الدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي في ضوء بعض المتغيرات

حنان الشقران* و ياسمين رافع الكركي**

تاريخ تسلم البحث 16/9/2015 تاريخ قبوله 1/12/2015

ملخص: هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى الدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي في ضوء بعض المتغيرات. تكون أفراد الدراسة من (220) مريضة ممن يراجعن العيادات الخارجية، واللائي يشاركن في برنامج الدعم النفسي واللائي تحت العلاج في مركز الحسين للسرطان في العاصمة عمان. ولتحقيق أهداف الدراسة أعدت الباحثتان مقياس الدعم الاجتماعي المدرك. أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي كان مرتفعاً، ووجود فرق دال إحصائياً بين المتوسطات الحسابية للدعم الاجتماعي المدرك تعزى لكل من المتغيرين (الحالة الاجتماعية، ومدة الإصابة بالمرض).كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين المتوسطات الحسابية للدعم الاجتماعي المدرك تعزى لمتغيرات (العمر، والمستوى التعليمي، ومرحلة العلاج).

الكلمات المفتاحية: سرطان الثدي، الدعم الاجتماعي المدرك.

Perceived Social Support among Breast Cancer Patients in the light of some Variabels

Hanan Al-shagran, *Yarmouk University,Irbid- Jordan.*
Yasmin Al-karaki, *Jordan University Hospital, Amman- Jordan.*

Abstract: This study aimed to reveal the level of the perceived social support of breast cancer patients. The sample of the study consisted of (220) patients who attend antenatal clinics and who participate in psychological support program and under treatment at King Hussein Cancer Center in the capital Amman. To achieve the objectives of the study the researchers prepared a scale of perceived social support. The results of the study showed that statistically significant difference between the means of the perceived social support due to all of the following variables (marital status, duration of the disease) and level of perceived social support on the overall scale was high. Wheras, there were no statistical difference attributed to:(age, education level, and stage of therapy).

Keywords: Perceived social support, Breast cancer.

مقدمة: يواجه الإنسان في حياته العديد من المواقف التي قد تتضمن خبرات غير مرغوب بها، وربما تكون مواقف مهددة لحياته؛ فتتعرض رفاهيته وحياته للخطر نتيجة لذلك، فالأمراض المزمنة، كمرض السرطان- الذي يعد أبرز الأحداث الحياتية الضاغطة- التي لها علاقة بالإصابة بالاضطرابات النفسية والجسمية.

ويصنَّف سرطان الثدي في مقدمة أمراض السرطان المتنوعة، التي تصيب النساء في البلدان المتقدمة والنامية على حدّ سواء. وعلى الرغم من وجود الأساليب الوقائية للحدّ من بعض مخاطر الإصابة بسرطان الثدي، إلا أن تلك الأساليب لا يمكنها التخلّص من معظم الحالات؛ إذ توجد حالات لا يُجرى تشخيصها إلاّ في مراحل متأخّرة (منظمة الصحة العالمية،2014).

ويعد سرطان الثدي في المملكة الأردنية الهاشمية الأكثر انتشاراً لدى الإناث؛ حيث يتراوح معدل عمر إصابة الإناث به ما بين (45-50) عاماً، بينما يتراوح معدل عمر الإناث المصابات في الغرب بين (60-65) عاماً، ومن المحتمل انتشاره بين فئات عمرية أصغر (السجل الوطني الأردني،2011).

ويهدد سرطان الثدي حياة المريضة؛ حيث يسبب لها حالة من الخوف والقلق والحزن، وبهذا يصعب رؤية مريضة سرطان الثدي مستقرة نفسياً، بل تبقى في حالة اضطراب نفسي مستمر جراء التفكير الدائم بالمرض والنتائج المتوقعة. كما يؤثر المرض عليها في إقامة علاقات تواصل اجتماعي مع المحيطين بها، نتيجة الحساسية الزائدة، وشعورها بالخجل والإحراج جراء استئصال أحد ثدييها أو كليهما، وهذا الأمر لا ينعكس على المحيطين بها فقط، بل على العلاقة الزوجية أيضاً؛ لما يحدثه من فجوة بين الزوجين بسبب شعور المريضة بفقدان الثقة بالنفس، ورفض الذات (الكركي، 2014). ومن المحتمل أن تواجه المريضة أيضاً بعض المشكلات الاجتماعية التي قد تدخلها في حالة من عدم المقدرة على المواجهة، والهروب من نظرات الشفقة من الآخرين، فتسبب لها العزلة والشعور بالوحدة، لذا على الأسرة أن تظهر الدعم والمساندة للمريضة (Kleponis, 2006).

وحسب أحدث إحصائيات السجل الوطني الأردني للسرطان، فقد تم في الأردن تشخيص (765) حالة إصابة بسرطان الثدي في عام (2006)؛ إذ تشكل الإناث (749) حالة من المجموع الكلي؛ أي ما نسبته (18.2%) من إجمالي حالات السرطان المكتشفة. ويحتل سرطان الثدي المرتبة الأولى للإصابة بالمرض بين الإناث؛ أي ما نسبته (34.8%) من مجموع أنواع السرطان الذي يصيب الإناث (البرنامج الاردني لسرطان الثدي، 2014).

* قسم علم النفس الإرشادي والتربوي، جامعة اليرموك، إربد، الأردن.
** مستشفى الجامعة الاردنية.
© حقوق الطبع محفوظة لجامعة اليرموك، إربد، الأردن.

وتعرف جمعية السرطان الأميركية (American Cancer Society, 2014) سرطان الثدي بأنه: ورم خبيث يسبب نمواً غير طبيعي لخلايا الثدي، وعادةً ما يظهر في القنوات والغدد الحليبية للثدي، ويمكن أن ينتشر إلى الأنسجة المحيطة به، أو إلى أي منطقة في الجسم، ويحدث سرطان الثدي غالباً لدى النساء، وقد يحدث أحياناً لدى الرجال.

وتعرّفه منظمة سرطان الثدي (Breast Cancer Organization, 2013) بأنه: نمو غير منتظم لخلايا الثدي، ناتج عن طفرات أو تغيرات غير طبيعية في الجينات المسؤولة عن تنظيم نمو الخلايا، والحفاظ على صحتها.

ولغاية الآن، لم يتم الوصول إلى السبب الرئيس للإصابة بسرطان الثدي، إلا أن هناك بعض العوامل التي تزيد من فرصة الإصابة بالمرض، كالعامل الوراثي؛ فالنساء اللائي لديهن تاريخ عائلي بالإصابة بالمرض قد تزيد فرصة الإصابة لديهن؛ إضافة إلى عوامل أخرى متعددة كالعمر؛ إذ تزيد فرصة الإصابة بالمرض لدى النساء فوق عمر (40) سنة، بالإضافة إلى التاريخ المرضي؛ حيث تزيد فرصة الإصابة لدى النساء اللائي أصبن بأورام حميدة في الثدي، إضافة إلى عدم الإنجاب، أو إنجاب أول طفل في سن متأخرة (بعد سن 30)، وبدء الحيض لدى المرأة في سن مبكرة (قبل سن 12)، أو التأخر في انقطاع الحيض (بعد سن 55)، فهذه أيضاً من العوامل التي قد تزيد من فرصة الإصابة بالمرض، بالإضافة إلى التعرض لكميات مفرطة من الأشعة، وخصوصًا في مرحلة الطفولة المبكرة، ومرحلة المراهقة، وغيرها من العوامل الأخرى كالسمنة المفرطة، وتناول الهرمونات التعويضية، والتدخين، وشرب الكحول (Smeltzer, Bare, Hinkle & Cheever, 2008).

وينطوي تشخيص سرطان الثدي عادةً على اختبار ثلاثي، وهذا يشمل: الفحص السريري للثدي، وصورا إشعاعية بجهاز التصوير الإشعاعي الماموجرام (Mammogram)، أو التصوير بالموجات ما فوق الصوتية (Ultrasound)، يليها أخذ عينة من الأنسجة (Biopsy) من الثدي لفحصها تحت المايكروسكوب. وتجرى اختبارات أخرى، مثل: اختبارات الدم، أو مسح العظام، حيث يجرى في حال أشارت الأعراض إلى أن السرطان قد انتشر خارج الثدي. أما فيما يخص التصوير بالرنين المغناطيسي (Magnatic Resonanace Image) فيُقترح في حالة تقييم مدى انتشار المرض في بعض الحالات (Cancer Australia, 2013).

وترى روزنثال (Rosnthal, 2001) أن سرطان الثدي يقسم لعدة مراحل، وكل مرحلة منها تعطي فكرة عن مدى انتشار المرض، ونسبة الشفاء المرجوة في هذه المرحلة، بالإضافة إلى طرق العلاج الخاصة بها، وهذه المراحل هي:

المرحلة الصفرية (Zero Stage): وتعني هذه المرحلة أن الورم في مرحلة مبكرة جداً؛ وتتراوح نسبة الشفاء من المرض ما بين (98%-99%). **والمرحلة الأولى (First Stage):** وحجم الورم فيها يكون حوالي (2 سم)، ونسبة الشفاء منه تكون ما بين (85%-90%)، ويكون العلاج في هذه المرحلة بالجراحة. **والمرحلة الثانية (Second Stage):** ويتراوح حجم الورم هنا ما بين (2-5 سم)، ولكن الورم يكون قد انتشر إلى العقد الليمفاوية الموجودة تحت إبط الثدي المصاب، ونسبة الشفاء في هذه المرحلة هي (66%)، ويتمثل العلاج بالجراحة، أو الجمع ما بين الجراحة والعلاج الإشعاعي، يليهما العلاج الكيميائي، أو العلاج الهرموني، أو الاثنان معاً. **والمرحلة الثالثة (Third Stage):** وتعد هذه المرحلة من المراحل المتقدمة للمرض، ويكون حجم الورم (أكبر من 5 سم)، والغدد اللمفاوية ملتصقة مع بعضها بعضاً وبالنسيج المحيط، ولكن الورم لم ينتشر بعد إلى أماكن بعيدة في الجسم, ونسبة الشفاء (50%). ويكون العلاج في هذه المرحلة من خلال الاستئصال الموضعي بالأشعة المناسبة، أو العلاج الكيميائي، أو العلاج الهرموني. **والمرحلة الرابعة (Fourth Stage):** وهي مرحلة متقدمة جداً من المرض؛ أي أن الورم قد انتشر إلى أنسجة أخرى كالعظام أو الكبد أو الرئتين أو الدماغ أو الثدي المقابل، ونسبة الشفاء لا تتجاوز (10%)، أي لمدة خمس سنوات من الحياة. ويتمثل العلاج في هذه المرحلة في العلاج الكيميائي أو العلاج الهرموني أو الاثنين معاً؛ بهدف تحطيم الخلايا السرطانية، والسيطرة عليها، والحد من انتشارها.

ويكون علاج سرطان الثدي بالجراحة، أو بالأشعة، أو بالعلاج الكيميائي، أو جميعها معاً، ويعتمد ذلك على مرحلة اكتشاف المرض؛ إذ إن النسبة المئوية لنجاح العلاج من المرض تقاس للمريضات اللائي يبقين خمس سنوات على قيد الحياة بعد بداية العلاج. ويمكن اعتبار أن أغلبهن قد تعافين من المرض ممن يبقين على قيد الحياة لتلك الفترة، وهي خمس سنوات (كوبر، 2004).

الدعم الاجتماعي المدرك Perceived Social Support)).

يؤدي الدعم الاجتماعي دوراً هاماً في تحسن الصحة النفسية والعاطفية للفرد، وذلك في التغلب على الضغوط النفسية والاجتماعية التي تنتج عن ظروف ومشكلات ومصاعب الحياة، وكذلك يحقق الاستقرار النفسي، والرضا عن الحياة، بالإضافة إلى السعادة التي يحققها وما يقدمه من تأثيرات إيجابية على الفرد.

وفي الآونة الأخيرة اتخذ الإرشاد النفسي منحى آخر في دراسة البيئة الاجتماعية، ودورها في توفير الدعم والمساندة للفرد. وتعد الأسرة، والأهل، والزملاء، والأقارب، والجيران، وغيرهم من أعضاء المجتمع الذين لهم حيز مهم في حياة الفرد مصادر غير رسمية من البيئة الاجتماعية، يستطيع الفرد اللجوء إليها في أي وقت طلباً للمساعدة. ويتكون الدعم الاجتماعي من المساعدة، والمؤازرة المادية، والعاطفية، والمعنوية، والمعلوماتية، والمجتمعية التي يحصل عليها الفرد من خلال تعاملاته وعلاقاته الاجتماعية مع الأفراد المحيطين به، ومن المصادر المتاحة في بيئته الاجتماعية (Hadeed & El-Bassel, 2006).

وقد تناول عدد من الباحثين والعلماء مفهوم الدعم الاجتماعي من حيث تعريفه، وعناصره، وقياسه، وإن كان هناك تباين في الآراء حول مفهوم الدعم الاجتماعي، إلا أن معظم هذه المفاهيم اتفقت على أن مضمون مفهوم الدعم الاجتماعي يشمل مكونين أساسيين: الأول أن يدرك الفرد وجود الأشخاص الكافين في شبكة علاقاته الاجتماعية، يمكنه الرجوع إليهم، والاستناد عليهم لدى الحاجة، والثاني أن يكون لدى الفرد درجة معقولة من الرضا والقناعة عن الدعم المتاح والمقدم له (Sarason, Levine,Basham & Sarason, 1983)

وعرّف هاوس (House) المشار إليه في (Vaxus, 1988; pearson, 1990) الدعم الاجتماعي بأنه: مصدر أساسي يعمل على تخفيف الآثار النفسية والجسدية الضارة الناجمة من الأنواع المختلفة من الضغوطات البيئية خلال دوره في إزالة وتقليل العوامل السلبية، وتحسين الصحة النفسية، وتوفير مصادر تساعد في وقاية الفرد وعزله عن تلك التأثيرات السلبية.

وقد عرّفه كوب (Cobb, 1976) بأنه: تزويد الفرد بالمعلومة التي تمكنه من الاعتقاد بأنه يتمتع بالحب والقبول والتقدير والاحترام، وأنه جزء من شبكة اجتماعية تقدم لأفرادها التزامات متبادلة.

وتعرف الباحثتان الدعم الاجتماعي المدرك في ضوء ما سبق من التعريفات بأنه: حصول الفرد على الرعاية، والاهتمام، والحب، والتقدير، والاحترام من شبكته الاجتماعية المحيطة به، كالأهل، والزوج، والأبناء، والأقارب، والأصدقاء، وزملاء العمل.

ويتضمن الدعم الاجتماعي عدداً من الأبعاد، وهذا ما أشار إليه ستاجس ولونج وماسون وكرشنان وريجر (Stages, Long, Mason, Krishnan, & Riger, 2007) ، وكوهين وولز المشار إليه في حداد (1989)؛ إذ إن الدعم الاجتماعي يتكون من الأبعاد الآتية:

أولاً: الدعم العاطفي: ويشمل تقديم المودة والطمأنينة للفرد، والحب، والاهتمام، والإحساس بمشاعره، والثقة به.

ثانياً: الدعم المادي: ويتضمن تقديم المساعدات المادية المباشرة، وغير المباشرة، والخدمات الضرورية للفرد، وغيرها من القروض والسلع.

ثالثاً: الدعم المعلوماتي: ويشير إلى تقديم المعلومات والنصائح التي تساعد الفرد على فهم مشكلاته، والقدرة على التعامل معها، ثم حلها، بالإضافة إلى التغذية الراجعة التي يتم من خلالها تقويم الأعمال التي يقوم بها الفرد، وتقديم تغذية راجعة يستطيع الاستفادة منها في حياته المستقبلية عند مواجهته لضغوط وأزمات حياتية.

رابعاً: شبكة الدعم الاجتماعي: ويقصد بها الدعم المتنوع المقدم من الشبكة الاجتماعية غير الرسمية للفرد المتمثلة بالأهل، والأصدقاء، والجيران، والأقرباء، وغيرهم من أعضاء المجتمع الذين لهم أهمية خاصة في حياة الفرد.

خامساً: تشجيع الآخرين: ويتضمن شعور الفرد بمديح الآخرين وتقديرهم واحترامهم، وتشجيعهم له، وأنه موضع محبتهم ومقبول لديهم.

ويمكن أن تؤدي البيئة الاجتماعية دوراً مهماً في تحديد قدرة مرضى السرطان للتعايش مع مرضهم، إذ يمكن أن تعزز البيئة الاجتماعية الصحة، وتعمل على حماية الأشخاص من الآثار الضارة لأحداث الحياة الضاغطة، مثل السرطان، بالإضافة إلى ذلك، فإن وجود مستويات عالية من الدعم الاجتماعي يعمل على حماية الشخص من الآثار السلبية لأحداث الحياة الضاغطة؛ فقد كشفت بعض الدراسات أن مرضى السرطان الذين كانوا قادرين على الحفاظ على علاقات وثيقة مع الآخرين، بدوا أكثر تكيُّفاً على نحو أفضل مع مرضهم وعلاجه من أولئك الذين ليس لديهم علاقات داعمة (Helgeson, & Cohens, 1996; Cutrona, Russel, & Rose, 1986; Revenson, Wollman & Felton, 1983).

ويعد الدعم الاجتماعي تدخلاً نفسياً واجتماعياً مهماً لمريضات سرطان الثدي فيما يتعلق بالتكيف النفسي، والعلاج الوظيفي، والأعراض المرتبطة بالمرض، مثل الغثيان والألم، بالإضافة إلى التأقلم مع الوضع الجديد والحفاظ على الثقة بالنفس وتعزيز التكيف مع المرض (Compas, & Luecken, 2002; Rendle, 1997). فقد أظهرت المريضات اللواتي قُدّم إليهن دعم اجتماعي مستوى مرتفعا في التكيف مع الحياة المرضية، وتحسنا في الحالة الصحية (Savetina & Nastran, 2012).

ويوفر الأدب النظري أدلة قوية على أن الدعم المقدم من العلاقات الاجتماعية مع الآخرين خاصة من الأسرة والأصدقاء المقربين يعمل على تعزيز الوضع النفسي لدى الفرد، والتقليل من حاجة الفرد للشعور بالتماسك والانتماء، وبالتالي مواجهة الشعور بالوحدة. ومن ناحية أخرى، فإن عدم وجود علاقات اجتماعية إيجابية تؤدي إلى حالة نفسية سلبية، مثل القلق أو الاكتئاب؛ أي أن الحالة النفسية تؤثر في نهاية المطاف على الصحة البدنية سواء من خلال التأثير المباشر على العمليات الفسيولوجية التي تؤثر على الاستعداد للإصابة بالأمراض، أم من خلال الأنماط السلوكية التي تزيد من خطر الاصابة بالمرض والتعرض للموت (Cohen & Wills,1985; Bisschop, Kriegsman, Beekman, & Deeg, 2004). وقد أكدت النتائج التي توصل اليها سيك إيوم وزملاؤه (Sick- Eom et al., 2013) أن الدعم الاجتماعي كان مرتبطا بمستوى الاكتئاب، ونوعية الحياة، والصحة العامة لدى عينة من مريضات سرطان الثدي.

ويمكن أن يساعد الدعم الاجتماعي النساء المصابات بسرطان الثدي في عدد من الطرق المختلفة، ومن هذه الطرق:

1. المودة (شعور المريضة بالقرب العاطفي والأمن، وعادة ما تقدم من الزوج).
2. الاندماج الاجتماعي (شعور المريضة بالانتماء إلى مجموعة من الناس الذين يشتركون بالمصالح والاهتمامات، وعادة ما يتم الحصول عليه من الأصدقاء).
3. القيمة (تقدير الذات): تشير إلى اعتراف الآخرين بكفاءة ومهارة المريضة، وعادة ما يتم الحصول عليه من زملاء العمل.
4. التحالف الموثوق: اعتماد المريضة على الآخرين للحصول على المساعدة تحت أي ظرف من الظروف، وعادة ما يتم الحصول عليها من أفراد الأسرة.
5. التوجيه (المشورة والمعلومات): وعادةً ما يتم الحصول عليها من المعلمين والموجهين أو الوالدين.
6. الفرصة للتنشئة: شعور المريضة بالمسؤولية تجاه الآخرين، وعادة ما يتم الحصول عليها من أحد الأبناء (Cutrona, Russell & Rose, 1986).

هذا وتؤدي كل من الأسرة والمجتمع دوراً كبيراً في مواجهة آثار سرطان الثدي، والتقليل من آثاره النفسية على المريضة؛ فإصابة الأم أو الزوجة أو الابنة أو الأخت بالمرض له الأثر الكبير على جميع أفراد الأسرة؛ إذ يتمثل دور الأسرة في تقديم الدعم والمساندة والتشجيع لمواجهة المرض من خلال الاهتمام بالمريضة، وإبعادها عما تعانيه من قلق وتوتر، وإسهام الزوج في رفع معنويات الزوجة، واحتوائها، ودعمها يسهم في زيادة قدرتها على التغلب ومواجهة المرض (العزة, 2000؛ مديرية مكافحة السرطان، 2006). فالتماسك الأسري الإيجابي والمرونة الأسرية يدعمان تكيف المريضة، ويحسنان حالتها النفسية (Savetina & Nastran, 2012).

وعلى صعيد الجهد البحثي، فقد أجريت دراسات متعددة، تناولت الدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي، حيث أجرى هيجر وآخرون (Heijer et al., 2011) دراسة في هولندا بعنوان "المعاناة النفسية لدى النساء المعرضات للخطر الوراثي للإصابة بسرطان الثدي: دور الأسرة والدعم الاجتماعي المدرك". تكونت عينة الدراسة من (222) امرأة معرضة لخطر الإصابة بسرطان الثدي وراثيًا. أشارت النتائج من خلال الاتصالات المفتوحة مع الأسرة حول الخوف من وراثة السرطان بشكل عام, بأنها كانت عموماً أقل من سرطان الثدي بشكل خاص، بالإضافة إلى ذلك بينت النتائج أن الدعم الاجتماعي الذي تدركه النساء من قبل الأسرة والأصدقاء كان مرتبطاً بشكل غير مباشر بقلق أقل بوراثة الإصابة بالسرطان بشكل عام من وراثة الإصابة بسرطان الثدي بشكل خاص.

وأجرى كوسون جيلي وبروجون سجويتزر واتزني (Cousson-Gélie, Bruchon-Schweitzer, & Atzeni, 2011) دراسة في فرنسا هدفت التعرف إلى آثار التدخل النفسي والاجتماعي في تغيير ردود الفعل على السرطان، ونوعية الحياة. تكونت عينة الدراسة من (66) مريضة من مريضات سرطان الثدي المبكر، قسمن إلى مجموعة التدخل الخاصة، ومجموعة الدعم، ومجموعة التحكم التي تألفت من المرضى الذين رفضوا المشاركة في التدخل النفسي. وتم أخذ المتغيرات التالية: الدعم الاجتماعي، والتحكم المدرك وكبت العواطف، واستراتيجيات المواجهة، والاضطراب العاطفي، ونوعية الحياة لتقييمها قبل أسبوع واحد من التدخل النفسي. وعند نهاية التدخل النفسي، أظهرت النتائج أن مجموعة التدخل الخاصة لاحظت تعديلاً ملحوظاً لنوعية الحياة أو العلامات النفسية، في حين كان المرضى في مجموعة الدعم أكثر جودة للحياة العاطفية، واستخدام صفات السببية الداخلية، والتقليل من مرضهم بعد التدخل النفسي والاجتماعي مقارنة مع المرضى في مجموعة التحكم.

وهدفت دراسة سفيتينا وناستران (Savetina & Nastran, 2012) التي أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية التعرف إلى جوانب العلاقات الأسرية؛ المرونة، والتماسك، والتواصل، والرضا عن الحياة لدى عينة من المصابات بسرطان الثدي. تكونت عينة الدراسة من (190) امرأة مصابة بسرطان الثدي بعمر يتراوح بين (31-38) سنة، وشملت العينة فئات من المستويات التعليمية المختلفة، وتم استخدام مقياس العلاقات الأسرية الذي طوره أولسون وآخرون (2006). أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية سلبية بين المتغيرات الديموغرافية للمرأة والتكيف مع الحياة المرضية، كما بينت الدراسة أن التماسك الأسري الإيجابي والمرونة الأسرية يدعمان تكيف المرأة، ويحسنان من حالتها النفسية إذا ما تم توجيهها بطريقة صحيحة.

وأجرى دراجيست (Drageset, 2012) دراسة في النرويج بعنوان "الضيق النفسي، والتكيف والدعم الاجتماعي في مرحلة التشخيص وقبل الجراحة لسرطان الثدي". تكونت عينة الدراسة من (21) سيدة من النساء المصابات بسرطان الثدي تم تشخيصهن حديثاً قبل الجراحة. أظهرت النتائج أن الدعم الاجتماعي كان مرتبطاً بشكل إيجابي بالتكيف الموجه الفعال الذي يركز على العاطفة الموجهة، ولا علاقة له بآليات الدفاع المعرفية، وآليات الدفاع العدائية، وكانت مستويات التعليم العالي تتعلق بالتوسع باستخدام التكيف الموجه الفعال، وتشير إلى أن العاطلة عن العمل، وكونها (عزباء, أو مطلقة, أو أرملة) مرتبطة بزيادة استخدام آليات الدفاع المعرفية، وكان المستوى التعليمي المساهم الأكثر أهمية لتقديم الدعم الاجتماعي. وأظهرت النتائج أيضاً أن التواصل مع الدعم الاجتماعي كان متاحاً بتقديم الدعم والمعلومات والمشورة والرعاية ووجود المقربين، مع العلم أن كل من الأسرة والرعاية الصحية والمعلومات المهنية والاتصال المهني، زاد الشعور بالأمن، وأعطى الدعم الاجتماعي قوة.

في حين أجرى واترس وليو وسكوتمان وجيف (Waters, Liu, Schootman, & Jeffe, 2013) دراسة في الولايات المتحدة

الأمريكية بعنوان "القلق حول تطور مرض السرطان والدعم الاجتماعي المتدني المدرك: الآثار المترتبة على نوعية الحياة بين مريضات المرحلة المبكرة من سرطان الثدي". تكونت عينة الدراسة من (480) مريضة ناجية من سرطان الثدي في مراحله المبكرة، تم اختبارهن على فترة (6) أشهر حول قلقهن من تطور السرطان، وطبيعة الدعم الاجتماعي المدرك، و(6-12) شهراً حول نوعية الحياة بعد إجرائهن العملية الجراحية النهائية و(24) شهراً من المتابعة. أظهرت نتائج الدراسة أنه بعد مرور (6) أشهر من إجراء الجراحة يكون القلق عالياً، ونوعية الحياة سيئة، بالإضافة إلى تدني الدعم الاجتماعي المدرك. وأشارت النتائج أيضاً إلى أن الناجيات من سرطان الثدي في مراحله المبكرة اللائي يقلقن حول تطور السرطان، أو لديهن انخفاض الدعم الاجتماعي قد يواجهن مستويات أقل من نوعية الحياة التي يمكن أن يستغرق عدة أشهر لحلها.

وقام يلدريم وباتماز (Yildirim & Batmaz, 2013) بدراسة في تركيا بعنوان "الحالة النفسية والدعم الاجتماعي المدرك للنساء اللائي خضعن لعملية جراحية للثدي". تكونت عينة الدراسة من (100) امرأة ممن شخصت إصابتهن بسرطان الثدي، وقد تم إجراء عمليات جراحية لهن، وإعطاؤهن علاجا كيميائيا أو إشعاعيا. أظهرت نتائج الدراسة أن (63%) من النساء لم يسمعن الكثير من المعلومات عن سرطان الثدي، وثلاثة أرباعهن لم يقمن بالفحص الذاتي للثدي بشكل منتظم قبل أن يتم تشخيصه. ولم تظهر النتائج فروقا ذات دلالة إحصائية بين استئصال الثدي الكلي والجراحة التجميلية للثدي من حيث الحالة النفسية والدعم الاجتماعي المدرك، وقد لوحظ أن الآثار الجانبية للعلاج الكيميائي والعلاج الإشعاعي تترافق مع تغيرات في الحالة النفسية والدعم الاجتماعي المدرك، والنساء اللائي تأثرن نفسياً من الجراحة شهدن تغييرات في حياتهن الجنسية، وتغييرا في شكل ملابسهن، وكذلك وضع سيليكون الثدي الاصطناعي في الملابس الداخلية لتقليل آثار الجراحة على مظهرهن.

وأجرى كرونك وآخرون (Kroenke et al., 2013) دراسة في الولايات المتحدة الأمريكية هدفت إلى معرفة كيفية تأثير العلاقات الاجتماعية على نوعية الحياة لدى مريضات سرطان الثدي. تكونت عينة الدراسة من (3139) سيدة مصابة بسرطان الثدي. أظهرت نتائج الدراسة أن السيدات المنعزلات اجتماعياً لديهن تدن في نوعية الحياة، والصحة الجسدية، والحياة الاجتماعية، والحالة العاطفية، ووجود أعراض سرطان الثدي بشكل أكبر مقارنة بالسيدات المتكاملات اجتماعياً، وأشارت النتائج أيضاً أن الشبكات الاجتماعية الكبيرة والدعم الاجتماعي الكبير ترتبط بنوعية حياة عالية بعد مرحلة التشخيص بسرطان الثدي.

ومن جانب آخر أجرى تل وساري وآيدن (Tel, Aydin, Sari, & 2013) دراسة في تركيا هدفت إلى تحديد مدى الدعم الاجتماعي والاكتئاب على مريضات سرطان الثدي. تكونت عينة الدراسة من (90) مريضة من مريضات سرطان الثدي. أظهرت نتائج الدراسة أن هناك علاقة ارتباطية إيجابية بين عمر المريضة والدعم الاجتماعي الكلي، كالدعم الأسري وأنواع الدعم الأخرى، وأن هناك علاقة ارتباطية بين العمر والاكتئاب، وأن المريضات المقدم لهن دعم من موظفي الرعاية الصحية فقط، ولديهن دعم أسري قليل، لديهن مستوى الاكتئاب مرتفع، أما المريضات اللائي يعتقدن أنهن سوف يتعافين من المرض مستقبلاً فلديهن مستوى متدن من الاكتئاب، كما أظهرت النتائج أن المريضات العازبات لديهن دعم أسري أقل، والدعم الاجتماعي الكلي لديهن قليل مقارنة بالمريضات المتزوجات.

كما هدفت دراسة سالونن وآخرين(Salonen et al., 2013) التي أجريت في فنلندا إلى معرفة الدعم الاجتماعي المقدم من الشبكة الاجتماعية، ومن الممرضين، ونوعية الحياة خلال ستة أشهر من اكتشاف المرض لدى مريضات سرطان الثدي. تكونت عينة الدراسة من (164) مريضة بسرطان الثدي، قسمت إلى مجموعة تجريبية (85) مريضة ومجموعة ضابطة (79) مريضة. أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الدعم الاجتماعي المقدم من قبل الممرضين لكلا المجموعتين، وأن الدعم الاجتماعي له تأثير على الوظيفة الجنسية، ونوعية الحياة، والصحة.

وأجرى سيك إيوم وآخرون (Sick- Eom et al., 2013) دراسة في كوريا الجنوبية، هدفت إلى معرفة كيفية ارتباط الدعم الاجتماعي المدرك بالاكتئاب، ونوعية الحياة لدى مرضى السرطان. تكونت عينة الدراسة من (1930) مريض سرطان. أظهرت نتائج الدراسة أن الدعم الاجتماعي المدرك المنخفض مرتبط بمستوى عال من الاكتئاب، وانخفاض في الوظائف العاطفية والجسدية والعقلية للمريض، وأن الأشخاص الذين لديهم دعم اجتماعي منخفض لديهم نوعية حياة منخفضة وصحة عامة منخفضة.

أما بخصوص الدراسات العربية التي تناولت الدعم الاجتماعي المدرك لدى مرضى السرطان, فقد جاءت دراسة خميسة (2013) التي أجرتها في ولاية باتنة في الجزائر؛ بهدف الكشف عن طبيعة العلاقة القائمة بين الاستجابة المناعية ومتغيري الدعم الاجتماعي المدرك, والرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان لدى عينة تكونت من (60) مريضاً. قامت الباحثة بتطبيق اختبار الدعم الاجتماعي المدرك ل "Zimet"، واختبار الرضا عن الحياة، بالإضافة الى اختبار الغلوبيلينات المناعي. توصلت نتائج الدراسة إلى عدم وجود علاقة ارتباطية بين معدل الغلوبيلين المناعي ودرجة كل من الدعم الاجتماعي المدرك والرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان. كما وجدت علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين درجة الدعم الاجتماعي ودرجة الرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان. وتوصلت الدراسة أيضا إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية حسب متغيري الجنس، والحالة الاجتماعية، ودرجة كل من الدعم الاجتماعي المدرك والرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان.

وقام أوزلات وأياز وكوناج وأوزكان (Ozolat, Ayaz, konag, & Ozkan, 2014) بدراسة في تركيا هدفت التعرف إلى دور التكيف النفسي والاجتماعي، واستكشاف التعديلات الاجتماعية والنفسية والطبية، والالتزام لمرضى السرطان. تكونت عينة الدراسة من (68) مريضا ومريضة، تتراوح أعمارهم بين (18–74) سنة. أظهرت نتائج الدراسة أن الانطوائية ناتجة عن صعوبة في العلاقات الاجتماعية وزيادة في التوتر النفسي بعد تشخيص السرطان. وأظهرت النتائج كذلك أن الأشخاص المقدم لهم دعم اجتماعي كبير أكثر دراية بالعناية الصحية من الأشخاص المقدم لهم دعم اجتماعي قليل، وأن الدعم الاجتماعي الكبير له تأثير إيجابي في تعديل العلاقات الأسرية، وتقليل التوتر النفسي لمرضى السرطان مقارنة بالأشخاص المقدم لهم دعم اجتماعي أقل.

وأخيرا قامت بني مصطفى (2015) بدراسة حديثة على عينة من مريضات سرطان الثدي في الأردن كان هدفها الكشف عن قدرة صورة الجسد وبعض المتغيرات على التنبؤ بالاكتئاب لدى المريضات. وقد طبق مقياس صورة الجسد، ومقياس الأعراض الاكتئابية على أفراد الدراسة البالغ عددها (118) مريضة. أشارت النتائج إلى أن مستوى الاكتئاب لدى المريضات كان متوسطاً, وأن مستوى الرضا عن صورة الجسد كان منخفضاً. إضافة إلى ذلك أشارت النتائج إلى وجود علاقة سالبة بين مستوى الاكتئاب ومستوى الرضا عن صورة الجسد ككل، ومجالاته لدى المريضات، وأن المتغيرات التي لها قدرة تنبؤية بمستوى الاكتئاب لدى مريضات سرطان الثدي، هي: صورة الجسد, والعمر, والحالة الاجتماعية, ومدة الاصابة بالمرض, ومرحلة العلاج, والعلاج النفسي, والعلاج الجراحي, والعلاج الكيماوي, والعلاج الإشعاعي, وإعادة ترميم الثدي.

يلاحظ من خلال مطالعة نتائج الدراسات السابقة والجوانب التي تناولتها أن هناك تبايناً واضحاً بين هذه الدراسات، سواء من حيث الأهداف، أم من حيث المتغيرات التي تناولتها، كما أن هناك تبايناً في النتائج التي توصلت إليها.

فقد تَبيّن للباحثتين وجود أثر إيجابي للدعم الاجتماعي على مرضى السرطان بشكل عام ومريضات سرطان الثدي بشكل خاص، كما جاء في دراسة (Heijer et al., 2011). كما أظهرت بعض الدراسات أن الدعم الاجتماعي الكبير له تأثير إيجابي على الصحة العامة لمريضات سرطان الثدي كدراسة (Salonen et al., 2013; Sick-Eom et al., 2013; Ozolat, et al, 2014).

وتبين أيضا أن الشبكات الاجتماعية والدعم الاجتماعي الكبير لدى مريضات سرطان الثدي ترتبط بنوعية حياة ذات مستوى مرتفع (Kroenke et al., 2013; Cousson-Gélie,et al, 2011)، وخميسة (2013). وأظهرت بعض الدراسات أن الدعم الاجتماعي الكبير له أثر إيجابي في تعديل العلاقات الأسرية، وتقليل التوتر النفسي، وإعطاء الشعور بالأمن، وتحسين الحالة النفسية لدى مريضات سرطان الثدي (Drageset, 2012; Ozolat, et al, 2014; Savetina & Nastran, 2012).

وأظهرت بعض الدراسات أن هناك علاقة ارتباطية إيجابية بين عمر المريضة، والدعم الاجتماعي الكلي، وأن المريضات العازبات لديهن دعم أسري أقل، والدعم الاجتماعي الكلي لديهن قليل كدراسة (Tel, et al., 2013).

ومن ناحية أخرى، أظهرت بعض الدراسات التي تناولت أثر الدعم الاجتماعي المدرك على مريضات سرطان الثدي؛ كدراسة دراجيست (Drageset, 2012) أن المستوى التعليمي لمريضات سرطان الثدي هو المساهم الأكبر لتقديم الدعم الاجتماعي لمرضى السرطان، كما أظهرت نتائج دراسة يليدريم وباتماز (Yildirim & Batmaz, 2013) وجود علاقة بين الآثار الجانبية للعلاج الإشعاعي والكيميائي والحالة النفسية والدعم الاجتماعي المدرك للنساء المصابات بسرطان الثدي.

من خلال استعراض الدراسات السابقة؛ تتناول الدراسة الحالية متغيراً جديداً، وهو مرحلة العلاج، وهذا المتغير لم تتناوله أي من الدراسات السابقة في حدود اطلاع الباحثتين. ويلاحظ مما تقدم أيضا ندرة الدراسات العربية التي تناولت الدعم الاجتماعي المدرك، ومدى الدعم الاجتماعي المدرك المقدم لمريضات سرطان الثدي، فجاءت هذه الدراسة لسد النقص في هذا المجال، حيث تناولت دراسة بني مصطفى (2015) متغيرات مختلفة على العينة ذاتها، وهذا ما يميز الدراسة الحالية.

مشكلة الدراسة وأسئلتها

إن العلاقة بين الجسم والنفس علاقة متبادلة؛ فكلاهما يؤثر في الآخر, فلا توجد صحة جسمية في معزل عن الصحة النفسية، وهذه العلاقة القوية تجعل من الصعب الفصل بينهما (مرسي, 2002). وهناك عدد من الأمراض العضوية يحتاج المصابون بها إلى ترافق الدعم الاجتماعي، والعلاج الدوائي معاً للشفاء، حيث تكون شبكة الدعم الاجتماعي المتمثلة بالشبكة الاجتماعية المحيطة بالمريض بمثابة جهاز نفسي تقوي مناعته الجسمية. ويعد الدعم الاجتماعي المقَدم من الأسرة والأصدقاء والأقارب ذا أهمية بالغة للتخفيف من حدة قلقه ومعاناته وآلامه. والدعم الاجتماعي في حد ذاته ليس هو المهم, بل إدراك المريض لهذا الدعم هو الذي بإمكانه أن يخلق أثراً إيجابياً سواء على الجانب النفسي أم الجسمي (خميسة,2013).

ومن دواعي اهتمام الباحثتين لإجراء مثل هذه الدراسة، التجربة الشخصية التي عايشتها والدة إحداهما، حيث إن المرض لا يؤثر في المريض بمفرده، بل يتعداه إلى جميع أفراد العائلة، ويؤثر فيهم جميعا، هذا في حال إن كان فرداً ليس له ذلك الدور التي تقوم به الأم التي هي الروح النابضة في الهيكل الأسري، وهي الركن الأساسي الذي يلجأ إليها الجميع. ومن خلال تجربة إحدى الباحثتين وعملها في المستشفيات، والتعامل مع مريضات سرطان

الثدي، والتعايش معهن خلال فترة علاجهن؛ جمعت الكثير من المعرفة والإحساس بمشاعرهن ومعاناتهن تجاه هذا المرض؛ إذ تعكس معاناتهن وخوفهن من المرض عادة فكرة السرطان والموت. ومن هنا, تنبثق مشكلة الدراسة في الكشف عن مستوى الدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي في ضوء بعض المتغيرات.

ومن خلال هذه الدراسة تم تسليط الضوء على على الدعم الاجتماعي كما تدركه مريضات سرطان الثدي، هذا النوع من السرطان الذي أشارت منظمة الصحة العالمية (2014) إلى أنه يأتي في مقدمة الأنواع المتعددة للسرطان التي تصيب النساء في البلدان المتقدمة والنامية على حد سواء؛ إذ يعد سرطان الثدي أحد التحديات التي تواجه المرأة في هذا العصر، وأحد أبرز همومها؛ لكونه أكثر أنواع السرطان شيوعاً بين النساء في الأردن والعالم بأسره.

لذا جاءت هذه الدراسة بهدف الكشف عن مستوى الدعم الاجتماعي المدرك لديهن، وذلك من خلال الإجابة عن السؤالين الآتيين:

السؤال الاول: ما مستوى الدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي؟

السؤال الثاني: هل توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين متوسطات الدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي تعزى لمتغيرات (العمر، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي، ومرحلة العلاج، ومدة الإصابة بالمرض)؟

أهمية الدراسة

من خلال اطلاع الباحثتين على الأدب النظري والدراسات السابقة المتعلقة الدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي، لاحظتا أنه لم يتم العثور على دراسة تناولت هذه الظاهرة بالبحث والتحليل في المجتمعات العربية، ولذا؛ يتوقع أن تسهم هذه الدراسة إسهاماً علمياً يساعد واقع الدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي.

وتنبثق أهمية هذه الدراسة في جانبين: الأهمية النظرية، والأهمية العملية.

فتكمن الأهمية النظرية للدراسة من خلال تسليطها الضوء على الدور الذي تلعبه العوامل النفسية في الصحة الجسمية، والعلاقة القائمة بين الجانب النفسي المتمثل بالدعم الاجتماعي المدرك, والجانب العضوي، وهو سرطان الثدي، وفي ضوء متغيرات طبية (مرحلة العلاج, ومدة الإصابة بالمرض), ومتغيرات ديمغرافية (العمر, والحالة الاجتماعية, والمستوى التعليمي)، وذلك في إطار تخصص يعرف بعلم المناعة النفسية، وهو من أحدث التخصصات في الإرشاد وعلم النفس، وتعد الدراسات العربية في مجاله محدودة في حدود اطلاع الباحثتين. وهذا ما يضيف أهمية لهذه الدراسة من خلال توفير معلومات للقائمين في هذا المجال في وزارة الصحة والمهتمين, وقد يفتح آفاقا جديدة للبحث فيه, ووضع خطط وبرامج وطرق إرشادية لمساعدة المريضة تجاوز هذه المحنة.

كما تظهر الأهمية العملية لهذه الدراسة فيما ترتب على نتائج هذه الدراسة من فوائد في هذا المجال من خلال العمل على توعية القائمين والعاملين في المستشفيات من كادر إرشادي وطبي وتمريضي في كيفية التعامل مع مريضات سرطان الثدي، وتوعية البيئة المحيطة بالمريضة المصابة بسرطان الثدي، كالزوج، والعائلة، والأصدقاء، والمعارف، والمجتمع بأكمله معاناة المصابة بسرطان الثدي وحاجتها للدعم والمساندة.

مصطلحات الدراسة

سرطان الثدي: هو انقسام غير طبيعي لخلايا أنسجة الثدي ونموّها دون أن تخضع لأنظمة السيطرة الطبيعية في الجسم، وتغزو هذه الخلايا النسيج المحيط بالثدي لتنتقل لأجزاء الجسم الأخرى عن طريق الدم أو الجهاز الليمفاوي إذا لم يتم علاجها (البرنامج الأردني لسرطان الثدي، 2014).

مريضات سرطان الثدي: هن النساء اللائي أصبن بسرطان الثدي خلال عام (2014)، ويخضعن للعلاج في مركز الحسين للسرطان.

الدعم الاجتماعي المدرك: حصول الفرد على المساندة والدعم من البيئة المحيطة به، المتمثلة بمصادر الشبكة الاجتماعية من الأسرة، والأقارب، والأصدقاء، والجيران، وغيرها من الأفراد المحيطين به لمواجهة أحداث الحياة الضاغطة والتكيف معها (Cohen & Will, 1985). ويعرف إجرائياً في ضوء الدرجة التي حصلت عليها المستجيبة على مقياس الدعم الاجتماعي المدرك المستخدم في الدراسة.

محددات الدراسة

اقتصرت عينة الدراسة على مريضات سرطان الثدي اللائي يتلقين العلاج في مركز الحسين للسرطان في المملكة الأردنية الهاشمية لعام (2014). ولذا، لا يمكن تعميم نتائج هذه الدراسة إلا على هذا المجتمع. كما تتحدد نتائج الدراسة بالخصائص السيكومترية لمقياس الدعم الاجتماعي المدرك.

الطريقة والإجراءات

أفراد الدراسة

تم اختيار أفراد الدراسة من مريضات سرطان الثدي بالطريقة المتيسرة، حيث بلغ عددهن (220) مريضة من مريضات سرطان الثدي اللائي يتلقين العلاج في مركز الحسين للسرطان، ممن

يراجعن العيادات الخارجية، واللائي يشاركن في برنامج التأهيل النفسي في المركز واللائي تحت العلاج، وذلك خلال الفترة الزمنية الواقعة بين 2014/8/25 – 2014/9/31. والجدول (1) يبين توزيع أفراد الدراسة (النساء المصابات بسرطان الثدي) وفقاً لمتغيرات الدراسة.

جدول (1): توزيع أفراد الدراسة الثدي وفقاً لمتغيراتها

المتغيرات	مستويات المتغيرات	التكرار	النسبة المئوية
العمر	من 25 إلى 39 سنة	98	44.5
	من 40 فما فوق	122	55.5
	الكلي	220	100.0
الحالة الاجتماعية	عزباء	45	20.5
	متزوجة	129	58.6
	مطلقة+أرملة	46	20.9
	الكلي	220	100.0
المستوى التعليمي	دبلوم فأقل	89	40.5
	بكالوريوس	110	50.0
	دراسات عليا	21	9.5
	الكلي	220	100.0
مرحلة العلاج	جراحي	48	21.8
	كيميائي	99	45.0
	إشعاعي	42	19.1
	هرموني	31	14.1
	الكلي	220	100.0
مدة الإصابة بالمرض	من 8 أشهر فأقل	55	25.0
	من 8 أشهر إلى 36 شهرا	127	57.7
	أكثر من 36 شهرا	38	17.3
	الكلي	220	100.0

أداة الدراسة

لتحقيق أهداف الدراسة والمتمثلة بمعرفة مستوى الدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي, قامت الباحثتان ببناء مقياس الدعم الاجتماعي المدرك، بالرجوع الى الأدب النظري، والاطلاع على مقياس الدعم الاجتماعي المدرك المستخدم في دراسة (المومني والزغول, 2009). تكون المقياس في صورته الأولية من (25) فقرة. وقام الباحثان باستخراج معاملات صدق المقياس وثباته بعرضه على المحكمين ذوي الخبرة والاختصاص, كما قاما بحساب معامل ثبات الاتساق الداخلي للمقياس، وبلغ حسب معادلة كرونباخ ألفا(0.88).

مؤشرات صدق المقياس بصورته الحالية

الصدق الظاهري: للتحقق من الصدق الظاهري لمقياس الدعم الاجتماعي المدرك، قامت الباحثتان بعرضه على عشرة محكمين من ذوي الخبرة والاختصاص في الإرشاد النفسي وعلم النفس التربوي في جامعة اليرموك، حيث طلب إليهم إبداء آرائهم حول دقة المقياس، وصحة محتواه من حيث: درجة انتماء الفقرة للمجال الذي تنتمي إليه، ووضوح الفقرات والصياغة اللغوية لها، ومناسبتها لقياس ما وضعت لأجله، وإضافة أو تعديل أو حذف ما يرونه مناسباً على الفقرات. وقد أبدى عدد من المحكمين بعض الملاحظات التي تتعلق بتعديل بعض الفقرات، منها مثلاً: تعديل الفقرة (أستطيع أن أفضفض عن مخاوفي وآلامي لمن حولي أكثرُ من السابق)، بحيث أصبحت (أستطيع أن أبوح عن مخاوفي وآلامي لمن حولي أكثر من السابق)، وأيضاً (يُشاركني أصدقائي في الضراء أكثر من السابق)، بحيث أصبحت (يُشاركني أصدقائي في الشدائد أكثر من السابق)، وتم فصل فقرة (أصبح الأصدقاء أكثر صراحة حول مواطن القوة والضعف لدي)، بحيث أصبحت (أصبحَ أصدقائي أكثرُ صراحةً حول مواطن القوة عندي) و(أصبح أصدقائي أكثر صراحة حول مواطن الضعف عندي). وكان المعيار الذي تم اعتماده في قبول الفقرات، أو استبعادها هو حصول الفقرة الواحدة على نسبة اتفاق (80%) فأكثر من المحكمين للإبقاء عليها.

صدق البناء: تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية مؤلفة من (30) مريضةً ممن يعانين من سرطان الثدي من خارج عينة الدراسة المستهدفة، وذلك لحساب معاملات ارتباط بيرسون بين فقرات المقياس والمقياس ككل، وذلك كما في الجدول (2).

جدول (2): قيم معاملات الارتباط بين فقرات المقياس والمقياس ككل

رقم الفقرة	مضمون فقرات الدعم الاجتماعي المدرك	الارتباط مع المقياس
1	أصبحَ أصدقائي أكثرُ صراحةً حول مواطن القوة عندي.	0.42
2	يُساعدني أفرادُ أسرتي في تدبير أموري المنزلية.	0.58
3	هناكَ من أثقُ بهم في الحصول على المشورة المناسبة هذه الأيام.	0.52
4	أشعرُ بأنّ الناسَ يتفقون مع أرائي أكثرَ هذه الأيام.	0.56
5	أستطيعُ أن أبوحَ عن مخاوفي وآلامي لمن حولي أكثرُ من السابق.	0.68
6	يمتَدُحَني الناسَ بكلمات طيبة أكثر مما كانوا يفعلون سابقاً.	0.72
7	يقدّم لي أصدقائي المساعدة المادية كلّما احتجتُ إليها أكثرَ مما كانوا يفعلون.	0.55
8	يهبُ أفرادُ أسرتي لمساعدتي عندما أواجه ظروفاً صعبة أو طارئة.	0.49
9	يُساعدني أصدقائي كلّما احتجت إلى المساعدة.	0.65

رقم الفقرة	مضمون فقرات الدعم الاجتماعي المدرك	الارتباط مع المقياس
10	أشعرُ بأن الناس يشجعونني أكثر من السابق.	0.72
11	يُخفّف عني أصدقائي الهمّ والانقباض أكثر من السابق.	0.66
12	أشعرُ بأنّ ثقة الناس لي زادت هذه الأيام.	0.61
13	أشعرُ أنّ الناس حولي باستمرار.	0.69
14	يُساعدني الأصدقاء على تغيير نظرتي للمرض.	0.64
15	يُساعدني الأهل على تغيير نظرتي للمرض.	0.56
16	يَتفهمني أصدقائي أكثرُ من السابق.	0.66

يلاحظ من الجدول (2) أن قيم معاملات ارتباط فقرات مستوى الدعم الاجتماعي المدرك تراوحت بين (0.42- 0.72) مع الدرجة الكلية للمقياس.

وقد اعتمدت الباحثتان معياراً لقبول الفقرة بأن لا يقل معامل ارتباطها بالمقياس ككل عن (0.20) (عودة، 2000). وبناءً على هذا المعيار، وفي ضوء هذه القيم فقد حذفت الفقرات التي كان معامل الارتباط أقل من (0.20)، وبالتالي أصبح مقياس الدعم الاجتماعي المدرك بصورته النهائية يتكون من (16) فقرة.

ثبات المقياس

لأغراض التحقق من ثبات الاتساق الداخلي لأداة الدراسة؛ فقد تم حسابه باستخدام معادلة كرونباخ ألفا (Cronbach's Alpha) على بيانات التطبيق الأولي للعينة الاستطلاعية، حيث بلغت قيمته (0.88). ولأغراض التحقق من ثبات الإعادة لأداة الدراسة؛ فقد تم إعادة التطبيق على العينة الاستطلاعية بطريقة الاختبار وإعادته (Test-retest) بفاصل زمني مقداره أسبوعان بين التطبيقين الأول والثاني، حيث تم حسابه باستخدام معامل ارتباط بيرسون بين التطبيقين الأول والثاني على العينة الاستطلاعية، حيث بلغت قيمته (0.89).

تصحيح المقياس

تكون مقياس الدعم الاجتماعي المدرك بصورته النهائية من (16) فقرة، تستجيب المريضة عليها وفق تدرج خماسي يشمل البدائل الآتية:(موافق بشدة، وتعطى عند تصحيح المقياس (5) درجات، موافق، وتعطى (4) درجات، محايد، وتعطى (3) درجات، وغير موافق، وتعطى درجتين، غير موافق بشدة، وتعطى درجة واحدة). وهذه الدرجات تنطبق على جميع فقرات المقياس كونها مصوغة باتجاه موجب، وبذلك تراوحت درجات المقياس ككل بين (16-80)، بحيث كلما ارتفعت الدرجة كان ذلك مؤشراً على زيادة مستوى الدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي. وقد صنفت استجابات مريضات سرطان الثدي إلى ثلاث فئات على النحو الآتي: مستوى منخفض من الدعم الاجتماعي المدرك، ويعطى للحاصلين على درجة (2.49) فأقل، ومستوى دعم اجتماعي مدرك متوسط، وتعطى للحاصلين على درجة تتراوح بين (2.5-3.49)، ومستوى مرتفع من الدعم الاجتماعي المدرك، وتعطى للحاصلين على درجة (3.5) فأكثر.

إجراءات الدراسة

تمت الدراسة الحالية وفق الإجراءات والخطوات الآتية:

- إعداد أداة الدراسة بصورتها الأولية بعد الاطلاع على الأدب النظري والدراسات السابقة ذات العلاقة بموضوع الدراسة.
- الحصول على كتاب تسهيل مهمة من عمادة كلية التربية في جامعة اليرموك إلى الجهات المسؤولة في مركز الحسين للسرطان.
- الحصول على كتاب تسهيل مهمة من عمادة كلية التربية في جامعة اليرموك إلى الجهات المسؤولة في مستشفى الملك المؤسس عبدالله الجامعي.
- الحصول على موافقة رسمية من مركز الحسين للسرطان (مكتب الأبحاث والدراسات) لإجراء الدراسة، وتنفيذ كافة الإجراءات البحثية والأخلاقية التي يتطلبها مكتب الأبحاث والدراسات.
- جمع أداة الدراسة من المريضات، حيث جمع ما يقارب (220) استبانة من أصل (260) استبانة تم توزيعها. وبعد ذلك تم التأكد من اكتمال الشروط فيها لأغراض التحليل الإحصائي، من حيث الإجابة عن جميع الفقرات، وتعبئة المعلومات العامة، وتم استبعاد (40) استبانة لم تكتمل الشروط فيها، وبذلك أصبحت عينة الدراسة الفعلية مكونة من (220) مريضة من مريضات سرطان الثدي.

متغيرات الدراسة

اشتملت الدراسة على المتغيرات الآتية:

أ. المتغيرات المستقلة، وهي:

1 . العمر، وله مستويان (25 – 39) سنة، (40 سنة فما فوق).
2. الحالة الاجتماعية، وله ثلاث فئات (عزباء، متزوجة، مطلقة أو أرملة).
3. المستوى التعليمي، وله ثلاثة مستويات (دبلوم فأقل، بكالوريوس، دراسات عليا).
4. مرحلة العلاج، وله أربعة مستويات (جراحي، كيميائي، إشعاعي، هرموني).
5. مدة الإصابة بالمرض، وله ثلاثة مستويات (من 8 أشهر فأقل، من 8 أشهر إلى 36 شهرا، أكثر من 36 شهراً).

ب. المتغير التابع

مستوى الدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي.

منهج البحث

تم استخدام المنهج الوصفي؛ لمناسبته لهدف الدراسة، وهو التعرف إلى مستوى الدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي.

المعالجات الإحصائية

- للإجابة عن السؤال الأول للدراسة، فقد تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى الدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي.
- للإجابة عن السؤال الثاني للدراسة، فقد تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى الدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي وفقاً للمتغيرات، وإجراء تحليل التباين الخماسي (عديم التفاعل) لها وفقاً للمتغيرات.

نتائج الدراسة

هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى الدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي في ضوء بعض المتغيرات، وذلك من خلال الإجابة عن كل من أسئلة الدراسة الآتية:

أولا. للإجابة عن السؤال الأول للدراسة الذي نصَّ على: "**ما مستوى الدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي؟**"؛ حسبت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى الدعم الاجتماعي المدرك وفقراته لدى مريضات سرطان الثدي، مع مراعاة ترتيب الفقرات تنازلياً، وذلك كما في الجدول (3).

جدول (3): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى الدعم الاجتماعي المدرك وفقراته لدى مريضات سرطان الثدي مرتبة تنازلياً.

الرتبة	رقم الفقرة	الدعم الاجتماعي المدرك وفقراته	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
1	15	يُساعدني الأهل على تغيير نظرتي للمرض.	4.81	0.47	مرتفع
2	8	يهبُ أفرادُ أسرتي لمساعدتي عندما أواجه ظروفاً صعبة أو طارئة.	4.75	0.55	مرتفع
3	14	يُساعدني الأصدقاء على تغيير نظرتي للمرض.	4.61	0.70	مرتفع
4	16	يَتفهمني أصدقائي أكثرُ من السابق.	4.55	0.69	مرتفع
5	10	أشعرُ بأن الناس يشجعونني أكثر من السابق.	4.50	0.85	مرتفع
6	11	يُخفّف عني أصدقائي الهمّ والانقباض أكثُر من السابق.	4.45	0.90	مرتفع
7	2	يُساعدني أفرادُ أسرتي في تدبير أموري المنزلية.	4.43	0.85	مرتفع
8	5	أستطيعُ أن أبوحَ عن مخاوفي وآلامي لمن حولي أكثرُ من السابق.	4.39	0.98	مرتفع
9	3	هناكَ من أثقُ بهم في الحصول على المشورة المناسبة هذه الأيام.	4.38	0.75	مرتفع
10	13	أشعرُ أنّ الناس حولي باستمرار.	4.35	0.75	مرتفع
11	1	أصبحَ أصدقائي أكثرُ صراحةً حول مواطن القوة عندي.	4.25	0.74	مرتفع
12	6	يمتَدُحَني الناسَ بكلمات طيبة أكثر مما كانوا يفعلون سابقاً.	4.18	0.89	مرتفع
13	9	يُساعدني أصدقائي كلّما احتجت إلى المساعدة.	4.17	1.14	مرتفع
14	4	أشعرُ بأنّ الناسَ يتفقون مع أرائي أكثرَ هذه الأيام.	4.10	1.15	مرتفع
15	12	أشعرُ بأنّ ثقة الناس لي زادت هذه الأيام.	3.98	1.19	مرتفع
16	7	يقدّم لي أصدقائي المساعدة المادية كلّما احتجتُ إليها أكثرَ مما كانوا يفعلون.	3.43	1.30	متوسط
		الكلي للمقياس	4.35	0.53	مرتفع

يلحظ من الجدول (3) أن مستوى الدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي كان (مرتفعاً)، حيث صنفت فقرات الدعم الاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي ضمن مستويين، هما: (مرتفع) للفقرات ذوات الرتب (1-15)، و(متوسط) للفقرة ذات الرتبة (16).

ثانيا. للإجابة عن السؤال الثاني للدراسة الذي ينصّ على: "**هل توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين متوسطات الدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي تعزى لمتغيراتهن (العمر، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، مرحلة العلاج، مدة الإصابة بالمرض)؟**"، حسبت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي وفقاً للمتغيرات، وذلك كما في الجدول (4).

جدول (4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي وفقاً للمتغيرات.

المتغير	مستويات المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
العمر	من 25 إلى 39 سنة	4.49	0.41
	من 40 فما فوق	4.23	0.59
الحالة الاجتماعية	عزباء	4.51	0.40
	متزوجة	4.24	0.57
	أرملة+مطلقة	4.48	0.45
المستوى التعليمي	دبلوم فأقل	4.21	0.61
	بكالوريوس	4.42	0.47
	دراسات عليا	4.57	0.29
مرحلة العلاج	جراحي	4.37	0.42
	كيميائي	4.33	0.54
	إشعاعي	4.49	0.51
	هرموني	4.16	0.64
مدة الإصابة بالمرض	من 8 أشهر فأقل	4.49	0.42
	من 8 أشهر إلى 36 شهرا	4.38	0.49
	أكثر من 36 شهرا	4.02	0.66

يلاحظ من الجدول (4) وجود فروق ظاهرية بين المتوسطات الحسابية للدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي ناتجة عن اختلاف مستويات المتغيرات. وبهدف التحقق من جوهرية الفروق الظاهرية؛ تم إجراء تحليل التباين الخماسي (عديم التفاعل) 5-way ANOVA without Interaction للدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي وفقاً للمتغيرات، وذلك كما في الجدول (5).

جدول (5): نتائج تحليل التباين الخماسي (عديم التفاعل) للدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي وفقاً لمتغيرات الدراسة.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط مجموع المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
العمر	0.526	1	0.526	2.187	0.141
الحالة الاجتماعية	2.167	2	1.084	**4.503**	0.012
المستوى التعليمي	0.764	2	0.382	1.587	0.207
مرحلة العلاج	1.211	3	0.404	1.678	0.173
مدة الإصابة بالمرض	1.671	2	0.835	**3.472**	0.033
الخطأ	50.296	209	0.241		
الكلي	61.441	219			

يتبين من الجدول (5) عدم وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة **(α= 0.05)** بين المتوسطات الحسابية للدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي تعزى لمتغيرات (العمر, والمستوى التعليمي، ومرحلة العلاج). ووجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة **(α= 0.05)** بين المتوسطات الحسابية للدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي تعزى لمتغيري (الحالة الاجتماعية، ومدة الإصابة بالمرض). ولكون المتغيرين متعددي المستويات؛ فقد تم إجراء اختبار "Levene" للكشف عن انتهاك تجانس التباين من عدمه بين متوسطات الدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي وفقاً للمتغيرين، حيث بلغت قيمة F المحسوبة له (أي اختبار Levene) ما مقداره (1.684) عند درجتي حرية (80 للبسط، و139 للمقام) بدلالة إحصائية؛ بما يفيد وجود انتهاك في تجانس التباين، مما أوجب استخدام أحد اختبارات المقارنات البعدية التي تراعي انتهاك تجانس التباين، حيث تم استخدام اختبار "Games-Howell" للمقارنات البعدية المتعددة؛ بهدف تحديد لصالح أي من مستويات (الحالة الاجتماعية، ومدة الإصابة بالمرض)، قد كانت الفروق الجوهرية بين متوسطات الدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي، وذلك كما هو مبين في الجدولين (6، 7).

جدول (6): نتائج اختبار Games-Howell للدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي وفقاً لمتغير (الحالة الاجتماعية).

الحالة الاجتماعية		متزوجة	غير ذلك	عزباء
Games-Howell	**المتوسط الحسابي**	4.239	4.482	4.510
متزوجة	4.239			
أرملة+مطلقة	4.482	**0.24**		
عزباء	4.510	**0.27**	0.03	

يتضح من الجدول (6) وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (**α=0.05**) بين المتوسطين الحسابيين للدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي وفقاً لمتغير (الحالة الاجتماعية)؛ لصالح العازبات، والأرامل والمطلقات مقارنة بالمتزوجات.

جدول (7): نتائج اختبار Games-Howell للدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي وفقاً لمتغير (مدة الإصابة بالمرض).

مدة الإصابة بالمرض		أكثر من 36 شهرا	من 8 أشهر إلى 36 شهرا	من 8 شهور فأقل
Games-Howell	**المتوسط الحسابي**	4.02	4.38	4.49
أكثر من 36 شهرا	4.02			
من 8 أشهر إلى 36 شهرا	4.38	**0.360**		
من 8 أشهر فأقل	4.49	**0.471**	0.111	

يتضح من الجدول (7) وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (**α=0.05**) بين المتوسطين الحسابيين للدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي وفقاً لمتغير (مدة الإصابة بالمرض)؛ لصالح اللواتي مدة إصابتهن بالمرض متدنية (من 8 أشهر فأقل) مقارنة بمن مدة إصابتهن بالمرض مرتفعة (أكثر من 36 شهرا)، ثم لصالح اللواتي مدة إصابتهن بالمرض متوسطة (من 8 أشهر - 36 شهرا) مقارنة بمن مدة إصابتهن بالمرض مرتفعة (أكثر من 36 شهرا).

مناقشة النتائج

أولا: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الأول الذي ينص على: **"ما مستوى الدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي؟"**

أظهرت النتائج أن مستوى الدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي كان مرتفعاً, وقد تبدو هذه النتيجة متوقعة من وجهة نظر الباحثتين.

وتعزو الباحثتان ذلك إلى طبيعة ثقافة المجتمع والعادات والتقاليد واحترام التعاليم الدينية، والقيم التي تدعو إلى الاهتمام بالمريض وزيارته وتقديم أشكال العون والمساعدة له، المعنوي والمادي ومعاملته بالحسنى، فيهرع الأصدقاء والأقارب عند معرفتهم بمرض أحد قريب لهم بالوقوف إلى جانبه ومساندته.

وبالإضافة إلى ذلك ثقافة المجتمع الواعية التي نمت وتطورت بالاهتمام بالمريض، وظهور المؤسسات الاجتماعية التي تقدم الدعم بأشكاله المتنوعة، ودور وسائل الإعلام والتكنولوجيا المختلفة سواء أكان بالإعلانات بالتبرع المادي، أو من خلال مواقع الإنترنت التي تقدم الاستفسار عن أي معلومة تخص المرض والعلاج، وإدراجها قصصا واقعية لمريضات تجاوزن تجربة المرض بنجاح، وتقديم التثقيف الصحي والمشورة في تجاوز محنة المرض والتكيف معه.

وتفسر الباحثتان هذه النتيجة في ضوء وجود مصادر الدعم الاجتماعي المتمثلة في الأهل والأقارب، بالإضافة إلى مساهمة برنامج الدعم الخاص مجموعة سند للناجيات من سرطان الثدي؛ حيث تتكون هذه المجموعة من الناجيات من سرطان الثدي المدربات اللواتي يساعدن المصابات الحاليات بسرطان الثدي على استعادة الصورة الإيجابية لأجسادهن وأسلوب الحياة الصحي، ويتم ذلك من خلال توفير المساعدة العملية، والدعم والتشجيع والتعليم بأسلوب الاتصال من شخص لآخر، أثناء مرحلة التشخيص، ومرحلة العلاج، ومرحلة التعافي من سرطان الثدي.

وهناك دور كبير للأسرة والزوج والأصدقاء تجاه أي فرد منهم يعاني من ألم ويمر بمحنة، فالمرض لا يؤلم المريض وحده، بل يؤلم الأسرة بكاملها؛ فالأسرة وحدة متكاملة كجسم الإنسان إذا اشتكى منه عضو تأثرت باقي أجهزة الجسم؛ حيث جاء في الحديث النبوي الشريف "مَثَلُ المؤمنين في تَوَادِّهم وتراحُمهم وتعاطُفهم مثلُ الجسد، إذا اشتكى منه عضو تَدَاعَى له سائرُ الجسد بالسَّهَرِ والحُمَّى"، فما بال الزوج الذي تشكو شريكة حياته ورفيقة دربه من المرض، فكما تكون المريضة شريكته في كل أمور حياته فهو شريكها في مصابها، فيسعى جاهداً لتقديم الحب والحنان والاحتواء لزوجته.

واتفقت هذه النتيجة مع دراسة سفيتينا وناستران (Savetina & Nastran, 2012) التي أظهرت نتائجها أن التماسك الأسري الإيجابي والمرونة الأسرية يدعمان تكيف المرأة، ويحسنان من حالتها النفسية إذا ما تم توجهها بطريقة صحيحة. واتفقت أيضا مع

دراسة دراجيست (Drageset, 2012) التي أظهرت نتائجها أن الدعم الاجتماعي المتمثل بتقديم الدعم والمعلومات والمشورة والرعاية، ووجود المقربين والأسرة والمعلومات المهنية والاتصال المهني قد زاد الشعور بالأمن، وأعطى الدعم الاجتماعي قوة.

واتفقت هذه النتيجة كذلك مع دراسة أوزلات وآخرين (Ozolat,et al, 2014) التي أظهرت نتائجها أن الأشخاص المقدم لهم دعم اجتماعي كبير أكثر دراية بالعناية الصحية من الأشخاص المقدم لهم دعم اجتماعي أقل، وأن الدعم الاجتماعي الكبير له تأثير إيجابي في تعديل العلاقات الأسرية، وتقليل التوتر النفسي لمرضى السرطان مقارنة بالأشخاص المقدم لهم دعم اجتماعي أقل.

ولتفسير حصول الفقرة رقم (16) التي تنص على "يقدّم لي أصدقائي المساعدة المادية كلما احتجت لها أكثر مما كانوا يفعلون"، على درجة متوسطة، فتعزو الباحثتان ذلك إلى أن أقارب المريضة يعتدلون في تقديم المساعدة المادية لها؛ وذلك للظروف المادية الصعبة التي يعيشها مجتمعنا، وبالإضافة إلى ذلك يسعى ذوو المريضة إلى عدم إشعارها بالشفقة من قبلهم وقبل الآخرين. وقد تعزو الباحثتان ذلك أيضاً إلى أن معظم العلاجات المقدمة لمرضى السرطان لا تكون على نفقتهم الخاصة؛ حيث إن هناك جهات داعمة وممولة لتكاليف العلاج من السرطان.

رابعاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني الذي ينص على: **"هل توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين متوسطات الدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي تعزى لمتغيرات (العمر، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، مرحلة العلاج، مدة الإصابة بالمرض)؟"**

أظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين المتوسطات الحسابية للدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي تعزى لمتغيرات (العمر، والمستوى التعليمي، ومرحلة العلاج).

وتعزو الباحثتان ذلك إلى أنه بغض النظر عن المرحلة العمرية للمريضة سواء أكانت في مقتبل العمر، أم في مرحلة الشيخوخة فهي بحاجة ماسة للدعم الاجتماعي، والحب، والتفهم، والتخفيف عن آلامها، وتقليل الاثار السلبية. فهي وبكل مراحل عمرها بحاجة الى دعم الأب والأخ والزوج والأبناء والأصدقاء، وترغب باستمرار الحصول على حبهم واهتمامهم وهي بالاوضاع العادية، فكيف وهي الآن تعاني من آلام المرض. وتختلف هذه النتيجة بشأن متغير العمر مع دراسة تل ورفاقه (Tel, et al., 2013) التي أظهرت نتائجها أن هناك علاقة ارتباطية إيجابية بين عمر المريض والدعم الاجتماعي الكلي كالدعم الأسري، وأنواع الدعم الأخرى.

أما بخصوص المستوى التعليمي فمجتمعنا المتعاطف مع الابنة والأخت والزوجة والأم لا يهمه إن كانت بمستوى تعلمي مرتفع أم متدن؛ لأن واجب الأهل والأصدقاء هو الدعم والالتفاف حول المريضة ورعايتها حتى تشعر بالطمأنينة. فحاجة المريضة ذات المستوى التعليمي المرتفع هي نفسها حاجة ذات المستوى المتدني والآلام واحدة، فالمرض والألم والمعاناة لا تعرف مناصب أو شهادات. وهل يترك الأهل والأصدقاء في مجتمعنا المتراحم والمتلاحم ابنتهم ذات المستوى التعليمي العادي أو الأقل من الدبلوم تعاني مرضها وحدها؟ بالتأكيد لا. وتختلف هذه النتيجة مع دراسة أوزلات ورفاقه (Ozolat, et al., 2014). أما مرحلة العلاج التي تمر بها سواء كان العلاج الجراحي أو الكيميائي أو الإشعاعي أو الهرموني فإنها بحاجة للدعم الاجتماعي، وأن تجربة الحياة مع المرض لدى مريضات سرطان الثدي تحتاج للدعم، حيث تبدأ المريضة بالشعور بالضعف والخوف والقلق ابتداءً من لحظة تشخيص المرض لتبدأ مرحلة المعاناة والألم، وبغض النظر عن مرحلة العلاج فهي بحاجة إلى الدعم في كل مرحلة، فالأهل والأصدقاء يبقون على تواصل سواء أكان هاتفيا أم زيارات متكررة، ودعما ماديا، والوقوف مع الأبناء إذا كان للمريضة أبناء. وحتى بعد شفائها يبقى الأهل الداعم الأول والأهم في تشجيع المريضة على الاهتمام بالمتابعة الدورية، وزيارة الطبيب للاطمئنان والتذكير بأخذ الدواء..... إلخ من أشكال الدعم المختلفة. ونشير هنا أنه لم تتطرق أي من الدراسات السابقة إلى متغير مرحلة العلاج وعلاقته بالدعم الاجتماعي المدرك.

وأظهرت النتائج وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين المتوسطين الحسابيين للدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي وفقاً لمتغير الحالة الاجتماعية؛ لصالح العازبات مقارنة بالمتزوجات.

ويمكن أن تفسر هذه النتيجة في ضوء أن تكون المريضة عاجزة عن مواجهة مرضها وحدها، الأمر الذي يدفع أهلها للمبادرة إلى الوقوف بجانبها، وتقديم الحب والحنان والعطف والاهتمام، وتقبل مرضها وصورة جسدها، ومساعدتها على تحمل مشاق المرض والمراحل العلاجية، وهم بدورهم لا يساعدون فقط الأم أو الأخت أو الابنة أو الخالة أو العمة، بل يساعدون عائلتهم بأكملها، ويساعدون في الحفاظ على استقرار ودوام العائلة؛ بالإضافة إلى دور الأهل المساند بتقبل التغيرات الجسدية التي تحدث للمريضة وتخطي الأزمة النفسية، في حين أن المتزوجات قد لا يحصلن على الدعم الكافي من الزوج، وعدم تقديمه العطف والحنان، وعدم الإحساس والشعور بها، وكذلك عدم مشاركته معاناتها وجدانياً، حيث إنه من المعروف أن المرأة تشعر بالارتياح النفسي الكبير حين يهتم بها زوجها أكثر بكثير بشعورها بالاهتمام من ذويها.

وقد اختلفت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة تل ورفاقه Tel, et al., 2013) التي أظهرت نتائجها أن مريضات سرطان الثدي العازبات لديهن دعم أسري أقل، والدعم الاجتماعي الكلي لديهن قليل مقارنة بمريضات سرطان الثدي المتزوجات، وتوجد علاقة سلبية ذات دلالة إحصائية بين درجات الشعور بالوحدة ودرجات

الدعم الاجتماعي. وكذلك اختلفت مع نتيجة دراسة تالي ومولیکس وآخرين (Talley, et al., 2010) التي أظهرت نتائجها أن الدعم الاجتماعي العاطفي الكبير الذي يقدمه الشريك يقلل من مستوى الاكتئاب، وأن الدعم العاطفي المدرك يتنبأ بمدى التغير بمستوى الاكتئاب، بالإضافة إلى أن الاكتئاب المستقبلي يتنبأ بدعم عاطفي قليل يقدمه الشريك.

كما أظهرت النتائج وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين المتوسطين الحسابيين للدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي وفقاً لمتغير (مدة الإصابة بالمرض)؛ لصالح اللواتي مدة إصابتهن بالمرض (من 8 أشهر فأقل) بدرجة متدنية مقارنة بمن كانت مدة إصابتهن بالمرض (أكثر من 36 شهرا) بدرجة مرتفعة، ثم لصالح اللواتي مدة إصابتهن بالمرض (من 8 أشهر- 36 شهرا) بدرجة متوسطة مقارنة بمن مدة إصابتهن بالمرض (أكثر من 36 شهرا) بدرجة مرتفعة.

وتعزى هذه النتيجة إلى أن مريضة سرطان الثدي حديثة التشخيص تكون بحاجة إلى الدعم الاجتماعي بشكل أكبر من أي فترة؛ لأنها في فترة اكتشاف مرضها تكون بحاجة إلى تقبل حقيقة مرضها وتفهمها لما أصابها، وتقبل الآثار الناجمة عن المرض، وبحاجة لمعرفة كيفية مجاوزة المحنة التي تمر بها، وترتيب أمورها، وعقد العزيمة والإرادة في مسيرة العلاج.

أما فيما يخص حصول المريضات بمن مدة إصابتهن (أكثر من 36 شهرا) على دعم اجتماعي مدرك مرتفع، وذلك لكون المريضة عاشت تجربة صدمة المرض وتداركت الموقف والمحنة التي بها فتقبلت الأمر، وتكون قد مرت في مرحلة العلاج وفهمت طبيعة الأمر. وقد اتفقت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة واترس وآخرين (Waters, et al., 2013) التي أظهرت نتائجها أنه بعد مرور (6) أشهر من إجراء الجراحة يكون القلق لدى مريضات سرطان الثدي عالياً، ونوعية الحياة سيئة، بالإضافة إلى تدني الدعم الاجتماعي المدرك.

التوصيات

في ضوء نتائج الدراسة توصي الباحثتان بما يلي:

- إجراء مزيد من الدراسات التي تتناول متغيرات جديدة، وعلى كلا الجنسين من مرضى السرطان.
- تفعيل دور الشبكة الاجتماعية الرسمية وغير الرسمية لتقديم الدعم الاجتماعي للمريضات في المراحل المتقدمة من المرض؛ لأن الحاجة للدعم تكون في كل مراحل المرض، وليس في المرحلة الأولى فحسب.

المراجع :

البرنامج الأردني لسرطان الثدي. (2014). *سرطان الثدي في الأردن*. الأردن: عمان.

بني مصطفى، منار. (2015). قدرة صورة الجسد وبعض المتغيرات على التنبؤ بالاكتئاب لدى مريضات سرطان الثدي في الأردن. بحث مقبول للنشر في *مجلة دراسات الجامعة الاردنية* بتاريخ 27/7/2015.

حداد، عفاف شكري. (1989). دور الدعم الاجتماعي المقدم من الأصدقاء في تحقيق الحاجات النفسية والاجتماعية: تطبيقات إرشادية. *مجلة بحوث جامعة حلب*، *14*، 145-172.

الخروف، آلاء داود. (2012). *دور الدعم الاجتماعي المدرك من الأسرة والأصدقاء في الصلابة النفسية لدى طلبة جامعة اليرموك*. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة اليرموك، إربد، الأردن.

خميسة، قنون. (2013). *الاستجابة المناعية وعلاقتها بالدعم الاجتماعي المدرك والرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان*. أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة الحاج لخضر، باتنة، الجزائر.

روزنتال، سارة. (2001). *سرطان الثدي: كل ما يجب معرفته حول اكتشاف المرض وعلاجه والوقاية منه* (فرج الشامي، مترجم). بيروت: الدار العربية للعلوم. (تاريخ النشر الأصلي 2000).

الزيتاوي، عبدالله. (1999). *العلاقة بين الدعم الاجتماعي والاكتئاب لدى طلبة جامعة اليرموك في ضوء بعض المتغيرات*. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة اليرموك، إربد، الأردن.

السجل الوطني الأردني لسرطان الثدي. (2011). *سرطان الثدي في الأردن*. عمان، الأردن: منشورات وزارة الصحة.

العزة، سعيد. (2000). *الإرشاد الأسري: نظريته وأساليبه العلاجية*. عمان: دار الثقافة.

عودة، أحمد. (2000). *الإحصاء للباحث في التربية والعلوم الانسانية*. اربد، الأردن: دار الأمل.

الكركي، ياسمين. (2014). *صورة الجسد وعلاقتها بمستوى الدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي في ضوء بعض المتغيرات*. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة اليرموك، إربد، الأردن.

كوبر، جيفري. (2004). *السرطان دليل لفهم الأسباب والوقاية والعلاج* (رفعت شلبي، مترجم). القاهرة: المكتبة الأكاديمية. (تاريخ النشر الأصلي 1999).

مرسي، منى. (2002). بناء مقياس السعادة في شغل أوقات الفراغ لدى كبار السن من الجنسين، *مجلة العلوم وفنون التربية الرياضية*، 52(12)، 153-178.

مديرية مكافحة السرطان. (2006). *المسح الوطني للمعرفة والممارسات والاتجاهات لدى الإناث الأردنيات: حول الكشف المبكر عن سرطان الثدي: للفئة العمرية 20 سنة فما فوق في الأردن*. عمان: وزارة الصحة.

ملكوش، رياض. (2000). الدعم الاجتماعي والتكيف الطلابي لدى طلبة الجامعة الأردنية. *مجلة دراسات العلوم الإنسانية*، (1) 27، 161-172.

منظمة الصحة العالمية. (2014). *سرطان الثدي: الوقاية منه ومكافحته*. جنيف: سويسرا.

المومني، فواز والزغول، رافع. (2009). الدعم الاجتماعي المدرك لدى ضحايا وأسر تفجيرات فنادق عمان الإرهابية. *المجلة الأردنية للعلوم الاجتماعية*، 2(3)، 340-360.

Aebi, S., Davidson, T., Gruber, G., & Castiglione, M. (2010). Primary breast cancer: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis treatment and follow up. *Annals of Oncology, 21*(5), 9–14.

American breast cancer society. (2013). Cancer facts and figures. Retived July 16, 2014 from the World Wide Web.

American Cancer Society. (2011). *Breast cancer facts & figures*. U.S.A.

American Cancer Society. (2014). *Breast cancer*. U.S.A.

Bisschop, M.I., Kriegsman, D.M., Beekman, A.T., & Deeg, D.J. (2004). Chronic disease and depression the modifying role of psychosocial resources. *Social Science and Medicine, 59*, 721-733.

Breast cancer organization. (2013). *Breast cancer*. U.S.A.

Cancer Australia. (2013). *Breast cancer*. Australia.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38*(5), 300-314.

Cohen, S., & Will, T.A. (1985). Stress social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*(2), 310-335.

Compas, B.E., & Luecken, L. (2002). Psychological adjustment to breast cancer. *American Psychological Society, 11*(3), 111-114.

Cousson-Gélie, F., Bruchon-Schweitzer, M., & atzeni, T. (2011). Evaluation of a psychosocial intervention on social support, perceived control, coping strategies, emotional distress, and quality of life of breast cancer patients. *Psychological Reports, 108*(3), 923-942.

Cutrona, C., Russell, D., & Rose, J. (1986). Social support and adaptation to stress by the elderly. *Journal of Psychology and Aging, 1*(1), 47-54.

Drageset, S. (2012). *Psychological distress, coping and social support in the diagnostic and preoperative phase of breast cancer*. Doctoral Dissertation, University of Bergen, Norway.

Hadeed, L., & El-Bassel, N. (2006). Social support among Afro-Trinidadian women experiencing intimate partner violence. *Violence Against Women, 12* (8), 220-229.

Heijer, M.d., Seynaeve, C., Vanheusden, K., Duivenvoorden, H.J., Bartels, C.M., Menke-Pluymers, M., & Tibben, A. (2011). Psychological distress in women at risk for hereditary breast cancer: The role of family communication and perceived social support. *Psycho-Oncology*, *20*, 1317–1323.

Helgeson, V.S., & Cohens, S. (1996). Social support and adjustment to cancer: Reconciling descriptive correlational and intervention research. *Health Psychology, 15* (2), 135-148.

http://www.cancer.org/research/cancerfactsstatistics/index.

Kleponis, p. (2006). *Communication in Marriage*. Retrive March, 2013, from http://www.MarritalHealing.com.

Kroenke, C., Kwan, M., Neugut, A., Ergas, I.,Wright, J.,Caan, B., Hershman, D., & Kushi, L. (2013). Social networks social support mechanisms and quality of life after breast cancer diagnosis. *Breast Cancer Research and Treatment, 139*, 515-527.

Ozolat, A., Ayaz, T., Konag, O., & Ozkan, A. (2014). Attachment style and perceived social support as predictors of biopsychosocialn adjustment to cancer. *Turk J Med Sci, 44*, 24-30.

Pareson, R. E. (1990). *Counseling and social support: perspective and practice.* Sage publication, the international professional publishers. New burg, London, New delhi.

Rendle, K. (1997). Survivorship and breast cancer the psychosocial issues. *Journal of Clinical Nursing, 6*, 403-410.

Revenson, T.A., Wollman, C.A, & Felton, B.J. (1983). Social support as stress buffers for adult cancer patients. *Psychosomatic Medicine, 45*(4), 321-331.

Rosnthal, S. (2001). *The breast source book*. NY: Lowell House.

Salonen, P., Tarkka, M. T., Kellokumpu-Lehtinen, P.L., Koivisto, A.M, Aalto, P., & Kaunonen, P. (2013). Effect of social support on changes in quality of life in early breast cancer patients: A longitudinal study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 27(2), 396-405*.

Sarason, G., Levine, M., Basham, B., & Sarason, R. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology, 44*(1), 127-139.

Savetina, M. & Nastran, K. (2012). Family relationships and post-traumatic growth in breast cancer patients. *Psychiatria danubina, 24*(3), 298-306.

Sick- Eom, C., Shin, D., Kim, S., Yang, H., Sug Jo, H., Kweon, S., Kang, Y., Kim, J., Long Cho, B., & Park, J. (2013). Impact of perceived social support on the mental health and health-related quality of life in cancer patients: Results from a nationwide multicenter survey in South Korea. *Psycho-Oncology, 22, 1283-1290.*

Smeltzer, S.C., bare, B.G., Hinkle, J. L., & Cheever, K.H. (2008). *Brunner & Suddarth's Textbook of medical –surgical nursing*. U.S.A.: Lippincott Williams & Wilkins.

Stages, S., Long, S., Mason, G., Krishnan, S., & Riger, S. (2007). Intimate partner violence, social support, and employment in the post-welfare reform era. *Journal of Interpersonal Violence*, 22 (3):345-367.

Tel, B., Sari, A., & Aydin, H. (2013). social support and depression among the cancer Patients. *Global Journal of Medical Research, 13* (3), 1–5.

Vaxus, A. (1988). *Social support: theory, Research, and Intervention.* New York: Praeger.

Waters, E. A., Liu, Y., Schootman, M., & Jeffe, D.B. (2013). Worry about cancer progression and low perceived social support: implications for quality of life among early-stage breast cancer patients. *ann. behav. Med*, *45*, 57–68.

Yildirim, M., & Batmaz, M. (2013). The psychological status and the perceived social support of women who have undergone breast surgery. *Yeni Symposium Journal, 51*(2), 91-100.