل	الفقرات	بشكل كبير جدا	بشكل كبير	بشكل متوسط	بشكل قليل	بشكل قليل جدا
1.	أعاني من ضعف الذاكرة .					
2.	أشكو من القلق والتوتر .					
3.	أشعر بالوحدة .					
4.	أنفعل بسرعة لأنفقه الأسباب .					
5.	فقدت الأمل بالبقاء على قيد الحياة .					
6.	تضايقتني فكرة عدم إنجاب الأطفال .					
7.	أنزعج من تأثير العلاج على مظهري.					
8.	أعاني من صعوبات مالية بسبب العلاج .					
9.	أشعر بالخوف من فقدان انوثتي .					
10.	أعاني من مشاكل جنسية .					
11.	ترهقني الفحوصات الطبية المستمرة .					
12.	أعاني من آلام جسمية .					
13.	فقدت شهيتي للطعام .					
14.	أحس بضيق في التنفس .					
15.	تنتابني مخاوف غريبة لا أعرف لها سبباً .					
16.	كراهية الحياة بسبب مرضي.					
17.	ينتابني الكوابيس المزعجة.					
18.	يصعب علي التحدث عن مرضي.					
19.	أنا سريعة الغضب بعد مرضي.					
20.	أجد صعوبة في الإقبال على الحياة.					
21.	نومي أصبح غير طبيعي بعد أصابتي بالسرطان.					
22.	يضايقتني انخفاض مستوى طموحي في الحياة بعد مرضي					

الرقم	مقياس الدعم الاجتماعي	بشكل كبير جدا	بشكل كبير	بشكل متوسط	بشكل قليل	بشكل قليل جدا
.1	هناك شخص مميز بقربي عندما أكون بحاجة إليه.					
.2	أضايغ من اعتمادي على الآخرين .					
.3	عائلتي تحاول فعلا مساعدتي .					
.4	أحصل على المساعدة العاطفية فقط من عائلتي					
.5	أحصل على الدعم الذي احتاجه من عائلتي.					
.6	أصدقائي فعلا يحاولون مساعدتي .					
.7	أستطيع التحدث عن مشاكلي مع عائلتي .					
.8	يمكنني التحدث حول مشاكلي مع أصدقائي.					
.9	اتضايق من الخلافات داخل الاسرة.					
.10	افتقد لحب الآخرين .					
.11	يهيئون لي الأجواء المناسبة لكي أكون سعيدا					
.12	يشعروني بتفاؤل تجاه مستقبلي في الحياة					
.13	يخففون عني أي ضغط عصبي ينتابني					
.14	يشعروني بالقرب منهم في كافة الأوقات					
.15	يراعون مشاعري ولا يحرجونني					
.16	يخففون عني الآلام والهموم التي تصيبني					

ملحق رقم (2) قائمة بأسماء المحكمين:

الرقم	الاسم	مكان العمل
1	د. نبيل عبد الهادي	علم النفس تربوي - جامعة القدس
2	د. إياد الحلاق	علم النفس تربوي - جامعة القدس
3	د. أميرة الريماوي	تربية خاصة - جامعة القدس
4	د. سمير شقير	إرشاد نفسي - جامعة القدس
5	د. أشرف أبو خيران	إدارة تربوية - جامعة القدس
6	د. فدوى حلبية	علم النفس تربوي - جامعة القدس
7	د. إبراهيم الصليبي	مناهج وأساليب البحث العلمي - جامعة القدس
8	د. إيناس ناصر	مناهج وأساليب البحث العلمي - جامعة القدس

فهرس الجداول:

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
1.3	الأعداد، والنسب المئوية لخصائص العينة الديمغرافية	67
2.3	نتائج التحليل العاملي (Factor Analysis) لفقرات مقياس الضغوط النفسية	68
3.3	نتائج التحليل العاملي (Factor Analysis) لفقرات مقياس الدعم الاجتماعي	69
4.3	نتائج معادلة الثبات كرونباخ ألفا (Cronbach Alpha) لأداة الدراسة بأبعادها المختلفة	70
5.3	مفتاح المتوسطات الحسابية	71
1.4	الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، والنسب المئوية لمستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي	74
2.4	المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، والنسب المئوية لمؤشرات الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي مرتبة حسب الأهمية	74
3.4	الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، والنسب المئوية لدرجة الدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي	76
4.4	المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، والنسب المئوية لمؤشرات الدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي مرتبة حسب الأهمية	77
5.4	نتائج معامل الانحدار المعياري (standardized regression) للعلاقة بين الدعم الاجتماعي ومستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي	78
6.4	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (one way analysis of variance) للفروق في مستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي تعزى لمتغير المؤهل العلمي	79
7.4	نتائج اختبار توكي (tukey test) للمقارنات الثنائية البعدية للفروق في مستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي تعزى لمتغير المؤهل العلمي	80
8.4	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي تعزى لمتغير المؤهل العلمي	80

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
9.4	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (one way analysis of variance) للفروق في مستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية	81
10.4	نتائج اختبار توكي (tukey test) للمقارنات الثنائية البعدية للفروق في مستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية	81
11.4	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية	82
12.4	نتائج معامل الانحدار المعياري (standardized regression) للعلاقة بين متغيري عدد الأبناء والعمر ومستوى الضغط النفسي لدى مرضى سرطان الثدي	83
13.4	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (one way analysis of variance) للفروق في درجة الدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي تعزى لمتغير المؤهل العلمي	84
14.4	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة الدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي تعزى لمتغير المؤهل العلمي	84
15.4	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (one way analysis of variance) للفروق في درجة الدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية	85
16.4	نتائج اختبار توكي (tukey test) للمقارنات الثنائية البعدية للفروق في درجة الدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية	85
17.4	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة الدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية	86
18.4	نتائج معامل الانحدار المعياري (standardized regression) للعلاقة بين متغيري عدد الأبناء والعمر ودرجة الدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي	86

فهرس المحتويات:

أ.....	إقرار
ب.....	شكر وتقدير
ج.....	مصطلحات الدراسة:
د.....	الملخص
و.....	ABSTRACT
2.....	الفصل الأول: خلفية الدراسة وأهميتها:
2.....	1.1 المقدمة:
6.....	2.1 مشكلة الدراسة:
7.....	3.1 أسئلة الدراسة:
7.....	4.1 فرضيات الدراسة:
9.....	5.1 أهمية الدراسة:
9.....	6.1 أهداف الدراسة:
10.....	7.1 حدود الدراسة:
12.....	الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة
12.....	1.2 المقدمة:
12.....	2.2 السرطان:
13.....	1.2.2 مفهوم السرطان:
15.....	2.2.2 الآثار النفسية لمرض السرطان:
17.....	3.2 الضغوط النفسية:
20.....	1.3.2 مفهوم الضغوط النفسية:

24	4.2 الضغوط النفسية والأورام السرطانية:
26	5.2 استراتيجيات عامة للمرأة لمواجهة الضغوط الحياتية:
28	6.2 العلاقة بين الضغوط النفسية والقلق ومرض سرطان الثدي:
30	7.2 مفهوم الدعم الاجتماعي:
31	1.7.2 أشكال الدعم الاجتماعي:
32	2.7.2 تعريفات الدعم الاجتماعي:
34	3.7.2 الدعم الاجتماعي:
35	4.7.2 أساليب الدعم الاجتماعي النفسي للمرضى:
37	5.7.5 وظائف الدعم الاجتماعي:
39	6.7.2 العلاقة بين الدعم الاجتماعي ومرض السرطان:
39	7.7.2 العلاقة بين الدعم الاجتماعي والضغوط:
40	8.7.2 وظائف الدعم الاجتماعي وأهميته:
42	9.7.2 أنواع الدعم الاجتماعي:
44	10.7.2 طرق تقديم الدعم الاجتماعي:
45	11.7.2 الأهمية الطبية للعلاقات الاجتماعية:
47	12.7.2 مصادر الدعم الاجتماعي:
50	8.2 النظريات المفسرة للضغوط:
56	9.2 نظريات الدعم الاجتماعية:
59	10.2 الدراسات السابقة:
59	1.10.2 الدراسات العربية:
60	2.10.2 الدراسات الأجنبية:
63	3.10.2 التعقيب على الدراسات السابقة:
66	الفصل الثالث: الطريقة والإجراءات.
66	1.3 مقدمة.

66	2.3 منهج الدراسة.....
66	3.3 مجتمع وعينة الدراسة.....
67	4.3 أداة الدراسة.....
68	5.3 صدق أداة الدراسة.....
70	6.3 ثبات أداة الدراسة.....
70	7.3 المعالجة الإحصائية:.....
73	الفصل الرابع: نتائج الدراسة.....
73	1.4 مقدمة.....
73	2.4 نتائج أسئلة الدراسة:.....
73	1.2.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الأول:.....
74	2.2.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني.....
76	3.2.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث:.....
76	4.2.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع.....
78	3.4 نتائج فرضيات الدراسة.....
78	1.3.4 الفرضية الرئيسة الأولى.....
79	2.3.4 الفرضية الرئيسة الثانية.....
79	1.2.3.4 الفرضية الفرعية الأولى.....
80	2.2.3.4 الفرضية الفرعية الثانية.....
82	3.2.3.4 الفرضية الفرعية الثالثة:.....
82	4.2.3.4 الفرضية الفرعية الرابعة:.....
83	3.3.4 الفرضية الرئيسة الثالثة.....
83	1.3.3.4 الفرضية الفرعية الأولى:.....

84	.....	الفرضية الفرعية الثانية:
86	.....	الفرضية الفرعية الثالثة:
86	.....	الفرضية الفرعية الرابعة:
89	.....	الفصل الخامس: مناقشة النتائج والتوصيات:
89	.....	1.5 مناقشة أسئلة الدراسة:
90	.....	2.5 مناقشة نتائج فرضيات الدراسة:
94	.....	3.5 التوصيات:
95	.....	قائمة المصادر المراجع:
106	.....	الملاحق
107	.....	ملحق رقم (1) أداة الدراسة:
110	.....	ملحق رقم (2) قائمة بأسماء المحكمين:
111	.....	فهرس الجداول: