المجلة العلمية لكلية الآداب مج 14، ع 2 (2025) 33 – 101
المجلة العلمية لكلية الآداب
https://artdau.journals.ekb.eg/

الدعم الاجتماعي المُدْرَك وتحسين جودة الحياة "بحث ميداني على عينة من مريضات سرطان الثدي"

ريمان عيد محمود خالد
مدرس علم الاجتماع – قسم علم الاجتماع-كلية الآداب-جامعة دمياط

المستخلص

يهدف البحث الراهن إلى الوقوف على أبعاد الدعم الاجتماعي المُدْرَك، وتأثيره على تحسين جودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي. وقد طُبِّقَ البحثُ على عينة عمدية من مريضات سرطان الثدي؛ حيث قامت الباحثة بتوزيع استمارة الاستبيان على المترددات من مريضات سرطان الثدي بكلٍّ من مركز العلاج الإشعاعي للأورام بمستشفى القوات المسلحة، ومركز الأورام بمستشفى بني سويف الجامعي، ويبلغ إجمالي عددهن (98) مريضة. وقد أسفرت الدراسة عن عددٍ من النتائج منها: أن درجة الدعم الاجتماعي المُدْرَك بجميع أبعاده مرتفعة لدى مريضات سرطان الثدي؛ مما يؤكد أهمية تأثير دور الدعم الاجتماعي، وتلا ذلك في المرتبة الأولى دعم الفريق الطبي (الأطباء-التمريض-الأخصائيين)، كما أكدت النتائج بوجود علاقة إيجابية بين درجة الدعم الاجتماعي المُدْرَك ودرجة تحسين جودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي؛ لذلك يؤكد البحث على مدى تأثير الدعم الاجتماعي المقدَّم من المحيطين؛ سواء الأسرة، أو الجيران والأصدقاء، أو الفريق الطبي، وجميع المحيطين بهنَّ في المساهمة في تحسين حياتهن بجميع أشكالها.

الكلمات المفتاحية: الدعم الاجتماعي، جودة الحياة، السرطان، سرطان الثدي.

تاريخ المقالة:
تاريخ اســـــتلام المقالـــة: 13 / 3 / 2025
تاريخ استلام النسخة النهائية: 28 / 3 / 2025
تاريخ قبـــول المقالـــــة: 7 / 4 / 2025

Scientific Journal of Faculty of Arts 14 (2) 2025, 33 – 101
المجلة العلمية لكلية الآداب
https://artdau.journals.ekb.eg/

Perceived social support and improved quality of life "A field study on a sample of breast cancer patients

Reman Eid Mahmoud Khalid
Lecturer -Department of Sociology -Faculty of Arts - Damietta University

Abstract

The current research aims to identify the dimensions of perceived social support and its impact on improving the quality of life of breast cancer patients. The application was conducted on a deliberate sample of breast cancer patients, where the researcher distributed the questionnaire form to the breast cancer patients who visited both the Radiotherapy Center for Oncology at the Armed Forces Hospital and the Oncology Center at Beni Suef University Hospital, with a total number of (98) patients. The research results showed that the degree of perceived social support in all its dimensions is high among breast cancer patients, which confirms the importance of the impact of the role of social support, and came after the support of the medical team (doctors-nurses-specialists) in first place. The results also confirmed the existence of a positive relationship between the degree of perceived social support and the degree of improvement in the quality of life of breast cancer patients, which confirms the importance of the impact of the social support provided by those around them, whether family, neighbors, friends, the medical team and all those around them in contributing to improving their lives in all its forms.

Keywords: social support, quality of life, cancer, breast cancer.

Article history:
Received 13 / 3 / 2025
Received in revised form 28 / 3 / 2025
Accepted 7 / 4 / 2025

مقدمة

يعد السرطان من أخطر الأمراض التي تصيب النساء، ويجعلها أكثرَ عرضةً للوفاة من الرجال في سن مبكرة؛ خاصَّةً سرطان الثدي وعُنق الرحم، والذي يمكن الوقاية منه إذا تمَّ تشخيصه وعلاجه في وقت مبكر (Guida et al., 2022, p2569). ويرتبط هذان النوعان من السرطان ارتباطًا وثيقًا بالظروف الاجتماعية والاقتصادية، ففي الوقت الذي ينتشر فيه سرطان الثدي بشكل أكبر بين النساء اللاتي يتمتعن بظروف معيشية أفضل؛ نجد أن سرطان عنق الرحم أكثر شيوعًا بين النساء الأشد فقرًا، واللاتي لديهن القليل من التعليم، وفرص أقل للوصول إلى الرعاية الصحية (Oliveira et al., 2020, p101).

ومع ذلك، عندما يصيب سرطان الثدي النساء الأكثر فقرًا أيضًا، ويكون أكثر فتكًا؛ ربما بسبب صعوبة وصولهنَّ إلى خدمات الرعاية الصحية والاجتماعية والاقتصادية(Sung et al., 2021, p5)؛ لذلك يستلزم الحد من تزايد عدد الوفيات من كلا النوعين من السرطان، التشخيص المبكر لدى النساء المصابات بأعراضهما، وكذلك توافر برامج الفحص المنظمة، وتقديم الدعم بجميع أبعاده (Bellanger et al., 2018, p9).

إن السرطان لا يؤثر بشكل مباشر على المرضى فحسب، وإنما أيضًا على أسرهم وأصدقائهم ومجتمعاتهم؛ فنجد أن الأشخاص المصابين بالسرطان يواجهون تحديات مادية ونفسية كبيرة تمتدُّ إلى الأسر ومقدمي الرعاية، خاصَّةً عندما يُقدِّم أفراد الأسرة ومقدمو الرعاية رعايةً غير مدفوعة الأجر؛ مما قد يؤدي إلى فقدان الوظيفة، وظهور صعوبات مالية، وضعف في الصحة البدنية والعقلية، كما يؤثر عبء السرطان كذلك على اقتصاد الدولة؛ بسبب تغيب المرضى عن العمل، وفقدان الإنتاجية، والوفاة المبكرة. يمكن للبلدان ذات التغطية الصحيَّة الشاملة أن تحمي الناس من مثل هذه العواقب الاقتصادية والاجتماعية السلبية وتحسن نتائجهم (World Health Organization, 2020, p34) .

وبناءً على ما سبق؛ فإن الدعم الاجتماعي أحد المصادر الهامة التي تُخفِّف من آثار التوتر للإنسان، ومن العوامل المساعدة أيضًا على التعامل مع الضغوط والعواقب المترتبة عليها، كما تساعد على تجاوز الأزمات؛ وهذا يتوقف على عمق المساعدة، كما أنه من المصادر الهامة للأمن الذي يحتاجه الإنسان في عالمه بعد لجوئه إلى الله سبحانه وتعالى؛ عندما يشعر أن طاقته قد اسْتُنْفِذَت، ولم يعد بوسعه أن يواجه هذا الخطر المهدِّد له، وأنه بحاجةٍ ماسة إلى المعونة والمساعدة وشد أزره من الخارج؛ خاصَّةً عندما يريد أن يأتي هذه العون من أقرب الأشخاص إليه (الكعبي؛ علي، 2023، ص26).

أولًا: إشكالية البحث

تشير تقارير منظمة الصحة العالميَّة إلى أن السرطان هو سبب حوالي 30٪ من جميع الوفيات المبكرة الناتجة عن الأمراض غير المعدية بين البالغين الذين تتراوح أعمارهم بين 30 و69 عامًا. في عام 2018، أصيب 18.1 مليون شخص حول العالم بالسرطان، وتُوُفِّيَ 9.6 مليون شخص بسبب هذا المرض. وبحلول عام 2040؛ ستتضاعف هذه الأرقام تقريبًا، مع أكبر زيادة في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل؛ حيث سيحدث أكثر من ثلثي حالات السرطان في العالم، أكثر أنواع السرطان التي يتم تشخيصها شيوعًا هو سرطان الرئة، يليه سرطان الثدي لدى الإناث، وسرطان القولون والمستقيم، كما يختلف النوع الأكثر شيوعًا من السرطان من بلدٍ إلى آخر؛ مثل سرطان عنق الرحم، وسرطان الثدي في البلدان ذات المؤشر المنخفض للتنمية البشرية (HDI)؛ مقارنةً بالبلدان ذات المؤشر المرتفع (World Health Organization, 2020 , p13).

ويعتبر سرطان الثدي هو الأكثر شيوعًا بين الإناث المصريات؛ حيث يمثل 42٪ من جميع حالات السرطان لديهن؛ حيث تظهر غالبية الإصابات في مراحل متقدمة، وعلى الرغم من ذلك، لا تتوفر قاعدة بيانات وطنية حالية للسرطان في مصر لتوفير بيانات موثوقة حول السمات السريرية والمرضية المحدَّدة لسرطان الثدي، حيث تهيمن المرحلة المتأخرة والعمر الصغير عند التشخيص؛ فهما السمتان الرئيستان لسرطان الثدي بين النساء المصريات. لذلك لا بد من توفير بيانات تساعد في توجيه صُنَّاع السياسات في مصر، وكذلك البلدان الأخرى ذات الموارد الأقل لإعطاء الأولوية للاحتياجات التشخيصية والعلاجية في هذا السياق(Azim et al. , 2023, p1) .

ووفقًا لتقرير المعهد الوطني للسرطان (INCA) الذي صدر في عام 2023؛ فإن سرطان الثدي هو الأكثر شيوعًا في جميع المناطق؛ حيث إن السكان من ذوي الوضع الاجتماعي والاقتصادي الأدنى هم الأكثر تضررًا؛ بسبب ميلهم الشديد للعيش في مناطق أكثر بعدًا؛ وهذا يعني أن تغطية هذه الخدمات الصحيَّة لا تصل إلى الأهداف التي حدَّدتها وزارة الصحة (MS)؛ وبالتالي لا توجد رعاية كافية لمساعدة النساء. إن هذه البيانات تعكس التفاوتات الاجتماعية والصحية الموجودة في بلدان مختلفة، وهي اختلافاتٌ غير عادلة، ويمكن تجنبها في الظروف الصحية التي لوحظت لدى السكان بين البلدان المختلفة أو حتى داخل نفس البلد (Kely et al., 2024, p11).

وقد تسهم الأعراض الناجمة عن العلاج الكيميائي؛ بما في ذلك الألم والأرق والغثيان، بشكل كبير في العبء النفسي والاجتماعي الإجمالي الذي يواجهه هؤلاء المرضى، فهذه الأعراض الصعبة ليست مجرد تجربة جسدية؛ بل إنها تتشابك مع الضيق النفسي وتزيد من تفاقمه؛ مما يؤدي إلى ارتفاع مستويات القلق والاكتئاب، ويرتبط انتشار وشدة هذه التفاعلات النفسية ارتباطًا وثيقًا بمدة وشدة العلاج الكيميائي، وحدوث الانتكاسات، ومرحلة السرطان(Chen&N.,2024,P302).

ومن خلال ما سبق يمكن تحديد إشكالية البحث الحالي **في الوقوف على أبعاد الدعم الاجتماعي واستراتيجياته لدى مريضات سرطان الثدي من أجل تحسين جودة حياتهنَّ.**

ثانيًا: أهمية البحث

تتبين أهميَّة البحث من خلال جانبين؛ الجانب النظري والجانب التطبيقي:

ويتمثل جانب **الأهمية النظرية** في النقاط التالية:

- تكمن أهمية البحث في تحديد مستوى الدعم لدى شريحة مهمَّة من المجتمع؛ وهي فئة النساء التي ينبغي رعايتها؛ خاصَّةً أن مرض سرطان الثدي غالبًا ما يتحوَّل إلى مشكلة صحيَّة ونفسية مستعصية؛ فالسرطان يفضي حتمًا إلى الموت؛ لأنه يصيب عضوًا حساسًا في جسم المرأة؛ وهو لا يؤثر في المريض بمفرده؛ بل يمتد أثره إلى جميع أفراد الأسرة والمحيطين بالمرضى، وبالمجتمع بأسره.

- نُدرة تناول الموضوع في تخصُّص علم الاجتماع، وقد أظهرت الدراسات السابقة تأثيرات مباشرة أو غير مباشرة لبرامج الدعم الاجتماعي في المجالات النفسية والتربوية والطبية على الأمراض المزمنة غير المعدية، خاصَّةً سرطان عُنق الرحم وسرطان الثدي، وهما أكثر أشكال السرطان شيوعًا لدى النساء.

- إلقاء الضوء على طبيعة الدعم الاجتماعي المُدْرَك في الوقاية من سرطان الثدي لفئة النساء؛ وذلك بهدف التخفيف من الضغوط الحياتية، والوصول إلى مستوى أعلى من الدعم الاجتماعي؛ لتخطي مراحل العلاج والضغوطات التي يمررنَ بها بجميع جوانبها.

أما الأهمية من حيث **الجانب التطبيقي** فتتمثل فيما يلي:

- إسهام نتائج هذا البحث بصورة غير مباشرة في المساعدة في نشر ثقافة الوعي من الإصابة بسرطان الثدي، وتوجيه المريضات نحو الوقاية منه بالاستفادة من المعلومات التي يوفرها.

- تقديم بعض المقترحات والتوصيات لتطوير أو تحسين هذا الواقع، وتحديد آليات فعَّالة من شأنها أن تجعل قوة الدعم الاجتماعي من الأسرة والمدرسة والأصدقاء أحد العوامل الهامَّة في تحسين سلامتهنَّ النفسيَّة والاجتماعية من أجل تجاوز المرض، والتغلب على معاناته، وتحسين جودة حياتهنَّ للأفضل.

- تظهر أهمية البحث من خلال ما يُسْفِر عنه من نتائج، في إثـارة بعض التساؤلات لإجراء المزيد من الدراسات والبحوث في الكشف عن تأثير الدعم الاجتماعي المُدْرَك لمريضات سرطان الثدي، وتحسين جودة الحياة، والعلاقة بينهما في ضوء بعض المتغيرات.

ثالثًا: أهداف البحث وتساؤلاته

يهدف البحث بصورة عامَّة إلى رصد واقع الدعم الاجتماعي لمريضات سرطان الثدي؛ من خلال الوقوف على أبعاد الدعم الاجتماعي المُدْرَك، وتأثيره على تحسين جودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي.

ويستهدف البحث الإجابة على التساؤلات التالية:

- ما درجة الدعم الاجتماعي المُدْرَك لدى مريضات سرطان الثدي؟
- ما أكثر أنماط الدعم الاجتماعي إدراكًا لدى مريضات سرطان الثدي؟
- ما درجة مؤشرات جودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي؟
- هل ترتبط درجة الدعم الاجتماعي المُدْرَك بدرجة تحسين جودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي؟
- ما أهمية كلِّ بعدٍ من أبعاد الدعم الاجتماعي المُدْرَك في التنبؤ بتحسين جودة الحياة؟

رابعًا: فروض البحث

- توجد علاقة دالة ارتباطية بين الدعم الاجتماعي المُدْرَك وتحسين جودة الحياة.

- يساعد كلُّ بعدٍ من أبعاد الدعم الاجتماعي المُدْرَك على حدة في المساهمة بالتنبؤ بتحسين جودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أبعاد الدعم الاجتماعي المُدْرَك والمتغيرات (المستوى التعليمي - نوع الحالة - مرحلة العلاج - الدخل).

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مؤشرات جودة الحياة والمتغيرات (الفئة العمرية -الحالة الاجتماعية – الحالة الوظيفية).

خامسًا: مفاهيم البحث

- **الدعم الاجتماعي Social Support**

يُعرَّف الدعم الاجتماعي بأنه توافر الموارد النفسية والمادية الفعلية من خلال العلاقات الاجتماعية؛ بما في ذلك الدعم الآلي والمعلوماتي والعاطفي؛ فقد تبين أنَّ الأفراد الذين يتمتعون بدعم اجتماعي أعلى يتلقَّون المزيد من الحب والرعاية؛ مما قد يؤدي إلى تحسين نوعية الحياة (L. Zhang et al., 2023, p2).

ويشير الدعم الاجتماعي إلى إدراك حقيقة الرعاية، والحصول على المساعدة من أشخاص آخرين، ولكونه جزءًا من شبكة اجتماعية داعمة، بالنسبة للأشخاص الذين يعيشون مع مصاعب وخاصة الأمراض المزمنة، لا يوفر الدعم الاجتماعي الراحة العاطفية، وتخفيف القلق والخوف والشعور بالوحدة الناجم عن المرض فحسب؛ بل يُعزّز أيضًا ثقتهم وشجاعتهم في مواجهة المرض(Haitao, Huang et al., 2025, p2) .

كما يُعرَّف الدعم الاجتماعي بأنه تقديم الدعم العاطفي (مثل الرعاية)، أو المعلوماتي (مثل إخطار شخص ما بمعلومات مهمة)، أو الدعم العملي (مثل المساعدة في أعمال المنزل)، أو الملموس (مثل المساعدات المالية)، أو الدعم النفسي لشخص ما من خلال الشبكة الاجتماعية لأفراد الأسرة والأصدقاء وأفراد المجتمع. ويُعتقد أن الدعم الاجتماعي يُعزّز التفاعلات الإيجابية بين الأفراد؛ مما يساهم في تخفيف الاكتئاب والتوتر والقلق (Cristian Martín et al., 2024, p2)

ومن خلال ما سبق يمكن القول إن المقصود بمفهوم الدعم الاجتماعي إجرائيًّا في هذا البحث بأنه: "المساعدة الفعليَّة التي تقدمها الشبكات الاجتماعية؛ من خلال التقييم الذاتي لمريضة السرطان لمدى دعم بيئتها المحيطة، وعلاقاتها الاجتماعية؛ والذي يكون أكثر تأثيرًا على تحسين جودة الحياة لدى المصابات بسرطان الثدي".

- **الدعم الاجتماعي المُدْرَك Perceived Social Support**

يتضح مفهوم الدعم الاجتماعي المُدْرَك من خلال أساليب المساعدة المختلفة التي يتلقاها الفرد من أسرته وأصدقائه، والتي تتمثَّل في تقديم الرعاية والاهتمام والتوجيه والنصح والتشجيع في مواقف الحياة كافَّة، والتي تشبع حاجاته الماديَّة والروحية للقبول والحب والشعور بالأمان؛ فتجعله يثق بنفسه ويدركها، مما يزيد من كفاءته الاجتماعية (جيلان؛ أحمد،2021، ص71).

كذلك يشير المفهوم، كما أوضحه Cohen et al (1985) إلى متطلبات الأفراد لتقديم الدعم والمساندة للبيئة المحيطة بهم؛ سواءٌ كانوا أفرادًا أو

جماعات للتخفيف من ضغوط أحداث الحياة التي يتعرَّض لها الفرد، وتمكنه من المشاركة الاجتماعية الفعالة في مواجهة تلك الأحداث والتكيف معها (الكعبي؛ علي، 2023، ص28).

ويُقْصَد بمفهوم الدعم الاجتماعي المُدْرَك إجرائيًّا في هذا البحث: "إدراك المريضة بالدعم الاجتماعي الذي تحتاجه عن طريق الأسرة أو الأصدقاء أو الزملاء أو المجتمع المحيط بها، من خلال أساليب المساعدة المختلفة؛ سواء الماديَّة أو المعنويَّة، أو العلاجية في جميع مواقف الحياة التي تمر بها؛ وبالتالي هي الدرجة التي تحصل عليها من خلال مقياس الدعم الاجتماعي المُدْرَك والرعاية اللازمة من المحيطين بهن".

- جودة الحياة Quality of life

يرتبط مفهوم جودة الحياة بجوانب وأبعاد متعددة، ويُنْظَر له من زوايا عديدة ومختلفة؛ فهو مفهوم نسبي لدى الشخص ذاته، وربطه بحاجات الفرد النفسيَّة، والروحيَّة، والبدنيَّة، والاجتماعيَّة، والعقلية، ويتم تلبية إشباع الحاجات، كما تعددت تعريفاتها؛ ومنها "أنها إحساس أو شعور لدى الشخص يُعَبِّرُ فيه عن مدى الرفاه الذي يعيشه، ومجموعة المتطلبات التي يحتاجها الشخص، وبمجرد الحصول عليها تجعله راضيًا عن حياته (العنزي، 2023، ص69).

ومن ثَمَّ يشير مفهوم جودة الحياة كما حدَّدته منظمة الصحة العالمية (WHO) إلى "إدراك الفرد لمكانته في الحياة ضمن السياق الثقافي، ونظام القيم الذي يعيش فيه وأهدافه وتوقعاته ومعاييره ومخاوفه". ومنذ ذلك الحين، أصبح مفهومًا مهمًّا لصحة المجتمع؛ حتى إنه أصبح أحد أهم مؤشرات الصحة، وتم تضمينه في أهداف التنمية المستدامة (ODS)، وتحديدًا في الهدف الثالث "الصحة والرفاهية". وتتأثر جودة الحياة بعوامل متأصِّلة في الإنسان وعوامل خارجية؛ تشمل الصحة البدنية، والصحة العقلية، ومستوى الاعتماد، والعلاقات الاجتماعية، والعلاقة بالبيئة(Casarin et al., 2010, p11) .

كما يتطرق مفهوم جودة الحياة إلى: "عَيْش الفرد في حالة جيدة؛ متمتِّعًا بصحة بدنية وعقلية وانفعالية على درجة من القبول والرضا، وأن يكون قوي الإرادة، صامدًا أمام الضغوط التي تواجهه، ذا كفاءة ذاتية واجتماعية عالية، راضيًا عن واجباته الأسرية والمهنية، والمجتمعية، محققًا لحاجاته وطموحاته، واثقًا من نفسه، غير مغرور، مقدرًا لذاته؛ مما يجعله يعيش شعور السعادة" (معوض، 2017، ص114).

ومن جانبٍ آخر يعرف بأنه: "كل ما يفيد الفرد في تنمية طاقاته النفسيَّة والعقلية ذاتيًّا، والتدريب على كيفية حل المشكلات، واستخدام أساليب مواجهة المواقف الضاغطة، والمبادرة لمساعدة الآخرين، والتضحية من أجل رفاهية

المجتمع، وهذه الحالة تتسم بالشعور، ويُنْظَر إلى جودة الحياة من خلال القدرة على إشباع حاجات الصحَّة النفسيَّة؛ مثل الحاجات البيولوجية والعلاقات الاجتماعية الإيجابية والاستقرار الأسري، والرضا عن العمل والاستقرار الاقتصادي، والقدرة على مقاومة الضغوط الاجتماعية والاقتصادية، ويؤكد أن شعور الفرد بالصحَّة النفسية من المؤشرات القوية الدالة على جودة الحياة" (بوتي، وآخرون، 2020، ص38).

ومن جانبٍ آخر، ركز غالبية الباحثين على المؤشرات الخاصة بالبعد الموضوعي لجودة الحياة؛ ويشمل مجموعةً من المؤشرات القابلة للملاحظة والقياس المباشر كأوضاع العمل، ومستوى الدخل، والمكانة الاجتماعية والاقتصادية، وحجم المساندة المتاحة، والدعم من شبكة العلاقات الاجتماعية (سركز، 2020، ص311).

ويتضح مفهوم جودة الحياة من خلال تحقيق السلامة والشعور بالرضا في جميع الجوانب الاجتماعية والنفسية والصحية، وكذلك المستوى الاقتصادي والبيئي، وقدرة الفرد على إشباع حاجاته، وحسن إدارته للوقت والاستفادة منه (ناصر، 2022، ص911).

وفي ضوء ما سبق يمكن تحديد مفهوم جودة الحياة إجرائيًّا بأنه: "الشعور بالرضا والقبول بدرجة عالية عن حياتها؛ خاصَّةً في ظل الظروف التي تمرُّ وتتأثر بها، وأن تعيش المصابة بسرطان الثدي حالةً صحية وعقلية سليمة، ويكون لديها درجةٌ من القبول والرضا، وقوة الإرادة أمام الضغوط التي تواجهها، ومقدرة لذاتها بما يجعلها تتخطَّى الصعوبات، واستمرار حياتها بمختلف جوانبها؛ وبالتالي هي الدرجة التي تحصل عليها من خلال مقياس مؤشرات جودة الحياة". وفي هذا البحث تمَّ التركيز على عدة أبعاد لجودة الحياة (الاجتماعية - البدنية –النفسية - الذاتية).

- السرطان Cancer

السرطان عبارة عن مجموعة من الأمراض التي تتميَّز بالنمو غير المنضبط، وانتشار الخلايا غير الطبيعية التي يمكن أن تؤدي إلى الموت إذا لم يتم علاجها. وعلى الرغم من عدم فَهْم سبب معظم أنواع السرطان جيدًا، إلا أنه من المعروف أن العديد من العوامل تزيد من المخاطر؛ بما في ذلك العوامل التي يمكن تعديلها؛ (مثل تعاطي التبغ وزيادة الوزن)، وعوامل أخرى غير قابلة للتعديل؛ (مثل الطفرات الجينية الموروثة). وقد تعمل عوامل الخطر هذه في وقت واحدٍ، أو بالتتابع لبدء وتعزيز نمو السرطان (American Cancer Society, 2024, p1).

إن أغلب التعريفات الخاصة بالسرطان تتوافق بشكل عام مع التعريف الحالي للمعهد الوطني للسرطان: "السرطان هو مرض تنمو فيه بعض خلايا الجسم بشكل لا يمكن السيطرة عليه، وتنتشر إلى أجزاء أخرى من الجسم"،

وقد تم التعرف على السرطان لأول مرَّة على أنه كتلة نسيجية متنامية، أو ورم، وتمكنوا من ملاحظة شكله، ومدى سرعة نموه، وكيف يبدو في كثير من الأحيان، وكأنه يأخذ "قضمة" من الجسم. ويبدو أن الأورام نفسها تنتشر في بعض الأحيان إلى أجزاء أخرى من الجسم، كما بدا كذلك أنها مميتة. وهناك شيئان واضحان في هذه المرحلة من الفهم؛ أولًا: يتوافق هذا المصطلح مع مرض النمو غير الطبيعي وغير المنضبط مع القدرة على الانتشار. ثانيًا: لم يكن هناك تمييز بين مفهومي الورم والسرطان. وحتى اليوم، غالبًا ما يتم استخدام هذين المصطلحين بالتبادل (Joel S.& Brown et al., 2023, p1142).

كما يعرف السرطان بأنه مجموعة من مائة مرض على الأقل تحدث عندما تتطور أشكال خبيثة من نمو الخلايا غير الطبيعية في عضو واحد أو أكثر من أعضاء الجسم، وهو ثاني أكثر أسباب الوفاة شيوعًا على مستوى العالم، حيث يمثل ما يقدر بنحو 9.6 مليون حالة وفاة في عام 2018، لقد شهدت كل دولة تقريبًا زيادة في حالات الإصابة بالسرطان على مدار العقد الماضي، ومن المتوقع أن ترتفع معدلات الإصابة بالسرطان بنسبة 60٪ على الأقل على مدار السنوات العشرين القادمة(Rebecca &Siegel, 2024, p13).

ويستمر عبء السرطان في النمو عالميًّا؛ مما يفرض ضغوطًا بدنية وعاطفية ومالية هائلة على الأفراد والأسر والمجتمعات والأنظمة الصحيَّة. ويعد السرطان مشكلة صحية خطيرة تصيب فئات السكان المختلفة؛ بغض النظر عن الثروة، أو الوضع الاجتماعي؛ لذلك فهو مرض شخصي للغاية، ويؤثر علينا جميعًا، مما يفرض السرطان ضغوطًا بدنية وعاطفية واجتماعية ومالية هائلة على الأفراد والأسر والمجتمعات والأنظمة الصحية والبلدان(Gabrielli, 2024, p7).

وتقصد الباحثة إجرائيًا بمفهوم السرطان أنه: "مرض مزمن يتم تشخيصه من قبل الأطباء المتخصصين في علاج الأورام السرطانية وهو متعدد الأنواع، والذي يمتد إلى خلايا سرطانية خبيثة دون توقف لتنتج خلايا سرطانية مزمنة تصيب الخلايا السليمة إذا لم يتم معالجتها، وتنتشر في جميع أجزاء الجسم؛ مما يؤدي إلى توقف الخلايا السليمة، ويتسبب في وفاة المريض".

- **سرطان الثدي Breast Cancer**

سرطان الثدي هو ورم خبيث ينشأ في خلايا أنسجة الثدي. وهو أكثر أنواع السرطان شيوعًا بين النساء في جميع أنحاء العالم؛ حيث يمثل 24.2٪ من جميع حالات السرطان بين النساء. وفقًا لأحدث إحصائيات منظمة الصحة العالمية، كان هناك ما يُقدَّر بنحو 2.3 مليون حالة جديدة من سرطان الثدي

في عام 2020؛ وهو السبب الرئيس الثاني لوفيات السرطان لدى النساء بعد سرطان الرئة. يزداد خطر الإصابة بسرطان الثدي مع تقدم العمر، وتحدث معظم الحالات لدى النساء فوق سن الخمسين (Salem et al., 2024, p214).

ويمكن الكشف عن وجود سرطان الثدي من خلال طرق مختلفة؛ بما في ذلك تصوير الثدي بالأشعة السينية والموجات فوق الصوتية، والتصوير بالرنين المغناطيسي (MRI)، إذا كان هناك اشتباه في سرطان الثدي؛ فقد يتم إجراء خزعة لإزالة عينة من الأنسجة لمزيد من الفحص؛ حيث يساهم فحص سرطان الثدي بشكل كبير في الكشف المبكر عن السرطان غير المصحوب بأعراض؛ مما يؤدي إلى علاجات أقل تدخلًا ونتائج أفضل؛ حيث يتم اكتشاف المرض قبل تطور الورم. والطريقة الأكثر فعالية التي لا تزال ينصح بها لجميع النساء هي التصوير الشعاعي للثدي (Fuller, Lee & Elmore, 2015, p78).

ويمكن تحديد مفهوم سرطان الثدي إجرائيًّا في هذا البحث بأنه: "أكثر الأمراض المزمنة وأكثرها شيوعًا والتي تصيب النساء وهي خلايا سرطانية تنشأ في أنسجة الثدي، ومجموعة الخلايا المصابة التي تتشكَّل في كتلة تُسمَّى أورامًا، والتي يُمْكِن أن تمتد وتنتشر في جميع أجزاء الجسم إذا تم تشخيصها على أنها خبيثة، ولا يمكن علاجه بالأدوية المعتادة؛ بل يحتاج إلى علاج كيماوي وإشعاعي، وأحيانًا تدخل جراجي؛ مما يجعله يحمل تأثيرًا سلبيًّا، ويصاحبه مشكلات نفسيَّة واجتماعيَّة وجسمانية على المريضة والمحيطين بها".

سادسًا: التوجه النظري

- **نظرية الدعم الاجتماعي Social support theory**

تم اقتراح هذه النظرية من قبل العالم أروين ساراسون Irwin G. Sarason وزملائه؛ والذي أشار إلى أن الوحدة (هي) غياب متصور للعلاقات الاجتماعية المرضية، مصحوبةً بأعراض الإجهاد النفسي المرتبطة بالغياب الفعلي أو المتصور؛ وبالتالي اقترح أن يتم التعامل مع العلاقات الاجتماعية باعتبارها فئة معينة من التعزيزات؛ يمكن النظر إلى الوحدة جزئيًّا باعتبارها استجابة لغياب التعزيزات الاجتماعية المهمة (Irwin G. Sarason & Barbara R. Sarason, 1985, p271)

ويُنظر إلى الدعم الاجتماعي بشكل عام على أنه الموارد الاجتماعيَّة التي يمكن للفرد الاعتماد عليها عند التعامل مع مشاكل الحياة والضغوط، كما أنه

عمليَّة نقل رأس المال البشري والثقافي والمادي والاجتماعي؛ سواء بين الأفراد أو بين الوحدات الاجتماعية الأكبر (المجتمعات والدول) وأعضائها، وغالبًا ما يتم تقديم الدعم بشكل غير رسمي من خلال العلاقات الاجتماعية، ولكن يمكن أيضًا تقديم الدعم رسميًّا من قبل كيان يتمتَّع بمكانة رسمية؛ مثل برامج المساعدة الحكومية أو نظام العدالة (Lisa Kort-Butler , 2018, p2).

وللدعم الاجتماعي أبعاد عديدة؛ وهي: أولًا: أن تلقي الدعم متاحٌ بناء على الإبلاغ عن تقديم المساعدة. ثانيًا: يمكن أن يكون الدعم عمليًّا أو إعلاميًا أو عاطفيًّا بطبيعته. ويشير الدعم الآلي إلى توفير المواد أو المساعدة في المهام العملية أو المشكلات، كما يشير الدعم المعلوماتي إلى تقديم النصيحة أو التوجيه أو تقديم معلومات تساعد في حل مشكلة. يتضمن الدعم العاطفي التعبير عن التعاطف أو الرعاية أو التقدير أو القيمة أو التشجيع. ثالثًا: يمكن تمييز الدعم الاجتماعي من خلال مصدره؛ فغالبًا ما يُعتبر أعضاء المجموعة الأساسية للفرد، والأشخاص المهمين؛ مثل أفراد الأسرة والأصدقاء هم المصدر الرئيس للدعم، وقد يستمد الأفراد أيضًا الدعم من مجموعاتهم الثانوية؛ حيث تكون العلاقات أكثر تنظيمًا أو هرمية وأقل شخصيَّة؛ مثل المدارس والمنظمات الدينية (Thoits, Peggy A., 2011, p156) .

كما تفترض النظرية ثلاث قضايا لم يتمَّ حلها بعد؛ هي: أولًا: ما العلاقة بين الوحدة والدعم الاجتماعي المتصور؟ وبشكل عام جدًّا؛ يمكن النظر إلى مفهومي الوحدة والدعم الاجتماعي على أنهما متضادان؛ حيث تشير الوحدة إلى تجربة العجز في العلاقات الاجتماعية؛ ويشير الدعم الاجتماعي إلى توافر الموارد الشخصية. ثانيًا: ما درجة مقاييس الوحدة والدعم الاجتماعي المتصور، وهي مترابطة بشكل كبير ومستمر. وبعبارة أخرى؛ هل يُحدِّدُ كلا المقياسين نفس الأفراد الذين يعانون من مشكلات اجتماعية؟ ثالثًا: ما الوظائف الأساسية للعلاقات الاجتماعية، وأيٌّ منها أكثر أهمية للرفاه الشخصي؟ (Irwin G. Sarason & Barbara R. Sarason, 1985, p280).

بالاستناد إلى برايثويت Braithwaite تكمن أهمية الدعم الاجتماعي في "الأنظمة الاجتماعية التي تُعزِّز القيم التي تعلم أعضاءها أن لديهم التزامات اجتماعية وأخلاقية تجاه الآخرين، تتجاوز تلك التي تنتجها علاقات التبادل الاجتماعي ذات الدوافع الذاتية"، والتي تعمل على تخفيف أو منع تجربة الإكراه؛ وبالتالي تستند إلى كيفية "مساعدة الشبكات المنظمة للعلاقات الإنسانية للناس في تلبية كل من الاحتياجات التعبيرية والأدواتية، والذي تظهر نتائجه أن الدعم الاجتماعي يُخفِّف من آثار الضغوط على الأمراض العقلية والصحية (Erin A. Orrick et al., 2011, p500).

كما افترض كوهين وهوبرمان أن الاعتقاد بتوفر الدعم يقلل من آثار الإجهاد من خلال المساهمة في تقييمات أقل سلبية. فكر في وفاة زوج امرأة مسنة ضعيفة مؤخرًا. قد يكون التقييم الأولي المهدِّد: "الآن أنا وحدي حقًّا في العالم". قد يكون التقييم الثانوي السلبي: "لن أكون قادرًا على الاعتناء بنفسي". ومع ذلك، إذا اعتقدت المفجوعة أنها محاطَةٌ بمجموعة من الأشخاص المحبين والمتعاونين والمخلصين؛ فقد تكون هذه التقييمات أقل تهديدًا (Brian & Sheldon, 2020, P31)

لذلك تؤكد نظرية الدعم الاجتماعي على أنَّ العلاقات الاجتماعية تؤدي إلى نتائج إيجابية؛ بغض النظر عما إذا كان الشخص يعاني من أحداث مرهقة. ويُعتقد أن التأثيرات الإيجابية تحدث من خلال العديد من الآليات المحتملة؛ مثل تحسين احترام الذات، أو المشاعر الإيجابية الأخرى، بغضِّ النظر عن مستويات التوتر لدى الفرد (Rippon et al., 2020, p6).

ومن ثم ترتبطُ شبكات الدعم الاجتماعي الأقوى بنوعية حياة أفضل، وأداء اجتماعي أفضل، وأعراض أقل، ودخول أقل إلى المستشفى، ونجد أن الأدلة الواضحة على الآليات التي تحرك الارتباط بين الدعم الاجتماعي، وتحسين النتائج نادرة؛ مما يعني أن لدينا قدرة محدودة على تصميم التدخلات التي تُعزِّز على وجه التحديد الجوانب الأكثر تأثيرًا للدعم الاجتماعي (V´azquez Morej´on et al., 2018, p489).

وبالتالي؛ فإن الدعم الاجتماعي يُقلِّل من التأثيرات السلبية للتوتر، ومن هذا المنظور؛ فإن العلاقات الاجتماعية لها تأثير تخفيف؛ مما يؤدي إلى أكبر الفوائد للأفراد الذين يعانون من مستويات عالية من التوتر. من المرجَّح أن تحدث التأثيرات الرئيسة، وتأثيرات تخفيف التوتر جنبًا إلى جنب، ولا تستبعد بعضها البعض (Rodriguez et al., 2019, P219).

ومما سبق يمكن أن نستخلص قضايا نظرية الدعم الاجتماعي كالتالي:

- يفترض أن الدعم يُقلل من آثار الأحداث الحياتية المُجهِدة على الصحَّة؛ إما من خلال الإجراءات الداعمة من جانب الآخرين؛ (مثل النصيحة والطمأنينة)، أو الاعتقاد بأنَّ الدعم متاح، ويُعتقد أن الإجراءات الداعمة تعمل على تعزيز أداء الفرد.

- الدعم الاجتماعي فعالٌ في تعزيز التكيف، وتقليل الآثار المسببة للقلق والاكتئاب، بقدر ما يتوافق شكل المساعدة مع متطلبات العامل المسبب للتوتر.

- الدعم الفعلي المقدم من الآخرين أثناء الإصابة بالمرض يحمي الأشخاص المصابين؛ خاصَّةً مريضات سرطان الثدي من التأثيرات السلبية للعوامل المسببة؛ من خلال دفعهم إلى تفسير المواقف العصيبة بشكل أقل سلبية.

- **نظرية التفاعلية الرمزي Symbolic interaction theory**

يوفر التفاعل الرمزي منظورًا بديلًا للدعم الاجتماعي. واستنادًا إلى الفلسفة البراجماتية لجورج هيربرت ميد G.H. Mead، ينظر المنظور إلى الواقع؛ بما في ذلك الدعم الاجتماعي والذات؛ باعتباره بناءات اجتماعية؛ بأن تصورات الناس عن العالم لا تعكس الواقع المطلق. بدلًا من ذلك، يبني الناس نظريات ومفاهيم حول العالم تعكس سياقهم الاجتماعي؛ ومن هذه الافتراضات: أولًا: يشير هذا المنظور إلى أنه قد لا يكون هناك إجماعٌ واضحٌ بين الأفراد أو المجموعات فيما يتعلق بما يشكل سلوكيات داعمة. ثانيًا: يتنبأ بأن الذات والعالم الاجتماعي؛ (بما في ذلك الدعم الاجتماعي) مرتبطان بشكل لا ينفصم. بعبارة أخرى؛ فإن تجربة "الذات" هي إلى حدٍّ كبير انعكاس لكيفية رؤية الآخرين للشخص (Jannis St¨ockel et al., 2023, P36).

تفترض التفاعلية الرمزية أن السلوك وتغير السلوك يستجيبان للإدراكات الذاتية أو التفسير الذاتي للحقائق الاجتماعية، وتركز على التفاعلات (التصرف استجابة للإدراك)؛ إلا أنها كيفية تشكيل التفسير الذاتي (الإدراك) للموقف الاجتماعي. في حين أن الإدراك هو متغير مستقل في التفاعلية الرمزية؛ فإن الرضا عن الحياة يرتبط بسلوكيات ومواقف اجتماعية أخرى؛ مثل احترام الذات والدعم الاجتماعي، ويرتبط سلبًا بمتغيرات مثل الاكتئاب والأفكار الانتحارية (Jie Zhang et al., 2014, p20).

إن الطريقة التي نتعامل بها مع أنفسنا، خاصَّةً عندما نواجه الصعوبات الشخصية والإخفاقات، لها تأثير قوي على رفاهيتنا؛ كوننا لطفاء ومتعاطفين ومطمئنين تجاه أنفسنا يرتبط بزيادة الرضا عن الحياة والسعادة والتأثير الإيجابي والترابط الاجتماعي. وعلاوةً على ذلك؛ فإنَّ القدرة على طمأنة الذات/التعاطف هي وقاية من الضائقة النفسيَّة؛ بما في ذلك القلق والاكتئاب. ونظرًا للعلاقة القوية بين طمأنة الذات/التعاطف والصحة النفسية؛ فمن المهم فهم العوامل التي تسهل هذه الطريقة التكيفية في التعامل مع الذات (Nicola et al., 2017, p37).

وفقًا لنسخة ستريكر *Stryker*, S (1980) من التفاعلية الرمزية؛ فإن المعنى والهُوية مشتقان جزئيًّا من الأدوار التي نشغلها ونخلقها داخل سياق اجتماعي. يتبنَّى الناس مجموعةً واسعة من الأدوار المختلفة؛ مثل الأب والباحث والموسيقي والابن والزوج والرياضي وما إلى ذلك. إنَّ مفاهيم الأدوار المشتركة بين مجموعة من الناس تُساعِدُ في توجيه التفاعل الاجتماعي من خلال توفير مجموعة مُشتركة من التوقعات حول كيفية تصرُّف الناس في أدوار مختلفة. كما توفر الأدوار شعورًا بالهوية؛ لأن الناس يستخدمون الأدوار كأدوات مفاهيمية أساسية في التفكير في الذات. وتستند تقييمات الذات إلى أداء

الدور، والذي يُفترض أنه متجذِّرٌ في التفاعلات الاجتماعية (Jannis St¨ockel et al., 2023, p40).

واستنادًا إلى وجهات نظر جيلبرت Gilbert (1998، 2000) فإن العلاقة بين الذات والذات تستند إلى أنظمة نفسية بيولوجية فطرية، تطورت في الأصل للتفاعل الاجتماعي. هذه الأنظمة، التي يُطْلَقُ عليها العقليات الاجتماعية، تُنَسِّقُ أنماط التفكير والعاطفة والسلوك لتوجيهنا لتشكيل أدوار اجتماعية مع الآخرين، والتي تُعَدُّ ضروريةً للبقاء، وبالتالي؛ يُعتقد أن العقليات الاجتماعية تنشط عند التعامل مع الذات بنفس الطريقة التي تنشط بها عند التعامل مع الآخرين. على وجه التحديد، من المفترض أنه عندما يطمئن المرءُ نفسه، يتم تنشيط عقليتي البحث عن الرعاية وتقديم الرعاية في نفس الوقت بالتعاطف الموجَّه إلى الذات (Nicola et al., 2017, p38).

ومما سبق من خلال تفسير نظرية التفاعلية الرمزية بشأن الدعم الاجتماعي يمكن اعتبار تنظيم التفاعل الاجتماعي، وليس توفير الدعم في حد ذاته، هو المسئول عن الحفاظ على الرفاهية؛ وبالتالي تعمل بيئاتنا الاجتماعية بشكل مباشر على تعزيز الصحة والرفاهية من خلال تزويد الناس بطريقة لفهم الذات والعالم؛ كما يعمل الدعم الاجتماعي من خلال المساعدة في خلق الهُوية واحترام الذات والحفاظ عليهما.

وتشير النظرية إلى أنَّ المرض المزمن هو تجربة مزعجة؛ حيث "يتم تعطيل هياكل الحياة اليومية وأشكال المعرفة التي تدعمها"، ومع التحسينات في التشخيص والعلاج، يتم التعامل مع سرطان الثدي بشكل متزايد؛ باعتباره مرضًا مزمنًا وفي سياق سرطان الثدي، يتم تعطيل المسار المتوقع لحياة المريضة، ويتم تدمير الهُوية الأصلية، بدلًا من قبول النتيجة بشكل سلبي؛ فإنهن غالبًا ما يُعِدْنَ التفاوض على أنفسهن وهُوياتهن لتحقيق نوع من المصالحة بين "المرض" و"حياتهن"؛ خاصَّةً بعد تشخيص الإصابة بسرطان الثدي.

- **نظرية جودة الحياة Quality of life theory**

إن الرضا النفسي هو حكم إدراكي يُقيِّم من خلاله الأفراد حياتهم من حيث الإنجازات والعيش وفقًا لمُثُلهم العليا، وهو تقييمٌ شامل للشعور الذاتي بالرضا من خلال مقارنة الإنجازات بالنتائج الشخصيَّة المتوقعة، ويعتمد هذا التقييم على ما هو ضروري للفرد، وموازنة العواقب الإيجابية والسلبية، والنظر في المعايير التي يختارها الفرد بنفسه، وبالتالي؛ فإن الرضا النفسي يعادل إدراك الأفراد، وهو ليس رأيًا أو تجربة عاطفية لحدثٍ معين؛ إنه تقديرٌ عالمي للحياة، وإدراك للرفاهية التي تلتقط التجربة الكلية للذات، قد يتغير هذا التصور الذاتي للحياة عندما يشعر الأفراد بالمرض، أو يحتاجون إلى رعاية

صحية، أو يشعرون بالقلق بشأن صحتهم المستقبلية Ana M. Arboleda, (2023, p2).

وبالمقارنة مع الأشخاص الذين أصيبوا بسرطان الثدي لفترة أطول، غالبًا ما يواجه المرضى الذين تم تشخيصهم حديثًا صعوبةً أكبر في تنظيم عواطفهم، والحفاظ على جودة حياتهم، وتطوير احترام الذات، وتطوير استراتيجيات مواجهة فعالة (Yao et al., 2019, P4373). وتنبع هذه التحديات من عدم الإلمام بمسار المرض وعمليات العلاج؛ مما يؤدي إلى زيادة مشاعر عدم اليقين والضعف. ونتيجةً لذلك، قد يعاني المرضى الذين تم تشخيصهم حديثًا من ضائقة عاطفية أكثر عمقًا، وانحدارًا أكثر حدَّة في جودة حياتهم؛ مما يُضمِّن الرعاية الذاتية أنشطةً تهدف إلى الحفاظ على الصحة والرفاهية (Lee, M.K et al., 2020, p407).

كما تشير فعالية الذات إلى الإيمان بقدرة المرء على تنفيذ الإجراءات اللازمة بنجاح للتعامل مع المواقف المستقبليَّة. يلعب هذا المفهوم دورًا حيويًّا في الرعاية الذاتية؛ حيث إن إيمان الشخص بقدرته على أداء أنشطة الرعاية الذاتية بشكل فعَّال أمر بالغ الأهمية للمشاركة الفعلية في هذه الممارسات. تطبق فعالية الرعاية الذاتية (SCSE) على وجه التحديد من خلال ثقة الشخص في أداء السلوكيات في أنشطة الرعاية الخاصة به (Lyu et al., 2024, 63).

وبناءً عليه؛ يشمل الضيق النفسي لدى مريضات سرطان الثدي مجموعةً واسعةً من الصعوبات العاطفية والإدراكية التي يُمكن أن تحدث قبل وأثناء وبعد المرض والعلاج، وعادةً ما يشير إلى القلق والاكتئاب والخوف والتوتر الذي يعاني منه المرضى غالبًا. يمكن أن تحدث هذه الحالات العاطفية بسبب مجموعة متنوعة من العوامل؛ مثل صدمة التشخيص وعدم اليقين والآثار الجانبية للعلاجات، إلى جانب المخاوف بشأن تغيرات صورة الجسم، وتكرار الإصابة بالسرطان، وقد ثبت أنَّ ذلك يؤثر على جودة حياة المرأة (Andreu, Y. et al., 2022, p9).

كما يرتبط العلاج الكيميائي بمجموعة من المشكلات الجسدية والعاطفية؛ بما في ذلك القلق والألم والغثيان/القيء، وتغيرات صورة الجسم وزيادة التعب، ومن بين الآثار الجانبية الأخرى، انخفاض جودة الحياة. ويرتبط تحسين فعالية الرعاية الذاتية بين المرضى المصابين بأمراض مزمنة بانخفاض مستويات الاكتئاب، وتعزيز الوظيفة البدنية، والدعم الاجتماعي، وتحقيق الأهداف، ونوعية الحياة، والحالة الصحيَّة الإيجابية بشكل عام. ونظرًا للدور المهم؛ فإن التدخلات المستهدفة التي تركز على تطوير فعالية الرعاية الذاتية بين مرضى سرطان الثدي بعد الجراحة بشكل عاجل (Delikanli, C. et al., 2023, p2756).

وما يزيد الأمر تعقيدًا هو تأثير هذه الآثار الجانبية المرتبطة بالعلاج على جودة الحياة، والتي تشمل كلًّا من الجوانب السلبية؛ مثل الضيق النفسي (مثل الاكتئاب والقلق)، والجوانب الإيجابية، مثل رضا الحياة وتقدير الذات. إن تقاطع أعراض المرض الجسديَّة مع الضيق النفسي يخلق صورة سريرية مُعقَّدة تتطلب اتباع نهج شامل في الرعاية التمريضية. إن معالجة كل من الاحتياجات الجسدية والنفسية لمرضى سرطان الثدي أمرٌ بالغ الأهمية لتحسين صحتهم العامة ونوعية حياتهم (Chovanec, M. et al., 2021, p230).

ويمكن تفسير نظرية جودة الحياة من خلال التعرض للإصابة بسرطان الثدي، وترك آثار سلبيَّة على جودة الحياة؛ حيث تشير النظرية إلى أنه مع الوقت الذي يقضيه الأفراد في العيش في حالة صحيَّة يمكنهم التقبُّل، ومحاولة عودة مستويات جودة الحياة الملحوظة إلى وضعها الطبيعي، أو ركودها على الرغم من انخفاض الصحَّة بشكل مستمر؛ لذلك يُعَد التقبل والشعور بالرضا له آثار على استخدام مؤشرات جودة الحياة الذاتية.

سابعًا: الدراسات السابقة

يتبيَّن من التراث البحثي المرتبط بموضوع البحث وجود العديد من الدراسات التي تناولت موضوع البحث؛ سواء بطريقة مباشرةٍ أو غير مباشرة، وهي على النحو التالي:

دراسات تناولت الدعم الاجتماعي لدى بعض الفئات المختلفة:

كشفت دراسة **Hassan (2020)** عن قياس جودة الحياة للأشخاص ذوي الإعاقة، وفحص العلاقة بين خدمات الرعاية الاجتماعية، وتحسين جودة الحياة للأشخاص ذوي الإعاقة. وتشير نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباط معنوية بين خدمات الرعاية الاجتماعية، وتحسين جودة الحياة للأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية في كافَّة صورها الذاتية والموضوعية.

كما أظهرت نتائج دراسة **عباس؛ صالح (2020)** أن الدعم الاجتماعي الكلي كان مرتفعًا، وأن مستويات الرضا عن جودة الحياة جميعها كانت متوسطة لدى مستخدمي الأطراف البديلة، وتوجد علاقة موجبة بين مستوى الدعم الاجتماعي المقدَّم من مصدر الأصدقاء، ومصدر المؤسسات، ومصادر الدعم الاجتماعي ككل، والدرجة الكلية للرضا عن جودة الحياة لدى أفراد العينة. وأوصت الدراسة بتزويد المستشفيات بمتخصصين في الصحَّة النفسية لعلاج حالات الإصابات، وتقديم الدعم والخدمات النفسية والاجتماعية والطبية والمهنية في المراحل المبكرة للإصابة، وتطوير برامج التأهيل، وإجراء دراسات تجريبية كتأثير برنامج دعم مُقدَّم على جودة الحياة لديهم.

كذلك توصلت نتائج دراسة **مقدودة؛ دليلة (2020)** إلى وجود علاقة بين الدعم الاجتماعي ونوعية الحياة لدى المعاقين حركيًّا؛ حيث توجد علاقة ارتباطية دالَّة إحصائيًّا بين مستوى الدعم الاجتماعي وأبعاده (الدعم، الرضا)، ومستوى نوعية الحياة لدى المُعاق حركيًّا.

ومن جانبٍ آخر تناولت دراسة **جيلان؛ أحمد (2021)** علاقة الدعم الاجتماعي المُدْرَك بإدمان الإنترنت لدى المراهقين في المجتمع السعودي، وأظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية سالبة ذات دلالة إحصائية بين الدعم الاجتماعي المُدْرَك وإدمان الإنترنت، على بعد دعم الوالدين وبعد دعم المعلمين، وبُعْد دعم الزملاء، وجاءت العلاقة سلبية، كما أظهرت عدم وجود تأثير المتغير نوع الجنس (ذكور، إناث) في العلاقة بين الدعم الاجتماعي المُدْرَك وإدمان الإنترنت.

وتوصَّلت أيضًا دراسة **شويعل (2023)** إلى وجود علاقة موجبة بين الدعم الاجتماعي المُدْرَك، وجودة الحياة لدى المعاقين حركيًّا؛ حيث يتنبأ الدعم الاجتماعي المُدْرَك بجودة الحياة لدى المعاقين حركيًّا. لا توجد فروق في مستويات الدعم الاجتماعي المُدْرَك تبعًا لمتغير العمر لدى المعاقين حركيًّا. توجد فروق في مستوى جودة الحياة تبعًا لمتغير العمر لصالح الأكبر سنًّا من المعاقين حركيًّا. لا توجد فروق في مستويات الدعم الاجتماعي المُدْرَك تبعًا لمتغير المستوى الاقتصادي لدى المعاقين حركيًّا. توجد فروق في مستوى جودة الحياة تبعًا لمتغير المستوى الاقتصادي لصالح المستوى الجيد من المعاقين حركيًّا.

بينما بينت دراسة **Jo et al (2025)** أن هناك علاقة سلبية بين أعراض الاكتئاب وجودة الحياة، وبالتالي فإن الدعم الاجتماعي المُدْرَك له تأثير معتدل على العلاقة بين أعراض الاكتئاب، وجودة حياة الخصوبة فقط بالنسبة للنساء اللاتي يعانين من أعراض اكتئاب خفيفة، أو لا يعانين منها؛ وبالتالي، ينبغي أن تركز التدخلات التمريضية للنساء الكوريات الجنوبيات المصابات بالعقم على الدعم العاطفي والاجتماعي، والذي يشمل تعزيز مهارات التأقلم الفردية، وتيسير شبكات الدعم القائمة على المجتمع؛ من خلال المبادرات التعليمية المتخصصة والمنتديات عبر الإنترنت التي يديرها خبراء.

دراسات تناولت الدعم الاجتماعي لدى مرضى السرطان:

أشارت دراسة **طشطوش (2015)** إلى وجود علاقة ارتباطية إيجابية دالَّة إحصائيًّا بين مستوى الرضا عن الحياة ومستوى الدعم الاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي، وأن هنالك فروقًا دالة إحصائيًّا في مستوى الدعم الاجتماعي المُدْرَك تبعًا لمتغير مدة الإصابة بالمرض، بينما لم يكن هنالك فروقٌ دالة إحصائيًّا في مستوى الدعم الاجتماعي المُدْرَك تبعًا لمتغيرات العمر والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي، ومرحلة العلاج.

كما أشارت دراسة **تومي (2017)** إلى مؤشر الدعم الاجتماعي المُدْرَك لدى عينة من مرضى السرطان من منظور علم النفس الإيجابي، كمؤشر لتحسين الحياة وإعطائها معنى، وكأسلوب حياة للتعايش معها بنجاح من خلال علاقات مشبعة، كما ترتبط جودة الحياة الأسرية ارتباطًا إيجابيًّا مع إشباع وإرضاء الحاجات النفسية والاجتماعيَّة داخل الأسرة، ويعتمد ذلك على حكم الفرد الشخصي المبني على معايير انتقاها؛ بناءً على الجوانب المعرفيَّة لديه، مما يحقق الاستقرار النفسي، والرضا عن الحياة.

وقد أظهرت دراسة **اشتيه (2018)** أن مستوى المساندة الاجتماعية التي يتلقاها مرضى السرطان كانت بدرجة كبيرة، في حين كان مستوى شعورهم بالصلابة النفسية بدرجة متوسطة، وتبين وجود علاقة خطيَّة موجبة بين مستوى المساندة الاجتماعية والصلابة النفسية لدى مرضى السرطان، كما تبيَّن وجود تأثير دال إحصائيًّا لأبعاد المساندة الاجتماعية في بعدي الالتزام والتحدي لدى المصابين بمرض السرطان، وعدم جود أثر لأبعاد المساندة الاجتماعية في بعد التحكم كأحد أبعاد الصلابة النفسية.

كما بينت نتائج دراسة **الحبيشي (2020)** أن الدعم الاجتماعي الأسري لدى مريضات السرطان جاء مرتفعًا، وأن هناك فروقًا دالة إحصائيًّا بين مستويات الدعم الاجتماعي؛ تُعْزَى للمتغيرات التالية: المؤهل العلمي، مدة الإصابة بالمرض، بينما لا توجد فروق دالة إحصائيًّا في مستوى الدعم الاجتماعي الأسري المتغير (العمر).

كشفت دراسة **عوض؛ صلاح (2020)** عن وجود علاقة ارتباطية طردية موجبة بين درجة المساندة الاجتماعية والصلابة النفسيَّة لدى النساء المصابات بسرطان الثدي، ووجود فروق دالَّة إحصائيًّا لمقياس المساندة الاجتماعية، تبعًا لمتغيرات العمر، والحالة الاجتماعية، وعدم وجود فروق تبعًا لمتغيرات المستوى التعليمي، ومستوى الدخل، وعدد سنوات الإصابة بالمرض، ووجود فروق دالَّة إحصائيًّا لمقياس الصلابة النفسية، تبعًا لمتغيرات العمر، والحالة الاجتماعية، وعدد سنوات الإصابة بالمرض، كذلك عدم وجود تلك الفروق، تبعًا لمتغيري المستوى التعليمي، ومستوى الدخل، وأوصى بضرورة تصميم برامج إرشادية تستهدف النساء اللاتي يعانين من سرطان الثدي، وتوفير الرعاية النفسية والاجتماعية لهنَّ، وبناء وتقديم برامج توعوية وتثقيفية تتعلَّق بتوجيه مريضات سرطان الثدي إلى كيفية التعامل مع آثار المرض وعلاجه؛ مما يزيد من درجة صلابتهم النفسيَّة.

كما أشارت دراسة **Beckstrand et al.(2020)** إلى معرفة تأثير الدعم الاجتماعي من خلال أصدقاء الفيسبوك؛ وكيف يعزز الصحة لدى مريضات الثدي بعد تشخيص المرض والتحولات في الرعاية، وتوصَّلت لردود فعل إيجابية من خلال أصدقاء الفيسبوك، وأظهرت أنَّ جميع مقاييس

الدعم من إعجابات وتعليقات ومشاركات بعد الإصابة بالسرطان، ولكن جميع المقاييس الثلاثة تنخفض مع مرور الوقت. كما أنَّ الدعم من خلال الفيسبوك، قد يكون متقطعًا.

أما دراسة **Atinafu et al. (2023)** فقد سعت إلى تحديد مستوى الدعم الاجتماعي بين مرضى السرطان في مركز شامل للسرطان في إثيوبيا، حيثُ وُجِد أن مستويات الدعم الاجتماعي الضعيفة والمتوسطة والقوية بين مرضى السرطان كانت 45.3% و34.2% و20.5% على التوالي. وكان متوسط درجة الدعم الاجتماعي بين مرضى السرطان 10.4 ± 2.6 انحراف معياري. ووُجِد أنَّ العمر والحالة الاجتماعية والإقامة والحالة التعليمية والمرحلة الثالثة عوامل مهمَّة لمستوى الدعم الاجتماعي، ويجب التركيز على مرضى السرطان الذين لديهم دعم اجتماعي ضعيف، ويجب إجراء تقييم متكرِّر للحالة الاجتماعية.

كما بينت دراسة **Ligia et al.(2024)** تأثير برامج الحماية الاجتماعية على نتائج سرطان الثدي وعنق الرحم وعوامل الخطر/الحماية الخاصة بهما، وأوضحت بالتأثيرِ الإيجابي فقط للنساء اللاتي يتلقين برامج الحماية الاجتماعية؛ مقارنةً بالنساء المؤهلات اللاتي لا يتلقين الفوائد، ويُظهر اتجاه التأثير، وحجم العينة، وخطر التحيز، كما أظهرت أن الدراسات ذات مخاطر التحيز المنخفضة، كان لدى المشاركين في SPPs وزن وخصوبة أقل، وكانوا أكبر سنًّا عند بدء ممارسة الجنس، ورضعوا أطفالهم لفترة أطول.

دراسات تناولت الإصابة بسرطان الثدي:

أكدت نتائج دراسة **Francies et al. (2020)** أن ارتفاع معدل الإصابة بسرطان الثدي بين النساء الشابات يتأثر بتغيير السلوك وأسلوب الحياة، وهي عوامل معروفة بأنها تلعب دورًا حيويًّا في تطور سرطان الثدي. مطلوب الكشف المبكر، وتعزيز الأنشطة البدنية وأنماط التغذية الصحية. هناك حاجة إلى بحث مُكثَّف لفهم الآليات الكامنة وراء التأثيرات البيولوجية. يمكن إدارة عبء سرطان الثدي في البلدان المنخفضة والمتوسطة والمرتفعة الدخل، من خلال تعزيز أنظمة الرعاية الصحية، والتعاون الحكومي لتغيير سياسات الصحة العامة، وتوفير أنظمة تشخيصية كافية، وخلق الوعي بالمرض، وتنفيذ إرشادات فعالة للتشخيص والعلاج.

كما أوضحت دراسة **Park & Kim (2020)** تأثير العوامل النفسيَّة والاجتماعيَّة على التعب بين مرضى سرطان الثدي الذين يخضعون للعلاج الإشعاعي. وأظهرت نتائج هذه الدراسة أن تقييم الأعراض، والقلق والاكتئاب، وعدم اليقين، والإجهاد الواضح كان لها تأثير مباشر على مرضى سرطان الثدي اللاتي يتلقين العلاج الإشعاعي، في حين كان للدعم الاجتماعي تأثير غير مباشر.

كما توصلت دراسة **Kely et al. (2024)** إلى أثر جائحة فيروس كورونا (كوفيد-19) على الرعاية الصحية لمرضى السرطان في العديد من البلدان، وأكدت النتائج أن هناك انخفاضًا في عدد فحوصات التصوير الشعاعي للثدي والفحوصات الخلوية المرضية أثناء كوفيد-19، فضلًا عن انخفاض حالات سرطان الثدي وعنق الرحم. كما أن الزيادة في عددٍ حالات كوفيد-19 تسببت في انخفاض عدد فحوصات التصوير الشعاعي للثدي، والفحوصات الخلوية المرضية لعنق الرحم والمهبل/الميكروفلورا والفحص والتشخيص، وبدء العلاج لسرطان الثدي والوفيات الناجمة عن هذا المرض.

قدمت دراسة **M.C. et al. (2024)** بتقييم الارتباط بين الدخل الإقليمي، وتلقي الرعاية والكشف الطبي لسرطان عنق الرحم، وسرطان الثدي والاتجاهات الزمنية في الوفيات الناجمة عن هذه السرطانات، وأوضحت النتائج أن المناطق الصحيَّة تمتعت بأعلى نسب تغطية للفحص، وأعلى دخل للفرد، ومعدلات وفيات سرطان الثدي وعنق الرحم، ارتبط سلبيًّا بدخل الفرد، وتغطية الفحص؛ وبالتالي هناك اختلافات إقليمية كبيرة في الدخل، وتغطية الفحص، ومعدلات الوفيات للنساء المصابات بسرطان الثدي وعنق الرحم. يمكن التخفيف من هذه التفاوتات من خلال السياسات الرامية إلى معالجة التفاوت في الدخل، وتحسين الوصول إلى الفحص.

واستنادًا لما سبق عرضه، يمكن استخلاص الآتي:

- من العرض السابق، تم تقسيم الدراسات السابقة إلى ثلاثة محاور؛ المحور الأول: تناول الدراسات المرتبطة بالدعم الاجتماعي لدى فئات مختلفة؛ ويشمل 6 دراسات؛ منها 4 دراسات عربية، ودراستان أجنبيتان؛ وذلك خلال الفترة من عام 2020-2025م، ويتناول المحور الثاني الدراسات المرتبطة بالدعم الاجتماعي لدى مرضى السرطان، وتضمن 8 دراسات؛ منها 5 دراسات عربية، و3 دراسات أجنبية؛ وذلك في الفترة 2015-2024م، ويعرض المحور الثالث الدراسات المرتبطة بالإصابة بسرطان الثدي، ويتضمن 4 دراسات؛ جميعها أجنبية، خلال الفترة من عام 2020-2024م؛ مما يشير إلى أهمية موضوع البحث الراهن.
- تم إجراء الدراسات السابقة في تناولها للدعم الاجتماعي لدى العديد من الفئات المختلفة؛ حيث شملت الدراسات السابقة (ذوي الإعاقة، مستخدمي الأطراف الصناعية، المعاقين حركيًّا، المصابات بالعقم، إدمان الإنترنت لدى المراهقين)، وقد أجريت (5) دراسات على مريضات السرطان؛ مما يكشف وجود الحاجة لمزيدٍ من البحوث والدراسات عن الدعم الاجتماعي

المُدْرَك لمريضات السرطان عمومًا، وفي المجتمع المصري خاصَّة، وندرة الدراسات التي تربط بين متغيري البحث.

- ومن خلال ما سبق عرضه؛ تبين أن كل الدراسات تنتمي إلى ميدان علم النفس، والصحة النفسية، والدراسات التربوية والدراسات الطبية، ولا يوجد دراسة في علم الاجتماع ممَّا يزيد من أهمية البحث الحالي.
- تم الاستفادة من الدراسات السابقة في إثراء المعرفة بالعديدِ من الجوانب النظريَّة والتطبيقية بموضوع البحث، والوقوف على المقاييس والمعاملات الإحصائية في تحديد أبعاد الدعم الاجتماعي المُدْرَك، ومؤشرات جودة الحياة لدى مريضات السرطان الذي تم استخدامه في البحث الحالي؛ حيث اعتمدت الدراسات السابقة على عدة مقاييس مُتنوّعة للدعم الاجتماعي.
- كما قامت الباحثة بتفسير نتائج البحث الحالي في ضوء النتائج التي توصلت إليها الدراسات السابقة.

ثامنًا: الإطار المنهجي للبحث

مجالات البحث:

- يتحدد **المجال الجغرافي** لهذا البحث داخل حدود محافظة بني سويف؛ حيث يتواجد مركز الأورام في كل من مستشفى بني سويف الجامعي، والمستشفى العسكري للقوات المسلحة.

ومركز القوات المسلحة لعلاج الأورام بمحافظة بني سويف لعلاج الأورام بالإشعاع قد تم إنشاؤه بمحافظة بني سويف لخدمة العسكريين والمدنيين على السواء بمساحة ٨٢٠ متر مربع، وزُوِّد بأحدث الأجهزة الطبية العالمية، ويضم غرفة جهاز المماثل الإشعاعي، وغرفة جهاز المعجل الخطي، وغرفة للعلاج الكيماوي، كما يتضمن علاج ثنائي الأبعاد وثلاثي الأبعاد، بجانب عيادة الكشف المبكر، و٧ دورات مياه؛ منها دورة مُجهَّزة لذوي الاحتياجات الخاصة، فضلًا عن المنشآت الإدارية والخدمية، ويقوم على تقديم الخدمة العلاجية بالمركز استشاريو علاج الأورام بالقوات المسلحة، ومدرسو علاج الأورام بجامعة بني سويف؛ حيث تم إبرام تعاقد مع المجالس الطبية المتخصصة والتأمين الصحي على مستوى جميع مراكز القوات المسلحة لعلاج الأورام التسعة على مستوى الجمهورية.

كما تم إنشاء مبنى مستشفى الأورام والحروق الجديد داخل مبنى مستشفيات جامعة بنى سويف على مساحة 800 متر، بجوار كلية الطب والمستشفى الجامعي، ويتكون من 6 طوابق، بتكلفة 170 مليون جنيه، ويتضمن طابقين لعلاج الأورام، وطابق لعلاج الحروق، وثلاثة طوابق

تحتوي على قاعات محاضرات لطلاب كلية الطب، بعد أنَّ تم تجهيزها على أعلى مستوى، وتعتبر مستشفى الأورام والحروق إضافة جديدة للخدمات الطبية لمحافظة بني سويف؛ حيث تعد المستشفى الأول من نوعها على مستوى المحافظة، وإضافة جديدة للخدمات الطبية داخل مستشفيات الجامعة؛ لخدمة أبناء المحافظة، ولتوفير معاناه المرضى للسفر للعلاج، كما تبلغ الطاقة الاستيعابية للمستشفى 500 سرير، وتتضمن 3 أقسام للعلاج الكيماوي والإشعاعي والجراحي، و16 سريرًا للحروق وغرفتي عمليات، وتوفير خدمة صحيَّة في كافة التخصصات، كما يستقبل المرضى بكامل طاقته الاستيعابية بمعدل يومي يقرب من 60 حالة جُرْعة علاج كيماوي، و20 حالة متابعة، و10 حالات جديدة، ويتم تحضير الأدوية بواسطة جهاز «لامنر فلو»؛ طبقًا للبروتوكول العالمي، وتعليمات منظمة الصحَّة العالمية.

- يشمل **المجال البشري** المترددات من مريضات سرطان الثدي من فئات عمرية مختلفة، ومراحل متنوعة من العلاج بكل من مركز العلاج الإشعاعي للأورام بمستشفى القوات المسلحة ومركز الأورام بمستشفى بني سويف الجامعي، ويبلغ إجمالي عددهن (98) مريضة.

- تطلب **المجال الزمني** لعملية جمع البيانات 40 يومًا؛ حيث بدأت عملية جمع البيانات يوم 2025/1/18م، وانتهت يوم 2025/2/28م.

نوع البحث والمنهج المستخدم:

يعتبر هذا البحث من البحوث الوصفيَّة التحليلية، وتم الاعتماد على منهج المسح الاجتماعي بالعينة؛ الأمر الذي يساعد على رسم صورة واضحة عن واقع الدعم الاجتماعي المُدْرَك، وتأثيره على تحسين جودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي.

وقد تم التطبيق على عينة عمدية من مريضات سرطان الثدي Breast cancer؛ حيث قامت الباحثة بتوزيع استمارة الاستبيان، وقد تم جمع (104) استبيانات، وبعد المراجعة تم استبعاد (6) استبيانات؛ لعدم الاكتمال، ليبلغ العدد النهائي الصالح للتحليل (98) استبيانًا.

أدوات جمع البيانات:

استخدم البحث أداة الاستبيان كأداة محورية لجمع البيانات، وانقسمت استمارة الاستبيان إلى ثلاثة أقسام؛ وهي كالتالي: أولًا: البيانات الأولية، وتتضمَّن (9 أسئلة). ثانيًا: مقياس أبعاد الدعم الاجتماعي، ويتضمَّن (19 عبارة)، ثالثًا: مقياس مؤشرات تحسين جودة الحياة؛ ويتضمن (28 عبارة).

حيث تتضمن استمارة استبيان مقياسًا لأبعاد الدعم الاجتماعي المُدْرَك لدى مريضات سرطان الثدي، وقد قامت الباحثة بإعداد هذا المقياس وتطويره؛

ويتضمن هذا المقياس 19 عبارة تقيس أبعاد الدعم الاجتماعي المُدْرَك، وكذلك تشمل استمارة الاستبيان مقياسًا آخر لمؤشرات تحسين جودة الحياة؛ قامت الباحثة أيضًا بإعداده وتطويره؛ ويتضمَّن هذا المقياس 28 عبارة، ويطلب من المبحوثات أن يُحدِّدْنَ مدى موافقتهن على كل عبارة من العبارات الواردة في المقياسين على مقياس متدرج؛ يتدرج من 5، وتعني الموافقة التامة، حتى 1؛ وتعني عدم الموافقة التامة، وبينهما درجات متفاوتة من الموافقة وعدم الموافقة .

وقد قامت الباحثة بالاطلاع على التراث البحثي على بعض مقاييس أبعاد الدعم الاجتماعي ومنها: مقياس زيمت zimet وزملائه (1988) zimet et al., 1988, pp30-41).

مقياس هيوون Hyewon وزملائه (2024) Hyewon et al., 2024, pp 1-6)

مقياس مينجيونج Minjeong وزملائه (2025) Minjeong et al., 2025, pp1-9).

وقد استفادت الباحثة من هذه المقاييس أثناء إعداد مقياس أبعاد الدعم الاجتماعي المُدْرَك، وتحديد (١٣) عبارة لقياس أبعاد الدعم الاجتماعي المُدْرَك، ويتكون المقياس من ثلاثة أبعاد كما يلي: البعد الأول يقيس الدعم الأسري أو العائلي الذي يقدم للمريضة؛ وهو مكون من (7) عبارات، والبعد الثاني يقيس دعم الأصدقاء والجيران والأقارب ويتكون من (7) عبارات، والبعد الثالث يقيس الدعم الطبي من الإجراءات الطبية والنفسية من الفريق الطبي للأطباء والتمريض والإخصائيين؛ ويتكون من (5) عبارات، وقد اتبعت الباحثة في إعدادها للمقياس عدة إجراءات وخطوات علمية مُتَّبعة في بناء المقاييس الاجتماعية وتقنينها.

كما قامت الباحثة بالاطلاع على التراث البحثي على بعض مقاييس جودة الحياة؛ ومنها:

مقياس سيلا (2001) (Cella, D., 2001, pp57-76) .

مقياس ستيل Steel وزملائه (2006) J.L. Steel et al., 2006, pp304-312).

واستفادت الباحثة من هذه المقاييس أثناء إعداد مقياس مؤشرات تحسين جودة الحياة، وتحديد (28) عبارة لقياس أبعاد مؤشرات تحسين جودة الحياة، ويتكون المقياس من أربعة مؤشرات؛ كما يلي: جودة الحياة الاجتماعية والأسرية؛ ويتكون من (8) عبارات، ومؤشر جودة الحياة الجسدية أو البدنية؛ ويتكون من (5) عبارات، ومؤشر جودة الحياة النفسية والروحية؛ ويتكون من (7) عبارات، والمؤشر الرابع لجودة الحياة الذاتية؛ ويتكون من (8) عبارات.

وتم الاعتماد على مقياس ليكرت الخماسي في تقدير أو تصحيح الاستجابات لمقياسي البحث الحالي؛ حيث تم تصحيح الاستجابات على التدرج التالي: أوافق بشدة (٥)، أوافق (٤)، محايد (٣)، أرفض (٢)، أرفض بشدة (١).

كما عرضت الباحثة مقياسي البحث على مجموعة من الأساتذة المتخصصين؛ وذلك للتأكد من الصدق الظاهري، وقد أفاد المتخصصون بأن المقياسين يقيمان ما أُعِدَّا لقياسه؛ وذلك بعد إجراء مجموعة من التعديلات التي قامت الباحثة بتطبيقها لتحقيق أهداف البحث.

وتم حساب ثبات مقياسي البحث باستخدام معامل الثبات ألفا كرونباخ Cornbach Alpha، كما تم حساب الصدق الذاتي المقياسي وهو كالتالي:

مقياس الدعم الاجتماعي المدرك:

أولا: الاتساق الداخلي:

1- الاتساق الداخلي للمفردات:

وذلك من خلال درجات عينة التحقق من الكفاءة السيكومترية بإيجاد معامل ارتباط بيرسون (Pearson) بين درجات كل مفردة والدرجة الكلية للبعد، والجدول (1) يوضح ذلك:

جدول (1) معاملات الارتباط بين درجات كل مفردة والدرجة الكلية للبعد على مقياس الدعم الاجتماعي المُدْرَك (ن = 50)

دعم الأسرة		دعم الأصدقاء والجيران والأقارب		دعم الفريق الطبي	
م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط
1	0.625**	1	0.609**	1	0.482**
2	0.457**	2	0.552**	2	0.645**
3	0.532**	3	0.487**	3	0.440**
4	0.602**	4	0.505**	4	0.587**
5	0.645**	5	0.564**	5	0.563**
6	0.574**	6	0.557**		
7	0.555**	7	0.695**		

**** دالة عند مستوى دلالة 0.01**

يتضح من جدول (1) أنَّ كل مفردات مقياس الدعم الاجتماعي المُدْرَك معاملات ارتباطه موجبة، ودالة إحصائيًّا عند مستوى (0.01)، أى إنَّها تتمتع بالاتساق الداخلي.

2- الاتساق الداخلي للأبعاد مع الدرجة الكلية:

تم حساب معاملات الارتباط باستخدام مُعامل بيرسون (Pearson) بين مقياس الدعم الاجتماعي المُدْرَك ببعضها البعض من ناحية، وارتباط كل بعد بالدرجة الكلية للمقياس من ناحية أخرى، والجدول (2) يوضح ذلك:

جدول (2) مصفوفة ارتباطات أبعاد مقياس الدعم الاجتماعي المدرك

	الأبعاد	الأول	الثاني	الثالث	الكلية
1	دعم الأسرة	-			
2	دعم الأصدقاء والجيران والأقارب	0.628**	-		
3	دعم الفريق الطبي	0.457**	0.579**	-	
	الدرجة الكلية	0.582**	0.614**	0.509**	-

**** دال عند مستوى دلالة (0.01)**

يتضح من جدول (2) أنَّ جميع معاملات الارتباط دالة عند مستوى دلالة (0.01) مما يدلُّ على تمتع مقياس الدعم الاجتماعي المُدْرَك بالاتساق الداخلي.

ثانيًا: الصدق:

تم حساب صدق مقياس الدعم الاجتماعي المُدْرَك عن طريق حساب معاملات الارتباط بين درجة كل مفردة والدرجة الكلية للبعد الفرعي الذي تنتمي إليه المفردة (في حالة حذف درجة المفردة من الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه المفردة)، وجدول (3) يوضح ذلك:

جدول (3) معاملات الارتباط لمقياس الدعم الاجتماعي المُدْرَك وأبعاده (في حالة حذف درجة المفردة)

دعم الأسرة		دعم الأصدقاء والجيران والأقارب		دعم الفريق الطبي	
م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط
1	0.582**	1	0.557**	1	0.434**
2	0.416**	2	0.506**	2	0.609**
3	0.451**	3	0.441**	3	0.407**
4	0.582**	4	0.496**	4	0.534**
5	0.557**	5	0.532**	5	0.508**
6	0.506**	6	0.517**		
7	0.485**	7	0.632**		

**** دالة عند مستوى دلالة 0.01**

ويتضح من الجدول (3) أن جميع معاملات الارتباط بين كل مفردة من مفردات المقياس، والدرجة الكلية للبعد الفرعي الذي تنتمي إليه المفردة (في حالة حذف درجة المفردة من الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه المفردة) دالة إحصائيًّا؛ مما يدل على صدق مقياس الدعم الاجتماعي المدرك.

ثالثا: الثبات:

تم حساب ثبات مقياس الدعم الاجتماعي المُدْرَك بالطرق التالية:

1- طريقة إعادة التطبيق:

وتمَّ ذلك بحساب ثبات مقياس الدعم الاجتماعي المُدْرَك من خلال إعادة التطبيق بفاصل زمني قدره أسبوعان؛ وذلك على عينة الخصائص السيكومترية، وتم استخراج معاملات الارتباط بين درجات تلاميذ العينة باستخدام معامل بيرسون (Pearson)، وكانت جميع معاملات الارتباط لأبعاد المقياس دالة عند (0.01)؛ مما يشير إلى أنَّ المقياس يعطي نفس النتائج تقريبًا إذا ما استخدم أكثر من مرَّة تحت ظروف مماثلة، وبيان ذلك في الجدول (4):

جدول(4) نتائج ثبات مقياس الدعم الاجتماعي المُدْرَك بطريقة إعادة التطبيق

الأبعاد	معامل الارتباط بين التطبيقين الأول والثاني	مستوى الدلالة
دعم الأسرة	**0.804**	**0.01**
دعم الأصدقاء والجيران والأقارب	**0.754**	**0.01**
دعم الفريق الطبي	**0.795**	**0.01**
الدرجة الكلية	**0.769**	**0.01**

يتضح من خلال جدول (4) وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيًّا بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني لأبعاد مقياس الدعم الاجتماعي المدرك، والدرجة الكلية؛ مما يدل على ثبات المقياس، ويؤكد ذلك صلاحية المقياس لقياس السمة التي وُضع من أجلها.

2- طريقة معامل ألفا لكرونباخ:

تم حساب ثبات المقياس باستخدام معادلة ألفا لكرونباخ. ويبين جدول (5) قيم ثبات المقياس باستخدام معادلة ألفا كرونباخ:

جدول (5) قيم ثبات مقياس الدعم الاجتماعي المُدْرَك باستخدام معادلة ألفا لكرونباخ

الأبعاد	ألفا كرونباخ
دعم الأسرة	0.752
دعم الأصدقاء والجيران والأقارب	0.731
دعم الفريق الطبي	0.745
الدرجة الكلية	0.774

يتضح من خلال جدول (5) أنَّ معاملات الثبات مرتفعة؛ مما يعطى مؤشرًا جيدًا لثبات المقياس، وبناءً عليه يمكن العمل به.

3- طريقة التجزئة النصفية:

تم حساب ثبات المقياس باستخدام التجزئة النصفية باستخدام كل من معادلة سبيرمان- براون وجتمان. ويبين جدول (6) معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية لمقياس الدعم الاجتماعي المدرك:

جدول (6) معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية لمقياس الدعم الاجتماعي المدرك

الأبعاد	سبيرمان براون	جيتمان
دعم الأسرة	0.895	0.795
دعم الأصدقاء والجيران والأقارب	0.807	0.745
دعم الفريق الطبي	0.862	0.808
الدرجة الكلية	0.894	0.814

يتضح من جدول (6) أنَّ معاملات ثبات المقياس الخاصة بكل بعد من أبعاده بطريقة التجزئة النصفية سبيرمان - براون متقاربة مع مثيلتها طريقة جتمان؛ مما يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات في قياسه للدعم الاجتماعي المدرك.

مقياس مؤشرات تحسين جودة الحياة لدى مريضات السرطان:

أولا: الاتساق الداخلي:

1- الاتساق الداخلي للمفردات:

وذلك من خلال درجات عينة التحقق من الكفاءة السيكومترية بإيجاد معامل ارتباط بيرسون (Pearson) بين درجات كل مفردة والدرجة الكلية للبعد، والجدول (7) يوضح ذلك:

جدول (7) معاملات الارتباط بين درجات كل مفردة والدرجة الكلية للبعد على مقياس مؤشرات تحسين جودة الحياة لدى مريضات السرطان (ن = 50)

جودة الحياة الاجتماعية الأسرية		جودة الحياة الجسدية		جودة الحياة النفسية /الروحية		جودة الحياة الذاتية	
م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط
1	**0.754	1	**0.645	1	**0.597	1	**0.608
2	**0.532	2	**0.505	2	**0.528	2	**0.541
3	**0.582	3	**0.632	3	**0.498	3	**0.582
4	**0.498	4	**0.675	4	**0.632	4	**0.496
5	**0.663	5	**0.524	5	**0.574	5	**0.587
6	**0.574			6	**0.598	6	**0.648
7	**0.700			7	**0.663	7	**0.605
8	**0.563					8	**0.492

**** دالة عند مستوى دلالة 0.01**

يتضح من جدول (7) أنَّ كل مفردات مقياس مؤشرات تحسين جودة الحياة لدى مريضات السرطان معاملات ارتباطه موجبة، ودالة إحصائيًّا عند مستوى (0.01)، أي إنَّها تتمتع بالاتساق الداخلي.

2- الاتساق الداخلي للأبعاد مع الدرجة الكلية:

تم حساب معاملات الارتباط باستخدام مُعامل بيرسون (Pearson) بين مقياس مؤشرات تحسين جودة الحياة لدى مريضات السرطان ببعضها البعض من ناحية، وارتباط كل بعد بالدرجة الكلية للمقياس من ناحية أخرى، والجدول (8) يوضح ذلك:

جدول (8) مصفوفة ارتباطات أبعاد مقياس مؤشرات تحسين جودة الحياة لدى مريضات السرطان

م	الأبعاد	الأول	الثاني	الثالث	الرابع	الكلية
1	جودة الحياة الاجتماعية الأسرية	-				
2	جودة الحياة الجسدية	0.632**	-			
3	جودة الحياة النفسية /الروحية	0.574**	0.496**	-		
4	جودة الحياة الذاتية	0.528**	0.629**	0.509**	-	
	الدرجة الكلية	0.614**	0.545**	0.629**	0.579**	-

**** دال عند مستوى دلالة (0.01)**

يتضح من جدول (8) أنَّ جميع معاملات الارتباط دالة عند مستوى دلالة (0.01) مما يدل على تمتع مؤشرات تحسين جودة الحياة لدى مريضات السرطان بالاتساق الداخلي.

ثانيا: الصدق:

تم حساب صدق مقياس مؤشرات تحسين جودة الحياة لدى مريضات السرطان عن طريق حساب معاملات الارتباط بين درجة كل مفردة، والدرجة الكلية للبعد الفرعي الذي تنتمي إليه المفردة (في حالة حذف درجة المفردة من الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه المفردة)، وجدول (9) يوضح ذلك:

جدول (9) معاملات الارتباط لمقياس مؤشرات تحسين جودة الحياة لدى مريضات السرطان وأبعاده (في حالة حذف درجة المفردة)

جودة الحياة الاجتماعية الأسرية		جودة الحياة الجسدية		جودة الحياة النفسية /الروحية		جودة الحياة الذاتية	
م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط
1	0.652**	1	0.585**	1	0.524**	1	0.545**
2	0.487**	2	0.472**	2	0.475**	2	0.489**
3	0.521**	3	0.596**	3	0.436**	3	0.527**
4	0.430**	4	0.627**	4	0.571**	4	0.436**
5	0.617**	5	0.483**	5	0.532**	5	0.527**
6	0.529**			6	0.527**	6	0.594**
7	0.654**			7	0.638**	7	0.575**
8	0.527**					8	0.434**

**** دالة عند مستوى دلالة 0.01**

ويتضح من الجدول (9) أن جميع معاملات الارتباط بين كل مفردة من مفردات المقياس، والدرجة الكلية للبعد الفرعي الذي تنتمي إليه المفردة (في حالة حذف درجة المفردة من الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه المفردة) دالة إحصائيًّا؛ مما يدل على صدق مقياس مؤشرات تحسين جودة الحياة لدى مريضات السرطان.

ثالثا: الثبات:

تم حساب ثبات مقياس مؤشرات تحسين جودة الحياة لدى مريضات السرطان بالطرق التالية:

1- طريقة إعادة التطبيق:

وتمَّ ذلك بحساب ثبات مقياس مؤشرات تحسين جودة الحياة لدى مريضات السرطان من خلال إعادة التطبيق بفاصل زمني قدره أسبوعان؛ وذلك على عينة الخصائص السيكومترية، وتم استخراج معاملات الارتباط بين درجات تلاميذ العينة باستخدام معامل بيرسون (Pearson)، وكانت جميع معاملات الارتباط لأبعاد المقياس دالة عند (0.01)؛ مما يشير إلى أنَّ المقياس يعطي نفس النتائج تقريبًا إذا ما استخدم أكثر من مرَّة تحت ظروف مماثلة، وبيان ذلك في الجدول (10):

جدول (10) نتائج ثبات مقياس مؤشرات تحسين جودة الحياة لدى مريضات السرطان بطريقة إعادة التطبيق

الأبعاد	معامل الارتباط بين التطبيقين الأول والثاني	مستوى الدلالة
جودة الحياة الاجتماعية الأسرية	0.865	0.01
جودة الحياة الجسدية	0.796	0.01
جودة الحياة النفسية /الروحية	0.804	0.01
جودة الحياة الذاتية	0.819	0.01
الدرجة الكلية	0.827	0.01

يتضح من خلال جدول (10) وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيًّا بين التطبيق الأول والتطبيق الثانى لأبعاد مقياس مؤشرات تحسين جودة الحياة لدى مريضات السرطان، والدرجة الكلية؛ مما يدل على ثبات المقياس، ويؤكد ذلك صلاحية المقياس لقياس السمة التي وُضع من أجلها.

2- طريقة معامل ألفا لكرونباخ:

تم حساب ثبات المقياس باستخدام معادلة ألفا لكرونباخ. ويبين جدول (11) قيم ثبات المقياس باستخدام معادلة ألفا كرونباخ:

جدول (11) قيم ثبات مقياس مؤشرات تحسين جودة الحياة لدى مريضات السرطان باستخدام معادلة الفا لكرونباخ

الأبعاد	ألفا لكرونباخ
جودة الحياة الاجتماعية الأسرية	0.793
جودة الحياة الجسدية	0.804
جودة الحياة النفسية /الروحية	0.758
جودة الحياة الذاتية	0.779
الدرجة الكلية	0.813

يتضح من خلال جدول (11) أنَّ معاملات الثبات مرتفعة؛ مما يعطى مؤشرًا جيدًا لثبات المقياس، وبناءً عليه يمكن العمل به.

3- طريقة التجزئة النصفية:

تم حساب ثبات المقياس باستخدام التجزئة النصفية باستخدام كل من معادلة سبيرمان- براون وجتمان. ويبين جدول (12) معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية لمقياس مؤشرات تحسين جودة الحياة لدى مريضات السرطان:

جدول(12) معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية لمقياس مؤشرات تحسين جودة الحياة لدى مريضات السرطان

الأبعاد	سبيرمان براون	جيتمان
جودة الحياة الاجتماعية الأسرية	0.858	0.812
جودة الحياة الجسدية	0.879	0.836
جودة الحياة النفسية /الروحية	0.845	0.791
جودة الحياة الذاتية	0.889	0.834
الدرجة الكلية	0.873	0.827

يتضح من جدول (12) أنَّ معاملات ثبات المقياس الخاصة بكل بعد من أبعاده بطريقة التجزئة النصفية سبيرمان - براون متقاربة مع مثيلتها طريقة جتمان؛ مما يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات في قياسه لمؤشرات تحسين جودة الحياة لدى مريضات السرطان.

كما تم حساب درجة المبحوثة في كل عبارة من عبارات المقياسين، وكذلك متوسط كل محور من محاور المقياسين؛ من خلال المعادلة التالية: الحد الأقصى-الحد الأدنى / عدد الاستجابات المطلوبة، أي 5-1/3= 1.33 ؛ ومن ثم تم تحديد معايير للمتوسط المرجح كالتالي: درجة منخفضة (من<1 2.33)، درجة متوسطة (من 2.33 < 3.66)، درجة مرتفعة (من 3.66 ≤ 5).

تحليل البيانات وتفسيرها:

تم تحليل البيانات كميًّا بالاعتماد على استخدام برنامج "SPSS" في المعالجة الإحصائية للبيانات. وتم الاعتماد على الأساليب الإحصائية التالية: معامل ألفا كرونباخ Cornbach Alpha" والصدق الذاتي المقياس أبعاد الدعم الاجتماعي المُدْرَك، ومقياس مؤشرات تحسين جودة الحياة، ومعامل ارتباط "بيرسون" بين كل محور من محاور مقياسي البحث والدرجة الكلية للمقياس، ومقياس One Way ANOVA لتحديد العلاقة بين المتغيرات عند مستوى الدلالة الإحصائية كان عند 0.01 0.05، بجانب الإحصاءات الوصفية التكرارات والنسب المئوية، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، ثم بعد ذلك تفسير نتائج البحث في ضوء كل من أهداف البحث وتساؤلاته، والإطار النظري للبحث، ونتائج الدراسات السابقة.

تاسعًا: نتائج البحث

1- خصائص عينة البحث

جدول رقم (13) يوضح خصائص عينة البحث

البيان		التكرار	النسبة %
العمر الزمني	أقل من 20سنة	16	%16.3
	من20-30سنة	18	%18.4
	من30-40سنة	20	%20.4
	40-50سنة	26	%26.5
	50-60سنة	18	%18.4
	الإجمالي	98	%100
الحالة الاجتماعية	عزباء	36	%36.7
	متزوجة	46	%46.9
	مطلقة	12	%12.2
	أرملة	4	%4.1
	الإجمالي	98	%100
الحالة الوظيفية	لا تعمل	64	%65.3
	تعمل	34	%34.7
	الإجمالي	98	%100
الدخل	أقل من 3000 جنيه	32	%32.7
	من 3000-5000 جنيه	21	%21.4
	من 5000-7000 جنيه	23	%23.5
	7000 فأكثر	22	%22.4
	الإجمالي	**98**	%100
مكان الإقامة	ريف	67	%68.4
	حضر	31	%31.6
	الإجمالي	98	%100
المؤهل التعليمي	أمية	28	%28.6
	تقرأ وتكتب	24	%24.5
	متوسط	15	%15.3
	جامعي	16	%16.3
	دراسات عليا (ماجستير –دكتوراه)	15	%15.3
	الإجمالي	98	%100
مرحلة العلاج	كيميائي	19	%19.4
	إشعاعي	57	%58.2
	هرموني	14	%14.3
	جراحي	8	%8.2
	الإجمالي	98	%100
سنوات الإصابة بالمرض	أقل من سنة	25	%25.5
	من سنة -3سنوات	60	%61.2
	3 سنوات فأكثر	13	%13.3
	الإجمالي	98	%100
نوع الحالة	أول مرة	76	%77.6
	انتكاسة للمرة الثانية	22	%22.4
	الإجمالي	**98**	%100

- تبين من عينة البحث تنوع الفئات العمرية للمريضات، واتضح أن النسبة الأعلى تقع في الفئة العمرية (40-50 عامًا) بنسبة 26.5%، يليها الفئة العمرية (من30-40 عامًا) ونسبتهن 20.4%، كما بلغت نسبة الفئة العمرية (20من -30 عامًا) بواقع 18.4%، ثم الفئة العمرية (من50-60عامًا)، وكانت نسبتهن أيضًا 18.4%، وأخيرًا جاءت أقل نسبة للفئة العمرية (أقل من 20 عامًا)، وبلغت 16.3%؛ مما يدل على أن غالبية العينة من المبحوثات يقعن في الفئة العمرية (40-50 عامًا)، بينما أقل نسبة من المبحوثات ممن يقعن في الفئة العمرية (أقل من 20عامًا)؛ أي إن غالبية المصابات تتجاوز سن الأربعين. **وتختلف هذه النتيجة مع ما أشارت إليه نتائج دراسة** Francies et al. (2020) التي تشير إلى أن ارتفاع معدل الإصابة بسرطان الثدي بين النساء الشابات، ويتأثر بتغيير السلوك وأسلوب الحياة، وهي عوامل معروفة تلعب دورًا حيويًّا في تطور سرطان الثدي.

- واتضح من بيانات الجدول طبقًا للحالة الاجتماعية أنه قد جاءت في المرتبة الأولى المتزوجات؛ ونسبتهن 46.9%، يليها عزباوات بواقع 36.7%، بينما بلغت نسبة المطلقات 12.2%، وأخيرًا نسبة الأرامل وكانت 4.1% .

ما يدل على أن غالبية العينة من المتزوجات؛ **حيث تتفق هذه النتيجة مع دراسة** الحبيشي (2020) التي تشير إلى أن معظم مريضات سرطان الثدي كنَّ من المتزوجات.

كما أوضحت البيانات، وفقًا للحالة الوظيفية لمفردات البحث، أن الغالبية لا يعملن؛ ونسبتهن65.3%، بينما مَن يعملن نسبتهن 34.7%.

- وتبين من الجدول السابق وفقًا للدخل؛ أنَّ أعلى نسبة لفئة الدخل (أقل من 3000 جنيه)؛ وبلغت32.7%، يليها فئة الدخل (5000-7000 جنيه) بنسبة 23.5%، ثم الفئة (7000 جنيه فأكثر) ونسبتها 22.4%، وأخيرًا جاءت أقل نسبة لفئة الدخل (من3000-5000 جنيهًا)؛ بواقع 21.4%. وبالتالي يتضح أن معظم المترددات من مريضات سرطان الثدي ذوات الدخل المنخفض على المستشفيات الحكومية؛ نظرًا لارتفاع تكلفة العلاج، **واتفقت هذه النتيجة مع ما قدمته دراسة** M.C. et al. (2024)؛ والتي أوضحت نتائجها أن المناطق الصحية تمتعت بأعلى نسب تغطية للفحص وأعلى دخل للفرد، ومعدلات وفيات سرطان الثدي وعنق الرحم ارتبطت سلبيًّا بدخل الفرد وتغطية الفحص.

- ونجد من خلال بيانات الجدول السابق وفقًا لمحل الإقامة أن النسبة المرتفعة للمترددات من مريضات سرطان الثدي يقمنَ في الريف؛ ونسبتهن 68.4%، بينما مَن يقمن بالحضر نسبتهن 31.6%.

- كما يتضح وفقًا للمؤهل التعليمي أن غالبية مفردات العينة أمية؛ ونسبتها 28.6%، يليها من تقرأ وتكتب ونسبتهن24.5%، ثم من حصلن على مؤهل جامعي بواقع 16.3%، كما بلغت نسبة من حصلنَ على مؤهل متوسط 15.3%، ومن حصلن على دراسات عليا 15.3%.

ويتضح مما سبق أن ضعف المستوى التعليمي أدى إلى أن معظم عينة البحث ليس لديهنَّ معلومات عن المرض عند اكتشافه، وبالتالي يؤدي لقلة التوعية بالكشف المبكر لسرطان الثدي؛ مما يؤكد على أهمية المعلومات بصفه عامَّة؛ سواء أكانت مريضة، أو غير مريضة من أجل وعيهنَّ بالكشف المبكر عن سرطان الثدي.

- وبالنسبة لمرحلة العلاج؛ جاءت أعلى نسبة للعلاج الإشعاعي بواقع 58.2%، يليها العلاج الكيماوي؛ وبلغت النسبة 19.4%، ثم مرحلة العلاج الهرموني بنسبة 14.3%، وأخيرًا مرحلة العلاج الجراحي 8.2%.

وقد يرجع السبب في أن الغالبية بالنسبة لمرحلة العلاج قد جاءت لصالح العلاج الإشعاعي؛ لأن مركز القوات المسلحة مجهز أساسًا للعلاج الإشعاعي فقط، كذلك مركز علاج الأورام بمستشفى الجامعي للكيماوي والإشعاعي والجراحي.

- وأوضحت البيانات، وفقًا لسنوات الإصابة، أن من (سنة – 3 سنوات) في المرتبة الأولى بنسبة 61.2%، يليها (أقل من سنة) بنسبة 25.5%، وبلغت الفترة (3سنوات فأكثر) نسبة 13.3%. ويتضح أن ارتفاع عدد سنوات الإصابة من (سنة -3 سنوات) يرجع لعدم وجود توعية في الريف، وتدني المستوى التعليمي.

- ووفقًا لنوع الحالة؛ أكدت غالبية المبحوثات اكتشاف المرض أول مرة، وبلغت نسبتهنَّ 77.6%، بينما من انتكسن للمرة الثانية بلغت نسبتهن 22.4%. وكان الاكتشاف لأول مرة، ووجود إنكار للتشخيص من قبل المصابات للخوف من المرض؛ باعتبار أنه مرادف للموت الحتمي.

2- النتائج المرتبطة بأبعاد لدعم الاجتماعي المُدْرَك لدى مريضات سرطان الثدي:

جدول (14) درجة الأبعاد المختلفة للدعم الاجتماعي المُدْرَك

رقم المحور	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة	الترتيب
1	3.42	1.12	متوسطة	3
2	3.79	1.05	مرتفعة	2
3	4.04	1.03	مرتفعة	1
الدرجة الكلية	3.72	1.01	مرتفعة	

تكشف بيانات الجدول السابق **ارتفاع الدرجة الكلية لأبعاد الدعم الاجتماعي المُدْرَك لدى مريضات سرطان الثدي**؛ حيث بلغ المتوسط الحسابي 3.72 بانحراف معياري قيمته 1.01، وقد جاء **دعم الفريق الطبي (الأطباء-التمريض-الإخصائيين)** في الترتيب الأول بمتوسط حسابي4.04، وانحراف معياري قدره 1.03، يليه **دعم (الأصدقاء-الجيران-الأقارب)** في الترتيب الثاني بمتوسط حسابي 3.79، وبلغ الانحراف المعياري1.05، وأخيرًا جاء **دعم الأسرة (الزوج-الأبناء-الوالدين-الإخوة)** بأقل درجة للمتوسط الحسابي، وقدره 3.42، وانحراف معياري قدره 1.12 بالنسبة لأبعاد الدعم الاجتماعي الأخرى.

مما يؤكد أهمية تأثير دور الدعم الاجتماعي، والذي يُعَدُّ من أهم العوامل التي تؤدي دورًا هامًّا في تحسن صحة المريضة؛ خاصة السرطان والذي يعد مشكلة من مشكلات الصحة العامة، فالإصابة بالسرطان حدث صادم يعمل على تغيير عالم المصاب بما ينتج عنه من تغيرات سلبية تُؤثِّر في حياته وحياة الأسرة على جميع المستويات؛ خاصة المستوى النفسي والاجتماعي؛ فقد يؤدى ذلك إلى شعور المريض بالفوضى والخوف والقلق والاكتئاب ورفض الذات، وتدهور الحالة النفسية.

وقد يشير ذلك إلى غرس ثقافة المجتمع والعادات والتقاليد؛ خاصة أن غالبية المريضات من الريف، حيث يقدم الدعم للمريضة بكافة بأشكاله المختلفة؛ سواء من الفريق الطبي الذي يقدم الاستفسارات حول المرض والعلاج وتقديم التثقيف الصحي والمشورة، أو الأسرة، أو المحيطين بالمرضة، والمؤسسات الاجتماعية لتجاوز مرحلة المرض والتكيف معه؛ فالمرض لا يؤثر على المريض وحده، بل على الأسرة والمجتمع بأكمله.

واتفقت النتيجة السابقة مع ما كشفت عنه دراسة عباس؛ صالح (2020) من أن الدعم الاجتماعي الكلي كان مرتفعًا، وأن مستويات الرضا عن جودة الحياة جميعها كانت متوسطة.

جدول (15) المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لعبارات مقياس الدعم الاجتماعي المدرك

م	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة	الترتيب
دعم الأسرة (الزوج-الأبناء-الوالدين-الإخوة)					
1	- أسرتي تقدم لي الدعم المعنوي الذي أحتاجه.	3.52	1.19	متوسطة	4
2	- تساعدني أسرتي على اتخاذ قراراتي بشكل سليم.	3.55	1.33	متوسطة	3
3	- توفر لي أسرتي المصدر المالي من أجل الحصول على علاجي.	3.59	1.34	متوسطة	2
4	- تقف أسرتي بجانبي لمواجهة أزمة المرض.	3.32	1.39	متوسطة	6
5	- تحاول أسرتي التخفيف من آلام مرضي.	3.43	1.40	متوسطة	5
6	- تمسكت أسرتي بي حتى بعد معرفة مرضي.	3.70	1.36	مرتفعة	1
7	- تذهب معي أسرتي كل مرة لتلقي علاج.	2.83	1.30	متوسطة	7
	متوسط درجة المحور	3.42	1.12	متوسطة	
دعم (الأصدقاء-الجيران-الأقارب)					
1	- أستطيع التحدث عن معاناتي مع صديقاتي.	3.46	1.35	متوسطة	6
2	- لدى صديقات وجيران أشاركهم فرحي وحزني.	3.02	1.49	متوسطة	7
3	- يقدم لي أصدقائي وجيراني يد العون لي بأي وقت.	3.59	1.30	متوسطة	5
4	- أصدقائي وأقاربي يزورونني بشكل مستمر.	4.08	1.20	مرتفعة	4
5	- يتصل بي أصدقائي وأقاربي للاطمئنان على حالتي الصحية والنفسية.	4.09	1.24	مرتفعة	3
6	- أصدقائي وجيراني يشجعوني على الخروج والمقابلة؛ سواء في السوق أو أماكن عامة.	4.13	1.26	مرتفعة	2
7	- أصدقائي وجيراني يشجعوني على استكمال العلاج.	4.15	1.15	مرتفعة	1
	متوسط درجة المحور	3.79	1.05	مرتفعة	
دعم الفريق الطبي (الأطباء-التمريض-الإخصائيون)					
1	- يهتم فريق التمريض بي ويقدمون الدعم لي أثناء تلقي العلاج.	4.14	0.12	مرتفعة	2
2	- يوجهون النصائح والإرشادات لي ولزملائي لمواجهة المرض.	4.06	1.18	مرتفعة	3
3	- يقيم الفريق الطبي ندوات وأنشطة توعوية لمرضى سرطان الثدي.	4.19	1.16	مرتفعة	1
4	- يحرصون على مقابلة أسرتي وتعريفهم بمرضي ومضاعفاته بطريقة إيجابية.	3.76	1.26	مرتفعة	5
5	- يتعاطفون معي ويبثون روح الأمل فيَّ.	4.05	1.15	مرتفعة	4
	متوسط درجة المحور	4.04	1.03	مرتفعة	

يتضح من بيانات الجدول السابق **درجة كل بعد وما هو أكثر أبعاد الدعم الاجتماعي إدراكًا لدى المترددات لمريضات سرطان الثدي**، والتي جاءت

مرتفعة، وجاءت بالترتيب **دعم الفريق الطبي (الأطباء-التمريض-الإخصائيين)**، و**دعم (الأصدقاء-الجيران-الأقارب)** و**دعم الأسرة (الزوج-الأبناء-الوالدين-الإخوة)**، وكذلك درجات كل العبارات المكونة للمقياس مرتفعة.

ويتبين أن بعد **دعم الفريق الطبي (الأطباء-التمريض-الإخصائيين)** كان أعلى درجة بمتوسط حسابي 4.04، وبانحراف معياري قدره 1.03؛ حيث جاء في الترتيب الأول لأبعاد الدعم الاجتماعي المُدْرَك .

مما يؤكد أهمية الدعم الطبي لمتابعة حالة المريضة، وتقديم المساعدة الطبية التي تحتاجها؛ إضافة إلى برامج الخدمات النفسية والاجتماعية في مركز الحسين للسرطان المقدمة للمريضات التي تهدف إلى تحسين نوعية الحياة للمرضى، كما أن حصول المريضة على المعلومات المتعلقة بالمرض والعلاج، وكيفية مواجهة آثاره من قبل الكادر الطبي والنفسي في المركز الطبي، والتعرف إلى خبرة المرضى الآخرين، وكذلك مجانية الفحص والعلاج من لحظة اكتشاف المرض بسبب تمتع المصابات بالسرطان بالعلاج على نفقة وزارة الصحة الحكومية؛ مما يساعد على التغلب على ارتفاع تكاليف العلاج بسبب ضعف المستوى الاقتصادي للأسرة.

كما تؤكد نظرية جودة الحياة أن الآثار الجانبية المرتبطة بالعلاج على جودة الحياة، والتي تشمل كلًا من الجوانب السلبية، مثل الضيق النفسي (مثل الاكتئاب والقلق)، والجوانب الإيجابية، مثل رضا الحياة وتقدير الذات وتقاطع أعراض المرض الجسدية مع الضيق النفسي يخلق صورة سريرية مُعقَّدة تتطلب اتباع نهج شامل في الرعاية التمريضية. إن معالجة كل من الاحتياجات الجسدية والنفسية لمرضى سرطان الثدي أمر بالغ الأهمية لتحسين صحتهم العامة ونوعية حياتهم.

وتتفق هذه النتيجة مع ما أكدته دراسة Jo et al., (2025) والتي أشارت إلى أن تركز التدخلات التمريضية للنساء الكوريات الجنوبيات المصابات بالعقم يؤثر على الدعم العاطفي والاجتماعي، والذي يشمل تعزيز مهارات التأقلم الفردية، وتيسير شبكات الدعم القائمة على المجتمع؛ من خلال المبادرات التعليمية المتخصصة والمنتديات عبر الإنترنت التي يديرها خبراء، **كما بينت دراسة** Beckstrand et al., (2020) أنَّ الدعم الاجتماعي من خلال أصدقاء الفيسبوك يُعزِّز الصحة لدى مريضات الثدي بعد تشخيص المرض والتحولات في الرعاية، وتوصَّلت لردود فعل إيجابية.

ويمكن تفسير ما سبق في ضوء ما أشارت إليه نظرية الدعم الاجتماعي؛ حيث يُنظر إليه بشكل عام على أنه الموارد الاجتماعية التي يمكن للفرد الاعتماد عليها عند التعامل مع مشاكل الحياة والضغوط، كما أنه عملية نقل رأس المال البشري والثقافي والمادي والاجتماعي؛ سواء بين الأفراد أو بين

الوحدات الاجتماعية الأكبر (المجتمعات والدول) وأعضائها، وغالبًا ما يتم تقديم الدعم بشكل غير رسمي، من خلال العلاقات الاجتماعية، ولكن يمكن أيضًا تقديم الدعم رسميًّا من قبل كيان يتمتع بمكانة رسمية؛ مثل برامج المساعدة الحكومية أو نظام العدالة.

3- النتائج المرتبطة بمؤشرات تحسين جودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي

جدول (16) درجة الأبعاد المختلفة لتحسين جودة الحياة لدى مريضات السرطان

رقم المحور	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة	الترتيب
1	3.87	0.99	مرتفعة	1
2	3.75	1.08	مرتفعة	4
3	3.78	1.04	مرتفعة	3
4	3.87	1.14	مرتفعة	2
الدرجة الكلية	3.83	1.01	مرتفعة	

كشفت بيانات الجدول السابق **لمؤشرات تحسين جودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي** عن أن الدرجة الكلية للمؤشرات جاءت **مرتفعة؛** حيث حصل مؤشر جودة الحياة الاجتماعية والأسرية على أعلى درجة للمتوسط الحسابي3.87، وجاء في الترتيب الأول بدرجة 0.99، بينما جاء مؤشر **جودة الحياة الذاتية** في الترتيب الثاني، بمتوسط حسابي 3.87 وكانت درجته 1.14، ثم مؤشر **جودة الحياة النفسية /الروحية** بمتوسط حسابي 3.78، ودرجته 1.04، وأخيرًا جاء مؤشر **جودة الحياة الجسدية (البدنية)** بأقل متوسط حسابي3.75 بمستوى1.08.

ومما سبق يتضح أن مرض سرطان الثدي يعد من أخطر الأمراض التي تواجه النساء شيوعًا؛ خاصَّةً أن المرض نتيجةً للتطورات في مراحل العلاج والأجهزة العلاجية قد تغيَّر، مقارنةً بالفترة التي بدأ فيها بالانتشار. ويمكن تفسير النتائج المرتبطة بدرجات تحسين جودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي بسبب حالتهن الصحية، وطبيعة المرض الذي يعانين منه، مما قد يعيق طموحاتهن وتحقيق أهدافهن، إذ إن هذا المرض المزمن يفرض على المريضات المتابعة المستمرة للعلاج؛ مما قد يعيقنَّ أو يمنعهنَّ نهائيًّا من متابعة حياتهن اليومية بشكل طبيعي.

وتتفق النتيجة السابقة مع نتيجة دراسة Park & Kim (2020) التي أشارت إلى أن تقييم الأعراض، والقلق والاكتئاب، وعدم اليقين، والإجهاد الواضح ، وهي عوامل لها تأثير مباشر على مرضى سرطان الثدي الذين يتلقون العلاج الإشعاعي، في حين كان للدعم الاجتماعي تأثير غير مباشر.

ومما سبق يرى برايثويت Braithwaite أن أهمية الدعم الاجتماعي تكمن في "الأنظمة الاجتماعية التي تعزز القيم التي تعلم أعضاءها أن لديهم

التزامات اجتماعية وأخلاقية تجاه الآخرين، تتجاوز تلك التي تنتجها علاقات التبادل الاجتماعي ذات الدوافع الذاتية" والتي تعمل على تخفيف أو منع تجربة الإكراه؛ وبالتالي تستند إلى كيفية "مساعدة الشبكات المنظمة للعلاقات الإنسانية للناس في تلبية كل من الاحتياجات التعبيرية، والذي تظهر نتائجه أن الدعم الاجتماعي يخفف من آثار الضغوط على الأمراض العقلية والصحية.

جدول (17) المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لعبارات مقياس تحسين جودة الحياة لدى مريضات السرطان

م	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة	الترتيب
جودة الحياة الاجتماعية الأسرية					
1	- أشعر بالرضا في تعاملي مع عائلتي.	4.27	1.06	مرتفعة	1
2	- أشعر بالحب والدعم من أسرتي.	3.63	1.33	متوسطة	7
3	- أستطيع مشاركة أسرتي ما أشعر به.	4.26	1.08	مرتفعة	2
4	- أشعر بالفخر تجاه صديقاتي والمحيطين بي.	4.00	1.19	مرتفعة	3
5	- أشعر بالدعم المتبادل من الآخرين لي.	3.29	1.45	متوسطة	8
6	- علاقتي الاجتماعية بالآخرين جيدة.	3.98	1.18	مرتفعة	4
7	- أشعر بسعادة لوجود علاقات طيبة تربطني بالآخرين (أسرتي وأقاربي).	3.87	1.26	مرتفعة	5
8	- استطيع أداء أعمالي المنزلية بجانب أسرتي.	3.70	1.25	مرتفعة	6
	متوسط درجة المحور	3.87	0.99	مرتفعة	
جودة الحياة الجسدية (البدنية)					
1	- عدم الخوف من المرض في جسدي.	3.96	1.25	مرتفعة	1
2	- أشعر بالرضا على حالي.	3.20	1.43	متوسطة	5
3	- أصبحت أهتم بصحتي.	3.86	1.24	مرتفعة	3
4	- أصبحت متقبلة لجسدي بعد ظهور المرض.	3.84	1.31	مرتفعة	4
5	- أمارس الرياضة للحفاظ على جسدي.	3.89	1.29	مرتفعة	2
	متوسط درجة المحور	3.78	1.04	مرتفعة	
جودة الحياة النفسية /الروحية					
1	- روحي المعنوية مرتفعة.	3.87	1.26	مرتفعة	6
2	- أشعر بالأمن والطمأنينة.	4.10	1.26	مرتفعة	1
3	- ألجأ الى الدعاء.	3.95	1.25	مرتفعة	4
4	- لم أعد أشعر بالحزن والاكتئاب.	4.07	1.23	مرتفعة	2
5	- أشعر أن حياتي مليئة بالأمل.	4.03	1.21	مرتفعة	3
6	- أصبحت هادئة وقادرة على حل مشكلاتي بأشكالها.	3.91	1.25	مرتفعة	5
7	- أصبحت مقبلة على الحياة.	2.51	1.34	متوسطة	7
	متوسط درجة المحور	3.75	1.08	مرتفعة	
جودة الحياة الذاتية					
1	- أنا راضية بما وصلت إليه.	3.72	1.24	مرتفعة	7
2	- أصبحت قادرة ومسئولة عن تدبير شئوني.	3.98	1.19	مرتفعة	4
3	- أصبحت أشارك مرضي وأنصح	3.63	1.41	متوسطة	8

	وأدعم المرضى الآخرين.				
4	- أصبحت أذهب لعملي بانتظام.	3.78	1.41	مرتفعة	5
5	- أمارس حياتي الطبيعية.	3.74	1.29	مرتفعة	6
6	- اشعر بمعنى الحياة.	4.03	1.21	مرتفعة	2
7	- أحقق أهدافي الشخصية بعملي.	4.06	1.23	مرتفعة	1
8	- لدى فرصة للراحة والاستمتاع بالحياة.	4.00	1.28	مرتفعة	3
متوسط درجة المحور		**3.87**	**1.14**	**مرتفعة**	

وفيما يتعلق **بمؤشر تحسين جودة الحياة الاجتماعية**، فقد جاء في الترتيب الأول وبمتوسط حسابي 3.87؛ مما يؤكد على أهمية دور الدعم وتأثيره على تمتع المبحوثات بالحياة الاجتماعية والأسرية بدرجة مرتفعة، وهذا يؤكد أهمية تحسين الحياة الاجتماعية والأسرية التي تحتاج مريضات سرطان الثدي إليها لمواجهة المرض من البلاء، وهذا يؤكد أن الشخص الأكثر دعمًا من المحيطين به هو الأكثر رضًا عن الحياة، وأكثر قدرة للوصول إلى الشعور بالسعادة والأمن والطمانينة ومواجهة الضغوطات التي يواجهها.

ولذلك أصبح مؤشر الدعم الاجتماعي والأسري الأكثر تأثيرًا والمقدم من قبل العائلة؛ سواء الزوج، أو الوالدين، أو الإخوة؛ ولذلك تتمتع المريضة بالقدرة على التعبير عن مشاعرها وانفعالاتها، وتقوم بالأعمال اليومية والمنزلية، فإنها ما زالت الزوجة والأم من خلال إحساسها بالاستقرار النفسي والسعادة.

أما بالنسبة **لمؤشر جودة الحياة الجسدية**؛ فقد جاءت الدرجة الكلية متوسطة؛ فقد جاء في الترتيب ضمن مستوى منخفض؛ وذلك يرجع لعادات الريف والاهتمام بالصحة الجسدية والصحة العامة أكثر من المظهر الخارجي؛ وهذا يرجع لعدة أسباب؛ أهمها: أن المرض نفسه يؤدي إلى أعراض تؤثر في الجسم كله ناتجة عن الآثار الجانبية للعلاج، والتأثير المستمر للأدوية وأعراضها الجانبية؛ كالتشوه في صورة جسد المريضة الناتج من الآثار الجانبية للعلاج؛ كالحروق الجلدية التي قد يسببها العلاج الكيميائي والإشعاعي، وتساقط الشعر، والندوب التي تتركها العملية الجراحية في الثدي، ولذلك كان الدعم مهمًّا وضروريًّا لإرجاع ثقة المريضة بنفسها.

ويمكن تفسير ما سبق في ضوء نظرية التفاعلية الرمزية؛ حيث إن السلوك وتغير السلوك يستجيبان للإدراكات الذاتية أو التفسير الذاتي للحقائق الاجتماعية، وتركز على التفاعلات (التصرف استجابة للإدراك)؛ وأن التفسير الذاتي لكيفية تشكيل (الإدراك) يرتبط بالموقف الاجتماعي، في حين أن الإدراك هو متغير مستقل في التفاعلية الرمزية؛ فإن الرضا عن الحياة يرتبط بسلوكيات ومواقف اجتماعية أخرى؛ مثل احترام الذات، والدعم الاجتماعي، ويرتبط سلبًا بمتغيرات مثل الاكتئاب والأفكار الانتحارية.

التحقق من فروض البحث:

الفرض الأول: توجد علاقة دالة ارتباطية بين الدعم الاجتماعي المُدْرَك وتحسين جودة الحياة

لقياس وفحص الفرضية الأولى، تم الاعتماد على معامل بيرسون (Pearson) الارتباطي لكشف طبيعة العلاقة بين درجات مقياس أبعاد الدعم الاجتماعي المُدْرَك، ومقياس مؤشرات تحسين جودة الحياة، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي :

جدول (18) قيم معاملات الارتباط بين أبعاد الدعم الاجتماعي المُدْرَك وتحسين جودة الحياة

أبعاد الدعم الاجتماعي المدرك	أبعاد تحسين جودة الحياة				
	جودة الحياة الاجتماعية الأسرية	جودة الحياة الجسدية	جودة الحياة النفسية /الروحية	جودة الحياة الذاتية	الدرجة الكلية
دعم الأسرة	0.734**	0.753**	0.770**	0.777**	0.798**
دعم الأصدقاء والجيران والأقارب	0.846**	0.819**	0.873**	0.850**	0.892**
دعم الفريق الطبي	0.874**	0.818**	0.854**	0.826**	0.887**
الدرجة الكلية	0.862**	0.845**	0.882**	0.869**	0.910**

**** دالة عند مستوى دلالة 0.01**

حيث يتضح من بيانات الجدول السابق "وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين أبعاد الدعم الاجتماعي المُدْرَك وتحسين جودة الحياة، وبلغت قيمة معامل الارتباط (0.910) وهي موجبة ودالة عند مستوى 0.01؛ ويشير ذلك إلى أنه كلما ارتفع مستوى أبعاد الدعم الاجتماعي المُدْرَك لمريضات سرطان الثدي، انعكس تأثيره الإيجابي على ارتفاع مؤشرات تحسين جودة حياتهن.

ويتضح مما سبق أهمية تأثير الدعم الاجتماعي المقدم من المحيطين؛ سواء الأسرة، أو الجيران والأصدقاء، أو الفريق الطبي، وجميع المحيطين بهنَّ؛ أنه ساعدهنَّ في تحسين حياتهن بجميع أشكالها.

وتتفق النتيجة السابقة مع ما توصلت إليه بعض الدراسات؛ مثل دراسة عباس؛ صالح (2020)، ودراسة جيلان؛ أحمد **(2021)**، ودراسة تومي (2017)، ودراسة مقدودة؛ دليلة (2020)، ودراسة Hassan (2020)، ودراسة اشتيه (2018)، ودراسة Ligia et al., (2024) ؛ والتي أشارت إلى وجود علاقة ارتباطيه دالة إحصائيًّا بين مستوى الدعم الاجتماعي وأبعاده، ومستوى نوعية الحياة لدى المرضى.

كما يمكن تفسير النتيجة في ضوء نظرية الدعم الاجتماعي، **والتي تنصُّ على** أن العلاقات الاجتماعية تؤدي إلى نتائج إيجابية؛ بغض النظر عما إذا كان الشخص يعاني من أحداث مرهقة. ويُعتقد أنَّ التأثيرات الإيجابية تحدث من خلال العديد من الآليات المحتملة؛ مثل تحسين احترام الذات أو المشاعر الإيجابية الأخرى، بغض النظر عن مستويات التوتر لدى الفرد.

واستنادًا لما سبق يمكن تحقيق فرضية البحث؛ والتي مفاداها "وجود علاقة ارتباطية دالة بين مستوى أبعاد الدعم الاجتماعي المُدْرَك ومؤشرات تحسين جودة الحياة".

الفرض الثاني: يساعد كل بعد من أبعاد الدعم الاجتماعي المُدْرَك على حدة في المساهمة بالتنبؤ في تحسين جودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي.

للتحقق من صحة هذا الفرض، تم استخدم أسلوب تحليل الانحدار المتعدد المتدرج (Stepwise Regression)؛ وذلك بهدف تحديد مدى إسهام أبعاد الدعم الاجتماعي المُدْرَك في التنبؤ بتحسين مؤشرات جودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي، والتي تتبين من خلال الجدول الآتي:

جدول (19) دلالة إسهام الدعم الاجتماعي المُدْرَك في التنبؤ بجودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
دعم الأصدقاء والجيران والأقارب	الانحدار البواقي المجموع	61859.841 15950.689 77810.531	1 96 97	61859.841 166.153	372.306	0.01
دعم الفريق الطبي	الانحدار البواقي المجموع	65983.212 11827.318 77810.531	2 95 97	32991.606 124.498	264.997	0.01
دعم الأسرة	الانحدار البواقي المجموع	66598.331 11212.199 77810.531	3 94 97	22199.444 119.279	186.114	0.01

يتضح من الجدول (18) أن قيمة "ف" لمعرفة دلالة إسهام الدعم الاجتماعي المُدْرَك في التنبؤ بجودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي دالة إحصائيًّا عند مستوى دلالة (0.01).

والجدول (19) يوضح نتائج تحليل الانحدار المتعدد لمعرفة المتغير المنبئ (الدعم الاجتماعي المدرك) في جودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي.

جدول (20) التنبؤ بمستوى جودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي من الدعم الاجتماعي المُدْرَك

المتغير التابع	المتغير المستقل " الدعم الاجتماعي المدرك"	الارتباط المتعدد R	نسبة المساهمة R2	قيمة B	قيمة بيتا Beta	قيمة (ت) ودلالتها	مستوى الدلالة
جودة الحياة	دعم الأصدقاء والجيران والأقارب	0.892	0.795	1.165	0.303	**2.638	0.01
	دعم الفريق الطبي	0.921	0.848	2.706	0.494	**6.210	0.01
	دعم الأسرة	0.925	0.856	0.668	0.185	**2.271	0.01
قيمة الثابت العام = 5.573							

**** دال عند مستوى دلالة 0.01**

ويتضح من بيانات الجدول السابق وجود علاقة بين أبعاد الدعم الاجتماعي وتحسين جودة الحياة؛ حيث يسهم كل من دعم الأصدقاء والجيران والأقارب، دعم الفريق الطبي، دعم الأسرة، بنسبة إسهام إيجابية دالة بلغت قيمتها (0.795)، (0.848)، (0.856)، على الترتيب في التنبؤ بمستوى جودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي، ويمكن صياغة معادلة الانحدار للتنبؤ على النحو التالي:

جودة الحياة = 0.303 (دعم الأصدقاء والجيران والأقارب) + 0.494 (دعم الفريق الطبي) + 0.185 (دعم الأسرة) – 5.573 (الثابت).

وبالتالي نجد أنه كلما زاد إدراك مريضات سرطان الثدي لأبعاد الدعم الاجتماعي، زادت مستويات تحسين جودة حياتهن .

واستنادًا لما سبق نجد أن أبعاد الدعم الاجتماعي ومستوياته التي تقدم من قبل العائلة والمقربين من المريضة، والذي يساعد على تحسين إدراكهن لوضعهن الصحي، وكلما كان التثقيف الصحي مرتفعًا، كان التحسن كبيرًا في جودة الحياة؛ ولذلك يُعَدُّ الدعم الاجتماعي ذات أهمية كبيرة، وقدرة تنبؤية بمستوى تحسين جودة الحياة؛ لأن جودة الحياة هي بالدرجة الأولى التقييم الذاتي للمريضة، وأن الدعم الذي تتلقاه يأتي بدرجة كبيرة .

ويمكن التوصل إلى أن الدعم الاجتماعي له أثر رئيس في التخفيف من الآلام الناتجة عن العلاج، أو من المرض المزمن؛ مما يجعلهنَّ أقل ضغطًا، وأقل تهديدًا كما ينظرن إلى الحياة بنظرة تفاؤلية، وصحتهنَّ النفسية

والجسمية ستتحسن من خلال تبنيهن أسلوب حياة صحي للتغيير الإيجابي والارتقاء بصحتهن.

وتوضيحًا لما سبق؛ يمكن تحقيق فرضية البحث التي تنصُّ على: **"يساعد كل بعد من أبعاد الدعم الاجتماعي المُدْرَك على حدة في المساهمة بالتنبؤ في تحسين جودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي".**

وتتفق النتيجة السابقة مع دراسة شويعل (2023)؛ والتي تشير إلى وجود علاقة موجبة بين الدعم الاجتماعي المُدْرَك وجودة الحياة لدى المعاقين حركيًّا؛ حيث يتنبأ الدعم الاجتماعي المُدْرَك بجودة الحياة لدى المعاقين حركيًّا.

وتفسر ذلك نظرية جودة الحياة؛ حيث إن العقليات الاجتماعية تنشط عند التعامل مع الذات بنفس الطريقة التي تنشط بها عند التعامل مع الآخرين. على وجه التحديد، من المفترض أنه عندما يطمئن المرء نفسه، يتم تنشيط عقليتي البحث عن الرعاية، وتقديم الرعاية في نفس الوقت بالتعاطف الموجَّه إلى الذات.

جدول (21) الفروق في أبعاد الدعم الاجتماعي المُدْرَك تُعْزَى لمتغير المستوى التعليمي

الأبعاد	مصادر التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة الإحصائية
دعم الأسرة	النوع الخطأ المجموع الكلي	4 93 97	23.221 5932.411 5955.633	5.805 63.789	0.91	غير دالة
دعم الأصدقاء والجيران والأقارب	النوع الخطأ المجموع الكلي	4 93 97	94.346 5178.063 5272.408	23.586 55.678	0.242	غير دالة
دعم الفريق الطبي	النوع الخطأ المجموع الكلي	4 93 97	67.902 2528.017 2595.918	16.975 27.183	0.624	غير دالة
الدرجة الكلية	النوع الخطأ المجموع الكلي	4 93 97	386.669 35150.882 35537.551	96.667 377.966	0.256	غير دالة

الفرض الثالث: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أبعاد الدعم الاجتماعي المُدْرَك والمتغيرات (العمر - محل الإقامة- المستوى التعليمي - نوع الحالة - الدخل).

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد الدعم الاجتماعي المُدْرَك تُعْزَى لمتغير المستوى التعليمي: وللتحقق من صحة هذا الفرض، تم استخدام تحليل التباين الأحادي، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (21) الفروق في أبعاد الدعم الاجتماعي المُدْرَك تُعْزَى لمتغير المستوى التعليمي

يتبين من جدول (21) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد الدعم الاجتماعي المُدْرَك تُعْزَى لمتغير المستوى التعليمي.

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد الدعم الاجتماعي المُدْرَك تُعْزَى لمتغير العمر الزمني: وللتحقق من صحة هذا الفرض، تم استخدام تحليل التباين الأحادي، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (22) الفروق في أبعاد الدعم الاجتماعي المُدْرَك تُعْزَى لمتغير العمر الزمني

الأبعاد	مصادر التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة الإحصائية
دعم الأسرة	النوع	4	42.818	10.704	0.168	غير دالة
	الخطأ	93	5912.815	63.579		
	المجموع الكلي	97	5955.633			
دعم الأصدقاء والجيران والأقارب	النوع	4	29.474	7.369	0.131	غير دالة
	الخطأ	93	5242.934	56.376		
	المجموع الكلي	97	5272.408			
دعم الفريق الطبي	النوع	4	56.873	14.218	0.521	غير دالة
	الخطأ	93	2539.046	27.302		
	المجموع الكلي	97	2595.918			
الدرجة الكلية	النوع	4	135.699	33.925	0.089	غير دالة
	الخطأ	93	35401.852	380.665		
	المجموع الكلي	97	35537.551			

يتبين من جدول (22) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد الدعم الاجتماعي المُدْرَك تُعْزَى لمتغير العمر الزمني.

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد الدعم الاجتماعي المُدْرَك تُعْزَى لمتغير محل الإقامة: وللتحقق من صحة هذا الفرض، تم استخدام اختبار (ت) T-test للمجموعتين، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (23) الفروق في أبعاد الدعم الاجتماعي المُدْرَك تُعْزَى لمتغير محل الإقامة

الأبعاد	الريف ن = 67		الحضر ن = 31		قيمة ت	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
دعم الأسرة	27.57	5.28	16.10	6.65	9.194	0.01
دعم الأصدقاء والجيران والأقارب	30.16	3.70	18.68	7.25	10.413	0.01
دعم الفريق الطبي	22.61	2.28	15.00	5.84	9.283	0.01
الدرجة الكلية	80.34	9.27	49.77	18.32	10.993	0.01

يتبين من جدول (23) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي سكان الريف والحضر في درجة الدعم الاجتماعي المدرك، وذلك لصالح سكان الريف.

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد الدعم الاجتماعي المُدْرَك تُعْزَى لمتغير نوع الحالة الوظيفية: وللتحقق من صحة هذا الفرض، تم استخدام اختبار (ت) T-test للمجموعتين، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (24) الفروق في درجة الدعم الاجتماعي المُدْرَك تُعْزَى لمتغير نوع الحالة الوظيفية

الأبعاد	تعمل ن = 76		لا تعمل ن = 16		قيمة ت	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
دعم الأسرة	26.21	6.06	16.09	8.33	6.313	0.01
دعم الأصدقاء والجيران والأقارب	28.71	4.70	19.00	9.77	6.493	0.01
دعم الفريق الطبي	21.70	3.00	15.05	7.45	6.274	0.01
الدرجة الكلية	76.62	12.06	50.14	24.56	6.981	0.01

يتبين من جدول (24) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي من تعمل، والتي لا تعمل في درجة الدعم الاجتماعي المدرك؛ وذلك لصالح مَن تعمل.

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد الدعم الاجتماعي المُدْرَك تُعْزَى لمتغير مستوى الدخل: وللتحقق من صحة هذا الفرض، تم استخدام تحليل التباين الأحادي، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (25) الفروق في أبعاد الدعم الاجتماعي المُدْرَك تُعْزَى لمتغير الدخل

الأبعاد	مصادر التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة الإحصائية
دعم الأسرة	النوع الخطأ المجموع الكلي	3 94 97	1546.425 4409.208 5955.633	515.475 46.906	10.989	0.01
دعم الأصدقاء والجيران والأقارب	النوع الخطأ المجموع الكلي	3 94 97	2513.472 2758.937 5272.408	837.824 29.350	28.546	0.01
دعم الفريق الطبي	النوع الخطأ المجموع الكلي	3 94 97	930.369 1665.550 2595.918	310.123 17.719	17.503	0.01
الدرجة الكلية	النوع الخطأ المجموع الكلي	3 94 97	14276.555 21260.996 35537.551	4758.852 226.181	21.040	0.01

يتبين من جدول (25) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01) في أبعاد الدعم الاجتماعي المُدْرَك تُعْزَى لمتغير الدخل لصالح ذوات الدخل الأعلى.

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد الدعم الاجتماعي المُدْرَك تُعْزَى لمتغير الحالة الاجتماعية: وللتحقق من صحة هذا الفرض، تم استخدام تحليل التباين الأحادي، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول(26) الفروق في أبعاد الدعم الاجتماعي المُدْرَك تُعْزَى لمتغير الحالة الاجتماعية

الأبعاد	مصادر التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة الإحصائية
دعم الأسرة	النوع الخطأ المجموع الكلي	3 94 97	2640.497 3315.135 5955.633	880.166 35.267	24.957	0.01
دعم الأصدقاء والجيران والأقارب	النوع الخطأ المجموع الكلي	3 94 97	2912.316 2360.092 5272.408	970.772 25.107	38.665	0.01
دعم الفريق الطبي	النوع الخطأ المجموع الكلي	3 94 97	1423.243 1172.675 2595.918	474.414 12.475	38.028	0.01
الدرجة الكلية	النوع الخطأ المجموع الكلي	3 94 97	20352.388 15185.163 35537.551	6784.129 161.544	41.995	0.01

يتبين من الجدول السابق أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01) في أبعاد الدعم الاجتماعي المُدْرَك تُعْزَى لمتغير الحالة الاجتماعية لصالح المتزوجات.

ومن بيانات الجداول السابقة، يتم تفسير الفرضية التي مؤداها : **" توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أبعاد الدعم الاجتماعي المُدْرَك والمتغيرات الآتية: الفئة العمرية-محل الإقامة- المستوى التعليمي-نوع الحالة –الدخل"**؛ حيث توصلت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أبعاد الدعم الاجتماعي المُدْرَك المقدم لمريضات سرطان الثدي؛ تبعًا للمتغيرات الآتية: الفئة العمرية، والمستوى التعليمي، بينما توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أبعاد الدعم الاجتماعي المُدْرَك المقدم لمريضات سرطان الثدي؛ تبعًا للمتغيرات الآتية: محل الإقامة، نوع الحالة، مستوى الدخل.

ومما سبق يمكن القول **بعدم وجود فروق** بين مريضات السرطان بخصائصها؛ سواء اختلفنَ في الفئة العمرية للمريضة والمستوى التعليمي أم لا؛ وذلك لأنها بحاجة للدعم الاجتماعي لمواجهة المرض؛ إذ تبدأ المريضة

بالشعور بالضعف والخوف والتوتر لحظة اكتشاف المرض، وخاصَّةً أن جميعهنَّ يلتقي بنفس الكادر الطبي، والآثار الجانبية للعلاج، وكيفية مواجهتها.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة شويعل (2023)؛ والتي تشير إلى أنه لا توجد فروق في مستويات الدعم الاجتماعي المُدْرَك تبعًا لمتغير العمر. توجد فروق في مستوى جودة الحياة تبعًا لمتغير العمر لصالح الأكبر سنًّا . **ودراسة** الحبيشي (2020) والتي تشير إلى أن هناك فروقًا دالة إحصائيًّا بين مستويات الدعم الاجتماعي تُعْزَى للمتغيرات التالية: المؤهل العلمي، مدة الإصابة بالمرض، بينما لا توجد فروق دالة إحصائيًّا في مستوى الدعم الاجتماعي الأسري المتغير (العمر). وكذلك دراسة طشطوش (2015) والتي أشارت إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيًّا في مستوى الدعم الاجتماعي المُدْرَك تبعًا لمتغيرات العمر والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي، ومرحلة العلاج .

كما أظهرت نتائج البحث **وجود فروق** في مستوى أبعاد الدعم الاجتماعي المُدْرَك لدى مريضات سرطان الثدي اللواتي يقمن بالريف، وذوات الدخل، ونوع الحالة الوظيفية لمن يعملن، خاصَّةً أن غالبية مريضات سرطان الثدي حديثات التشخيص، ويكنَّ بحاجة إلى الدعم الاجتماعي بشكل أكبر؛ لأنه في فترة اكتشاف مرضها تكون بحاجةٍ إلى تقبل حقيقة مرضها، وتقييمها لما أصابها. وتقبل الآثار الناجمة عن المرض، وبحاجة إلى معرفة كيفية تجاوز الآلام والضغوطات التي تمر بها.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة Atinafu, et al., (2023) أن الحالة الاجتماعية والإقامة والحالة التعليمية عوامل مهمة لمستوى الدعم الاجتماعي. ويجب التركيز على مرضى السرطان الذين لديهم دعم اجتماعي ضعيف، ويجب إجراء تقييم متكرر للحالة الاجتماعية.

الفرض الرابع: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مؤشرات جودة الحياة والمتغيرات (الفئة العمرية - المستوى التعليمي - محل الإقامة - الحالة الاجتماعية – الحالة الوظيفية – مستوى الدخل).

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد جودة الحياة تُعْزَى لمتغير المستوى التعليمي: وللتحقق من صحة هذا الفرض، تم استخدام تحليل التباين الأحادي، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (27) الفروق في أبعاد جودة الحياة تُعْزَى لمتغير المستوى التعليمي

الأبعاد	مصادر التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة الإحصائية
جودة الحياة الاجتماعية الأسرية	النوع الخطأ المجموع الكلي	4 93 97	227.461 5915.529 6142.990	56.865 63.608	0.894	غير دالة
جودة الحياة الجسدية	النوع الخطأ المجموع الكلي	4 93 97	96.047 2752.575 2848.622	24.012 29.598	0.811	غير دالة
جودة الحياة النفسية /الروحية	النوع الخطأ المجموع الكلي	4 93 97	210.401 4921.732 5132.133	52.600 52.922	0.994	غير دالة
جودة الحياة الذاتية	النوع الخطأ المجموع الكلي	4 93 97	192.200 7836.545 8028.745	48.050 84.264	0.570	غير دالة
الدرجة الكلية	النوع الخطأ المجموع الكلي	4 93 97	2583.423 75227.107 77810.531	645.856 808.894	0.798	غير دالة

يتبين من جدول (27) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد جودة الحياة تُعْزَى لمتغير المستوى التعليمي.

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد جودة الحياة تُعْزَى لمتغير العمر الزمني: وللتحقق من صحة هذا الفرض، تم استخدام تحليل التباين الأحادي، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول(28) الفروق في أبعاد جودة الحياة تُعْزَى لمتغير العمر الزمني

الأبعاد	مصادر التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة الإحصائية
جودة الحياة الاجتماعية الأسرية	النوع الخطأ المجموع الكلي	4 93 97	136.088 6006.902 6142.990	34.022 64.590	0.527	غير دالة
جودة الحياة الجسدية	النوع الخطأ المجموع الكلي	4 93 97	53.092 2795.530 2848.622	13.273 30.059	0.442	غير دالة
جودة الحياة النفسية /الروحية	النوع الخطأ المجموع الكلي	4 93 97	134.292 4997.841 5132.133	33.573 53.740	0.625	غير دالة
جودة الحياة الذاتية	النوع الخطأ المجموع الكلي	4 93 97	66.108 7962.637 8028.745	16.527 85.620	0.193	غير دالة
الدرجة الكلية	النوع الخطأ المجموع الكلي	4 93 97	1307.053 76503.477 77810.531	326.763 822.618	0.397	غير دالة

يتبين من جدول (28) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد جودة الحياة تُعْزَى لمتغير مستوى العمر الزمني.

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد جودة الحياة تُعْزَى لمتغير محل الإقامة: وللتحقق من صحة هذا الفرض، تم استخدام اختبار (ت) T-test للمجموعتين، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول(29)الفروق في درجة جودة الحياة تُعْزَى لمتغير محل الإقامة

الأبعاد	الريف ن = 67		الحضر ن = 31		قيمة ت	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعيارى	المتوسط الحسابي	الانحراف المعيارى		
جودة الحياة الاجتماعية الأسرية	35.01	3.65	22.29	7.81	11.023	0.01
جودة الحياة الجسدية	21.39	2.80	13.03	5.33	10.187	0.01
جودة الحياة النفسية /الروحية	30.16	3.17	18.39	7.14	11.345	0.01
جودة الحياة الذاتية	35.99	3.67	20.06	7.68	13.932	0.01
الدرجة الكلية	122.55	10.83	73.77	25.59	13.296	0.01

يتبين من جدول (29) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي سكان الريف والحضر في درجة جودة الحياة؛ وذلك لصالح سكان الريف.

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد جودة الحياة تُعْزَى لمتغير نوع الحالة الوظيفية: وللتحقق من صحة هذا الفرض، تم استخدام اختبار (ت) T-test للمجموعتين، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول(30)الفروق في درجة جودة الحياة تُعْزَى لمتغيرنوع الحالة الوظيفية

الأبعاد	تعمل ن = 76		لا تعمل ن = 16		قيمة ت	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
جودة الحياة الاجتماعية الأسرية	33.47	4.71	22.41	10.67	7.033	0.01
جودة الحياة الجسدية	20.25	3.67	13.55	7.14	5.947	0.01
جودة الحياة النفسية /الروحية	28.86	4.11	18.09	9.48	7.756	0.01
جودة الحياة الذاتية	33.99	5.64	20.45	10.95	7.820	0.01
الدرجة الكلية	116.57	15.97	74.50	36.84	7.801	0.01

يتبين من جدول (30) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي من تعمل والتي لا تعمل في درجة جودة الحياة؛ وذلك لصالح من تعمل.

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد جودة الحياة تُعْزَى لمتغير الدخل: وللتحقق من صحة هذا الفرض، تم استخدام تحليل التباين الأحادي، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (31) الفروق في أبعاد جودة الحياة تُعْزَى لمتغير الدخل

الأبعاد	مصادر التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة الإحصائية
جودة الحياة الاجتماعية الأسرية	النوع الخطأ المجموع الكلي	3 94 97	2827.736 3315.254 6142.990	942.579 35.269	26.726	0.01
جودة الحياة الجسدية	النوع الخطأ المجموع الكلي	3 94 97	1077.484 1771.139 2848.622	359.161 18.842	19.062	0.01
جودة الحياة النفسية /الروحية	النوع الخطأ المجموع الكلي	3 94 97	2548.733 2583.399 5132.133	849.578 27.483	30.913	0.01
جودة الحياة الذاتية	النوع الخطأ المجموع الكلي	3 94 97	3307.534 4721.210 8028.745	1102.511 50.226	21.951	0.01
الدرجة الكلية	النوع الخطأ المجموع الكلي	3 94 97	37459.036 40351.495 77810.531	12486.345 429.271	29.087	0.01

يتبين من جدول (31) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01) في أبعاد جودة الحياة تُعْزَى لمتغير مستوى الدخل لصالح ذوات الدخل الأعلى.

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد جودة الحياة تُعْزَى لمتغير الحالة الاجتماعية: وللتحقق من صحة هذا الفرض، تم استخدام تحليل التباين الأحادي، والجدول السابق يوضح ذلك:

جدول (32) الفروق في أبعاد جودة الحياة تُعْزَى لمتغير الحالة الاجتماعية

الأبعاد	مصادر التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة الإحصائية
جودة الحياة الاجتماعية الأسرية	النوع الخطأ المجموع الكلي	3 94 97	3624.398 2518.592 6142.990	1208.133 26.794	45.090	0.01
جودة الحياة الجسدية	النوع الخطأ المجموع الكلي	3 94 97	1809.944 1038.679 2848.622	603.315 11.050	54.600	0.01
جودة الحياة النفسية /الروحية	النوع الخطأ المجموع الكلي	3 94 97	3102.016 2030.117 5132.133	1034.005 21.597	47.877	0.01
جودة الحياة الذاتية	النوع الخطأ المجموع الكلي	3 94 97	4960.722 3068.023 8028.745	1653.574 32.639	50.663	0.01
الدرجة الكلية	النوع الخطأ المجموع الكلي	3 94 97	52240.386 25570.145 77810.531	17413.462 272.023	64.015	0.01

يتبين من جدول (32) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01) في أبعاد جودة الحياة تُعْزَى لمتغير المستوى الحالة الاجتماعية لصالح المتزوجات.

وبالتالي أظهرت بيانات الجداول السابقة **وجود فروق** ذات دلالة إحصائية بين مؤشرات تحسين جودة الحياة والمتغيرات لكل من: محل الإقامة، الحالة الوظيفية، ومستوى الدخل والحالة الاجتماعية عند مستوى دلالة 0.01، بينما **لا توجد فروق** ذات دلالة إحصائية بين مؤشرات تحسين جودة الحياة لكل من الفئة العمرية والمستوى التعليمي عند مستوى دلالة0.05.

وتتفق نتائج البحث الحالي مع دراسة عوض؛ صلاح (2020) والتي تشير إلى وجود فروق دالة إحصائيًا لمقياس الصلابة النفسية تبعًا لمتغيرات العمر، والحالة الاجتماعية، وعدد سنوات الإصابة بالمرض، كذلك عدم وجود تلك الفروق تبعًا لمتغيري المستوى التعليمي، ومستوى الدخل.

حيث يؤثر المرض في على مستوى دخلهن والمستوى الاقتصادي للأسرة، خاصَّةً أن غالبيتهن لا تعملن؛ حيث تستطيع أن تواجه أعراض المرض، وتبدي روح المقاومة، من خلال الاستفادة من العلاجات الطبية والنفسية المتقدمة والمتطورة.

كما أوضحت النتائج درجة مؤشر جودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي اللواتي اكتشفن المرض أول مرة أعلى من التي انتكست للمرة الثانية؛ وبالتالي تحتاج المريضات إلى مواجهة وتقبل المرض.

عاشرًا: النتائج العامة للبحث

يمكن عرض النتائج التي تم التوصل إليها البحث الحالي في ضوء تساؤلات البحث على النحو التالي:

التساؤل الأول: ما درجة الدعم الاجتماعي المُدْرَك لدى مريضات سرطان الثدي؟

أظهرت النتائج أن درجة الدعم الاجتماعي المُدْرَك بجميع أبعاده مرتفعة لدى مريضات سرطان الثدي؛ مما يؤكد أهمية تأثير دور الدعم الاجتماعي، والذي يُعَدُّ من أهم العوامل التي تؤدي دورًا هامًّا في تحسن صحة المريضة، بما ينتج عنه من تغيرات سلبية تؤثر في حياتها وحياة الأسرة على المستويين النفسي والاجتماعي؛ حيث يتفق ذلك مع ما ورد في نظرية الدعم الاجتماعي.

التساؤل الثاني: ما أكثر أنماط الدعم الاجتماعي إدراكًا لدى مريضات سرطان الثدي؟

أوضحت نتائج البحث الحالي ارتفاع درجة بُعْد دعم الفريق الطبي (الأطباء-التمريض-الإخصائيين)، وأشارت درجات كل العبارات المكونة للمقياس مرتفعة، من خلال إقامة الفريق الطبي ندوات وأنشطة توعوية لمريضات سرطان الثدي، كما يهتم فريق التمريض ويقدم الدعم أثناء تلقي المريضات العلاج، ويوجه النصائح والإرشادات للمريضات لمواجهة المرض، ويحرص على مقابلة أسر المريضات وتعريفهم بالمرض ومضاعفاته بطريقة إيجابية.

التساؤل الثالث: ما درجة مؤشرات جودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي؟

أبرزت نتائج البحث أن درجات مؤشرات تحسين جودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي مرتفعة؛ حيث جاء مؤشر جودة الحياة الاجتماعية

والأسرية في المرتبة الأولى وتبينت من خلال: الشعور بالرضا في تعاملي مع العائلة، ومشاركة الأسرة ما أشعر به، بالإضافة للدعم المتبادل من الآخرين، ووجود علاقات طيبة بالآخرين (أسرتي وأقاربي)، يليه مؤشر جودة الحياة الذاتية في الترتيب الثاني، ثم مؤشر جودة الحياة النفسية /الروحية، وأخيرًا جاء مؤشر جودة الحياة الجسدية (البدنية).

التساؤل الرابع: هل ترتبط درجة الدعم الاجتماعي المُدْرَك بدرجة تحسين جودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي؟

أكدت النتائج وجود علاقة إيجابية بين درجة الدعم الاجتماعي المُدْرَك ودرجة تحسين جودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي؛ لذلك تتأكد أهمية تأثير الدعم الاجتماعي المقدم من المحيطين؛ سواء الأسرة أو الجيران والأصدقاء أو الفريق الطبي وجميع المحيطين بهنَّ؛ فكلما كان الدعم قويًّا، كان له دور في تحسين حياتهن بجميع أشكالها.

كما يمكن عرض نتائج التحقق من فروض البحث، على النحو التالي:

- أوضحت النتائج "وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين أبعاد الدعم الاجتماعي المُدْرَك وتحسين جودة الحياة، وهي موجبة ودالة عند مستوى 0.01.

- أظهرت نتائج البحث وجود علاقة بين أبعاد الدعم الاجتماعي وتحسين جودة الحياة؛ حيث يسهم كل من دعم الأصدقاء والجيران والأقارب، دعم الفريق الطبي، دعم الأسرة، بنسبة إسهام إيجابية دالة في التنبؤ بمستوى جودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي.

- توصلت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أبعاد الدعم الاجتماعي المُدْرَك المقدَّم لدى مريضات سرطان الثدي تبعًا للمتغيرات الآتية: الفئة العمرية، والمستوى التعليمي، بينما توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أبعاد الدعم الاجتماعي المُدْرَك المقدم لدى مريضات سرطان الثدي تبعًا للمتغيرات الآتية: محل الإقامة، نوع الحالة، مستوى الدخل.

- أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مؤشرات تحسين جودة الحياة والمتغيرات لكل من: محل الإقامة، الحالة الوظيفية، ومستوى الدخل والحالة الاجتماعية، بينما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مؤشرات تحسين جودة الحياة لكل من الفئة العمرية والمستوى التعليمي.

توصيات البحث:

استنادًا إلى النتائج السابقة يمكن وضع مجموعة من التوصيات التي تدعم وتبرز أهمية وضرورة أبعاد الدعم الاجتماعي المُدْرَك؛ خاصَّةً لدى مريضات سرطان الثدي؛ وهي كالتالي:

1. يجب على مقدمي الرعاية الطبية تعزيز تدخلات الدعم الاجتماعي المدرك؛ ليشمل آليات التأقلم الشخصية، وتمكين الأزواج والعائلات والأصدقاء والمجتمع من تقديم الدعم الكافي.
2. ضرورة توعية النساء الشابات غير المتزوجات بأهمية الفحص المبكر، والوعي بخطورة الإصابة بسرطان الثدي.
3. يمكن الدعم في المستشفيات والبيئات عبر الإنترنت من خلال تطوير منتديات يديرها خبراء، كما يمكن أن يعزز هذا النهج الدعم الاجتماعي المُدْرَك؛ وبالتالي يخفف من تأثير أعراض الإصابة بالمرض على جودة الحياة.
4. هناك حاجة إلى مزيد من الدراسات لتقييم دور الدعم الاجتماعي للنساء المصابات، وتحديد التدخلات التي تهدف إلى زيادة الدعم الاجتماعي المُدْرَك الأكثر تأثيرًا.
5. ضرورة التأكيد على تحديث وتطوير قاعدة البيانات الخاصة بمريضات سرطان الثدي بالمستشفيات الخاصة بالأورام لتلبية وتقديم الخدمات التي يحتاجونها وسهولة الوصول إليهن ومتابعتهن.
6. الاهتمام بإنشاء خدمات اجتماعية بجانب طاقم المتخصصين النفسيين والطاقم الطبي لمساعدة المصابات بسرطان الثدي؛ من خلال توفير المعلومات اللازمة للمريضة والمرافقين معها، والذين يقدمون الدعم بمختلف أبعاده؛ خاصة الأسرة، لمساعدتها في تقبل المرض والإقدام على العلاج لتخطي مراحل الضغط والآلام وسرعة الشفاء.
7. التثقيف الصحي ونشر الوعي بإقامة ندوات توعوية للنساء؛ سواء المتزوجات أو غير المتزوجات؛ خاصَّةً في الريف؛ لمعرفة أسباب وأعراض مرض سرطان الثدي، وأهم الخطوات التي يمكن اتخاذها لتلقي العلاج

8. الاهتمام بتقديم الدعم؛ خاصَّةً الدعم الاجتماعي لمريضات سرطان الثدي؛ للتغلب على الضغوط النفسية والاجتماعية ومشكلات الحياة بمختلف نواحيها التي تواجهها أثناء الإصابة بالمرض.
9. الاهتمام بالدعم المادي من قبل مؤسسات المجتمع المختلفة؛ نظرًا لارتفاع تكلفة مراحل العلاج، خاصة أن غالبية المصابات بسرطان الثدي من ذوات الدخل المنخفض المتلقيات للعلاج من المستشفيات الحكومية.

المراجع:

<u>أولًا: المراجع العربية</u>

اشتية، عماد عبداللطيف حسين (2018). " تأثير المساندة الاجتماعية في الصلابة النفسية لدى المصابين بمرض السرطان"، *مجلة جامعة القدس المفتوحة للبحوث الإنسانية والاجتماعية*، ع46.

الحبيشي، ابتسام محمد (2020). "الدعم الاجتماعي الأسري لدى مريضات السرطان :"دراسة وصفية تحليلية على عينة من مريضات السرطان"، *مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية*، جامعة الفيوم، ع22.

العنزي, سالم غزاي (2023). "جودة الحياة: الأنواع والأبعاد والمؤشرات والاتجاهات المفسرة"، *مجلة مستقبل العلوم الاجتماعية*، مج15، ع1.

الكعبي، زينب حسين حسن جبر؛ وحسين، بشرى (2023). "الدعم الاجتماعي المُدْرَك لدى طالبات قسم رياض الأطفال"، *مجلة كلية التربية الأساسية*، مج29، ع120.

بوتي، شهرزاد؛ وآخرون(2020). "رؤية نظرية في جودة الحياة :المفهوم والاتجاهات"، أعمال الملتقى الوطني الأول: جودة الحياة والتنمية المستدامة في الجزائر (الأبعاد والتحديات)

تومي، سامية (2017). " جودة الحياة الأسرية والدعم الاجتماعي المُدْرَك لدى مرضى السرطان من منظور علم النفس الإيجابي:

دراسة حالة بمركز مكافحة السرطان بباتنة". *مجلة المقدمة للدراسات الإنسانية والاجتماعية*، ع2 .

جيلان، هنادي بنت يحيي غالب؛ وأحمد، ذكية أحمد عامر (2021). "الدعم الاجتماعي المُدْرَك وعلاقته بإدمان الإنترنت لدى المراهقين"، *المجلة الدولية لنشر البحوث والدراسات*، مج2، ع19.

سركز، الطاهر العربي (2020). "الاستقرار الأسري وانعكاسه على جودة الحياة الاجتماعية: دراسة ميدانية لاتجاهات طلبة كلية التربية العجيلات"، *مجلة كلية الآداب*، ع29.

شويعل، يزيد (2023). "الدعم الاجتماعي المُدْرَك لدى المعاقين حركيًّا وعلاقته بمستوى جودة الحياة: دراسة ميدانية"، *مجلة حمورابي للدراسات*، مج1، ع45.

عباس، فاطمة؛ وصالح، ليندا (2020). " الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى مستخدمي الأطراف البديلة"، *مجلة جامعة حماة*، مج5، ع16.

عوض، حسنى محمد؛ وصلاح، أميرة (2020). "المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالصلابة النفسية لدى عينة من مريضات سرطان الثدي في محافظة رام الله والبيرة"، *مجلة البحوث التربوية والنفسية*.ع65.

معوض، دينا صلاح الدين إبراهيم (2017). "جودة الحياة المدركة وعلاقتها بالكمالية المعرفية لدى طلاب كلية التربية في ضوء بعض المتغيرات"، *مجلة تطوير الأداء الجامعي*، مج5، ع2.

مقدودة، آيت علج ؛ ودليلة، زناد (2020). "علاقة الدعم الاجتماعي بنوعية الحياة لدى المعاقين حركيًّا"، *مجلة الحكمة للدراسات التربوية والنفسية*، مج7، ع1.

ناصر، عبد الله مطلق (2022). "جودة الحياة وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية"، *مجلة كلية الآداب بقنا*، جامعة جنوب الوادي، ع55.

ثانيًا: المراجع الأجنبية

American Cancer Society (2024), Cancer Facts & Figures, https://www.cancer.org/content/dam/cancer.

Ana M. Arboleda, (2023), Satisfaction with life and perception of healthcare services, International Journal of Hospitality Management , (110).

Andreu, Y. et al., (2022). Impact of hormone therapy side effects on health-related quality of life, distress, and well-being of breast cancer survivors. Sci. Rep (12) 1. https://doi.org/10.1038/s41598-022-22971-x

Atinafu, Bantalem Tilaye, et al (2023), Assessment of the level of social support and associated factors among cancer patients in the comprehensive cancer center at Ethiopia: Ordinal logistic regression analysis level of social support and associated factors among cancer patients, journal of Heliyon (9).

Azim Hamdy A., et al (2023). Clinicopathologic Features of Breast Cancer in Egypt Contemporary Profile and Future Needs: A Systematic Review and Meta-Analysis, JCO Global Oncology, Volume (9). https://doi.org/10.1200/GO.22.00387

Beckstrand , Mikal, J, et al (2020), Online social support among breast cancer patients: longitudinal changes to Facebook use following

breast cancer diagnosis and transition off therapy, *Cancer Survivorship*, (14).

Bellanger M, et al (2018) Are global breast cancer incidence and mortality patterns related to country-specific economic development and prevention strategies? J Glob Oncol , (4).

Brian Lakey& Sheldon Cohen (2020), Social Support Theory and Measurement, Research Gate. https://www.researchgate.net

Casarin, S.T., Barboza, M.C.N., De Siqueira, H.C.H., 2010. Quality of life in pregnancy: literature systematic review. Revista de Enfermagem UFPE on line 4, (1046). https://doi.org/10.5205/reuol.892-7739-3-le.0403esp201015.

Cella, D (2001). Quality-of-life measurement in oncology. In A. Baum & B. L. Andersen (Eds.), *Psychosocial interventions for cancer* , American Psychological Association, https://doi.org/10.1037/10402-004

Chen, X., &N., Hengudomsub, (2024). Effects of a phone-based support program for women with breast cancer undergoing chemotherapy: a pilot study. SAGE Open Nurs (10). https://doi.org/10.1177/23779608241231176.

Chovanec, M. et al., (2021). Late adverse effects and quality of life in survivors of testicular germ cell tumour. Nat. Rev. Urol (18) 4.

Cristian Martín, et al (2024). Quality of life and social support during pregnancy in Spanish

population. A longitudinal study , journal of Midwifery, (137). www.elsevier.com/locate/midw.

Delikanli, C. et al., (2023). Development of distress during a radiotherapy course in patients irradiated for breast cancer. In Vivo (37) 6.

Erin A. Orrick, et al (2011), Testing Social Support Theory: A Multilevel Analysis of Recidivism, Journal of Criminal Justice, (39).

Francies FZ, et al (2020). Breast cancer in low-middle income countries: abnormality in splicing and lack of targeted treatment options. Am J Cancer Res, (10)5.

Fuller MS &Lee CI& Elmore JG (2015). Breast cancer screening: an evidence-based update. Med Clin North Am 2015, (99)3.

Gabrielli, Ligia, et al (2024). Do social protection programmes affect the burden of breast and cervical cancer? A systematic review, Health Policy OPEN, (6).

Guida Florence , et al (2022). Global and regional estimates of orphans attributed to maternal cancer mortality in 2020 , nature medicine, vol (28).

Haitao, Huang, et al (2025). Effectiveness of nurse-led self-care interventions on quality of life, social support, depression and anxiety among people living with HIV: Asystematic review and meta-analysis of randomized controlled trials,

International Journal of Nursing Studies, vol(161).

Hassan , saudi Mohamed (2020). Social welfare Services and improving the quality of life for physically disabled, Egyptian Journal of Social Work, 10(1).

Hyewon, Lim, et al (2024), Stigma and quality of life in lung cancer patients: The mediating effect of distress and the moderated mediating effect of social support, Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing (11).

Irwin G. Sarason &Barbara R. Sarason (1985), Social Support: Theory, Research and Applications, cooperation with NATO Scientific Affairs Division.

J.L. Steel , et al, (2006), Clinically meaningful changes in health-related quality of life in patients diagnosed with hepatobiliary carcinoma, Annals of OncologyVolume (17), Issue 2.

Jannis St¨ockel, et al (2023), Adaptation in life satisfaction and self-assessed health to disability - Evidence from the UK, Social Science & Medicine, (328).

Jie Zhang, et al (2014), Life satisfaction and its correlates among college students in China: A test of social reference theory, Asian Journal of Psychiatry, (10).

Jo, Minjeong , et al (2025). Depressive symptoms and quality of life among women experiencing

infertility: The moderating effect of perceived social support, journal of Heliyon, (11) .

Joel S. Brown1, (2023), Updating the Definition of Cancer, Mol Cancer Res; (21) 11.

Kely Paviani Stevanato, et al (2024)Breast cancer and cervical cancer: a comparison of the period before and during the COVID-19 pandemic, BMC Woman's Health (3) 1.

L. Zhang, et al, (2023). The effectiveness of e-health on reducing stigma, improving social support and quality of life among people living with HIV: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials, International Journal of Nursing Studies, Vol1(48).

Lee, M.K. et al., (2020). Health-related quality of life in older adults: its association with health literacy, self-efficacy, social support, and health-promoting behavior. Healthcare (Basel) (8) 4.

Ligia Gabrielli , et al (2024). Do social protection programmes affect the burden of breast and cervical cancer? A systematic review, Health Policy OPEN, (6) 100122.

Lisa Kort-Butler , (2018)Social Support Theory, Sociology Department, Faculty Publications by an authorized administrator of Digital Commons@University of Nebraska - Lincoln.

Lyu, M.M., Chiew-Jiat, R.S., Cheng, K.K.F., 2024. The effects of physical symptoms, self-efficacy and social constraints on fear of cancer recurrence

in breast cancer survivors: Examining the mediating role of illness representations. Psycho Oncol (33) 1.

M.C., Nogueira, et al (2024).Mortality due to cervical and breast cancer in health regions of Brazil: impact of public policies on cancer care, Public Health. Volume (236).

Minjeong , Joet al., (2025), Depressive symptoms and quality of life among women experiencing infertility: The moderating effect of perceived social support, Heliyon 11 , pp 1-9

Nicola, Hermanto, et al (2017), Receiving support, giving support, and self-reassurance: A daily diary test of social mentality theory, Personality and Individual Differences, (107).

Oliveira NP, et al (2020). Association of cervical and breast cancer mortality with socioeconomic indicators and availability of health services. Cancer Epidemiol , vol (64).

Park, H. and Kim, K (2020). Impact of Psycho-Social Factors on Fatigue among Breast Cancer Patients Who Are Currently Undergoing Radiotherapy, *Public Health*, (17).

Rebecca L &Siegel MPH, (2024), CANCER STATISTICS, CA Cancer J Clin, (74) . wileyonlinelibrary.com/journal/ca.

Rippon, D. et al., (2022). The role of self-efficacy and self-esteem in mediating positive associations between functional social support and psychological wellbeing in people with a

mental health diagnosis, J. Ment. Health 1–10. https://doi.org/10.1080/09638237.2022.2069695

Rodriguez, N., (2019). A test of the main-effects, stress-buffering, stress-exacerbation, and joint-effects models among Mexican-origin adults. J. Latinx Psychol (7) 3.

Salem , Marwa Ramzy Hamdy , et al (2024) The incidence of breast cancer in Egyptian females in correlation to different mammographic ACR densities, Folia Medical (66)2.

Sung H, et al (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer, (71)3.

Thoits, Peggy A (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. Journal of Health and Social Behavior, (52).

V´azquez Morej´on et al., (2018). Social support and clinical and functional outcome in people with schizophrenia. Int. J. Soc. Psychiatry (64) 5.

World Health Organization (2020).WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all.

Yao, K. et al., (2019). An in-visit decision aid for surgeons to address decision making for bilateral mastectomy for newly diagnosed breast cancer patients. Ann. Surg Oncol (26) 13. https://doi.org/10.1245/s10434- 019-07912-9.

zimet, G. D., et al (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Journal of Personality Assessment,52(1).https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2.