عمادة الدراسات العليا

جامعة القدس

مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السرطان والسكري المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل

ايمان محمد حسن أبو خيران

رسالة ماجستير

القدس – فلسطين

1438 هـ - 2017 م

مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السرطان والسكري المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل

إعداد:

ايمان محمد حسن أبو خيران

بكالوريوس خدمة اجتماعية- جامعة القدس المفتوحة/ فلسطين

المشرف: د. عمر الريماوي

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

1438هـ/2017 م

جامعة القدس

عمادة الدراسات العليا

كلية العلوم التربوية

إجازة الرسالة

مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السرطان والسكري المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل

إعداد الطالبة: ايمان محمد حسن أبو خيران

الرقم الجامعي: 21412192

المشرف:.د. عمر الريماوي

نوقشت هذه الرسالة وأجيزت بتاريخ: 5/24/ 2017 م، من أعضاء لجنة المناقشة المدرجة أسماؤهم وتوقيعهم:

1. د. عمر الريماوي رئيس لجنة المناقشة التوقيع.....
2. د. اياد الحلاق ممتحناً داخلياً التوقيع.....
3. د. خالد كتلو ممتحناً خارجياً التوقيع.....

1438هـ - 2017م

اهداء

إلى من علمني النجاح والصبر في مواجهة الصعاب ..... إلى أبي الحنون

إلى من تتسابق الكلمات لتخرج معبرة عن مكنون ذاتها من علمتني لأصل إلى ما أنا عليه .....أمي الحبيبة

إلى من بهم أكبر وعليهم أعتمد .. إلى الشمعة التي تنير ظلمة حياتي..
إلى من بوجودهم أكتسب قوة ومحبة لا حدود لها إلى .. أخوتي الاعزاء

إلى روح أخي الشهيد البطل حسن محمد أبو خيران ....

إلى القلوب الصادقة الطاهرة الرقيقة والنفوس البريئة إلى رياحين حياتي ..... أصدقائي وصديقاتي

إلى كل طالب علم

أهديكم جهدي المتواضع

الباحثة

ايمان محمد حسن أبو خيران

إقرار:

أُقر أنا مقدمة الرسالة إنها قدمت لجامعة القدس لنيل درجة الماجستير وأنها نتيجة أبحاثي الخاصة، باستثناء ما تمت الإشارة اليه حيثما ورد، وأن هذه الرسالة، أو أي جزء منها لم يقدم لنيل أي درجة عليا لأي جامعة أو معهد.

الإسم: ايمان محمد حسن أبو خيران

التوقيع:.....

التاريخ: 24 /2017/5

شكر وتقدير

الحمد لله حمد الشاكرين والصلاة والسلام على رسوله الكريم سيدنا محمد وعلى آلة وصحبه أجمعين.

بداية أحمد الله وأشكر فضله الذي من علي لإنجاز هذا العمل المتواضع ويسر لي طريقة من غير حول مني ولا قوة.

وانطلاقا من العرفان بالجميل، فإنه ليسرني ويثلج صدري أن أتقدم بالشكر والامتنان إلى أستاذي، ومشرفي الدكتور عمر الريماوي الذي مدني من منابع علمه بالكثير، والذي ما توانى يوما عن مد يد المساعدة لي، وحمداً لله بأن يسره في دربي ويسر به أمري وعسى أن يطيل عمره ليبقى نبراساً متلألئاً في نور العلم والعلماء.

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

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

كما لا يفوتني التقدم بجزيل الشكر والتقدير لجميع صديقاتي اللاتي لم يدخرن وسعاً في نصائحهن ومساعدتهن لي في إنجاز هذه الرسالة.

الملخص

هدفت الدراسة التعرف إلى التعرف على مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السرطان والسكري المترددين على المستشفيات من محافظة الخليل، مستخدمة المنهج الوصفي ، واشتملت عينة الدراسة على (390) من مرضى السرطان والسكري، وتم التحقق من ثبات الأداة، من خلال حساب معامل الثبات والتي بلغت قيمة (0.81)، وتبين ان المتوسط الحسابي للدرجة الكلية للعزلة الاجتماعية لدى مرضى السرطان والسكري جاءت بدرجة متوسطة.

وأظهرت نتائج الدراسة ايضاً عدم وجود فروق في مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السكري تعزى لمتغير الجنس، و المؤهل العلمي، و الحالة الاجتماعية. كما اظهرت عدم وجود فروق في مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السرطان لمتغير الجنس، و الحالة الاجتماعية، بينما تبين وجود فروق يعزى لمتغير المؤهل العلمي، وكانت الفروق بين أقل من توجيهي و أعلى من بكالوريوس لصالح أعلى من بكالوريوس. كما تبين عدم وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى العزلة الاجتماعية لدى المرضى المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل يعزى لمتغير نوع المرض.

وفي ضوء ما تم التوصل إليه من نتائج اوصت الباحثة بما يلي: العمل على الرعاية الاجتماعية لمرضى السرطان والسكري وفي تحسين الأحوال الصحية للمرضى، وإجراء المزيد من دراسات الدعم والمسانده الاجتماعية لما لها من دور في الوقاية من الأمراض النفسية والعضوية.

The level of social isolation in cancer and diabetes mellitus (DM) patients from Hebron District.

Prepared by: Eman Mohammed Hassan Abu Khairan

Supervisor: Dr. Omar Rimawi

Abstract

This study aimed at studying the level of social isolation in cancer and diabetes mellitus (DM) patients in Hebron District area using the cross sectional descriptive design. The sample included 390 cancer and DM patients from Hebron area. Validity and reliability of the tool ware established and the cronbach Alpha factor was calculated to be 0.81. The mean average of the social isolation was found to be "moderate".

The study showed no statistically significant relationship in social isolation level and gender and marital status, but there was a significant statistical relationship regarding educational level variable. Social isolation was statistically higher in patients with higher educational levels (higher than BA levels). There was no statistically significant relation in social isolation levels and type of disease (cancer or diabetes). In regard to the study findings , The researcher recommends a better social care for Caner and DM patients, Improving the health conditions for this group of patients, And doing further social studies that will reflect on the social and physical wellbeing of these patients.

مشكلة الدراسة وأهميتها

1.1 المقدمة:

أن الشعور بالوحدة وما ينطوي عليه من إحساس بالغربة، والابتعاد عن الآخر يعكس جانبا هاما من جوانب الحياة العاطفية والاجتماعية للفرد، كما يرتبط ارتباطا وثيقا بصحته النفسية وتكيفه الشخصي والاجتماعي. ولعل ما يضفي أهمية خاصة على هذا الجانب من جوانب حياة الفرد هو أنه يتصل مباشرة بفلسفته للوجود ونظرته الخاصه إلى العالم وإلى الذات، كما يعبر عن معاناته الحقيقية في رحلته الطويلة من أجل تحقيق ذاته وصراعة المرير من أجل الوجود والبقاء.

ويعد الإنسان بطبعه مخلوقا إجتماعيا يميل إلى العيش وسط جماعة معينة يشعر بالأمن والاستقرار والطمأنينة، وتشبع حاجاته إلى الانتماء وتبرز شخصيته من خلالها، وتشكل بها إلى حد كبير، ويشرب منها المعايير الإجتماعية والإتجاهات –النفسية المهمة، ويتعلق باعضائها ويقيم معها علاقات متبادلة، وحينما لا يستطيع أن يقيم هذا التعلق الآمن، فإن علاقته بأعضاء الجماعة تتأثر سلبا فينسحب بعيدا (زهران، 1987).

ومن المشاعر الإنسانية المريرة الشعور بالعزلة والوحدة وهو شعور قاس إذا كان مفروضا على الإنسان وليس نابعا من رضى وقبول. وهو شعور ذاتي قد يشعر به الفرد وهو وسط الزحام أو حشد من الناس (العيسوى، 2001).

ويشكل الشعور بالعزلة مشكلة اجتماعية رئيسة، وخبرة شخصية مؤلمة يتعرض لها الأفراد في مرحلة من مراحل حياتهم وتظهر في جميع المراحل العمرية للفرد، وأن جميع الناس يشعرون بها، ولكن بدرجات متفاوتة (جبريل ، 1992).

وتمثل العزلة الإجتماعية خبرة غير سارة أو مؤلمة للفرد، تنتج عن عدم إشباع الحاجة إلى الالفة والارتباط بالآخرين، والافتقار إلى التكافل الاجتماعي وإقامة العلاقات الوثيقة معهم، إذ تتسم العلاقات الاجتماعية في ظل العزلة بالفتور مع الشعور باليأس والخوف والنبذ، ويحس الفرد الذي يشعر بالعزلة أنه بعيد عن الآخرين وأنهم لا يتفاعلون معه، ولا يشبعون له حاجاته الاجتماعية المختلفة، إذ يفشل في لفت انتباه الآخرين نحوه بأية صورة كانت، نظراً لوجود ضعف في مهارة الاتصال بهم، وعجز في علاقات الفرد الاجتماعية التي يمكن أن يقيمها معهم ولا يقتصر الاضطراب في العلاقة بالآخرين على علاقات الاتصال والتواصل فحسب، بل يمتد ليطال المشاعر نحوهم والاهتمام بهم (عبد الله ، 2000).

يواجه الإنسان في حياته الكثير من المواقف التي تتضمن مواقف وخبرات مؤلمة غير مرغوب فيها تهدد حياته، وكنتيجة لذلك تتعرض رفاهيته وتكامله النفسي للخطر، لاشك أن الأمراض المزمنة ومنها مرض السرطان، يعتبر أحد الأحداث الحياتية الضاغطة الذي له علاقة قوية مساهمة في حدوث الاضطرابات النفسية والجسمية، أن الحالة الناتجة عن المرض نفسه وسيرورة علاجه مع عوامل أخرى مثل العائلة، العمل، الحياة الاقتصادية، بالإضافة إلى المعاناة اليومية قبل تشخيص المصاب بالسرطان، كلها عوامل مساهمة في تدنى حالة المريض النفسجدية، أن العديد من علاجات السرطان تسبب تغيرات جسديه دائمة

أو مؤقتة تؤدي إلى تغير في صورة الجسم وتدن في تقديرات الذات خاصة لدى النساء المصابات بالسرطان، يمكننا الإشارة بأنه مهما كانت الحالة المادية والاجتماعية راقية إلا أن ذلك يعكس بالضرورة أن الحالة النفسية للمصاب تكون كذلك بل قد تغمرها مظاهر الانفعال ومخاوف قوية جداً

. (kissane ,etal,1998)

وبين بودوزكا . بيغيرس (Dodozca Begeris) عبد الكريم (2008) أن المرضى عندما يخضعون للمعالجة فإنهم يعانون من المستويات العالية من الإجهاد والإجهاد الإضافي للمرضى يؤدي بهم إلى القلق والاكتئاب المرتبط بالخوف من الموت وهذا يؤثر على حياتهم اليومية. إذا فإن العلاقة بين العوامل النفسية والأمراض الجسمية علاقة متبادلة، حيث أن للعوامل النفسية دورا مهما في نشأة العديد من الأمراض الجسمية وتطورها، كما أن للأمراض الجسمية تاثيرا نفسيا على الأفراد ، إن التأثير النفسي الجسمي 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. وأن مريض السرطان أو السكري أو القلب يعاني بشكل عام بسبب غموض مصيرة الصحى وخوفة من المستقبل المجهول والغامض وما قد ينتظره بسبب مضاعفات مرضه، وما يسببه له من شعور غير مريح ويظهر ذلك من خلال الأرق وكثرة الكلام وعدم القدرة على الإستقرار نتيجة كثرة التفكير في مرضة .

ويمثل مرض السكري والسرطان المزمنين شكلا من أشكال الأمراض المزمنة التي كانت وما زالت تهدد حياة الكائن البشرى لتصل درجة خطورتها إلى الموت خاصة إذا تهاون الفرد المصاب في طلب المساعدة الطبية، علما أن هذين المرضين قد يصيبا مختلف الفئات الإجتماعية باختلاف جنسهم وأعمارهم، ومستواهم الثقافي والاقتصادي والاجتماعي والتعليمي، مما أدى بالباحثين إلى إيجاد وسائل علاجية وأن

لم تقضي على هذين المرضين نهائيا فهي تخفف عن المصابين وتسمح للفرد بالبقاء حيا ولو لمدة زمنية معينة (عبد الكريم، 2008).

1.2 مشكلة الدراسة

تنبثق مشكلة الدراسة الحالية من الحاجة الملحة إلى الإهتمام بدراسة العزلة الاجتماعية كظاهرة انتشرت بين الأفراد في المجتمعات المختلفة، ويعزى ذلك إلى ما لهذه الظاهرة من دلالات قد تعبر عن أزمة الإنسان المعاصر ومعاناته وصراعاته الناتجة عن الأمراض المنتشرة وخاصة مرض السرطان والسكري.

وتتمثل مشكلة الدراسة في التعرف على مستوى العزلة الاجتماعية على مرضى السرطان والسكري في فلسطين.

ومن الأمراض المعاصرة مرض السرطان ومرض السكري اللذان يعتبران مرضي القرن الماضى، وبالنسبة لمرض السرطان فهو يصيب هذا المرض أي جزء من أجزاء الجسم ويحدث به انتفاخا وتورما، وتبدأ الخلايا بالتكاثر بشكل غير طبيعى والذى يزيد خوف الناس أن كلمة سرطان كلمة مرعبة تشير إلى داء خطير فشل الاطباء حتى الآن في معرفة أسبابه وتفسيره ومما لا شك فيه أن مرض السرطان ينتج عن آلام جسديه ونفسية تنعكس على حالة المريض، فدرجة الألم الذي يشعر بها المريض تتحكم فيها عدة عوامل من بينها : نوع الإصابة ودرجتها، مرحلة التطور الذي وصل إليها المرض، وكذلك عوامل نفسية عديدة.

وقد جاءت هذه الدراسة وتحددت في الاجابة عن السؤال الرئيس التالي:

ما مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السرطان والسكري المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل؟

1.3 أهمية الدراسة

تكمن أهمية الدراسة في موضوع أصبح هاجس الكثير من الناس، وكونهما يعتبران مرض العصر، وكذلك نظرا لما يسببانه من عذاب كبير للمريض والأفراد المحيطين به، وذلك نتيجة للآلام النفسية والجسدية التي ترافقها. كما تكمن الأهمية في قلة الدراسات العربية التي تناولت هذين المرضين وعلاقتهما بالعزلة الإجتماعية، وتكمن الأهمية أيضاً لهذه الدراسة بأنها تسلط الضوء على موضوع اجتماعي مهم وهو واقع مرضى السرطان والسكري في محافظة الخليل ، المحافظة الاكبر في فلسطين ، وأنها ستفتح المجال أمام المهتمين في هذا الموضوع من أجل البحث والتطوير فيه .

1.4 أهداف الدراسة

هدفت الدراسة تحقيق الأهداف التالية:

1. التعرف على الفروق بين مستوى العزلة الإجتماعية لمرضى السرطان ومرضى السكري.
2. التعرف على مستوى العزلة الإجتماعية لدى مرضى السرطان.
3. التعرف على مستوى العزلة الإجتماعية لدى مرضى السكري.
4. التعرف على الفروق ذات دلالة إحصائية في مستوى العزلة الإجتماعية لدى مرضى السرطان تبعا لمتغيرات الدراسة (الجنس، العمر، نوع المرض).
5. التعرف على الفروق ذات دلالة إحصائية في مستوى العزلة الإجتماعية لدى مرضى السكري تبعا لمتغيرات الدراسة (الجنس، العمر، نوع المرض).

1.5 اسئلة الدراسة

جاءت أسئلة الدراسة منبثقة من سؤال الدراسة الرئيس، وهي كالتالي:

1. هل يوجد فروق في مستوى العزلة الاجتماعية بين مرضى السرطان ومرضى السكري ؟

2. ما مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السرطان؟

3. ما مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السكري؟

4. هل يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السرطان تبعا لمتغيرات الدراسة (الجنس، العمر، نوع المرض)؟

5. هل يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السكري تبعا لمتغيرات الدراسة (الجنس، العمر، نوع المرض)؟

1.6 فرضيات الدراسة

جاءت الدراسة للتحقق من صحة الفرضيات التالية:

الفرضية الأولى: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في المتوسطات الحسابية للعزلة الاجتماعية تبعا لنوع المرض.

الفرضية الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في المتوسطات الحسابية للعزلة الاجتماعية لدى مرضى السرطان تبعا لمتغير الجنس.

الفرضية الثالثة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في المتوسطات الحسابية للعزلة الاجتماعية لدى مرضى السرطان تبعا لمتغير العمر.

الفرضية الرابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في المتوسطات الحسابية للعزلة الاجتماعية لدى مرضى السرطان تبعا لمتغير مدة المرض.

الفرضية الخامسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في المتوسطات الحسابية للعزلة الاجتماعية لدى مرضى السكري تبعا لمتغير الجنس.

الفرضية السادسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في المتوسطات الحسابية للعزلة الاجتماعية لدى مرضى السكري تبعا لمتغير العمر.

الفرضية السابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في المتوسطات الحسابية للعزلة الاجتماعية لدى مرضى السكري تبعا لمتغير مدة المرض.

1.7 حدود الدراسة

تمثلت حدود الدراسة قيما يأتي:

1. الحدود المكانية: جميع مستشفيات محافظة الخليل.

2. الحدود الزمانية: الفصل الدراسي الثاني من العام الأكاديمي (2016 /2017).

3 .الحدود البشرية: جميع مرضى السرطان والسكري المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل.

4 . الحدود المفاهيمية : المفاهيم والمصطلحات الواردة فى الدراسة (مرضى السرطان ، والسكرى ،العزلة الإجتماعيه ،المستشفيات فى محافظة الخليل).

5 . المحددات الإجرائية : اقتصرت على أدوات الدراسة ودرجة صدقها وثباتها ، وعلى عينة الدراسة وخصائصها والمعالجة الاحصائية المستخدمة .

1.8 مصطلحات الدراسة

العزلة الاجتماعية: هي محصلة عدم توافق الفرد في علاقاته الاجتماعية سواء في محيط أسرته أو خارجها حيث يفقد الفرد الشعور بالإنتماء لجماعة الرفاق، ويزداد شعوره بالإغتراب ويؤدي إلى انسحابه من التفاعل الاجتماعي معهم (جلبي، 2010).

ويعرفها السلطان (2009): "على أنها شكل متطرف من الإضطرابات في العلاقات مع الآخرين، حيث ينفصل الطفل عن رفاقه ويبقى منفردا معظم الوقت ولا يشارك أقرانه بالنشاطات الإجتماعية المختلفة".

وعرفها شاكر (2009). بأنها "شعور الفرد بالوحدة وعدم الإحساس بالإنتماء إلى المجتمع الذي يعيش فيه".

مرض السكري: "خلل في التمثيل الغذائي بالتحديد هو خلل في تمثيل السكر ينتج عنه تراكم السكر(الجلوكوز بالدم) دون آستفاده كافيه منه كمصدر رئيسي لطاقه الجسم نتيجه لغياب أو نقص

هرمون الأنسولين وهو الهرمون المنظم الغريزي لتركيز الجلوكوز في الدم والذي تفرزه خلايا خاصة بالبنكرياس تسمى خلايا بيتا" (الحسيني، 1994).

عرف الحسينى (2008) السرطان: بأنه مرض ناتج عن حدوث انقسام سائب غير محدد دون سبب واضح لخلايا نسيج معين، وفى مرحلة متقدمة تنتشر بعض هذه الخلايا السرطانية بطرق مختلفة لانحاء مختلفة بالجسم مسببة متاعب والام مختلفة قد تؤدي إلى الوفاة.

وعرف حسين(2007) **السرطان:** بانه هو التغييرات التي تحدث في الخلية الحية في أي عضو من اعضاء الجسم يجعلها تنقسم بدون ادنى تحكم من الجسم عليها نتيجة لعدة عوامل خارجية (مثل الإشعاعات وبعض الاصابات الفيروسية والتدخين وتناول الكحوليات وبعض العوامل الغذائية) . وتنمو هذه الخلايا السرطانية موضعيا أو تنتشر في الجسم مسببة في كثير من الاحيان وفاة المصابين إذا لم يتم علاجها بالطرق الصحيصة في الوقت المناسب.

التعريف الإجرائي للعزلة الإجتماعية: هي الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مفردات مقياس العزلة الإجتماعية.

الفصل الثاني :

الإطار النظري والدراسات السابقة :

1.2 المقدمة

يعرض هذا الفصل الاطار النظري المتعلق بالعزلة الاجتماعية وأمراض السرطان والسكري، وكذلك النظريات التي تفسر العزلة الاجتماعية وأسباب وتطور أمراض السرطان والسكري.

2.2 العزلة الاجتماعية :

أن العزلة تعنى شعور الفرد بانسحابه والنقص عن تيار الثقافة السائدة، وشعوره بعدم الاندماج، وتبنى مبادئ أو مفاهيم مخالفة، مما يجعله غير قادر على مسايرة الآوضاع القائمة، بحيث يكون الفرد في حالة تناقض بين ما هو مادي وما هو نفسي، فهو موجود في المجتمع من الناحية المادية لا من الناحية النفسية (زهران، 2003).

ويعرف ويز (Weiss,1983,P.884) العزلة الاجتماعية بأنها خبرة ضاغطة ترتبط بعدم اشباع الحاجة إلى الارتباط الوثيق بالآخرين والافتقار إلى التكامل الاجتماعي والذي يكون استجابة للقصور والعجز في الاتصال بالآخرين واقامة العلاقات الحميمه معهم، حيث تتسم العلاقات الاجتماعية في ظل العزلة بالسطحيه مع الشعور باليأس والنبذ.

ويشير حافظ (1980) إلى العزلة الإجتماعية أنها مظهر من مظاهر الإغتراب التي تتمثل في تجنب الإتصال بالآخرين والبعد عن المشاركة في أي أنشطة اجتماعية نتيجة شعور الفرد بالغربة بين الآخرين.

وحدد خليل (1992) أن الشعور بالعزلة الاجتماعية يعني الانفصال الإرادي والإختياري للفرد نتيجه ضعف الصله بينه وبين المجتمع، وعدم مبالاته بما يجري حوله وانخفاض مستوى مشاركته في أية أنشطة اجتماعيه أو تفاعل اجتماعي مع الآخرين.

ويقصد بالعزلة الاجتماعية أيضاً أنها (حاله ينفصل فيها الفرد عن المجتمع مع الشعور بالغربة ومايصاحبها من خوف وقلق وعدم ثقة بالآخرين وتفرد الذات والإحساس بالدونية تارة والتعالي تارة أخرى، ويكون ذلك نتيجه لسوء التكيف الاجتماعي أو لضآلة الدفء العاطفي أو لضعف الإتصال الإجتماعي للفرد، فالأفراد الذين يحبون العزله لا يرون قيمه كبيره لكثير من الآهداف والمفاهيم التي يثمنها المجتمع.

وأكد الباحثون أن العزلة عبارة عن وجود نقص في السلوك الاجتماعي وعجز في القدرة على اقامة روابط عاطفية أو انفعالية سوية مع الناس الآخرين وتحاشى التفاعل الاجتماعي (عبد الرحمن،1998).

حينما لا يستطيع الفرد تكوين علاقة طبيعية مع المجتمع لعدم تذوقه قوانين وعادات وتقاليد المجتمع وسخطه على نظامه ووضعه العام، وحينما لا يعطي المجتمع مجالا للفرد بالتفاعل معه والإنسحاب من مؤسساته البنيوية نظرا لتناقض ميوله واتجاهاته ومصالحه واهدافه وقيمه مع تلك التي يتمسك ويؤمن بها، حينذاك سيشعر الفرد بالبعد والاغتراب والعزلة عن المجتمع. " فالعزلة هي إحدى الظواهر التي يبتعد الأفراد بها عن المحيط الخارجى وعدم الرغبة في الاختلاط مع الآخرين وتكوين عالم داخلى لهم بدلا من عالم اكبر من عالمهم أو دائرة اكبر من الدائرة الفردية التي يعيشون فيها (شفيق، 1998).

وهنا مكمن الخطورة في سلوك العزلة، فحينما يتشكل هذا السلوك لدى الفرد فإنه يقوم بتعميمه على المواقف الاحباطية التي تواجهه باجمعها."قد تصبح العزلة وسيلة للخلاص من المواقف الاحباطية التي تواجه الأفراد مما يضعف مهارتهم الخاصه بالتواصل الاجتماعي (عبد العزيز، 1979).

وتمثل العزلة الاجتماعية أو الوحدة خبرة ضاغطة ترتبط بعدم اشباع الحاجة إلى الارتباط الوثيق بالآخرين والإفتقار إلى التكامل الاجتماعي والذى يكون استجابة للقصور والعجز في الاتصال بالآخرين واقامة العلاقات الحميمة معهم حيث تتسم العلاقات الاجتماعية في ظل العزلة بالسطحية مع شعور باليأس والنبذ (عبد الله ، 2000).

إن الذين يعانون من العزلة الاجتماعية قد يضطرون لتكيف جميع مواقف حياتهم ليتجنبوا أي مناسبة اجتماعية تضعهم تحت المجهر. إن علاقاتهم الشخصية ومسيرتهم التعليمية وحياتهم العملية معرضة للتأثير والتدهور وقد تجر إلى حالات أخرى كالاكتئاب والخوف من الأماكن العامة والواسعة (اسماعيل ، 2003).

ولهذا فإن التفاعل مع العزلة الاجتماعية يجعلنا نأخذ بنظر الاعتبار طبيعة العلاقات الاجتماعية التي تنشأ بين الناس حيث أن هناك الكثير من السلوك الاجتماعي موجها نحو اشباع دوافع اجتماعية يعتمد اشباعها على الاتصال بالآخرين والتفاعل معهم والعلاقات الاجتماعية ، شرط أساسي لوجود أي نشاط اجتماعي من أي نوع (لندا،1983).

ويعد القصور في المهارات الاجتماعية بكل ما يرتبط بها من جوانب ضعف في التفاعل الاجتماعي الإيجابي من الأسباب الرئيسية للعزلة الاجتماعية لدى الشباب. وقد يحدث هذا القصور مستقلاً في شكل اضطرابات وجدانية كما هي في حالات القلق الاجتماعي والخجل ونقص الثقة بالنفس والخوف من التعبير عن الانفعالات الإيجابية (كالعجز عن إظهار الحب والمودة والإهتمام، أو السلبية كالعجز عن التعبير عن الإحتجاج أو رد العدوان (ابراهيم، 1993).

ويفتقد ذوو العزلة الاجتماعية إلى الآليات المعرفية القوية التي تدعم الوجود الاجتماعي للفرد وضعف ميكانيزمات الانتباة والإدراك والتذكر لإستقبال وتخزين المعلومات التي يستعملها الفرد في المواقف المشابهة لها في البيئة الاجتماعية (Marie, 2000).

وافتقار الشخص للمهارات الاجتماعية الملائمة يعد أحد الأسباب الشائعة للقلق الاجتماعي والعزلة الاجتماعية، فهي تدفع صاحبها إلى رفض الآخرين والسلبية وانعدام الاستجابة للتفاعلات الايجابية، الأمر الذي يثير استجابة الرفض من قبل الآخرين، وهذة السلوكيات تقوى بعضها البعض والمحصلة هي الشعور بالعزلة الاجتماعية، والتي يصعب الخروج منها وبدايتها القصور في المهارات الاجتماعية (Mesch,et,al.,1987).

ويرى بعض الباحثين العلاقة وثيقة بين الشعور بالوحدة النفسية والعزلة الاجتماعية. فالشخص الذي يعاني العزلة لديه إحساس مضطرب بشأن علاقتة بالآخر، فهو يشعر بالتباعد بين الذات والآخر، وفقدان إحساس الفرد بقيمته الشخصية، ونقص التعاطف مع الآخرين. بينما يكون الشخص الذي يشعر بالوحدة النفسية شخصاً حساساً لنفسه ولديه صعوبة تكوين علاقات إجتماعية مع الآخرين نتيجة لخوفهم من الرفض (الدمنهوري، 1990).

تعد العزلة Isolation أو الوحدة Loneliness في نظر كثير من علماء النفس مسميين لظاهرتين مختلفتين، وربما لا تتفقان. فالعزلة تصف غياب أو انخفاض التفاعل مع الآخرين، بينما تصف الوحدة مشاعر ذاتية قد يخبرها الفرد وهو وسط اناس كثيرين قد تربطهم به علاقات شخصية حميمية (محروت،2001).

وتعتبر العزلة الاجتماعية خبرة وجدانية ضاغطة يمر بها الفرد تؤثر كثيرا على شخصيته وعلى علاقاته بمحيطة الاجتماعي،حيث يميل فيها إلى التباعد والإنسحاب من المشاركات الاجتماعية، فهي تشير إلى انخفاض قدرة الفرد على التفاعل الاجتماعي الفعال الذي يشمل شبكة علاقات إجتماعية ناجحة ومشبعة له، فظاهرة العزلة الاجتماعية من الظواهر التي تؤثر على الأفراد على الصعيدين الشخصي والاجتماعي في وقت واحد. ذلك أن العلاقة بين ما هو شخصي وما هو اجتماعي علاقة وثيقة وأكيدة، فكل ما هو شخصى له وأصول وجذور اجتماعية وكل ما هو اجتماعي له نواتج وانعكاسات شخصية ونفسية (نبيل، 1988).

والشعور بالوحدة النفسية هو شعور مؤلم، ونتاج تجربة ذاتية من شدة الحساسية، وشعور الفرد بأنه غير مرغوب فيه ومنفصل عن الآخرين ونرى أن هذا الشعور ناتج عن الغياب المدرك للعلاقات الاجتماعية المشبعة وهو شعور مصحوب بأعراض الضغط النفسي (Rokach , 1988).

أما الإصابة بمرض مزمن مثل داء السكري وما هو معروف عنه أنه سيرافق من يصاب به بقية عمره وعلى المريض أن يجد الوسيلة ليتعايش مع هذا الرفيق غير المحبب، والذى سيفرض عليه واجبات، من حمية ودواء، مشاكل صحية قد تصادفه، أو على الأقل هو في خوف دائم من توقع حدوثها (عبد الكريم ،2008).

تعتبر العزله الاجتماعيه (**Social Isolation**) :خبرة وجدانيه ضاغطه يمر بها الفرد تؤثر كثيرا على شخصيته وعلى علاقاته بمحيطه الاجتماعي، حيث يميل فها إلى التباعد والإنسحاب من المشاركات الاجتماعيه، فهي تشير إلى انخفاض قدرة الفرد على التفاعل الاجتماعي الفعال الذي يشمل شبكه علاقات اجتماعيه ناجحه ومشبعه له، فظاهره العزله الاجتماعيه من الظاهر التي تؤثر على الأفراد على الصعيدين الشخصي والاجتماعي في وقت واحد، ذلك أن العلاقه بين ماهو شخصي وماهو اجتماعي

علاقه وثيقة وأكيدة،فكل ماهو شخصي له أصول وجذور اجتماعيه وكل ماهو اجتماعي له نواتج وانعكاسات شخصيه ونفسية (قشقوش، 1988).

فالإنسان بطبعه مخلوق اجتماعي يميل إلى العيش وسط الجماعة يشعر فيها بالأمن والطمأنينة حيث تشبع حاجته للانتماء والاستقرار وتبرز من خلالها شخصيته، ويتشرب منها المعايير وحينما لايستطيع أن يقيم كل هذا،فإن علاقته تتأثر سلبا حيث يبتعد عن الجماعه ويعيش في عزلة وحده

(قشقوش، 1988).

إن الثقافة القائمة وما تنطوي عليه هذه الثقافة من معايير، أو لأنهم يتطلعون إلى مواصلة السعي تجاه أهداف تتطلب فترات من الانفراد والإبتعاد عن الآخرين، لذلك فإن الإنفراد بمعنى العزلة الاجتماعية يميل إلى أن يعكس انفراد كرهي أو قسري أو لا إرادي عن المجرى الحياتي العام الذي يعيشه فرد ما نتيجة وجود نقص أو عيب أو اضطراب في عمليه توافقه الاجتماعي أكثر مما يمثل اختيارا طوعيا أو إراديا من جانب هذا الفرد لأسلوب مامن أساليب الحياة التي تتطلب فترات الإنفراد (ابراهيم ، 2002).

ويشير فرويد وغيرة من أصحاب النظريات النفسية والاجتماعية ومنهم أدلر Adler وسوليفان Sullivan وهورنى **Hornoy** أن العزلة الاجتماعية تمثل حالة من الكبت للخبرات المحبطة في اللاشعور منذ مراحل الطفولة وربما ترجع إلى إساءة الوالدين للفرد في طفولته المبكرة وعدم اشباع حاجته للحب والأمن والرعاية وعدم توافر العلاقات المشبعة مع الآخرين (عباس، 1988).

ويفتقد ذوي العزلة الاجتماعية إلى الآليات المعرفية القوية التي تدعم الوجود الاجتماعي للفرد وضعف ميكانزمات الانتباه والإدراك والتذكر لإستقبال وتخزين المعلومات التي يستخدمها الفرد في المواقف المشابهة لها في البيئة الاجتماعية (Marie, 2000).

2.2.1 النظريات المفسرة للعزلة الاجتماعية:

1 . مدرسة التحليل النفسي :

ترى مدرسة التحليل النفسي أن الشعور بالعزلة يمثل حالة من الكبت للخبرات المحبطة اللاشعورية التي اكتسبت خلال مرحلة الطفولة المبكرة. بسبب مبدأ رفض وإنكار لكل ما من شأنه أيّ يؤدي إلى الألم أو لمظهر من مظاهره، وهو كبت الأنماط السلوكية المخالفة للوسط الاجتماعي، مما يؤدي إلى الفشل في الحصول على الدفئ والمحبة والعلاقات الاجتماعية الحميمة مع الآخرين، وإحباط حاجتة إلى الإنتماء، وهو ما يؤدي كما يرى هوجان (Hojan ,1982) إلى أن يكبت في نفسه خبرة العزلة ومجانبة الآخرين، التي يعانيها في مرحلة المراهقة والرشد (عبد الله ، 2000).

ويرى أدلر (Adler) أن الشعور بالعزلة لدى الفرد يرجع إلى فشل تربية الوالدين للطفل، أو حرمانه من الحب، والعطف، والتشجيع، مما يؤدي إلى شعوره بالنقص، نظرا لنقص الخبرات الاجتماعية وافتقاره إلى عامل الاحساس بالشعور الاجتماعي السليم. (Engler,1985.123).

كما يرى " ستاك سوليفان " فاننا نستطيع اعتبار الشعور بالوحدة النفسية في المراهقة تعود إلى الطفولة (الجوهرة، 2005).

كما يرى أيضاً أنه بالإمكان الربط بين الوحدة النفسية والفشل في الحب وعدم القدرة على تكوين صداقات في المراهقة (مرسي، 2002).

2 . نظرية الذات: (Seff Theory)

ويرى أصحاب نظرية الذات **كارل روجر** أن السلوك الإنساني في صورتة النمطية، سلوك اجتماعي. فالفرد مثلا يبقى في حالة نشاط بالرغم من اشباع حاجاته البيولوجية، وخفض دوافعه، ولهذا يفترض

أنصار نظرية الذات عقلانية الفرد، وأن سلوكاته ستكون استجابة منطقية للعالم المحيط به وفقا لإدراكه له. لذلك تنظر نظرية الذات إلى أن الإنسان على أنه كل منظم يتصرف بشكل كلي في المجال الظاهرى بدافع تحقيق الذات كما تسعى الذات إلى تبني السلوك الذي يواجه قبولا واستحسانا من الآخرين، وأما السلوك الذي يواجه بالرفض، فانها تسعى إلى تجنبه لدرجة أن الذات تبدأ بمحبة نفسها أو كرهها حسب تقييم الآخرين، وعندما يجد الفرد نفسه أمام ظروف لا تتوافر فيها العوامل التي تؤدي إلى التكيف الإيجابي، تبدأ المتاعب النفسية، وسوء التكيف مع الآخرين، وفى انماط السلوك التي تتميز بسوء التكيف منها) يكون الفرد دائما في حالة القلق والتوتر، يعجز عن مواجهة المواقف الجديدة، يميل إلى أن يكون الفرد منعزلا أو منطويا على نفسه، يتجنب المواقف الجديدة في الحياة، لا يمكن التنبؤ بسلوكة، يبدو سلوكه غير منطقي (داود، 1989).

وتؤكد نظرية الذات أن الفرد يعيش في عالمه الذاتي ويكون سلوكه تبعا لإدراكه الذاتي، وترى أن مفهوم الذات ينمو تكوينيا كنتاج للتفاعل الاجتماعي بالتوافق مع العالم الداخلي لتاكيد الذات، ويتأثر بالآخرين المهمين في حياته (الوالدين، المدرسين، الاقران)، ويتأثر بالنضج والتعلم، ويتأثر بالحاجات، كما يتأثر بالقيم والإتجاهات والأخلاقيات، وإذا مر الفرد في حياته بالخبرات المتعددة التي يتفاعل وبنفعل معها، ويؤثر فيها ويتأثر، يقوم بتحويل خبراته إلى رموز يدركها ويقيمعا في ضوء مفهوم الذات أو ينكرها ويشوهها. إذا كانت غير متطابقة مع بنية الذات حين تتعارض مع المعايير الإجتماعية حيث يدركها الفرد على أنها تهديد ويضفى عليها قيمة سالبة، وعندما تدرك الخبرة على هذا النحو تؤدي إلى تهديد وإحباط مركز الذات، والتوتر والقلق، وسوء التوافق النفسي، وتنشط وسائل الدفاع التي تعمد إلى تشوية الادراك غير الدقيق للواقع عندما يعمل الفرد جاهدا للسعى للوصول للتكيف المناسب، وذلك بممارسة الوسائل والأساليب التي من شانها أن تحقق له ذلك (أبو غزالة، 1985 وزهران، 1985).

وتتشكل بنية الذات كما يراها روجرز (Rogers ,1951) نتيجة التفاعل مع البيئة، فالشخص يستجيب للبيئة كما يراها هو، لا كما هي بالضرورة، أي أن الذات المدركة (Percieved Self concept) وعناصر تكوين الذات تنمو تدريجيا في شعور الفرد بنفسه مع خبراته، وأنماط سلوكه وتصوراته الخاصه تبعا لإدراكه، وهناك الذات الاجتماعية التي تنمو نتيجة للنضج والتعلم، وتصبح المركز الذي تنتظم حولة كل الخبرات (الزعبي، 2002).

3 . **النظرية السلوكية: (Behauioral Thoory)**

تفترض النظرية السلوكية أن كل أنواع السلوك الإنساني متعلمة أو مكتسبة، وهذا السلوك هو نتيجة تفاعل الفرد مع البيئة، فهو لا يأتي إلى الحياة بسلوكه السوي أو اللاسوي بل يأتي بشكل طبيعى، ونوع آخر من السلوك يعتمد على البيئة التي سوف يعيش فيها (الحياني، 1990).

ويرى السلوكيون أن قدرة الفرد على التكيف مع البيئة التعليمية الجديدة تأتي من خلال اكتسابه مجموعة من العادات والسلوكات المقبولة إجتماعيا والتي تمكنه من التوافق مع نفسه ومجتمعه.

(ابراهيم، 1988، 1993).

كذلك يعتقد أصحاب هذه النظرية أن الإهمال الذي يتلقاه الفرد في طفولته المبكرة من والديه، أو المحيطين به، والمعاملة القاسية في التنشئة، لا يساعد في تدعيم التعلق (Attachment) بينه وبينهم، ويؤدي إلى غياب التفاعل الإيجابي لديه، وعدم شعوره بالأمن والطمأنينة، وبالتالي تدني مستوى التفاعل الاجتماعي، مما يؤدي إلى سلبيتة وعدم انسجامة مع الآخرين وبالتالي شعوره بالعزلة والإنطواء (عبد الله ، 2000).

4 النظرية المعرفية: (Cognitive Theory)

تهتم النظرية المعرفية بالعمليات الوسيطية بين المثير والاستجابة، وبهذا فهي تؤكد ما يجرى داخل الدماغ من عمليات عقلية، وما يصدر عنه من سلوكات، ويمثل هذا الاتجاة كل من نظرية التعلم الاجتماعي (باندورا وولتز) والنظرية العقلية العاطفية (البرت اليس).

ويرى اتباع هذا المنحى أن تعديل السلوك التقليدى الذي يركز في أنموذج الإشراط الكلاسيكى، وأنموذج الاشراط الاجرائي، إنما يعمل على تجاهل الفرد نفسه، وإهمال مشاعره وعواطفه وافكاره، ولذلك إهتم المعرفيون بتطوير الإجراءات العلاجية التي تشمل مشاركة المتعالج نفسه في تغيير سلوكه، والتركيز في تغيير العمليات المعرفية وأنماط التفكير الخاطئة، والتي تعرف بتسميات مختلفة، كالتحدث الذاتي، والتفكير التلقائى، في محاولة لتغيير الأفكار الخاطئة (الاشهب، 1988).

ويرى أصحاب النظرية المعرفية ومنهم (Albert Ellis) أن الافكار والمعتقدات غير المنطقية تسهم في إظهار السلوك غير المنطقى وسلوك العزلة الاجتماعية وان المنعزلين اجتماعياُ يقومون بعقاب أنفسهم، ويخلقون قدراً كبيراً من عدم الراحة والاضطراب في علاقاتهم مع الآخرين، وبناءً على ذلك وصف البرت أليس طريقة للتعامل مع هذه الممارسات والإتجاهات يتم من خلال جعل المشاركين يدركون كيف أن إساءة فهمهم وتعبيرهم بالألفاظ غير المنطقية يؤثر سلباً على مشاعرهم وسلوكهم وأن التدريب من خلال الارشاد الجمعى يساعد على إدراك العلاقة بين معتقداتهم ومشاعرهم وسلوكهم (الاشهب، 1988و الطيبة، 1990).

انواع العزلة الاجتماعية :

ولعل من المفيد عند الحديث عن مفهوم العزلة على وجهه العموم أن نقسمها إلى أنواع ليسهل التمييز، والتعريف ، والتحديد لكل نوع منها . وليس بالضرورة أن يكون ذلك التقسيم مصطلحاً شائعاً ، بل يكون

محض إجتهاد ،ومحاولة تقريب لمعنى شامل لمفهوم العزلة ، وتأثيرها فى حياة الإنسان،بربط كا نوع من أنواعها بفئة من الناس ،ليلتقى الجميع بعد ذلك عند مفهوم عام وشامل ذى جوانب متعددة ،ولبيان ان للعزلة مفاهيم إيجابية ،كما أن لها أخرى سلبية فى حياة الإنسان السليم ومنها :

اولا :العزلة الثقافية :

وهى قطع صلات العلم والمعرفة بمجتمع عن غيرة من المجتمعات الأاخرى ،والتحكم فى نوعية الثقافة بين أفرادة ،وفرض نوع من المعارف ،والاصطلاحات ،والعلوم التى تخدم اهداف المستفيدين من ذلك على مجتمع بأسرة ،كالدول الشيوعية مثلا ،أو على فئة من الناس كالأسرى والسجناء المنائين

(قشقوش ،1988) .

ثانيا : العزلة الأخلاقية :

سلوك يقتضيه التباين في مفهوم الأخلاق المكتسبة والمجبولة بين الناس .ويبرز ذلك السلوك فى الغالب _ لدى الشعوب المتدينة والأخرى الإباحية (قشقوش ،1988).

ثالثا : العزلة الصحية :

وهي نوع من الإجراء الوقائى للحيلولة دون انتشار الأمراض المعدية بانتقالها عند المخالطة من المريض الى الشخص السليم . فيعزل المريض في مكان يتلقى فية العلاج اللازم حتى تنقطع عنه اسباب المرض . وفى أكثر الأحوال تكون عزلة إجبارية تفرض على المريض (الكندرى ،2002) .

رابعا :العزلة الفردية :

فى موسوعة علم النفس والتحليل النفسي :العزلة والأغتراب عن الأخرين من نفس النوع ، اما جغرافياً،وإما بسبب عدم الرغبة فى التزاوج مع الأخرين ،وإما بسبب الإحساس بالنقص ،أو بالاستعلاء ،أو بالمغايرة . والعزلة حيلة دفاعية يلجأ إليها الفرد لعزل حدث ومنعة من التكرار ،بحيث لا يصبح جزءا من تجربة

الشخص .فعندما يحدث شئ غير سار للمرء فإنة يتوقف لفترة يعزل نفسة عن الأحداث .ومع ذلك فالتجربة لا تنسى بالعزل ،وإنما تفرغ من الانفعال الذى كان يرافقها ويكتب ما يرتبط بها ، ويبقى معزولا لا يلعب أى دور فى حياة الفرد الفكرية اليومية (البرزنجى ،1989).

خامسا : العزلة الدائمة :

وهي حالة تصيب الشخص منذ طفولتة ، وتستمر قي التفاقم كلما تقدم به العمر ، هذا النوع من العزلة مزمن ومتواصل ، ويكون الشخص فيه مجبرا على البقاء وحيدا ، فمهما بذل من جهد لا ينجح فى التواصل مع المجتمع من حوله (الزعبى ،2002).

سادسا : العزلة الاختيارية :

تبدأ هذه الحالة باختيار الشخص البقاء بمفردة بعض الوقت ، بسبب تعرضه لصدمة ما او موقف معين اثر فيه سلبا وزعزع ايمانه بذاته ، لكن مع الوقت تزداد مشاعر الإحباط والحزن والألم ، وتزداد معها حالة العزلة ، حتى يبتعد الشخص تماما عن كل معارفه وعلاقاته الشخصية (الزعبى ،2002) .

مؤشرات سلوك العزلة الاجتماعية :

1 . سوء التوافق الاجتماعى للفرد فى علاقاتة مع الاخرين .

2 . تجنب الفرد للاتصالات الاجتماعية .

3 .تجميد دائرة تفاعله الاجتماعى .

4 . عدم القدرة على تطوير او ادامة علاقات الصداقة ، والجيرة .

5 . هروب الفرد من واقعة الاجتماعى الى عالمة الذاتى .

6 . تبنى الفرد لبنية معرفية مفادها ان الاخرين قد اهملوة او تجاهلوه لانقطاعه عنهم لفترة من الزمن (قشقوش ،1988).

اعراض العزلة الاجتماعية :

الشعور بالإحباط .

إفكار تشاؤمية .

الشعور بالغربة .

تغييرات المزاج تغلب على مريض العزلة الاجتماعية تغيرات مزاجية حادة غير مبررة وليس لها سبب معين .

معتقدات وإفكار خاطئة .

فقدان القدرة على التواصل مع من حولة .

فقدان القدرة على اقامة علاقات اجتماعية .

القلق والاضطراب تبدو علامات القلق والاضطراب واضحة على الشخص المنعزل ، حتى فى حال بقائة بمفردة وتكون الاسباب غير واضحة (البرزنجى ،1989).

3.2 مرض السرطان:

إن كلمة سرطان ورد في معجم الوسيط، بأنها مأخوذة من سرطه، يسرطه، ويسرط سرطا، وسرطانا بمعنى ابتلعه، ويسرطه، وسرطه ابتلعه، وهو حيوان يسمى عقرب الماء ويكنية العرب (أبا البحر) وهو من عمار البحر، ويعيش في البر أيضاً، وهو جيد المشى، سريع العدو، له فكّان ومخالب وأظافر حداد، كثير

السنان، صلب الظهر، من رآه ظنه بلا رأس، ولا ذنب عيناه في كتفه، وفمه في صدره، وفكاه مشقوقان من الجانبين، وله ثمانية أرجل ويمشى على جانب واحد (الصبوة، 2004).

مرض السرطان: عبارة عن مجموعة من الأمراض، والتي تتميز بزيادة في النمو المضطرب وغير السوى للخلايا، بحيث تنقسم الخلية الواحدة إلى إثنين ثم أربعة وهكذا..... الخ، كما أن الخلايا المتسرطنه تتميز بالعدائية اتجاة الأنسجه والأعضاء المحيطة بها ثم إلى جميع انحاء الجسم، مشكلة مستعمرات سرطانية جديدة تعمل على حساب الجسم المصاب (عثمان، 1990).

وعرفه جيفري كوبر (2004) هو تعبير عام عن مجموعة كبيرة من الأمراض التي تتميز بالنمو الفوضوى وغير المنضبط للخلايا حيث يصبح من الاستحالة السيطرة عليها، وبالتالي فإن خلية واحدة تقوم بالانقسام إلى خليتين وبتلك الخليتين تنقسمان إلى اربع خلايا وهكذا دون توقف حتى يصبح النمو مفرطا وكبيرا ويتطور نمو مجموعات من الخلايا غير الطبيعية،وفى معظم أنواع السرطانات تصبح هذه الخلايا أوراما تغزو الأنسجة والأعضاء المحيطة بها وبذلك تحل محل الأنسجه الطبيعية وتدمرها، وبواسطة عملية تشمل (النمو الانبثاثى) أي انتقال الداء من مركزه الأساسي في الجسم إلى مراكز أخرى في الجسم ويمكن لخلايا السرطان أن تنتقل أيضاً من خلايا الدم أو الجهاز اللمفاوي لتشكيل مراكز نمو تدميرية جديدة في أجزاء من الجسم بعيدة عن مركزها الأساسي.

أما شيلي (2008) فيعرفه على انه عبارة عن مجموعة من الأمراض التي تزيد من المائة مرض، يجمع بينها عدد من العوامل المشترطة، وينجم السرطان عن خلل في المادة الوراثية الجينية (DNA) التي تتمثل في خلايا الإنسان الجزء المسؤول عن السيطرة على نمو الخلايا وتكاثرها، فخلايا جسم الإنسان تتكاثر بشكل منتظم وبطئ، لكن في حال السرطان يحدث خللاً في المادة الوراثية (DNA)، مما يؤدي إلى

تسارع زائد في نموها وانتشارها، ومن المعروف أن الخلايا السرطانية بعكس خلايا الجسم الأخرى، وإنما تستنزف طاقاته وإمكاناته.

أما طبيا فهو داء خبيث يتركب من ورم يظهر في بعض أجزاء الجسم، فيكون سببا لتسمم البنية،فيحدث أولاً ورما صغيرا، ثم يأخذ في الإزدياد ببطئ، ولكن الاجزاء المجاوره له ترم وتمتد مستطيلة على هيئة أرجل الحيوان الذي يسمى "ابو جلا نبو " ثم يستمر الورم الأصلي على الزيادة، وما كان أمره بمعضل لوقف الورم عند حد الورم ولكن يعقب أحد درجات الورم تسمم عام للدم (الصبوة، 2004).

تعد الأمراض باختلاف أنواعها من المشكلات التي تهدد المجتمعات الإنسانية، ولكن أكثر تلك الأمراض أهمية الأمراض المهددة للحياة، ويقع السرطان على رأس قائمة تلك الأمراض، ويزداد انتشار هذا المرض في البلاد النامية وتوقعت زيادة نسبة الإصابة به، وأنه سيصبح من اكبر المشكلات الصحية فيها.

ويوصف السرطان بأنه مرض إجتماعي حيث أنه نتاج للعديد من العوامل الاجتماعية كالمأكل والمشرب والتدخين والتربة ونواتج الصناعة والأشعاعات وأنماط التكنولوجيا والعادات والتقاليد المسيطرة على الأفراد (عبد النبي، 1992).

والسرطان هو داء إرتبط اسمه مع اسم الموت حتى صار يصاحبه رهبة وفزعاً وصار كل من يسمع باسمه يشعر بالخوف والحزن والأسى سواء أكان هو المصاب أو أحد أقاربه أو معارفه، والحقيقة أن داء السرطان داء خطير قد يؤدي إلى الموت لكن ليس بالضرورة ، وتستدعى كلمة السرطان صورا لمستقبل مظلم حيث يعد مرض السرطان من الأمراض شديدة الخطورة على صحة الإنسان وما يعتريه من انتكاسات وعلاجات كيميائية وإشعاعية إلى غير ذلك من مظاهر الآلام إلى جانب المشكلات النفسية والاجتماعية التي قد تنشأ عن المرض في كافة المجالات التي يتواجد معها من أصيب بهذا المرض (احمد، 1998) .

ومن هذا المنطلق فإن إصابة الفرد بمرض خطير مثل مرض (السرطان) ربما تزيد من تفكيره في المخاطر التي قد تتولد نتيجة ذلك، ولعل أكثر هذه المخاطر إثارة لقلق الفرد هي أن المرض الذي أصابه قد ينهي حياته في أي لحظة، ومن ثم يجعله وجها لوجه أمام نهايته المحتومة، مما يثير خوف الفرد من موته الخاص، وهذا يؤثر في سلوكياته وتصرفاته وعلى مجرى حياته، ويجعل الفرد أكثر تفكيرًا وانشغالا بما قد يولده المرض من مخاطر على شخصيته (عبد الكريم، 2008).

يعد مرض السرطان من بين أكثر الأمراض خطورة وفتكا بالجنس البشري ؛ حتى أن البعض يطلق عليه اسم "المرض الخبيث " ، إذ من الصعب اكتشاف هذا المرض إلاّ في حالاته المتأخره بعد أن يكون قد استشرى في الجسم، وأصبح من غير المأمول علاجة (عبد العزيز، 2003).

وعادة ما يبدأ السرطان على مستوى خلية واحدة يطرأ عليها تغير بسيط في عملها وطريقة تحكمها فيه، وتنجح الخلية في النمو والإنقسام على حساب الخلايا الأخرى، وفى هذه المرحلة يمكن رؤية الورم ميكروسكوبيا، بعد أن يكون قد تطور وكبر حجمه إذا لم يعالج واستمر في النمو وتدمير الأنسجه المجاورة وربما ينتشر إلى اعضاء بعيده؛ ولعل مكمن الخطر في هذا المرض هو خاصية الانتشار التي تتمتع بها الخلية السرطانية وقدرتها على التغلغل في الأنسجه المجاورة، وليس ذلك فحسب ؛ بل أن لها القدرة على الانتقال من مكانها الأصلي إلى الأعضاء الأخرى بالجسم، وفى المكان الجديد تبدأ الخلية الخبيثة بدورها الخطر المدمر حيث تنقسم عشوائيا مكونة ورما جديدا يقوم باتلاف العضو والتأثير على وظائفة ؛ وبذلك يصبح من غير الممكن حصر المرض والقضاء عليه من مكان ظهوره الأولي (عبد العزيز، 2003).

2.3.1 الآثار النفسية للسرطان:

إذا تكلمنا عن الآثار النفسية للسرطان فاننا نجد أنها ثنائية الأقطاب، فمنها الآثار الناجمة عن المرض نفسه، ومنها الآثار التابعة للعلاج والتي تضع المريض في وضعية جديدة يصعب التكيف معها مما يتولد عنها أعراضاٍ وآثاراً نفسية تختلف درجتها وحدتها من مريض سرطاني لآخر. ومن بين المخاوف التي ترافق مريض السرطان، وتسبب له آثار نفسية منها مايلى :

1 . الخوف من الموت:

إن كلمة السرطان تبعث في النفوس الرعب والخوف، إذا أن هذا المريض عموما مرتبط لا محالة بالموت، هذا ما يجعل المصاب به يعاني من خوف مرضي دائم حتى الموت (رياش، 2013).

2 . الخوف من المعاناة:

عادة ما يكون هذا النوع من الخوف مرتبط بالافكار التي كونها المريض حول السرطان كان يقتنع بفكرة أن هذا المريض يقتل ببطء، وبالتالي يجعل المريض يدخل في صراع مع نفسه خاصة وأنه يصاحب بالآم مزمنة وما يزيد الأمر حدة من معاناتة، مشاركة الأهل له في كل آلامه (رياش، 2013).

3 . الخوف من البتر:

إن فقدان عضو ما من الجسم ليس بالامر الهين بالنسبة لأي فرد خاصة إذا تعلق الأمر بالنساء، حيث إن ثدي المرأة من المظاهر الخارجية التي تبرز أنوثتها كما تتحدد الآثار النفسية وفق التصورات

والإستثمارات التي يحملها المريض حول ذلك العضو ويتضاعف هذا الخوف عند الإعلان الفعلى عن القيام بالعملية (الخورى، 1961).

4 . الخوف من تغير الصورة الجسدية:

إن تغير المنظر والشكل المالوف يعتبران من أهم مخلفات العلاج سواء من الجراحة أو العلاج الكيميائى، إذا يصعب على المرأة تحمل الوضعية الجديدة وقد يؤدي ذلك إلى اضطراب الصورة الجسدية (الخورى، 1961).

5 . الشعور بالقلق:

كل ما ذكر يؤدي بالضرورة إلى الشعور بالقلق الشديد، خاصة عندما لا يتفهم طبيعة مرضه أو لا يفهم تطور حالته الصحية (رياش، 2013).

6 . فقدان أو نقص الاستثمار:

إن تدهور الحالة الصحية للمريض ينتج عنه نقص الأداء والفعالية من جهة ومن جهة أخرى يؤثر العلاج على النشاط الجسدى للمريض، وكذا الاجتماعي، القلق الناتج عن المخاوف، كلها عوامل تؤدي إلى ظهور استجابات عدوانية إتجاة الأقارب، العائلة المعالجين، أي عدم قدرة المريض على استشعار المواضيع الخارجية المحيطة به (الخورى، 1961).

2.3.2 العوامل المساعدة للإصابة بالسرطان:

كان الاعتقاد السائد في الماضى أن السرطان هو نتيجة خطأ وراثي؛ أما الآن فتشير التقديرات إلى أن (80%) على الأقل من جميع حالات السرطان يلعب فيها العامل البيئى دورا ما ؛ إذ يحدث هذا العامل

التغييرات التي تسبب تحول الخلايا الطبيعية إلى سرطانية، وهذا الفهم للتأثير الهائل للعوامل البيئية هو تطور مشجع لأنه يشير إلى أن الاهتمام يجب أن يتركز على تحديد العوامل التي تعرض للإصابة بالسرطان كى يتم تجنبها، ونعنى بالعوامل المساعدة الظروف والحالات التي تزيد احتمالات ظهور السرطان، ويمكننا تصنيف هذه العوامل فيما يلي :

1. العوامل الفيزيائية:

إن التعرض المفرط لضوء الشمس هو من العوامل العامة للتعرض للإصابة بسرطان الجلد، كما أن التعرض للإشعاعات الأيونية من أنواع مختلفة يزيد إلى حد بعيد من خطر الإصابة بالسرطان، فوجود اللوكيميا (سرطان مجموعات خلايا الدم البيضاء) ازداد بشكل هائل بين الناجين من القنبلة الذرية، وقد ظهر بينهم المرض في فترة السنوات الثلاث إلى الخمس التي تبعت الإنفجار.

2. العوامل الكيميائية:

يعرف عن الكثير من المواد الكيميائية الصناعية أنها تعرض للإصابة بالسرطان

ف: قطران الفحم ومستحضرات الكريبوسوت (سائل زيتي تستحضر بتقطير القطران) يسببان سرطان الجلد.

أما المستحضرات الزرنخية فهي أيضاً تسبب سرطان الجلد حتى وإن اخذت عن طريق الفم، كذلك فاصباغ الإنالين قد تؤدي إلى الإصابة بسرطان المثانة في حالة ما إذا تعرض لها الشخص باستمرار، ويفترض في هذه الحالة أن المثانة هي العضو المعرض للإصابة لان المواد المسببة للسرطان يتم التخلص منها عن طريق البول.

وظهر مؤخراً اهتمام كبير بسبب الأدلة المتزايدة على إستعمال هرمون الأستروجين الصناعي من قبل النساء المريضات يزيد احتمال إصابتهن بسرطان المهبل، وعنق الرحم، ومما أيد هذا الاهتمام ملاحظة

كون البنات المراهقات اللواتى تلقت أمهاتهن الاستروجين الصناعي خلال أشهر الحمل الثلاثة الأولى معرضات أكثر من غيرهن للإصابة بسرطان المهبل وعنق الرحم، وهكذا يبدو أن هناك انتقالاً في التأثيرمن جيل إلى جيل.

أما المشروبات الكحولية فمن الصعب تحديد التأثير الدقيق لها لأسباب عديدة، أولها أن الاشخاص الذين يتناولونها غالبا ما يكونون من مدخنى السجائر، وهكذا فإنه عندما يظهر السرطان لا يعود باستطاعتنا الجزم فيما إذا كان بسبب الكحول أو السجائر، وتدخين السجائر مسؤول عن (90%) على الأقل من حالات الإصابة بسرطان الرئة الذي يسبب عددا أكبر من الوفيات بين الرجال ؛ مما يسبب أي نوع من أنواع السرطان (Beers,2008).

3. العوامل البيولوجية (الفيروسات):

هناك احتمال كبير في امكانية حدوث السرطان نتيجة فيروس ما أو مجموعة فيروسات ؛ فالفيروس الحليمى البشرى(**HPV**) يمكن أن ينتقل من خلال العلاقات الجنسية ويسبب سرطان عنق الرحم، كما نجد فيروس التهاب الكبد (**C**) الذي يسبب سرطان الكبد، أما فيروس (**EBV**) فهو يسبب سرطان الجهاز اللمفاوى أو ما يعرف بداء بورلين (Beers,2008).

4. العوامل النفسية والاورام السرطانية :

ظهر فرع جديد من الطب وهو الطب السيكوسوماتى الذي يتناول تأثير الضغوط أو الإنفعالات على الاختلال الوظيفى أو المرضى، ويرى "وولف"(**Wolf**) أن الأمراض السيكوسوماتية ترجع غالبا لضغوط المواقف المختلفة في الحياة، وهذة الضغوط التي لا تتفق مع تكريس الفرد الفسيولوجي أو النفسي، وهى مواقف يحدث فيها ما يضغط على نفسية الفرد، ويثير قلقة وتوترة حتى تؤثر على احشائه وإفرازات غدده

من الهرمونات والعصارات وغيرها ، مما يجعل الحالة الانفعالية الحشوية تأخذ صفة الاستمرار بما لا تتحملة الآليات الجسمية الداخلية فتضطرب الوظائف أو تصاب الأعضاء (عبد الله، 1996).

ويرى الباحثون أن العامل النفسي لا يعمل لوحدة ؛ وإنما إلى جانب التغير الهرمونى ويعتبرة البعض العامل الغلاب والفعال والمباشر في إحداث الأذى للعضو، ومن ثم فإن هذه الاضطرابات تؤثر على الجهاز العصبي والهرموني والحالة الجسمية للفرد بصفة عامة، وان تفاعل العامل النفسي مع العامل الوراثي والبيولوجي له اثر كبير في أحداث الاضطرابات الجسمية (عبد الله، 1996).

أنواع الأورام :

اولاً: الأورام الحميدة: (Beuigu Tumour)

تتالف من خلايا تظل معزولة عن مجموعات الخلايا المحيطة بها وتنمو ضمن كبسولة محيطة بها والورم الحميد يشبه مجموعة من الناس يعيشون داخل اسوار مستديرة ومحاطة من جميع الجهات وتدل كلمة حميد على كل نوع من التورم غير مؤذٍ، ولكنه ما دان يحتل فسحة من الجسم، فإنه يسبب متاعب جانبيه عن طريق الضغط على مجموعات الأنسجه المحيطة به، ربما يقوم بإفراز مواد فعّالة مثل الهرمونات، والتورم الدهنى الذي يظهر تحت الجلد مباشرة على شكل فقاعة صغيرة هو من هذا النوع (محمد، 2011) .

صفات الأورام الحميدة:

1 . أورام موضعية يكون نمو خلاياها بطيئا وقد يتوقف نموها فجأة عند حد معين.

2 . تكون محدودة ومحاطة من خلايا بغلاف يحددها تحديداً واضحاً من الأنسجه المحيطة بها.

3 . يكون نسيج الورم يشبه نسيج الأم (أي النسيج الذي حدث فيه الورم).

4 . لا تجتاح الأورام الحميدة الخلايا السليمة في الأنسجه المجاورة.

5 . لا تتسرب إلى الدم فهي لا تنتشر في الغدد اللمفاوية.

6 . لا تعود بعد الاستئصال (سامح ، 2000).

ثانيً: الأورام الخبيثة :

تتألف من خلايا تنمو بكثرة وبإتساع وتغزو مجموعات الأنسجه المحيطة بها أو تنتشر عن طريق الدم ولا تبقى محصورة." وهذا النوع يسمى السرطان .

وتتميز الأورام الخبيثة بسرعة معدل النمو، وبأنها قد تعود بعد الاستئصال، وبأنها قد تنتشر موضعيا (Local spread). أو تنتشر إنتشارا عاما (Systemic spread) في الجسم عن طريق الأوعية اللمفاوية أو الدموية مما يؤدي إلى حدوث أورام ثانوية (Metastatic tumor) في اماكن أخرى من الجسم ومن أشهر هذه الأماكن الرئة والكبد والمخ والعظام (محمد ، 2011).

صفات الأورام الخبيثة :

تختلف خلاياها من حيث التكوين بشكل عميق عن الخلايا العادية أي أنها لا تشبه النسيج الذي حدث فيه الورم (أورام غير متميزة) أو أنها غير ناضجة.

تجتاح خلايا الورم للأنسجة المحيطة .

تكون خلايا الورم الخبيث سريعة النمو والتكاثر وقد تبلغ حجماً كبيراً في وقت قصير ذات حدود غير واضحة.

غير مغلفة من الخارج بأي غلاف لذلك يكون نموها غير محدود .

تنتقل الخلايا الخبيثة بواسطة الدم أو المادة اللمفاوية إلى أعضاء أخرى من الجسم حيث تتوقف وتتكاثر مسببة ورما يشبة الورم الأول ويعرف هذا الإنتشار باسم الإنبثاق (Metastase)

يعود الورم ثانية بعد إلاستئصال بعملية جراحية إذا بقيت هناك خلايا مريضة لم يتم استئصالها تسبب اضطرابا خطيرا في وظائف أعضاء الجسم (سامح ، 2000).

طرق انتقال الأورام الخبيثة

تنتشر الأورام الخبيثة بثلاث طرق وهى كما يلي :

- الطريق الدموى.
- الطريق اللمفاوى.
- الانتشار الموضعي في الأنسجه المجاورة (سامح ، 2000).

2.3.3 علاج السرطان :

وتتعدد الأنماط العلاجية المستخدمة في مواجهة هذا المرض والقضاء عليه، وفيما يلي عرض لأهم هذه الأنماط، وما ينطوى عليها من إيجابيات وسلبيات (الصبوة، 2004) :

1. العلاج الجراحى: (Surgery) :

ويشمل هذا النمط من العلاج استئصال جزء من الجسم المصاب بالسرطان أو كله، وتعتمد الجراحة بشكل كبير على مرحلة تغلغل الورم في الجسم.

2.العلاج الكيميائى : (Chemotherapy) :

وستخدم في العلاج الكيميائي العقاقير والأدوية لقتل الخلايا السرطانية، ويؤخذ هذا العلاج إما عن طريق الفم أو عن طريق الوريد، ويسمى بالعلاج النظامى حيث يدخل الدواء بشكل منظم داخل مجرى الدم ن ويتجة العقار إلى الخلايا السرطانية الموجودة في العضو المصاب بالسرطان.

3. العلاج الإشعاعى (Radiation therapy) :

حيث يستخدم العلاج الاشعاعي طاقة الإشعاع المكثفة لقتل أو لتقليص عدد الخلايا السرطانية، ويكون الإشعاع خارجيا باستخدام مواد مشعة خارج الجسم، ويستمر العلاج لفترة تمتد من 3–9 شهور، ومن آثاره الجانبيه التهاب الجلد والتعب والغثيان والإسهال، اضافة إلى امكانية معاناة المريض من الاكتئاب، حيث افادت دراسة (Kurtz; 2001) حسبما ورد في دراسة (محمد، 2011). بأن العلاج بالأشعة يعد مؤشرا مهما لظهور أعراض الإكتئاب لدى مرضى السرطان بالرئة كبار السن، حيث تبين أن المرضى الذين تعرضوا للعلاج بالاشعة كانوا أكثر اكتئابا وحزنا من أولئك الذين لم يخضعوا للعلاج بالأشعة.

ومن الجدير ذكرة أنه يمكن إستخدام أساليب أخرى مساندة من العلاج السرطانى كالعلاج السلوكى، والعلاج الجماعي الداعم ؛ فقد كشفت المراجعة الادبية لأكثر من عشرين دراسة إهتمت بدراسة مدى تأثير العلاج المعرفى السلوكي (CBT) والعلاج الجماعي الداعم (SEGT) على تطوير حياة النساء المرضى بسرطان الثدى واسفرت النتائج عن هذين الأسلوبين في العلاج لهما أثر إيجابى في خفض الاضطرابات العاطفية لديهن (Boutin,2007).

2.4 مرض السكرى: Diabetes mellitus

يعد مرض السكر من أقدم الأمراض التي عرفها الإنسان، فقد عرفته الحضارت الفرعونية كما عرفته الحضارات الإغريقية والأشورية والبابلية أيضاً، فمخلفات أوراق البردى التي كتبها قدماء المصريين منذ نحو 2500 سنة تؤكد معرفتهم بالمرض، وبكيفية علاجه كذلك، كما ذكرته أوراق كونفوشيوس الصينية القديمة، وورد فيها أن المصاب بهذا الداء لا تروية مياة أنهار الصين كلها، بينما ذكر الاغريق أيضاً غرابة أعراض هذا المرض، حيث وصفوه بأنه ذوبان الشحم واللحم وخروجهما بكثرة مع البول (محمد، 2005).

أما مفهوم هذا المرض فجاء من كلمة(**Diabetes**) باللاتينية التي تعنى " تمرير شئ ما "، تعنى **Mellitus** " **العسل** "، وهذة إشارة إلى ادرار كميات من البول الحلو من جسم الإنسان (المخللاتي، 1984).

عرفة جنيد (1988) بأنه مرض مزمن يتميز بكثرة التبول والعطش والإحساس بالضعف والوهن وارتفاع مستوى السكر في الدم عن المعدل الطبيعي وظهوره بالبول. ولكن في بعض المرضى قد يرتفع مستوى سكر الدم ويظهر في البول دون أن يرافقة كثرة في العطش أو التبول وإن كان إحساس المريض بالضعف والوهن موجوداً، ويفسر خطأ أنه ناجم عن الإرهاق في العمل.

ويعرفه جعفر (1987) بأن ازدياد السكر في الدم نتيجة لعدم وجود الأنسولين أو نقصه يرجع إلى زيادة العوامل التي تضاد أو تضعف مفعولة.ويؤدي هذا الإختلال إلى زيادة السكر في الدم وبين الأنسولين إلى إحداث شذوذ أو تغييرات في أيض النشويات (الكربوهيدرات) والبروتينات والدهنيات وهذة التغيرات في الأيض أو التمثيل الغذائى تؤثر مباشرة على جميع خلايا الجسم وأعضاء الجسم.

ويعد مرض السكري مرضاً مزمناً، وقد يكون وراثيا، يتميز بارتفاع غير طبيعي في مستوى الجلوكوز بالدم، وإفراز كمية من الجلوكوز الزائد في البول، ويكمن الخلل الرئيسى في عدم إفراز هرمون الأنسولين،

أو النقص في إفرازه، أو عدم فعاليته، مما يؤدي إلى عدم تمثيل الكربوهيدرات (الجلوكوز) بشكل طبيعى(خريم، 2008).

إن داء السكري مشكلة صحية عالمية تتأثر بها المجتمعات البشرية في كل من مراحل التطور حيث يبلغ عدد المصابين به المعروفين ما يزيد عن الخمسين مليونا من البشر في جميع انحاء العالم، وعدد المرضى في تزايد سريع مع ازدياد متوسط العمر والتغيرات التي حدثت في نمط الحياة، ومع تحسن وسائل البحث والإستقصاء، وهو مرض المجتمعات المتطورة والنامية على السواء وإن بدأ باشكال مختلفه، وكان هناك اعتقاد شائع وهو أن السكري مرض المجتمعات الغنية ولكن دراسة (وبائيات السكري) في بقاع كثيرة من الأرض أثبتت إنتشاره في كثير من البلدان النامية بمعدل يفوق انتشاره في الدول المتطورة (مختار، 2001) .

2.4.1 فسيولوجية مرض السكري :

داء السكري متلازمة استقلابية (Metabolic) تتميز بإرتفاع مزمن في سكر الدم حيث تحدث هذه المتلازمة في سياق عدد من الأمراض والأحوال المختلفة سريريا ومرضيا إذ ينجم فرط سكر الدم عن النقص المطلق أو النسبي للأنسولين. ليس المقصود بالنقص نقصا في إنتاج الأنسولين فقط، وإنما يشمل أيضاً كل الأعطاب والإضطرابات التي تؤدي إلى خلل في الفعالية الحيوية للهرمون في أي مرحلة من المراحل العمرية. أن نقص الأنسولين في الدم يؤدي إلى حدوث اضطرابات عديدة في استقلاب الشحوم، والبروتينات والمكونات الخلوية وغير الخلوية، تؤدي إلى اختلاطات إستقلابية حادة ومزمنة

(الباشا، 2001).

والسكري مرض شائع يصيب (4%) من الإناث و(2%) من الذكور ويحصل في مختلف الأعمار وترتفع نسبة الإصابة به عند البالغين، حيث تقدر نسبة الإصابة بالمرض بواحد من كل أربعين شخصا على

وجه التقريب. كما تؤكده الدراسة التي قام بها مركز السيطرة على الأمراض والوقاية منها. بينما يرتفع معدل الوفيات عند الصغار أكثر مما هو عند البالغين (الاسمر، 1996، 2004 Center For Disease Control and Prevention ,).

2.4.2 أعراض مرض السكري :

إن الأعراض النفسية كالقلق، والإكتئاب، والضغط النفسي، منتشرة بين مرضى السكري أكثر من انتشارها بين غيرهم، كما توكده بعض الدراسات مثل دراسة زانغ وزملائة (Zhang, et al ,2005)، وستيوارت ورو ووايت (Stewart ,Rao White ,2005)، ودراسة شووشى (Chou& Chi ,2005)، ودراسة للويد وبراون (Lloyd & Brown ,2002) ويعتقد أن للحالة النفسية تأثيرًا سيئاً على ضبط مستوى السكر في الدم كما تؤكده دراسة ليفي ولانجر (Levy &Langer ,1994)، والمعانة من مرض مزمن كالسكري قد تقود إلى الشعور بالقلق أو الإكتئاب أو التوتر أو غيرها من الأعراض النفسية وبخاصة إذا ما كان المريض يعاني من صعوبة في ضبط مستوى السكر في الدم (Lloyd., Dyer., & Barnett, 2000)

وتختلف أعراض مرض السكري باختلاف نوعه، وغالبا ما تظهر الأعراض الشائعة للمرض والتي تشمل زيادة الشعور بالجوع والعطش وكثرة التبول وما قد ينتج عنها من جفاف، وتعب، واجهاد، ورجفة الأطراف. وإصابة الشرايين والأوردة الصغيرة، وظهور دمامل وفقاقيع مليئة بالقيح في مختلف أعضاء الجسم خاصة في المقعد والرقبة. وإرتفاع نسبة السكر في الدم، والإغماء الناتج عن الارتفاع الكبير للسكر، وتكون الأجسام الكيتونية في النوع الأول من مرض السكري، وتزداد حدة الأعراض في النوع الأول من السكري (الحوارني، 1991).

تظهر لدى المرضى أعراض نفسية عديدة. كاضطرابات العصبية مثل الخوف الدائم من تفاقم المرض، والقلق، والاكتئاب، والاضطراب النفسي، والارق، وضعف الذاكرة وسرعة الإثارة واليأس من الحياة. لذا على ذوي المرضى الاهتمام بهم ورفع روحهم المعنوية (الاسمر، 1996).

ويؤدي عدم ضبط السكر والشحوم في الدم إلى احتمال حدوث مضاعفات خطيرة. ومن هذه المضاعفات التي قد تظهر على المدى القصير، التهابات الجلد. واللثة والاسنان والقناة البولية والتي ربما تتطور إلى مشاكل معقدة إذا لم تعالج في الوقت المناسب (Geggel ,1988).

يتصف مرض السكري بارتفاع سكر الدم المترافق مع العطش (العلي، 1989) والاكثار من شرب الماء الذي يسبب كثرة التبول مما يجعل المصاب بالسكرى في حاجة ملحة للاسراع في تعويض السوائل التي يفقدها جسمه، ومن هنا يبرز العرضان الرئيسيان من أعراض داء السكري وهما كثرة التبول والعطش الشديد (القباني، 1993).

2.4.3 علاقة مرض السكري بالإكتئاب (Depression):

يتعرض جميع الناس لفترات من الحزن الشديد من حين لآخر. فهذا جزء من مسيرة الحياة، ولكن إذا لازمت الفرد مشاعر اليأس والقنوط أياما أو أسابيعًا متوالية فقد يكون الفرد مصابا بالاكتئاب.

وإذا كان الفرد مصابا بمرض مزمن كمرض السكري فإنه أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب من شخص آخر غير مصاب بالمرض، فالإكتئاب أكثر إنتشارا وأشد وطأة لدى مرضى السكري من غيرهم كما تؤكده بعض الدراسات، كدراسة لاور (Lawer ,1990). ودراسة باتن (Patten ,2005). حيث يمكن الإصابة به أن يتم تشخيص الفرد كمصاب بالسكرى، بعد أن يمر المصاب بمشاعر الرفض والغضب، وقد يصاب الشخص بالاكتئاب بعد سنوات من الإصابة بمرض السكري والتعايش معه. كما ورد في (توشيت، 2001).

ويوجد علاقة بين مرض السكري والإصابة بالإكتئاب، حيث أن قابلية مرض السكري للإصابة بالإكتئاب أو بأعراضه تفوق بصورة كبيرة قابلية الأشخاص الذين لا يعانون من هذا المرض (ويليامز، 2006).

والإكتئاب إضطراب نفسي يشعر فيه المريض بالحزن الشديد كما يفقد رغبته في التمتع بمناهج الحياة فيبتعد عن الأقارب والأصدقاء، وقد يضرب عن الذهاب إلى العمل أو مشاهدة التلفاز أو قراءة الصحف. وقد لا يهتم بنظافته وأمور حياته، وقد يصاب الفرد بالاكتئاب بعد الإصابة بالقلق النفسي. وهناك حالات يصاب فيها الفرد بالإكتئاب والسكري في وقت واحد، كما تؤكد بعض الدراسات أن حوالى (80%) من المرضى الذين يشكون من القلق أو الإكتئاب يكونون مصابين في الغالب بالسكرى وبإحدى العرضين في وقت واحد، ويصيب الإكتئاب واحدا من كل أربعة أشخاص خلال مرحلة ما من مراحل الحياة (ويليامز، 2006).

ويعرف كولز (Coles, 1982) كما ورد في زهران (1997) الإكتئاب أنه خبرة وجدانية ذاتية تتميز بأعراض الحزن والتشاؤم، وفقدان الإهتمام، واللامبالاة، والشعور بالفشل، وقلة الرضا، والرغبة في إيذاء الذات، والتردد، ونقص القدرة على البت في الامور. والشعور بالإرهاق، وفقدان الشهية، ومشاعر الذنب، وإحتقار الذات، وبطء الإستجابة وعدم القدرة على بذل أي جهد، بينما يعرفة زهران (1997) بأنه حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة، وتعبر عن شئ مفقود، وان كان المريض لا يعى المصدر الحقيقى لحزنه.

يعيش جميع الناس هذه الايام حياة مليئة بالضغوط سواء أكانوا مصابين بداء السكري أم غير مصابين به (توشيت، 2001). فالشخص عند اصابته بمرض السكري يتغير نمط حياته. وهذا لا يعنى بالضرورة أن تتغير حياته نحو الأسوأ، بل قد تختلف عما كانت عليه في السابق (غرينوود، 2004).

فالمصاب بداء السكري قد يتأثر نتيجة المرض وخاصة عندما يكون مرهقا فإن جسمه يقوم بإنتاج مجموعة من الهرمونات التي تعمل على إطلاق الدهون والجلوكوز إلى مجرى الدم لتساعد الأفراد على مواجهة الضغوط مما يؤدي إلى إرتفاع جلوكوز الدم لدى المصاب إلى مستويات مخيفة، الأمر الذي قد يزيد من حالة التوتر والقلق والضغط النفسي عليه وخاصة عند مواجهة المواقف التي يكون الفرد فيها بين اقدام وإحجام (الجمعية الامريكية لمرض السكر، 2004) .

والعلاقة بين الضغوط النفسية ومرض السكري علاقة متبادلة، كما هو الحال في العديد من الأمراض المزمنة. فقد تؤدي الضغوط إلى ظهور أعراض المرض كما يمكن للمرض نفسه أن يزيد من الضغوط النفسية، فيمكن لداء السكري أن يهيج الضغوط العصبية الحقيقية أو الوهمية أو المتوقعة منها، ويمكن أن يجعل الشخص يشعر كما لو أنه لم يعد قادرا على السيطرة على جسمه، وقد يشعر بالغضب. ويتساءل " " لماذا أنا. " أو قد تجده في حالة إنكار، " لا يمكن أن يحدث هنا لي " (الجمعية الامريكية لمرض السكر، 2004).

والمهم هو أن يتحكم المريض بالسكرى ولا يسمح للسكري بالتحكم به، وهى عملية تتطلب تدعيم الصحة النفسية والعاطفية، فالمشاكل الزواجية، والتأخر في دفع الفواتير وتعطل جهاز الحاسوب، وتضييع فرصة من أحد الزبائن أعمال متراكمة تفوق قدرة الشخص على القيام بها، ما يعني باختصار أن الشخص يتعرض لضغط نفسي، حيث يظهر ذلك في معدلات الجلوكوز في دمه، التي قد ترتفع إلى درجات قياسية (غرينوود، 2002).

وأشارت دراسة في الولايات المتحدة الأمريكية إلى إرتفاع نسبة الأمراض المرتبط بالضغط النفسي إلى مابين (70%- 80%) (Seaward ,1999). من هذه الأعراض اضطراب المعدة، والصداع، والإسهال، والطفح الجلدى، والسعال ومشاعر الاهتياج والإرهاق أو الإجهاد (توشيت، 2001).

وفى دراسة قام بها البزغ وزملاءه في السويد (Ahlberg ,et al ,2002) هدفت إلى دراسة علاقة الاكتئاب والقلق والتكتلات الشحمية لدى المرضى المصابين بالسكرى، على عينة من الرجال يبلغ عددهم (59) من متوسطى العمر الذين يعانون من السمنة وتكتل الشحوم والسكري، وتم إجراء الدراسة من خلال تطبيق مقياس هاملتون للاكتئاب (Hamilton Depression Scale HDS) ومقياس بيك للإكتئاب (Beck Depression Scale ¨BDS) ومقياس منتوغمري للإكتئاب (Motogomery , Asberg Depression Rating Scale MADRS) ومقياس هاملتون للقلق (Hamilton Anxiety Scale HAS). وخلصت الدراسة إلى أن أفراد العينة الذين يعانون من السمنة والتكتلات الشحمية في مختلف أعضاء الجسم ويعانون من السكري، تظهر لديهم أعراض الاكتئاب والقلق بنسبة كبيرة.

وفى دراسة قام بها ستبوارت ورو ووايت في المركز الطبى بولاية تكساس في الولايات المتحدة الامريكية (Stewart,Rao /White,2005) هدفت إلى مدى إنتشار الإكتئاب لدى عينة كبيرة من المرضى المصابين بالسكرى من فئة الأطفال والمراهقين، دلت النتائج أن السكري والإكتئاب كلاهما شائع كمشاكل صحية، ويحدثان بشكل متكرر. ويزيدان من مضاعفات كل منهما الآخر على المرضى.

وفى دراسة أخرى قام بها كانول واخرون في هولندا (Knol ,et al,2006) هدفت إلى معرفة مدى تسبب الإكتئاب بالاصابة بمرض السكري النوع الثاني، وذلك من خلال مراجعة شاملة للأدب النظري في المقالات والدراسات لجميع المواضيع التي تناولت علاقة الاكتئاب بمرض السكري في المجلتين الطبيتين (Medline& Psyc Info) منذ العدد الأول ولغاية الأول من يناير من عام (2005). كما تم استخدام تحليل ميتا (meta analysis) للدراسات الطولية للمواضيع التي تناولت الاكتئاب ومرض السكري.

2.4.4 أنواع مرض السكري :

هناك نوعان رئيسيان من مرض السكري، بالاضافة إلى نوع ثالث يطلق عليه "سكري الحمل " المؤقت أثناء الحمل للنساء وقد يستمر بعد الولادة :

1 . مرض السكري من النوع الأول (Type 1 Diabetes ,T1D) :

ويطلق عليه أيضاً اسم "سكري الأطفال "، لأنه يظهر في مرحلة الطفولة والشباب.يحدث في حالة عدم إفراز جهاز البنكرياس لمادة الأنسولين، أو إفراز كمية قليلية جدا غبر كافية للجسم بسبب تلف البنكرياس. ولا تتعدى نسبة هذا النوع ال 10% من جملة مرضى السكري. ومعظم مرضى النوع الأول يكون وزن اجسامهم مثاليا، أو تحت المعدل الطبيعى لوزن الجسم (الدليمي، 2009).

ويعتمد علاج مرض السكري من النوع الأول على جرعات تعويضية من مادة الأنسولين عن طريق الوخز أو الابر .ولا يوجد سبب واضح لزيادة عدد المصابين بالسكرى من النوع الأول. .

2 . مرض السكري من النوع الثاني (Taype 2 Diabetes ,T2D):

يصاب به الإنسان عندما يفرز البنكرياس كمية غير كافية من الأنسولين في الدم، أو عندما تيدأ خلايا الجسم في مقاومة الأنسولين. ويعتبر هذا النوع أكثر انتشارا، إذ يصيب أكثر من 90% من جملة مرضى السكري (الدليمي، 2009). ويطلق على هذا النوع سكري البالغين وبخاصة الذين تزيد أعمارهم على 45 سنة، أو مرض السكري المرتبط بالسمنة. وأن كان في الوقت الحاضر زادت أعداد المرضى من النوع الثاني من فئات الأطفال والشباب، بسبب زيادة الوزن وإنتشار السمنة بين أغلبهم (Al Khalaf et al.,2010).

3. مرض سكري الحمل للنساء (Geastational Diabetes Mellitus) :

يعتبر سكري الحمل من الأمراض المؤقتة التي تصيب النساء أثناء الحمل، ويمكن شفاء الحامل بصورة نهائية منه بمجرد الولادة، ولكنه يتطلب مراقبة دقيقة للام أثناء فترة الحمل. يصيب سكري الحمل ما يقارب

4% من جملة النساء الحوامل (منظمة الصحة العالمية، 1995)، ولا تزال الأسباب المؤدية إلى الإصابة بسكري الحمل غير واضحة، ولكن بعض الأبحاث العلمية أرجعته إلى الهرمونات التي المشيمة (وهى الغشاء الذي يغلف الجنين ويحمية ويوفر له الغذاء والنمو) التي تنتج ما يعرف "مقاومة الأنسولين " من خلال اضعاف استجابة انسجة الام لمفعول الأنسولين. لذلك قد تحتاج الام إلى ثلاثة اضعاف كمية الأنسولين التي يستخدمها الجسم في الحالات العادية، وهى كمية يعجز الجسم في بعض الحالات عن إنتاجها. وعندما لا يحصل الجسم على ما يكفى من الأنسولين، أو عندما يصبح مفعولة ضعيفا، يبقى السكر في الدم فتقوم الخلايا باستخدامة، ويؤدي ذلك إلى ارتفاع السكر في الدم (معهد دسمان للسكرى، 2013).

وتعتبر النساء اللواتى يعانين من سكري الحمل أكثر عرضة للإصابة بالنوع الثاني من السكري،كما تزيد الإصابة بسكري الحمل من خطر إصابة الطفل بزيادة الوزن (Al-Rowaily,2010).

وتحدث العلماء عن أنواع عدة لمرض السكر، وأهمها نوعان رئيسان، هما:

النوع الأول : ويعرف بالسكرى المعتمد على الأنسولين Insulin dependent diabetes Mellitus وهذا النوع يحدث نتيجة عجز البنكرياس عن إنتاج الأنسولين اللازم لتنظيم عملية ايض الجلوكوز، ويعد هذا النوع أكثر شيوعا لدى الأطفال وصغار السن، ومع ذلك فقد لوحظ زيادة في نسب هذا المرض في السنوات المتاخرة من عمر الإنسان.

النوع الثاني : ويعرف بالسكري غير المعتمد على الأنسولين Insulin undependent Diabetes Mellitus، ويحدث نتيجة لعدم استجابة خلايا الجسم لفاعلية الأنسولين المنتج بواسطة البنكرياس، ويعد هذا النوع الأكثر شيوعا، ويمثل حوالى (90%) من حالات السكري في العالم، كما يصيب هذا النوع البالغين، على الرغم من ملاحظة وجودة لدى الأطفال والمراهقين أيضاً (ضيائي، 1987).

2.4.5 مرض السكري وأعراضة :

عرفته منظمة الصحة العالمية في جنيف عام(1979) حالة مرضية مزمنة تحدث بسبب عوامل وراثية أو مكتسبة أو نتيجة لعوامل أخرى (جوكل، 2007).

وتختلف الاعراض من شخص لآخر عند مرضى السكر، ولكن هناك عرضين يظهران عند أغلب المرضى وهما الظماء المستمر وكثرة التبول. وذلك بسبب زيادة معدل الجلوكوز في الجسم والذى يعمل على خروج المياه من أنسجة الجسم ويشعرك بالجفاف وبالتالي تشرب كمية كبيرة من السوائل والتي بدورها تزيد من عملية التبول كما يشعر مريض السكر في بعض الأحيان بأعراض تشبه الإصابة بالبرد، مثل الضعف العام أو فقدان الشهية وذلك لان السكر هو وقود الجسم وإذا لم يصل بشكل سليم لخلايا الجسم، فيسشعر المريض بالتعب والضعف العام(رفعت، 1977).

الأعراض المتعارف عليها تقليديا لمرض السكري هي زيادة التبول والعطش، وبالتالي زيادة تناول السوائل وزيادة الشهية لتناول الطعام. ويمكن لهذه الاعراض أن تتطور سريعا، خلال أسابيع أو شهور، في النمط الأول خصوصا إذا كان المريض طفلا. وعلى العكس من ذلك فإن تطور الأعراض في النمط الثاني أكثر بطأً وصعب الملاحظة، بل ويمكن أن تكون غائبة تماما. ويمكن أن يسبب النمط الأول فقدان سريع للوزن ولكنه كبير، على الرغم من أن تناول المرضى للطعام يكون طبيعياً أو حتى زائدا، كما يمكنه أن يسبب خمولاً وتعباً مستمراً.وتظهر كل هذه الأعراض ما عدا فقدان الوزن في مرضى النمط الثاني الذين لا يولون المرض الرعاية الكافية (أبو سمية، 2014).

2.5 الدراسات السابقة

تناولت الباحثة في دراستها مجموعة من الدراسات السابقة المتعلقة بالعزلة الاجتماعية، وخاصة التي يعاني منها مرضى السكري والسرطان، طبقت في البيئة العربية، واخرى في بيئات مختلفة اجنبية، وتقوم الباحثة باستعراض ما تمكنت من الوصول اليه، وتعرض الدراسات العربية أولا ثم الدراسات الأجنبية وفق تسلسل زمني.

2.5.1 أولا: الدراسات العربية

دراسة **العدوان** (2015) بعنوان: التكيف النفسي وضغط ما بعد الصدمة والحياة الهانئة لدى النساء المصابات وغير المصابات بسرطان الثدي وأزواجهن وبناتهن، هدفت الدراسة إلى التعرف على التكيف النفسي وضغط ما بعد الصدمة والحياة الهانئة لدى النساء المصابات وغير المصابات بسرطان الثدي وأزواجهن وبناتهن، حيث أجريت الدراسة على عينة مكونة من (75) امرأة مصابة بسرطان الثدي وأزواجهن وبناتهن، حيث تم تطوير أداة للدراسة تقيس الحياة الهانئة، واستخدام مقياسي التكيف النفسي وضغط ما بعد الصدمة الذي تم تطبيقها على المجموعتين المصابات وغير المصابات وأزواجهن وبناتهن.

توصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابات وغير المصابات، كما توصلت الدراسة إلى أن إصابة النساء بسرطان الثدي أدى إلى انخفاض التكيف النفسي والحياة الهانئة وارتفاع ضغط ما بعد الصدمة لديهن مقارنة بالنساء غير المصابات.

دراسة كمال، زوكي، محمد (2012) تناولت هذه الدراسة مفهوم العزلة الإجتماعية لدى المراهقين، باعتبار أن العزلة الإجتماعية هي خبرة وجدانية ضاغطة يمر بها الفرد تؤثر كثيرا على شخصيته وعلى علاقاته بمحيطه الاجتماعي، حيث يميل فيها إلى التباعد والإنسحاب من المشاركات الإجتماعية، فهي تشير إلى انخفاض قدرة الفرد على التفاعل الاجتماعي الفعال الذي يشمل شبكة علاقات اجتماعية ناجحة ومشبعة له. فقد هدفت هذه الدراسة إلى تحديد وتشخيص العزلة الإجتماعية لدى المراهقين من خلال عينة قوامها 620 طالب وطالبة من المقيدين بالصف الأول الثانوي العام والصف الثالث الإعدادي من مدارس مختلفة بمحافظة القاهرة. وقد تمّ التوصل إلى تصميم مقياس العزلة الاجتماعية وذلك لقياس العزلة الاجتماعية وفقا لما يدركه الأفراد وما يمرون به من مشاعر وحده، وتقويم لعزلتهم عن الآخرين وتعرّف تأثيرها على السلوك الإجتماعي الخاص بهم، ومعرفة معدل انخفاض تواصلهم مع الآخرين.

اما دراسة أبو جحجوح، وحسان (2011) فهدفت البحث إلى الكشف عن أثر برمجة تعليمية ووحدة دراسية في التوعية بمرض السرطان لدى طلاب الصف العاشر الأساسي في غزة؛ ولتحقيق ذلك تم اتباع المنهج الوصفي والمنهج التجريبي، تم تطبيقها على عينة من صفين دراسيين قوامهما (70) طالبا من طلاب الصف العاشر الأساسي، وتم تقسيمها بالتساوي عشوائيا إلى مجموعتين تجريبيتين قبل تدريس البرمجية التعليمية والوحدة الدراسية وبعدهما، ولتحليل البيانات تم إستخدام اختبار "ت" لعينتين متعمدتين

وحجم التأثير واختبار "ت" لعينتين مستقلتين. وكشفت النتائج عن إرتفاع حجم تأثير البرمجية التعليمية والوحدة الدراسية في المعرفة بمرض السرطان، والإتجاهات نحو مرض السرطان، وسلوكيات الوقاية من مرض السرطان لدى طلاب الصف العاشر الأساسي في غزة، وعدم وجود فروق دالة إحصائيا بين البرمجية التعليمية والوحدة الدراسية في المتغيرات التابعة الثلاثة.

دراسة فخرية (2011) والتي هدفت إلى التعرف على سلوك الشخصية من نمط (ج) وعلاقته بالإصابة بالسرطان عند مجموعة من المرضى من طلبة وطالبات المرحلة الثانوية والجامعية مع برنامج إرشادي مساعد في دولة الإمارات العربية المتحدة. تكونت العينة من (78) المرضى من الذكور والإناث من الطلبة الحاصلين على الثانوية والجامعة ترددوا على مستشفى دبي في دولة الإمارات العربية المتحدة (إمارة دبي) أو جمعية أصدقاء مرضى السرطان (إمارة الشارقة) المصابين بمرض السرطان. أظهرت النتائج أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات الأفراد الأصحاء والمعرضين للإصابة بمرض السرطان على مقياس سلوك الشخصية من نمط (ج). ووجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين درجات أفراد العينة (المرضى) على مقياس الشخصية المعرضة للإصابة بمرض السرطان (قبل / بعد المرض) ودرجاتهم على مقياس سلوك الشخصية من نمط (ج). وتبين أيضاً وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات الأفراد الأصحاء والمرضى على مقياس الشخصية المعرضة للإصابة بمرض السرطان لصالح المرضى. ووجدت فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات الأفراد الأصحاء والمرضى على مقياس سلوك الشخصية من نمط (ج) لصالح المرضى. ووجدت فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات الأفراد المرضى قبل وبعد الإصابة بمرض السرطان على مقياس الشخصية المعرضة للإصابة بمرض السرطان.

دراسة العاسمي (2009) الشعور بالوحدة النفسية وعلاقته بالإكتئاب والعزلة والمساندة الإجتماعية، تكونت عينة الدراسة من 486 طالباً وطالبة من الطلبة الدارسين في جامعة دمشق، بواقع 259 من الطلبة القاطنين في الريف و227 طالباً وطالبة من القاطنين في المدن. تراوحت أعمارهم بيم 19– 24 سنة. وكشفت الدراسة عن النتائج التالية: 1) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الطلبة الجامعيين القاطنين في الريف وأقرانهم القاطنين في المدينة في كل من الشعور بالوحدة النفسية والمساندة الاجتماعية والاكتئاب والعزلة الإجتماعية لصالح طلبة الريف. وكذلك وجود فروق ذات دلالة لصالح الإناث مقارنة بالذكور. 2) وجود علاقة إرتباطية موجبة بين الشعور بالوحدة النفسية وكل من الاكتئاب والعزلة، بينما أظهرت النتائج علاقة إرتباطية سالبة بين الشعور بالوحدة النفسية والمساندة الاجتماعية. 3) فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الطلبة الجامعيين الذين يعانون الوحدة النفسية وأقرانهم الذين لا يعانون هذا الشعور بكل من الإكتئاب والعزلة وضعف المساندة الاجتماعية لصالح الطلبة الذين يعانون.

دراسة **الرواجفة والرفوع** (2007). والتي كانت بعنوان أثر برنامج إرشادي جمعي في تخفيف الشعور بالعزلة الإجتماعية لدى عينة من طلاب الصف الأول من المرحلة الثانوية في الأردن، حيث هدفت هذه الدراسة إلى بناء وتطبيق برنامج إرشادي للوقوف على أثره في خفض سلوك العزلة الاجتماعية لى الطلاب الصف الاول ثانوي في الأردن. وتكونت عينة الدراسة من 40 طالبا، تم توزيعهم بالتساوي على المجموعتين التجريبية والضابطة، طبق برنامج إرشادي أعد لأغراض هذه الدراسة على المجموعة التجريبية، بواقع 16 جلسة إرشادية، وبمعدل جلستين أسبوعيا لمدة ساعة للجلسة الواحدة وذلك خلال

العام الدراسي 2005/2004. وأشارت النتائج إلى أن للبرنامج الإرشادي فعالية واضحة في خفض سلوك العزلة الاجتماعية لدى الطلاب، وأوصى الباحثان باستخدام البرنامج الإرشادي في المدارس الثانوية. (الرواجفه والرفوع، 2007).

وكما **أجرى الجمل (2005)** دراسة حول تأثير مرض السكري في النمو الجسمي والنفسى والاجتماعي للاطفال المصابين في سن (12) سنة، وعلاقة ذلك ببعض المتغيرات الديمغرافية. وتكونت العينة من (327) طفلاً وطفلة، وقد استخدم لتحقيق هذا الهدف المقابلات الشخصية، واستبيانا يتضمن متغيرات الدراسة. وأظهرت النتائج أن الأطفال السكريون يعانون من صعوبات في التكيف الشخصي والاجتماعي، وان مهاراتهم الإجتماعية في التواصل مع الآخرين تجعلهم غير قادرين على إقامة علاقات طيبة مع أقرانهم الأسوياء في المدرسة أو خارجها.

وفى دراسة **ابراهيم (2003)** والتي هدفت إلى التعرف على إبرز الأعراض النفسية لدى مرضى السرطان، تكونت عينة الدراسة من (150) مريضا في السعودية، و(150) من الاصحاء واستخدم الباحث مقياس الحالة المزاجية لبيك، واختبار تفهم الموضوع، فوجد أن مرضى السرطان أكثر إكتئابا وقلقا وخوفا ووسواسا قهريا وعداوة وذهانية من الأصحاء، كما وجد فروقا بين أنواع السرطان المختلفة، مما يدل على أن نوع السرطان يؤثر على الحالة النفسية (علي، 2003).

قام **عماد الدين نوفل (2002)** بدراسة للتعرف على " تأثير التمرينات البدنية مختلفة الشدة على مستوى الجلوكوز بالدم لدى مرضى السكر من الرجال " وتهدف الدراسة إلى التعرف على تأثيرات التمرينات

البدنية مختلفة الشدة على مستوى الجلوكوز في الدم، وقد طبقت الدراسة على عينة قوامها (5) مرضى من النوع الثاني، باستخدام برنامج تدريبى مختلف الشدة على مجموعة تجريبية واحدة لمدة (3) اشهر وكانت أهم النتائج أن البرنامج التدريبى كان له تأثيراً إيجابيا على مستوى جلوكوز الدم (5).

دراسة نور (1995) وموضوعها "أثر تمرينات التوافق العصبى العضلى على تحسين الحالة الوظيفية والنفسية لمرضى السكري". وتهدف هذه الدراسة لاستخدام تمرينات التوافق العضلى العصبى على تحسين الحالة الوظيفية والنفسية لمرضى السكر عن طريق خفض نسبة السكر والكوليسترول والتراي جليسرات في الدم لدى مرضى السكر، واستخدم الباحث المنهج التجريبى باستخدام مجموعتين أحدهما تجريبية والأخرى ضابطة، وأجريت على (20) مريضا من مرضى السكر الذين يعالجون بالاقراص وتراوحت اعمارهم من (30 . 50 سنة)، واستغرق تنفيذ البرنامج ثلاثة شهور بواقع (36) وحدة تدريبية، وقد اسفرت النتائج عن خفض مستوى الحالة البدنية وكفاءة الجهاز التنفسى لدى مرضى السكر.

2.5.2 ثانيا: الدراسات الأجنبية

قام **دوناهيو (Donahueu.2007)** بدراسة هدفت إلى معرفة فاعلية برنامج إرشادى في خفض سلوك العزلة، لدى (12) طالبة في مرحلة المراهقة يعانين من السلوك الانعزالي، وتتراوح أعمارهن من (12 _ 17) عاما تم تطبيق برنامج ارشادى مؤلف من (6) جلسات ارشادية، وتم إستخدام أسلوب عكس المشاعر وإعطاء التغذية الراجعة، وتم تدريبهن كذلك على التعامل مع العزلة عن طريق تعليمهن المشاركة الاجتماعية، وكيفية التحدث مع الآخرين باستخدام أساليب معرفية سلوكية، وأشارت النتائج إلى فاعلية البرنامج العلاجي الجمعي في خفض سلوك العزلة وزيادة مشاركة الطالبات في النشاطات الاجتماعية.

وأشار **لينك في دراسته (Link,2009)** التي هدفت إلى معرفة فاعلية برنامج توجيهي جمعي سلوكي معرفي لخفض مشاعر العزلة، إستخدم الباحث البرنامج الارشادى المستند إلى النظرية السلوكية المعرفية، وبعد تطبيق مقياس العزلة على عينة تكونت من (183) طالبا، فقد تم اختيار (20) طالبا لديهم سلوك العزلة، حيث تم اخضاع (10) منهم والذين شكلوا المجموعة التجريبية إلى جلسات توجية جمعى، في حين لم تتلق المجموعة الضابطة المكونة من (10) طلاب تدريب، وأشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين لصالح المجموعة التجريبية.

دراسة قامت بها **جاسون (Jason.2008)** هدفت إلى معرفة نمط مهارة الضبط الذاتي لعينة مكونة من (13) فردا لديهم ميول انسحاب اجتماعي مع مجموعة مكونة من (16) فردا ليس لديهم انسحابية،

وأشارت النتائج إلى أن الأفراد الذين ليس لديهم انسحاب اجتماعي أظهروا مهارة عالية من الأنشطة والتفاعل وإتخاذ القرار، وقدرة عالية على تنظيم المشكلات مقارنة بالأفراد الذين لديهم أنسحابية.

أما **دراسة .(Enskar & Essen, 2008)** فهدفت إلى التعرف على المشاكل الجسمية والنفسية والاجتماعية لدى اطفال السرطان في دراسة مقارنة بين الأطفال المرضى الذين يتلقون العلاج والأطفال المستمرين في تناول جرعات العلاج، وتكونت عينة الدراسة من 39 طفلا تتراوح أعمارهم ما بين 7 . 12 عام، وتمثلت المشاكل الجسمية في التعب . سقوط الشعر . القيء . الألم . اضطرابات الأكل.أما المشاكل النفسية والاجتماعية فمتمثلة في المخاوف المرضية عند الحقن، وعند الذهاب للمستشفى، والإحساس بالعزلة بين جدران غرفتة بالمستشفى، والشعور بالوحدة والقلق والحزن. وقد أظهرت النتائج أن الأطفال الذين يتلقون العلاج أكثر عرضة لمثل تلك الإضطرابات الجسمية والنفسية مقارنة بالمجموعة التي تلقت العلاج.

دراسة Alfadda & Abdulrahman (2006) في المملكة العربية السعودية هدفت إلى تقويم الممارسة الطبية المقدمة لرعاية مرضى السكري في عيادرات الرعاية الصحية الاولية التابعة لمستشفى الملك خالد الجامعي بجامعة الملك سعود بالرياض، ومقارنتها مع الدليل المعتمد لرعاية مرضى السكري الذي أوصت به الجمعية الأمريكية لمرضى السكري. اعتمدت الدراسة على مراجعة (103) ملفات من ملفات المرضى وعلى فحص ضابط التحكم بمستوى السكر في الدم، وغيرها من الممارسات الطبية التي تم مقارنتها بتوصيات الجمعية الامريكية للسكرى. توصلت النتائج إلى أن متوسط اعمار عينة الدراسة هو

(57) سنة، وان لدى (24%) فقط ضبطا جيدا لسكر الدم، وأن الممارسة الطبية المقدمة لرعاية مرضى السكر هي بعيدا جدا عن توصيات الجمعية الأمريكية لمرضى السكري.

وفى الدراسة التي قام بها **ليمبوس وآخرون (limbos,2000)** حيث هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الوظائف النفسية وجودة الحياة لدى (36) مريضا بسرطان الرئة قبل نقل اعضاء لهم و(73) تم نقل اعضاء لهم، طبق عليهم عدة مقاييس، منها مقياس جودة الحياة، وتقدير الذات لروزنبرج،والقلق، والاكتئاب،وجدوا أن العينة التي لم تجر نقلا للأعضاء لهم أفضل شعور بجودة الحياة، وتقديرا للذات من المجموعة التي اجرت نقلا للاعضاء، وعلى الرغم من ذلك فحالتهم النفسية جميعا ليست جيدة، حيث انهم اقل من المستوى العادى في فترة تقدير الذات .

قام " هورتين **HORTEN** " **(1988)** بغرض دراسة " تأثير الوجه الأيضي والتمرينات الرياضية على مرضى السكر النوع الثاني المفرطين في السمنة " وتهدف الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين التمرينات الرياضية والنظام الغذائي والتأثير الحراري الناتج عن الغذاء، وقد أجريت هذه الدراسة على عينة قوامها (40) من مرضى السكر من السيدات البدينات، وقد اسفرت هذه الدراسة إلى أن الأنشطة الرياضية والنظام الغذائى تؤدي إلى توازن في الطاقة عند الأشخاص الذين يعانون من السمنة .

وقد أجرى لوكس (Loucks ,1985) دراسة إلى معرفة الفروق بين منخفضي ومرتفعي العزلة الاجتماعية وتقدير الذات وفى الجوانب المزاجية منها القلق والإكتئاب والغضب والإرتباك، وقد طبقت الأدوات على عينة قوامها 250 طالبا (105 ذكور + 45 اناثا) من طلاب الدراسات العليا بقسم علم النفس بجامعة كاليفورنيا، وقد أُستخدم فيها مقياس العزلة الاجتماعية، ومقياس كوبر سميث لتقدير الذات

وبروفيل الحالات المزاجية، وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين العزلة الاجتماعية والتقدير السلبي للذات كما وجدت فروق بين منخفضي ومرتفعي العزلة الاجتماعية في الجوانب المزاجية التالية : القلق . الإكتئاب . الإرتباك لصالح مرتفعي العزلة الاجتماعية، وتوضح الدراسة وجود فروق دالة إحصائيا بين الذكور والإناث في العزلة الإجتماعية لصالح الاناث. كما ورد (صالح، 2002).

2.5.3 تعقيب على الدراسات السابقة

من خلال ملاحظة ومراجعة الدراسات السابقة من حيث موضوعها، ومجتمعها وادواتها ونتائجها، يمكن ان تستنتج الباحثة ما يلي:

1. يعتبر موضوع الدراسة "العزلة الاجتماعية" من المواضيع الحديثة، وقد سبقت المؤسسات الاجنبية لهذا الموضوع حيث جاءت الدراسات الاجنبية أعمق وأوسع.
2. ركزت الدراسات ايضا على المشاكل التي يعاني منها مرضى السرطان ومرضى السكري.
3. استخدمت معظم الداسات السابقة مقاييس العزلة الاجتماعية والمجموعات الضابطة والتجريبية.
4. نادرا ما جمعت الدراسات السابقة استخدام اكثر من مقياس او اداة لجمع البيانات.
5. اشارت معظم الدرسات السابقة وجود فروق في العزلة الاجتماعية تعزى للجنس.

يتناول هذا الفصل وصفاً مفصلاً للمنهجية التي اتبعتها الباحثة في تنفيذ الدراسة، ومن ذلك تعريف منهج الدراسة، ووصف مجتمع الدراسة، وتحديد عينة الدراسة، وإعداد أداة الدراسة(الاستبانة)، والتأكد من صدقها وثباتها، وبيان إجراءات الدراسة، والأساليب الإحصائية التي استخدمت في معالجة النتائج، وفيما يلي وصف لهذه الإجراءات.

3.1 منهج الدراسة

من أجل تحقيق أهداف الدراسة قامت الباحثة باستخدام المنهج الوصفي التحليلي. ويعرف بأنه المنهج الذي يدرس ظاهرة أو حدثاً أو قضية موجودة حالياً يمكن الحصول منها على معلومات تجيب عن أسئلة البحث دون تدخل من الباحثة فيها. والتي تحاول الباحثة من خلاله وصف الظاهرة موضوع الدراسة، وتحليل بياناتها، وبيان العلاقة بين مكونات والآراء التي تطرح حولها، والعمليات التي تتضمنها والآثار التي تحدثها، وهو أحد أشكال التحليل والتفسير العلمي المنظم لوصف ظاهرة أو مشكلة، وتصنيفها وتحليلها وإخضاعها للدراسات الدقيقة بالفحص والتحليل.

3.2 مجتمع الدراسة

تألف مجتمع الدراسة من جميع مرضى السرطان والسكري المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل والبالغ عددهم (1000).

3 . 3 عينة الدراسة

اشتملت عينة الدراسة على (390) استمارة، تم اخذ العينة بالطريقة المقصوده والمتيسرة للباحثة ،وذلك لعدم قدرة الباحثة تحديد مجتمع الدراسة .

3.4 وصف متغيرات أفراد عينة الدراسة

يبين الجدول (1.3) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس، ويظهر ان نسبة (49.5%) للذكور، ونسبة (50.5%) للإناث. ويبين متغير نوع المرض أن نسبة (49.2%) لمرضى السكري، ونسبة (54.4%) للسرطان، ونسبة(5.4%) للسكري والسرطان معاً. ويبين متغير المؤهل العلمي أن نسبة (49%)لأقل من توجيهي، ونسبة(41.5%) من توجيهي–بكالوريوس، ونسبة (9.5%)لأعلى من بكالوريوس. ويبين متغير الحالة الاجتماعية أن نسبة (17.2%) للعزاب، ونسبة (75.9%) للمتزوجين، ونسبة (6.9%) لغير ذلك.

جدول (1.3): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيرات الدراسة.

المتغير	المستوى	العدد	النسبة المئوية
الجنس	ذكر	193	49.5
	أنثى	197	50.5
نوع المرض	السكري	192	49.2
	السرطان	177	45.4
	السكري والسرطان	21	5.4
المؤهل العلمي	أقل من توجيهي	191	49.0
	من توجيهي–بكالوريوس	162	41.5
	أعلى من بكالوريوس	37	9.5
الحالة الاجتماعية	أعزب/عزباء	67	17.2
	متزوج/ة	296	75.9
	غير ذلك	27	6.9

أداة الدراسة :

فى ضوء مراجعة عدد من الدراسات السابقة والأدوات المستخدمة فيها ، ومراجعة الأدب التربوي ذوي العلاقة بموضوع الدراسة ، تم تبنى مقياس العزلة الاجتماعية من اعداد الفتلاوي (2009)، وتمونت الأداة من (24) فقرة، وبعد التحكيم من ذوى الخبرة فى مجال علم النفس . وقد صيغت فقرات المقياس بحيث تكون استجابة المفحوص وطريقة التصحيح وفقاً لمقياس ليكرت (Likert Scale) الخماسي الأبعاد ، حيث تكون استجابة المفحوصين على الفقرات وطريقة التصحيح كالاتى : بشكل كبير جداً (5 درجات)، بشكل كبير (4درجات) ، بشكل متوسط (3درجات)، بشكل قليل جداً (2درجة)، بشكل قليل(1درجة).

3.5 صدق الأداة

قامت الباحثة بتصميم الاستبانة بصورتها الأولية، ومن ثم تم التحقق من صدق أداة الدراسة بعرضها على المشرف ومجموعة من المحكمين، وتم إخراج الاستبانة بصورتها النهائية.

من ناحية أخرى تم التحقق من صدق الأداة أيضاً بحساب معامل الارتباط بيرسون لفقرات الاستبانة مع الدرجة الكلية للأداة، واتضح وجود دلالة إحصائية في جميع فقرات الاستبانة ويدل على أن هناك التساق داخلي بين الفقرات. والجدول التالي يبين ذلك:

جدول (2.3): نتائج معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) لمصفوفة ارتباط فقرات مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السرطان والسكري المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل مع الدرجه الكلية

الرقم	قيمة R	الدالة الإحصائية	الرقم	قيمة R	الدالة الإحصائية	الرقم	قيمة R	الدالة الإحصائية
1	0.408**	0.000	9	0.441**	0.000	17	0.369**	0.000
2	0.476**	0.000	10	0.286**	0.000	18	0.687**	0.000
3	0.328**	0.000	11	0.391**	0.000	19	0.380**	0.000
4	0.380**	0.000	12	0.267**	0.000	20	0.439**	0.000
5	0.611**	0.000	13	0.339**	0.000	21	0.279**	0.000
6	0.583**	0.000	14	0.393**	0.000	22	0.522**	0.000
7	0.487**	0.000	15	0.556**	0.000	23	0.328**	0.000
8	0.385**	0.000	16	0.622**	0.000	24	0.414**	0.000

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

يظهر لنا من نتائج الجدول رقم (2.3)ان كافه الفقرات دالة احصائياً عند مستوى الدلاله الفا (0.01) .

3.6 ثبات الدراسة

قام الباحثة من التحقق من ثبات الأداة، من خلال حساب ثبات الدرجة الكلية لكافه الفقرات، حسب معادلة الثبات كرونباخ الفا، وكانت درجه الثبات لاداة العزلة الاجتماعية (0.814)، وهذه النتيجة تشير الى تمتع هذه الاداة بثبات يفي بأغراض الدراسة.

3.7 إجراءات الدراسة

قامت الباحثة بتطبيق الأداة على أفراد الدراسة، وبعد أن اكتملت عملية تجميع الاستبيانات من أفراد الدراسة بعد إجابتهم عليها بطريقة صحيحة، تبين للباحثة أن عدد الاستبيانات المستردة الصالحة والتي خضعت للتحليل الإحصائي هو (390) استبانة.

3.8 المعالجة الإحصائية

بعد جمع الاستبيانات والتأكد من صلاحيتها للتحليل تم ترميزها (إعطائها أرقاما معينة)، وذلك تمهيدا لإدخال بياناتها إلى جهاز الحاسوب الآلي لإجراء المعالجات الإحصائية المناسبة، وتحليل البيانات وفقا لأسئلة الدراسة بيانات الدراسة، وقد تمت المعالجة الإحصائية للبيانات باستخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل فقرة من فقرات الاستبانة، واختبار (ت) (t- test)، واختبار تحليل التباين الأحادي (one way ANOVA)، ومعامل ارتباط بيرسون، ومعادلة الثبات كرونباخ ألفا (Cronbach

Alpha)، وذلك باستخدام الرزم الإحصائية (SPSS) (Statistical Package For Social Sciences).

الفصل الرابع:

نتائج الدراسة :

4.1 تمهيد

تضمن هذا الفصل عرضا لنتائج الدراسة، التي توصلت إليها الباحثة عن موضوع الدراسة وهو " **مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السرطان والسكري المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل** " وبيان أثر كل من المتغيرات من خلال استجابة أفراد الدراسة على أداة العزلة الاجتماعية ، وتحليل البيانات الإحصائية التي تم الحصول عليها. وحتى يتم تحديد درجات تقديرية لمتوسطات استجابة أفراد الدراسة تم اعتماد التقديرات التالية:

الدرجة	مدى متوسطها الحسابي
منخفضة	2.33 فأقل
متوسطة	3.67-2.34
عالية	3.68 فأعلى

4.2 نتائج أسئلة الدراسة:

4.2.1 النتائج المتعلقة بالسؤال الأول:

ما مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السكري المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل ؟

للإجابة عن هذا السؤال قام الباحثة بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على الاستبانة التي تعبر عن مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السكري المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل والتي تظهر فى الجدول رقم (4.1).

جدول (4.1): يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ودرجة التقدير لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السكري المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل وكافه الفقرات مرتبة حسب الاهمية .

مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السكري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التقدير
	2.67	0.56	متوسطة

الترتيب	اهم مؤشرات العزلة الاجتماعية لدى مرضى السكرى	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة
1	لدي شعور بالقلق من تكرار الأمراض التي تصيبني.	3.31	1.424	متوسطة
2	أفضل الابتعاد عن الأماكن المزدحمة بالناس.	3.27	1.345	متوسطة
3	عدم اهتمام الآخرين بي يشعرني بالحزن.	3.18	1.369	متوسطة
4	أشعر بأن أرائي تختلف عن أراء أفراد أسرتي.	3.08	1.263	متوسطة
5	أفضل الخروج وحدي.	3.04	1.397	متوسطة
6	أفتقد لمن يشاركني همومي.	3.03	1.330	متوسطة
7	أشعر بالخوف من عدم القدرة على العودة إلى منزلي.	2.93	1.504	متوسطة
8	لا أرغب في مجاملة الآخرين.	2.82	1.393	متوسطة
9	أميل إلى الإنفراد بنفسي في أغلب الأوقات.	2.78	1.340	متوسطة
10	أفضل البقاء مع الآخرين، بدلا من أن أكون وحدي.	2.71	1.322	متوسطة
11	أشعر بالعزلة فى محيطي الذي أسكن فيه.	2.65	1.376	متوسطة
12	لا يوجد ما هو مثير للاهتمام في حياتي.	2.60	1.184	متوسطة
13	ثقتي بالآخرين قوية.	2.59	1.172	متوسطة
14	أهتم لدعوات الآخرين في مناسباتهم.	2.51	1.257	متوسطة
15	أجد من يتعاطف معي.	2.44	1.301	متوسطة
16	لديّ صعوبة في التواصل مع الآخرين.	2.44	1.313	متوسطة
17	أشعر بالوحدة حتى عندما أكون مع الآخرين.	2.43	1.363	متوسطة

18	لا أبالي بمن حولي .	2.43	1.247	**متوسطة**
19	يتقبلني الناس بما أنا عليه.	2.42	1.169	**متوسطة**
20	أشعر أنى سجين داخل جدران المنزل الذي أعيش فيه.	2.42	1.355	**متوسطة**
21	أفضل البقاء وحيداً، عن استقبال ضيوف عندي.	2.39	1.330	**متوسطة**
22	من السهل أن أبني علاقة مع الاخرين.	2.36	1.189	**متوسطة**
23	يوجد أشخاص مخلصون حولي.	2.33	1.242	**منخفضة**
24	علاقتي بمن حولي ممتازة .	1.90	1.056	**منخفضة**
	الدرجة الكلية	**2.6693**	**0.55799**	**متوسطة**

يلاحظ من الجدول السابق الذي يعبر عن المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السكري المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية(2.66) وانحراف معياري (0.557) وهذا يدل على أن مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السكري المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل جاء بدرجة متوسطة.

السؤال الثاني :

ما اهم مؤشرات العزلة الاجتماعية لدى مرضى السكرى المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل ؟

للاجابة على السؤال الثانى تم استخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكافة فقرات اداة الدراسة والتى تظهر في الجدول (4.2) .

جدول (4.1) يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكافة فقرات الدراسة مرتبة حسب الاهمية .

كما وتشير النتائج في الجدول رقم (1.4) أن (22) فقرة جاءت بدرجة متوسطة، وفقرتين جاءتا بدرجة منخفضة. وحصلت الفقرة " لدي شعور بالقلق من تكرار الأمراض التي تصيبني " على أعلى متوسط حسابي (3.33)، ويليها فقرة " أفضل الابتعاد عن الأماكن المزدحمة بالناس " بمتوسط حسابي (3.27). وحصلت الفقرة " علاقتي بمن حولي ممتازة " على أقل متوسط حسابي (1.90)، يليها الفقرة " يوجد أشخاص مخلصون حولي " بمتوسط حسابي (2.33).

4.2.2 النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث:

ما مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السرطان المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل ؟

للاجابه عن السؤال الثالث تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري ودرجه التقدير بشكل عام والتي تظهر فى الجدول رقم (4.3).

جدول (4.3) يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري ودرجة التقدير لمستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السرطان المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل .

مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السرطان	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة التقدير
	2.74	**0.60**	**متوسطة**

يلاحظ من الجدول السابق الذى يعبر عن المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السرطان المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل ان المتوسط الحسابي للدرجة الكلية (2.73) وانحراف معياري (0.597) وهذا يدل على ان مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السرطان المترددين على المستشفيات فى محافظة الخليل جاء بدرجة متوسطة .

السؤال الرابع :

ما مؤشرات العزله الاجتماعية لمرضى السرطان المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل ؟

للإجابة عن هذا السؤال قامت الباحثة بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على الاستبانة التى تعبر عن مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السرطان المترددين على المستشفيات فى محافظة الخليل والتي تظهر في الجدول رقم (4.3).

جدول (4.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السرطان المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل ولكافة الفقرات مرتبة حسب الاهمية :

الترتيب	اهم مؤشرات العزلة الاجتماعية لدى مرضى السرطان	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة
1	أفضل الابتعاد عن الأماكن المزدحمة بالناس.	3.40	1.399	متوسطة
2	أفتقد لمن يشاركني همومي.	3.27	1.346	متوسطة

3	عدم اهتمام الآخرين بي يشعرني بالحزن.	3.16	1.429	**متوسطة**
4	أشعر بأن أرائي تختلف عن أراء أفراد أسرتي.	3.12	1.267	**متوسطة**
5	أفضل الخروج وحدي.	3.09	1.439	**متوسطة**
6	لدي شعور بالقلق من تكرار الأمراض التي تصيبني.	3.08	1.488	**متوسطة**
7	أميل إلى الإنفراد بنفسي في أغلب الأوقات.	3.03	1.432	**متوسطة**
8	لا أرغب في مجاملة الآخرين.	2.90	1.405	**متوسطة**
9	أشعر بالخوف من عدم القدرة على العودة إلى منزلي.	2.85	1.508	**متوسطة**
10	أشعر أنى سجين داخل جدران المنزل الذي أعيش فيه.	2.80	1.466	**متوسطة**
11	أشعر بالعزلة فى محيطي الذي أسكن فيه.	2.77	1.408	**متوسطة**
12	لا يوجد ما هو مثير للاهتمام في حياتي.	2.68	1.285	**متوسطة**
13	أشعر بالوحدة حتى عندما أكون مع الآخرين.	2.67	1.448	**متوسطة**
14	أفضل البقاء وحيداً، عن استقبال ضيوف عندي.	2.66	1.418	**متوسطة**
15	أفضل البقاء مع الآخرين، بدلا من أن أكون وحدي.	2.64	1.362	**متوسطة**
16	أهتم لدعوات الآخرين في مناسباتهم.	2.63	1.452	**متوسطة**
17	لا أبالي بمن حولي .	2.62	1.394	**متوسطة**
18	تقتي بالآخرين قوية.	2.56	1.283	**متوسطة**
19	لديّ صعوبة في التواصل مع الآخرين.	2.50	1.349	**متوسطة**
20	من السهل أن أبني علاقة مع الاخرين.	2.42	1.268	**متوسطة**

21	أجد من يتعاطف معي.	2.42	1.291	**متوسطة**
22	يوجد أشخاص مخلصون حولي.	2.37	1.321	**متوسطة**
23	يتقبلني الناس بما أنا عليه.	2.19	1.170	**منخفضة**
24	علاقتي بمن حولي ممتازة .	1.90	1.085	**منخفضة**
	الدرجة الكلية	**2.7394**	**0.59705**	**متوسطة**

كما وتشير النتائج في الجدول رقم(4.4) أن (22) فقرة جاءت بدرجة متوسطة، وفقرتين جاءتا بدرجة منخفضة. وحصلت الفقرة " أفضل الابتعاد عن الأماكن المزدحمة بالناس " على أعلى متوسط حسابي (3.40)، ويليها فقرة " أفتقد لمن يشاركني همومي " بمتوسط حسابي (3.27). وحصلت الفقرة " علاقتي بمن حولي ممتازة " على أقل متوسط حسابي (1.90)، يليها الفقرة " يتقبلني الناس بما أنا عليه " بمتوسط حسابي (2.19).

4.2.3 النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس :

ما مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السرطان والسكري معا المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل ؟

للإجابه على السؤال الخامس تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السكرى والسرطان معا المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل والتي تظهر فى الجدول رقم (4.5).

جدول (4.5) يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري ودرجة التقدير لمستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السكرى والسرطان معا المترددين على المستشفيات فى محافظة الخليل .

مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السكري والسرطان	المستوى الحسابي	الانحراف المعياري	درجة التقدير
	2.77	0.66	متوسطة

يلاحظ من الجدول (4.3) الذى يعبر عن المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السرطان والسكرى معا المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية (2.76) وانحراف معياري (0.648) وهذا يدل على أن مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السرطان والسكري معا المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل جاء بدرجة متوسطة .

السؤال السادس :

ما مؤشرات العزله الاجتماعية لدى مرضالسكري و السرطان معا المترددين على المستشفيات فى محافظة الخليل ؟

للإجابة عن هذا السؤال قامت الباحثة بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على الاستبانة التى تعبر عن مستوى العزله الاجتماعية لدى مرضى السرطان والسكرى معا المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل والتي تظهر فى الجدول رقم (4.6)

جدول (4.6) : المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السرطان والسكري معا المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل ولكافه الفقرات مرتبة حسب الاهمية :

االترتيب	مؤشرات العزله الاجتماعية لدى مرضى السكرى والسرطان	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة
1	ثقتي بالآخرين قوية.	3.29	1.309	متوسطة
2	أشعر بالخوف من عدم القدرة على العودة إلى منزلي.	3.24	1.375	متوسطة
3	أفتقد لمن يشاركني همومي.	3.19	1.632	متوسطة
4	أشعر بأن أرائي تختلف عن أراء أفراد أسرتي.	3.19	1.078	متوسطة
5	أفضل الخروج وحدي.	3.10	1.578	متوسطة
6	لا أرغب في مجاملة الآخرين.	3.05	1.322	متوسطة
7	عدم اهتمام الآخرين بي يشعرني بالحزن.	3.05	0.921	متوسطة
8	لدي شعور بالقلق من تكرار الأمراض التي تصيبني.	2.95	1.244	متوسطة
9	أميل إلى الإنفراد بنفسي في أغلب الأوقات.	2.90	1.338	متوسطة
10	أفضل الابتعاد عن الأماكن المزدحمة بالناس.	2.86	1.459	متوسطة
11	لديّ صعوبة في التواصل مع الآخرين.	2.76	1.375	متوسطة
12	أفضل البقاء مع الآخرين، بدلا من أن أكون وحدي.	2.76	1.375	متوسطة
13	لا يوجد ما هو مثير للاهتمام في حياتي.	2.71	1.586	متوسطة

14	لا أبالي بمن حولي .	2.67	1.155	**متوسطة**
15	أجد من يتعاطف معي.	2.67	1.354	**متوسطة**
16	أهتم لدعوات الآخرين في مناسباتهم.	2.62	1.203	**متوسطة**
17	أفضل البقاء وحيداً، عن استقبال ضيوف عندي.	2.62	1.322	**متوسطة**
18	أشعر أنى سجين داخل جدران المنزل الذي أعيش فيه.	2.62	1.396	**متوسطة**
19	من السهل أن أبني علاقة مع الاخرين.	2.57	1.165	**متوسطة**
20	أشعر بالوحدة حتى عندما أكون مع الآخرين.	2.52	1.209	**متوسطة**
21	أشعر بالعزلة فى محيطي الذي أسكن فيه.	2.48	1.470	**متوسطة**
22	علاقتي بمن حولي ممتازة .	2.24	0.944	**منخفضة**
23	يوجد أشخاص مخلصون حولي.	2.24	1.300	**منخفضة**
24	يتقبلني الناس بما أنا عليه.	2.19	1.470	**منخفضة**
	الدرجة الكلية	**2.7698**	**0.64893**	**متوسطة**

كما وتشير النتائج في الجدول رقم(4.6) أن(21) فقرة جاءت بدرجة متوسطة، و(3) فقرات جاءت بدرجة منخفضة. وحصلت الفقرة " تقتي بالآخرين قوية " على أعلى متوسط حسابي (3.29)، ويليها فقرة " أشعر بالخوف من عدم القدرة على العودة إلى منزلي " بمتوسط حسابي (3.24). وحصلت الفقرة " يتقبلني الناس بما أنا عليه " على أقل متوسط حسابي (2.19)، يليها الفقرة " يوجد أشخاص مخلصون حولي " والفقرة " علاقتي بمن حولي ممتازة " بمتوسط حسابي (2.24).

4.2.4 النتائج المتعلقة بالسؤال السابع:

هل يختلف مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السكري المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل حسب متغيرات الجنس ، والمؤهل العلمي، والحالة الاجتماعية ؟

وللاجابة عن هذا السؤال تم فحص الفرضيات التالية:

نتائج الفرضية الأولى:

" لا توجد فروق ذات دلاله إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السكري المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل يعزى لمتغير الجنس "

تم فحص الفرضية الأولى بحساب نتائج اختبار "ت" والمتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة في مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السكري المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل حسب لمتغير الجنس والتى تظهر في الجدول رقم (4.7)

جدول (4.7): نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة في مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السكري المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل حسب متغير الجنس

الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة"t"	مستوى الدلالة
ذكر	98	2.6314	0.58252	0.961	0.338
انثى	94	2.7088	0.53144		

يتبين من خلال الجدول السابق أن قيمة "ت" للدرجة الكلية (0.961)، ومستوى الدلالة (0.338)، أي أنه لا توجد فروق في مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السكري المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل تعزى لمتغير الجنس، وبذلك تم قبول الفرضية الأولى.

نتائج الفرضية الثانية:

" لا توجد فروق ذات دلاله إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السكري المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل يعزى لمتغير المؤهل العلمي "

ولفحص الفرضية الثانية تم حساب المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السكري المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل يعزى لمتغير المؤهل العلميوالتي تظهر فى الجدول رقم (4.8).

جدول (5.8): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السكري المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل يعزى لمتغير المؤهل العلمي

المؤهل العلمي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
أقل من توجيهي	88	2.6719	0.59003
من توجيهي-بكالوريوس	85	2.6740	0.50784
أعلى من بكالوريوس	19	2.6360	0.64517

يلاحظ من الجدول رقم (5.8) وجود فروق ظاهرية في مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السكري المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل يعزى لمتغير المؤهل العلمي، ولمعرفة دلالة الفروق تم استخدام تحليل التباين الأحادي (one way ANOVA) كما يظهر في الجدول رقم (6.9):

جدول(6.9): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السكري المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل يعزى لمتغير المؤهل العلمي

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	0.024	2	0.012	0.038	0.963
داخل المجموعات	59.444	189	0.315		
المجموع	59.467	191			

يلاحظ أن قيمة ف للدرجة الكلية(0.038) ومستوى الدلالة (0.963) وهي أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السكري المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل يعزى لمتغير المؤهل العلمي، وبذلك تم قبول الفرضية الثانية.

نتائج الفرضية الثالثة:

" لا توجد فروق ذات دلاله إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) في مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السكري المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية"

ولفحص الفرضية الثالثة تم حساب المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السكري المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية والتي تظهر فى الجدول (4.10).

جدول (7.10): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السكري المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
أعزب/عزباء	36	2.7812	0.43920
متزوج/ة	145	2.6239	0.56968
غير ذلك	11	2.9015	0.68116

يلاحظ من الجدول رقم (7.4) وجود فروق ظاهرية في مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السكري المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، ولمعرفة دلالة الفروق تم استخدام تحليل التباين الأحادي (one way ANOVA) كما يظهر في الجدول رقم (8.4):

جدول(8.11): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السكري المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	1.344	2	0.672	2.185	0.115
داخل المجموعات	58.124	189	0.308		
المجموع	59.467	191			

يلاحظ أن قيمة ف للدرجة الكلية(2.185) ومستوى الدلالة (0.115) وهي أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السكري المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، وبذلك تم قبول الفرضية الثالثة.

4.2.5 النتائج المتعلقة بالسؤال الثامن:

هل يختلف مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السرطان المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل حسب متغيرات الجنس والمؤهل العلمي، والحالة الاجتماعية ؟

وللاجابة عن هذا السؤال تم تحويله للفرضيات التالية:

نتائج الفرضية الأولى:

" لا توجد فروق ذات دلاله إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السرطان المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل يعزى لمتغير الجنس "

تم فحص الفرضية الأولى بحساب نتائج اختبار "ت" والمتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة في مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السرطان المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل حسب لمتغير الجنس.

جدول (9.12): نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة في مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السرطان المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل حسب متغير الجنس

الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة"t"	مستوى الدلالة
ذكر	84	2.8254	0.54758	1.833	0.068
انثى	93	2.6617	0.63133		

يتبين من خلال الجدول (4.12) أن قيمة "ت" للدرجة الكلية (1.833)، ومستوى الدلالة (0.068)، أي أنه لا توجد فروق في مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السرطان المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل تعزى لمتغير الجنس، وبذلك تم قبول الفرضية الأولى.

نتائج الفرضية الثانية:

" لا توجد فروق ذات دلاله إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السرطان المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل يعزى لمتغير المؤهل العلمي "

ولفحص الفرضية الثانية تم حساب المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السرطان المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل يعزى لمتغير المؤهل العلمي.

جدول (4.13): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السرطان المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل يعزى لمتغير المؤهل العلمي

المؤهل العلمي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
أقل من توجيهي	95	2.6654	0.63119
من توجيهي-بكالوريوس	67	2.7705	0.56633
أعلى من بكالوريوس	15	3.0694	0.36855

يلاحظ من الجدول رقم (4.13) وجود فروق ظاهرية في مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السرطان المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل يعزى لمتغير المؤهل العلمي، ولمعرفة دلالة الفروق تم استخدام تحليل التباين الأحادي (one way ANOVA) كما يظهر في الجدول رقم (4.14):

جدول(11.14): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السرطان المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل يعزى لمتغير المؤهل العلمي

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	2.220	2	1.110	3.191	0.044
داخل المجموعات	60.519	174	0.348		
المجموع	62.739	176			

يلاحظ أن قيمة ف للدرجة الكلية(3.191) ومستوى الدلالة (0.044) وهي أقل من مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) أي أنه توجد فروق دلالة إحصائياً في مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السرطان المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل يعزى لمتغير المؤهل العلمي، وبذلك تم رفض الفرضية الثانية. وتم فحص نتائج اختبار (LSD) لبيان اتجاه الفروق وهي كمايلي:

الجدول (4.15): نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لاستجابات أفراد عينة الدراسة حسب متغير المؤهل العلمي

المتغيرات		الفروق في المتوسطات	مستوى الدلالة
أقل من توجيهي	من توجيهي–بكالوريوس	0.10517	0.265
	أعلى من بكالوريوس	0.40409*	0.015
من توجيهي– بكالوريوس	أقل من توجيهي	0.10517	0.265
	أعلى من بكالوريوس	0.29892	0.078
أعلى من بكالوريوس	أقل من توجيهي	0.40409*	0.015
	من توجيهي–بكالوريوس	0.29892	0.078

وكانت الفروق بين أقل من توجيهي أعلى من بكالوريوس لصالح أعلى من بكالوريوس.

نتائج الفرضية الثالثة:

" لا توجد فروق ذات دلاله إحصائية عند مستوى الدلالة (α ≤ 0.05) في مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السرطان المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية"

ولفحص الفرضية الثالثة تم حساب المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السرطان المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية والتي تظهر في الجدول رقم (4.16).

جدول (4.16): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السرطان المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
أعزب/عزباء	27	2.8642	0.48172
متزوج/ة	140	2.7158	0.61721
غير ذلك	10	2.7333	0.60131

يلاحظ من الجدول رقم (4.16) وجود فروق ظاهرية في مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السرطان المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، ولمعرفة دلالة الفروق تم استخدام تحليل التباين الأحادي (one way ANOVA) كما يظهر في الجدول رقم (4.17):

جدول(4.17): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السرطان المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	مستوى الدلالة

بين المجموعات	0.499	2	0.250	0.698	0.499
داخل المجموعات	62.240	174	0.358		
المجموع	62.739	176			

يلاحظ أن قيمة ف للدرجة الكلية(0.698) ومستوى الدلالة (0.499) وهي أكبر من مستوى الدلالة (α ≤ 0.05) أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السرطان المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، وبذلك تم قبول الفرضية الثالثة.

4.2.6 النتائج المتعلقة بالسؤال التاسع:

هل يختلف مستوى العزلة الاجتماعية لدى المرضى المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل يعزى لمتغير نوع المرض ؟

وللاجابة عن هذا السؤال تم تحويله للفرضية التالية:

" لا توجد فروق ذات دلاله إحصائية عند مستوى الدلالة (α ≤ 0.05) في مستوى العزلة الاجتماعية لدى المرضى المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل يعزى لمتغير نوع المرض "

ولفحص الفرضية تم حساب المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على مستوى العزلة الاجتماعية لدى المرضى المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل يعزى لمتغير نوع المرضوالتي تظهر فى الجدول رقم (4.18).

جدول (4.18): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمستوى العزلة الاجتماعية لدى المرضى المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل يعزى لمتغير نوع المرض

نوع المرض	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
سكري	192	2.6693	0.55799
سرطان	177	2.7394	0.59705
سكري وسرطان	21	2.7698	0.64893

يلاحظ من الجدول رقم (4.18) وجود فروق ظاهرية في مستوى العزلة الاجتماعية لدى المرضى المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل يعزى لمتغير نوع المرض، ولمعرفة دلالة الفروق تم استخدام تحليل التباين الأحادي (one way ANOVA) كما يظهر في الجدول رقم (4.19):

جدول(4.19): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى العزلة الاجتماعية لدى المرضى المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل يعزى لمتغير نوع المرض

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	0.542	2	0.271	0.803	0.449
داخل المجموعات	130.629	387	0.338		
المجموع	131.171	389			

يلاحظ أن قيمة ف للدرجة الكلية(0.803) ومستوى الدلالة (0.449) وهي أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى العزلة الاجتماعية لدى المرضى المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل يعزى لمتغير نوع المرض، وبذلك تم قبول الفرضية.

مناقشة النتائج والتوصيات

1.5 مناقشة نتائج

ويعرض هذا الفصل تفسير ومناقشة نتائج الدراسة، ومن ثم استخلاص التوصيات في ضوء النتائج.

5.1.1 مناقشة نتائج السؤال الاول:

ما مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السكرى المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل ؟

أظهرت نتائج الدراسة ان مستوى العزلة الإجتماعيه لدى مرضى السكرى المترددين على المستشفيات فى محافظة الخليل جاءت بدرجة متوسطة، وان فقرتين من الفقرات جاءت بدرجة منخفضة .

وتعزو الباحثة هذة النتيجة أن مرضى السكرى المترددين على المستشفيات فى محافظة الخليل لديهم عزلة إجتماعيه، وإنهم يعانون من مرض السكرى ولكن شعورهم بالخوف والقلق وعدم تقبلهم للمرض يجعلهم معزولين عن الناس والمجتمع .وتقديرهم الذاتى منخفض .

وتتفق هذه الدراسه مع دراسة دوناهيو(2007) ومع دراسة السعادات (2007) .

5.1.2 مناقشة نتائج السؤال الثانى :

ما مستوى العزلة الإجتماعية لدى مرضى السرطان المترددين على المستشفيات فى محافظة الخليل ؟

إظهرت نتائج الدراسة ان مستوى العزلة الإجتماعيه لدى مرضى السرطان المترددين على المستشفيات فى محافظة الخليل لديهم عزلة إجتماعيه بدرجه متوسطه، وان لديهم شعور بالخوف والقلق من هذا المرض الذى يؤدى بالنهاية الى الموت .

وتعزو الباحثة هذه النتيجه ان مرضى السرطان لديهم شعور بالخوف والقلق لما اصابهم، ولديهم اعراض انسحابيه، وعدم تقبلهم للمرض،وخوفهم من العلاج الكيماوى الذى سوف ياخذونة وماذا سيحصل بهم بعد العلاج ، وتفكيرهم الدائم بالمشاكل الجسمية والمضاعفات التى سوف يتعرضون لها من تناول جرعات العلاج، وهذا يؤدى بهم الى العزلة الإجتماعية وعدم مخالطة الاخرين .

وتتفق نتائج هذه الدراسه مع نتائج دراسة يوسف (2011) ودراسة ابراهيم (2003) ونتائج دراسة ليمبوس (2000).

5.1.3 مناقشة نتائج السؤال الثالث :

ما مستوى العزله الإجتماعية لدى مرضى السرطان والسكرى معا المترددين على المستشفيات فى محافظة الخليل ؟

إظهرت النتائج ان مستوى العزله الإجتماعية لدى مرضى السرطان والسكرى معا المترددين على المستشفيات فى محافظة الخليل كانت بدرجة متوسطة.

وتعزو الباحثه هذه النتيجه شعور المرضى بالقلق والخوف، وشعورهم بالعزلة والانسحاب اتجاة الاخرين، وشعورهم بالوحدة مع انفسهم ومع الاخرين ومع المجتمع الذى يعيشون فيه ، وذلك نتيجة التفكير المستمر فى اعراض مرض السرطان والسكرى ، والمضاعفات الجسمية والنفسية من جراء اصابتهم بهذا المرض .

وتتفق نتائج هذة الدراسة مع دراسة نتائج لوكس (1985) ودراسة نتائج دوناهيو (2007) ودراسة نتائج السعادات (2007) ودراسة نتائج نايل (2009) .

5.1.4 مناقشة نتائج فرضيات الدراسة

النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع

هل يختلف مستوى العزله الإجتماعيه لدى مرضى السكرى المترددين على المستشفيات فى محافظة الخليل حسب متغيرات الجنس ،والمؤهل العلمى ، والحاله الإجتماعيه ؟

وللاجابة عن هذا السؤال تم تحويله للفرضيات التالية :

نتائج الفرضية الاولى :

" لا توجد فروق ذات دلاله إحصائية عند مستوى الدلاله **($\alpha \leq 0.05$)** فى مستوى العزله الإجتماعيه لدى مرضى السكرى المترددين على المستشفيات فى محافظة الخليل يعزى لمتغير الجنس ".

إظهرت نتائج الاجابه على هذه الفرضيه إنه لا توجد فروق داله احصائيا فى مستوى العزله الإجتماعيه لدى مرضى السكرى المترددين على المستشفيات فى محافظة الخليل حسب متغير الجنس، وبذلك تم قبول الفرضيه .

وتعزو الباحثه هذه النتيجه الى ان مرضى السكرى بمختلف اجناسهم (ذكر / وانثى) لا توجد فروق دالة احصائيا فى مستوى العزله الإجتماعية بينهم .وهذا يدل على شعورهم بالخوف والقلق والأنسحاب والعزله عن الناس والمجتمع ، والافكار التشاؤمية التى تسيطر عليهم من جراء اصابتهم بالمرض ، وتفكيرهم بمضاعفات مرض السكرى والتى هى ضعف النظر ، الفشل الكلوى ، وضعف الاطراف واصابتها بالغرغرينة ، مما يؤدى بهم الى الانعزل وعدم الانسجام مع الاخرين حتى وان وجودو بينهم . .

وتتفق النتائج مع نتائج دراسة عماد الدين (2002) ونتائج دراسة فش (2007) ومع نتائج دراسة نايل .

مناقشة نتائج الفرضية الثانية :

" لا توجد فروق ذات دلاله إحصائيه عند مستوى الدلاله (($\alpha \leq 0.05$) فى مستوى العزلة الإجتماعية لدى مرضى السكرى المترددين على المستشفيات فى محافظة الخليل يعزى لمتغير المؤهل العلمى " .

أظهرت النتائج انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية فى مستوى العزلة الإجتماعية لدى مرضى السكرى المترددين على المستشفيات فى محافظة الخليل يعزى لمتغير المؤهل العلمى. وبذلك تم قبول الفرضية .

وتعزو الباحثة هذة النتيجة ان ذوى المؤهل العلمى من مرضى السكرى المترددين على المستشفيات فى محافظه الخليل لا توجد بينهم فروق فى مستوى العزله الإجتماعيه .حيث ان الاطفال المصابون بالسكرى يعانون من صعوبات فى التكيف الشخصى والاجتماعى ، وان مهاراتهم الاجتماعية فى التواصل مع الاخرين تجعلهم غير قادرين على اقامة علاقات طيبة مع اقرانهم الاسوياء فى المدرسة او خارجها ، وهذا يدل على شعورهم بالخوف والقلق والانسحاب والعزله عن الناس والمجتمع ، وان المستوى الثقافى والتعليمى لدى الافراد يؤثر على تفكيرهم فى كيفية تعاملهم مع المرض الذى اصابهم .

وتتفق هذه النتيجه مع نتائج دراسه جاسون (2005) ونتائج دراسه الجمل (2005) .

نتائج الفرضية الثالثه :

" لا توجد فروق ذات دلاله إحصائيه عند مستوى الدلاله (0.05) فى مستوى العزله الإجتماعية لدى مرضى السكرى المترددين على المستشفيات فى محافظه الخليل يعزى لمتغير الحاله الإجتماعية ".

إظهرت النتائج انه لا توجد فروق داله إحصائيا فى مستوى العزله الإجتماعية لدى مرضى السكرى المترددين على المستشفيات فى محافظه الخليل يعزى لمتغير الحاله الاجتماعية ، وبذلك تم قبول الفرضيه.

وتعزى الباحثه هذه النتيجة ان ذوى الحاله الإجتماعية من مرضى السكرى المترددين على المستشفيات فى محافظة الخليل لاتوجد بينهم فروق فى مستوى العزله الإجتماعيه، حيث يميل الفرد الى التباعد والإنسحاب من المشاركات الإجتماعية ،وهذا يدل على انخفاض قدرة الفرد على التفاعل

الاجتماعى الفعال الذى يشمل شبكة علاقات اجتماعية ناجحة ومشبعة له ، و شعورهم بالخوف والقلق والانسحاب والعزله من الواقع الذى يعيشون فيه .

وتتفق هذه النتيجه مع نتائج دراسه كمال (2012) ونتائج دراسه الجمل (2005) .

5.1.5 مناقشه نتائج السؤال الخامس وفرضياته :

هل يختلف مستوى العزله الإجتماعية لدى مرضى السرطان المترددين على المستشفيات فى محافظه الخليل حسب متغيرات الجنس ، والمؤهل العلمى، والحاله الإجتماعيه ؟

وللاجابة عن هذا السؤال تم تحويله الى الفرضيات التالية :

مناقشة نتائج الفرضيه الاولى :

" لا توجد فروق ذات دلاله إحصائيه عند مستوى الدلاله **($\alpha \leq 0.05$)**فى مستوى العزله الإجتماعية لدى مرضى السرطان المترددين على المستشفيات فى محافظه الخليل يعزى لمتغير الجنس " .

إظهرت النتائج انه لا توجد فروق داله إحصائيا فى مستوى العزله الإجتماعية لدى مرضى السرطان المترددين على المستشفيات فى محافظة الخليل يعزى لمتغير الجنس ، وبذلك تم قبول الفرضيه الاولى .

وتعزو الباحثه هذه النتيجه ان مرضى السرطان بمختلف اجناسهم (ذكر/انثى) لا توجد فروق داله احصائيا فى مستوى العزلة الإجتماعية لديهم ، وهذا يدل على شعورهم بالعزلة والانسحاب من الواقع ، ولعدم معرفتهم فى تقدير ذاتهم ، وكذلك شعورهم بالاكتئاب لعدم المساندة الاجتماعية من قبل الاهل والمجتمع .

وتتفق نتائج الدراسة مع نتائج دراسة نايل (2009) ونتائج دراسة لوكس .

مناقشة نتائج الفرضية الثانيه :

" لا توجد فروق ذات دلاله احصائيه عند مستوى الدلاله **($\alpha \leq 0.05$)** فى مستوى العزلة الإجتماعية لدى مرضى السرطان المترددين على المستشفيات فى محافظة الخليل يعزى لمتغير المؤهل العلمى ".

إظهرت النتائج انه توجد فروق داله احصائيا فى مستوى العزله الاجتماعيه لدى مرضى السرطان المترددين على المستشفيات فى محافظة الخليل يعزى لمتغير المؤهل العلمى ، وبذلك تم رفض الفرضيه الثانيه ، وكانت الفروق بين اقل من توجيهى اعلى من بكالوريوس لصالح اعلى من بكالوريوس .

وتعزو الباحثه ايضا هذه النتيجه الى ان افراد عينة الدراسه حسب متغير المؤهل العلمى كانت لصالح اعلى من بكالوريوس ، وهذا يدل على معرفتهم ووعيهم وثقافتهم عن المرض الذى أصابهم ، .

وتتفق النتيجه مع نتائج دراسه كمال (2012) ونتائج دراسه ابو جحجوح(2011) .

مناقشة نتائج الفرضيه الثالثه :

" لا توجد فروق ذات دلاله احصائيه عند مستوى الدلاله ($\alpha \leq 0.05$) فى مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السرطان المترددين على المستشفيات فى محافظة الخليل يعزى لمتغير الحاله الاجتماعية "

.

إظهرت النتائج انه لا توجد فروق داله احصائيا فى مستوى العزله الإجتماعيه لدى مرضى السرطان المترددين على المستشفيات فى محافظة الخليل يعزى لمتغير الحاله الاجتماعية ، وبذلك تم قبول الفرضية .

وتعزى الباحثه هذة النتيجه ان ذوى الحاله الإجتماعيه من مرضى السرطان المترددين على المستشفيات فى محافظة الخليل لا توجد فروق بينهم فى مستوى العزلة الاجتماعية ، وهذا يدل على انعزالهم وانسحابهم من المجتمع الذى يعيشون فيه، وخوفهم من المرض الذى اصابهم .

وتتفق هذه النتيجه مع نتائج دراسه ابراهيم (2003) ونتائج دراسه كمال (2012) .

5.1.6 مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال السادس :

هل يختلف مستوى العزله الإجتماعية لدى المرضى المترددين على المستشفيات فى محافظة الخليل يعزى لمتغير نوع المرض ؟

وللاجابه عن هذا السؤال تم تحويله للفرضيه التاليه :

" لا توجد فروق ذات دلاله احصائيه عند مستوى الدلاله **($\alpha \leq 0.05$)** فى مستوى العزله الإجتماعية لدى المرضى المترددين على المستشفيات فى محافظة الخليل يعزى لمتغير نوع المرض ."

اظهرت النتائج انه لاتوجد فروق داله احصائيا فى مستوى العزله الإجتماعيه لدى المرضى المترددين على المستشفيات فى محافظة الخليل يعزى لمتغير نوع المرض ، وبذلك تم قبول الفرضيه .

وتعزى الباحثه هذه النتيجه ان المرضى المترددين على المستشفيات فى محافظة الخليل لا توجد بينهم فروق فى مستوى العزله الاجتماعية تعزى لنوع المرض ، وهذا يدل على ان مرضى السكرى والسرطان لديهم عزله إجتماعية ولديهم انسحاب وشعور بالغربه فى المجتمع الذى يعيشون فيه ، ولديهم شعور بالاكتئاب والقلق والغضب والارتباك لما اصابهم ، وان اصابة النساء بالسرطان وخاصة سرطان الثدى ادى الى انخفاض التكيف النفسي والحياة الهانئة وارتفاع ضغط ما بعد الصدمة لديهن وذلك نتيجة التفكير الزائد فى مضاعفات المرض الخطير الذى اصابهن .

واتفقت هذة الدراسه مع نتائج دراسه العدوان (2015) .

5.2 التوصيات :

بعد تحليل نتائج هذه الدراسه ، تبين ان مرضى السكرى والسرطان المترددين على المستشفيات فى محافظة الخليل لديهم عزله اجتماعيه بشكل واضح .

وفى ضوء ما توصلت اليه الدراسة توصى الباحثة بما يلى :

- الأهتمام بمرضى السكرى والسرطان ورعايتهم صحياً ونفسياً .
- تفعيل دور العائله والاصدقاء وتواجدهم مع مرضى السرطان والسكرى .
- دمج مرضى السكرى والسرطان فى النشاطات العائلية والاجتماعية من اجل تقليل عزلتهم الاجتماعية.

ضروره وجود خبراء (أخصائيين) نفسانيين واجتماعيين بالمستشفيات المختلفه لتقديم الارشاد النفسى والاجتماعى والمساهمة فى العملية العلاجية بالنسبة للمرضى المصابين بداء السكرى والسرطان .

- توفير وسائل الترفيه المناسبة لمرضى السكرى والسرطان للتخفيف من عزلتهم الاجتماعية.
- إنشاء المراكز المتخصصه لرعاية مرضى السكرى حتى تعمل على تقليل المضاعفات وتحسين صحتهم النفسيه .
- يجب تدريب الكوادر الطبيه للقيام بدور الموجهين لمرضى السكرى والسرطان ، لما للتثقيف البسيط والمستمر من اهميه بالغه فى رعاية مرضى السكرى والسرطان ، والتخفيف من المضاعفات المترتبه على هذين المرضين .
- الاهتمام بادخال برامج للصحة النفسية لكل المرضى فى المراكز العلاجية والمستشفيات
- تزويد مرضى السرطان بالدعم والمسانده إلنفسيه والإجتماعيه والإقتصاديه والعاطفيه ، لما يحدثه ذلك من زيادة الطمانينه عند المرضى والتخفيف من اثار المرض النفسى والعضوى عليهم .
- العمل من خلال وسائل الاعلام لنشر التوعيه والتثقيف الصحى ونشر اساليب الفحص الذاتى للسرطان

- تقديم الدعم الاجتماعى لمرضى السرطان، والعمل على مساندتهم خلال مسيرتهم المرضية منذ فترة التشخيص ومختلف المراحل العلاجية للوصول بهم نحو تحقيق التشخيص ومختلف المراحل العلاجية للوصول بهم نحو تحقيق افضل رضا عن حياتهم الاجتماعية وتقديرهم لذاتهم

قائمة المصادر والمراجع:

المراجع العربية

ابراهيم، عبد الستار (1993). العلاج السلوكى للطفل، اساليبة ونماذج من حالاتة، الكويت، **مجلة علم المعرفة**، العدد180.

ابراهيم، مرسى (1988) . **المدخل إلى علم الصحة النفسية**، دار التعلم للنشر والتوزيع، الكويت.

البرزنجى ،دينا طيب رضا (1989). **بناء مقياس للاسناد الاجتماعى لدى طلبة الجامعة** ،رسالة ماجستير غير منشورة ،كلية الاداب ، جامعة بغداد .

الكندرى ،يعقوب (2002). **الدعم الاجتماعى وعلاقتة بمعدلات ضغط الدم فى الاسرة الكويتية** ،مجلد (30) .

هيفاء ،ابو غزالة.(1985).**دليل المرشد التربوى** . وزارة التربية والتعليم ،عمان ،الاردن .

ابراهيم، نشوى. (2002). **الشعور بالوحده النفسية وعلاقته بالتوافق النفسي والاجتماعي لدى عينه من الأطفال المحرومين وغير المحرومين من الرعاية الاسرية.** رسالة ماجستير غير منشورة ، معهد الدراسات العليا للطفوله، جامعة عين شمس، مصر.

الاشهب، جواهر (1988) . **فاعلية برنامج تدريبى في توكيد الذات في الجماعات،** رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الاردنية، عمان، الاردن.

أبو جحجوح، يحيى، وحسان، رسمي. (2011). أثر برمجية تعليمية ووحدة دراسية للتوعية بمرض السرطان لدى طلاب الصف العاشر في غزة. **مجلة عجمان للدراسات والبحوث:** 10(2)،254 . 264 .

ابوسمية، عبد الجابر. (2014). **مرض السكر في الاردن ظاهرة (تنذر بالخطر):** دليل المرضى الاردنيين في التعايش مع داء السكري، عمان.

اسماعيل ، الحمد (2003). **العزلة الاجتماعية.** دار الشرق للنشر والتوزيع، عمان، الاردن.

الاسمر، الياس (1996). **السكري ما هو ؟ أسبابه . عوارضة والعلاج** ، دار الجيل ، بيروت ،ط1 .

اسكندر، نبيل (1988) . **الاغتراب وازمة الإنسان المعاصر**، الاسكندرية : دار المعرفة الجامعية.

ايمن، الحسيني (2008).**الموسوعة الصحية للمراة العصرية**، وزارة الثقافة ، عمان . الاردن.

الباشا، واخرون (2001). **الداء السكري.** بيروت، اليمامة للطباعة والنشر والتوزيع ، بيروت ،ط1.

توشيت، نانسي (2001). **مرض السكر الاسئلة والاجوبة.** (ترجمة: عزة حسين كبة)، الدار العربية للعلوم، بيروت.

الزعبي،احمد (2002). **الارشاد النفسي ،نظرياتة،مجالاتة**،دائرة المكتبةالوطنية،عمان،الاردن.

جبريل، موسى (1992) . **التكيف والرعاية الصحية والنفسية**، منشورات جامعة القدس المفتوحة، عمان، الاردن.

جلبي، علي (2010). **الطب النفسي الاجتماعي**، النظرية والتطبيق، دار المعرفة، دمشق.

الجمعية الامريكية لمرض السكر(2004). **السكري**. المملكة العربية السعودية، مكتبة جرير.

الجمل، محمد. (2005). **تأثير مرض السكر في النمو الجسمي والنفسى والاجتماعي للاطفال المصابين في السن من (5 . 14 سنة)**. رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية العلوم الاجتماعية والتطبيقية، جامعة الفاتح. المغرب.

جوكل، بزار (2007). **معالجة السكري بالتمرينات الرياضية**. دار دجلة للنشر والتوزيع، عمان، ص30، ط1.

الجوهرة، شيبي. (2005). **الشعور بالوحدة وعلاقتة بسمات الشخصية لدى عينة من طالبات جامعة ام القرى بمكة المكرمة**، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة ام القرى.

حافظ، احمد. (1980) . **سيكولوجية الاغتراب**. رسالة دكتوراة غير منشورة ، كلية الاداب، جامعة عين شمس، مصر.

الحوراني، هدى. (1991). أ ثر **التثقيف الغذائي لعينة من مرضى السكري في الأردن على اتباعهم للحمية الغذائية المناسبة وانعكاس ذلك على وزن الجسم وسكر وشحوم الدم**. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان.

الحسيني، ايمن. (1994). **التغذية الصحيحة لمريض السكرى وطرق علاج الضعف الجنسي** ، دار الطلائع للنشر والتوزيع، عمان، الاردن.

الحياني، عاصم (1990) . **الارشاد والتوجية**، وزارة التعليم العالى والبحث العلمى، دار الكتب للطباعة والنشر، جامعة الموصل، العراق.

خريم، مروان. (2008) . **مرض السكري**، دار الفكر للنشر والتوزيع ، عمان ، الاردن.

خليل، زيدان. (1992) . **العلاقة بين ممارسة العلاج الاجتماعي النفسي في خدمة الفرد لتخفيف من الشعور بالاغتراب لدى اطفال الكفيف**. رسالة دكتوراة غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة القاهرة، مصر.

الخورى، ميخائيل (1961) . **السرطان . الأسباب . الوقاية والعلاج**، دار المعرفة للنشر والتوزيع ،طرابلس ، لبنان .

داود، الجنانى (1989). اثر الارشاد المباشر في التحصيل الدراسى لدى طلبة المرحلة الاولى في قسم العلوم التربوية والنفسية بكلية التربية، **مجلة العلوم التربوية والنفسية**، العدد الرابع عشر، السنة الخامسة عشرة، بغداد.

الدليمي، خلف. (2009). **جغرافية الصحة**، دار صفاء للنشر والتوزيع، الطبعة الاولى، عمان، الاردن.

الدمنهوري، واخرون (1990). الشعور بالاغتراب عن الذات والاخرين، دراسة عاملية حضارية مقارنة ، القاهرة، **الهيئة المصرية العامة للكتاب** .

رفعت، محمد. (1977). **السكر وعلاجة**. دار المعرفة للطباعة والنشر، لبنان.

الرواجفة، عبد الله، ورجوف، عادل. (2007). أثر برنامج إرشادي جمعي في تخفيف الشعور بالعزلة الإجتماعية لدى عينة من طلاب الصف الأول من المرحلة الثانوية في الأردن. **مجلة العلوم التربوية:** ع. 12، ص. 15-43.

رياش، سعيد (2013) . **الاكتئاب لدى مريضات سرطان الثدى**، رسالة ماجستيرغير منشورة، المجلة العربية للعلوم الاجتماعية . المؤسسة العربية للاستشارات العلمية وتنمية الموارد البشري . مصر .

زهران، حامد. (2003). **دراسات في علم النفس النمو (الاغتراب والتغريب الثقافى لدى عينة جامعية)**، عالم الكتب للنشر والتوزيع والطباعة، القاهرة، مصر .

زهران، حامد (1997). **الصحة النفسية والعلاج النفسي**، عالم الكتب، القاهرة ، ط2 .

زهران، حامد (1987). **قاموس علم النفس**، القاهرة : عالم الكتب، الطبعة الثانية.

زهران، حامد (1985) . **التوجية والارشاد النفسي**، عالم الكتب، القاهرة، مصر ، ط3 .

عباس، فيصل (1988) . **الشخصية في ضوء التحليل النفسي**، دار النهضة العربية، بيروت .

عبدالله ، محمد (2000) . **دراسات في الصحة النفسية، الهوية، الاغتراب، الاضطرابات النفسية**، العربية للطباعة والنشر ، القاهرة، مصر ، ط1.

عبدالله ،محمد. (1996) . **سيكولوجية الاغتراب والبحث عن الذات عند الإنسان العربى**، القاهرة : دار النهضة مصر للطباعة والنشر .

عبد العزيز، الجريسى (2003). **الاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة بمحافظات غزة، وعلاقتها ببعض المتغيرات**، رسالة ماجستير غير منشورة ، الجامعة الاسلامية ، غزة.

عبد العزيز، عيد (1979). **علم النفس التربوى**، ط1. دار البحوث العلمية، الكويت.

عبد الكريم، رضوان (2008). **فاعلية برنامج تدريبى لخفض الضغوط النفسية وتحسين التوافق لدى مرضى السكري بمحافظة غزة**. رسالة دكتوراة غير منشورة، كلية التربية : جامعة عين شمس، القاهرة.

عبد النبي، سامية. (1992). **العوامل النفسية التي تكمن وراء ظاهرة البغاء**، ماجستير، كليةالاداب، جامعة الزقازيق.

العدوان، فاطمة. (2015). التكيف النفسي وضغط ما بعد الصدمة والحياة الهانئة لدى النساء المصابات وغير المصابات بسرطان الثدي وأزواجهن وبناتهن، **مجلة دار المنظومة**، دراسات، الجزائر ع (35)، ص 189- 173.

علي، حسن. (2003). **دراسة اكلينيكية سيكومترية للاعراض النفسية المصاحبة للأمراض المهددة للحياة**. رسالة دكتوراة غير منشورة ، كلية الاداب، جامعة عين شمس ، مصر.

العلي، محي الدين (1989). **الأمراض الشائعة الداء السكري . ارتفاع الضغط الشريانى . ترقق العظام . وظائف الدماغ . العتة الشيخى . الصداع . سن اليأس**، دار ابن كثير للطباعة والنشر والتوزيع ، بيروت، ط1.

سامح، ابو زينة (2000). **موسوعة الأمراض الشائعة (امراض القلب . الضغط السكر . امراض الجهاز الهضمى والتنفسى والبولى . الأورام . الايدز)**، دار اسامة للنشر والتوزيع، عماد الاردن.

شاكر، مجيد. (2009) . **مشكلات الأطفال النفسية والاساليب الارشادية لماكيتها**، عمان مكتبة الانجلو المصرية.

شفيق، احمد. (1998) . **سرطان الدم الحاد لدى الأطفال وعلاقتة ببعض متغيرات الشخصية**، المؤتمر العلمى السنوى . طفل الغد وتنشئتة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

صالح، عواطف. (2002). **العزلة الاجتماعية وعلاقتها بالمهارات الاجتماعية والمساندة الاجتماعية لدى الشباب الجامعى**، رسالة ماجستير غير منشورة، مجلة كلية التربية (جامعة بنها) . مصر، اكتوبر.

الصبوة، نجيب. (2004). مثانة السراستراتيجيات المواجهة والتصدى التي يوظفها مرضى أورام السرطانية للتخفيف من حدة المشقة النفسية الناجمة عن الإصابة بالمرض، **مجلة دراسات عربية في علم النفس**، 13، 97 – 169.

ضيائي، حسين. (1987). المشكلات النفسية عند الأطفال المصابين بالسكر. **مجلة علم النفس** القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب.

الطيبة، ندى. (1990). **دراسة لفاعلية برنامج ارشادى لخفض الاكتئاب عن طريق مراجعة الافكار اللامنطقية**، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الاردنية، كلية التربية، عمان، الاردن.

عثمان، صالح (1990). المدخل إلى علم الأجنة الوصفي والتجريبي الباب الثاني عشر" **الخلايا الجنينية والخلايا السرطانية** " ط1، الناشر دار المجتمع للنشر والتوزيع .

غرينوود، ماغي (2004). **السكري الوقاية، العلاج، الشفاء في ستة خطوات سهلة**. ترجمة، جنان يموت. شركة دار الفراشة للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت.

العاسمى ، نايل. (2009). الشعور بالوحدة النفسية وعلاقته بالإكتئاب والعزلة والمساندة الإجتماعية : دراسة تشخيصية على عينة من طلبة جامعة دمشق. **مجلة إتحاد الجامعات العربية للتربية وعلم النفس** : مج 7، ع 2، 251-208

العيسوى، عبد الرحمن. (2001). **مجالات الارشاد النفسي والعلاج النفسي**. بيروت: دار الرتب الجامعية.

العيسوى، عبد الرحمن. (1998). نزعة الانطوائية الزائدة في المراهقين والطفولة، **مجلة التربية**، 27 (126)، ص 224_225.

لندا، دافيدوف. (1983). ترجمة سيد الطواب واخرون، **مدخل علم النفس**، دار ماكجروهيل، بريطانيا، لندن.

القباني، سامي. (1993). **بامكانك أن تقهر داء السكر**، دار العلم للملايين ، بيروت ، ط1 .

قشقوش، ابراهيم. (1988). **دراسه العلاقة بين الاحساس بالوحدة النفسية وعدد من الابعاد التوادية لدى تلاميذ وتلميذات الصف الاول الثانوى بدولة قطر**. مجلة الدراسات النفسية ، م18، مركز البحوث التربوية، جامعة قطر.

كمال، واخرون (2012). العزلة الاجتماعية لدى المراهقين، **مجلة الإرشاد النفسي:** ع33، ص. 499-529.

كوبر، جيفري. (2004). **السرطان (دليل لفهم الأسباب والوقاية والعلاج)**. ترجمة رفعت شبلي، المكتبة الأكاديمية، القاهرة، جمهورية مصر العربية.

محروت، العترى (2001). **علم النفس الاجتماعى** . الطبعة الثانية. الرياض: مطابع التقنية للاوفست.

محمد، فخرية (2011). **سلوك الشخصية من نمط ج وعلاقته بالإصابة بالسرطان عند مجموعة من المرضى من طلبة وطالبات المرحلة السنوية والجامعية مع برنامج إرشادي مساعد في دولة الإمارات العربية المتحدة**، رسالة دكتوراه غير منشورة، . جامعة القاهرة. معهد الدراسات والبحوث التربوية، مصر.

السلطان ، محمود (2009) **التطور الخلقى للمراهقين**، عمان دار المجتمع العربى.

مختار، على. (2001). **العلاج السلوكى المعرفى كالية واحتواء وعلاج الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض السكر في ضوء بعض المتغيرات الشخصية**. رسالة دكتوراة غير منشورة، جامعة طنطا : كلية الاداب.

المخللاتي، جلال (1984). **التغذية وصحة الإنسان**. غزة: الجامعة الاسلامية.

مرسي، ابو بكر (2002). **أزمة الهوية في المراهقة والحاجة للارشاد النفسي، مكتبة النهضة** المصرية، القاهرة، ط1.

معهد دسمان للسكرى. (2013). http://www.dasmaninstitute.org/

منظمة الصحة العالمية. (1995) . **دليل السكري للعاملين الصحيين في الرعاية الصحية الاولية**، المكتب الاقليمى لشرق المتوسط، الاسكندرية، مصر.

نور، مصطفى. (1995). **أثر تمرينات التوافق العصبى العضلى على تحسين الحالة الوظيفية والنفسية لمرضى السكري**. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الاسكندرية مصر.

هيفاء، ابو غزالة. (1985). **دليل المرشد التربوى**، وزارة التربية والتعليم، عمان، الاردن.

ويليامز، جية. (2006). **من الاكتئاب إلى الحرية** ، ترجمة هند علي،دار الافق للنشر والتوزيع ، السعودية .

المراجع الأجنبية

Ahlberg, A. C., Ljung, T., Rosmond, R., McEwen, B., Holm, G., Åkesson, H. O., & Björntorp, P. (2002). Depression and anxiety symptoms in relation to anthropometry and metabolism in men. ***Psychiatry research***, *112*(2), 101-110.

Alfadda, A., & Abdulrahman, K. A. B. (2006). Assessment of care for type 2 diabetic patients at the primary care clinics of a referral hospital. ***Journal of family and community medicine***, *13*(1), 13.

Al Khalaf, M. M., Eid, M. M., Najjar, H. A., Alhajry, K. M., & Thalib, L. (2010). **Screening for diabetes in Kuwait and evaluation of risk scores**.

Al-Rowaily, M. A., & Abolfotouh, M. A. (2010). Predictors of gestational diabetes mellitus in a high-parity community in Saudi Arabia/Facteurs predictifs du diabete gestationnel au sein d'une communaute a parite elevee en Arabie saoudite. ***Eastern Mediterranean Health Journal***, *16*(6), 636.

Beers, M.H. (2008). **Enceclopedie medicale, Edition tipographica varese. Cancerologie generale,1979.** Belpemme,ED ,JD,Baillier.

Boutin, D. L. (2007). Effectiveness of cognitive behavioral and supportive-expressive group therapy for women diagnosed with breast cancer: A review of the literature. ***The Journal for Specialists in Group Work***, *32*(3), 267-284.

Brown, C., & Lloyd-Jones, T. J. (2002). Verbal overshadowing in a multiple face presentation paradigm: Effects of description instruction. ***Applied Cognitive Psychology***, *16*(8), 873-885.

Chou, K. L., Jun, L. W., & Chi, I. (2005). Assessing Chinese older adults' suicidal ideation: Chinese version of the geriatric suicide ideation scale. ***Aging & mental health***, *9*(2), 167-171.

Donahue, M. (2007). **Helping Adolescents with Withdrawn. Applying the Therapy in Withdrawn Counseling**, Psychological Abstract. (6-9).

Enskar, K., & von Essen, L. (2008). Physical problems and psychosocial function in children with cancer. **Paediatric Care**, 20(3), 37-41.

Geggel, H. (1988). **Retanopathy in Managmemant and Education of Diabetic patient**. Sunddres Company, philadelphia .

Levy, B., & Langer, E. (1994). Aging free from negative stereotypes: Successful memory in China among the American deaf. ***Journal of personality and social psychology***, *66*(6), 989.

Link, S. (2009). The Effects of Cognitive Behavioral Group International Isolation and Loneliness among College Men and Woman. **Psychological Reports** , 50,630 635.

Lloyd, C. E., Dyer, P. H., & Barnett, A. H. (2000). Prevalence of symptoms of depression and anxiety in a diabetes clinic population. ***Diabetic Medicine***, *17*(3), 198-202.

Kissane, D. W., Clarke, D. M., Ikin, J., Bloch, S., Smith, G. C., Vitetta, L., & McKenzie, D. P. (1998). Psychological morbidity and quality of life in Australian women with early-stage breast cancer: a cross-sectional survey. **Medical Journal of Australia**, 169(4), 192-196.

Marie , P. (2000). Social presence effects in the stroop Task. Further Evidence for an Attentional View of Social Facilitation , **Journal of Personality and Social Psychology** ,77(5), 1011-1025.

Mesch, D., Lew, M., Johnson, D. W., & Johnson, R. (1986). Isolated teenagers, cooperative learning, and the training of social skills. **The Journal of psychology**, 120(4), 323-334.

Rokach, A. (1988). The Experience of Loneliness. Atri –Level Model, **The journal of psychology**, 122(6), 531 -544.

Seaward, B. L. (1999). ***Managing stress: Principles and strategies for health and wellbeing***. Jones & Bartlett Pub. jones ,Bartlett. Canada

Stewart, S. M., Rao, U., & White, P. (2005). Depression and diabetes in children and adolescents. ***Current opinion in pediatrics***, *17*(5), 626-631.

Weiss, R.S (1983): Loneliness: The experience of emotional and social isolation, **Journal of Personality and Social Psychology**, Vol., 48(1), 882-890

الملاحق

ملحق رقم (1) الاستبانة

جـامعـة القـدس

كلية العلوم التربوية

تحية طيبة وبعد،،،

تقوم الباحثة بإجراء دراسة حول" **مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السرطان والسكري المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل** "، وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الارشاد النفسي والتربوي. لذا أرجو من حضرتكم التكرم بتعبئة الاستبانة بصدق وموضوعية، علماً انه سيتم الحفاظ على سرية المعلومات التي تستخدم لأغراض البحث العلمي فقط.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير .

إعداد الطالبة: ايمان محمد حسن أبو خيران

القسم الأول: معلومات عامة

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

الجنس: ( ) ذكر ( ) أنثى

نوع المرض: ( ) السكري ( ) السرطان ( ) السكري والسرطان

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

الحالة الاجتماعية: ( ) اعزب/ عزباء ( ) متزوج/ة ( ) مطلق/ة..

القسم الثاني: الرجاء وضع اشارة (/) أمام الخيار الذي يتناسب مع وجهة نظرك فيما ياتي:

الرقم	الفقرات	بشكل كبير جدا	بشكل كبير	بشكل متوسط	بشكل قليل	بشكل قليل جدا
.1	أفضل الخروج وحدي.					
.2	لا أرغب في مجاملة الآخرين.					
.3	علاقتي بمن حولي ممتازة .					
.4	أفتقد لمن يشاركني همومي.					
.5	أشعر بالوحدة حتى عندما أكون مع الآخرين.					
.6	أميل إلى الإنفراد بنفسي في أغلب الأوقات.					
.7	لا أبالي بمن حولي .					
.8	أفضل الابتعاد عن الأماكن المزدحمة بالناس.					
.9	أشعر بأن أرائي تختلف عن أراء أفراد أسرتي.					
.10	من السهل أن أبني علاقة مع الاخرين.					
.11	عدم اهتمام الآخرين بي يشعرني بالحزن.					
.12	ثقتي بالآخرين قوية.					
.13	يتقبلني الناس بما أنا عليه.					
.14	أهتم لدعوات الآخرين في مناسباتهم.					
.15	أفضل البقاء وحيداً، عن استقبال ضيوف عندي.					
.16	أشعر بالعزلة فى محيطي الذي أسكن فيه.					
.17	يوجد أشخاص مخلصون حولي.					
.18	أشعر أنى سجين داخل جدران المنزل الذي أعيش فيه.					
.19	لدي شعور بالقلق من تكرار الأمراض التي تصيبني.					
.20	أشعر بالخوف من عدم القدرة على العودة إلى منزلي.					
.21	أجد من يتعاطف معي.					
.22	لديّ صعوبة في التواصل مع الآخرين.					
.23	أفضل البقاء مع الآخرين، بدلا من أن أكون وحدي.					
.24	لا يوجد ما هو مثير للاهتمام في حياتي.					

ملحق رقم (2) كتاب تسهيل مهمة

بسم الله الرحمن الرحيم

Al-Quds University
Faculty of Educational Science
Graduate Studies Programs

جامعة القدس
كلية العلوم التربوية
برامج الدراسات العليا

التاريخ: 5/2/2017

لمن يهمه الأمر

تحية طيبة وبعد،،

تقوم الطالبة: ايمان محمد ابو خيران ورقمها الجامعي (21412192)، باجراء دراسة بعنوان :

" مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السرطان والسكري المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل"

يرجى من حضرتكم تسهيل مهمة الطالبة المذكورة والتعاون معها باعطائها البيانات اللازمة لتطبيق الدراسة.

شاكرين لكم حسن تعاونكم

د.سهير الصباح
منسقة برنامج ماجستير الارشاد النفسي والتربوي

دائرة علم النفس
Psychology Dept.

Tel 02-2799753 Fax 02-2796960 Jerusalem P.O. Box 20002

الهاتف 02-2799753 فاكس 02-2796960 القدس ص.ب 20002

فهرس الملاحق:

الرقم	عنوان الملحق	الصفحة
1	الاستبانة	87
2	كتاب تسهيل المهمة	89

فهرس الجداول:

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
3.1	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيرات الدراسة	48
3.2	نتائج معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) لمصفوفة ارتباط فقرات مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السرطان والسكري المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل	49
4.1	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السكري المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل	52
4.2	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السرطان المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل	54
4.3	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السرطان والسكري معا المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل	56
4.4	نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة في مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السكري المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل حسب متغير الجنس	58
4.5	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السكري المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل يعزى لمتغير المؤهل العلمي	59
4.6	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السكري المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل يعزى لمتغير المؤهل العلمي	60
4.7	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السكري المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية	61

4.8	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السكري المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية	61
4.9	نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة في مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السرطان المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل حسب متغير الجنس	62
4.10	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السرطان المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل يعزى لمتغير المؤهل العلمي	63
4.11	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السرطان المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل يعزى لمتغير المؤهل العلمي	64
4.12	نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لاستجابات أفراد عينة الدراسة حسب متغير المؤهل العلمي	64
4.13	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السرطان المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية	65
4.14	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى العزلة الاجتماعية لدى مرضى السرطان المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية	66
4.15	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة لمستوى العزلة الاجتماعية لدى المرضى المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل يعزى لمتغير نوع المرض	67
4.16	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى العزلة الاجتماعية لدى المرضى المترددين على المستشفيات في محافظة الخليل يعزى لمتغير نوع المرض	97

فهرس المحتويات:

إقرار: 5

شكر وتقدير 6

الملخص 7

Abstract ..... **خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.**

الفصل الأول: مشكلة الدراسة وأهميتها: ..... **خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.**

1.1 المقدمة ..... **خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.**

1.2 مشكلة الدراسة ..... **خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.**

1.3 أهمية الدراسة ..... **خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.**

1.4 أهداف الدراسة ..... **خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.**

1.5 اسئلة الدراسة ..... **خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.**

1.6 فرضيات الدراسة ..... **خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.**

1.7 حدود الدراسة ..... **خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.**

1.8 مصطلحات الدراسة ..... **خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.**

الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة: ..... **خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.**

2.2 العزلة الاجتماعية: ..... **خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.**

2.2.1 النظريات المفسرة للعزلة الاجتماعية: ..... **خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.**

2.3 مرض السرطان ..... **خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.**

2.3.1 الآثار النفسية للسرطان: ..... **خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.**

2.3.2 العوامل المساعدة للإصابة بالسرطان: ..... **خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.**

2.3.3 علاج السرطان: ..... **خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.**

2.4 مرض السكرى: Diabetes mellitus ..... **خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.**

2.4.1 فسيولوجية مرض السكري: ..... **خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.**

2.4.2 أعراض مرض السكري:..... **خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.**

2.4.3 علاقة مرض السكري بالإكتئاب (Depression): ..... **خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.**

2.4.4 أنواع مرض السكري: ..... **خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.**

2.4.5 مرض السكري وأعراضه: ..... **خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.**

2.5 الدراسات السابقة..... **خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.**

2.5.1 الدراسات العربية:..... **خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.**

2.5.2 الدراسات الأجنبية:..... **خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.**

2.5.3 تعقيب على الدراسات السابقة:..... **خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.**

الفصل الثالث: الطريقة والإجراءات: ..... **خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.**

3.1 منهج الدراسة ..... **خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.**

3.2 مجتمع الدراسة..... **خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.**

3.3 عينة الدراسة..... **خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.**

3.4 وصف متغيرات أفراد عينة الدراسة ..... **خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.**

أداة الدراسة:..... **خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.**

3.5 صدق الأداة ..... **خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.**

3.6 ثبات الدراسة..... **خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.**

3.7 إجراءات الدراسة ..... **خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.**

3.8 المعالجة الإحصائية..... **خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.**

الفصل الرابع: نتائج الدراسة: ..... **خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.**

4.1 تمهيد ..... **خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.**

4.2 نتائج أسئلة الدراسة ..... **خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.**

4.2.1 النتائج المتعلقة بالسؤال الأول: ..... **خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.**

4.2.2 النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني: ..... **خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.**

4.2.3 النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث: ..... **خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.**

4.2.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع: ..... **خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.**

4.2.5 النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس: ..... **خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.**

4.2.6 النتائج المتعلقة بالسؤال السادس: ..... **خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.**

الفصل الخامس: مناقشة النتائج والتوصيات: ..... **خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.**

5. 1 مناقشة النتائج ..... **خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.**

5.1.2 مناقشة نتائج السؤال الثاني: ..... **خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.**

5.1.3 مناقشة نتائج السؤال الثالث: ..... **خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.**

5.1.4 مناقشة نتائج فرضيات الدراسة: ..... **خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.**

5.1.5 مناقشه نتائج السؤال الخامس وفرضياته: ..... **خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.**

5.2 التوصيات ..... **خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.**

قائمة المصادر والمراجع: ..... **خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.**

الملاحق ..... **خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.**

فهرس الملاحق: ..... **خطأ! الإشارة المرجعية غير معرّفة.**

فهرس الجداول: 119

فهرس المحتويات

المحتوى	الصفحة
الإهداء	
إقرار	
شكر وتقدير	
الملخص بالعربية	
الملخص بالانجليزية	
الفصل الأول:	
المقدمة	
مشكلة الدراسة وأسئلتها	
أهداف الدراسة	
أهمية الدراسة	
فرضيات الدراسة	
حدود الدراسة	
مصطلحات الدراسة	
الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة	
الإطار النظري	
الدراسات السابقة	
الدراسات العربية	

الدراسات الأجنبية	
التعقيب على الدراسات السابقة	
الفصل الثالث: منهج وإجراءات الدراسة	
منهج الدراسة	
مجتمع الدراسة	
عينة الدراسة	
أسلوب وأداة جمع البيانات	
صدق أداة الدراسة	
ثبات أداة الدراسة	
إجراءات تطبيق الدراسة	
متغيرات الدراسة	
المعالجة الإحصائية	
الفصل الرابع: نتائج الدراسة	
تمهيد	
وصف متغيرات الدراسة	
نتائج أسئلة وفرضيات الدراسة	
تلخيص نتائج الدراسة	
الفصل الخامس: مناقشة نتائج الدراسة والتوصيات	
مقدمة	
مناقشة نتائج الدراسة	
التوصيات	

قائمة المراجع والمصادر	
الملاحق	
فهرس الملاحق	
فهرس الأشكال	
فهرس الجداول	
فهرس المحتويات	