

## المساندة الاجتماعية المدركة وعلاقتها بالكفاءة الذاتية في مواجهة المرض والتوجه نحو الحياة لدى مرضى السرطان بقطاع غزة

ياسرة محمد أيوب أبو هدرس

كلية التربية، جامعة الأقصى

غزة، فلسطين

### الملخص

هدفت الدراسة الحالية إلى تعرف طبيعة العلاقة بين المساندة الاجتماعية المدركة، وبين كل من الكفاءة الذاتية في مواجهة المرض، والتوجه نحو الحياة لدى مرضى السرطان بقطاع غزة، كما تهدف إلى معرفة دلالة الفروق بين المتوسطات لأفراد العينة فيما يتعلق بالمتغيرات السابقة في ضوء كل من (الجنس - المستوى التعليمي - عدد سنوات الإصابة بالمرض)؛ ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الباحثة ثلاث أدوات هي: مقياس المساندة الاجتماعية المدركة (إعداد الباحثة)، ومقياس الكفاءة الذاتية في مواجهة المرض (إعداد الباحثة)، ومقياس التوجه نحو الحياة (إعداد الباحثة)، وبلغ حجم عينة الدراسة (118) مريضاً بالسرطان منهم (36) ذكور و(82) إناث. وأسفرت نتائج الدراسة عن عدم وجود فروق دالة إحصائية في مستوى المساندة الاجتماعية المدركة تعزى إلى متغير الجنس، بينما وجدت فروق بسبب عدد سنوات الإصابة بالمرض والمستوى التعليمي. كما دلت نتائج الدراسة على وجود علاقة ارتباطية إيجابية دالة بين مستوى المساندة الاجتماعية المدركة، ومستوى كل من الكفاءة الذاتية في مواجهة المرض، والتوجه نحو الحياة.

**الكلمات المفتاحية:** قطاع غزة، الكفاءة الذاتية، مرضى السرطان، المساندة الاجتماعية.

### المقدمة

يعتبر مرض "السرطان" أحد الأمراض الطبية الخطيرة التي تؤدي بحياة عدد كبير من الأفراد في مجتمعنا العربي، وقد أصبحت الأورام السرطانية في عصرنا الحالي من المشكلات الصحية الخطيرة التي تواجه الإنسان، حتى إنها تصدرت اهتمامات كثير

من المؤسسات الطبية والنفسية، ولعل من مظاهر هذا الاهتمام أن أصبحت من الموضوعات البارزة للدراسة في ميدان علم النفس الطبي، الذي يستند إلى دراسة المتغيرات النفسية المرتبطة بالأمراض العضوية، كما يتضح هذا الاهتمام من خلال تشجيع الجمعيات الداعمة لمرضى السرطان وتركيزها على تشجيع الباحثين للبحث في مجال الأورام السرطانية لتحديد المتغيرات النفسية المؤثرة في المرض من حيث الوقاية منه، أو التحكم فيه والتوافق النفسي معه، إضافةً إلى تدريب الأخصائيين النفسيين على تقديم خدمة علاجية نفسية متخصصة بهدف رفع قدرة مرضى السرطان على التعامل الأفضل مع تلك المتغيرات النفسية (Redd, 1995 : 99-100).

وباستعراض الدراسات النفسية الطبية في مجال الأمراض المزمنة، نجد أنها تنظر لهذه الأمراض على أنها منظومة متعددة الأبعاد، فمرض مثل الأورام السرطانية ينطوي على أبعاد متعددة منها : الاجتماعي والاقتصادي والطبي والنفسي. فمن الناحية الاجتماعية أوضح (Taylor et al., 1993: 510-531) أن الإصابة بالمرض تؤدي إلى نمو الاتجاهات السلبية نحو المرض والعلاج، وارتفاع معدلات الطلاق والفصل من العمل.

أما من الناحية الاقتصادية فأن ارتفاع التكاليف المادية للعلاجات الطبية لمرض الأورام السرطانية يؤدي إلى انخفاض المستوى الاقتصادي لهؤلاء المرضى (Kaplan et al., 1993).

وفيما يتعلق بالبعد الطبي، يلاحظ أن أهم مصادر المشقة الجسمية الشائعة بين المرضى هي فقدان الشهية والسعال والنزيف والقيء والإسهال والتعب والألم والوهن وجفاف الحلق (Cleeland et al., 2000: 1634 -1648).

ومن الناحية النفسية فإن من أهم الأبعاد المترتبة على الإصابة بمرض السرطان هو وعي المريض بكل المتغيرات السابقة؛ مما يضاعف من وطأة المشقة النفسية المرتبطة بالمرض لدى المريض، حيث ثبت أن أعلى مستويات القلق والاكتئاب تظهر بين مرضى الأورام السرطانية (Kaplan et al., 1993)، كما أشارت دراسات متعددة إلى شيوع الاضطرابات النفسية بين مرضى الأورام السرطانية، وأفادت بأنهم مستهدفون

للاضطرابات النفسية بمجرد تشخيصهم بهذا المرض.

ولعل أكثر المفاهيم النفسية أهميةً في مجال الأمراض المزمنة ومجال الرعاية الصحية مفهوم "المساندة الاجتماعية" Social Support حيث يكتسب هذا المفهوم أهميةً تطبيقية كبيرة تتمثل فيما يقدمه العاملون في مجال الرعاية الصحية من رعاية متعلقة بالمصابين بأمراضٍ مزمنة حيث لا يستجيبون للتدخلات الطبية طويلة المدى، ومن ثم يصبح المرض غير مستجيب للعلاج ومقوماً له مما يشعر المرضى باليأس من الشفاء (لنيدزاي وبول، 2000: 739).

وتعتقد الباحثة أن المساندة الاجتماعية لها تأثير مباشر على نظام الذات لدى الفرد بصورة عامة ولدى المريض بصورة خاصة، فهي تؤدي إلى زيادة تقدير الفرد لذاته وارتفاع مستوى ثقته بنفسه وشعوره بالسيطرة على المواقف، وتولد لديه مشاعر إيجابية تجعل الفرد يدرك المشكل المحيطة به على أنها أقل عبأً ومشقةً عليه، وهذا بدوره يزيد من كفاءة الفرد الذاتية في التعامل مع تلك المشاكل، خاصةً لدى المرضى، فهي تقوي عزيمتهم وتزيد كفاءتهم في مواجهة المرض والتعامل معه.

وقد تناول بعض الباحثين والمهتمين مفهوم المساندة الاجتماعي من خلال العلاقة بين المعيشة وسط جماعة داعمة وبين مقدار الضغوط الاجتماعية والنفسية التي يتعرض لها الفرد، فالجماعة الداعمة تخفف من حدة الضغوط الاجتماعية والنفسية، وذهب بعض الباحثين إلى إبراز تأثير هذه الضغوط في جهاز المناعة مما يؤدي في النهاية للإصابة بكثير من الأمراض، وأشارت بعض الدراسات إلى أن الأشخاص الذين يعيشون في عزلة اجتماعية يكونون معرضين للأمراض أكثر من غيرهم، نتيجة للخلل الهرموني المسؤول عن إحداث بعض العوائق المرضية التي يمكن أن تصيب الإنسان (Kennedy et al., 1990).

وقد تعددت الدراسات التي بحثت في علاقة المساندة الاجتماعي بأمراض خطيرة كمرض السرطان، حيث تبين أن عدد الأشخاص الداعمين والمساندين في حياة مريض السرطان له ارتباط إيجابي بزيادة طول فترة البقاء على قيد الحياة (Kaplan et al.,

(1993)، بينما أكدت دراسات أخرى على أهمية المساندة الاجتماعية لمرضى السرطان كعامل مهم من عوامل تجاوز أزمة المرض والاكتئاب المصاحب له، ومن هذه الدراسات دراسة (Rodin *et al.*, 2007) ودراسة (Karanci and Erkam, 2007) ودراسة (Towers, 2007).

ومن البديهي أن تتغير نظرة الفرد للحياة مع تغير حالته الصحية حيث إن هذه النظرة تعتمد على تقييمه للحياة والكون من حوله، وقد ينتج هذا التقييم من اتجاهات وإدراكات الفرد المتعلقة بذاته، كما قد ينطوي على تقييم الفرد لمدى كفايته، وفاعليته في مواجهة الأمور، وذلك في ضوء حالته المرضية، وقد تختل نظرة المريض بالسرطان واتجاهاته نحو الحياة، فقد يسخط على الحياة، وقد يفقد الأمل في مستقبل مشرق، وقد يصل لحد الزهد والعزلة، فقد استطاعت إحدى الدراسات أن تبرهن على أن المرضى الذين تم تدريبهم على استراتيجية تأكيد الذات، كانوا أكثر توافقاً، وأقل معاناة من الأعراض الجسمية، وأكثر تعايشاً مع مرضهم بالمقارنة مع المرضى الذين لم يتم تدريبهم (Leake *et al.*, 1999).

ولما كانت فعالية الذات (الكفاءة الذاتية بالنسبة للفرد) واتجاهاته نحو الحياة موجّهات لسلوكه ومحددات لتصرفاته وأهدافه وأسلوب تعامله مع الآخرين كمرضى يعاني من السرطان، فإن حالته الصحية قد تؤثر أيضاً بدورها على فعالية الذات لديه وعلى توجهه نحو الحياة من حيث حبه أو وكراهيته لها، وفي اتجاهه وإقباله على الحياة أو بعده عنها، ومن هنا كان واجباً على المجتمعات الدولية الاهتمام بالجوانب النفسية للمرضى العضويين باعتبارهم فئة منتجة في المجتمع؛ مما حدا بالباحثة إلى إجراء الدراسة الحالية، حيث تعتقد أن هناك قصور واضح من الباحثين في تناولهم لحالات مرضى السرطان على الساحة العربية خاصة فيما يتعلق بطبيعة المساندة الاجتماعية المقدمة إليهم وعلاقتها بمستوى كفاءتهم الذاتية في مواجهة المرض وتوجههم نحو الحياة، إذ على الباحثين تكثيف إجراء دراسات تبحث في العلاقة بين الصحة النفسية من ناحية والعوامل المسببة للاضطراب النفسي لدى مرضى السرطان من ناحية أخرى، والعوامل المؤدية إلى زيادة قدرة الفرد على المواجهة الفعالة للمرض مما

يحقق له السلامة النفسية من ناحيةٍ ثالثة.

كما يرجع اهتمام الباحثة بإجراء الدراسة الحالية على مرضى الأورام السرطانية وبوجهٍ خاص في قطاع غزة، إلى ظهور مؤشراتٍ دالةٍ على تزايد معدلات انتشار المرض في أنحاء متفرقة من العالم سواء في المجتمعات المتقدمة أو النامية، فعلى المستوى العالمي، تبين أن هناك زيادة مطردة في أعداد المرضى المشخصين بالسرطان عبر السنوات، ففي عام 1960 بلغت 33%، وفي السنوات الأخيرة بلغت نسبة الإصابة بالمرض 40% (Kaplan et al., 1993)؛ مما يشير إلى أننا أمام شريحةٍ كبيرةٍ من مرضى السرطان تستحق الاهتمام والرعاية من قبل الدارسين في جميع المجالات النفسية والاجتماعية والطبية، وإلى أهمية المساهمة في رفع كفاءة بعض الخدمات النفسية المتخصصة التي تقدم لهم على أسس علمية سليمة كالبرامج الإرشادية والعلاجية والتأهيلية الملائمة لتلك الشريحة.

وتتوقع الباحثة أن عدم قيامها بإجراء هذه الدراسة على مرضى السرطان بقطاع غزة سوف يبقي الأحوال المتردية لديهم على ما هي عليه من قصور وتهميش، فهذه الفئة من المرضى معاناتها مستمرة باستمرار نقص المساندة الاجتماعية والنفسية ونقص الدعم الطبي والعلاجي لها، وترى الباحثة أنه إذا لم يكن بإمكاننا فك الحصار المادي على هذه الفئة من المرضى فإنه حري بنا كمتخصصين في المجالات النفسية لأن نسعى جاهدين لفك الحصار النفسي والاجتماعي عليها.

#### مشكلة الدراسة:

يعاني الشعب الفلسطيني بقطاع غزة ظروفاً صعبة على الصعيد كافة؛ فالحصار الخانق على القطاع خاصةً بعد الحرب الإسرائيلية عام 2009 أثر تأثيراً سلبياً على حياة المواطنين بصورة عامة والمرضى منهم بصورة خاصة، وتحديدًا مرضى السرطان الذين تتزايد معاناتهم يوماً بعد يوم؛ حيث الأوضاع الاقتصادية المتردية ونقص الأدوية الخاصة بهم وعدم توافر بعضها في ظل إغلاق المعابر التي تحول دون سفر المرضى للعلاج بالخارج أو جلب الأدوية غير المتوفرة من الخارج؛ حيث إن فقدان أي نوع من أدوية علاج

مرض السرطان يكون له نتائج عكسية على صحة المريض وقد تؤدي إلى زيادة انتشار الخلايا السرطانية الفتاكة، علاوةً على قلة الأجهزة اللازمة لعلاج هذا المرض. وترى الباحثة أن تلك المعاناة التي يعيشها مرضى السرطان توقعهم في معاناةٍ أكثر صعوبة ووطأةً عليهم، وهي المعاناة النفسية؛ إذ إن قلة الأدوية والأجهزة المستخدمة للعلاج تجعل مرضى السرطان يعانون من اضطرابات نفسية أهمها القلق الشديد والاكْتئاب وترقب حدوث شيء مكره في أي لحظة. ولعل هذا الوضع النفسي للمريض ينتج عنه اضطرابات في الأكل والنوم إضافةً إلى الانطواء والعزلة الاجتماعية والنظرة السلبية نحو الحياة وفقدان الثقة بالنفس وقدرتها على مواجهة المرض، وتجدر الإشارة هنا إلى أن الأسرة المحيطة بالمريض لها دور كبير في تخفيف معاناته من خلال مساندته، وحين تضعف المساندة الاجتماعية لمريض السرطان يتوقع أن يزداد توتره النفسي مما يضعف جهاز المناعة لديه مما يزيد الوضع الصحي لديه سوءاً.

وفي ضوء ما سبق ترى الباحثة أنه يمكن تجسيد مشكلة الدراسة بصورة أكثر دقة في التساؤل الرئيس التالي:

**ما علاقة المساندة الاجتماعية المدركة بالكفاءة الذاتية في مواجهة المرض، وبالتوجه نحو الحياة لدى مرضى السرطان بقطاع غزة؟**

ويتفرع عن هذا التساؤل مجموعة من التساؤلات الفرعية التالية:

1. هل توجد فروق دالة إحصائيةً بين متوسطات درجات أفراد العينة في مستوى المساندة الاجتماعية المدركة لدى مرضى السرطان تعزى لمتغيرات: الجنس (ذكر - أنثى)، وعدد سنوات الإصابة بالمرض (أقل من سنتين - سنتان فأكثر)، ومستوى التعليم (أمي - متعلم)؟
2. هل توجد فروق دالة إحصائيةً بين متوسطات درجات أفراد العينة في مستوى الكفاءة الذاتية في مواجهة المرض لدى مرضى السرطان تعزى لمتغيرات: الجنس، وعدد سنوات الإصابة بالمرض، ومستوى التعليم؟
3. هل توجد فروق دالة إحصائيةً بين متوسطات درجات أفراد العينة في مستوى التوجه

- نحو الحياة لدى مرضى السرطان تعزى لمتغيرات: الجنس، وعدد سنوات الإصابة بالمرض، ومستوى التعليم؟.
4. ما العلاقة بين مستوى المساندة الاجتماعية المدركة ومستوى الكفاءة الذاتية في مواجهة المرض لدى مرضى السرطان بقطاع غزة؟.
5. ما العلاقة بين مستوى المساندة الاجتماعية المدركة ومستوى التوجه نحو الحياة لدى مرضى السرطان بقطاع غزة؟.

### أهداف الدراسة

تهدف الدراسة الحالية إلى التالي:

1. معرفة مستوى المساندة الاجتماعية المدركة، ومستوى الكفاءة الذاتية في مواجهة المرض لدى مرضى السرطان، وعلاقتها بمستوى توجههم نحو الحياة.
2. معرفة الفروق بين متوسطات أفراد عينة الدراسة في مستوى المساندة الاجتماعية، ومستوى الكفاءة الذاتية في مواجهة المرض، ومستوى التوجه نحو الحياة، والتي يمكن أن تعزى إلى متغيرات الجنس، وعدد سنوات الإصابة بالمرض، والمستوى التعليمي.
3. إبراز أهمية المساندة الاجتماعية في رفع مستوى الكفاءة الذاتية في مواجهة المرض لدى المرضى بشكل عام ولدى مرضى السرطان بشكل خاص.
4. إبراز أهمية اهتمام المحيطين بالمرضى ورعايتهم النفسية والاجتماعية له على تحسين حالته النفسية ونظرتهم للحياة.

### أهمية الدراسة

تبرز أهمية الدراسة النظرية فيما تضيفه من جديد للأدب التربوي والدراسات السابقة في مجالات البحث المتعلقة بمرض السرطان بجميع جوانبها النفسية والاجتماعية والاقتصادية مع اختلاف المتغيرات التي تهتم بدراستها؛ حيث تتناول مفهوم المساندة الاجتماعية، وعلاقته بالكفاءة الذاتية في مواجهة المرض، وبالتوجه نحو الحياة، لدى عينة ينبغي أن تحظى باهتمام كبير وهي مرضى السرطان.

وقد حظيت هذه المتغيرات باهتمام كبير من جانب الباحثين في البيئـة الأجنبيـة؛ غير أنها لم تحظ باهتمام كافٍ من جانب الباحثين في البيئـة العربيـة، ولذلك تعد هذه الدراسة بدايةً متواضعة تلقي مزيداً من الضوء على متغيرات الدراسة، وتثير عدداً من التساؤلات لدى الباحثين العرب لمواصلة البحث في هذا المجال، حيث أنه - في حدود علم الباحثة - لا توجد دراسة عربية قد تناولت متغيرات الدراسة الحالية مجتمعة. كما تبرز أهمية الدراسة التطبيقية فيما تتوقعه الباحثة من تحقيق المزيد من الرعاية الصحية والنفسية والاجتماعية لمرضى السرطان في مختلف المؤسسات الصحية بقطاع غزة وما يمكن أن تحققه هذه الرعاية من تحسن في الأوضاع الصحية والنفسية لدى هذه الفئة من المرضى.

وتجدر الإشارة إلى أنه يمكن أن يستفيد من نتائج هذه الدراسة الأطباء العاملون في مجال الصحة خاصة في أقسام الأورام السرطانية، كما تتوقع الباحثة أن يفيد منها الأخصائيون النفسيون والاجتماعيون في تفعيلهم لدور المساندة الاجتماعية لدى مرضى السرطان، وزيادة كفاءتهم في مواجهة المرض؛ مما يؤدي دوراً فاعلاً في تحسين نظرتهم إلى الحياة وتوجههم نحوها، كما يمكن أن تزيد هذه الدراسة من وعي الأسر الفلسطينية بكيفية التعامل السليم مع مرضى السرطان وبأهمية المساندة الاجتماعية لهم ودورها في رفع مستوى كفاءتهم في التعامل مع المرض وجعل توجهاتهم أكثر إيجابية نحو الحياة.

ومن ناحية أخرى يمكن أن تبنى على نتائج هذه الدراسة برامج تنمية لتعزيز المساندة الاجتماعية، وتدعيم الكفاءة الذاتية لدى مرضى السرطان؛ مما يكون له الأثر الفاعل في جعل توجههم نحو الحياة أكثر تفاؤلاً وإيجابية، كما يمكن أن يكون للدراسة الحالية قيمةً وقائيةً تتمثل في الكشف المبكر عن مرضى السرطان الذين يعانون من نقص في المساندة الاجتماعية من قبل الأهل والأصدقاء، ومن ثم مساعدتهم ودعمهم نفسياً قبل أن يترتب على ذلك تدهور في وضعهم النفسي وشعورهم بالاكئاب واليأس الأمر الذي يسبب تدهوراً في وضعهم الصحي وتقبلهم للعلاج، وهذا ما دفع الباحثة لإجراء هذه الدراسة.



## حدود الدراسة

تتحدد الدراسة الحالية بالمتغيرات التي تتناولها وهي المساندة الاجتماعية المدركة، والكفاءة الذاتية في مواجهة المرض، والتوجه نحو الحياة، كذلك تتحدد الدراسة بعينة عشوائية من مرضى السرطان الذين يتابعون في العيادة الخارجية بمستشفى غزة الأوروبي بمحافظة خان يونس من العام 2008.

## منهج الدراسة

استخدمت الباحثة في الدراسة الحالية المنهج الوصفي العلائقي، وهو ما اقتضته طبيعة المتغيرات المستقلة التي لا تقبل المعالجة التجريبية التحكمية. وقد هدفت الباحثة بذلك إلى معرفة العلاقة بين مستوى المساندة الاجتماعية المدركة، وبين مستوى الكفاءة الذاتية في مواجهة المرض من جانب، ومستوى التوجه نحو الحياة لدى مرضى السرطان من جانب آخر.

## مصطلحات الدراسة

### أولاً: المساندة الاجتماعية المدركة Perceived Social Support

يشير مفهوم المساندة الاجتماعية المدركة إلى مقدار ما يدركه الفرد من علاقات اجتماعية بالآخرين، والتوقعات الإيجابية لما يمكن أن يقدموه للشخص من مساندة بالمعلومات، والمساندة الأدائية، والمساندة الوجدانية، ومساندة التكامل الاجتماعي، وأن الشخص راضٍ تماماً عن هذه المساندة (شحتة، 2000، 9).

وترى الباحثة أن المساندة الاجتماعية هي مجموعة من السلوكيات الداعمة والمعينة للفرد المستهدف، بحيث يشعر من خلالها بأنه محبوب ومقبول وموضع رعاية الآخرين وتقديرهم من الأهل والأصدقاء وزملاء العمل؛ مما يجعله قادراً على حل مشاكله التي يواجهها، وتلبية حاجاته المختلفة مادياً ونفسياً، الأمر الذي يشعره بالأمن والطمأنينة والاستقرار، وبأنه جزء لا يتجزأ من شبكة علاقات اجتماعية آمنة ومقبولة لديه.

وتقاس "المساندة الاجتماعية المدركة" إجرائياً في هذه الدراسة بالدرجة الكلية التي يحصل عليها كل فرد في العينة عند إجابته على كل فقرة من فقرات مقياس

المساندة الاجتماعية المدركة ببعديه (مساندة الأسرة والأهل - مساندة الأصدقاء)، والتي تتراوح بين (34 - 102) درجة.

### ثانياً: الكفاءة الذاتية Self-Efficacy

تعرف الباحثة الكفاءة الذاتية في مواجهة المرض بأنها: إدراك الفرد الذاتي لمدى قدراته في مواجهة المرض والتصدي له، دون أن يؤثر المرض سلباً على مجريات حياته وعلاقاته مع الآخرين، وتقاس إجرائياً في هذه الدراسة بالدرجة الإجمالية التي يحصل عليها كل فرد في العينة عند إجابته على كل عبارة من فقرات مقياس الكفاءة الذاتية في مواجهة المرض الذي استخدمته الباحثة في هذه الدراسة والتي تتراوح ما بين (20- 60) درجة.

### ثالثاً: التوجه نحو الحياة Life Orientation

يرى "خليل" (1990: 92-93) أن التوجه نحو الحياة هو نظرة الفرد للحياة وموقفه من أحداثها ويتضمن نوعين من الاتجاهات:

#### أولاً: اتجاهات إيجابية وتتمثل في

- أ. الإقبال على الحياة بتفاؤل وحب والرغبة في الاستمرار بالحياة.
- ب. التعارك الشريف مع الحياة والاستمتاع بالكفاح والانتصار على العقبات فيها.

#### ثانياً: اتجاهات سلبية وتتمثل في

- أ. الزهد في الحياة، والعزوف عن الاستمتاع بها، ومحاولة اعتزالها.
  - ب. السخط والتبرم ورفض الحياة، وعدم الرضا عنها، والرغبة في التخلص منها.
- وتتبني الباحثة التعريف السابق وسيتم قياس "التوجه نحو الحياة" إجرائياً في هذه الدراسة بالدرجة الكلية التي يحصل عليها كل فرد في العينة عند إجابته على كل فقرة من فقرات المقياس والتي تتحصر بين (16 - 48) درجة.

## الإطار النظري والدراسات السابقة

### مرض السرطان Cancer Disease :

يعد مرض السرطان من بين أكثر الأمراض خطورةً وفتكاً بالجنس البشري؛ حتى إن البعض يطلق عليه اسم "المرض الخبيث"؛ إذ من الصعب اكتشاف هذا المرض إلا في حالاته المتأخرة بعد أن يكون قد استشرى في الجسم، وأصبح من غير المأمول علاجه. وعادةً ما يبدأ السرطان على مستوى خليةٍ واحدةٍ يطرأ عليها تغير بسيط في عملها وطريقة تحكمها فيه، وتتجح الخلية في النمو والانقسام على حساب الخلايا الأخرى، وفي هذه المرحلة يمكن رؤية الورم ميكروسكوبياً، بعد أن يكون قد تطور وكبر حجمه إذا لم يعالج ويستمر في النمو وتدمير الأنسجة المجاورة وربما ينتشر إلى أعضاء بعيدة؛ ولعل مكن الخطر في هذا المرض هو خاصية الانتشار التي تتمتع بها الخلية السرطانية وقدرتها على التغلغل في الأنسجة المجاورة، وليس ذلك فحسب؛ بل إن لها القدرة على الانتقال من مكانها الأصلي إلى الأعضاء الأخرى بالجسم، وفي المكان الجديد تبدأ الخلية الخبيثة بدورها الخطر المدمر حيث تنقسم عشوائياً مكونةً ورماً جديداً يقوم بإتلاف العضو والتأثير على وظائفه؛ وبذلك يصبح من غير الممكن حصر المرض والقضاء عليه من مكان ظهوره الأولي (الجريسي، 2003: 41).

وتتعدد الأنماط العلاجية المستخدمة في مواجهة هذا المرض والقضاء عليه، وفيما يلي عرض لأهم هذه الأنماط، وما ينطوي عليها من إيجابياتٍ وسلبياتٍ (الصبوة، 2004: 103 - 106):

#### 1. العلاج الجراحي 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 الكيميائي Chemotherapy :

ويستخدم في العلاج الكيميائي العقاقير والأدوية لقتل الخلايا السرطانية، ويؤخذ هذا العلاج إما عن طريق الفم أو عن طريق الوريد، ويسمى بالعلاج النظامي حيث

يدخل الدواء بشكل منظم داخل مجرى الدم، ويتجه العقار إلى الخلايا السرطانية الموجودة في العضو المصاب بالسرطان.

### 3. العلاج الإشعاعي Radiation therapy :

حيث يستخدم العلاج الإشعاعي طاقة الإشعاع المكثفة لقتل، أو لتقليص عدد الخلايا السرطانية، ويكون الإشعاع خارجياً باستخدام مواد مشعة خارج الجسم، ويستمر العلاج لفترة تمتد من 3 - 9 شهور، ومن آثاره الجانبية التهاب الجلد والتعب والغثيان والإسهال، إضافةً إلى إمكانية معاناة المريض من الاكتئاب، حيث أفادت دراسة (Kurtz، 2001: 12-22) بأن العلاج بالأشعة يعد مؤشراً مهماً لظهور أعراض الاكتئاب لدى مرضى السرطان بالرئة كبار السن، حيث تبين أن المرضى الذين تعرضوا للعلاج بالأشعة كانوا أكثر اكتئاباً وحرزاً من أولئك الذين لم يخضعوا للعلاج بالأشعة.

ومن الجدير ذكره أنه يمكن استخدام أساليب أخرى مساندة من العلاج السرطاني كالعلاج السلوكي، والعلاج الجماعي الداعم؛ فقد كشفت المراجعة الأدبية لأكثر من عشرين دراسة اهتمت بدراسة مدى تأثير العلاج المعرفي السلوكي (CBT)، والعلاج الجماعي الداعم (SEGT) على تطوير حياة النساء المرضى بسرطان الثدي وأسفرت النتائج عن أن هذين الأسلوبين في العلاج لهما أثر إيجابي في خفض الاضطرابات العاطفية لديهن (Boutin, 2007 : 267-284).

وفي اقتباس عن مقال للدكتور صلاح هارون (2006) في جريدة البلد المصرية، نقلاً عن "منتديات الحصن النفسي" يبين هارون أن للعوامل النفسية أثراً كبيراً في حياة مريض السرطان؛ حيث إن الحالة النفسية السيئة للمريض تؤدي دوراً مهماً في هذا المرض؛ إذ يؤدي الإحباط دوراً مهماً في ضعف جهاز المناعة؛ مما أدى إلى وضع مرض السرطان ضمن الأمراض النفسجسمية، فقد توصلت بعض الدراسات إلى أن أكثر من 90% من أمراض السرطان تعود لأسباب نفسية، ومن الدراسات التي اهتمت بهذا الجانب دراسة "الخواجة" (2000) التي هدفت إلى دراسة احتمال تأثير بعض العوامل

النفسية على الإصابة بالسرطان، وتكونت عينة البحث من 195 مريضاً ومريضةً من مرضى السرطان، وأظهرت نتائج الدراسة أنه لا يوجد ارتباط دال إحصائياً بين أي من أحداث الحياة الضاغطة والسرطان، في حين كان هناك ارتباط دال بين السرطان وبعض السمات المميزة لنمط الشخصية (أ) وهي مقاطعة الآخرين أثناء تحدثهم، والاندفاع في عمل جميع الأمور، والقيام بمهام عديدة في الوقت نفسه، والتفكير في المزيد من الأعمال في نفس الوقت، والانفعال أثناء الحديث مع الآخرين، وعدم القدرة على التعبير عن الانفعالات، ولم تظهر النتائج ارتباطات ذات دلالة إحصائية بين استراتيجيات التعايش وبين الإصابة بالسرطان.

وقد أشارت بعض الدراسات إلى وجود علاقة بين الاكتئاب ومرض السرطان؛ فقد أفادت نتائج دراسة (Okuyama and Tanaka, 2001) بأن 59% من مرضى السرطان قد مروا بحالة من الاكتئاب صنفت على أنها حالة من الاكتئاب المصاحب لأي نشاط يومي، كما أفادت النتائج أن أعراض صعوبة التنفس وفقدان الشهية والاكتئاب هي عوامل مترابطة مع بعضها البعض، وأن التعب والإرهاق هما علامتان تترافقان دوماً مع كل من المرض النفسي والجسدي لدى مرضى السرطان، كما أفادت دراسة (417- Mao and He, 2000 : 419) بأن الاكتئاب لدى مرضى سرطان الرئة يتلازم مع عوامل عدة كالآلم، ومستوى المساندة الاجتماعية، وأحداث الحياة، وحول تأثير مستوى الاكتئاب لدى المريض على العلاج الذي يتاوله أفادت دراسة (Zabora et al., 2001) بأن الفشل في تتبع وعلاج درجات الاكتئاب لدى مرضى السرطان يهدد علاج السرطان نفسه، ويضاعف تكاليف العلاج، وينقص من طبيعة ووضع المريض الاجتماعي، وأوصت بضرورة المساندة الاجتماعية للمرضى والتدخل السريع بشأنهم.

وثمة دراسات أخرى عديدة بحثت في علاقة السلوك الديني بمستوى الاكتئاب لدى مرضى السرطان كدراسة "الجريسي" (2003) التي هدفت إلى تعرف مستوى الاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة بمحافظات غزة وعلاقة ذلك بالسلوك الديني، ومنطقة السكن، والعمر والمستوى التعليمي، وأفادت نتائجها بأن هناك علاقة

عكسية دالة إحصائياً بين مستوى السلوك الديني، ومستوى الاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة، بينما هدفت دراسة "الحجار وأبو إسحق" (2007) إلى تعرف مستوى التوافق لدى مريضات سرطان الثدي بمحافظات غزة، وعلاقته بمستوى الالتزام الديني ومتغيرات أخرى، وتوصلت نتائجها إلى أن مريضات سرطان الثدي يعانين من آثار أعراض ومضاعفات السرطان على التوافق خاصة في البعد الجسمي، والنفسي، والاجتماعي والانسحابي ثم الأسري على التوالي.

وفي دراسة لـ (Jacobsen *et al.*, 2010) أجريت على عينة من مرضى السرطان في مرحلة متقدمة من المرض أفادت بأن هناك علاقة ارتباطية دالة بين أعراض الحزن والكآبة وبين التمتع بالصحة النفسية ووجود معتقدات دينية سلبية لديهم وأساليب مواجهتهم لها؛ حيث ارتبطت أعراض الاكتئاب لديهم بوجود رغبة قوية في الموت بسبب حالتهم المرضية.

### المساندة الاجتماعية المدركة **Perceived Social Support**

تعتبر "المساندة الاجتماعية" من المفاهيم التي لاقت اهتماماً لافتاً لانتباه الباحثين؛ لما لها من دور مهم في حياة الفرد والجماعة على حد سواء، وقد اختلف الباحثون حول تعريفها وفقاً لتوجهاتهم النظرية، فقد تناول علماء الاجتماع هذا المفهوم في إطار تناولهم للعلاقات الاجتماعية، حيث صاغوا مصطلح شبكة العلاقات الاجتماعية Social Network والذي يعتبر البداية الحقيقية لظهور مصطلح المساندة الاجتماعية Social Support، بينما حدده البعض الآخر على أنه إمدادات اجتماعية Social provisions (الشناوي وعبد الرحمن، 1994: 3)؛ ورغم اختلاف الباحثين في تعريفها شكلاً، إلا أن معظم هذه التعريفات تتفق في المضمون، فقد عرف (Pickering, 1992: 1125) المساندة الاجتماعية بأنها عملية ديناميكية للتعامل بين الأفراد تحدث في سياق بيئي، بينما عرفها (Sloper and turner : 1993: 188-197) بأنها تلك العلاقات القائمة بين الفرد والآخرين الذين يمثلون الشبكة الاجتماعية المؤيدة والمشجعة، والتي يدركها على أنها ستساعده عندما يحتاج إليها بما يخفف الضغوط عنه.

وبنفس التوجه أشار Weis إلى أن المساندة الاجتماعية تتكون من علاقات اجتماعية

مميزة في المودة والصداقة الحميمة، والتكامل الاجتماعي واحترام الفرد، وتقديم المساعدة المادية والعاطفية له، بحيث تكون صلة الفرد بالآخرين مبنية على الثقة والمساندة المتبادلة (Zvonkovic *et al.*, 1994, 182-188) بينما أشار (Lepore, 1994 : 247) إلى أن المساندة الاجتماعية هي الإمكانيات الفعلية أو المدركة للمصادر المتاحة في البيئة الاجتماعية للفرد التي يمكن استخدامها للمساعدة وخاصة الاجتماعية في أوقات الضيق، حيث يتزود الفرد بالمساندة الاجتماعية من خلال شبكة علاقاته الاجتماعية التي تضم كل الأشخاص الذين لهم اتصال اجتماعي منظم بشكل أو بآخر مع الفرد، وتضم شبكة العلاقات الاجتماعية في الغالب الأسرة، والأصدقاء، وزملاء العمل.

ويذكر "مايكل أرجايل" (1993: 47 - 48) أن المساندة الاجتماعية لها تأثير فوري على نظام الذات Self-System؛ حيث تؤدي إلى زيادة تقدير الذات والثقة بها، والشعور بالسيطرة على المواقف، كذلك تولد درجة من المشاعر الإيجابية تجعل الفرد يدرك الأحداث الخارجية على أنها أقل مشقة، وتأكيداً لهذا الدور الذي تؤديه المساندة الاجتماعية في ذات الفرد أشار "حسن" (1996: 121) إلى أن Shumaker and Brownell يذكران أن من بين الوظائف التي تحققها المساندة للأفراد أنها تقوى شعور الفرد بقيمته وكفايته، وهذا ما أشارت إليه أيضاً دراسة "الشقيرات" (2001: 59 - 88) حيث أفادت نتائجها بأن المساندة الاجتماعية المقدم من مصادره الثلاثة (الأسرة والأصدقاء وأفراد المجتمع) يساعد في تكوين مفهوم إيجابي للذات لدى الفرد.

ويفترض بعض الباحثين وظائف إضافية لأنساق المساندة الاجتماعية Support System، ففي بعض الظروف التي يشعر فيها الأفراد بالخوف والشك وفقدان الثقة، فإن العديد منهم يمر بخبرة الحاجة الشديدة لإيضاح ما يحدث لهم، والحصول على مساندة الآخرين لكي يطمئنوا ويهدؤوا (عبدالله، 2001: 101-125). ويؤكد (Breham) أهمية المساندة الاجتماعية، حيث تقوم بمهمة حماية الشخص لذاته، وزيادة الإحساس بفاعليته، كما أن احتمالات إصابة الفرد بالاضطرابات النفسية والعقلية تقل عندما يدرك الشخص أنه يتلقى المساندة الاجتماعية من شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة به، وبذلك فإن هذه المساندة تؤدي دوراً مهماً في تجاوز أي أزمة قد

تواجه الفرد (غانم، 2002: 41-42)، وفي هذا الصدد أشارت (Cutrona and Raussell, 1990: 26 - 40) إلى أن توفير المساندة الاجتماعية وإتاحة علاقات اجتماعية مرضية، تتسم بالحب والود والثقة فإنها تعمل كحواجز أو مصدات ضد التأثير السلبي لضغوط الحياة على الصحة الجسمية والنفسية لدى الأفراد، بينما أكدت (أمين، 2002: 21) على دور المساندة الاجتماعية في حماية الأفراد الذين يقعون تحت تأثير الضغوط من احتمالات حدوث تأثيرات صحية ضارة نتيجة لهذه الضغوط، حيث يمكن أن تنشأ مشاعر انعدام القدرة Helplessness، أو الشعور بالعجز من انعدام القدرة المدركة على التعامل مع المواقف التي تتطلب استجابةً فعالة، وقد يحدث فقدان التقدير حتى أننا قد نجد الفرد يرجع الفشل وعدم القدرة على التعامل مع الضغط إلى قدراته الذاتية، بدلاً من إرجاعه لسبب خارجي.

وقد تبين من دراساتٍ عديدة أن المساندة الاجتماعية هي أحد المتغيرات التي تخفف من تأثير القلق والتوتر على الصحة الجسمية والنفسية للفرد، وأنها ذات أثر كبير في تدعيم الكفاية الذاتية للفرد، وتحمل ضغوط الحياة (Newby and Schlebusch, 1996: 61 - 69)، وأن هناك علاقة إيجابية بين التفاؤل والمساندة الاجتماعية، وهذا ما أكدته دراسة "حسن وكاظم" (2003) التي دلت نتائجها على وجود ارتباط سالب بين مستوى القلق وكل من التفاؤل والمساندة الاجتماعية، ودراسة "الدهون" (2004) التي أشادت بدور المساندة الاجتماعية كمتغير نفسي اجتماعي في تخفيض درجة التوتر والقلق والحجل والانطواء والانسحاب والعزلة، إضافةً إلى وجود فروق بين الجنسين في مستوى المساندة الاجتماعية وأبعاد الصحة النفسية.

ويرى (Pallant, 2000 : 308 - 337) أنه إذا أدرك الفرد أن لديه مهارات وقدرات للتحكم الذاتي؛ فإنه يقل احتمال خضوعه للتأثيرات السلبية المرتبطة بأحداث الحياة العظمى كالإصابة بمرض عضال مزمن، كمرض "السرطان"؛ حيث تتعدد العوامل التي تؤثر في مستوى المساندة الاجتماعية الذي تقدمه الأسرة لمرضى السرطان فيها، فقد أشارت دراسة (Nausheen and Kamal, 2007: 859-862) إلى أن من هذه العوامل: العمر، وعدد الأطفال، ومصادر العلاج، ومرحلة المرض التي يمر بها المريض،



ونوع الأسرة (نووية أو ممتدة).

هذا وقد أفادت دراسات أخرى إلى أهمية الدور الذي تؤديه المساندة الاجتماعية في حياة مرضى السرطان، حيث أفادت دراسة (Tomberg *et al.*, 2005) بأن المرضى الذين يتلقون دعماً عاطفياً واجتماعياً يستخدمون أساليب جيدة لمواجهة المرض ويشعرون بالارتياح والتفاؤل والتوجه الإيجابي نحو الحياة. وهذا ما أكدته دراسة (Holland and Holahan, 2003) التي اهتمت بدراسة العلاقة بين المساندة الاجتماعية المدرك والمواجهة الإيجابية للمرض لدى مرضى سرطان الثدي، وقد دلت نتائجها على أن مستوى المساندة الاجتماعية المدرك واستراتيجيات المواجهة الإيجابية يرتبطان إيجابياً بالتكيف الإيجابي مع المرض، بينما كان تجنب استخدام استراتيجيات المواجهة للمرض يرتبط سلباً بمستوى السعادة النفسية.

كما أشارت دراسة (Sjolander and Berter, 2008: 182-187) إلى أهمية المساندة الاجتماعي لمرضى السرطان حديثي الإصابة بالمرض، وأكدت أهمية أربعة عوامل أساسية في مجال المساندة الاجتماعية لمرضى السرطان وهي: العلاقات الاجتماعية الجيدة ضمن شبكة من العلاقات الاجتماعية، والمحادثات الداعمة مع المريض، وثقة المريض في وضعه الصحي، وإدارة المريض الجيدة للذات، فهذه الأمور مجتمعة لها تأثير إيجابي على صحة المرضى وتعطيهم القوة للتحرك الإيجابي في حياتهم وعلى الصعيد المقابل تعتبر المساندة الاجتماعية السلبية، وانخفاض المساندة الاجتماعية الإيجابية المدركة من أهم العوامل المساهمة في بزوغ وتفاقم الأعراض النفسجسمية، فقد أشار الطب النفسجسمي إلى أن انخفاض المساندة الاجتماعية يزيد بشكل كبير من نسبة الإصابة بمرض السرطان (Theorell and Karasek, 1996).

ومن الجدير بالذكر أن مصادر المساندة الاجتماعية تتنوع في فاعليتها مكونة ما يسمى بـ "شبكة المساندة" وتتمثل في الأسرة، والأقارب، والأصدقاء، والجيران، وزملاء الدراسة والعمل، والأخصائي النفسي أو الاجتماعي، والمعلمون، والمرشد أو المعالج وغيرهم، وترتبط مساهمة المساندة أساساً بالمجال الذي تعطى فيه، وهناك أدلة توحى بأن بعض مصادر المساندة أكثر ملاءمةً من المصادر الأخرى في ظروف معينة (حسن،

1996: 19)، كما أفادت بعض الدراسات بأن حجم المساندة الاجتماعية، ومستوى الرضا عنها يؤثران في كيفية إدراك الفرد لضغوط الحياة المختلفة، وأساليب مواجهته وتعامله مع هذه الضغوط، كما أنها تؤدي دوراً مهماً في إشباع الحاجة للأمن النفسي وخفض مستوى المعاناة الناتجة عن شدة الأحداث الضاغطة (علي، 2000: 14).

ثانياً : الكفاءة الذاتية : Self-Efficacy

يعود الفضل الأول لـ Bandura في طرح مصطلح "الفعالية الذاتية" أو "فعالية الذات" Self- Efficacy عند مناقشة الآثار العملية لنظريته "التعلم بالملاحظة"، وفي بادئ الأمر استخدم هذا المصطلح ليشير إلى مجموعة التوقعات التي تجعل شخصاً ما يعتقد بأن المسار الذي يتخذه سلوك ما سيحظى بالنجاح (غازدا، وكورسيني، 1986: 193) ثم استمر Bandura بالاشتراك مع باحثين آخرين في تطوير هذا المصطلح في مجموعة من الدراسات لتفسير وتعديل السلوك الإنساني في ضوء النظرية المعرفية الاجتماعية.

وقد توسع (Wood and Bandura, 1989 : 407 - 415) في تعريف فعالية الذات بإضافة أن فعالية الذات تشير إلى معتقدات الفرد في قدراته الشخصية على تعبئة وحشد الدافعية والموارد المعرفية وبرامج العمل المطلوبة لتلبية المطالب الواقعية، واستنتاجاً أيضاً أن الأفراد الذين يظهرون فعالية ذات قوية أكثر ميلاً إلى تحمل المهام التي تتسم بالتحدي، فهم يثابرون لمدة أطول ويؤدون بنجاح أكبر من الذين لديهم معتقدات أكثر انخفاضاً عن فعالية الذات، وقد استخدم Bandura مصطلح "فعالية الذات المدركة" Perceived Self- efficacy ليشير إلى أحكام الناس بخصوص قدراتهم على تنظيم وتنفيذ أنماط مطلوبة من السلوك لتحقيق أنواع مرغوبة من الأداء، ولا تهتم الفعالية بالمهارات التي يملكها وإنما تهتم بأحكامه على ما يستطيع أن يفعله، أي بمدى كفاءة الفرد في تنفيذ الأنماط المطلوبة من السلوك للتعامل مع المواقف المرتقبة. (Bandura, 1986: 391).

ويشير (Bandura, 1982: 122 – 147) إلى ما يسمى بالفعالية الجماعية Collective Efficacy فالأفراد لا يعيشون منعزلين اجتماعياً، كما أن كثيراً من المشكلات والصعوبات التي يواجهونها تتطلب الجهود الجماعية، والمساندة لإحداث أي تغيير فعال،

وإدراك الأفراد لفعاليتهم الجمعية يؤثر فيما يقبلون على عمله كجماعات، وفي الجهود المبذولة لبلوغ الأهداف وتحقيق النتائج، وأن جذور فعالية الجماعة تكمن في فعالية أفراد الجماعة.

ومن الجدير ذكره أن الباحثين قد تناولوا مصطلحي "فعالية الذات" و "كفاءة الذات" على نحو متبادل حيث يرى "سالم" (2002: 385 - 421) أنه إذا كانت "الكفاءة الذاتية" تعبر عن توافر الإمكانيات الشخصية للطالب والتي تتيح له بذل الجهد للتمكين من حل المشكلة التي تواجهه، وتتصدى للصعوبات التي تعترضه لتحقيق أهدافه، فإن "الفعالية الذاتية" تعبر عن السلوك الأدائي عن طريق المواجهة المباشرة لمصدر المشكلات.

وقد تعددت الدراسات الأجنبية التي تناولت مفهوم الكفاءة الذاتية كدراسة (Charles et al., 2006) ودراسة (Michael, 2008)، ومنها أيضاً دراسة كل من (Zimerman, and Pons, 1988) التي تؤكد أن فعالية الذات تعمل على مستوى أوسع من خلال الاستخدام الأكثر فعاليةً لاستراتيجيات ما وراء المعرفة، التي تتضمن التخطيط والتنظيم الذاتي والمهارات التي يتزايد أهميتها مع تقدم الفرد في المستويات التعليمية ذات البيئات الأقل تنظيماً وانضباطاً، مع استخدام كل الموارد المتاحة في المهمة والبيئة الاجتماعية لتحقيق بلوغ الأهداف، حيث يرى (Rykman et al., 1985: 228 - 298) أن الطفل يبدأ إحساسه المبكر بفعالية الذات مبدئياً في جانب النمو العقلي والمعرفي، ومع تقدم نمو الطفل يزداد إحساسه بمكوناته الذاتية الذي يصل إلى سن النضوج في الشباب، وأن هذا الإحساس يتحسن في المستقبل حيث تتنوع جوانب فعالية الذات، وتتعدد مصادرها التي تشمل خبرات شخصية، وخبرات اجتماعية للفرد التي يكتسبها خلال عمليات التفاعل مع الزملاء والآباء والمعلمين، وتتجسد هذه الخبرات في مستوى "المساندة الاجتماعية" التي يتلقاها الفرد من الأشخاص الذين يتفاعل معهم.

وعلى الرغم من وجود علاقة نظرية بين كل من المساندة الاجتماعية وفعالية الذات، فإن نتائج بعض الدراسات الأجنبية التي تناولت هذه المتغيرات قد أظهرت

تناقضاً في العلاقة بينها، فقد كشفت دراسة (Felton *et al.*, 1996: 1483) عن وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين المساندة الاجتماعية وفعالية الذات، بينما أظهرت دراسة (Kawon, 2002: 2654) أن المساندة الاجتماعية ليس لها علاقة ذات دلالة بفعالية الذات.

وعن أنواع الكفاءة الذاتية لدى الفرد فقد تحدث (LeKwan, 2000: 177-183) عن ثلاثة أنواع من الكفاءة الذاتية وهي: كفاءة ذاتية في استخدام الكمبيوتر (CSE) والكفاءة الذاتية الاجتماعية (SSE) والكفاءة الذاتية المعممة (GSE)، وترى الباحثة أنه ينبغي إضافة نوع رابع من الكفاءة الذاتية وهو "الكفاءة الذاتية في مواجهة المرض" خاصة لدى الأفراد الذين يعانون من أمراض مزمنة كمرض السرطان؛ حيث تعتقد الباحثة بوجود علاقة ذات طابع خاص بين مستوى كفاءة الفرد الذاتية في مواجهة المرض، وبين تقبله لفكرة المرض وتوجهه نحو الحياة؛ وذلك بالرغم من ندرة الدراسات العربية والأجنبية التي تناولت تلك العلاقة.

كما تعتقد الباحثة أن هناك نوعان من التكيف مع المرض واستراتيجيات مواجهته هما: استراتيجيات التكيف والمواجهة الإيجابية، بمعنى القدرة على المواجهة والتصدي للبحث عن الحلول والبدائل، واستراتيجيات التكيف والمواجهة السلبية بمعنى الهرب، وتعتمد قدرة الفرد على التكيف إيجابياً أو سلبياً على عدة عوامل منها ما يتعلق بشخصية الفرد، وتكوينها الجيني، والبيئي، والروحاني، والشبكة الاجتماعية للفرد بما فيها مساندة الأهل والأصدقاء.

ومن الجدير ذكره أن العلاقة الزوجية بين المتزوجين يمكن أن تتأثر بإصابة أحدهم بمرض السرطان؛ فقد أفادت دراسة (Feldman and Broussard 2006: 117-127) بأن مستوى الاكتئاب لدى الرجال الذين تعاني زوجاتهم من مرض السرطان يجعلهم ميالون إلى مستوى ردي من التكيف؛ مما يؤثر على أساليب المواجهة المرضية لدى زوجاتهم وكفاءتهم الذاتية في التعامل مع المرض، وقد أوصت الدراسة الباحثين الاجتماعيين بضرورة العمل على تطوير أساليب المواجهة الإيجابية للمرضى لدى الزوجين معاً، كما أكدت الدراسة نفسها على أن هناك زيادة في معدلات الإصابة

بالسرطان بين النساء في الولايات المتحدة خاصةً سرطان الثدي الذي يؤثر على طبيعة العلاقة الزوجية، حيث يؤثر هذا المرض على أساليب المواجهة للمرض لدى الرجال ولزوجاتهم المريضات معاً.

ومن الدراسات التي اهتمت أيضاً بتأثير الإصابة بالسرطان على العلاقة الزوجية واستراتيجيات مواجهتهم للمرض دراسة (Hagedoorn *et al.*, 2008: 1-30) التي أشارت نتائجها إلى أن النساء أكثر شعوراً بالضغط والقلق من أزواجهن الرجال فيما يتعلق بأساليب مواجهة مرض السرطان، وكذلك دراسة (Carolyn *et al.*, 2002: 63-76) التي دلت نتائجها على أن المتزوجين سجلوا مستويات أقل من الضغوط النفسية، وأنهم يشعرون برضا أكثر عن مستوى الدعم العائلي لهم، بينما غير المتزوجين عانوا من مستويات أعلى من فقدان القدرة على الضبط مما يزيد حالتهم سوءاً، بينما أفادت نتائج دراسة (Mcqueen *et al.*, 2008: 56-79) بأن معدلات القلق لدى الإناث من مرضى السرطان كانت أعلى منها لدى الذكور، بينما كانت معدلات إدراك خطورة المرض وتطوره لدى الرجال أكثر منها لدى الإناث، وقد أكدت دراسة (Dwyer, 2000: 1282) وجود هذه الفروق بين الإناث والذكور في إدراك المساندة الاجتماعية من الأصدقاء لصالح الإناث.

### ثالثاً: التوجه نحو الحياة

يرتبط مفهوم التوجه نحو الحياة ارتباطاً وثيقاً بنظرة الفرد التفاضلية والتشاؤمية للحياة ويعتبر "الأنصاري" (2002) من الباحثين القلائل الذين اهتموا بدراسة بمفهوم "التوجه نحو الحياة" حيث قام بإعداد صورة عريضة لمقياس التوجه نحو الحياة، وتحديد معالمه السيكومترية وفحص ارتباطاته بمتغيرات الشخصية، وأسفرت نتائج دراسته عن تمتع المقياس بخصائص قياسية جيدة بوصفه مقياساً للتفاضل؛ حيث عرف الأنصاري (2002: 779) التفاضل بأنه: "نظرة استبشار نحو المستقبل تجعل الفرد يتوقع الأفضل، وينتظر حدوث الخير، ويرجو النجاح، ويستبعد ما خلا ذلك"، بينما عرف التشاؤم بأنه: "توقع سلبي للأحداث المقبلة، يجعل الفرد ينتظر حدوث الأسوأ ويتوقع الشر والفشل"

وخيبة الأمل ويستبعد ما خلا ذلك إلى حد بعيد".

ويفترض الأنصاري (2002 : 778-779) أن التفاؤل هو سمة trait في الشخصية وليس حالة state، وبالرغم من أن هذه السمة تتوجه عادةً للمستقبل؛ فإنها تؤثر في سلوك الإنسان في الحاضر، كما يفترض أن سمة التفاؤل ترتبط بالجوانب الإيجابية في سلوك الإنسان ومختلف جوانب الشخصية لديه، كما أنها تؤثر تأثيراً طيباً في الصحة النفسية والجسمية للفرد في حين أن سمة التشاؤم يمكن أن تؤثر تأثيراً سلبياً وسيئاً في سلوك الإنسان وصحته النفسية والجسمية ويمكن أن يرتبط إيجابياً وجوهرياً بالاضطرابات النفسية أو الاستعداد للإصابة بها.

وعلى خلاف هذه النظرة للتفاؤل والتشاؤم يرى "عبدالخالق" (1994: 75- 76) أن التفاؤل والتشاؤم هما سمة واحدة ولكنها ثنائية القطب بمعنى أن متصل continuum هذه السمة له قطبان متقابلان متضادان لكل فرد مركز واحد ونقطة واحدة عليه، بحيث يقع بين التفاؤل والتشاؤم الشديد، واستناداً لهذه النظرة فإن قياس هاتين السمتين يمكن أن يتم بمقياس التفاؤل وحده أو بمقياس التشاؤم فقط؛ حيث إن السمتين متضادتان وتعد درجة إحداهما مقلوباً للأخرى؛ فدرجة التفاؤل المرتفعة تعني درجة تشاؤم منخفضة، وذلك على العكس من التوجه الأول الذي يرى أن التفاؤل ليس بالضرورة عكساً للتشاؤم، كما أن الفرد قد يحمل توجهاتٍ تفاؤليةً وتشاؤميةً في الوقت نفسه، وقد يكون الفرد متفائلاً في بعض الأمور والمواقف ومتشائماً في أمور أو مواقف أخرى.

وقد تعددت الدراسات التي تناولت مفهوم "التوجه نحو الحياة كدراسة" شقير" (1995: 220-251) التي هدفت إلى دراسة مستوى الطموح والاتجاه ونحو الحياة لدى بعض الحالات من مرضى السرطان، ومرضى الفشل الكلوي مقارنةً بالأصحاء، وقد أفادت نتائج الدراسة في أن عينة الأصحاء تتمتع بدرجةٍ عاليةٍ من مستوى الطموح والإقبال على الحياة مقارنةً بعينتي المرضى، كما تبين أن عينتي المرضى أكثر سخطاً على الحياة من عينة الأصحاء، بينما لا توجد فروق بين عينة المرضى على هذا المتغير النفسي، بينما اهتمت دراسة (Tomberg et al., 2007 479 - 488) بمعرفة التغيرات

في استراتيجيات المواجهة النفسية للمرض، والمساندة الاجتماعية، والتوجه نحو الحياة، وعلاقتها بالصحة العامة والنفسية ونوعية الحياة في المراحل الأخيرة من المرض.

وتتعدد نماذج المواجهة لأعباء الحياة وضغوطها، والتي بدورها تؤثر على توجه الفرد نحو الحياة حيث يشير "فرانكل" (1998: 3-4) إلى نموذج مدرسة "العلاج بالمعنى" *Logo Therapy* الذي يركز فيه على إرادة المعنى *The will to Meaning* فمعنى الحياة لدى الفرد هو الذي يجعل من السعي الدؤوب وتحمل المشقة شيئاً يرفع من قيمة الحياة، ويجعلها تستحق أن تعاش، بل إن الفرد الذي يكتشف لحياته معنىً وهدفاً هو الفرد الذي يستطيع أن يحتمل ندرة اللذة، والافتقار إلى المكانة دون أن ينتقص هذا من سعادته، فالهدف الرئيسي للفرد هو تحقيق المعنى للحياة لا تعقب اللذة، ويضيف فرانكل (1998: 104) أن الإيمان بمعنى الحياة يمد الفرد بقدرة على العطاء والتسامي على الذات، وإذا لم ينجح الإنسان في اكتشاف المعنى الذي تنطوي عليه حياته فإن هذه الحياة تصبح قليلة القيمة، وتتحول يوماً بعد يوم إلى عبء لا جدوى من الاستمرار في مصارعته؛ لذا يدعو أنصار مدرسة "فرانكل" إلى تركيز الجهود حول مساعدة الفرد على أن يكتشف بنفسه معنى الحياة الذي يؤمن به وبأهميته.

بينما يؤمن كل من (Scheier and Carver, 1985 : 219 - 247) بنموذج آخر وهو "التوقع المتعلق بالقيمة" *Expectancy - Value Model* لتفسير الدافعية لدى الإنسان، حين يفترض أن التفاؤل والتشاؤم يتضمنان توقعاتٍ مستقبلية للأهداف التي يسعى فيها الفرد لتحقيق قيمةٍ ربما يعدها أعلى من حياته ذاتها، كما افترض كل من "شاير، وكارفر" أن الاتجاه نحو الحياة يمكن أن يؤثر تأثيراً مباشراً على الدافعية، التي تتأثر إلى حد بعيد بالمعارف التي يحملها الفرد عن المستقبل.

وفيما يتعلق بمرض السرطان فقد أشارت بعض الدراسات إلى مجموعة من المشاعر النفسية التي يعاني منها مرضى السرطان، إذ يرى (Tomarken et al., 2008 : 105-) أنهم يعانون من صعوبة في تقبل فكرة الموت، والشعور بالمرارة والفراغ، وعدم الارتياح والنظر للمستقبل كمجهول، والاكئاب، والقلق، والحزن، والتوجه السلبي

نحو الحياة، بينما اهتمت دراسة ( Huebert *et al.*, 2007: 577-580 ) بدراسة الاضطرابات النفسية اللاحقة للإصابة لدى مرضى الأورام السرطانية الذين يعانون من آلام، وكيفية توظيف هؤلاء المرضى لعناصر التكيف المعرفية، والتفاؤل، واحترام الذات للتخفيف من أثر المعتقدات السلبية لديهم نحو المرض وتحسين التوجه نحو الحياة لديهم.

وثمة دراسات أخرى ربطت بين مستوى التفاؤل والتشاؤم وبين الحالة النفسية لدى مرضى السرطان، حيث أشارت نتائج دراسة (Martin, 2005) إلى أن التشاؤم ذو صلة بارتفاع مستوى الاكتئاب وأعراضه لدى مرضى سرطان الرئة، بينما وجد ارتباط سلبي بينهم التفاؤل وحالة الاكتئاب لدى هؤلاء المرضى، وهذا ما أكدته أيضاً نتائج دراسة (Linda, 2008) التي هدفت إلى إيجاد العلاقة بين مستوى التفاؤل والمساندة الاجتماعية والضغط وبين مستوى السعادة النفسية لدى مرضى سرطان الثدي، ودراسة (Wimberly *et al.*, 2008) أشارت نتائجها إلى أن المرضى الأكثر تفاؤلاً كانوا أكثر شعوراً بالسعادة النفسية لأنهم يدركون أنفسهم.

وبالتعمق في الدين الإسلامي الأعظم، فإننا نجد له نظرة خاصة لمفهوم التفاؤل والتشاؤم؛ فهو أفضل ضابط لتوجهاتنا نحو الحياة والمستقبل، وهو حافل بالشواهد على أهمية الإيمان بالقضاء والقدر؛ فديننا الحنيف يخبرنا بأن كل ما يعترض حياة المسلم من خير أو شر قليل أو كثير وما يصيبه من بلاء ومرض ونقص في الأموال والأنفس والثمرات هو بمشيئة الله تعالى، ولعل في ذلك إشارة إلى تحريم الإسلام للتشاؤم لأنه سوء ظن بالله تعالى بغير سبب محقق، بينما التفاؤل هو حسن ظن به، والمؤمن مأمور بحسن الظن بالله تعالى على كل حال.

وعليه ترى الباحثة أن كل فرد مسلم إذا وضع بعين الاعتبار كل ما سبق من حتمية الإرادة الإلهية ودورها في تقرير مصيره في الحياة؛ فإنه بذلك سيعيش حياة سعيدة دون تعب ولا كدر ولا حزن ولا هم، فما بالنا بالمرضى الذين هم الأكثر حاجة لله تعالى، فهم أكثر حاجة للإيمان بقدره والتفاؤل بخيره والبعد عن التشاؤم والنظرة السوداوية للحياة؛ لأن ما يصيبهم من خير أو شر هو من عند الله؛ فالتفاؤل يجعل



المريض أكثر هدوءاً وأكثر ثباتاً عند الحوادث والنوازل، وأقرب للسعادة والصحة، وأكثر رضاً وطمأنينة وثقةً بالنفس.

وترى الباحثة أنه إذا كان الوازع الديني لدى المصاب بالسرطان قوياً فإنه يكون أكثر تقبلاً للمرض فالمؤمنون أشد بلاءً، والمريض المؤمن يستبشر خيراً ويعلم أن الأقدار بيد الله وأن عليه أن يصبر ويسأله الشفاء على الدوام.

### تعقيب على الدراسات السابقة:

بمراجعة الدراسات السابقة يمكن ملاحظة أن بعضها قد اهتمت بدراسة متغير المساندة الاجتماعية لدى مرضى السرطان، ولكنها لم تربطه بمتغيرات أخرى كمتغير الكفاءة الذاتية في مواجهة المرض والتوجه نحو الحياة، وهو ما ركزت عليه الدراسة الحالية لما له من أهمية في إلقاء الضوء على تلك المتغيرات باعتبارها متغيرات أساسية في حياة مرضى السرطان النفسية والاجتماعية، كما أن الدراسات السابقة لم تبحث في تأثير متغيرات الجنس والعمر وسنوات الإصابة بالمرض على الحالة النفسية للمريض وكفاءته الذاتية في التعامل مع المرض وتوجهه نحو الحياة، وهو ما تناولته الدراسة الحالية وتميزت به عن الدراسات السابقة.

كما يتضح مما سبق عرضه من أدب تربوي، وما تضمنه من دراسات سابقة أن هذه الدراسات اختلفت فيما بينها من حيث الهدف والنتائج؛ وذلك باختلاف طبيعة الدراسة والمتغيرات التي تتناولها، كما يتضح تعدد الدراسات الأجنبية التي درست تلك المتغيرات في حياة مرضى السرطان، في مقابل ندرة الدراسات العربية التي اهتمت بتلك العينة من المرضى؛ مما يعطي مبرراً قوياً لإجراء الباحثة للدراسة الحالية خاصة وأنه - في حدود علم الباحثة - لا توجد دراسة تناولت بالبحث متغيرات الدراسة الحالية مجتمعة لدى مرضى السرطان في البيئة العربية.

### فروض الدراسة:

تسعى الدراسة الحالية إلى التحقق من صحة الفرضيات التالية:

1. لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة في مستوى المساندة

- الاجتماعية المدركة لدى مرضى السرطان تعزى لمتغيرات: الجنس (ذكر- أنثى)، وعدد سنوات الإصابة بالمرض (أقل من سنتين - سنتان فأكثر)، ومستوى التعليم (أمي - متعلم).
2. لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد العينة في مستوى الكفاءة الذاتية في مواجهة المرض لدى مرضى السرطان تعزى لمتغيرات: الجنس، وعدد سنوات الإصابة بالمرض، ومستوى التعليم.
3. لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد العينة في مستوى التوجه نحو الحياة لدى مرضى السرطان تعزى لمتغيرات: الجنس، وعدد سنوات الإصابة بالمرض، ومستوى التعليم.
4. لا توجد علاقة دالة إحصائياً بين مستوى المساندة الاجتماعية المدركة ومستوى الكفاءة الذاتية في مواجهة المرض لدى مرضى السرطان بقطاع غزة.
5. لا توجد علاقة دالة إحصائياً بين مستوى المساندة الاجتماعية المدركة ومستوى التوجه نحو الحياة لدى مرضى السرطان بقطاع غزة.

#### مجتمع الدراسة:

يشتمل مجتمع الدراسة على جميع مرضى السرطان من الجنسين في مختلف محافظات قطاع غزة، والبالغ عددهم (1899) مريضاً، موزعين على مستشفى الشفاء والنصر بمحافظة غزة، ومستشفى الأوروبي بمحافظة خان يونس، منهم (1050) حالة أورام و(849) حالة أمراض دم، ومنهم (770) من النساء و (223) من الأطفال. (مركز المعلومات الوطني الفلسطيني، 2010).

#### عينة الدراسة:

اشتملت عينة الدراسة على (118) مريضاً ومريضة من مرضى السرطان منهم (36) مريضاً و(82) مريضة، تم اختيارهم بطريقة عشوائية من المرضى الذين يتابعون العلاج في العيادة الخارجية لمستشفى غزة الأوروبي بمحافظة خان يونس، والجدول رقم (1) يوضح الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة.

جدول رقم (1)

توزيع عينة مرضى السرطان في ضوء متغيرات الدراسة

المجموع	إناث	ذكور	الجنس
118	82	36	
المجموع	سنتان فأكثر	أقل من سنتين	عدد سنوات المرض
118	62	56	
المجموع	متعلم	أمي	مستوى التعليم
118	50	68	

أدوات الدراسة

أولاً: مقياس المساندة الاجتماعية المدركة (إعداد الباحثة) **Perceptive Social support**

في ضوء الكتابات النظرية والدراسات العربية والأجنبية التي استعانت بها الباحثة في هذه الدراسة، تمكنت الباحثة من إعداد مقياس للمساندة الاجتماعية معتمدة في ذلك على مجموعة من المقاييس العربية والأجنبية منها:

1. مقياس المساندة الاجتماعية. إعداد: دياب (2006).
2. مقياس الدعم الاجتماعي. إعداد: رضا (2002).
3. مقياس المساندة الاجتماعية. إعداد: شحنة (2000).
4. مقياس المساندة الاجتماعية. إعداد: السمدوني (1997).

وفي ضوء التعريف الإجرائي للمساندة الاجتماعية قامت الباحثة بصياغة مجموعة من الفقرات لقياس مستوى المساندة الاجتماعية لدى مرضى السرطان حيث تم توزيع الفقرات على بعدي المقياس: بعد الأهل والأسرة، وبعد الأصدقاء، ويجيب المفحوص عليه من خلال تدرج ثلاثي (بدرجة كبيرة - بدرجة متوسطة - بدرجة قليلة).

وتبرر الباحثة قيامها بإعداد مقياس للمساندة الاجتماعية رغم توفر مقاييس عربية مقننة تقيس نفس المتغير بأن بنود مقياس المساندة الاجتماعية المستخدم في هذه الدراسة مصاغة بطريقة تتسجم مع الحالة النفسية والاجتماعية لمرضى السرطان، في حين أن المقاييس التي اطلعت عليها الباحثة كانت بنودها تعبر عن مفهوم المساندة الاجتماعية

بشكل عام، ولعينات تختلف تماماً عن عينة الدراسة الحالية وهي مرضى السرطان، علاوةً على أن هذه المقاييس لا تتناسب ثقافة المجتمع الفلسطيني وهي بحاجة إلى إعادة تقنين على البيئة الفلسطينية؛ فوجدت الباحثة أنه من الأجدى بناء مقياس جديد للمساندة الاجتماعية خاص بفئة المرضى.

### صدق مقياس المساندة الاجتماعية

#### صدق المحكمين:

تم عرض المقياس في صورته الأولية على السادة المحكمين من أساتذة كلية التربية - تخصص الصحة النفسية بجامعة الأقصى والإسلامية بغزة، وطلبت الباحثة منهم إبداء الرأي حول فقرات المقياس وإمكانية تعديل الصياغة أو حذف أو إضافة فقرات جديدة للمقياس، وتقدير مدى صلاحية الفقرات لما وضعت لقياسه، وشموليتها، ومناسبة سلم التقدير لها، وانسجام كل فقرة مع البعد الذي تنتمي إليه ومدى ملاءمتها له، وكذلك مع المقياس ككل.

وقد ساعد عرض المقياس على السادة المحكمين والأخذ بآرائهم، على الاطمئنان إلى الصدق الظاهري للمقياس حيث اعتبرت نسبة اتفاق المحكمين على فقرات المقياس معياراً لصدقه، وبناءً على ذلك استبقيت العبارات التي حصلت على اتفاق (80%) فأكثر من المحكمين (السنبل، 2005 : 19-20)، حيث بلغ المجموع النهائي لعبارات المقياس (34) فقرة.

#### الاتساق الداخلي:

إن فحص الاتساق الداخلي للمقياس يؤدي إلى الحصول على تقدير لصدقه التكويني (فرج، 1989 : 270)، وقد تأكدت الباحثة من الصدق التكويني لمقياس المساندة الاجتماعية المدركة بحساب الاتساق الداخلي من خلال حساب معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة من فقرات المقياس ودرجة المقياس ككل وذلك بتطبيق المقياس على عينة استطلاعية عددها (30) مريضاً ومريضة من مرضى السرطان، والجداول (2) يوضح ذلك.

جدول رقم (2)

معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة من فقرات مقياس المساندة الاجتماعية المدركة وبين الدرجة الكلية للمقياس

معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة
0.70**	18	0.71**	1
0.68**	19	0.66**	2
0.72**	20	0.75**	3
0.68**	21	0.77**	4
0.74**	22	0.75**	5
0.51**	23	0.46**	6
0.64**	24	0.61**	7
0.48**	25	0.58**	8
0.62**	26	0.67**	9
0.55**	27	0.59**	10
0.66**	28	0.60**	11
0.67**	29	0.53**	12
0.66**	30	0.55**	13
0.58**	31	0.50**	14
0.62**	32	0.42**	15
0.67**	33	0.52**	16
0.55**	34	0.70**	17

\*\* دالة عند مستوى (0.01).

يتضح من الجدول (2) أن قيم معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات المقياس، وبين المقياس ككل كانت دالة إحصائياً عند مستوى (0.01)؛ مما يعني أن فقرات المقياس متجانسة مع المقياس ككل، وهذا يدل على التجانس الداخلي للمقياس؛ مما يعطي مؤشراً على الاطمئنان لصدقه.

ثبات مقياس المساندة الاجتماعية المدركة:

قامت الباحثة بحساب ثبات المقياس بطريقة معامل كرونباخ ألفا وذلك بتطبيقه على نفس العينة الاستطلاعية، والجدول رقم (3) يوضح معامل الثبات لكل بعد من أبعاد المقياس وللمقياس ككل.

## جدول رقم (3)

معامل ثبات كرونباخ ألفا لكل بعد من أبعاد المقياس وللمقياس ككل

المعامل كرونباخ ألفا	البعد
0.76	مساندة الأسرة والأهل.
0.71	مساندة الأصدقاء.
0.72	المقياس ككل

يتضح من الجدول (3) أن معامل ثبات مقياس المساندة الاجتماعية المدركة بطريقة كرونباخ ألفا بلغ (0.72)، مما يشير إلى أن المقياس يتوفر له درجة جيدة من الثبات تناسب غرض البحث العلمي وتعطيه ثقة لدى الباحثين في ثبات نتائجه عند التطبيق، وبذلك تكون الصورة النهائية لمقياس المساندة الاجتماعية مكونة من (34) فقرة موزعة على البعدين كما يوضحها جدول (4)، وبذلك يحصل المفحوص على درجة (34) كأقل قيمة، و(102) كأعلى قيمة له على مقياس المساندة الاجتماعية.

## جدول رقم (4)

توزيع فقرات مقياس المساندة الاجتماعية على الأبعاد

أرقام الفقرات لكل بعد	عدد الفقرات	البعد
3-4-5-6-8-9-10-16-17-18-20-21-22-25-27-28-29-30-31-32-34-	21	مساندة الأسرة والأهل
1-2-7-11-12-13-14-15-19-23-24-26-33	13	مساندة الأصدقاء
34		المقياس ككل

## ثانياً: مقياس الكفاءة الذاتية في مواجهة المرض (إعداد الباحثة) Self-efficacy

بعد الاطلاع على الأدبيات والدراسات السابقة العربية والأجنبية وما استخدم فيها من مقاييس الكفاءة الذاتية، والتي بنيت في ضوء نظرية التعلم الاجتماعي "لباندورا"، قامت الباحثة ببناء مقياس الكفاءة الذاتية في مواجهة المرض، وقد استعانت بذلك بمجموعة من المقاييس المشهورة منها:

- مقياس الكفاءة الذاتية العام (Schwarzer: 1994).

- مقياس اعتقادات الكفاءة الذاتية (Riggs *et al.*, 1994). وقد تألف المقياس في صورته الأولى من (20) فقرة، يجيب المفحوص عليها من خلال تدرج ثلاثي (بدرجة كبيرة - بدرجة متوسطة - بدرجة قليلة).

### صدق مقياس الكفاءة الذاتية في مواجهة المرض صدق المحكمين:

قامت الباحثة بعرض فقرات مقياس الكفاءة الذاتية في مواجهة المرض على السادة المحكمين من أساتذة كلية التربية - تخصص الصحة النفسية بجامعة القصي والإسلامية بغزة، لإبداء الرأي حول فقرات المقياس وإمكانية تعديل صياغتها أو حذفها أو إضافة فقرات جديدة للمقياس، وتقدير مدى صلاحية الفقرات وشموليتها، ومناسبة سلم التقدير لها.

وقد تم تعديل المقياس في ضوء ملاحظات السادة المحكمين، للتحقق من صدقه الظاهري، حيث أجمعوا على بقاء جميع فقراته بعد تعديل صياغة بعض الفقرات.

### الاتساق الداخلي:

تأكدت الباحثة من الصدق التكويني لمقياس "الكفاءة الذاتية في مواجهة المرض" بحساب الاتساق الداخلي من خلال حساب معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة من فقرات المقياس ودرجة المقياس ككل وذلك بتطبيق المقياس على العينة الاستطلاعية السابقة، والجدول (5) يوضح ذلك.

#### جدول رقم (5)

معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة من فقرات مقياس الكفاءة الذاتية في مواجهة المرض وبين الدرجة الكلية للمقياس

رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط
1	0.699**	11	0.407**
2	0.597**	12	0.637**
3	0.510**	13	0.345**
4	0.600**	14	0.595**
5	0.497**	15	0.579**

تابع جدول رقم (5):

معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة
0.545**	16	0.565**	6
0.370**	17	0.441**	7
0.692**	18	0.307	8
0.652**	19	0.373**	9
0.179	20	0.507**	10

\*\* دالة عند مستوى (0.01).

يتضح من الجدول (5) أن جميع معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة من فقرات المقياس وبين الدرجة الكلية للمقياس كانت دالة عند مستوى (0.01)، فيما عدا الفقرتين رقم (8، 20) حيث إن معاملات ارتباطها لم تكن دالة إحصائياً مما دفع الباحثة إلى حذفهما من المقياس ليصبح المجموع الكلي لفقرات المقياس في صورته النهائية (18) فقرة.

### ثبات مقياس الكفاءة الذاتية في مواجهة المرض

#### معامل ثبات كرونباخ ألفا:

تأكدت الباحثة من ثبات مقياس "الكفاءة الذاتية في مواجهة المرض" باستخدام طريقة معامل "كرونباخ ألفا" وذلك بتطبيقه على العينة الاستطلاعية نفسها، وقد بلغ معامل ألفا (0.74)، وهذه القيمة تشير إلى تمتع المقياس بدرجة جيدة من الثبات تجعل الباحثة مطمئن إلى تطبيقه في الدراسة الحالية.

#### الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

حيث قسمت الباحثة المقياس نصفين متساويين من العبارات وحسبت معامل الارتباط بين درجات العبارات الفردية، ودرجات العبارات الزوجية، وبلغ معامل الارتباط بين الجزأين (0.856) وهو معامل ارتباط مرتفع يعد مؤشراً على ثبات عالٍ للمقياس مما يدفع للاطمئنان على تطبيقه في الدراسة، وبذلك يصبح المقياس في صورته النهائية مكوناً من (18) فقرة يحصل فيه المفحوص على درجة (18) كأقل قيمة، و(54) لأعلى قيمة له.



### ثالثاً: مقياس التوجه نحو الحياة Life orientation

استعانت الباحثة في هذه الدراسة بمقياس الأنصاري (2002) للتوجه نحو الحياة الذي ترجمه من الإنجليزية إلى العربية، حيث يتكون المقياس من (8) عبارات بواقع (4) عبارات تشير إلى التفاؤل و(4) عبارات تشير إلى التشاؤم، وقد أضافت الباحثة (8) عبارات جديدة للمقياس الأصلي ليصبح مجموع العبارات الكلي (16) عبارة بواقع (9) عبارات تعبر عن التفاؤل، و(7) عبارات تعبر عن التشاؤم، وتتم الاستجابة لعبارات المقياس على مقياس ثلاثي التدرج (بدرجة كبيرة - بدرجة متوسطة - بدرجة قليلة) وبذلك يمكن اعتبار المقياس مكوناً من بعدين أساسيين هما: بعد التفاؤل وبعد التشاؤم.

#### صدق مقياس التوجه نحو الحياة

##### صدق المحكمين:

عرضت الباحثة فقرات مقياس التوجه نحو الحياة على مجموعة من الباحثين المتخصصين بالجامعات، لتقييمها، وتعديل صياغتها، أو حذفها، أو إضافة فقرات جديدة للمقياس، وتقدير مدى صلاحية الفقرات وشموليتها، ومناسبة سلم التقدير، وقد تم تعديل المقياس في ضوء ملاحظات المحكمين، لتحقيق الاطمئنان إلى الصدق الظاهري له.

##### الاتساق الداخلي:

تأكدت الباحثة من الصدق التكويني لمقياس "التوجه نحو الحياة" بحساب الاتساق الداخلي من خلال حساب معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة من فقرات المقياس ودرجة المقياس ككل وذلك بتطبيق المقياس على العينة الاستطلاعية السابقة، والجدول (6) يوضح ذلك.

## جدول رقم (6)

معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة من فقرات مقياس التوجه نحو الحياة  
وبين الدرجة الكلية للمقياس

معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة
0.56**	9	0.60**	1
0.47**	10	0.24	2
0.73**	11	0.45**	3
0.57**	12	0.52**	4
0.65**	13	0.48**	5
0.53**	14	0.37*	6
0.66**	15	0.49**	7
0.56**	16	0.32*	8

\*\* دالة عند مستوى (0.01).

يتضح من الجدول (6) أن جميع معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة من فقرات المقياس وبين الدرجة الكلية للمقياس كانت دالة عند مستوى (0.01)، فيما عدا العبارتين رقم (6، 8) حيث إن معاملات ارتباطها كانت دالة عند مستوى (0.05)، بينما كان معامل ارتباط الفقرة (2) غير دال إحصائياً؛ مما دفع الباحثة إلى حذف هذه العبارة من المقياس ليصبح المجموع الكلي لعبارات المقياس (15) عبارة.

## ثبات مقياس التوجه نحو الحياة:

تأكدت الباحثة من ثبات مقياس التوجه نحو الحياة باستخدام طريقة معامل "كرونباخ ألفا" وذلك بتطبيقه على العينة الاستطلاعية نفسها، وقد بلغ معامل ألفا (0.73)، وهذه القيمة تشير إلى تمتع المقياس بدرجة جيدة من الثبات تؤهله للتطبيق من قبل الباحثين، وبذلك يصبح المقياس في صورته النهائية مكوناً من (15) فقرة موزعة على بعدين كما في الجدول (7).

جدول رقم (7)

أرقام العبارات السلبية والإيجابية لمقياس التوجه نحو الحياة

أرقام الفقرات	عددها	نوع الفقرة
1-3-4-7-9-11-12-13-15	9	الفقرات الإيجابية (التفاؤل).
5-6-8-10-14-16	7	الفقرات السلبية (التشاؤم).
16		المقياس ككل

وبذلك يحصل المفحوص على درجة (15) كأقل قيمة، و(45) كأعلى قيمة له على المقياس.

**الأساليب الإحصائية:**

استخدمت الباحثة البرنامج الإحصائي (SPSS) في تنفيذ المعالجات الإحصائية التالية: المتوسطات الحسابية، والأوزان النسبية، والنسب المئوية؛ لمعرفة مستوى المساندة الاجتماعية المدركة لدى مرضى السرطان، إضافةً إلى اختبار T - test لمعرفة دلالة الفروق بين المتوسطات في مستوى كل من المساندة الاجتماعية المدركة والكفاءة الذاتية في مواجهة المرض والتوجه نحو الحياة تبعاً لمتغيرات الدراسة، كما استخدمت الباحثة معامل ارتباط "بيرسون" لمعرفة العلاقة بين مستوى المساندة الاجتماعية المدركة، والكفاءة الذاتية في مواجهة المرض من جانب، وبين التوجه نحو الحياة من جانبٍ آخر.

**التحليل الإحصائي للنتائج ومناقشتها وتفسيرها**

**نتائج الفرض الأول وتفسيره:**

ينص هذا الفرض على ما يلي: "لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة في مستوى المساندة الاجتماعية المدركة لدى مرضى السرطان تعزى لمتغيرات: الجنس (ذكر - أنثى)، وعدد سنوات الإصابة بالمرض (أقل من سنتين - سنتان فأكثر)، ومستوى التعليم (أمي - متعلم)، وللتحقق من ذلك تم استخدام المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري، واختبار (ت) لحساب دلالة الفروق بين المتوسطات والجدول (8) يبين هذه الفروق.

## جدول رقم (8)

يوضح قيم (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات في مستوى المساندة الاجتماعية المدركة وأبعادها تبعاً لمتغير الجنس

مستوى الدلالة	قيم "ت"	الإناث ن=82		الذكور ن=36		عدد الفقرات	أبعاد المقياس
		ع	م	ع	م		
غيردالة	1.348	9.9	51.04	10.2	53.7	21	مساندة الأسرة والأهل
غيردالة	0.605	6.4	30.3	7.1	29.5	13	مساندة الأصدقاء
غيردالة	0.612	15.34	81.3	15.8	83.2	34	المقياس ككل

يتضح من الجدول (8) أن قيم (ت) غير دالة إحصائياً في بعدي المقياس، وفي مقياس المساندة الاجتماعية ككل، وبذلك يتم قبول الفرض الصفري الأول المتعلق بمتغير الجنس، ورفض الفرض البديل، وتشير هذه النتيجة إلى أن متغير "الجنس" كمتغير مستقل ليس له تأثير على مستوى المساندة الاجتماعية المدركة لدى مرضى السرطان، حيث لا توجد فروق بين الجنسين في مستوى المساندة الاجتماعية المدركة في بعدي الأسرة والأصدقاء، وتختلف هذه النتيجة مع النتيجة التي كشفت عنها دراسة Dwyer (2000) والتي أفادت بوجود فروق بين الجنسين في إدراك المساندة الاجتماعية من الأصدقاء لصالح الإناث، وكما تتفق مع دراسة "المدهون" (2004) التي أفادت بوجود فروق بين الجنسين في مستوى المساندة الاجتماعية المدركة ككل وأبعاد الصحة النفسية، وترجع الباحثة هذا الاختلاف بين الدراسة الحالية والدراستين السابقتين إلى أنه ربما يعود إلى أنهما دراستان غير مباشرتين فعينتهما لم تكونا من مرضى السرطان، بينما تفسر الباحثة عدم وجود فروق بين الجنسين في مستوى إدراكهم للمساندة الاجتماعية التي يتلقونها ممن حولهم إلى ما طرأ على عقلية المجتمع الفلسطيني من تغير في نظرتهم إلى الجنسين وكيفية التعامل تربوياً معهما، حيث انحسرت النظرة التمييزية بين الجنسين والتي كانت سائدة قديماً، وإلى طبيعة وأساليب المعاملة الوالدية التي تطورت إلى الأفضل بفضل الوعي التربوي لدى الوالدين من خلال وسائل الإعلام ومؤسسات التربية والتعليم، والتي تدفع باتجاه تحقيق المساواة

بين الجنسين في كل الحقوق والواجبات خاصة لدى ذوي الحاجات الخاصة منهم كالمريض وغيرهم، حيث لم تعد الأنثى تشعر بأنها لا تضاهي الذكر في مستوى تلقيها للدعم والمساندة من الأهل والأصدقاء بل وفي كل الحقوق الأخرى.

يتضح من الجدول (9) أن قيم (ت) دالة إحصائياً عند مستوى (0.01) في بعدي المقياس وفي المقياس ككل، وبذلك يتم رفض الفرض الصفري المتعلق بمتغير سنوات المرض، وتشير هذه النتيجة إلى أن عدد سنوات المرض - كمتغير مستقل - له تأثير على مستوى المساندة الاجتماعية المدركة لدى مرضى السرطان، حيث توجد فروق في مستوى المساندة الاجتماعية بين من كانوا يعانون من مرض السرطان لمدة تقل عن سنتين، وبين أولئك الذين يعانون منه لمدة سنتين فأكثر، وفي حدود علم الباحثة لم تجد دراسة بحثت في تأثير متغير "عدد سنوات الإصابة بالمرض" على مستوى إدراك المريض للمساندة الاجتماعية التي يتلقاها سواء من الأهل أو الأصدقاء، غير أن الباحثة تفسر وجود فروق في هذه الحالة إلى طبيعة مرض السرطان، حيث إن المريض في بداية إصابته بالمرض (أقل من سنتين) يجد دعماً ومساندةً كثيرة من قبل الأهل والأصدقاء، ويتقلص مستوى هذا الدعم مع ازدياد فترة الإصابة بالمرض (سنتان فأكثر)؛ حيث يعتاد المريض ومن حوله على هذا الوضع المرضي ويبدأ مستوى الدعم والمساندة الاجتماعية في التناقص.

#### جدول رقم (9)

يوضح قيم (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات في مستوى المساندة الاجتماعية المدركة وأبعادها تبعاً لمتغير سنوات المرض

مستوى الدلالة	قيم "ت"	سنتان فأكثر ن=62		أقل من سنتين ن=56		أبعاد المقياس
		ع	م	ع	م	
دالة**	4.77	11.29	48.0	6.18	56.14	مساندة الأسرة والأهل
دالة**	3.671	7.31	28.0	4.96	32.30	مساندة الأصدقاء
دالة**	4.729	16.98	76.0	10.31	88.44	المقياس ككل

\*\* قيمة (ت) الجدولية عند مستوى دلالة (0.01) ودرجة حرية 116 يساوي 2.61

يتضح من جدول (10) أن قيم (ت) غير دالة إحصائياً عند مستوى (0.05) في بعدي المساندة الاجتماعية المدركة وفي المقياس ككل، وبذلك يتم قبول الفرض الصفري المتغير بمستوى التعليم، وتشير هذه النتيجة إلى أن مستوى التعليم لدى المريض لا يؤثر على مستوى إدراكه للمساندة الاجتماعية من قبل الأسرة والأصدقاء، وتعتقد الباحثة أن السبب في ذلك ربما يعود إلى أن مستوى تعامل الأهل والأصدقاء ورعايتهم للمريض لا تختلف باختلاف مستوى التعليم لديه، فالمرضى داخل الأسرة يتلقون اهتماماً ومساندة من قبل أفراد الأسرة جميعاً دون اعتبار لمستوى التعليم لديه.

#### جدول رقم (10)

يوضح قيم (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات في مستوى المساندة الاجتماعية المدركة وأبعادها تبعاً لمتغير "مستوى التعليم"

مستوى الدلالة	قيم "ت"	متعلم ن = 50		أمي ن = 68		أبعاد المقياس
		ع	م	ع	م	
غير دالة	1.294	11.72	52.89	7.06	50.48	مساندة الأسرة والأهل
غير دالة	1.408	7.15	30.79	5.78	29.06	مساندة الأصدقاء
غير دالة	1.448	17.70	83.69	11.50	79.54	المقياس ككل

#### نتائج الفرض الثاني وتفسيره:

وينص هذا الفرض على ما يلي: "لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة في مستوى الكفاءة الذاتية في مواجهة المرض لدى مرضى السرطان تعزى لمتغيرات: الجنس، وعدد سنوات الإصابة بالمرض، ومستوى التعليم"، وللتحقق من صحته تم استخدام المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري، واختبار (ت) للفروق بين متوسطات عينتين غير مرتبطتين، والجداول (11، 12، 13) تبين هذه الفروق.

جدول رقم (11)

يوضح قيم (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات في مستوى الكفاءة الذاتية في مواجهة المرض تبعاً لمتغير الجنس

المتغير	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
الذكور	36	45.3	9.51	1.33	غير دالة
الإناث	82	47.37	6.66		

يتضح من الجدول (11) أن قيم (ت) غير دالة إحصائياً عند مستوى (0.05) في المتغيرات الجنس، وتشير هذه النتيجة إلى أن مستوى الكفاءة الذاتية في مواجهة المرض لا يختلف لدى مرضى السرطان باختلاف متغير الجنس، وتختلف هذه النتيجة مع نتيجة دراسة Hagedoorn *et al.*, (2008) التي أشارت نتائجها إلى أن النساء أكثر شعوراً بالضغط والقلق من أزواجهن الرجال فيما يتعلق بأساليب مواجهة مرض السرطان؛ مما يعني أن الزوجات أقل كفاءة في مواجهة المرض من أزواجهن، كما تختلف مع دراسة Mcqueen *et al.*, (2008) التي أفادت بأن معدلات القلق لدى الإناث من مرضى السرطان كانت أعلى منها لدى الذكور، وهذا يعد مؤشراً على أن كفاءتهن الذاتية في مواجهة المرض أقل من الكفاءة الذاتية للذكور.

وتعتقد الباحثة أن عدم وجود فروق بين الجنسين في كفاءتهن الذاتية في مواجهة المرض ربما تعود إلى طبيعة الأحوال التي يعيشها المجتمع الفلسطيني في قطاع غزة؛ حيث إن صعوبة الظروف المعيشية الضاغطة يعاني منها الجنسين على حد سواء لدرجة تلاشت معها الفروق بين الرجال والنساء في مواجهتهن للمرض، إذ تعتقد الباحثة أن مواجهة المرض في هذه الحالة لدى الجنسين أصبحت شبيهة بمواجهة العدو الذي لا يفرق بين ذكر وأنثى؛ لذلك يواجهونه بنفس الدرجة من البسالة والقوة وعدم الضعف والفتور كمواجهتهن لعدوهم المحتل تماماً.

## جدول رقم (12)

يوضح قيم (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات في مستوى الكفاءة الذاتية في مواجهة المرض تبعاً لمتغير سنوات المرض

المتغير	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
أقل من سنتين	56	46.89	7.57	0.186	غير دالة
سنتان فأكثر	62	46.62	7.80		

يتضح من الجدول (12) أن قيم (ت) غير دالة إحصائياً عند مستوى (0.05) بالنسبة لمتغير سنوات المرض، وتعتقد الباحثة أن هذه النتيجة تكاد تكون منطقية حيث إن عدم وجود فروق دالة إحصائية بين المرضى (أقل من 2 سنة) والمرضى (سنتان فأكثر) في مستوى كفاءتهم في مواجهة مرض السرطان ربما يرجع إلى أننا هنا أمام مرض غير عادي، مرض السرطان المرض المرعب الخبيث، فالمرضى منذ بداية إصابتهم بهذا المرض وحتى نهاية حياة المريض يعتقدون أن هذا المرض قاتل ويستحيل الشفاء منه بأي حال من الأحوال خاصة وأن هذا المرض يتم اكتشافه بعد أن يكون قد استفحل وانتشر في الجسم، وأصبح من الصعب عندها التحكم به والسيطرة عليه من قبل الأطباء، إضافة إلى أن مرضى السرطان عادة لا يعمرن طويلاً بعد إصابتهم بالمرض، مما يجعل مستوى الكفاءة الذاتية في مواجهة المرض يكاد يكون متساوياً لدى المجموعتين، مجموعة حديثي الإصابة به، ومجموعة المرضى الذين يعانون منه لمدة تزيد عن العامين.

## جدول (13)

يوضح قيم (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات في مستوى الكفاءة الذاتية في مواجهة المرض تبعاً لمتغير مستوى التعليم

المتغير	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
متعلم	50	45.76	6.30	1.21	غير دالة
أمي	68	47.48	8.50		



يتضح من الجدول (13) أن قيم (ت) غير دالة إحصائياً عند مستوى (0.05) في مستوى التعليم، وتعتقد الباحثة أن السبب في عدم وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى الكفاءة الذاتية في مواجهة المرض بين كل من المريض الأمي والمريض المتعلم هو أن المجتمع الفلسطيني في قطاع غزة هو مجتمع مثقف يهتم أفراداه بمختلف مستوياتهم التعليمية بالاطلاع على مجريات الأحداث والأمور في العالم من حولهم خاصة فيما يتعلق بالحالة المرضية التي يعانون منها وكيفية التعامل معها وأساليب الوقاية والعلاج؛ مما يجعل الجميع على حد سواء لا فرق بين أمي ومتعلم في مستوى ثقافتهم تجاه مرضهم ومستوى مواجهتهم له، فالمحك هنا ثقافي وليس أكاديمياً تعليمياً.

#### نتائج الفرض الثالث وتفسيره:

وينص هذا الفرض على ما يلي: "لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد العينة في مستوى التوجه نحو الحياة لدى مرضى السرطان تعزى لمتغيرات: الجنس، وعدد سنوات الإصابة بالمرض ومستوى التعليم" وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري واختبار (ت) لحساب دلالة الفروق بين متوسطات عينتين غير مرتبطتين، والجدول (14 - 15 - 16) تبين هذه الفروق.

جدول رقم (14).

يوضح قيم (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات في مستوى التوجه نحو الحياة تبعاً لمتغير الجنس

المتغير	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
الذكور	36	35.83	5.79	0.457	غير دالة
الإناث	82	36.36	5.84		

يتضح من الجدول (14) أن قيم (ت) غير دالة إحصائياً بالنسبة لمتغير الجنس، وتشير هذه النتيجة إلى أن مستوى التوجه نحو الحياة لدى مرضى السرطان لا يختلف باختلاف متغير الجنس، وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة الأنصاري (2002) في عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين الجنسين في مستوى التوجه نحو الحياة وتختلف مع نتيجة دراسة (2008) Hagedoorn *et al.*، ونتيجة دراسة (2008) Mcqueen *et al.*.

وتفسر الباحثة هذه النتيجة إلى أن كلا الجنسين في المجتمع الفلسطيني يتمتع بنفس المستوى من التوجه نحو الحياة خاصة في ظل ظروف الحصار والقهر التي يعيشها المرضى تحديداً في القطاع؛ حيث لا دواء ولا سفر للعلاج بالخارج وهذه الأمور لا يتميز فيها الذكر عن الأنثى فالجميع على حد سواء خاصة وأن الأنثى في المجتمع الفلسطيني ضاهت الرجل في معظم حقوقها في التعليم والعمل وحتى قسوة الحياة ومرارتها.

جدول رقم (15)

يوضح قيم (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات في مستوى الكفاءة الذاتية في مواجهة المرض

تبعاً لمتغير سنوات المرض

المتغير	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
أقل من سنتين	56	36.23	5.7	0.051	غير دالة
2 سنة وأكثر	62	36.18	5.95		

يتضح من الجدول (15) أن قيم (ت) غير دالة إحصائياً عند مستوى (0.05) فيما يتعلق بمتغير الحالة سنوات المرض، وتشير هذه النتيجة إلى أن مستوى التوجه نحو الحياة لدى مرضى السرطان لا يختلف باختلاف متغير سنوات المرض، حيث توجد فروق دالة إحصائياً في التوجه نحو الحياة بين المرضى (أقل من 2 سنة)، والمرضى (سنتان فأكثر) لصالح المرضى الذين يعانون من مرض السرطان منذ فترة (سنتان فأكثر).

وتفسر الباحثة وجود فروق بين المجموعتين لصالح مرضى السرطان (سنتان فأكثر) بأن مرض السرطان ليس بالمرض سهل الشفاء، فبمجرد معرفة المريض بأنه مصاب بالسرطان يرتفع لديه مستوى قلق المستقبل وقلق الموت وهذا يجعل مستوى توجهه نحو الحياة سلبياً منذ بداية إصابته بالمرض وحتى نهاية حياته بالوفاة بسبب هذا المرض، إذ لم يعد هناك فرق بين المريض جديد العهد بالمرض وغيره من المرضى، فالجميع ينتظر مستقبله المجهول بنظرة سلبية كلها خوف وقلق من الموت كمصير حتمي لمن يعاني من هذا المرض.

جدول (16)

يوضح قيم (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات في مستوى الكفاءة الذاتية في مواجهة المرض تبعاً لمتغير مستوى التعليم

المتغير	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
متعلم	50	35.9	4.86	0.453	غير دالة
أمي	68	36.4	6.44		

يتضح من الجدول (16) أن قيم (ت) غير دالة إحصائياً بالنسبة لمتغير مستوى التعليم، وتشير هذه النتيجة إلى أن مستوى التوجه نحو الحياة لدى مرضى السرطان لا يختلف باختلاف متغير مستوى التعليم، حيث لا يوجد فرق دال إحصائياً بين الأمي والمتعلم في توجههم نحو الحياة، وتفسر الباحثة هذه النتيجة بأن كل من الأمي والمتعلم في المجتمع الفلسطيني لهما نفس المستوى من الثقافة المتعلقة بهذا المرض، وبالتالي لا فرق بين الفئتين في توجههم نحو مصيرهم في هذا المرض وبالتالي توجههم نحو حياتهم المستقبلية التي ربما يؤدي المرض دوراً مهماً في رسم معالمها.

نتائج الفرض الرابع وتفسيره:

وينص هذا الفرض على: "لا توجد علاقة بين مستوى المساندة الاجتماعية المدركة ومستوى الكفاءة الذاتية في مواجهة المرض لدى مرضى السرطان بقطاع غزة" وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام معامل ارتباط "بيرسون" بين متوسطات درجات أفراد العينة على المقياسين، والجدول (17) يبين هذه المعاملات.

جدول رقم (17)

يوضح قيم معاملات الارتباط بين متوسطات درجات العينة على مقياس المساندة الاجتماعية المدركة وأبعاده ومقياس الكفاءة الذاتية في مواجهة المرض

م	أبعاد المقياس	معامل الارتباط
1	مساندة الأسرة والأهل	**0.342
2	مساندة الأصدقاء	**0.402
3	المقياس ككل	**0.395

\*\* عند مستوى دلالة (0.01)

يتضح من جدول (17) أن هناك علاقة ارتباطية إيجابية دالة عند مستوى (0.01) بين مستوى المساندة الاجتماعية المدركة ببعديها (مساندة الأسرة والأهل - ومساندة الأصدقاء) وبين الكفاءة الذاتية في مواجهة المرض، وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة Felton (1996) التي أفادت بوجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين المساندة الاجتماعية وفعالية الذات، بينما تختلف نتيجة هذه الدراسة مع نتيجة دراسة Kawon (2002) التي أفادت بأن المساندة الاجتماعية ليس لها علاقة ذات دلالة بفاعلية الذات. كما تتفق مع دراسة Michael (1993) التي أفادت بأن المساندة الاجتماعية لها تأثير فوري على نظام الذات التي تؤدي إلى زيادة تقدير الذات والثقة بها والشعور بالسيطرة على المواقف، وتجعل الفرد يدرك الأحداث الخارجية على أنها أقل مشقة وهذا كله يعد تعبيراً عن كفاءة المريض في مواجهة المرض، ويتفق أيضاً مع دراسة (حسن، 1996) التي أشار فيها إلى أن من الوظائف التي تحققها المساندة للأفراد أنها تقوي الشعور لدى الفرد بقيمته وكفاءته في مواجهة المرض. وتتفق نتيجة هذه الدراسة مع نتيجة دراسة Newby (1996) التي أفادت نتائجها بأن المساندة الاجتماعية هي أحد المتغيرات التي تخفف من تأثير القلق والتوتر على الصحة الجسمية والنفسية للفرد، وأنها ذات أثر كبير في تدعيم الكفاءة الذاتية للفرد وتحمل ضغوط الحياة. وتتفق أيضاً مع نتيجة دراسة Tomberg (2005) التي أفادت بأن الذين يتلقون دعماً عاطفياً واجتماعياً يستخدمون أساليب جيدة لمواجهة المرض ويشعرون بالارتياح والتفاؤل والتوجه الإيجابي نحو الحياة، ودراسة كاتلين (2003) التي أفادت نتائجها بأن مستوى المساندة الاجتماعية المدركة واستراتيجيات المواجهة الإيجابية يرتبطان إيجابياً بالتكيف الإيجابي مع المرض أي بمستوى الكفاءة الذاتية في مواجهة المرض، ودراسة (علي، 2000) التي أفادت بأن حجم المساندة الاجتماعية ومستوى الرضا عنها يؤثران في كيفية إدراك الفرد لضغوط الحياة المختلفة، وأساليب مواجهته وتعامله مع هذه الضغوط.

وتفسر الباحثة وجود علاقة إيجابية بين مستوى المساندة الاجتماعية، ومستوى الكفاءة الذاتية في مواجهة المرض بأنه يرجع إلى أن تلقي المريض بالسرطان لمساندة اجتماعية أفضل من قبل الأهل والأسرة والأصدقاء، وإدراكه الإيجابي لمستويات

المساندة الاجتماعية التي يتلقاها في مرضه، تعطيه دافعية وطاقة داخلية للتعامل مع المرض بكفاءة وفاعلية؛ حيث إن هذا الدعم يجعل المريض قادراً على تحمل أعباء المرض والتصدي له.

### نتائج الفرض الخامس وتفسيره:

وينص الفرض الخامس على: "لا توجد علاقة بين مستوى المساندة الاجتماعية المدركة ومستوى التوجه نحو الحياة لدى مرضى السرطان بقطاع غزة"، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام معامل ارتباط بيرسون بين متوسطات درجات أفراد العينة على المقياسين، والجدول (18) يبين هذه المعاملات.

#### جدول (18)

يوضح قيم معاملات الارتباط بين متوسطات درجات العينة على مقياس المساندة الاجتماعية المدركة وأبعاده ومقياس التوجه نحو الحياة

م	أبعاد المقياس	معامل الارتباط
1	مساندة الأسرة والأهل	0.392**
2	مساندة الأصدقاء	0.529**
3	المقياس ككل	0.482**

\*\* عند مستوى دلالة (0.01)

يتضح من الجدول (18) أن هناك علاقة ارتباطية إيجابية دالة إحصائياً عند مستوى (0.01) بين مستوى المساندة الاجتماعية ببعديها (مساندة الأهل والأسرة - ومساندة الأصدقاء) وبين التوجه نحو الحياة، وتتفق نتيجة هذه الدراسة مع ما توصلت إليه دراسة الأنصاري (2002) التي أفادت بأن التفاؤل - كتعبير عن توجه إيجابي الحياة - يرتبك بالجوانب الإيجابية في سلوك الإنسان، ومختلف جوانب الشخصية لديه، وعلى اعتبار أن المساندة الاجتماعية للمريض هي جانب إيجابي في حياته، فإنه يمكن استنتاج أن هناك علاقة إيجابية بين مستوى التوجه نحو الحياة لدى مريض السرطان، ومستوى المساندة الاجتماعية لديه، وهذا ما أسفرت عنه الدراسة الحالية. وتتفق هذه النتيجة أيضاً مع ما توصلت إليه دراستي Mao and He (2000)، و Martin

(2005) حيث أفادت الأولى بأن الاكتئاب لدى مرضى السرطان يتلاوم مع عوامل الألم ومستوى المساندة الاجتماعية، وأحداث الحياة، وأن ارتفاع مستوى الاكتئاب يؤدي إلى انخفاض نوعية وكفاءة الحياة لدى مريض السرطان، بينما أفادت الثانية بأن مستوى الاكتئاب ذو صلة بارتفاع مستوى التشاؤم لدى مرضى السرطان مما قد يجعلنا نستنتج وجود علاقة بين مستوى التشاؤم والتوجه السلبي نحو الحياة، وبين انخفاض مستوى المساندة الاجتماعية للمريض، كما تتفق نتيجة هذه الدراسة مع دراسة "كاظم" (2003) التي أفادت بوجود علاقة إيجابية بين التفاؤل كتوجه إيجابي نحو الحياة وبين المساندة الاجتماعية، وأن هناك ارتباط سالب بين مستوى القلق والاكتئاب وكل من التفاؤل والمساندة الاجتماعية وتتفق أيضاً مع دراسة Scheier (1985) التي افترض فيها أن الاتجاه نحو الحياة يمكن أن يؤثر تأثيراً مباشراً على الدافعية التي تتأثر إلى حد بعيد بمعارف الفرد عن المستقبل، وذلك على اعتبار أن المساندة الاجتماعية للمريض في هذه المرحلة تخلق لديه دافعية ورغبة في السعي والعمل الدؤوب، وتحمل المشقة، مما يرفع من قيمة الحياة لديه، ويجعلها تستحق أن تعاش.

وتفسر الباحثة ذلك بأن مريض السرطان الذي يتلقى دعماً اجتماعياً ومساندة اجتماعية يكتشف لحياته معنى وهدفاً، مما يدفعه لتحمل مشقات المرض والتسامي على ذاته، والعكس صحيح؛ حيث إن افتقار المريض للمساندة الاجتماعية يجعل حياته يوماً بعد يوم عبئاً عليه لا جدوى من الاستمرار في مقاومته والتصدي له، وتصبح الحياة بدون معنى له مما يجعله ينظر إليها نظرة تشاؤمية سلبية.

### التوصيات

- العمل على توفير المساندة الاجتماعية لمرضى السرطان من قبل الأهل والأسرة وكذلك الأصدقاء بغض النظر عن الجنس أو الحالة الاجتماعية (أعزب - متزوج)؛ حيث إن ارتفاع مستوى المساندة الاجتماعية لهؤلاء المرضى يزيد من مستوى كل من كفاءتهم الذاتية في مواجهة المرض، وتوجههم الإيجابي نحو الحياة.
- إعداد برامج إرشادية لتعزيز الكفاءة الذاتية لمرضى السرطان في مواجهة المرض،

- ولتنمية التوجه الإيجابي نحو الحياة لديهم.
- إنشاء مؤسسات اجتماعية تدعم هذه الفئة من المرضى نفسياً ومادياً خاصةً في قطاع غزة حيث تتزايد نسبة الإصابة بهذا المرض عاماً بعد عام.
- تشجيع مشاركة مرضى السرطان في أنشطة المجتمع المختلفة كنوع من المساندة الاجتماعية لهم، وبهدف خلق توجه إيجابي نحو الحياة لديهم، وتنمية إحساسهم بالكفاءة الذاتية في مواجهة المرض من خلال هذه المشاركات.

#### المقترحات:

- إجراء أبحاث تتضمن متغيرات نفسية واجتماعية جديدة ذات أهمية في حياة هذه الشريحة من المرضى بهدف تطبيق برامج إرشادية تسعى إلى تطوير مستوى الكفاءة الذاتية في مواجهة المرض لدى مرضى السرطان، وتنمية التوجه الإيجابي لديهم نحو الحياة.
- إجراء أبحاث حول شرائح أخرى من المرضى (كمرضى الفشل الكلوي - ومرضى القلب).

## الملحق:

بسم الله الرحمن الرحيم

أخي الفاضل / أختي الفاضلة :

يرجى منك وضع إشارة (x) في الخانة التي تنطبق عليك فيما يلي:

- \* الجنس:  ذكر  أنثى
- \* مكان السكن:  ملك  إيجار
- \* الحالة الاجتماعية:  متزوج  غير متزوج
- \* المهنة:  موظف  عامل  بدون
- \* عدد سنوات الإصابة بالمرض: ..... سنة

كما يرجى منكم قراءة الفقرات التالية بدقة ووضع إشارة (x) أمام الاختيار الذي ينطبق عليك من الاختيارات الثلاثة التي أمامها، علماً بأنه ليست هناك إجابات صحيحة وأخرى خاطئة، فالإجابة الصحيحة هي التي تعبر عما يحدث معك بصدق، مع العلم أن الهدف من هذه الاستبانة هو البحث العلمي فقط.

شاكرين لكم حسن تعاونكم معنا.

م	الفقرة	درجة كبيرة	درجة متوسطة	درجة قليلة
1	يمنحني أصدقائي الدعم المعنوي الذي أحтаجه.			
2	يساعدني أصدقائي في بعض الأعمال التي أقوم بها.			
3	يساعدني أفراد أسرتي عندما أححتاج المساعدة.			
4	تعاملات أفراد أسرتي معي تجعلني أشعر بأهميتي.			
5	أشعر بوجود مساندة حقيقية لي في مرضي من أفراد أسرتي			
6	يتابع أفراد أسرتي أخباري المتعلقة بمرضِي.			
7	يقدم أصدقائي لي المساعدة المعنوية اللازمة لمواجهة مرضِي.			
8	يقدر أفراد أسرتي الجهد الذي أبذله في مواجهة مرضِي والتكيف معه.			
9	أشعر بالراحة عندما أطلب المساعدة من أسرتي.			



م	الفقرة	درجة كبيرة	درجة متوسطة	درجة قليلة
10	أناقش مشاكلي المتعلقة بالمرض مع أفراد أسرتي			
11	أشعر بأنني لم أخسر أصدقائي بسبب حالتي المرضية			
12	عندما تواجهني مشكلة تتعلق بمرضي أعتمد على أصدقائي لمساعدتي			
13	أشعر بأنني موضع اهتمام من أصدقائي المقربين بسبب مرضي			
14	يوجد أفراد ألقاً إليهم لمساعدتي عندما أشعر بعدم السعادة أو أواجه متاعب			
15	عندما أحبط من المرض يحاول أصدقائي التخفيف عني ورفع معنوياتي			
16	يحزن أفراد الأسرة عندما تتدهور حالتي الصحية.			
17	عندما أقضي يوماً شاقاً في المستشفى يحاول أفراد أسرتي التخفيف عني			
18	يساعدني أفراد أسرتي في قضاء حاجاتي الضرورية المرتبطة بمرضتي			
19	يزورني الأصدقاء دائماً ليطمئنوا على حالتي الصحية			
20	يشاركني الأهل والأقارب أفراحي وأحزاني			
21	يوجهني الأهل في تصويب أخطائي في تناول العلاج.			
22	يقدم لي أفراد الأسرة النصائح والإرشادات لتجنب تدهور حالتي الصحية			
23	ينصت لي الأصدقاء عندما أتحدث معهم عن مشكلة خاصة بمرضتي			
24	يراعي أصدقائي مشاعري ولا يهزئ بي			
25	أبوح بمتاعبي المتعلقة بالمرض لأهلي وأقاربي.			
26	يشعرنني أصدقائي بأهميتي في الحياة رغم مرضتي.			

م	الفقرة	درجة كبيرة	درجة متوسطة	درجة قليلة
27	أشعر بالارتياح عندما ينصحنني الأهل لمواجهة مشكلاتي في المرض			
28	يعطيني الأهل والأقارب تقودا عند الحاجة للعلاج			
29	يشترى لي الأهل ما أحتاجه من أشياء تلزمني في حياتي			
30	أقضي وقتا طيبا مع أهلي			
31	يمكنني طلب المساعدة من أهلي أو أقربائي عند الحاجة إليها			
32	تشعرني أسرتي بالرضا والقوة في مواجهة المرض			
33	يوجد في حياتي إنسان أعتبره مصدراً للارتياح			
34	يوجد في حياتي إنسان عزيز يهتم بمشاعري			
35	أثق في قدراتي لتحقيق الشفاء من المرض			
36	أنا قادر على أداء أعمالتي الحياتية بشكل جيد بعيدا عن التفكير بالمرض			
37	لا أجد صعوبة في تسيير أمور حياتي بسبب المرض			
38	أؤمن بأنني سأعود للشفاء من جديد			
39	أتعامل مع الآخرين كإنسان معافى من المرض			
40	لا أسمح لليأس أن يقتل الطموح والأمل لدي			
41	أرفض نظرات الشفقة من الآخرين بسبب مرضي			
42	أشعر أن مرضي لا يؤثر على طبيعة علاقاتي الاجتماعية بالآخرين			
43	أواجه المرض وأنا مرتاح لأنني أثق بقدرتي في التغلب عليه.			
44	أؤمن بأن هناك مصاعب كثيرة في الحياة أكثر من الإصابة بالمرض			
45	أتمكن من السيطرة على فكرة الإصابة بالمرض			
46	لا يصيبني الخوف الشديد عند دخول المستشفى			
47	أصر على تحقيق أهدافي في الحياة مهما واجهتني صعاب بسبب المرض			

م	الفقرة	بدرجة كبيرة	بدرجة متوسطة	بدرجة قليلة
48	يمكنني التغلب على جميع المشكلات المرضية التي تواجهني			
49	لا أشعر بالتعب والإرهاق عندما أتذكر المرض ونتائجه			
50	لدي قدرة وعزيمة على مواجهة المرض حتى الشفاء منه			
51	أنا قادر على الاستفادة من كل وقتي في أداء عمل مفيد			
52	لدى عزيمة وإرادة أقوى من معظم المرضى الآخرين			
53	أتوقع حدوث أمور حسنة حتى في الظروف الصعبة			
54	يمنعني المرض من تبادل العلاقات الاجتماعية مع الآخرين			
55	أنظر إلى الجانب المشرق أو الإيجابي من الأمور أو الأشياء			
56	أنا متفائل بالنسبة لمستقبلي			
57	أتوقع أن تسير الأمور في صالحني			
58	أشعر أن الأمور تتحقق بالطريقة التي أريدها			
59	أعتقد أن كل أمر صعب عبارة عن سحابة لن تستمر طويلا			
60	أتوقع حدوث أمور سيئة في معظم المواقف أو الأوقات			
61	لا يشعرني المرض باليأس والعجز			
62	يمنعني المرض من العيش كالآخرين			
63	أتوقع حدوث أمور سيئة لي بسبب مرضي حتى في الظروف العادية			
64	بالرغم من مرضي فإنني أمارس حياتي بشكل طبيعي			
65	أحاول نسيان فكرة المرض كي أتمكن من ممارسة الأنشطة الحياتية.			
66	بالرغم من زيارتي للمستشفى والطبيب إلا أنني قادر على مزاولة أعمالي			
67	تناولي للدواء بشكل مستمر يمنعني من العيش كالآخرين			
68	أجامل الآخرين في مناسباتهم بالرغم من إصابتي بالمرض			

## المراجع:

- أمين، آمال محمد فهمي. 2002. فعالية برنامج للمساندة الاجتماعية في تخفيف الاغتراب لدى عينة من الطالبات المقيمات بالمدن الجامعية، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة حلوان.
- الأنصاري، بدر محمد. 2002. إعداد صورة عربية لمقياس التوجه نحو الحياة بوصفه مقياسا للتفاؤل، مجلة العلوم الاجتماعية جامعة الكويت، 304، 776 - 812.
- الجريسي، محمد عبدالعزيز. 2003. الاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة بمحافظات غزة، وعلاقتها ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير غير منشورة، غزة: الجامعة الإسلامية.
- الحجار، بشير إبراهيم وأبو إسحق، سامي عوض. 2007. التوافق لدى مريضات الثدي بمحافظات غزة وعلاقته بمستوى الالتزام الديني ومتغيرات أخرى، مجلة الجامعة الإسلامية، سلسلة الدراسات الإنسانية، 15، 1، 561 - 592.
- حسن، عبدالحميد وكاظم، علي مهدي. 2003. التفاؤل والتشاؤم وعلاقتها بقلق الامتحان والدعم الاجتماعي، مجلة دراسات، العلوم التربوية، 302، 290-306.
- حسن، عزت عبدالحميد. 1996. المساندة الاجتماعية وضغط العمل وعلاقة كل منهما برضا المعلم عن العمل، رسالة دكتوراه، غير منشورة كلية التربية، جامعة الزقازيق.
- خليل، محمد بيومي. 1990. الاتجاه نحو الحياة وعلاقته بالصحة النفسية والسلوك التوافقي لدى بعض الشباب والمسنين، مجلة كلية التربية بطنطا، 1179، 92-93.
- الخواجة، جاسم محمد. 2000. علاقة الضغوط النفسية بالإصابة بالسرطان. مجلة دراسات نفسية، القاهرة: رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، 10، 2، 214 - 244.
- دياب، مروان عبدالله. 2006. دور المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط بين الأحداث الضاغطة والصحة النفسية للمراهقين الفلسطينيين، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
- رضا، هادي مختار. 2002. المساندة الاجتماعية وأثره على الرضا الوظيفي لدى الأخصائي الاجتماعي في المجتمع الكويتي، مجلة حوليات آداب عين شمس، العدد، 30، 144-166.

- سالم، محمد عبدالسلام. 2002. طبيعة فعالية الذات الأكاديمية لدى طلاب الجامعة، المؤتمر العلمي السنوي العاشر التربوية وقضايا التحديث والتنمية في الوطن العربي، الجزء الثاني - كتاب البحوث، كلية التربية جامعة حلوان، 13- 14 مارس ص 385-421.
- السمادوني، السيد إبراهيم. 1997. مقياس المساندة الاجتماعية، كراسة التعليمات، مجلة علم النفس، العدد 43، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- السنبلي، عبدالعزيز. 2005. تقنين مقياس مدى التكيف لدى الدارسين في مراكز محو الأمية وتعليم الكبار في مدينة الرياض، مجلة كلية التربية، جامعة الإمارات العربية المتحدة، 22، 1 - 43.
- شحنة، مروى مجمد. 2000. إدراك المساندة الاجتماعية وعلاقته بالوحدة النفسية لدى المسنين المتقاعدین، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة حلوان.
- شقيير، زينب محمود. 1995. دراسة مقارنة لكل من مستوى الطموح والاتجاه نحو الحياة لدى بعض الحالات من مرضى السرطان ومرض الفشل الكلوي مقارنة بالأصحاء، مجلة دراسات تربوية، 1079، 220 - 251، القاهرة: عالم الكتب.
- الشقييرات، محمد عبدالرحمن وأبو عين، يوسف زايد. 2001. علاقة المساندة الاجتماعية بمفهوم الذات لدى المعوقين جسديا، مجلة جامعة دمشق للعلوم التربوية، 173، 59- 88.
- الشناوي، محمد محروس وعبدالرحمن، محمد. 1994. المساندة الاجتماعية والصحة النفسية، مراجعة نظيرة ودراسات تطبيقية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- الصبوة، محمد نجيب. 2004. استراتيجيات المواجهة والتصدي التي يوظفها مرضى أورام المثانة السرطانية للتخفيف من حدة المشقة النفسية الناجمة عن الإصابة بالمرض، مجلة دراسات عربية في علم النفس، 13، 97- 169.
- عبدالخالق، أحمد محمد. 1994. الأبعاد الأساسية للشخصية. الطبعة الأولى، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

عبدالله، معتز. 2001. الإيثار والثقة والمساندة الاجتماعية كعوامل أساسية في دافعية الأفراد للانضمام للجماعة، مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، 101 57 - 125.

علي، عبدالسلام علي. 2000. المساندة الاجتماعية وأحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالتوافق مع الحياة الجامعية لدى طلاب المقيمين مع أسرهم والمقيمين في المدن الجامعية، مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، 6 53 - 22.

غازدا، جورج إم. و كورسيني، ريموند جي. ترجمة: حجاج، علي حسين و هنا، عطية محمود. 1986. نظريات التعلم، دراسة مقارنة، عالم المعرفة. 108 2. الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

غانم، محمد حسن. 2002. المساندة الاجتماعية المدركة وعلاقتها بالشعور بالوحدة النفسية والاكتمال لدى المسنين والمسنات المقيمين في مؤسسات إيواء وأسر طبيعية. مجلة دراسات عربية في علم النفس، 13، 35 - 89.

فرانكل، فيكتور. ترجمة: فوزي، يس. 1998. إرادة المعنى، أسس وتطبيقات العلاج بالمعنى. القاهرة: في دار زهراء الشرق.

فرج، صفوت. 1989. القياس النفسي. الطبعة الثانية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية. لنيديزاي و بول. ترجمة: فرج، صفوت. 2000. مرجع في علم النفس الإكلينيكي. القاهرة: في الأنجلو المصرية، 717-737.

مايكل أرجايل. ترجمة: يونس، فيصل عبد القادر. مراجعة: جلال، شوقي. 1993. سيكولوجية السعادة. عالم المعرفة، ع 175. الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

المدهون، عبدالكريم. 2004. المساندة الاجتماعية كما يدركها المعوقين حركيا بمحافظه غزة وعلاقتها بصحتهم النفسية، مجلة الإرشاد النفسي، القاهرة: جامعة عين شمس، العدد 18، 137-174.

مركز المعلومات الوطني الفلسطيني. 2010. الأوضاع الديموغرافية للسكان في فلسطين، غزة: الهيئة العامة للاستعلامات.

منتديات الحصن النفسي. 2006م. مقتبس من مقال للدكتور صلاح هارون في جريدة البلد المصرية، تاريخ الاسترجاع 2009/06/18م. على الرابط الإلكتروني:

(<http://bafree.net/alhisn/showthread.php?t=55630>)

Bandura, A. 1982. Self- efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*. 37(2):122-147.

Bandura, A. 1986. *Social Foundation of Thought and Action: A social Cognitive View*. N. L Prentice- Hall, Englewood Cliffs.

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

Cameron, Linda 2008. Illness risk representations and motivations to engage in protective behavior: the case of skin cancer risk. *Psychology and Health*. 23(1): 91-112.

Charles, A., Cohen-Charash, Yochi, and Kern, M. 2006. Measuring general self-efficacy: A comparison of three measures using item response theory. *Educational and Psychological Measurement*. 66(6): 1047-1063.

Cleeland, S.C.; Mendoze, T.R.; Wang, X.; Chou, C.; Harle, M.T.; Morrissey, M. and Engstrom, M. 2000. Assessing symptom distress in cancer patients. The M.D. Anderson Symptom Inventory. *Cancer*. 89(7): 1634 - 1648.

Cutrona, C., and Russell, D. 1990. Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching. 26-40. *In*: Sarason, B. R., Sarason, I. G. and Pierce, G. R. (Eds.) *Social Support : An interactional view*. Wiley, New York.

Dwyer, A.L. 2000. University student stress in relation to self- efficacy, social Support, and coping strategies. *Diss. Abst. Inter.*, 39 (5-A),1282.

Feldman, B., and Broussard, C.A. 2006. Men's Adjustment to Their Partners Breast Cancer: A Dyadic Coping Perspective, *Health and Social Work*, 31 (2), 117 - 127

Felton, A. 1996. Social Support, Self- Efficacy, and Sense of Coherence in African- American, Asian, and white college Students. *Diss, Abst. Inter.*, 57 (4-A), 1483.

- Hagedoorn, M., Sanderman, R., Bolks, H. N., Tuinstra, J. and Coyne, J. C. 2008. Distress in couples coping with cancer: A meta- analysis and critical review of role and gender Effects. *Psychological Bulletin*. 134(1): 1-30.
- Holland, Kathleen and Holahan, Carole. 2003. The relation of social support and coping to positive adaptation to breast cancer. *Psychology and Health*. 18(1): 15-29
- Huebert, Linda, Schwabish, S., Zevon, M., and Casasola, O. 2007. Adaptation theory and symptoms of post –traumatic stress disorder in cancer pain patients. *Oncology Nursing Forum*. 34(2): 577-580.
- Jacobsen, Juliet, Baohui, Z., Block, S., Maciejewski, P., and Prigerson, H. 2010. Distinguishing symptoms of grief and depression in a cohort of advanced cancer patients. *Death Studies*. 34(3): 257- 273.
- Kaplan, R.M., Patterson, T.L., and Sallies, J.F. 1993. *Health and Human Behavior*. McGraw- Hill, Inc., New York.
- Karanci, A., and Erkam, A. 2007. Variables related to stress – related growth among Turkish breast cancer patients. *Stress and Health Journal*. 23(5): 315-322
- Kawon, J. 2002. The effect of social support and self- efficacy on exercise behavior in older adults. *Diss. Abst. Inter.*, 63 (7- A), 2654.
- Kennedy, S., Kiecolt- Glaser, J.K, and Glaser, R. 1990. Social support, stress, and immune system. *In: Sarason, B. R., Sarason, I. G. and Pierce, G. R. (Eds.) Social Support : An interactional view*. Wiley, New York.
- Kurtz, M.E., Kurtz, J.C. 2001. Predictors of depressive symptomatology of geriatric patients with lung cancer. *Psycho Oncology*. 11(1): 12-22.
- Leake, R., Friend, R., and Wadhwa, N., 1999. Improving adjustment to chronic illness through strategic self- presentation: An experimental study on a renal dialysis unit. *Health Psychology*. 18(1): 54- 62.
- Lee, Kwan Min. 2000. MUD and self – efficacy. *Educational Media International*. 37(3): 177-183.
- Lepore, S. 1994. Social support. *Encyclopedia of Human Behavior*. (4): 247- 251.
- Mao, P., and He, J. (2000). The related factors of depression in patients with lung cancer. *Chinese Mental Health Journal*. 14(6): 417- 419.
- Martin Piquart, and Poul. R. 2005. Optimism, pessimism, and depressive symptoms in spouses of lung cancer patients. *Psychology and Health*. 20(5): 565 – 578.



- McQueen, Amy, Vernon, W. Meissner, H., and Rakowski, W. 2008. Risk Perceptions and worry about cancer : Does gender make a difference ? Center of Health Promotion and Prevention Research, University Of Texas. 13(1): 56-79.
- Michael P. Ryan. 2008. The antidepressant effects of Physical activating: Mediating self – esteem and self – efficacy mechanisms. *Psychology and Health*. 23(3): 279 - 307.
- Nausheen, Bina and Kamal, Anila. 2007. Familial social support and depression in breast cancer, an exploratory study on a Pakistani sample. *Psycho – oncology*. 16 (9): 859 - 862.
- Newby, F. E., and L. Schlebusch. 1996. Social support, self- efficacy and assertiveness as mediators of student stress. *Journal of Human Behavior*. 34(3-4): 61-69.
- Okuyama- Tora; and Tanaka, Keiko. 2001. Fatigue in ambulatory patients with advanced lung cancer: Prevalence correlated factors, and screening. *Journal of Pain and Symptom Management*. 32(1): 91-121.
- Pallant, J. 2000. Developmental and validation of a scale to measure perceived control of internal states. *Journal of Personality Assessment*. 75: 308- 337.
- Pickering, A. 1992. A qualitative study of high school graduates with learning Disabilities, the role of social support. Doctoral dissertation, the University of Utah. *Dissertation Abstracts International*, 53: 1125A
- Redd, W.H. 1995. Behavioral research in cancer as a model for health psychology. *Health Psychology*. 14(2): 99-100.
- Riggs, M.L., Warka, J., Babasa, I, Belan court, R., Hooker, S. 1994. Development and validation of self- efficacy and outcome expectancy scales for job related application. *Educational and Psychological Measurement*. 54: 793- 802.
- Rodin, Gray, Walsh, A., Zimmermann, K., Gagliese, L., Jones, J., Shepherd, F., Moore, M., Braun, M., Donner, A., and Mikulincer, M. 2007. The contribution of attachment security and social support to depressive Symptoms in patients with metastatic cancer. *Psycho-oncology*. 16(12): 1080-1091.
- Scheier, M.F., and Carver, C.S. 1985. Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*. 4: 219- 247.
- Schwarzer, R. 1994. Optimism, vulnerability, and self-beliefs as health related cognitions: A systematic overview. *Psychology and Health: An International Journal*. 9: 1616-1618.

- Sjolander, Cataria and Berter, Carina. 2008. The significance of social support and social network among newly diagnosed lung cancer patients in Sweden. *Nursing and Health Sciences*. 10(3): 182-187.
- Sloper, P., and S. Turner. 1993. Risk and resistance factors in adaptation of parent of children with severe physical disability. *Journal of child Psychology*. 34: 197-188.
- Taylor, S.W. and Aspinwall, L.G. 1993. Coping with chronic illness. 510- 531. *In: Goldberger, L. and Breznitz, S. (eds.) Hand book of Stress Theoretical and Aspects*. The Free Press, New York.
- Theorell, T., and Karasek, R. 1996. Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. *Journal of Occupational Health Psychology*. 1: 9-26.
- Tomarken, A. Holland, J., Schachter, S., Vanderwerker, L., Zuckerman, E., Nelson, C., Coups, E., Ramirez, P., and Prigerson, H. 2008. Factors of complicated grief pre-death in caregivers of cancer Patients. *Psycho-Oncology*. 17(2): 105 – 111.
- Tomberg, T. Toomela, A., Ennk, M., and Tikk, A. 2007. Changes in coping strategies, social support, optimism, and health-related quality of life following traumatic brain injury: A longitudinal study. *Brain Injury*. 21(5): 479 – 488.
- Tomberg, T., Toomela, A., Pulver, A., and Tikk, A. 2005. Coping strategies, social support, life orientation and Health-related quality of life following traumatic brain injury. *Brain Injury*. 19(14): 1181-1190.
- Towers, Richard. 2007. Providing psychological support for patients with cancer. *Nursing Standard*. 22(12): 50- 57.
- Wimberly, S. R., Carver, C., and Antoni, M. 2008. Effects of optimism, interpersonal relationships, and distress on psychosexual well-being among women with early stage breast cancer. *Psychology and Health*. 23(1): 57-72.
- Wood, R.E. and Bandura, A. 1989. Impact of conceptions of ability on self-regulatory mechanisms and complex decision making. *J. of Personality and Social Psychology*. 56: 407- 415.
- Zimmerman, B, and Pons, M. 1988. Construct validation of a strategy model of student self-regulated learning. *J. of Educational Psychology*. 80: 284- 290.
- Zabora, J., Brintzenhofeszc, K. 2001. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho Oncology*. 10(1): 19-28.
- Zvonkovic, Anisa, Schmeige, C. and Hall, L. 1994. Influence strategies used when couples make work-family decisions and their importance for marital satisfaction. *Family Relations*. 43(2):182-188.

## **Perceived Social Support Relationship with Disease Copping Self- Efficiency and Life Orientation of Cancer Patients in Gaza Strip**

**Yasera Mohammed Ayoub Abo Hadroos**

Education collage, Al Aqsa University  
Gaza Strip, Palestine

### **ABSTRACT**

The current study aimed to identify the nature of the relationship between perceived social support, with both of self-efficiency in coping disease, and life orientation of cancer patients in the Gaza Strip. It also aimed to test the significance of the previous variables in response to sex, educational level, and the number of years of illness. To achieve this goal, the researcher used three tools prepared by the researcher: the measure of perceived social support, the measure of self-efficiency in coping disease, and the measure of life orientation. The study sample consisted of (118) cancer patients, including (36) males and (82) females. The results of the study showed that there were no statistically significant differences in the level of perceived social support due to the sex variable. However, differences were found for number of years of illness, or educational level. The results of the study also showed that there was a positive correlation between the level of perceived social support, in one hand with both of the self-efficiency level in coping disease, and life orientation.

**Key Words:** Cancer patients, Gaza Strip, Self efficiency, Social support.