المساندة الاجتماعية وعلاقتها بقلق الموت لدى المصابات بسرطان الثدي

د . شهرزاد بوشدوب*

مقدّمة

يسعى الإنسان عادة في هذه الحياة من أجل تحقيق طموحاته ليضمن بذلك لنفسه حياة كريمة ، هذه الحقيقة وللأسف لا تشمل جميع الناس ، فالكثير منهم لسبب من الأسباب لم يسعفه الحظ لتجسيد ولو جزء بسيط من هذه الطموحات وتعود هذه الأسباب أغلبها إلى الإصابة بأحد الأمراض المزمنة .

فالمرض مهما كان نوعه موقف ضاغط طارئ يهدّد سلامة الكيان الإنساني جسديا ونفسيا بشكل يفرض على المريض قيودا على نشاطاته الاعتيادية والاستمتاع بحياته .

فالإنسان منذ أن وجد عرف معنى المرض لذلك حاول جاهدا الشفاء منه بأنواع مختلفة ومتعدّدة ، لأنّ الصحة نفسية كانت أم جسدية قيمة يسعى الإنسان دوما الحصول عليها والاحتفاظ بها كما يسعى فاقدها إلى كسبها ، إذا كان يحدث هذا مع أغلب الأفراد حتى في الأمراض البسيطة فما بالنا إذا تعلّق الأمر مع الأمراض المزمنة أو من النوع المستفحل الذي يحتاج إلى معالجة مستمرّة ينجم عنها آثار جانبية بغيضة ومنهكة للمريض ، فبمجرّد إدراك الشخص أنّ مرضه عضال وأنّ حالته لا تتقدّم وأنّ فترة المرض قد تطول عندئذ يشعر باليأس من جدوى أية معالجة جديدة ، إذ يبدو أنّ كلّ إجراء علاجي يحمل في طياته تهديدا جديدا بالموت وتأكيدا على أنّ المرض لم يتمّ إيقافه .

من بين هذه الأمراض المزمنة والخطيرة في نفس الوقت لدينا مرض السرطان الذي بات يهدّد فئة كبيرة من الناس فهو بالنسبة للأغلبية كحكم بالإعدام أو الموت .

فرغم التطوّر الطبي في طرق العلاج إلاّ أنّ نسبة انتشاره في تزايد مستمر خصوصا في السنوات الأخيرة حيث سجّل في الجزائر سنة (2005) مثلا أكثر من (30.000) حالة جديدة ، ويعتبر سرطان الثدي وهو موضوع دراستنا أحدى أنواعه

* قسم علم النفس وعلوم التربية ، جامعة الجزائر 2.

والذي يحتلّ المرتبة الأولى لدى النساء وهذا ما تؤكده التقارير الصحية التابعة للمعهد الوطني للصحة العمومية حيث يسجّل سنويا زيادة مقلقة في عدد المصابات بسرطان الثدي وفي أغلبية هذه الحالات يتمّ اللّجوء لعملية بتر نتيجة التشخيص المتأخّر واستفحال المرض[1] .

و يعتقد معظم المصابين بهذا الداء أنّ حياتهم في خطر دائم وأنّهم لن يعيشوا طويلا ، إنّها صورة الموت التي تلاحقهم وتنغّص عليهم عيشهم إنّهم يعيشون حالة من الرعب الداخلي المستمر ممّا يؤثّر سلبا على حالتهم الصحية كما أنّ هاجس الموت عند هؤلاء المصابين يبدأ منذ تشخيص المرض لأنّ المصاب يعلم مسبّقا أنّ نسبة الشفاء منه ضئيلة أو تكاد تكون منعدمة وفي هذا الصدد [2] يقال : « بأنّ المصاب بالسرطان تصبح لديه نظرة متشائمة للمستقبل إلى جانب الخوف المستمر من الحالة التي سيؤول إليها . هذا ما كشفت عنه أيضا دراسة « كوتاري » وآخرين Kothari & al (1998) حيث وجدت أنّ قلق الموت يكون شائعا بدرجة جوهرية بين مرضى الأورام السرطانية وذلك بالمقارنة بكل من مرضى القلب ومرضى الضغط[3] .

هنا تصبح المساندة الاجتماعية بالنسبة للمريض أكثر من ضرورة وصورة علاجية له لدعم تقبّله لمرضه وتقوية أمله في الحياة ، فهناك من الدلائل ما يشير إلى أنّ المساندة الاجتماعية ربّما تطيل من عمر مرضى السرطان هذا ما كشفت عنه دراسة « لاي » وآخرون Lai & al (1999) حيث وجدت أنّ مرضى السرطان المتزوّجين تمكّنوا من البقاء بدرجة تفوق المرضى من غير المتزوّجين أو من المنفصلين عن شركائهم أو المطلّقين أو الأرامل[4] .

نفس الشيء أسفرت عنه دراسة « سبيي جيل » وآخرون Spiegel & al (1989) حيث وجدت أنّ مريضات سرطان الثدي اللاّتي شاركن في لقاءات أسبوعية ضمن جماعات المساندة الاجتماعية استطعن العيش لمدّة أطول ممّن لم يشاركن في هذه الجماعات[5] .

بناء على ذلك نستنتج أنّ المساندة الاجتماعية تلعب دورا هاما في تعديل العلاقة بين المرض والحالة الصحية ، فهي تقوّي وتعزّز رغبة المريض في الشفاء

(1) Bouzid, 2005 : 6.
(2) محمد خليفة بركات ، 1975 : 13.
(3) هناء أحمد الشويخ ، 2007 : 161.
(4) شيلي تايلور ، 2008 : 822.
(5) المرجع السابق ، 2008 : 822.

كما تزيد من إرادته في الاستبصار بذاته وتقبّله لمرضه لأنّ المساندة الاجتماعية باختصار في نظر البعض[1] : « هي التي تنقل إلينا الإحساس والشعور بأنّنا لسنا بمفردنا في مواجهة الضغوط أو التهديد كما تترك لدينا انطباعا بأنّنا محل الرعاية والتقدير والاحترام» .

مشكلة الدراسة

في ظلّ المعطيات النظرية السابقة تبلورت لدينا مجموعة من الأسئلة وهي كالتالي :

ـ هل توجد حقيقة علاقة بين المساندة الاجتماعية ودرجة الشعور بقلق الموت لدى المصابات بسرطان الثدي؟

ـ هل توجد فروق بين منخفضات ومرتفعات المساندة الاجتماعية في درجة الشعور بقلق الموت لدى المصابات بسرطان الثدي؟

ـ هل يوجد اختلاف بين منخفضات ومرتفعات المساندة الاجتماعية في أبعاد قلق الموت لدى المصابات بسرطان الثدي؟

فرضيات الدراسة

للإجابة على أسئلة الدراسة صيغت هذه الفرضيات :

ـ توجد علاقة بين المساندة الاجتماعية ودرجة الشعور بقلق الموت لدى المصابات بسرطان الثدي .

ـ توجد فروق بين منخفضات ومرتفعات المساندة الاجتماعية في درجة الشعور بقلق الموت لدى المصابات بسرطان الثدي .

ـ يوجد اختلاف بين منخفضات ومرتفعات المساندة الاجتماعية في أبعاد قلق الموت لدى المصابات بسرطان الثدي .

أهمية الدراسة

تأتي أهمية الدراسة الحالية من أهمية المتغيّرات التي تتناولها والمتمثّلة في المساندة الاجتماعية وقلق الموت عند المصابات بسرطان الثدي خاصة ونحن نعلم أنّ المساندة الاجتماعية تلعب دورا حيويا لا يستهان به في تعديل العلاقة بين الأعراض المرضية للسرطان والتجاوب الإيجابي للعلاج فهي تعتبر من العوامل الواقية من تفاقم المرض واستفحاله ، كما تقوم بتخفيف من وطأة المشاعر السلبية

(1) بشرى إسماعيل أحمد ، 2004 : 90.

المرتبطة بقلق الموت لدى المريضات .

كما تكمن أهمية الدراسة أيضا من الناحية النظرية والتطبيقية في توفير قدر من البيانات والمعلومات تكشف عن حقيقة العلاقة الموجودة بين كلّ من المساندة الاجتماعية ودرجة الشعور بقلق الموت لدى المصابات بسرطان الثدي ، كما تحاول التعرّف أيضا عن الفروق الموجودة بين منخفضات ومرتفعات المساندة الاجتماعية لدى المصابات بسرطان الثدي في درجة شعورهنّ بقلق الموت ككل وفي أبعاده الثلاث المتمثّلة في (التفكير المستمر بالموت ، سيطرة فكرة الموت وتكرار فكرة الموت) .

وأخيرا تسعى هذه الدراسة إلى تسليط الضوءعلى الجانب الوقائي وذلك فيما تقدّمه من توصيات بشأن فوائد المساندة الاجتماعية بالنسبة للصحة الجسمية والنفسية لمريضات سرطان الثدي ، كما نأمل أن تساعد أيضا على دفع جهد أكبر نحو الاستفادة أكثر من مزايا المساندة الاجتماعية بالنسبة لهذه الشريحة من المجتمع .

إطار النظري ومصطلحات الدراسة

أوّلا : المساندة الاجتماعية Social Support

يعتبر مصطلح المساندة الاجتماعية في علم النفس حديث العهد مقارنة إلى حقيقته كظاهرة إنسانية فهي قديمة قدم الإنسان نفسه ، فلا يمكننا تصوّر كائن بشري وحتى حيواني بدون مساندة ذويه عند الحاجة .

والجدير بالذكر أنّ علماء الاجتماع هم أوّل من استعمل هذا المصطلح في إطار تناولهم للعلاقات الاجتماعية حيث صاغوا اصطلاح شبكة العلاقات الاجتماعية الذي يعتبر البداية الحقيقية لظهور مصطلح المساندة الاجتماعية[1] .

و لقد عرّفها « ساراسون » وآخرون Sarason & al (1986) : « بأنّها الاعتقاد بوجود بعض الأشخاص الذين يمكن للفرد أن يثق فيهم والذين يتركون لديه انطباعا بأنّهم يحبّونه ويقدّرونه ويمكنه اللّجوء إليهم والاعتماد عليهم عندما يحتاجهم »[2] .

أما بالنسبة لـ « كوهين » وآخرون Cohen & al (1989) تعني هذه الكلمة : « إدراك الفرد بأنّ هناك أشخاص من المحيط العائلي ، الأصدقاء وزملاء العمل

(1) محمد محروس الشناوي ، محمد السيد عبد الرحمان ، 1994 : 3.
(2) معتز سيد عبد الله ، 2000 : 25.

يمكن الاعتماد عليهم للمساعدة إزاء الصعوبات التي يواجهها »[1]

كذلك يعرّفها « فوكس » Vaux (1992) : « بأنّها مجموعة من العلاقات يتلقى الفرد من خلالها العون للتعامل مع المطالب وبلوغ الأهداف »[2] .

و في رأي **محمد محمد بيومي خليل**[3] : « تشير المساندة الاجتماعية إلى كل دعم مادّي أو معنوي يقدّم للمريض بقصد رفع روحه المعنوية ومساعدته على مجابهة المرض وتخفيف آلامه العضوية والنفسية الناجمة عن المرض » .

أخيرا نختم بوجهة نظر **هناء أحمد شويخ**[4] التي تعرّف المساندة الاجتماعية : « بأنّها إدراك الفرد لوجود أشخاص مقرّبين له ، يثق فيهم ، ويهتمّون به في أوقات الأزمات يمدّونه بأنماط المساندة المتعدّدة ، سواء في صورة عطف أو في صورة تقدير واحترام أو في صورة مساعدة مادّية ، أم في صورة علاقات حميمة مع الآخرين أم كلّهم معا » .

بناء على ما تقدّم يظهر أنّه من الصعب أن نجد تعريفا شاملا لكل المعاني التي يتضمّنها هذا المصطلح كونه جدّ مركّب وكلّ تناوله من زاويته الخاصة ، فبعضهم اقتصرها إلى مجرّد إدراك الفرد لها والرضا عنها بينما ركّز آخرون على الوظائف النوعية لها أي ما يستقبله الشخص مثلا من مساندة انفعالية ، مادّية أو معرفية ، كما عرّفت أيضا من خلال شبكة علاقات الفرد التي يمكن الرجوع إليها عند الحاجة . فرغم تباين الباحثين في وجهات النظر بشأن المساندة الاجتماعية إلاّ أنّ الكل أجمع على أهمّيتها ، إذ تعدّ بالنسبة للفرد من أهمّ المصادر الأساسية يحتاج إليها ولا يمكن الاستغناء عنها بأيّ حال من الأحوال ، فهي ضرورية لاستمرار حياة الإنسان وبقائه ، فهي تشبه على حدّ تعبير « كوهين » و« ويلس » Cohen & Wills (1985) القلب الذي يضخّ الدم إلى سائر أعضاء الجسم بما أنّها هي التي تزوّد الفرد بمقوّمات الرعاية والحب وإحساسه بالقبول من البيئة المحيطة به ، وهي التي تدعّم حياته بالانتماء إلى مجتمعه الذي يعيش فيه ، وتعزّز لديه الشعور بالتقدير والاحترام ، كما أنّ زيادة معدّلات المساندة الاجتماعية تؤدّي إلى الإحساس بالسعادة والتمتّع بالصحة النفسية والعقلية وأنّ نقص معدّلاتها لدى الفرد يرتبط بزيادة الاضطرابات النفسية والمشكلات السلوكية[5] .

(1) Paulhan ; Bourgeois, 1995 : 37
(2) Laireiter & al, 1997 : 124.
(3) محمد محمد بيومي خليل ، 1996 : 100.
(4) هناء أحمد شويخ ، 2007 : 91.
(5) علي عبد السلام علي ، 2005 : 97.

بالنسبة لهذه الدراسة تعرف المساندة الاجتماعية إجرائيا في كلّ ما يقدّم لمريضات سرطان الثدي من دعم مادّي أو معنوي أو كليهما معا من طرف الأسرة أو خارجها بقصد رفع من روحهنّ المعنوية ومساعدتهنّ على مجابهة المرض كما يظهر من خلال الدرجة التي تحصل عليها المريضة على مقياس المساندة الاجتماعية لـ « عفاف عبد الفادي دانيال »(2008) الذي تتراوح درجته بين(42) و(168) درجة ، فكلّما ارتفعت العلامة عن (126) درجة فما فوق اعتبرت من اللّواتي تتلقّين قدر مناسب من المساندة الاجتماعية أقلّ من ذلك يعني أنّها تتلقّى قدر محدود من المساندة الاجتماعية .

ثانيا : قلق الموت Death Anxiety

يعتبر قلق الموت حسب **فاروق السيد عثمان**[1] أحد أنظمة القلق التي هي أساس كلّ قلق ، لذا وجب علينا التعرّف أوّلا على مفهوم القلق يليها قلق الموت ، ومنه يعرف القلق عند **محمد حامد زهران**[2] **:** « بأنّه انفعال مكتسب واستجابة انفعالية غير سارّة لخطر فعلي أو رمزي يهدّد أمن الشخص وطمأنينته ، يتميّز بالتوتّر والشعور بالكدر والخوف الغامض من المجهول يصحبه إثارة الجهاز العصبي التلقائي ، ويصاحبه بغض التغيّرات الفيزيولوجية خاصة عندما تكون نوبة القلق حادّة » .

في حين يعرف قلق الموت حسب « تمبلر » (1974) Templer : « بأنّه حالة انفعالية غير سارّة يعجّل بها تأمّل الفرد في وفاته هو »[3] .

أما **أحمد محمد عبد الخالق**[4] فيعرّفه على النحو التالي : « بأنّه نوع من القلق العام يتركّز حول موضوعات متّصلة بالموت والاحتضار لدى الشخص أو ذويه » .

و بالنسبة لـ « محمد إبراهيم عيد »(1993) يتمثّل قلق الموت : « في شعور الفرد الدائم بأنّ الموت يتربّص به حيثما كان وأينما اتجه في يقظته ومنامه ، في حركته وسلوكه وتفكيره الأمر الذي يجعله حزينا ومحسورا ومتوجّسا[5] .

أخيرا نختم بوجهة نظر[6] التي ترى : « بأنّ قلق الموت يشير إلى حالة

(1) فاروق السيد عثمان ، 2001 : 74.
(2) محمد حامد زهران ، 2000 : 71.
(3) أحمد محمد عبد الخالق ، 1987 : 38.
(4) 1987 : 38.
(5) سلطان بن موسى العويضة ، 2001 : 133.
(6) هناء أحمد الشويخ ، 2007 : 118.

انفعالية مكدّرة ومشاعر شك وعجز وخوف تتركّز حول موضوعات متّصلة بالموت والاحتضار لدى الشخص المصاب بالأورام السرطانية » .

أما في الدراسة الحالية فيتحدّد قلق الموت إجرائيا بالدرجة التي تحصل عليها المريضة بسرطان الثدي من خلال استجابتها على مقياس قلق الموت لـ « أحمد محمد عبد الخالق » (1987) .

ثالثا : سرطان الثدي Breast Cancer

يعتبر السرطان مرض القرن والذي يمكن أن يهاجم أيّ جزء من أجزاء الجسم ، ويتشكّل به تكاثر مرعب للخلايا والذي يزيد من مخاوف الناس هو فشل العلم في معرفة كلّ أسبابه العضوية رغم النجاح الجزئي في إيقاف خطره المميت جراحيا ، إشعاعيا ، كيميائيا وهرمونيا .

و اشتقّ اللّفظ الإنجليزي للسرطان من الكلمة اليونانية « كارسينوما » (Carcinomas) أي « السلطعون البحري » وهو حيوان يتّسم بضخامة في وسط جسمه وامتداد مخالبه وهو أوّل شكل ملاحظ لذلك المرض[1] .

و ينجمّ السرطان عن خلل في المادّة الوراثية الجينية (DNA) التي تمثّل في خلايا الإنسان الجزء المسؤول عن السيطرة على نموّ الخلايا وتكاثرها ، فخلايا جسم الإنسان تتكاثر بشكل منتظم وبطيء ، لكن في حالة السرطان يحدث الخلل في المادّة الوراثية الجينية ممّا يؤدي إلى تسارع زائد في نموّها وانتشارها ومن المعروف أنّ الخلايا السرطانية بعكس خلايا الجسم الأخرى لا تفيد الجسم وإنّما تستنزف طاقاته وإمكانياته[2] .

فسرطان الثدي مثلا يعدّ من الأورام الخبيثة ، فهو عبارة تشوّه نسيجي غير طبيعي حيث يفلت نموّه عن المراقبة المناعية العضوية وذلك لكون الخلية تخضع للتغيّر في مورّثها تحت تأثير العوامل المولّدة لانقسام الخلوي في العضوية[3] .

و بالنسبة للدراسة الحالية فقد تمّ تحديد مريضات سرطان الثدي بالرجوع إلى الملف الطبي للمريضة بقسم الأورام السرطانية « بيار ماري كوري » مصلحة أورام الثدي لسنة (2010) بالمركز الجامعي « مصطفى باشا » للجزائر العاصمة .

(1) هناء أحمد شويح ، 2007 : 31.
(2) شيلي تايلور ، 2008 : 811.
(3) سارة روزنتال ، 2001 : 117.

الدراسات السابقة

إنّ الموت بالنسبة للعديد من الناس يأتي فجأة ، إلاّ أنّ معظم الذين يعـانون من الأمراض الخطيرة كمرض السرطان يدركون بأنّهم يموتون قبـل مـوتهم الفعلـي بفترة من الزمن ، فالأمراض المستفحلة يصاحبها عادة وعي تدريجي بـالموت ممّـا يؤثّر سلبا على الصحة الجسمية والنفسية للمرضى ، لذلك فهم بحـاجة ماسـة إلى المساندة الاجتماعية من قبل المحيطين بهم وفي هذا الصدد يرى « رودين » Rodin (1985) أنّه في بعض الظروف التي يشعر فيها الأفراد بالخوف والشـك وفقـدان الثقـة وعندما يتهدّد إحسـاسهم بالـذات ، كنتيجـة لـذلك فـإنّ العديـد مـنهم يمـرّ بخـبرة الحـاجة الشديدة لإيضاح مـا يحـدث لـه والحصـول علـى مسـاندة الآخـرين لكـي يطمئنوا ويهدءوا[1] .

نفس الشـيء بالنسـبة لــ « سـباكابان » وآخـرون Spacapan & al (1988) فهـم يجدون في المساندة الاجتماعية بأنّها تملـك القـوّة بجعـل الفـرد يغيّـر مـن إدراكـه للموقف الضـاغط كما تمنحه القوّة والقدرة على الـتحكّم والتعامـل مـع الضـغوط ، لأنّها تعمل على إضعـاف من قوّة الضاغط وفي المقـابل تزيد من قوّة الفرد بجعلـه أكثر إدراكا لقدراته[2] .

هذا ما تؤكّده لنا دراسـة[3] الـتي أجراهـا علـى عيّنـة قوامهـا (120) مـريض بمرض مفضي إلى الموت حيث توصّل إلى وجود علاقة موجبة دالّة بين المسـاندة الاجتماعية للمرضى في صورها المختلفة طمأنـة المـريض علـى حالتـه الصـحية ، تقوية أمله في الحيـاة وتقبّلـه والترويـح عنـه إلى غـير ذلـك وخفـض قلـق المـوت وتقوية إرادة البقاء لديه .

نفس الشيء توصّـل إليـه « أجيـؤورم » وآخـرون Hageoorm & al (2000) في محاولة منهم لمعرفة طبيعة الدعم الذي يقدّمه المقرّبون ومدى تأثيره على مسـتقبل مرضى السرطان وحياتهم حيـث وجـدوا أنّ الانخـراط في حـوارات مـع المـريض حول السرطان وإيجاد الطرق البناءة لحلّ المشـكلات كانـت مفيـدة للغايـة ، بينمـا اتّضح أنّ انزواء المريض وابتعـاده عن الآخـرين بـل واختفـاءه عـن المجتمـع كلّهـا أمورا تزيد من درجة قلقه وتخوّفه[4] .

(1) معتز سيد عبد الله ، 2000 : 25.
(2) Paulhan ; Bourgeois, 1995 : 39.
(3) محمد محمد بيومي خليل ، 1996 : 166.
(4) شيلي تايلور ، 2008 : 822.

كذلك أظهرت دراسة «ألفري» وآخرين Alferi & al (2001) والتي أجريت على عيّنة قوامها (51) مريضة بأورام الثدي إلى أنّ المساندة الوجدانية تعدّ من أهمّ أنماط المساندة التي يحتاجها مرضى الأورام السرطانية سواء من الأصدقاء أو الأزواج أمّا المساندة الأدائية فتعدّ أفضل عندما تقدّم من الأزواج وكلاهما يسبّبان خفضا في المشقة بعد الجراحة ويخفّفان من وطأة المشاعر السلبية المرتبطة بقلق الموت لدى المرضى ، نفس الشيء أسفرت عنه دراسة «بلافيا» Bellavia (2002)[1] .

بهذا القدر نصل إلى حقيقة مفادها أنّ المساندة الاجتماعية ليست بالأمر الهيّن فهي تخدم أغراضا متعدّدة منها مساعدة المريض على التكيّف مع المرض وتوفير تغذية راجعة حول سلوكاته ومكافأة السلوك المناسب وإعطاء معلومات يحتاجها المريض من أجل طمأنته وتحسين درجة تكيّفه مع المرض ومن ثمّ تقوية رغبته في الشفاء .

إجراءات الدراسة

منهج الدراسة

اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج الوصفي الذي يقوم حسب[2] على مجموعة من الإجراءات البحثية التي تتكامل لوصف الظاهرة أو الموضوع اعتمادا على جمع الحقائق والبيانات وتصنيفها ومعالجتها وتحليلها تحليلا كافيا ودقيقا لاستخلاص دلالتها والوصول إلى نتائج أو تعميمات عن الظاهرة أو الموضوع محل البحث .

عيّنة الدراسة

فيما يخصّ عيّنة الدراسة الحالية فقد تمّ استخراجها بالطريقة القصدية أو الهدفية وهي نوع من العيّنات التي يتمّ فيها انتقاء الأفراد بشكل مقصود من قبل الباحث نظرا لتوفر بعض الخصائص في أولائك الأفراد دون غيرهم ولكون تلك الخصائص هي من الأمور الهامة بالنسبة للدراسة وفي هذا الصدد يشير «ديلون» وآخرون Dillon & al (1992) إلى أنّ هذا النوع من العيّنات الغير الاحتمالية قد تكون في بعض أنواع البحوث ممثّلة لمجتمع الدراسة الأصلي وتعطي نتائج جيّدة

(1) هناء أحمد شويخ ، 2007 : 162.
(2) بشير صالح الرشيدي ، 2000 : 59.

وتخدم أهداف البحث بشكل أفضل من العيّنة العشوائية[1] .

و بهذا تكوّنت عينة الدراسة الحالية من (48) مريضة بسرطان الثدي بمتوسط عمر (45ـ50 سنة) كما جاء اختيارهنّ على أساس حالتهنّ الاجتماعية حيث تمّ الاحتفاظ بالمتزوّجات التي لديها أطفال احتراما لعبارات مقياس المساندة الاجتماعية المطبّق في هذه الدراسة .

أدوات الدراسة

تماشيا مع موضوع دراستنا تمّ الاعتماد على الأدوات التالية :

مقياس المساندة الاجتماعية

قام بإعداد هذا المقياس « سيندر » (2001) Sender وقامت « عفاف عبد الفادي دانيال »(2008) بترجمته وإعداده للبيئة العربية ويتكوّن المقياس من (42) بندا مقسّمة على بعدين بعد المساندة الاجتماعية داخل إطار الأسرة وبعد المساندة الاجتماعية خارج إطار الأسرة ويقوم المبحوث باختيار الإجابة من أربع إجابات (موافق تماما ، موافق بصفة عامة ، موافق إلى حدّ ما ، غير موافق) ، ويتمّ الحصول على درجة كلية للمقياس تتراوح بين (42 ـ 162 درجة) .

أما فيما يخصّ ثباته استخدمت معدّة المقياس ثبات التجزئة النصفية وثبات ألفا كرونباخ حيث توصّلت إلى معامل ثبات مقداره (0.86) بالنسبة للتجزئة النصفية و(0.84) بالنسبة لألفا كرونباخ ، يتّضح من النتائج أنّ معاملات ثبات عالية ومرتفعة تشير إلى مدى ما يتمتّع به المقياس من قدر عالي ومرتفع من الثبات .

أما الصدق فقد تمّ حسابه بطريقتين الصدق العاملي والصدق الاتّساق الداخلي ، فبالنسبة للصدق العاملي فقد أظهرت النتائج تشبّع بعدي المقياس بالخاصية التي وضع لقياسها ، نفس الشيء بالنسبة لنتائج معاملات صدق الاتساق الداخلي بين الدرجة على البعد الفرعي وبين الدرجة الكلية حيث تراوحت بين (0.89 ـ 0.91) وهي معاملات ارتباط مرتفعة تشير مدى ما يتمتّع به المقياس من قدر عالي ومرتفع من الصدق[2]

أما في **الدراسة الحالية** فبالنسبة **للثبات** فقد حسب بأسلوب التجزئة النصفية لسبيرمان ـ براون على عيّنة قوامها (30 مريضة بسرطان الثدي) حيث بلغ معامل

(1) محمد عبيدات وآخرون ، 1999 : 94.
(2) عفاف عبد الفادي دانيال ، 2008.

الثبات (0.90) وهو معامل مرتفع يشير إلى تجانس النصفي في المقياس وهو مؤشّر على ثباته . في حين **الصدق** فقد تمّ حسابه بطريقة المقارنة الطرفية (الصدق التمييزي) على نفس عيّنة الثبات) .

جدول رقم (1) : يوضّح دلالة الفروق بين متوسّطي درجات الربع الأعلى (27٪) والأدنى (27٪) للبعدين والدرجة الكلية لمقياس المساندة الاجتماعية.

البعد	الربع الأعلى		الربع الأدنى		قيمة «ت» ودلالتها
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	
داخل إطار الأسرة	77	3.54	44.87	8.14	★ 10.23
خارج إطار الأسرة	71.87	3.18	47.87	7.82	★ 8.72
الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية	143.87	7.95	92	15.05	★ 8.63

★ دالة عند مستوى (0.01) .

يتّضح من الجدول رقم (1) أنّ قيم «ت» كلّها إحصائيات عند مستوى (α : 0.01) وهذا يشير إلى أنّ المقياس له القدرة على التمييز بين المجموعتين المتطرّفتين ممّا يدلّ على صدقه .

مقياس قلق الموت

أعدّ هذا المقياس «تمبلر» Templer (1967) وقام[1] بترجمته للبيئة العربية ويعكس هذا المقياس مدى واسعا من الخبرات المتعلّقة بقلق الموت وهي : التفكير المستمر بالموت ، سيطرة فكرة الموت ، وتكرار فكرة الموت . ويتكوّن المقياس من (15) عبارة يجيب عليها الفرد حسب سلّم متدرّج من احتمالين (نعم) أو (لا) .

أمّا فيما يخصّ ثباته استخدم «أحمد محمد عبد الخالق» ثبات الإعادة وكان الفاصل الزمني بين التطبيقين أسبوع واحد وقد وصل المعامل إلى (0.70) للذكور (ن : 44) و(0.63) للإناث (ن : 56) وتعدّ هذه المعاملات جميعها مقبولة ، أما فيما يخصّ الصدق فقد ثبت أنّ هذا المقياس صادقا عربيا وعالميا حيث

(1) أحمد محمد عبد الخالق ، 1987 : 67 ، 117.

استخرج له الصدق العاملي في البيئة العربية في مصر في دراسة « عبد الخالق »(1986) ، وكذلك استخرج له الصدق العاملي على طلبة الجامعات البريطانية في دراسة « مالتبي » (Maltby 1999) حيث كان تشبّع جميع الفقرات على أبعادها الثلاث أكثر من (0.40)[1] .

أما في **الدراسة الحالية** فبالنسبة **للثبات** فقد تمّ حسابه عن طريق معادلة ألفا كرونباخ حيث بلغت قيمته (0.91) وهو معامل ثبات عال يشير إلى مدى ما يتمتّع به المقياس من قدر مرتفع من الثبات . أما **الصدق** فقد اعتمدنا على الصدق التمييزي على عيّنة من (30) مريضة .

جدول رقم (1) : يوضّح دلالة الفروق بين متوسّطي درجات الربع الأعلى (27 ٪) والأدنى (27 ٪) للأبعاد الثلاثة والدرجة الكلية للمقياس قلق الموت.

البعد	الربع الأعلى		الربع الأدنى		قيمة « ت» ودلالتها
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	
التفكير المستمر بالموت	6	0.75	3	1.06	★ 6.52
سيطرة فكرة الموت	3.50	0.53	0.85	0.35	★ 11.95
تكرار فكرة الموت	2.87	0.35	0.85	0.35	★ 11.76
الدرجة الكلية لقلق الموت	11.12	0.83	5.12	0.99	★ 13.33

★ دالة عند مستوى (0.01) .

يتبيّن من الجدول أعلاه أنّ جميع الفروق دالّة عند (0.01 : α) مما يدلّ على مدى ما يتمتّع به المقياس من قدر عال ومرتفع من الصدق .

نتائج الدراسة ومناقشتها

أوّلا : النتائج المتعلّقة بالفرضية الأولى

تشير الفرضية الأولى إلى أنّه توجد علاقة بين درجات المصابات بسرطان

(1) عبد الناصر عبد للرحيم القدومي وآخرون ، 2003 : 30.

الثـدي في مقيـاس المسـاندة الاجتماعيـة ودرجـاتهنّ في مقيـاس قلـق المـوت ، ولاختبار صحة هـذه الفرضـية أو نفيهـا تمّ حسـاب معامـل الارتبـاط « بيرسـون» (Pearson) بين المتغيّرين المساندة الاجتماعية وقلـق المـوت وقـد جـاءت النتـائج كما هو موضّح في الجدول الموالي :

جدول رقم (3) : نتائج معامل الارتباط بين درجات المصابات بسرطان الثدي في مقياس المساندة الاجتماعية ودرجاتهنّ في مقياس قلق الموت.

المتغيّر	معامل الارتباط بيرسون (r)	الدلالة الاحصائية
المساندة الاجتماعية / قلق الموت	- 0.44	دالة عند مستوى (0.05 : α)

يبيّن الجدول (3) أنّ هناك ارتباطا بين درجات المصابات بسـرطان الثـدي في مقياس المساندة الاجتماعية ودرجاتهنّ في مقياس قلق المـوت حيـث بلغـت قيمتـه (0.44 -) وهي قيمة دالة عند مستوى الدلالة (0.05 : α) حيـث بلغـت القيمـة المجدولـة (0.28) ودرجـة حريـة (46) ، غـير أنّ هـذه العلاقـة جـاءت سـالبة أي عكسـية بـين المتغيّـرين ومـن ثـمّ فـإنّ المصـابات الـتي تكـون درجـاتهنّ بمقيـاس المسـاندة الاجتماعية مرتفعة تميل درجـاتهنّ بمقيـاس قلـق المـوت إلى أن تكـون منخفضـة والعكس صحيح ، بمعنى آخر أنّ المصابات اللّواتي تتلقّين على قدر غـير مناسـب من المساندة الاجتماعية يملن إلى أن يكون قلق المـوت عنـدهنّ أكثـر ارتفاعـا في حين المصابات اللّواتي تتلقين على قدر مناسب من المساندة الاجتماعية يملـن إلى أن يكـون شـعورهنّ بقلـق المـوت أقـلّ ارتفاعـا وبهـذا تكـون الفرضـية الأولى قـد تحقّقت .

ثانيا : النتائج المتعلّقة بالفرضية الثانية

تشير الفرضية الثانية إلى وجود فروق بين منخفضـات ومرتفعـات المسـاندة الاجتماعيـة في درجـة شـعورهنّ بقلـق المـوت لـدى المصـابات بسـرطان الثـدي ولاختبـار هـذه الفرضـية ، تمّ حسـاب المتوسـط الحسـابي والانحـراف المعيـاري لـدرجات المصـابات بسـرطان الثـدي علـى مقيـاس قلـق المـوت للمجمـوعتين منخفضات ومرتفعات المساندة الاجتماعية وبعد ذلـك تمّ تطبيـق معادلـة الاختبـار التـائي للمجموعتين ثمّ قورنت بنظيرتها المجدولـة عنـد مسـتوى الدلالـة (0.05 : α) ودرجة حرية (46) ، وقد جاءت النتائج كما هو موضّح في الجدول رقم (4) .

جـدول رقـم (4) : نتـائج اختبـار (ت) لحسـاب دلالـة الفـروق في الشـعور بقلـق الموت بـين

منخفضات ومرتفعات المساندة الاجتماعية لدى المصابات بسرطان الثدي.

المتغيّر	المجموعات	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة =ت=المحسوبة	الدلالة الاحصائية
درجة الشعور بقلق الموت	منخفضات المساندة	20	8.7	2.67	3.44	دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (α : 0.05)
	مرتفعات المساندة	28	6.32	2.16		

يتّضح من الجدول أعلاه أنّ هناك فرقا دالا إحصائيا عند مستوى الدلالة (α : 0.05) لدرجات قلق الموت بين منخفضات ومرتفعات المساندة الاجتماعية لدى المصابات بسرطان الثدي حيث بلغت قيمة « تّ المحسوبة (3.44) وهي أكبر من قيمة « ت» المجدولة والبالغة (2.01) هذا إن دلّ على شيء وإنّما يدلّ على أنّ درجة الشعور بقلق الموت يزداد أكثر عند المجموعة الأقلّ حظا من حيث المساندة الاجتماعية وبهذا تحقّقت الفرضية الثانية .

ثالثا : النتائج المتعلّقة بالفرضية الثالثة

لاختبار الفرضية الثالثة التي تشير إلى وجود اختلاف بين منخفضات ومرتفعات المساندة الاجتماعية في أبعاد قلق الموت (التفكير المستمر بالموت ، سيطرة فكرة الموت ، تكرار فكرة الموت) لدى المصابات بسرطان الثدي ولاختبار صحة هذه الفرضية أو عدمها تمّ معالجتها عن طريق اختبار « ت» لدلالة الفروق بين المتوسطين وجاءت النتائج كما هو مبيّن في الجدول (5) .

جدول رقم (5) : نتائج اختبار =ت=لحساب دلالة الفروق بين منخفضات ومرتفعات المساندة الاجتماعية في أبعاد قلق الموت لدى المصابات بسرطان الثدي.

المتغيّر	المجموعات	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت) المحسوبة	الدلالة الاحصائية
التفكير المستمر بالموت	منخفضات المساندة	20	4.75	1.47	1.80	غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (α : 0.05)
	مرتفعات المساندة	28	4.03	1.29		
سيطرة فكرة الموت	منخفضات المساندة	20	2.25	1.29	3.59	دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة

	مرتفعات المساندة	28	1.10	0.87		(α : 0.05)
تكرار فكرة الموت	منخفضات المساندة	20	1.70	0.86	1.96	غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (α : 0.05)
	مرتفعات المساندة	28	1.17	1.05		

يظهر الجدول (5) من جهة أنّه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين منخفضات ومرتفعات المساندة الاجتماعية فيما يخصّ بعدي التفكير المستمر بالموت وتكرار فكرة الموت حيث جاءت القيم التائية المحسوبة والمقدّرة بـ (1.80) و(1.96) أصغر من نظيرتها المجدولة والبالغة (2.01) عند مستوى الدلالة (α : 0.05) ودرجة حرية (46) .

و من جهة أخرى سجّلنا فروقا ذات دلالة إحصائية بين منخفضات ومرتفعات المساندة الاجتماعية فيما يتعلّق بالبعد الخاص بسيطرة فكرة الموت حيث جاء الفارق لصالح منخفضات المساندة الاجتماعية ، إذ بلغت قيمة « ت » المحسوبة (3.59) وهي أكبر من نظيرتها المجدولة والمقدّرة بـ (2.02) عند مستوى الدلالة (α : 0.05) ودرجة حرية (40.33) وبهذه النتيجة تمّ قبول جزئي للفرضية الثالثة .

مناقشة عامة

تعدّ المساندة الاجتماعية مفيدة لحياة الإنسان ولصحّته الجسمية والنفسية بصرف النظر عمّا إذا كان يمرّ بخبرة شاقة أم لا ، لأنّها ببساطة هي التي تنقل إلينا الإحساس بأنّنا لسنا بمفردنا في مجابهة مطالب الحياة فكما يقول المثل « الفرد قليل بنفسه كثير بالآخرين » وفي هذا الصدد يقرّ « ساراسون » و« ساراسون » Sarason & Sarason (1986) أنّه بمجرّد إدراك الفرد إمكانية الركون إلى شخص ما للمساعدة ، فإنّ هذا من شأنه أن يخفض الضغوط الواقعة عليه[1] .

كما يضيف لنا كل من « هوس » وآخرين House et al (1988) و« ستيبتو » Steptoe (1991) أنّ المساندة الاجتماعية ترتبط إلى حدّ كبير بالصحة والرفاهية أمّا غيابها يرتبط بزيادة التعرّض للأمراض المزمنة وزيادة معدّلات الوفاة[2] .

(1) حسين علي فايد ، 2000 : 339.
(2) Servant, 2005 : 16.

في ضوء ما سبق نستنتج أنّ المساندة الاجتماعية ضرورية بالنسبة لنا جميعا فهي تحمينا من المحن والشدائد وتزيد من قوّتنا في مواجهة الضغوطات خاصة عندما نشعر أنّ طاقتنا قد استنزفت وأرهقت وأنّنا في أشدّ الحاجة إلى من يساعدنا من الخارج .

هذا ما حاولنا أن نكتشفه من خلال هذه الدراسة التي جاءت لتبحث عن حقيقة العلاقة بين المساندة الاجتماعية ودرجة الشعور بقلق الموت لدى المصابات بسرطان الثدي خاصة ونحن ندرك مدى أهمية المساندة الاجتماعية بالنسبة لمثل هذه الأمراض التي تضع المريض في مواجهة دائمة مع فكرة الموت هذا ما كشفت عنه دراسة « كوتاري» وآخرين Kothari & al (1998) حيث وجدت أنّ قلق الموت يكون شائعا بدرجة جوهرية بين مرضى الأورام السرطانية وذلك بالمقارنة بكل من مرضى القلب ومرضى الضغط[1] . في مثل هذه الحالات تصبح المساندة الاجتماعية أكثر من ضرورة لهؤلاء ، هذا ما أسفرت عنه نتائج الدراسة الحالية حيث بيّنت أنّ هناك علاقة عكسية بين هذين المتغيّرين ، أي كلّما كانت درجات المريضات على مقياس المساندة الاجتماعية مرتفعة تميل درجاتهنّ على مقياس قلق الموت إلى أن تكون منخفضة والعكس صحيح انظر إلى الجدول رقم (3) . ليس هذا فقط بل توصّلنا أيضا إلى وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين مرتفعات ومنخفضات المساندة الاجتماعية في الشعور بقلق الموت لصالح منخفضات المساندة الاجتماعية ، هذا يعني أنّ المريضات اللّواتي يتمتّعن بقدر مناسب من المساندة الاجتماعية هنّ أقلّ شعورا بقلق الموت انظر إلى الجدول رقم (4) وهذا ما يتّفق مع ما أسفرت عنه دراسة[2] التي توصّلت إلى وجود علاقة موجبة دالة بين المساندة الاجتماعية للمرضى بمرض مفضي إلى الموت وإرادة الحياة ، كما تعمل على خفض من قلق الموت لديه وتقلّل من مخاوفه المرتبطة بالمرض .

فالدعم الفعّال لمرضى السرطان ليس مهما فقط بسبب ما يجنيه المريض من تحسّن في درجة تكيّفه مع المرض وإنّما لأنّه يحسّن من الاستجابات المناعية للسرطان أيضا ، ففي هذا السياق أظهرت دراسة « لاي» وآخرين Lai & al (1999) حقيقة فوائده حيث وجدت أنّ المرضى المتزوّجين تمكّنوا من البقاء بدرجة تفوق المرضى من غير المتزوّجين أو من المنفصلين عن شركائهم أو المطلّقين

(1) هناء أحمد شويخ ، 2007 : 161.
(2) محمد محمد بيومي خليل ، 1996.

أو الأرامل[1] ، فالمساندة الاجتماعية تقوّي رغبة المريض في الشفاء وتقبّل مرضه .

كما كشفت الدراسة الحالية أيضا أنّه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مرتفعات ومنخفضات المساندة الاجتماعية لدى المريضات بسرطان الثدي فيما يخصّ بعدي التفكير المستمر بالموت وتكرار فكرة الموت في حين سجّلنا فروقا ذات دلالة إحصائية في البعد المتعلّق بسيطرة فكرة الموت الذي جاء لصالح المريضات الأقلّ حظّا من حيث المساندة الاجتماعية انظر الجدول رقم (5) ، هذا إن دلّ على شيء وإنّما يدلّ من جهة على أنّ طبيعة المرض تفرض على المريضات العيش في حالة من الذّعر والرعب الداخلي خوفا من الموت ، خاصة ونحن نعلم أنّ مثل هذه الأمراض تجعل صاحبها يتعرّض لجولات متكرّرة من العلاج قد تشعره باليأس من جدوى أية معالجة جديدة ، ومن جهة أخرى تبيّن أن سيطرة فكرة الموت تظهر أكثر عند المريضات اللّواتي لا يتمتّعن بقدر مناسب من المساندة الاجتماعية فهناك من الدلائل ما يشير إلى أنّ المساندة الاجتماعية التي يقدّمها المقرّبون قد تؤثّر على مستقبل مرضى السرطان وحياتهم وفي هذا الصدد وجد « هاجيؤورن » وآخرين Hageoorn & al (2000) أنّ الانخراط في حوارات مع المريض حول السرطان وإيجاد الطرق البناءة لحلّ المشكلات كانت مفيدة للغاية بينما اتّضح أنّ انزواء المريض وابتعاده عن الآخرين بل واختفائه عن المجتمع كلّها أمورا تزيد من درجة قلقه وتخوّفه[2] .

و في الخلاصة نصل إلى حقيقة مفادها أنّ المساندة الاجتماعية يمكن اعتبارها من أهمّ المتغيّرات المعدّلة للعلاقة بين الأمراض المزمنة ونخصّ بالذكر السرطان وقلق الموت ، ولهذا علينا الاهتمام أكثر بهذا البعد النفسي الاجتماعي فهو يعدّ على حدّ تعبير[3] مصدرا هاما من المصادر الأساسية التي تؤدّي إلى إحساس الفرد بالأمن النفسي في البيئة الاجتماعية التي تحيط به ، وأنّها تخفّف عنه ما يمكن أن تحدثه الصعوبات والأخطار التي تهدّده .

توصيات ومقترحات الدراسة

في خضمّ ما قدّمته هذه الدراسة من معطيات تمّ التوصّل إلى مجموعة من التوصيات والاقتراحات نوجزها في هذه النقاط :

(1) شيلي تايلور ، 2008 : 822.
(2) شيلي تايلور ، 2008 : 822.
(3) علي عبد السلام علي ، 2005 : 5.

ـ وجوب الاهتمام بهذا البعد النفسي الاجتماعي المتمثّل في المساندة الاجتماعية للدّور الحيوي والإيجابي الذي تلعبه في حياتنا وحياة المرضى بالتحديد .

ـ فتح ودعم قنوات الاتصال التي يحتاجون إليها المرضى للحصول على المعلومات ومشاطرتها كون الأشخاص يؤثرون بعضهم البعض كمصادر للمساندة ممّا يسمح لهم بالتكيّف الجيّد مع المرض .

ـ توعية النساء وتعريفهنّ بمرض سرطان الثدي لأنّه كلّما كان تشخيصه مبكّرا كلّما كانت نتائج العلاج فعّالة .

ـ إجراء دراسات أخرى تبحث عن أثر أو دور المساندة الاجتماعية في الصحة النفسية والجسمية أو في التوافق النفسي الاجتماعي لدى المرضى .

ـ قيام بدراسات تكشف عن حقيقة العلاقة بين كل من المساندة الاجتماعية والاكتئاب ، اليأس أو العكس الرغبة في الشفاء وإرادة الحياة لدى المرضى .

المراجع المستعملة

1 ـ أحمد محمد عبد الخالق ، (1987) ، قلق الموت ، الكويت : سلسلة عالم المعرفة .

2 ـ بشرى إسماعيل أحمد ، (2004) ، ضغوط الحياة والاضطرابات النفسية ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

3 ـ بشير صالح الرشيدي ، (2000) ، مناهج البحث التربوي رؤية تطبيقية مبسّطة ، الكويت : دار الكتاب الحديث ، الطبعة الأولى .

4 ـ حسين علي فايد ، (2000) ، الدور الدينامي للمساندة الاجتماعية في العلاقة بين ضغوط الحياة المرتفعة والأعراض الاكتئابية ، في حسين علي فايد ، دراسات في الصحة النفسية ، الإسكندرية : المكتب الجامعي الحديث ، الطبعة الأولى ، 330 ـ 384 .

5 ـ سارة روزنتال ، (2001) ، سرطان الثدي ، ترجمة : مركز التعريب والبرمجة ، لبنان : الدار العربية ، الطبعة الأولى .

6 ـ سلطان بن موسى العويضة ، (2001) ، المقارنة بين المتقاعدين وغير المتقاعدين من المسنين في قلق الموت وسمة القلق ، مجلة علم النفس المعاصر والعلوم الإنسانية ، جامعة المنيا ، مجلّد 12 ، رقم 2 ، 129 ـ 155 .

7 ـ شيلي تايلور ، (2008) ، علم النفس الصحي ، ترجمة : وسام درويش بريك ، فوزي شاكر وطعمية داود ، عمان : دار حامد ، الطبعة الأولى .

8 ـ عبد الناصر عبد الرحيم القدومي ، غسان حسين الحلو وعلي عادل الشكعة ، (2003) ، أثر انتفاضة الأقصى في مستوى الشعور بقلق الموت لدى طلبة الجامعة ، مجلة رسالة الخليج العربي ، فصيلة تربوية محكمة ، س 24 ، ع 88 ، 13 ـ 39 .

9 ـ عفاف عبد الفادي دانيال ، (2008) ، مقياس المساندة الاجتماعية ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

10 ـ علي عبد السلام علي ، (2005) ، المساندة الاجتماعية وتطبيقاتها العملية ، القاهرة : مكتبة النهضة المصرية ، الطبعة الأولى .

11 ـ فاروق السيد عثمان ، (2001) ، القلق وإدارة الضغوط النفسية ، القاهرة : دار الفكر العربي ، الطبعة الأولى .

12 ـ محمد حامد زهران ، (2000) ، الإرشاد النفسي المصغّر للتعامل مع المشكلات الدراسية ، القاهرة : عالم الكتب ، الطبعة الأولى .

13 ـ محمد خليفة بركات ، (1975) ، علم النفس التربوي ، الكويت ، دار القلم ، الطبعة الأولى .
14 ـ محمد عبيدات ، محمد أبو نصار وعقلة مبيضين ، (1999) ، منهجية البحث العلمي القواعد والمراحل والتطبيقات ، عمان : دار وائل للنشر ، الطبعة الثانية .
15 ـ محمد محروس الشناوي ومحمد السيّد عبد الرحمان ، (1994) ، المساندة الاجتماعية والصحة النفسية مراجعة نظرية ودراسات تطبيقية ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية ، الطبعة الأولى .
16 ـ محمد محمد بيومي خليل ، (1996) ، المساندة النفسية الاجتماعية وإرادة الحياة ومستوى الألم (لدى المرضى بمرض مفض إلى الموت) ، مجلة علم النفس ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، العدد السابع والثلاثون ، السنة العاشرة ، 92 ـ 119 .
17 ـ معتز سيد عبد الله ، (2000) ، بحوث في علم النفس الاجتماعي والشخصية ، المجلّد الثالث ، القاهرة : دار غريب .
18 ـ هناء أحمد شويخ ، (2007) ، أساليب تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن الأورام السرطانية : (مع تطبيقات على حالات أورام المثانة السرطانية) ، القاهرة : إيتراك للنشر والتوزيع ، الطبعة الأولى ،
19 ـ Bouzid, K.(2005).Cancer du sein.Le fascicule de la santé, n° 1, 6_ 15.
20 _ Laireiter, A_ R., Baumann, U., Perkonigg, A.and Himmelbauerm, S.(1997).Social Support Resources in Interpersonal Relationships (Social Net Works) during stressful life conditions : Results from two pilot studies.Revue Européenne de psychologie Appliquée, Vol 47, 2ème trimestre, 123_ 128.
21 ـ Paulhan, I., Bourgeois, M.(1995).Stress et coping : les stratégies d'ajustement à l'adversité.Paris : PUF, 1ère édition.
22 ـ Servant, D.(2005).Gestion du stress et de l'anxiété.Paris : Masson.