الرضا عن الحياة وعلاقته بالتفاؤل والدعم الاجتماعي ودرجة التدين لدى عينة من الناجيات من سرطان الثدي في الكويت

ملك جاسم الرشيد*

ملخّص

هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى الرضا عن الحياة لدى عينة قصدية من الكويتيات الناجيات من سرطان الثدي في ضوء بعض المتغيرات الاجتماعية والنفسية والديموغرافية. تكونت أفراد العينة من (217) سيدة ممن يراجعن العيادات الخارجية لمركز حسين مكي الجمعة لعلاج السرطان، قمن باستكمال بيانات استبانة احتوت على البيانات الديموغرافية والقائمة العربية للتفاؤل والتشاؤم ومقياس الرضا عن الحياة. أظهرت النتائج: أن مستويات الدعم الاجتماعي والتدين كانت مرتفعة بين أفراد العينة، بينما سُجلت مستويات متوسطة للتفاؤل والرضا عن الحياة، وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين كل من الدعم الاجتماعي ومستوى التدين وبين مستويات التفاؤل والرضا عن الحياة، ووجود تأثير دال إحصائياً في مستوى الرضا عن الحياة تبعاً للحالة الاقتصادية لأفراد العينة وليس الاجتماعية أو الوظيفية. أما تحليل معادلة الانحدار لتفسير مستوى الرضا عن الحياة لدى الناجيات فقد بين أن عوامل التفاؤل والدعم الاجتماعي والمستوى التعليمي كانت من أهم العوامل المفسرة. وتم تفسير نتائج الدراسة في ضوء الدراسات السابقة والعوامل الثقافية، وذيلت الدراسة بأهم التوصيات.

الكلمات الدالة: الكويت، الناجيات من سرطان الثدي، الرضا عن الحياة، التفاؤل، التدين، الدعم الاجتماعي، الخدمة الاجتماعية.

المقدمة

يشكل مرض السرطان ثاني الأسباب الرئيسة للوفاة في العالم حيث حصد في عام 2015 أرواح 8.8 مليون شخص، وتُعزى إليه وفاة واحدة تقريباً من أصل 6 وفيات على صعيد العالم، وتُمنى البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل بنسبة 70% تقريباً من الوفيات الناجمة عن السرطان (منظمة الصحة العالمية، 2018). ويأتي سرطان الثدي في مقدمة أنواع السرطان التي تصيب النساء في العالم المتقدم والعالم النامي على حدّ سواء، فسرطان الثدي هو أكثر أنواع السرطان شيوعاً بين فئة النساء في جميع أنحاء العالم، إذ يمثّل 16% من جميع السرطانات التي تصيب تلك الفئة. وتشير التقديرات إلى أنّ عام 2015 شهد وفاة 571000 امرأة في العالم بسبب سرطان الثدي، وعلى الرغم من اعتقاد البعض أنّ ذلك السرطان هو من أمراض العالم المتقدّم، فإنّ معظم الوفيات الناجمة عنه (69%) تحدث في البلدان النامية (منظمة الصحة العالمية، 2018). وتتباين معدلات وقوع هذا المرض بشكل كبير بين مختلف أنحاء العالم، حيث يُسجّل ارتفاع المعدلات الموحدة الأعمار إلى نحو 99.4 لكل 100000 نسمة في أمريكا الشمالية، بينما يُلاحظ وقوع المرض بمعدلات متوسطة فى أوروبا الشرقية وأمريكا الجنوبية والجنوب الأفريقى وغرب آسيا، إلا أن تلك المعدلات في ارتفاع (Coleman MP et al., 2008).

وفي دولة الكويت، سجلت وزارة الصحة منذ عام 1974 وحتى عام 2013، 48 ألف حالة سرطان، ووفقاً لإحصائيات أجريت في عام 2012، فإن معدل الإصابة بالسرطان في

*قسم الاجتماع والخدمة الاجتماعية، كلية العلوم الاجتماعية –جامعة الكويت، Alrasheed.965@gmail.com

تاريخ استلام البحث 2019/6/8 وتاريخ قبوله 2020/4/19.

© 2020 عمادة البحث العلمي/ الجامعة الأردنية. جميع الحقوق

الكويت قُدر بنحو 134 حالة لكل 100 ألف من الكويتيين. ولقد قام مركز الكويت لمكافحة السرطان خلال عام 2013 بفتح 2724 ملفاً جديداً للمرضى، بالإضافة إلى استقبال ما يقارب 47347 مريضاً في العيادات الخارجية. وحسب تلك الإحصائيات، فإن سرطان الثدي يحتل المرتبة الأولى بين نساء الكويت، بينما يحتل سرطان البروستاتا المرتبة الأولى بين الرجال، ويليه سرطان القولون (جريدة الشاهد، 2014).

بدأت خدمة مرضى السرطان في الكويت منذ عام 1964، حيث أنشئت المعالجة الإشعاعية داخل مستشفى الصباح، ثم افتتح مبنى مستقل للمعالجة الإشعاعية والكيماوية في عام 1969، ثم أضيفت خدمة المعالجة الجراحية بإنشاء مركز حسين مكي الجمعة عام 1982. واستمرت جهود وزارة الصحة في التوسع بالخدمات المتعلقة بالسرطان، حيث افتتح مركز فيصل السلطان للتشخيص والمعالجة بالأشعة في عام 2008، ثم مركز الشيخة بدرية الأحمد للعلاج الكيميائي في عام 2009، ثم مركز الرعاية التلطيفية فى عام 2011 (جريدة الشاهد، 2014).

وتعتبر الإصابة بسرطان الثدي حدث صادم وضاغط يعمل على تغيير حياة السيدة المصابة به ويؤثر سلباً على مجرياتها، ويمتد هذا التأثير ليشمل حياة أسرتها على جميع الأصعدة. فالضغط الناتج عن تشخيص وعلاج سرطان الثدي يؤثر سلباً على الحالة النفسية التى يسببها تهديد الموت المصاحب للمرض، وحساسية إجراءات التشخيص والعلاج، كما يؤثر على الحالة الجسدية للمصابة من خلال وقع الألم والتأثيرات الجانبية للعلاج، ناهيك عن التدخل الجراحى الذي يهدد جسدها ويحرمها من رمز أنوثتها والذي يؤثر سلباً على هويتها ومستوى الرضا عن ذاتها (Lindwall & Bergbom, 2009).

مشكلة الدراسة وتساؤلاتها

تركزت مشكلة الدراسة الحالية في محاولة الإجابة على السؤال الرئيس: ماهي العوامل المؤثرة في مستوى الرضا عن الحياة وجودتها لدى الناجيات من مرض سرطان الثدي؟ وينبثق عن التساؤل الرئيس الأسئلة الفرعية التالية:

1. ما هي مستويات: (أ) الدعم الاجتماعي؛ و(ب) درجات التدين؛ و(جـ) درجات التفاؤل؛ و(د) ودرجات الرضا عن الحياة لدى أفراد العينة؟
2. هل هناك علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجة الدعم الاجتماعي وبين كل من: (أ) مستوى التفاؤل، (ب) الرضا عن الحياة؟
3. هل هناك علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجة التدين وبين: (أ) مستوى التفاؤل، (ب) الرضا عن الحياة؟
4. هل لمتغيرات: (أ) الحالة الاجتماعية؛ (ب) الحالة الوظيفية؛ (جـ) الحالة الاقتصادية، تأثير على متغير الرضا عن الحياة كمتغير تابع رئيس؟
5. وهل يمكن التنبؤ بمستوى الرضا عن الحياة من كل من: درجة الدعم الاجتماعي، درجة التدين، عدد سنوات الدراسة والعمر؟

أهمية الدراسة في حقل الخدمة الاجتماعية

الأهمية النظرية

تكمن أهمية الدراسة الحالية باعتبارها من الدراسات الشحيحة في مجال الخدمة الاجتماعية وعلاقتها بالجانب الطبي والروحاني والنفس–اجتماعي في المجتمعات الإسلامية والعربية عامة والخليجية خاصة. حيث تم البحث فى كشاف الدوريات العربية بالمكتبة المركزية بجامعة الكويت، بالإضافة إلى العديد من قواعد البيانات، ولم يتم إيجاد دراسة عربية تكشف عن العلاقة بين جميع متغيرات الدراسة الحالية، بينما تناولت الدراسات المتوفرة متغير واحد أو أكثر فقط. وتهتم الدراسة الحالية باستكشاف العلاقات المختلفة بين متغيرات الدراسة (الدعم الاجتماعى، ودرجة التدين، ونسبة التفاؤل والنظرة للحياة) لعينة من النساء الناجيات من سرطان الثدي، ومدى تأثر تلك العلاقات بالعوامل الديموغرافية كالحالة الاجتماعية والاقتصادية والتعليمية، والتي من شأنها أن تفتح آفاقاً من التوجهات البحثية والتطبيقية والسياسية المستقبلية في ميدان علوم وممارسة الخدمة الاجتماعية الطبية.

الأهمية التطبيقية

بناء على نتائج الدراسة المتوقعة، يمكن تشكيل قاعدة علمية للانطلاق نحو دراسات أكثر تعمقاً وأكثر قابلية لمقارنة العلاقات بين متغيرات الدراسة، كما وبالإمكان استخدام مخرجاتها وتوصياتها في مراجعة السياسات الاجتماعية القائمة

في التعامل مع مرضى السرطان والناجين منه مع إمكانية استحداث خدمات وبرامج أكثر مواءمة للعملاء، بالإضافة إلى تعزيز دور ومسئوليات الأخصائيين الاجتماعيين التطبيقية في المجال الطبي والنفسي في المستقبل سبيلاً لتعميق الأثر في خلق التوازن والتوافق مع ذات العملاء والبيئة المحيطة بعد تجربة المرض كخبرة صادمة.

أهداف الدراسة

تهدف الدراسة الحالية بصورة عامة إلى إلقاء الضوء على الجوانب النفسية والاجتماعية والروحانية الخاصة بعينة من الناجيات من سرطان الثدي وكيفية تفاعل العوامل المختلفة في التأثير في جودة حياتهن. وبشكل أكثر تحديداً، فتهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على: (1) معدلات الدعم الاجتماعي ودرجة التدين والتفاؤل والرضا عن الحياة لدى أفراد العينة، (2) العلاقة بين درجة التدين وبين متغيرات التفاؤل والرضا عن الحياة، (3) العلاقة بين درجة الدعم الاجتماعي التي حظيت بها الناجيات خلال فترة مرضهن وبين متغيرات التفاؤل والرضا عن الحياة، و(4) تأثير المتغيرات الديموغرافية (الحالة الاجتماعية والوظيفية والاقتصادية) على متغير الرضا عن الحياة. وتعتبر هذه الأهداف النظرية الأساس لتحقيق أهداف تطبيقية لاحقة تتمثل في تقديم التوصيات لرسم استراتيجيات خطة الخدمات المقدمة لمرضى السرطان كما تمليها علينا النتائج، بالإضافة إلى العمل على تحسين الدور التطبيقي المهني للأخصائيين الاجتماعيين في المجال الطبي.

الإطار النظري:

تعددت الأطر النظرية فى تفسير الرضا عن الحياة والعوامل التي تؤثر به. فعلى سبيل المثال، ترى نظرية التعود والتكيف Adaptation Theory بأن الأفراد يتصرفون بشكل مختلف اتجاه ما يعتري حياتهم من أحداث جديدة وذلك اعتماداً على نمط شخصياتهم وأهدافهم الحياتية، إلا أنهم يعودون إلى النقطة الأساسية التي كانوا عليها قبل وقوع تلك الأحداث (Diener & Rahtz, 2000). بينما تزعم نظرية التقييم الجوهري للذات Core Self Evaluation Theory أن التقييم الجزئي اللاشعوري لجوانب الحياة الخاصة كالأسرة والعمل والصحة بشكل منفرد، يحدد الشعور العام بالرضا عن الحياة، علاوة على الفروقات الفردية الشخصية بين الأفراد في تقييمهم لقدراتهم وذواتهم (Judge, et. al., 1997)؛ حيث يرى Judge أن الأفراد الذين يمتلكون تقييماً جوهرياً مرتفعاً للذات هم أكثر شعوراً بالرضا عن الحياة ومختلف ميادينها، لأنهم أكثر ثقة بقدراتهم على اقتناص الفرص التي تمر بحياتهم.

كما وتعددت وجهات النظر المفسرة لمفهوم الرضا عن الحياة تبعاً لنتائج الدراسات؛ فمنها ما يرى أن مستوى الرضا عن الحياة يعتمد بشكل أساسي على عوامل خارجية تتعلق بالبيئة المحيطة بالفرد كالأحداث السارة أو المؤلمة (اتجاه القاع–القمة) Bottom-up Approach ولا تعتمد على الجوانب الذاتية والشخصية للفرد؛ بينما تؤمن وجهة النظر المقابلة (اتجاه القمة–القاع) Top-Down Approachبأن سمات شخصية الفرد هي المسؤولة عن تحديد درجة الرضا عن الحياة وليست العوامل الخارجية أو الموقفية التي يمر بها والتي قد يكون تأثيرها محدوداً مقارنة بتأثير السمات الشخصية. في حين يؤمن الاتجاه التفاعلي (Reciprocal Approach) بأهمية كل من الاستعداد الراسخ لدى الفرد الذي يؤثر على تقييمه الذاتي للرضا عن الحياة من جهة، والعوامل والمواقف البيئية الخارجية من جهة أخرى؛ وبذلك فإن هذا التوجه ينظر لكل من العوامل الشخصية والعوامل البيئية على قدرٍ متساوٍ في علاقتها بالرضا عن الحياة أو الشعور بالسعادة (Heady & Wearing, 1992). وتنطلق الدراسة الحالية من وجهة النظر اللاحقة والتى تتناسب مع التوجه النسقي الإيكولوجي (أو ما يعرف بالإنسان في البيئة) في الخدمة الاجتماعية والذي يؤمن بالتفاعل بين العوامل الذاتية والبيئية فى تحديد واقع الأفراد وكيفية تعاطيهم مع الخبرات الحياتية التي يمرون بها (حبيب، 2016)، من خلال دراستها لعوامل ذاتية كالتفاؤل والتدين، وبيئية كالدعم الاجتماعي والحالة الاجتماعية والاقتصادية والتعليمية في البحث عن محددات الشعور بالرضا لدى الناجيات من سرطان الثدي.

مصطلحات الدراسة

الدعم الاجتماعي: Social Support

على الرغم من تعدد المفاهيم الخاصة بالدعم الاجتماعي، إلا أن معظم التعريفات المرتبطة به تشير إلى تقديم المساعدات المادية أو المعنوية للفرد التي تتمثل في أشكال التشجيع أو التوجيه أو العون المادي. ويلاحظ في العديد من الأدبيات

العربية استخدام مصطلحي الدعم الاجتماعي والمساندة الاجتماعية كمصطلحات مترادفة تحمل نفس المعنى. فلقد عرف كل من الشناوي وعبد الرحمن (1994:4) المساندة الاجتماعية بأنها "تلك العلاقات القائمة بين الفرد وآخرين والتي يدركها على أنها يمكن أن تعاضده عندما يحتاج إليها". أما Sarason وزملاءه (1983: 128)، فيعرفون الدعم الاجتماعي بأنه "إدراك الفرد بأن البيئة تمثل مصدراً للتدعيم الاجتماعي الفاعل، وتوافر أشخاص يهتمون بالفرد، ويرعونه، ويثقون فيه، ويأخذون بيده، ويقفون بجانبه عند الحاجة، ومن ذلك الأسرة، والأصدقاء، والجيران. في حين يشير Russell & Cutrona (1991:74)إلى "أن الدعم الاجتماعي يقوم بمهمة حماية تقدير الشخص لذاته وتشجيعه على مقاومة الضغوط التي تفرضها عليه أحداث الحياة المؤلمة".

وتعد الأسرة والأهل والأصدقاء والأقارب والجيران وغيرهم من أعضاء المجتمع الذين يشغلون حيزاً مهماً في حياة الفرد مصادر غير رسمية من البيئة الاجتماعية، يستطيع الفرد اللجوء إليها طلباً للمساعدة وقت الحاجة. ويتكون الدعم الاجتماعي من المساعدة والمؤازرة المادية والمعنوية والعاطفية والمعلوماتية والمجتمعية التى يحصل عليها الفرد من خلال تعاملاته وعلاقاته الاجتماعية مع الأفراد المحيطين به، ومن المصادر المتاحة في بيئته الاجتماعية (الشقران والكركي، 2016).

ويتضمن الدعم الاجتماعى كما تعرفه الدراسة الحالية عدداً من الأبعاد يمكن إيجازها بالتالي: (1) الدعم العاطفي: ويشمل تقديم المودة والحب والاهتمام ومشاركة المشاعر والثقة مما يؤدي للشعور بالطمأنينة. (2) الدعم المادي: ويتضمن تقديم المساعدات المادية المباشرة وغير المباشرة، والخدمات والسلع الضرورية للفرد. (3) الدعم المعلوماتي: ويشمل تقديم المعلومات والنصائح التي تساعد الفرد على فهم مشكلاته وحلها، بالإضافة لتوفير التغذية الراجعة التقويمية لأعمال الفرد للاستفادة منها في التعامل مع المشكلات المستقبلية. (4) التشجيع: ويتضمن شعور الفرد بتقدير ومديح واستحسان الآخرين لتصرفاته، وتقديرهم واحترامهم وإشعارهم إياه بالمحبة والقبول.

ويعرف الدعم الاجتماعي إجرائياً في هذه الدراسة من خلال إجابة المشاركات على اختيار قيمة عددية من سلم التقدير العددي لحساب درجة الدعم الاجتماعي والتي تتراوح بين 1–10 كما تدركها كل منهن، حيث تشير القيم الأكبر إلى دعماً أقوى.

التدين: Religiosity

لغوياً، ورد في قاموس المنجد: " تدين: أخذ ديناً " (معلوف، 1966، ص 231). ومصطلحاً، يعرف التدين لدى بعض الباحثين الغربيين بأنه صفة للشخصية تعود إلى توجهات عقلية (معرفية) عن الحقيقة الواقعة وراء نطاق الخبرة والمعرفة، وعن علاقة الفرد بهذه الحقيقة، والتوجهات الموجهة ضمناً لكي تؤثر على الحياة الدنيوية اليومية للفرد، وذلك بمشاركته في تطبيق الشعائر الدينية " Cohen & Koenig, (2003: 217). بينما هناك شبه إجماع بين الباحثين المسلمين على تعريف التدين بأنه التزام المسلم بعقيدة الإيمان الصحيح وظهور ذلك على سلوكه بممارسة ما أمر الله به والانتهاء عن إتيان ما نهى الله عنه. ويقصد بالالتزام الديني ما يقوم به الفرد المتدين من ممارسات دينية تنبع من إيمان عميق بالله تتمثل فى العبادات، والمعاملات والأخلاق، وذلك في محاولة إرضاء الخالق وتحسين علاقته بالآخرين (موسى، 1999: 687).

تمثل التعريفات السابقة لمفهوم التدين محاولات أكثر من كونها حقائق متفق عليها. فهناك إجماع على صعوبة إيجاد تعريف واحد شامل لمفهوم التدين يتفق عليه الباحثون والمختصون، وذلك بسبب تعدد الأسس المرجعية التى يستند عليها المهتمون بهذه القضايا. فعلى سبيل المثال، يتناول البعض مفهومي التدين والروحانية للإشارة إلى نفس المعنى والمتمثل بالإيمان بقوى عظمى أبعد من حدود الإدراك العقلى الإنساني؛ بينما يرى آخرون بأن التدين هو انتساب الفرد لديانة منظمة واضحة المعالم والتوجهات وتندرج تحتها عبادات وممارسات تفرقها عن غيرها من الأديان، في حين أن مفهوم الروحانية هو مفهوم أشمل وأعم ولا يرتبط بديانة منظمة بذاتها ولكنه الإيمان بالقضاء والقدر وبمحدودية سيطرة الإنسان على مجريات حياته، وكذلك بوجود قوى عظمى منظمة للخلق والأحداث وتتعدى حدود سيطرتها الإدراك العقلي للفرد إلى الإيمان بفكرة أو نهج أو قيم معينة (Koenig, McCullough, & Larson, 2001).

وتعرف الدراسة الحالية مفهوم التدين بالمفهوم الأشمل

والأوسع والذي يتضمن الانتساب لديانة منظمة معينة ويتعداه للروحانية المتمثلة بالإيمان بالقدر والتسليم بالمعنى الأعمق لظروف الإنسان وبمحدودية سلطته على إدارة أمور حياته، وبالأمل بالمستقبل عند تقبل ظروف الحاضر، وعليه فإن الدراسة ستستشهد بالدراسات الخاصة بالتدين وكذلك الروحانية. أما التعريف الإجرائي لمفهوم التدين فيتحدد من خلال استجابات المشاركات على سلم التقدير العددي من 1- 10، حيث يتم تحديد مدى امتلاك سمة التدين حسب التقدير الذاتي لكل مشاركة، حيث تدل القيم الأكبر على درجة تدين أعمق.

التفاؤل Optimism

يعرف كل من شاير وكارفر (1985) التفاؤل بأنه التوقع العام بالجيد بدلاً من السيء لما ستؤول إليه الأمور عند مواجهة المشكلات في المجالات الهامة في الحياة (Franken, 1994). كما وتشير منظمة الصحة العالمية إلى أن التفاؤل هو عملية نفسية إرادية تولد أفكاراً ومشاعراً للرضا والتحمل والثقة بالنفس، وهو عكس مفهوم التشاؤم الذي يميز الجوانب السلبية للأحداث فقط مما يستنزف طاقة المرء ويشعره بالضعف والنقص في نشاطه (الشريف، 2017).

ويعرف التفاؤل إجرائياً في هذه الدراسة بمجموع الدرجات التي تحصل عليها المشاركات بالإجابة على بنود مقياس التفاؤل الخمسة عشر ضمن القائمة العربية للتفاؤل والتشاؤم لأحمد عبدالخالق (1996).

الرضا عن الحياة Life Satisfaction

يعد مفهوم الرضا عن الحياة من المفاهيم النفسية الرئيسية التي تحظى باهتمام الباحثين في مجال علم النفس والخدمة الاجتماعية والصحة النفسية باعتبارها من أساسيات العمليات الإرشادية الهادفة إلى مساعدة العملاء للوصول لمستوى معين من التكيف مع ظروف الحياة والرضا عن مجرياتها.

وتعرف الدراسة الحالية مفهوم الرضا عن الحياة بأنه تقدير عام لنوعية حياة الفرد اعتماداً على حكمه الشخصي المبني على معايير انتقاها بناء على الجوانب المعرفية، وتحقيقاً لتطلعاته المستقبلية (عبد الخالق، 2003). وقد أصبح تقييم مستوى الرضا عن الحياة من الموضوعات الهامة التي استحوذت على اهتمام الباحثين والعاملين في مجال الخدمات الصحية المختلفة، خاصة العاملين مع مرضى الأمراض المزمنة والخطيرة، لأن الرضا عن الحياة أصبح مرتبطاً بمدى التزام المريض بالبرامج العلاجية، كما وأصبح أحد المخرجات الأساسية التي تهدف معظم البرامج العلاجية، خاصة الشمولية منها، لتحقيقها لدى المرضى.

ويعرف الرضا عن الحياة إجرائياً في الدراسة الحالية بمجموع الدرجات التي تحصل عليها المشاركات على مقياس الرضا عن الحياة لدينر وزملاءه (Diener, et. al, 1985)، بصيغته العربية (عبدالخالق، 2008).

وفي السطور التالية، سنورد عدداً من الأدبيات السابقة التي عملت على استكشاف العلاقة بين متغيرات الدعم الاجتماعي، ودرجة التدين، والتفاؤل، ونوعية الحياة لدى مرضى السرطان بشكل عام وسرطان الثدي بشكل خاص.

مراجعة الأدبيات السابقة

أجريت العديد من الدراسات التي تناولت موضوع الدعم الاجتماعي لدى مرضى الأمراض المستعصية والمزمنة والمهددة بالوفاة بشكل عام، كما وركزت العديد من الدراسات على الدعم الاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي على وجه الخصوص. فعلى سبيل المثال، في دراسة أجريت في فرنسا بهدف التعرف على آثار التدخل النفسي والاجتماعي في تغيير ردود الفعل على مرض السرطان، ونوعية الحياة (Cousson-Gelie, Bruchon-Schweitzer, Atzeni, & Houede, N., 2011). تكونت عينة الدراسة من (66) مريضة بسرطان الثدي المبكر، قسمن إلى ثلاث مجموعات؛ مجموعة ضابطة ممن رفضن المشاركة في برنامج التدخل النفسي، مجموعة الدعم، ومجموعة التدخل. وتم حساب متغيرات الدعم الاجتماعي، التحكم المدرك وكبت العواطف، واستراتيجيات المواجهة، والاضطراب العاطفي، ونوعية الحياة قبل أسبوع من تطبيق التدخل النفسي. وبعد الانتهاء من التدخل النفسي، أظهرت النتائج أن مجموعة التدخل الخاصة سجلت تعديلاً ملحوظاً لنوعية الحياة والمؤشرات النفسية، في حين سجل أفراد مجموعة الدعم جودة أعلى للحياة العاطفية، والتقليل من شدة المرض بعد التدخل النفسي والاجتماعي مقارنة بمجموعة الضبط.

كما أجرى واترز وآخرون (Waters, Liu, Schootman,

& Jeffe, 2013) دراسة في الولايات المتحدة الأمريكية بهدف معرفة العلاقة بين القلق حول تطور مرض السرطان على مراحل، وبين الدعم الاجتماعي المدرك ونوعية الحياة على (480) من مريضات المرحلة المبكرة من سرطان الثدي. وأظهرت نتائج الدراسة أنه بعد مرور ستة أشهر من إجراء الجراحة يكون القلق عالياً بينما يكون كل من الدعم الاجتماعي ونوعية الحياة منخفضين. كما أشارت النتائج إلى أن الناجيات من سرطان الثدي في مراحله المبكرة اللاتي ترتفع لديهن نسبة القلق من تطورات المرض، أو ممن لديهن انخفاضاً في درجة الدعم الاجتماعي يواجهن مستوياتاً أقل من نوعية الحياة يتطلب التعامل معها أشهر عديدة.

وقام مجموعة من الباحثين في الولايات المتحدة الأمريكية بدراسة هدفت لمعرفة كيفية تأثير العلاقات الاجتماعية على نوعية الحياة لدى مريضات سرطان الثدي (Kroenke et al., 2013). تكونت عينة الدراسة من (3139) مريضة، وأظهرت أهم النتائج أن المريضات المنعزلات اجتماعياً سجلن تدنياً في نوعية الحياة والصحة الجسدية والحياة الاجتماعية والحالة العاطفية، كما سجلن أعراضاً بنسبة أكبر مقارنة بالمريضات اللاتي حظين بالتكامل الاجتماعي، وأشارت النتائج إلى أن الشبكات الاجتماعية الكبيرة والدعم الاجتماعي الكبير ترتبط بنوعية حياة عالية الجودة بعد مرحلة التشخيص بالمرض.

وفي دراسة بعنوان "الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية، متغيرات معدلة من تأثير الأحداث الحياتية الضاغطة" (Ganellen & Blaney, 1984) هدفت لمعرفة دور الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية كمتغيرات تخفف من وقع الأحداث الضاغطة على الفرد. تكونت عينة الدراسة من (83) طالبة من طالبات علم النفس، طبق عليهن مقياس الضغوط لهولمز ومقياس الصلابة النفسية لكوبازا واستبيان المساندة الاجتماعية لموس ومقياس بيك للاكتئاب. أشارت نتائج الدراسة إلى أن الصلابة النفسية تتفاعل مع المساندة الاجتماعية كي تخفف من حدة وقع الضغوط على الفرد، كما أن المساندة الاجتماعية تقوي المصادر النفسية، وتزيد من شعور الفرد بالقيمة والأهمية، ومن قدرته على التحدي مما يجعله أكثر نجاحاً في مواجهة الضغوط. كما أشارت النتائج إلى وجود ارتباط موجب دال بين إدراك الضغوط وبين الاكتئاب لدى طالبات الجامعة، إلا أن هذه العلاقة تقل مع وجود الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية اللتان تخففان من وقع الضغوط.

وفي دراسة مشابهة، قام كل من سالونين وآخرون (Salonen et al., 2014) بهدف معرفة العلاقة بين الدعم الاجتماعي المقدم من قبل الممرضين والشبكة الاجتماعية الخاصة على عينة من مريضات سرطان الثدي قوامها (164) مريضة في فنلندا، ونوعية الحياة خلال ستة أشهر من اكتشاف المرض. جاءت أهم النتائج بتأكيد وجود علاقة إيجابية بين الدعم الاجتماعي المدرك وبين كل من نوعية الحياة والوظيفة الجنسية والحالة الصحية العامة لأفراد العينة.

وفي دراسة للباحثة ماجدة محمود (2009) هدفت إلى دراسة المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية والقلق لدى مريضات سرطان الثدي، وبلغت العينة فيها (64) مريضة بسرطان الثدي من المقيمات والمترددات على المعهد القومي للأورام، تم تقسيمهن إلى مجموعتين وفقا لمتغيري الدراسة السن ومستوى التعليم. ولقد تراوحت أعمار أفراد العينة بين (35–61) سنة بمتوسط قدره (48.3) سنة وانحراف معياري قدره (6.9) سنة. واستخدمت الباحثة استمارة البيانات الشخصية، ومقياس المساندة الاجتماعية، ومقياس الضغوط النفسية، ومقياس القلق. أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية في اتجاه المريضات الأكبر سناً، وعدم وجود فروق في متغير التعليم. كما وجدت فروق دالة في الضغوط النفسية في اتجاه المريضات الأكبر سناً، وفي متغير التعليم في اتجاه الأقل تعليماً. بينما وجدت فروق ذات دلالة في القلق في اتجاه المريضات الأقل سناً، ولم تظهر فروق بينهن في متغير التعليم. كما وجدت علاقة ارتباطية دالة سالبة بين المساندة الاجتماعية والضغوط النفسية.

كما أجريت دراسة أخرى في جمهورية مصر العربية على عينة قوامها (30) من المصابين بمرض سرطان الدم، تتراوح أعمارهم بين 18–22 سنة بهدف تحديد العلاقة بين قلق الموت والمساندة الاجتماعية لديهم (أحمد نصر، 2011). وجاءت نتائج الدراسة بتأكيد وجود علاقة سالبة (ر= –.83)

بين قلق الموت والمساندة الاجتماعية، وأوصت الدراسة بضرورة التركيز على الجانب الاجتماعي للمريض وضرورة تفعيل دور الأخصائي الاجتماعي في مراكز الأورام لمساعدة المريض على التكيف مع ظروف المرض، بالإضافة إلى تشجيع المساندة الاجتماعية من قبل الأسرة والأصدقاء.

وفي المملكة العربية السعودية، قامت الباحثة نوره الدامر (2014) بدراسة وصفية ارتباطية لمعرفة العلاقة بين الصلابة النفسية وأبعادها (الالتزام، والتحكم، والتحدي)، والمساندة الاجتماعية وأبعادها (المساندة داخل الأسرة، وخارجها، والدرجة الكلية لمجموعهما) لدى المصابات بسرطان الثدي في مدينة الرياض. وتكون مجتمع الدراسة من (660) من المصابات بسرطان الثدي بمستشفيات الرياض، وجمعية زهرة لسرطان الثدي، والجمعية السعودية لمكافحة السرطان، وبلغ حجم العينة الأساسية للدراسة (60) مريضة، منهم (30) من المريضات المستأصلات للثدي، و(30) من المتعافيات من سرطان الثدي. استخدمت الباحثة الاستبانة كأداة للدراسة والتي احتوت على البيانات الشخصية، ومقياس الصلابة النفسية، ومقياس المساندة الاجتماعية. وأظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين الدرجة الكلية للصلابة النفسية والدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية لدى كل من مجموعة المتعافيات من سرطان الثدي ومجموعة المستأصلات للثدي. كما أظهرت النتائج فروقاً جوهرية بين المتعافيات والمستأصلات في الدرجة الكلية للصلابة النفسية لصالح المتعافيات. بينما لم تكن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين المتعافيات والمستأصلات في متغير الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية، كما وأظهرت النتائج أن بُعد المساندة الاجتماعية خارج إطار الأسرة هو المتغير الأوحد المؤثر في الصلابة النفسية لدى المصابات بسرطان الثدي من عينتي الدراسة. وبناء على نتائج الدراسة، أوصت الباحثة بإعداد برامج علاج نفسي معرفي للمساهمة في دعم الصلابة النفسية وتوكيد الذات لدى المصابات بسرطان الثدي.

وتوفر الدراسات السابقة أدلة على أن الدعم المقدم من العلاقات الاجتماعية مع الآخرين خاصة من الأسرة والأصدقاء المقربين، يعمل على تعزيز الوضع النفسي للفرد، والتقليل من حاجته للشعور بالانتماء والذي يساعده على مواجهة الشعور بالوحدة والتي غالباً ما يفرضها الوضع الصحي على المرضى. ومن ناحية أخرى، فإن عدم وجود علاقات اجتماعية إيجابية يؤدي إلى حالة نفسية سلبية ترفع من احتمالات إصابة الفرد بأعراض القلق والاكتئاب؛ والتي بدورها قد يكون لها الأثر السلبي على الصحة البدنية سواء من خلال التأثير المباشر على العمليات الفسيولوجية التي تؤثر على جهاز المناعة والاستعداد للإصابة بالمرض، أو من خلال السلوكيات الصحية السلبية التي تزيد من خطر التعرض للإصابة بالمرض أو تباطؤ وتيرة الشفاء منه.

أما الدراسات التي تناولت عامل التدين باعتباره آلية مواجهة للأحداث المؤلمة فقد جعلت من دراسة العلاقات بين المتغيرات الدينية والصحية ونتائجها منطقة مهمة للبحوث والدراسات الميدانية في العديد من المجالات ومن بينها مجال الخدمة الاجتماعية الطبية. فهناك عدداً من البحوث تقودنا إلى استنتاج وجود علاقات ثابتة بين المتغيرات الدينية والنتائج والمخرجات الصحية لدى الأفراد على تنوع خلفياتهم الثقافية، ولدى الأفراد البالغين الأكبر سناً والمرضى على الوجه الأخص (Koenig, McCullough, & Larson, 2001). ولقد لوحظ في كثير من الحالات أن الأشخاص الذين يعانون من مرض شديد يسعون غالباً لتعميق معرفتهم وممارساتهم الدينية والروحية. ومن الأمور المتفق عليها بين الباحثين بشكل عام أن العوامل الروحية والدينية تساعد المرضى في مواجهة معاناتهم.

وفي عدد خاص لمجلة علم نفس الأورام Psycho-Oncology صدر في عام 1999 كُرس للروحانية، أورد الإصدار مقالين متطابقين في النتائج (Cotton, Levine, Fitzpatrick, et al., 1999). تألفت العينة في الدراسة الأولى من 142 من الإناث المصابات بسرطان الثدي، في حين أن العينة في الدراسة الأخرى تألفت من 762 من الرجال و848 من النساء ممن يعانون من أنواع مختلفة من السرطان. سجلت كل من الدراستين وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين نوعية الحياة والروحانية، إلا أن الدراسة الأصغر لم تجد تأثيراً إحصائياً قوياً لنفس العلاقة عند استخدام إحصائيات مختلفة بإدخال متغيرات متعددة أخرى. وهذا ليس مستغرباً، نظراً لصغر حجم العينة. وفي المقابل، ذكرت

الدراسة الأكبر في حجم العينة تأثيراً قوياً ذو دلالة إحصائية للقيم الروحانية على نوعية الحياة حتى بعد السيطرة على العوامل والمتغيرات الأخرى. وعلاوة على ذلك، فإن دراسة (Brady, Peterman, et al., 1999) قدمت دليلاً على أن مستوى ودرجة الروحانية لدى المرضى كان لها آثار سريرية إكلينيكية مثبتة علمياً. فعندما تم تقسيم المرضى إلى النصف وفقا لمستويات الشكوى من الألم والتعب، وُجد أن مرضى المستويات الروحانية العالية سجلوا شكوى أقل من الألم والتعب المصاحب للمرض مقارنة بمرضى المستويات الروحانية المتدينة.

وفي دراسة لكومانوفا وآخرين (Choumanova, Wanat, et al., 2006) تمت على عينة من النساء المصابات بسرطان الثدي من تشيلي، وكان الغرض منها دراسة دور الدين والقيم الروحانية في حياتهن وفي تغيير أوضاع مرضهن، وإذا كن يعتقدن أن تلك الإيمانيات قد تؤثر في شفائهن. تكونت عينة الدراسة من سبع وعشرين مريضة بسرطان الثدي من المراجِعات لإحدى العيادات في مدينة سانتياغو، تمت دعوتهن للمشاركة في مقابلات شخصية مباشرة مع الباحثين. وقد تم تحليل مضمون المقابلات باستخدام "المنهج المقارن المستمر". وسجلت النتائج اتفاق جميع المشاركات على النظر إلى الدين والروحانيات كموارد أولية لأنفسهن والآخرين لاستخدامها في التعامل مع المرض. كما تجلى استخدام النساء للدين والقيم الروحانية من خلال الصلاة، والاعتماد على الله في "أن يقودهن ويرشدهن ويشفع لهن من خلال مرضهن"، وفي الحصول على الدعم الاجتماعي من الأشخاص الآخرين ضمن جماعات عقيدتهن. كما أشارت نصف (26/13) النساء إلى أن السرطان دفعهن إلى زيادة التركيز على الدين والقيم الروحانية في حياتهن من خلال تعميق إيمانهن بالله. كما أيدت جميع المشاركات الاعتقاد بأن الإيمان الروحي يمكن أن يساعد مرضى السرطان في الشفاء من المرض. وتشير هذه النتائج إلى ضرورة أن يعي مقدمو الرعاية الصحية لمرضى السرطان الأدوار التي تلعبها ثقافة المريض ومعتقداته الدينية والروحانية في التكيف مع مرض السرطان.

وفي دراسة نوعية قام بها (Vonarx & Hyppolite, 2013) حول دور الممارسات والمعرفة الدينية والروحانية على عينة مقصودة مكونة من 10 من مرضى السرطان في مدينة كيبيك الكندية، أكدت المقابلات الفردية التي تركزت على التجربة الشخصية مع المرض أن الدين والروحانية تساهم في مواجهة الضغوط وصعاب الأمور عندما تكون الحياة تحت التهديد. وعلى نحو أدق، فلقد أظهرت تحليلات المقابلات أن استخدام المرضى للموارد والأماكن الدينية أثناء المرض أسهمت في عملية التمكين الفردية والتي عادة ما تتأثر سلباً بسبب المرض. فلقد عبر أفراد العينة عن تأثير الممارسات الدينية والروحانية في إيجاد "المعنى" من وراء الإصابة بالمرض بفكر نقدي موضوعي، وأهمية التفاني وقوة الإرادة في الحصول على العلاج اللازم بعيداً عن الشعور بالعجز واليأس مما انعكس على شعورهم بنوع من السيطرة على زمام الأمور.

وفي دراسة نوعية أخرى أجريت في الجمهورية الإيرانية بهدف التعرف على دور التدين والروحانية في التأثير على: 1) الاتجاهات والمشاعر نحو مرض السرطان، 2) استراتيجيات التعامل مع سرطان الثدي، و3) سلوكيات الإقبال على الخدمات الصحية والعلاجية بين مجموعة من الناجيات من سرطان الثدي المسلمات (Harandy, Ghofranipoura, et. al, 2009). استخدم الباحثون المقابلات المتعمقة مع 39 من الناجيات من سرطان الثدي، وأظهرت النتائج أن الروحانية كانت المصدر الرئيس للدعم النفسي لدى المشاركات، كما وعزت جميع المشاركات إصابتهم بالسرطان لإرادة الله. وعلى الرغم من هذا، فقد وافقت جميع المشاركات على الانخراط في العلاجات الطبية التي اقترحها الأطباء. وبين الباحثون أن هذه النتيجة تعتبر مناقضة للاعتقاد الشائع في الثقافات الغربية بأن الاعتقاد بوجهة تحكم خارجية locus of control للمرض غالباً ما يؤدي إلى تقليل الإقبال على أداء الاختبارات الطبية اللازمة للفحص والكشف والعلاج. وعليه، أوصت الدراسة بضرورة تطوير الباحثين لتدخلات صحية مناسبة تأخذ بعين الاعتبار الاختلافات الثقافية في التعامل مع المرضى.

وتشير دراسات عديدة إلى أن التفاؤل والدعم الاجتماعي يرتبطان بمستوى تكيف أفضل للأفراد بعد العلاج من سرطان الثدي. ففي دراسة شملت 77 امرأة أميركية من أصول إفريقية من متلقي العلاج من سرطان الثدي (Shelby, Crespin,

et al., 2008)، أكملت فيها النساء مقاييس التفاؤل، والدعم الاجتماعي، والتكيف الاجتماعي خلال عشرة أشهر من العلاج الجراحي، كان الدعم الاجتماعي محدداً للعلاقة بين التفاؤل والتكيف، حيث كان مخففاً من الآثار السلبية للتفاؤل المنخفض على الضغوط النفسية والرفاه، والأداء النفسي الاجتماعي. حيث شهدت النساء ممن كانت لديهن مستويات عالية من الدعم الاجتماعي تكيفاً أفضل حتى عندما كانت نسب التفاؤل لديهن منخفضة. في المقابل، بالنسبة للنساء ممن كانت لديهن مستويات عالية من التفاؤل، لم تقدم نسبة الدعم الاجتماعي المرتفعة أية ميزة إضافية لهن. واستنتجت هذه النتائج أن الدعم الاجتماعي يعتبر مورداً هاماً للنساء، خاصة لمن تعاني من نسب تفاؤل منخفضة أو نفسيات متشائمة.

كما أظهرت أبحاث سابقة في مجال العلاقة بين الجسم والعقل وجود اتصال بين التوقعات المتشائمة والسلوكيات الصحية السلبية. وتعتبر دراسة العلاقة المحتملة بين توقعات المريض ونسب البقاء على قيد الحياة في مجتمع المصابين بالأورام مجالاً جديداً نسبياً ومثيراً للاستكشاف (International Association for the Study of Lung Cancer, 2010)، ومثل هذه الدراسات قد أسفرت عن نتائج متباينة، بعضها اقترح علاقة تنبؤية بين التفاؤل أو التشاؤم والوظيفة المناعية للجسم وبالتالي على نسب النجاة من المرض والبقاء على قيد الحياة، بينما لم يجد البعض الآخر دليلاً على صحة تلك العلاقة.

ففي دراسة للدكتور Paul Novotny وزملاءه من عيادة مايو كلينيك الأمريكية، أجريت بهدف الكشف عن العلاقة المحتملة بين توجهات مرضى سرطان الرئة النفسية (تشاؤماً أم تفاؤلاً) قبل التشخيص بالمرض، وبين مستويات النجاة والشفاء من المرض بعد التشخيص، استُخدم فيها مقياس مينيسوتا التفاؤل–التشاؤم (International Association for the Study of Lung Cancer, 2010). أجرى الباحثون تقييماً بأثر رجعي لعدد (534) من النساء والرجال الذين سبق لهم استكمال بيانات المقياس منذ (18) سنة مضت وقبل تشخيصهم بالمرض، وتم تصنيفهم بين متفائل ومتشائم، ومن ثم متابعة نتائج علاجهم من مرض سرطان الرئة على عدة مراحل. وجدت الدراسة أن أفراد العينة ممن صنفوا بكونهم متفائلين من النساء والرجال على حد سواء، قد نجوا بمعدل ستة أشهر أطول مقارنة ممكن صنفوا بكونهم متشائمين، كما وكانت معدلات البقاء على قيد الحياة لمدة خمس سنوات للفريقين 32.9 في المئة للمتفائلين، و 21.1 في المئة للمتشائمين، وكانت تلك العلاقة مستقلة عن حالة التدخين، ومرحلة المرض، والعمر والنوع.

وفي دراسة كمية–نوعية هدفت إلى استكشاف العلاقة بين التفاؤل وسلوكيات التعامل مع المرض بين الناجيات من سرطان الثدي (Crisostomo, 2012)، تمت على عينة مكونة من (47) سيدة في مستشفى الفلبين العام. استخدمت الباحثة المقاييس المقننة بالإضافة إلى المقابلات كوسيلة لجمع البيانات. أظهرت نتائج اختبار التوجه نحو الحياة أن أعلى درجة (97.9٪) سجلت من قبل البند "أنا دائما متفائل بشأن مستقبلي"، مما يبين بوضوح أنه على الرغم من الظروف الصحية السلبية، إلا أن النساء ما زلن يعتقدن أن الأمور ستسير بشكل إيجابي في حياتهن. أما فيما يختص بسلوكيات التعامل مع المشكلات، فلقد سجل بند "التخطيط" النسبة الأعلى، أما سلوكيات التعامل العاطفي والانفعالي فجاءت النسبة الأعلى لبند "التوجه نحو الدين"، وتظهر هذه النتائج أن نساء عينة الدراسة من الجنسية الفلبينية يعتبرن إيمانهن من أهم السبل للتعامل مع المرض بغض النظر عن اختلاف شخصياتهن.

وفي دراسة حديثة لكل من شاهين وتبسم وعندليب (Shaheen, Tabassum, & Andleeb, 2015) هدفت إلى دراسة تأثير سمات الشخصية (التشاؤم والتفاؤل) على الاكتئاب والقلق والتوتر لدى مرضى جراحات سرطان الثدي، وشملت عينة قوامها 58 امرأة ضمن الفئة العمرية من 40–60 سنة (م = 57.80، SD = 11.95) قُرر عقد جراحة سرطان الثدي لهن. وقد استخدم الباحثون تصميم السلسلة الزمنية لاختبار المشاركات واللاتي تم اختيارهن بأسلوب العينة المختارة المتاحة والتي انطبقت عليهن شروط عدم معاناتهن من أمراض أخرى خطيرة مثل التهاب الكبد، ومرض السكري، والقلب والأوعية الدموية، ولا يتناولن أية مضادات للاكتئاب. وقد استخدمت مقاييس التوجه نحو الحياة لشاير

وكارفر(1985) لقياس صفات التشاؤم والتفاؤل، والذي ترجم للغة الأردية من قبل المؤلف، بالإضافة لمقاييس مستويات الاكتئاب والقلق والتوتر في مرحلة ما قبل الجراحة، وفي الأسبوعين الثاني والسادس بعد الجراحة. وكشفت النتائج أن مريضات جراحات سرطان الثدي ممن كانت لديهن نسب التشاؤم مرتفعة كانت لديهن نسباً أعلى بكثير في مقاييس الاكتئاب والقلق والتوتر خلال كلتا المرحلتين التجريبيتين (الأسبوع الثاني والأسبوع السادس) مقارنة بالمريضات المتفائلات ($P < 0.005$).

وفي دراسة لرامي طشطوش (2015)، بعنوان الرضا عن الحياة والدعم الاجتماعي المدرك والعلاقة بينهما لدى عينة من مريضات سرطان الثدي، تطرق الباحث لدراسة العلاقة بين مستوى الرضا عن الحياة ومستوى الدعم الاجتماعي المدرك لدى عينة من مريضات سرطان الثدي في الأردن. وأظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية إيجابية دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α=05.0) بين مستوى الرضا عن الحياة ومستوى الدعم الاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي .وفسر الباحث هذه النتيجة بأن الدعم الاجتماعي يساعد في تحسين أداء الفرد لأعماله المختلفة، كما ويساهم في زيادة الرفاهية والسعادة لديه، وأن تلقيه أو منحه للآخرين الدعم الاجتماعي يرتبط إيجابياً بالرضا العام عن الحياة، وإقامة علاقات إيجابية مع الآخرين. كما وتعد العلاقات الاجتماعية بحد ذاتها مصدراً هاماً من مصادر الشعور بالرضا، يتم من خلالها تقديم الفرص للإفصاح عن الذات والتنفيس عن المشاعر السلبية في بيئة آمنة، بالإضافة لتوفير العلاقات الاجتماعية الشعور بالانتماء للجماعات المرجعية الجديرة بالثقة.

وهدفت الدراسة التي قام بها (Fonseca, Lencastre, & Guerra, 2014) في البرتغال إلى تحليل العلاقة بين الرضا عن الحياة، ومعنى الحياة، والتفاؤل، وصورة الجسم والاكتئاب لدى عينة مكونة من 55 مريضة بسرطان الرأس والرقبة ممن خضعن للعلاج الجراحي الاستئصالي والمحافظ. أظهرت نتائج الدراسة أن إيجاد معنى للحياة والتفاؤل كان مرتبطاً بشكل إيجابي مع مفهوم الرضا عن الحياة. كما وأن معدلات الاكتئاب الأعلى وصورة الجسم المضطربة ارتبطا بانخفاض مفهوم الرضا عن الحياة. وخلص الباحثون إلى توصية مفادها ضرورة الاهتمام بتعزيز المتغيرات الإيجابية للمرضى من النساء، بغض النظر عن نوع العلاج الذي يخضعون له، لتجنب حالات الاكتئاب وما قد ينتج عنها من آثار سلبية على القابلية للالتزام بالعلاج، وعلى التزام الأساليب الحياتية الإيجابية مما يؤثر سلباً على مستوى الرضا عن الحياة.

وفي دراسة مقارنة لنوعية الحياة المرتبطة بالحالة الصحية لدى مريضات سرطان الثدي في الكويت باستخدام استبانة جودة الحياة، طبقت على عينة قوامها 348 من المريضات الكويتيات المترددات على مركز الكويت لمكافحة السرطان لتلقي العلاج الكيميائي ممن تتراوح أعمارهن ما بين 20–81 بمتوسط عمري 48.3 سنة (Alawadi & Ohaeri, 2009). أظهرت النتائج أنه بالرغم من تسجيل العديد من أفراد العينة لمعدلات أداء اجتماعي منخفضة على بعض المقاييس الفرعية، ومعدلات شكوى مرتفعة من أعراض المرض، إلا أن نسبة ضئيلة أمكن تصنيفها ضمن الحالات التي تعاني من سوء الأداء أو سوء التكيف مع المحيط. واستنتج الباحثان أن معدلات حسن الأداء الاجتماعي المرتفعة بشكل عام التي سجلتها نتائج الدراسة جديرة بتثقيف المجتمع وتوعيته بالعلاقة بين مرض السرطان والحالة النفسية والأداء الاجتماعي للأفراد. كما وأوصى الباحثان بضرورة تركيز مراكز تقديم خدمات العلاج النفسي – والأورام (psycho-oncology service) على القضايا النفسية والاجتماعية للمرضى لأهميتها في تشكيل نوعية الحياة التي يعيشونها وتحقيق الجودة التي يصبون إليها ويرتضونها أثناء فترة المرض وبعد الشفاء.

من العرض السابق، وبالنظر إلى الأدبيات المستعرضة، يتضح أن متغيرات البحث الحالي (الدعم الاجتماعي، درجة التدين، والتفاؤل) لدى مريضات سرطان الثدي كانت هدفاً للعديد من الدراسات التي افترضت وجود علاقة بينها وبين نسبة التعافي والشفاء، و(الرضا عن الحياة). ولقد استفادت الباحثة من الدراسات والبحوث السابقة في صياغة الإطار النظري في مجال مرض سرطان الثدي والدعم الاجتماعي ودرجة التدين والرضا عن الحياة، وفي تحديد منهجية وخطوات الدراسة الإجرائية وفق تلك الدراسات، وفي إعداد واختيار أدوات الدراسة وتقنينها، وفي تفسير ومناقشة نتائج

الدراسة.

وبينما تتفق الدراسة الحالية مع بعض الدراسات السابقة في تناولها لمتغيرات البحث، إلا أنها تختلف عنها بجمعها بين كل من الدعم الاجتماعي ودرجة التدين والتفاؤل والنظرة للحياة سواء بدراسة الفروق أو الارتباط فيما بينها، وبمدى تأثرها بالمتغيرات الديموغرافية. فالدراسة الحالية تستكشف العلاقة بين درجة الدعم الاجتماعي أثناء المرض ودرجة التدين ونسب التفاؤل كما تراها المشاركات من الناجيات من سرطان الثدي، وبين نسب ودرجات الرضا عن الحياة اللاحقة للشفاء لديهن، بالإضافة إلى دراسة مدى تأثر تلك العلاقات بالمتغيرات الديموغرافية كالحالة الاجتماعية والتعليمية والاقتصادية والوظيفية، والتي تنفرد الدراسة الحالية بتقديمها.

الطريقة والإجراءات

منهج الدراسة

استُخدم منهج المسح الاجتماعي بواسطة العينة، كونه المنهج الأكثر ملاءمةً للدراسة الميدانية، والذي يسمح إحصائياً بوصف وتحليل الظاهرة تحت الدراسة والتعرف على أسباب وعوامل حدوثها، والمساهمة في التنبؤ المستقبلي لحالتها سبيلاً لصياغة سياسات تساهم بتحسين نتائج التدخلات المناسبة للتعامل معها (خمش، 2004).

مجتمع الدراسة

يشمل المجتمع الأصلي للدراسة جميع الناجيات من مرض سرطان الثدي (حسب تعريف الأطباء لحالات كل منهن) من النساء الكويتيات بأعمار تتراوح ما بين 18–55 عاماً، ممن تترددن على العيادات الخارجية لمركز حسين مكي الجمعة لعلاج السرطان، للمتابعة وتلقي العلاج اللازم، ويقدر عددهن بنحو 500 سيدة.

عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة من:

- عينة استطلاعية: بلغت (25) سيدة مراجِعة للعيادات الخارجية خلال أسبوع، تم اختيارهن بأسلوب العينة المقصودة المتاحة، أو عينة الفرصة، وذلك للتحقق من صدق وثبات أدوات الدراسة ووضوح مصطلحاتها.
- عينة الدراسة الفعلية: تضمنت العينة التي تم اختيارها بأسلوب الاختيار القصدي حسب شروط الاختيار التالية: المترددات على العيادات الخارجية لمركز حسين مكي الجمعة لعلاج السرطان في مدينة الشويخ بالكويت، الحصول على تقرير الطبيب المسئول باعتبار المريضة من فئة الناجيات من سرطان الثدي، كويتية الجنسية، العمر من 18–65 عاماً، والموافقة التطوعية على المشاركة في الدراسة باستكمال بيانات الاستبانة. وتكونت العينة النهائية من 217 ناجية من سرطان الثدي، بعد استبعاد 11 استمارة لعدم استكمال البيانات.

جدول (1): توزيع أفراد العينة وفقاً لمتغيرات الدراسة

المتغيرات	فئات المتغير	التكرار	النسبة المئوية
الحالة الاجتماعية	آنسة	12	5.5
	متزوجة	153	70.5
	منفصلة	7	3.2
	مطلقة	14	6.5
	أرملة	31	14.3
الحالة الوظيفية	ربة منزل	83	38.2
	موظفة	86	39.6
	متقاعدة	48	22.1
الحالة الاقتصادية	ممتازة	31	14.3
	جيدة	104	47.9
	متوسطة	69	31.8
	ضعيفة	13	6.0
	المتوسط الحسابي	**الانحراف المعياري**	
العمر	48.50	9.61	
عدد سنوات الدراسة	12.59	4.33	

تكونت عينة الدراسة من 217 سيدة كويتية ناجية من سرطان الثدي بأعمار تراوحت ما بين 22–65 عاماً، بمتوسط عمري 48.50 عام، كانت غالبيتهن من المتزوجات (70.5%)، و (39.6%) كن موظفات، (38.2%) ربات بيوت، و(22.1%) من المتقاعدات. بينما تراوح المستوى

التعليمي لأفراد العينة ما بين الشهادة الابتدائية والجامعية بمتوسط عام 12.59 سنة دراسية (أي مستوى شهادة الثانوية العامة)، ويمكن القول بأن أفراد العينة في الغالب يتمتعن بمستويات اقتصادية جيدة جداً (62.2%). وتعتبر العينة ممثلة لمجتمع الدراسة إذا ما قورنت بآخر إحصائيات مركز الكويت لمكافحة السرطان لعام 2012، حيث أشارت تلك الإحصائيات بأن 86% من السيدات الكويتيات المصابات بسرطان الثدي يبلغن سن 40 عاماً فأعلى عند التشخيص، فيما تبلغ نسبة الشفاء من المرض مع العلاج نحو 95% (كونا، 2016).

أدوات الدراسة

أولاً: المتغيرات الديموغرافية

تم إعداد مقياس المتغيرات الديموغرافية وتضمن المتغيرات التالية: العمر، والحالة الاجتماعية (آنسة، متزوجة، منفصلة، مطلقة، أرملة)، والحالة الوظيفية (ربة منزل، موظفة، متقاعدة)، والحالة الاقتصادية (ممتازة، جيدة، متوسطة، ضعيفة)، والمستوى التعليمي مُقاساً بعدد سنوات الدراسة (على سبيل المثال، 4 سنوات دراسية تعني الشهادة الابتدائية، و12 سنة تعني الشهادة الثانوية).

ثانياً: مقياسي درجة التدين ودرجة الدعم الاجتماعي أثناء المرض

تم استخدام أسلوب سلم التقدير العددي لحساب درجتي التدين والدعم الاجتماعي كما تدركها الناجيات المشاركات في عينة الدراسة. ويعتمد هذا الأسلوب على تحويل قائمة التقدير إلى سلم تقدير بإضافة سلم أو مدرج يمثل أحد طرفيه انعدام وجود الصفة أو وجودها بمقدار ضئيل، في حين يمثل الطرف الآخر وجود الصفة بشكل تام ويمثل ما بينهما درجات متفاوتة حسب مستويات مختلفة من الصفة مدرجة من 1. 10 ويتم تحديد الرقم الذي يناسب الشخص من حيث امتلاكه للسمة حسب تقديره الذاتي (Moller, 2014).

ثالثاً: القائمة العربية للتفاؤل والتشاؤم

من تأليف أحمد عبد الخالق (1996)، واعتمدت إجراءات التصميم على عينة مكونة من (277) طالباً وطالبة في جامعة الكويت. وتشمل القائمة على (15) بنداً لقياس التفاؤل، ومثال لبنود هذا المقياس: "تبدو لي الحياة جميلة". ويشتمل مقياس التشاؤم كذلك على (15) بنداً، ومثال لبنود هذا المقياس: "أشعر إنني أتعس مخلوق "، ويجاب عن كل فقرة على أساس خمسة اختيارات (لا، قليلاً، متوسط، كثيراً، كثيراً جداً). ووصل معامل ثبات ألفا كرونباخ إلى 0.93، 0.94 لمقياسي التفاؤل والتشاؤم على التوالي. وهي معاملات ثبات مرتفعة.

كما تم حساب صدق القائمة بطريقة الصدق التلازمي عن طريق حساب الارتباطات المتبادلة بين كل من المقياسين وبعض مقاييس الشخصية مثل الاكتئاب والقلق، وكانت معاملات الارتباط بين التفاؤل والاكتئاب (ر= −0.54) في حين كان الارتباط بين التشاؤم والاكتئاب (ر= 0.73)، ونفس النمط بين كل من المقياسين ومقياس القلق حيث كان معامل الارتباط بين التفاؤل والقلق (ر= −0.68)، وبين التشاؤم والقلق (ر= 0.73)، الأمر الذي جعلها صالحة للاستخدام في البحوث النفسية العربية. وفي الدراسة الحالية، بلغت نسبة ثبات المقياس بحساب معامل ألفا كرونباخ 0.965 لمقياس التفاؤل، و0.945 لمقياس التشاؤم، وهي معاملات ثبات مرتفعة. وتم استخدام مقياس التفاؤل فقط في الدراسة الحالية.

رابعاً: مقياس الرضا عن الحياة

من تأليف دينر وزملاءه (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985)، وترجمه للعربية أحمد عبد الخالق (2008)، ويقيس الرضا العام عن الحياة كما يقيمها المبحوث بنظرة تكاملية نحو جوانب حياته المختلفة كالصحة والمال والأسرة. وقد كشف المقياس عن خواص سيكومترية مناسبة بما في ذلك الاتساق الداخلي وثبات الاستقرار، كما واستُخدم المقياس في عدد كبير من الدراسات التي تؤكد صدقه البنائي. ويشتمل المقياس على خمس عبارات يجاب عنها على أساس سبعة بدائل على النحو التالي: 1 = غير موافق مطلقاً، 2 = غير موافق، 3 = غير موافق قليلاً، 4 = محايد، 5 = أوافق قليلاً، 6 = أوافق، 7 = أوافق بشدة. وتتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين 5، و35، وتعني الدرجات المرتفعة رضا أكبر عن الحياة. وقد ترجم عبد الخالق المقياس إلى العربية (2008)، وروجعت الترجمة مرات عديدة، وحُسب ارتباط البند بالدرجة الكلية بعد حذف البند، وتراوحت هذه الارتباطات بين 0.34−0.73، كما وتراوحت معاملات ألفا بين0.71−0.86، وقد حُسب ثبات إعادة التطبيق بعد أسبوع

في ثلاث عينات مختلفة من طلاب الجامعة وطالباتها فوصل إلى 0.86، و 0.89، و 0.91، وهي معاملات مرتفعة، وتراوحت درجات الصدق المرتبط بالمحك بين 0.85 و 0.73، وقد اعتمدت هذه النتائج على عينات كويتية، وتشير إلى اتساق داخلي مرتفع للمقياس على الرغم من قصره، وثبات مرتفع عبر الزمن، وصدق محك مرتفع أيضاً. وفي الدراسة الحالية، بلغت نسبة ثبات المقياس بحساب معامل ألفا كرونباخ 0.86 وهي نسبة مرتفعة.

خطوات إجراءات الدراسة الميدانية

بعد الانتهاء من الإطار النظري الذي ساعد على تكوين خلفية علمية لموضوع الدراسة، قامت الباحثة بالإجراءات التالية:

1. الحصول على الإذن المسبق لتسهيل مهمة باحث لجمع البيانات من قبل اللجنة الدائمة لتنسيق البحوث الطبية والصحية في وزارة الصحة، بعد التأكد من إجراءات حقوق أفراد العينة وسرية وخصوصية البيانات.
2. الحصول على الإقرار المستنير من جميع أفراد العينة بالموافقة الشفهية على المشاركة في الدراسة.
3. إعداد المقاييس التي شكلت أدوات الدراسة وهي: استمارة البيانات الديموغرافية، المقاييس الذاتية لكل من الدعم الاجتماعي ودرجة التدين، والقائمة العربية للتفاؤل والتشاؤم (عبد الخالق، 1996).
4. تطبيق أداة الدراسة على عينة الدراسة بمساعدة الدكتور محمد صلاح فياز، استشاري علاج الأورام من مركز الكويت لمكافحة السرطان، والذي تأكد من مطابقة المشاركات في الدراسة لشروط العينة، والأستاذة ابتسام راشد القعود، موجه التدريب الميداني بقسم الاجتماع والخدمة الاجتماعية بجامعة الكويت من خلال تطبيق طلبة وطالبات التدريب الميداني في برنامج بكالوريوس الخدمة الاجتماعية للاستبانة على أفراد العينة.
5. تحليل نتائج الدراسة ورسم استنتاجاتها في ضوء الأدبيات السابقة.

المعالجة الإحصائية

تم استخدام أساليب الإحصاء الوصفي بواسطة التكرارات والنسب المئوية للتعرف على خصائص أفراد العينة. كما تم استخدام اختبار بيرسون، واختبار التباين الأحادي، بالإضافة إلى اختبار الانحدار، للإجابة على تساؤلات الدراسة، وذلك باستخدام برنامج SPSS النسخة 23.

نتائج الدراسة ومناقشتها

أولاً: ما هي مستويات: (أ) الدعم الاجتماعي؛ و(ب) درجات التدين؛ و(جـ) درجات التفاؤل؛ و(د) ودرجات الرضا عن الحياة لدى أفراد العينة؟

تم استخدام التكرارات والنسب المئوية للتعرف على مستويات الدعم الاجتماعي ودرجات التدين والتفاؤل والرضا عن الحياة لدى أفراد العينة من النساء الناجيات من سرطان الثدي. ولقد جاءت هذه المستويات كالتالي:

جدول (2): مستويات الدعم الاجتماعي ودرجات التدين والتفاؤل والرضا عن الحياة لدى أفراد العينة

المتغير	أقل قيمة	أعلى قيمة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
درجة التدين	0	10	7.93	1.55
الدعم الاجتماعى	0	10	8.34	1.99
مستوى التفاؤل	15	75	58.78	12.13
الرضا عن الحياة	5	35	26.20	6.31

يتضح من الجدول السابق أن أفراد عينة الدراسة يتمتعن بمستويات دعم اجتماعي عالية، حيث بلغ متوسط تقديرهن للدعم الاجتماعي الذي حصلن عليه أثناء مرضهن وفترة علاجهن بنحو 8.34 على سلم التقديرات من 1–10. كما وصفن أنفسهن بدرجات تدين مرتفعة نسبياً. من جهة أخرى، لم تسجل أفراد العينة مستويات مشابهة من حيث القوة فيما يتعلق بالتفاؤل والرضا عن الحياة، بل سجلن مستويات يمكن وصفها بالمتوسطة تبعاً للمتوسطات الحسابية التي سُجلت لأفراد العينة على مقياسي التفاؤل والرضا عن الحياة.

وتأتي هذه النتائج متناغمة مع طبيعة المجتمع الكويتي والذي جُبل على الترابط والتلاحم سواء بين أفراد الأسرة النووية

أو الأسرة الممتدة، أو شبكة العلاقات الاجتماعية بالمحيطين، بالإضافة إلى نظام الرعاية الاجتماعية والذي تقدم الدولة من خلاله شبكة من خدمات الرعاية المتكاملة والتي تشمل النواحي المادية والصحية والمعلوماتية لمواطني الدولة كافة ولمرضى السرطان بشكل خاص (الخرس، العقروقة، 1999). كما وعُرف عن المجتمع الكويتي تاريخياً ارتباطه بأصوله الدينية سواء من خلال التنشئة الاجتماعية للأسر والمتمحورة حول العبادات والطقوس الدينية، أو بنظام الدولة التعليمي، البرامج الاجتماعية، واحتفالات الدولة الرسمية، وصولاً للخطاب الرسمي والإعلامي والذي ينسجم مع مبادئ الدين الإسلامي الحنيف وممارساته، لذلك فإنه من غير المستغرب أن تسجل أفراد عينة الدراسة درجات مرتفعة من الدعم الاجتماعي ودرجة التدين.

أما بالنسبة لعدم تسجيل مستويات متشابهة من حيث القوة لدى أفراد العينة على مقاييس التفاؤل والرضا عن الحياة، فيمكن تفسيره من خلال الأثر الطبيعي الذي يخلفه التعرض للمواقف الحياتية الضاغطة كما هو الحال لدى الإصابة بمرض سرطان الثدي، والذي يرفع من نسبة القلق والتوتر لدى المريض، ويزيد تفكيره باحتمالات الوفاة. حيث أثبتت العديد من الدراسات ارتباط حالات القلق بالنظرة السلبية والتشاؤمية للمستقبل (محمود، 2009). من جهة أخرى، فإن العلاجات المختلفة لسرطان الثدي بدءاً بالعلاج الكيميائي، مروراً بالجراحي، وانتهاء بالإشعاعي، تؤثر جميعها على جودة حياة المريض سلباً.

ثانياً: هل هناك علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجة الدعم الاجتماعي وبين كل من: (أ) مستوى التفاؤل، (ب) الرضا عن الحياة؟

جدول (3): العلاقة بين الدعم الاجتماعي وكل من مستوى التفاؤل والرضا عن الحياة

	درجة التفاؤل		درجة الرضا عن الحياة	
الدعم الاجتماعي	معامل ارتباط بيرسون	الدلالة	معامل ارتباط بيرسون	الدلالة
	0.333**	دالة عند 0.01	0.429**	دالة عند 0.01

**دالة عند مستوى 0.01

للإجابة على هذا التساؤل، تم حساب معامل ارتباط بيرسون للكشف عن العلاقة بين درجة الدعم الاجتماعي وكل من مستوى التفاؤل ومستوى الرضا عن الحياة. ويتضح من جدول (3) وجود علاقة طردية قيمتها (0.333) دالة عند مستوى (0.01) بين درجة الدعم الاجتماعي وبين مستوى التفاؤل لدى الناجيات من سرطان الثدي؛ بمعنى أنه كلما ارتفعت درجات الدعم الاجتماعي الذي تتلقاه الناجيات من سرطان الثدي أثناء مرضهن، كلما ارتفعت نظرتهن الإيجابية وتفاؤلهن. هذا وقد أظهرت النتائج أيضاً وجود علاقة طردية دالة إحصائياً عند مستوى (0.01) قيمتها (0.429) بين درجة الدعم الاجتماعي وبين الرضا عن الحياة، مما يعني أن للحصول على الدعم الاجتماعي أثناء المرض أثراً إيجابياً في إحساس أفراد العينة بالرضا عن حياتهن.

تنسجم نتائج الدراسة الحالية مع العديد من الدراسات السابقة والأطر المرجعية النظرية (Salonen et al., 2013; ؛ الدامر، 2014). حيث تؤكد النتائج ما ذهب إليه كل من (Russell & Cutrona, 1991) بالدور الوقائي أو الحامي للدعم الاجتماعي في الحفاظ على تقدير الشخص لذاته وتشجيعه على مقاومة الضغوط وبالتالي التأثير الإيجابي على مستوى الرضا عن الحياة والتفاؤل بما هو قادم.

كما ويمكن تفسير العلاقة الطردية الإيجابية بين كل من الدعم الاجتماعي والرضا عن الحياة، بكون الدعم الاجتماعي والعلاقات الاجتماعية الصحية للفرد تعزز من شعوره بالسعادة والانتماء لمحيطه، كما وأن منح الفرد أو تلقيه الدعم الاجتماعي عادة ما يرتبط إيجابياً بالرضا العام عن الحياة والنظرة الإيجابية للذات (طشطوش، 2015). كما وتعد العلاقات الاجتماعية بحد ذاتها مصدراً هاماً من مصادر الشعور بالرضا والانتماء للجماعات المرجعية الإيجابية، وهو

ما أكدته نتائج دراسة (Alawadi & Ohaeri, 2009) التي أجريت على عينة مشابهة للعينة الحالية، وهي عينة من مريضات سرطان الثدي في الكويت، حيث استنتج الباحثان أن معدلات حسن الأداء الاجتماعي المرتفعة التي سجلتها العينة ارتبطت بعلاقاتهن الاجتماعية ونسبة تكيفهن بالرغم من ارتفاع نسبة الشكوى من مضاعفات المرض، وحدا الباحثان إلى التوصية بضرورة تركيز مراكز تقديم خدمات العلاج النفسي–والأورام على القضايا النفسية والاجتماعية للمرضى لأهميتها في تشكيل نوعية الحياة التي يعيشونها وتحقيق الجودة التي يصبون إليها ويرتضونها.

ثالثاً: هل هناك علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجة التدين وبين: (أ) مستوى التفاؤل، (ب) الرضا عن الحياة؟

(4): جدول العلاقة بين درجة التدين وكل من مستوى التفاؤل والرضا عن الحياة

	درجة التفاؤل		درجة الرضا عن الحياة	
درجة التدين	معامل ارتباط بيرسون	الدلالة	معامل ارتباط بيرسون	الدلالة
	0.141*	دالة عند 0.05	0.151*	دالة عند 0.05

*دالة عند مستوى 0.05

للإجابة على هذا التساؤل، تم حساب معامل ارتباط بيرسون للكشف عن العلاقة بين درجة التدين وكل من مستوى التفاؤل ومستوى الرضا عن الحياة. ويتضح من جدول (4) وجود علاقة طردية قيمتها (0.141) دالة عند مستوى (0.05) بين درجة التدين وبين مستوى التفاؤل لدى الناجيات من سرطان الثدي؛ بمعنى أنه كلما ارتفعت درجة تدين الناجيات من سرطان الثدي، كلما ارتفعت نظرتهن الإيجابية وتفاؤلهن. هذا وقد أظهرت النتائج أيضاً وجود علاقة طردية دالة إحصائياً عند مستوى (0.05) قيمتها (0.151) بين درجة التدين وبين الرضا عن الحياة، مما يعني أن للتدين وما يصاحبه من إيمان وممارسات روحانية أثراً إيجابياً في إحساس أفراد العينة بالرضا عن حياتهن.

وبينت النتائج وجود علاقة دالة إحصائياً لكلا العلاقتين، إلا أن تلك العلاقات لم تكن بقوة العلاقة التي سبق تسجيلها بين مستوى الدعم الاجتماعي وكل من التفاؤل والرضا عن الحياة (0.33، 0.43 على التوالي). ويمكن تفسير ذلك بكون الدعم الاجتماعي وإقامة العلاقات مع الآخر والشعور بالدعم بأنواعه لدى المريضة يترك أثراً مباشراً آنياً يمكنها من استشعار التفاؤل والرضا بشكل أوضح مقارنة بتأثير درجة التدين والتي عادة ما تتطلب مستويات أعمق من التحليل في ارتباطها بالعلاقة بالخالق وتفسير المرض سلباً أو إيجاباً، وتأثير ذلك على النظرة للحياة سواء بالتفاؤل أو التشاؤم، وصولاً للشعور بالرضا عن الحياة من عدمه. فمن الأمور المتفق عليها بين الباحثين من خلفيات ثقافية ودينية مختلفة بشكل عام أن العوامل الروحانية والدينية تساعد المرضى على مواجهة معاناتهم (Koening et al., 2001). فنتائج الدراسة الحالية أكدت وجود علاقة طردية تنبئ بشيوع حالة من التفاؤل بالقادم عند اعتبار تجربة المرض اختبار وفرصة للتكفير عن الذنوب وكذلك إعادة تقييم الحياة وأولوياتها وصولاً لشعور أعمق من الرضا.

بالإضافة إلى أن ضعف العلاقة بين التدين وكل من التفاؤل والرضا عن الحياة مقارنة بمعدلات علاقتهما بالدعم الاجتماعي يمكن تفسيره بحقيقة إشارة بعض الأبحاث إلى وجود عوامل وسيطة مرتبطة بالدين قد تفسر الآثار الإيجابية للدين على الصحة، إلا أنه لاتزال هناك قيمة جوهرية للدين على تلك العوامل الوسيطة والتي ترتبط بالدين، فيظل الدين من أهم العوامل الإيجابية للمريض والتي تؤثر إيجابياً في كيفية تعامله مع المرض وتبعاته، والقيمة المعنوية للدعم الذي تقدمه الإيمانيات.

رابعاً: هل لمتغيرات: (أ) الحالة الاجتماعية؛ (ب) الحالة الوظيفية؛ (جـ) الحالة الاقتصادية، تأثير على متغير الرضا عن الحياة كمتغير تابع رئيس؟

للإجابة على تساؤل إن كان للمتغيرات الديموغرافية المذكورة أعلاه –كمتغيرات مستقلة–تأثير على الرضا عن الحياة كمتغير تابع، تم حساب تحليل التباين الأحادي وذلك للكشف عن الفروق بين المجموعات تبعاً لكل من الحالة الاجتماعية، والحالة الوظيفية، والحالة الاقتصادية لأفراد العينة، على مقياس الرضا عن الحياة.

جدول (5): نتائج تحليل التباين الأحادي للكشف عن دلالة الفروق في مستويات الرضا عن الحياة في ضوء المتغيرات الديموغرافية

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	مستوى الدلالة
الحالة الاجتماعية					
بين المجموعات	157.35	4	39.34	0.98	0.415
داخل المجموعات	8437.90	212	39.80		
الكلي	8595.25	216			
الحالة الوظيفية					
بين المجموعات	20.23	2	10.11	0.252	0.777
داخل المجموعات	8575.03	214	40.07		
الكلي	8595.25	216			
الحالة الاقتصادية					
بين المجموعات	1185.15	3	395.052	11.356	**0.000
داخل المجموعات	7410.09	213	34.789		
الكلي	8595.25	216			

**دالة عند مستوى 0.01

ويتضح من الجدول (5) أن قيمة "ف" الخاصة بالفروق بين مجموعات الحالة الاجتماعية الخمس (آنسة، متزوجة، منفصلة، مطلقة، أرملة)، وكذلك بالنسبة للفروق بين مجموعات الحالة الوظيفية الثلاث (ربة منزل، موظفة، متقاعدة) كانت غير دالة إحصائياً، وبناء عليه يمكننا الاستنتاج بعدم وجود تأثير كبير للحالة الاجتماعية أو الحالة الوظيفية على مستوى الرضا عن الحياة لدى أفراد العينة.

أما فيما يتعلق بالفروق بين المجموعات الأربع حسب الحالة الاقتصادية (ممتازة، جيدة، متوسطة، ضعيفة)، فيتضح من جدول (5) أن قيمة "ف" (11.35) كانت دالة إحصائياً عند مستوى 0.01، حيث يوجد تفاعل دال بين الحالة الاقتصادية وبين مستوى الرضا عن الحياة لدى أفراد العينة، ولمعرفة اتجاه الفروق وتفسيرها تم استخدام اختبار شيفيه.

جدول (6): الفروق بين متوسطات الحالة الاقتصادية في متغير الرضا عن الحياة ومدى شيفيه

المتوسطات	حالة اقتصادية ممتازة	حالة اقتصادية جيدة	حالة اقتصادية متوسطة	حالة اقتصادية ضعيفة
حالة اقتصادية ممتازة 28.77	–	1.04	*5.76	4.23
حالة اقتصادية جيدة 27.73		–	*4.72	3.19
حالة اقتصادية متوسطة 28.01			–	1.52–
حالة اقتصادية ضعيفة 24.54				–

*دالة عند مستوى 0.05

يتضح من جدول (6) الخاص بالفروق بين المتوسطات ومقارنتها بمدى شيفيه أنه توجد فروق دالة عند مستوى 0.05 بين متوسط المجموعة الأولى وهي للناجيات من سرطان الثدي ذوات الحالة الاقتصادية الممتازة، ومتوسط المجموعة الثالثة وهي للناجيات ذوات الحالة الاقتصادية المتوسطة في مستوى الرضا عن الحياة لصالح المجموعة الأولى. كما ويتضح من جدول (6) وجود فروق دالة عند مستوى 0.05 بين متوسط المجموعة الثانية والخاصة بالناجيات ذوات الحالة الاقتصادية الجيدة، والمجموعة الثالثة وهي لذوات الحالة الاقتصادية المتوسطة، وذلك لصالح المجموعة الثالثة (الحالة الاقتصادية المتوسطة).

يمكن تفسير الفروق بين المجموعات في مستويات الرضا عن الحياة لصالح أفراد العينة من ذوات الحالة الاقتصادية الممتازة مقارنة بالمتوسطة بحقيقة الوفرة المادية والتي من الممكن أن تؤدي إلى قدرة أكبر على توفير رعاية صحية أفضل تتمثل في استخدام خدمات رعاية تمريضية منزلية مدفوعة، بالإضافة إلى الأدوات المساعدة على تسهيل عودة اندماج المريضة بجدول حياتها الاعتيادي كتوفير كرسي متحرك والشعر الطبيعي البديل في حال فقدان الشعر الناتج عن العلاج الكيميائي وكذلك الخدمات الترفيهية كالقدرة الشرائية للسفر والتسوق مما قد يؤثر إيجابياً على جودة الحياة وارتفاع نسبة الرضا عن الحياة لدى المريضات ذوات الحالة الاقتصادية الممتازة.

خامساً: هل يمكن التنبؤ بمستوى الرضا عن الحياة من كل من: درجة الدعم الاجتماعي، درجة التدين، عدد سنوات الدراسة (المستوى الدراسي)، والعمر؟

لمعرفة العلاقة بين المتغيرات المستقلة والمتغير التابع فقد استخدم معامل الارتداد أو الانحدار، كما استخدمت تشخيصات العلاقة الخطية المتداخلة (Belsley, Kuh, & Welsch, 1980)، وقد أكدت نتائج التشخيص لجميع القيم الخطية أن تعددية ارتباط المتغيرات المستقلة والمستخدمة في معادلة الانحدار بين بعضها البعض (Multicollinearity) لم تُسبب أية مشكلة لأنها ليست ذات ارتباط قوي فيما بينها مما قد يضر بنتائج تحليل الانحدار.

جدول (7): نتائج الانحدار للتنبؤ بمستوى الرضا عن الحياة لدى أفراد العينة

المتغير	معامل الانحدار B	معامل الانحدار المعياري β	الدلالة
التفاؤل	0.218	0.419	0.000**
التدين	0.289	0.071	0.225
الدعم الاجتماعي	0.868	0.274	0.000**
سنوات الدراسة	0.197	0.135	0.019*
العمر	0.053	0.085	0.135
نسبة التفسير R^2	0.376		

**دالة عند مستوى 0.01

*دالة عند مستوى 0.05

ويبين جدول (7) نتائج معادلة الانحدار المتكونة من العوامل المستقلة (التفاؤل، الدعم الاجتماعي، التدين، التعليم، والعمر) للتنبؤ بالعامل التابع (مستوى الرضا عن الحياة)، أو تفسيره لدى أفراد العينة. وأظهرت النتائج أن المعادلة نجحت بتفسير ما يقارب 38% من الاختلاف في مستويات الرضا عن الحياة لدى أفراد العينة ($R^2 = 0.376$). وسيتم التحليل بالتركيز على المتغيرات الأقوى المفسرة لمستوى الرضا عن الحياة من خلال استخدام قيمة "بيتا" β أو معامل الانحدار المعياري لكل متغير مستقل مع الدلالة الإحصائية.

كما يتضح من جدول (7) أن متغير التفاؤل كان من أهم المتغيرات المستقلة في تفسير مستوى الرضا عن الحياة. فقد جاءت قيمة معامل الانحدار المعياري β (0.419)، وبدلالة إحصائية عند مستوى (0.01). فالناجيات الأكثر تفاؤلاً ينظرن للمستقبل نظرة أكثر إيجابية، كما ويحاولن إعطاء معنى أكبر للأحداث الضاغطة في حياتهن مما يجعل لتلك الأحداث أثراً إيجابيا في رضاهن عن الحياة. ويأتي متغير الدعم الاجتماعي في المرتبة الثانية بمعامل انحدار معياري (β) يعادل (0.274) وبدلالة إحصائية عند مستوى (0.01). ويحل متغير التعليم والذي يعبر عنه في الدراسة الحالية بعدد سنوات الدراسة في المركز الثالث في تفسير الرضا عن الحياة بمعامل انحدار معياري (β) يعادل (0.135) وبدلالة

إحصائية عند مستوى (0.05) وأقل.

أما ما يتعلق بمتغيري التدين والعمر فلم تظهر النتائج، كما هو موضح بجدول (7) علاقة ارتباط قوية ذات دلالة إحصائية مع متغير الرضا عن الحياة، وقد يعود ذلك إلى حقيقة أن بعض المتغيرات حينما تتم دراستها منفصلة وبمعزل عن بقية العوامل قد تظهر كعلاقة دالة إحصائياً مع المتغير التابع كما هو الحال في الدراسة الحالية، حيث سبق وأن أظهرت النتائج ارتباطاً دالاً إحصائياً بين التدين والرضا عن الحياة، إلا أنه بعد دراسة نفس العامل بوجود عوامل أخرى أكبر تأثيراً في العامل المستقل (الرضا عن الحياة) فقد يؤدي ذلك لتلاشي الدلالة الإحصائية للعوامل الأضعف وهي بهذه الحالة عاملي التدين والعمر.

وبهذا تكون متغيرات التفاؤل والدعم الاجتماعي والمستوى التعليمي من أهم المتغيرات التي فسرت مستويات الرضا عن الحياة. حيث اتضح من النتائج أن نموذج تحليل الانحدار كان دالاً إحصائياً حيث فسرت المتغيرات المستقلة المكونة له مجتمعة ما يقارب 38% من التباين الكلي في مستوى الرضا عن الحياة كمتغير تابع.

أما بالنسبة لعاملي التفاؤل والدعم الاجتماعي وعلاقتهما بمستوى الرضا عن الحياة فقد سبق وأن تمت مناقشتهما لدى دراسة العلاقات الثنائية بين كل منهما وبين الرضا عن الحياة. وبالنسبة لمتغير سنوات الدراسة (أو مستوى التعليم)، والذي بينت النتائج بأنه كلما ارتفع المستوى التعليمي لأفراد العينة كلما ارتفع مستوى الرضا عن الحياة، فيمكن تفسير تلك العلاقة الطردية الإيجابية لمستوى الرضا عن الحياة في أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للمريضة كلما ازداد اطلاعها على أحدث أساليب العلاج وازدادت قدرتها على التواصل مع الأطباء بمستوى فكري متقارب يتم من خلاله رسم خطط العلاج بما يتوافق مع علم الأطباء وتوقعات المريضة المبنية على المعرفة، مما ينعكس لاحقاً على مستوى الرضا عن الحياة بسبب الحصول على التفسيرات المناسبة للمرض والشفاء وعوامل كل منهما.

ويعتبر نجاح المعادلة التي قدمتها الدراسة الحالية بتفسير تلك النسبة مؤشراً حيوياً يمكن الاعتماد عليه في توجيه اهتمام المختصين إلى جدوى تضمين برامج الرعاية الطبية والرعاية اللاحقة لمرضى سرطان الثدي لعوامل تحفيز النظرة التفاؤلية الإيجابية للمستقبل وأهمية العمل على توفير الدعم الاجتماعي المتمثل في الفريق الطبي المعالج وكذلك جماعات المساندة من مريضات السرطان والناجيات منه، أسوة بفكرة جماعات المحاربين القدامى والمدمنين التائبين وجماعات المساندة لذوي الإعاقات المختلفة وغيرها والتي أثبتت العديد من الدراسات جدواها في تحقيق الأهداف التي وضعت من أجلها.

توصيات الدراسة

وفي ضوء ما توصلت إليه نتائج الدراسة، نورد التوصيات التالية:

- العمل على تفعيل دور مكاتب الخدمة الاجتماعية في المستشفيات للعمل كحلقة وصل بين مقدمي الرعاية الصحية وبين المرضى والأهالي، بالإضافة على تضمين استراتيجيات العمل فيها لبرامج إنشاء جماعات المساندة والدعم الاجتماعي لمرضى السرطان وذويهم، يتم من خلالها تقديم المعلومات الصحيحة عن المرض والعلاج والآثار المتوقعة، بالإضافة إلى توفير فرص الدعم النفسي والاجتماعي والمعرفي من خلال أعضائها.
- إعداد برامج توعية لمقدمي الرعاية الصحية لمرضى السرطان من أطباء وهيئة تمريضية تركز على أهمية الدور الذي تلعبه ثقافة المريض ومعتقداته الدينية والروحانية في التعامل مع تجربة المرض والتكيف مع والواقع الذي يفرضه على حياة المريض.
- العمل على زيادة اهتمام مؤسسات المجتمع المدني، خاصة تلك التي تضع أهداف تمكين المرأة ومساندتها ضمن أجنداتها، بمريضات السرطان والناجيات منه، والعمل على تقديم الدعم والمساندة بكافة أبعادها من أجل تعزيز الثقة بالنفس وتمكينهن من مواجهة تبعات المرض والاستفادة من خبراتهن وإشراكهن في برامج توعية الناشئة والشباب مثالاً للصلابة النفسية والقدرة على التكيف مع المحيط رغم الضغوط، لما لتلك البرامج من أثر إيجابي على الناجيات من المرض وعلى الشباب.
- إجراء المزيد من الدراسات المسحية والوصفية لقياس مستوى الرضا عن الحياة والعوامل المؤثرة به على عينات

أخرى من مرضى السرطان كأن تتضمن الدراسات الجنسين (ذكور وإناث)، أنواع أخرى من السرطان، مع إمكانية إجراء دراسات مقارنة بين عدة ثقافات Cross-Cultural studies للوقوف على مواضع التشابه والاختلاف فيما بينها.

جداول الدراسة

جدول (1): توزيع أفراد العينة وفقاً لمتغيرات الدراسة

المتغيرات	فئات المتغير	التكرار	النسبة المئوية
الحالة الاجتماعية	آنسة	12	5.5
	متزوجة	153	70.5
	منفصلة	7	3.2
	مطلقة	14	6.5
	أرملة	31	14.3
الحالة الوظيفية	ربة منزل	83	38.2
	موظفة	86	39.6
	متقاعدة	48	22.1
الحالة الاقتصادية	ممتازة	31	14.3
	جيدة	104	47.9
	متوسطة	69	31.8
	ضعيفة	13	6.0
	المتوسط الحسابي	**الانحراف المعياري**	
العمر	48.50	9.61	
عدد سنوات الدراسة	12.59	4.33	

جدول (2): مستويات الدعم الاجتماعي ودرجات التدين والتفاؤل والرضا عن الحياة لدى أفراد العينة

المتغير	أقل قيمة	أعلى قيمة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
درجة التدين	0	10	7.93	1.55
الدعم الاجتماعي	0	10	8.34	1.99
مستوى التفاؤل	15	75	58.78	12.13
الرضا عن الحياة	5	35	26.20	6.31

جدول (3): العلاقة بين الدعم الاجتماعي وكل من مستوى التفاؤل والرضا عن الحياة

الدعم الاجتماعي	درجة التفاؤل		درجة الرضا عن الحياة	
	معامل ارتباط بيرسون	الدلالة	معامل ارتباط بيرسون	الدلالة
	0.333**	دالة عند 0.01	0.429**	دالة عند 0.01

**دالة عند مستوى 0.01

(4): جدول العلاقة بين درجة التدين وكل من مستوى التفاؤل والرضا عن الحياة

درجة التدين	درجة التفاؤل		درجة الرضا عن الحياة	
	معامل ارتباط بيرسون	**الدلالة**	**معامل ارتباط بيرسون**	**الدلالة**
	0.141*	دالة عند 0.05	0.151*	دالة عند 0.05

*دالة عند مستوى 0.05

جدول (5): نتائج تحليل التباين الأحادي للكشف عن دلالة الفروق في مستويات الرضا عن الحياة في ضوء المتغيرات الديموغرافية

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	مستوى الدلالة
الحالة الاجتماعية					
بين المجموعات	157.35	4	39.34	0.98	0.415
داخل المجموعات	8437.90	212	39.80		
الكلي	8595.25	216			
الحالة الوظيفية					
بين المجموعات	20.23	2	10.11	0.252	0.777
داخل المجموعات	8575.03	214	40.07		
الكلي	8595.25	216			
الحالة الاقتصادية					
بين المجموعات	1185.15	3	395.052	11.356	0.000**
داخل المجموعات	7410.09	213	34.789		
الكلي	8595.25	216			

**دالة عند مستوى 0.01

جدول (6): الفروق بين متوسطات الحالة الاقتصادية في متغير الرضا عن الحياة ومدى شيفيه

المتوسطات	حالة اقتصادية ممتازة	حالة اقتصادية جيدة	حالة اقتصادية متوسطة	حالة اقتصادية ضعيفة
حالة اقتصادية ممتازة 28.77	–	1.04	*5.76	4.23
حالة اقتصادية جيدة 27.73		–	*4.72	3.19
حالة اقتصادية متوسطة 28.01			–	1.52–
حالة اقتصادية ضعيفة 24.54				–

*دالة عند مستوى 0.05

جدول (7): نتائج الانحدار للتنبؤ بمستوى الرضا عن الحياة لدى أفراد العينة

المتغير	معامل الانحدار B	معامل الانحدار المعياري β	الدلالة
التفاؤل	0.218	0.419	**0.000
التدين	0.289	0.071	0.225
الدعم الاجتماعي	0.868	0.274	**0.000
سنوات الدراسة	0.197	0.135	*0.019
العمر	0.053	0.085	0.135
نسبة التفسير R^2		0.376	

**دالة عند مستوى 0.01

*دالة عند مستوى 0.05

شكر وتقدير Acknowledgement

تتقدم الباحثة بجزيل الشكر والتقدير لكل من الدكتور محمد صلاح فياز، استشاري علاج الأورام في مركز الكويت لمكافحة السرطان، والأستاذة ابتسام راشد القعود، موجه التدريب الميداني بقسم الاجتماع والخدمة الاجتماعية بجامعة الكويت، على مساهمتهما القيمة في تجميع البيانات الميدانية والتي لولاها لما تأتّى للباحثة الوصول لعينة الدراسة ونقل تجارب أفرادها للبحث والدراسة.

المصادر والمراجع

المراجع العربية:

الخرس، محمد والعقروقة، مريم (1999). ***البيت الكويتي القديم***، الكويت، مركز البحوث والدراسات الكويتية.

الدامر، نورة (2014). ***الصلابة النفسية وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية لدى المصابات بسرطان الثدي في مدينة الرياض***، رسالة ماجستير، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، كلية العلوم الاجتماعية والإدارية، قسم علم النفس، المملكة العربية السعودية.

الشريف، عبير (2017). ***جودة الحياة لدى مرضى السكري***، الجيزة، أطلس للنشر والإنتاج الإعلامي.

الشقران، حنان والكركي، ياسمين (2016). الدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي في ضوء بعض

المتغيرات، ***المجلة الأردنية في العلوم التربوية***، مج 12(1)،85-100.

الشناوي، محمد، وعبد الرحمن، السيد (1994). ***المساندة الاجتماعية والصحة النفسية: مراجعة نظرية ودراسات تطبيقية***، ط1، مكتبة الانجلو المصرية.

حبيب، جمال (2016). ***الممارسة العامة: منظور حديث في الخدمة الاجتماعية***، ط.1، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث.

خمش، مجد الدين (2004). ***علم الاجتماع: الموضوع والمنهج، مع التركيز على المجتمع العربي***، ط. 2، عمان، دار مجدلاوي.

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

عبد الخالق، أحمد (1996). ***دليل تعليمات القائمة العربية للتفاؤل والتشاؤم***، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.

عبد الخالق، أحمد (2008). الصيغة العربية لمقياس نوعية الحياة الصادر عن منظمة الصحة العالمية: نتائج أولية، ***دراسات نفسية***، 18 (2)، 247-257.

عبد الخالق، أحمد وآخرون (2003). معدلات السعادة لدى عينات عمرية مختلفة من المجتمع الكويتي، ***دراسات نفسية***، مج 13 (4)، 581-612.

عبد المحسن، سعيد (2014، 16 أكتوبر). العبيدي: 48 ألف إصابة بالسرطان في الكويت خلال 40 عاماً. ***جريدة الشاهد***، 836، ص 28.

محمود، ماجدة (2009). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية والقلق لدى مريضات سرطان الثدي، ***دراسات نفسية***، مج 19 (2)، 261-311.

معلوف، لويس (1966). ***المنجد في اللغة والأدب والعلوم***، بيروت، المطبعة الكاثوليكية.

موسى، رشاد (1999). ***علم نفس الدعوة بين النظرية والتطبيق***، ط. 1، الإسكندرية، المكتب العربي للنشر والتوزيع.

نصر، أحمد (2011). المساندة الاجتماعية في علاقتها بقلق الموت لدى مرضى السرطان ببعض المستشفيات الحكومية، ***مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية***، العدد 31، مج 11، 5068-5113.

وكالة الأنباء الكويتية (كونا) (2016، 26 سبتمبر). وزارة الصحة تنظم مؤتمر سرطان الثدي 29 سبتمبر الجاري. استرجعت بتاريخ 30 سبتمبر 2016 من http://www.kuna.net.kw/ArticleDetails.aspx?id=2535375&language=ar

Refrences:

Arabic Refrences:

Abd Al-Khaleq, Ahmed (1996). Instructions guide for the Arab List of Optimism and Pessimism, Alexandria, University Knowledge House.

Abd Al-Khaleq, Ahmed (2008). The Arabic version of the WHO Quality of Life Scale: Preliminary Results, Psychological Studies, 18 (2), 247-257.

Abd Al-Khaleq, Ahmed and others (2003). Happiness rates among different age samples from the Kuwaiti society, Psychological Studies, Volume 13 (4), 581-612.

Abd Al-Mohsen, Saeed (2014, October 16). Al-Obaidi: 48,000 cancer cases in Kuwait over 40 years. Al-Shahed Newspaper, 836, p. 28.

Al-Damer, Nora (2014). Psychological rigidity and its relationship to social support among women with breast cancer in the city of Riyadh, Master Thesis, Naif Arab University for Security Sciences, College of Social and Administrative Sciences, Department of Psychology, Saudi Arabia.

Al-Khars, Muhammad and Al-Aqrouqa, Maryam (1999). The Old Kuwaiti House, Kuwait, Kuwait Research and Studies Center.

Al-Shaqran, Hanan and Karaki, Yasmine (2016). Perceived social support for breast cancer patients in light of some variables, The Jordanian Journal of Educational Sciences, Vol. 12 (1), 85-100.

Al-Sharif, Abeer (2017). Quality of life for diabetics, Giza, Atlas Publishing and Media Production.

El-Shenawi, Mohamed, and Abdel-Rahman, El-Sayed (1994). Social support and mental health: a theoretical review and applied studies, 1st ed., The Anglo-Egyptian

Library.

Habib, Jamal (2016). General Practice: A Modern Perspective on Social Work, i. 1, Alexandria, The Modern University Office.

http://www.kuna.net.kw/ArticleDetails.aspx?id=2535375&language=en

Khmash, Majd al-Din (2004). Sociology: Subject and Methodology, with a Focus on Arab Society, i. 2, Amman, Majdalawi House.

Kuwait News Agency (KUNA) (2016, September 26). The Ministry of Health is organizing the Breast Cancer Conference on September 29. Retrieved on September 30, 2016 from

Maalouf, Lewis (1966). Al-Munajjid in Language, Literature and Science, Beirut, Catholic Press.

Mahmoud, Magda (2009). Social support and its relationship to psychological stress and anxiety in breast cancer patients, psychological studies, Volume 19 (2), 261-311.

Musa, Rashad (1999). Psychology of advocacy between theory and practice, i. 1, Alexandria, Arab Bureau for Publishing and Distribution.

Nasr, Ahmed (2011). Social support in relation to death anxiety in cancer patients in some government hospitals, Journal of Studies in Social Service and Human Sciences, Issue 31, Volume 11, 5068-5113.

Tashtoush, Rami (2015). Life satisfaction and perceived social support and the relationship between them among a sample of breast cancer patients, The Jordanian Journal of Educational Sciences, Vol. 11 (4), 449-467.

المراجع الأجنبية

Alawadi, S. & Ohaeri, J. (2009). Health-related quality of life of Kuwaiti women with breast cancer: a comparative study using the EORTC Quality of Life Questionnaire. ***Bio Med Central Cancer***, 9:222. DOI**:** 10.1186/1471-2407-9-222

Belsley, D., Kuh, E., & Welsch, R. (1980). ***Regression diagnostics: identifying influential data and sources of collinearity***. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Brady, M., Peterman, A., Fitchett, G., Mo, M., Cella, D. (1999). A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. ***Psych oncology,*** 8(5), 417-445.

Choumanova, A., Wanat, S., Barrett, R., & Koopman, C. (2006). Religion and spirituality in coping with breast cancer: perspectives of Chilean women. ***The Breast Journal***, Vol. 12 (4), 349–352.

Cohen, A. & Koenig, H. (2003). Religion, religiosity, and spirituality in the biopsychosocial model of health and ageing. ***Ageing International***, Summer, Vol. 28 (3), 215-241.

Coleman M et al. (2008). Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD). ***Lancet Oncology***, 9, 730–735

Cotton S., Levine E., Fitzpatrick C., et al. (1999). Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer. ***Psycho-oncology***, Vol. 8, 429-438.

Cousson-Gelie, F., Bruchon-Schweitzer, M., Atzeni, T., & Houede N. (2011). Evaluation of a psychosocial intervention on social support, perceived control, coping strategies, emotional distress, and quality of life of breast cancer patients. ***Psychological Reports***, Vol. 108 (3), 923-42.

Crisostomo, A. (2012). Optimism and coping among women who survived breast cancer. ***International Journal of Arts and Sciences***, Vol. 5 (2), 61-67.

Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. ***Journal of Personality Assessment***, 49, 71-75

Diener, E. & Rahtz, D. (2000). ***Advances in quality of life theory and research,*** Kluwer Academic Publications, Boston.

Franken, R. (1994). ***Human Motivation***, 3rd ed. Belmont, CA: Brooks/Cole Publishing Company.

Fonseca, S., Lencastre, L., & Guerra, M. (2014). Life satisfaction in women with breast cancer**.** ***Paidéia***, Vol. 24 (59), 295-303.

Ganellen , R. & Blaney, P. (1984). Hardiness and social support as moderators of the effects of life stress. ***Journal of Personality and Social Psychology***, Vol.47, (1), 156-163.

Harandy, T., Ghofranipoura, F., Montazeri, A., et al. (2010). Muslim breast cancer survivor spirituality: coping strategy or health seeking behavior hindrance? ***International Health Care for Women***, 31, 88–98.

Headey, B. & Wearing, A. (1992). ***Understanding Happiness: A Theory of Subjective Well-Being***. Longman Cheshire.

International Association for the Study of Lung Cancer. (2010, March 8). Lung cancer patients with optimistic attitudes have longer survival, study finds. ***Science Daily***. Retrieved November 13, 2016 from www.sciencedaily.com/releases/2010/03/100303131656.htm

Judge, T., Locke, E., & Durham, C. (1997). The dispositional causes of job satisfaction: A core evaluations approach. ***Research in Organizational Behavior***, 19, 151–188.

Koenig, H., McCullough, M. & Larson, D. (2001). ***Handbook of religion and health***. Oxford: Oxford University Press.

Kroenke, K., Outcalt, S., Krebs, E., Bair, M., Wu, J., Chumbler, N., & Yu, Z. (2013). Association between anxiety, health-related quality of life and functional impairment in primary care patients with chronic pain. ***General Hospital Psychiatry***, 35(4), 359-424.

Lindwall, L. & Bergbom, I. (2009). The altered body after breast cancer surgery. ***International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being***, Vol. 4 (4), 280-287.

Moller, H. (2014). Self-rating scales. In G. Alexopoulos, ***Guide to Assessment Scales in Major Depressive Disorder*** (pp. 23-34). Switzerland: Springer International Publishing

Mytko, J. & Knight, S. (1999). Body, mind and spirit: towards the integration of religiosity and spirituality in cancer quality of life research. ***Psycho-Oncology***, 8, 439-450.

Russell, D. & Cutronna, C. (1991) social support, stress, and depression among the elderly: a test of the process model. ***Psychology and Aging***, Vol. 6, No.2, pp.190-201.

Salonen, P., Rantanen, A., Kellokumpu-Lehtine, P., Huhtala, H., Kaunonen M. (2014). The quality of life and social support in significant others of patients with breast cancer: a longitudinal study. ***European Journal of Cancer Care***, 23, 274-283.

Sarason, I., Levine, H. Bashman, R. & Sarason B. (1983). Assessing social support. ***Journal of Personality and Social Psychology***, Vol. 44, (1), 127-139.

Shaheen, N., Tabassum, N. & Andleeb, S. (2015). Pessimism, optimism, and psychological distress in breast cancer women. ***FWU Journal of Social Sciences***, Vol. 9 (2), 125-135.

Shelby, R., Crespin, T., Wells-Di Gregorio, S., et al. (2008). Optimism, social support, and adjustment in African American women with breast cancer. ***Journal of Behavioral Medicine***, Vol. 31 (5), 433-444.

Vonarx, N. & Hyppolite, S. (2013). Religion, spirituality, and cancer: the question of individual empowerment. ***Integrative Cancer Therapies***, Vol. 1 (12), 69-80.

Waters, E., Liu, Y., Schootman, M., & Jeffe, D. (2013). Worry about cancer progression and low perceived social support: implications for quality of life among early-stage breast cancer patients. ***Annals of Behavioral Medicine***, Vol. 45 (1), 57-68.

WHO (2018). https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/cancer

Life satisfaction and its relationship to optimism, social support, and religiosity among a sample of female breast cancer survivors in Kuwait

Malak Alrasheed*

ABSTRACT

The study aimed to detect the level of life satisfaction among a purposive sample of Kuwaiti female survivors of breast cancer in light of some of the social, psychological and demographic variables. The sample consisted of (217) outpatients of a cancer treatment center who completed a questionnaire consisted of demographic data, Optimism scale, and life satisfaction scale. The results showed: high social support and religious levels among respondents, medium levels of optimism and life satisfaction, statistically significant correlations between levels of social support and religiosity, and levels of optimism and life satisfaction, a statistically significant difference on life satisfaction based on levels of economic status, and not social or job status. The analysis of regression equation model of life satisfaction showed that optimism, social support, and educational level were the most important explanatory factors. Results were interpreted in light of previous studies and cultural factors, and study concluded with recommendations.

Keywords: Kuwait, breast cancer survivors, life satisfaction, optimism, religiosity, social support, social work.

---

* Received on 8/06/2019 Accepted for Publication on 19/4/2020.