

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي



جامعة محمد بوضياف - المسيلة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم: علم النفس

الرقم التسلسلي: 2020/

دور المساندة الاجتماعية في تخفيف أعراض
الاكتئاب لدى مرضى السرطان

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس
تخصص: علم النفس العيادي

تحت إشراف الدكتورة:
ابراهيمى أسماء

من إعداد الطالبة:
شريد صارة

لجنة المناقشة:


رئيسا	جامعة محمد بوضياف بالمسيلة -
مشرفا ومناقشا	جامعة محمد بوضياف بالمسيلة	- ابراهيمى أسماء
مناقشا	جامعة محمد بوضياف بالمسيلة -

السنة الجامعية 2019-2020

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شكر وتقدير

وفي هذه اللحظات الأخيرة التي تكاد فيها كل الصعوبات والمتاعب تتحول إلى أمل فإنني أحمد الله على إتمام هذه الدراسة ، ولا يسعني بعد أن وفقني الله سبحانه وتعالى إلا أن أرفع إلى الله آيات الشكر والثناء الذي لولاه لما كان لهذا العمل أن يخرج إلي النور قال تعالى "لئن شكرتم لأزيدنكم" إبراهيم 17.

وامتثالاً لقول المصطفى  "من لا يشكر الناس لا يشكر" أتقدم بجزيل الشكر والعرفان إلي والداي الحبيبان لولاهما لما وصلت إلى هذا اليوم. إلي الدكتورة ابراهيمي أسماء حفظها الله، على فضلها بالإشراف على الدراسة، وغمرتني بتوجيهاتها التي كانت لها الأثر الواضح في تشجيعي على القيام بهذه الدراسة، حيث استفدت من خبرتها العلمية في كل جزء من أجزاء الدراسة.

كما أتوجه بعظيم الشكر والتقدير لأستاذي الكريمين عضوي لجنة المناقشة، اللذان تفضلاً بقبول مناقشة هذا البحث.

و أتقدم بخالص الامتنان والشكر للأستاذة المحكمين لما بذلوه من جهد مشكور في تحكيم أدوات هذه الدراسة ولما قدموه من نصح و مشورة.

كما لا يفوتني أن أشكر العاملين في مستشفى الزهراوي على ما قدموه من مساعدة وتسهيل الأمور على إنجاز رسالتي.

وأخيراً أتقدم بتقديري الخالص إلي جميع من ساعد في إنجاز هذه الدراسة وساعدني في توفير ما تحتاجه من بيانات ومعلومات الى كل هؤلاء أقول شكراً جزيلاً.

المحتويات

الصفحة	قائمة المحتويات
	شكر وتقدير
	فهرس المحتويات
	قائمة الجداول
	قائمة الأشكال
	ملخص الدراسة
أ	مقدمة
الجانب النظري	
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
05	1-1- إشكالية الدراسة
08	1-2- فرضيات الدراسة
09	1-3- أهمية الدراسة
10	1-4- أهداف الدراسة
10	1-5- تحديد مصطلحات الدراسة
11	1-6- الدراسات السابقة
الفصل الثاني: المساندة الاجتماعية	

18	تمهيد
19	1-2- مفهوم المساندة الاجتماعية
21	2-2- أهمية المساندة الاجتماعية
23	2-3- مصادر المساندة الاجتماعية
24	2-4- اشكال المساندة الاجتماعية
26	2-5- وظائف المساندة الاجتماعية
28	2-6- ابعاد المساندة الاجتماعية
29	2-7- النماذج الرئيسية لتفسير الدور الذي تقوم به المساندة الاجتماعية
34	2-8- العلاقة بين المساندة الاجتماعية والصحة النفسية
35	2-9- العلاقة بين المساندة الاجتماعية والمرض الجسدي
36	خلاصة الفصل
الفصل الثالث: الاككتاب	
38	تمهيد
38	3-1- تعريف الاككتاب
40	3-2- اعراض الاككتاب

42	3-3- أنواع الاكئاب
45	3-4- أسباب الاكئاب
47	3-5- النظريات المفسرة للاكئاب
53	3-6- تشخيص الاكئاب
54	3-7- علاج الاكئاب
57	خلاصة الفصل
الفصل الرابع: السرطان	
59	تمهيد
60	4-1- لمحة تاريخية حول مرض السرطان
61	4-2- مفهوم السرطان
62	4-3- أنواع السرطان
66	4-4- اعراض السرطان
67	4-5- مراحل السرطان
68	4-6- أسباب السرطان
71	4-7- الاثار النفسية لمرض السرطان
71	4-8- المكانيزمات الدفاعية التي يستعملها مريض السرطان

72	4-9-علاج السرطان
74	خلاصة الفصل
الجانب التطبيقي	
الفصل الخامس: إجراءات البحث الميدانية	
76	تمهيد
77	5-1- منهج الدراسة
77	5-2- عينة الدراسة
80	5-3- وصف أدوات الدراسة
80	5-4- الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة
87	5-5- أساليب المعالجة الإحصائية
88	خلاصة
الفصل السادس: عرض ومناقشة النتائج على ضوء الفرضيات	
90	تمهيد
91	6-1 عرض ومناقشة الفرضية الأولى
95	6-2- عرض ومناقشة الفرضية الثانية
97	6-3 عرض ومناقشة الفرضية الثالثة
102	6-4 -- خلاصة نتائج الدراسة

103	خاتمة
104	التوصيات والاقتراحات
107	قائمة المراجع
	الملاحق

فهرس الجداول

الصفحة	الجدول	الرقم
44	يوضح الفرق بين الاكتئاب العصابي والاكتئاب الذهاني	(01)
63	يوضح الفرق بين تنشؤ الورم الحميد والورم الخبيث	(02)
66	يوضح اعراض السرطان	(03)
78	خصائص العينة حسب الجنس.	(04)
79	خصائص العينة حسب العمر الزمني	(05)
79	خصائص العينة حسب المستوى التعليمي	(06)
81	يوضح أبعاد بنود مقياس المساندة الاجتماعية في صورته النهائية	(07)
81	يوضح طريقة التصحيح للمقياس المساندة الاجتماعية	(08)
82	يمثل صدق الاتساق الداخلي بين الفقرات والدرجة الكلية	(09)
83	يمثل الاتساق الداخلي بين الابعاد والدرجة الكلية للمقياس	(10)
83	يوضح نتائج صدق المقارنة الطرفية لمقياس المساندة الاجتماعية	(11)
84	معامل الثبات غوتمان	(12)
84	يوضح نتائج معامل ثبات مقياس المساندة الاجتماعية بألفا كرونباخ	(13)

85	يوضح نتائج صدق المقارنة الطرفية لمقياس الاكتئاب	(14)
85	يمثل الصدق الاتساق الداخلي بين الفقرات والدرجة الكلية	(15)
86	يوضح معامل الثبات غوتمان لمقياس الاكتئاب	(16)
87	يوضح نتائج معامل ثبات مقياس الاكتئاب بألفا كرونباخ	(17)
91	يوضح نتائج العلاقة الارتباطية بين المساندة الاجتماعية والاكتئاب باستخدام معامل الارتباط لبيرسون.	(18)
95	يوضح الفروق بين الجنسين في درجة المساندة الاجتماعية لدى مرضى السرطان باستخدام اختبار "ت".	(19)
98	يوضح الفروق بين الجنسين في درجة الاكتئاب لدى مرضى السرطان باستخدام اختبار "ت".	(20)

فهرس الأشكال

الصفحة	العبارة	رقم الشكل
25	مخطط يوضح أشكال المساندة	(01)
31	نموذج يوضح الأثر الواقى	(02)
32	نموذج يوضح تأثير المساندة الاجتماعية على الفرد	(03)
65	يوضح أنواع السرطانات	(04)
68	يوضح مراحل تسرطن الخلية	(05)
78	يمثل الدائرة نسبية لخصائص العينة حسب الجنس	(06)

ملخص الدراسة:

هدفت هذه الدراسة الحالية الى محاولة الكشف عن طبيعة العلاقة الموجودة بين المساندة الاجتماعية وأعراض الاكتئاب لدى مرضى السرطان، ودراسة الفروق في ذلك تبعا لمتغير الجنس، واعتمدنا في دراستنا هذه على المنهج الوصفي باعتباره المناسب لهذه الدراسة وما يتطلبه الموضوع.

ولتحقيق أهداف الدراسة والتأكد من صحة الفرضيات تم الاعتماد على الأدوات التالية لجمع البيانات مقياس بيك للاكتئاب ومقياس المساندة الاجتماعية المتكون من ثلاثة أبعاد والمتمثلة في (بعد المساندة الأسرية، بعد المساندة من قبل الأصدقاء والزملاء، بعد الشعور بالرضا عن المساندة)، وبعد التأكد من خصائصها السيكوسومترية أين طبقت على عينة مكونة من (30) مريض ومريضة بالسرطان، المتواجدون بمستشفى الزهراوي ولاية المسيلة، وحيث تم اختيار العينة بطريقة قصدية، وباستخدام الحزمة الإحصائية Spss ومعامل الارتباط بيرسون و اختبار (ت) للفروق تم التوصل للنتائج التالية:

- ✓ لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين المساندة الاجتماعية وأعراض الاكتئاب لدى مرضى السرطان.
 - ✓ لا توجد فروق بين الجنسين في درجة المساندة الاجتماعية لدى مرضى السرطان
 - ✓ لا توجد فروق بين الجنسين في درجة الاكتئاب لدى مرضى السرطان.
- وعلى ضوء هذه النتائج قامت الباحثة بوضع مجموعة من التوصيات والاقتراحات.

الكلمات المفتاحية: المساندة الاجتماعية، الاكتئاب، السرطان

The summary of the study:

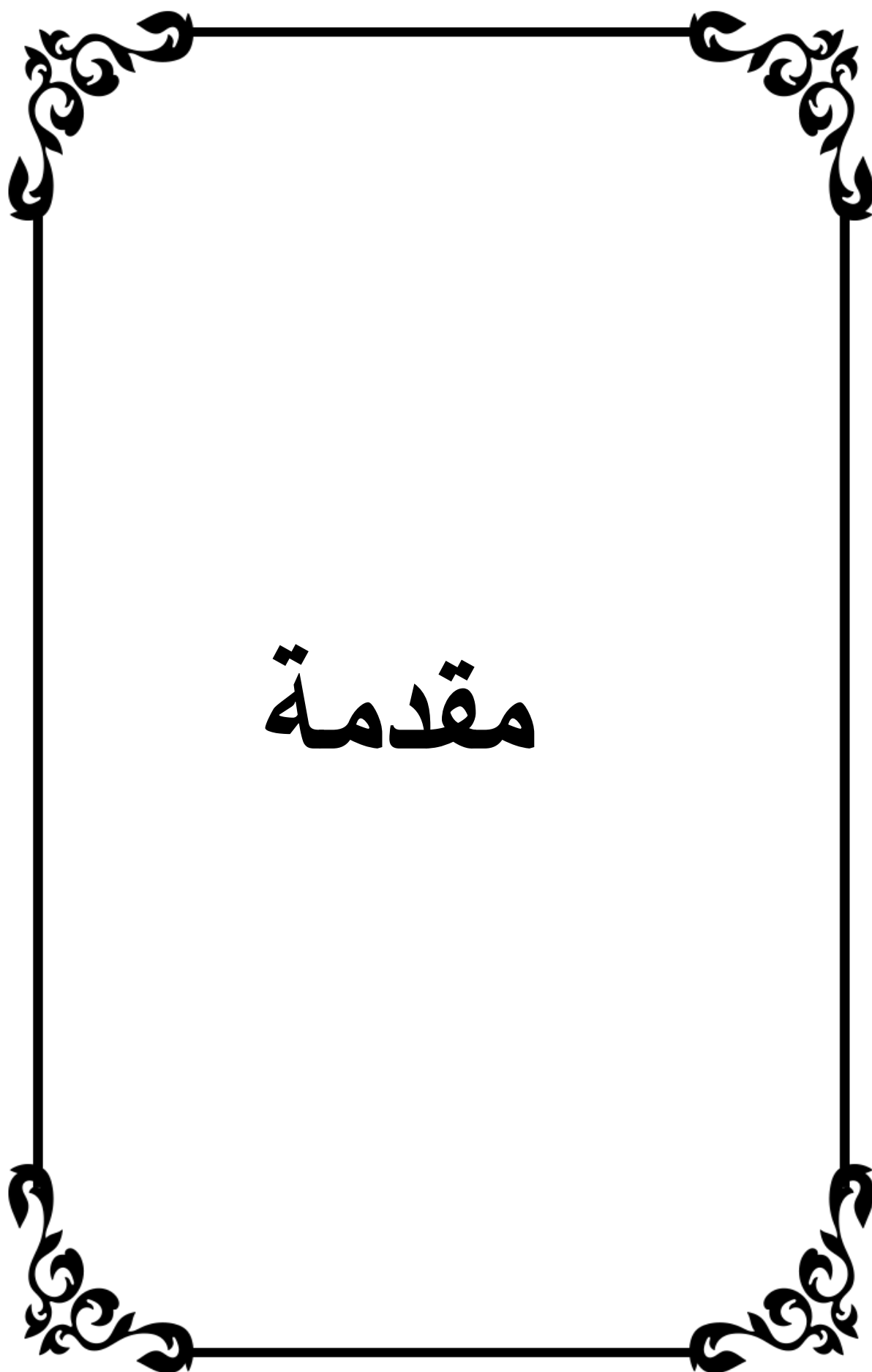
The actual study aimed to try to reveal the nature of the relationship that exists between the social support and depressive symptoms in cancer patients, and to study the differences in that according to the sex's variable, and we adopted in our study the descriptive approach as appropriate for this study and what the subject requires.

In order to achieve the objectives of the study and to ensure the validity of hypotheses, the following tools were used to collect data the beck depression scale and the social support scale consisting of three dimensions, represented by (the family support dimension, friends and colleagues support ,dimension of feeling satisfied about support), after confirming psychometric properties, it was applied to a sample of (30) cancer patients who are in ZAHRAWI hospital, MSILA, and where the sample was chosen in an intentional way, the following results were obtained:

- There is no statistically significant correlation relationship between social support and depressive symptoms in cancer patients.
- There are no gender differences in degree of social support in cancer patients.
- There are no gender differences in degree of depression in cancer patients.

In light of these results, the researcher developed a set of recommendations and suggestions.

KEY WORDS: Social support, depression, cancer.



مقدمة

مقدمة

يواجه الإنسان طوال فترة حياته مجموعة من المشاكل والضغوطات نتيجة لتعرضه لبعض الصعوبات والتحديات في كافة مجالات الحياة، ومن شأنه أن تلعب هذه الضغوطات دورا كبيرا في نشأة الأمراض النفسية والجسمية، حيث تساهم هذه الأخيرة في إحداث اختلال الصحة النفسية لدى الفرد بالإضافة إلي ظهور مشاكل فيزيولوجية تظهر على شكل أعراض جسمية مختلفة وهذا يدل على الصلة القوية بين الجسد والنفس.

ويعد السرطان أحد أخطر الأمراض إماتة في العالم، فهو ورم ينتشر بشكل كبير ويمكن أن يصيب أي عضو من أعضاء الجسم، كما يؤثر على الجانب النفسي للإنسان حيث يسبب له حالة من عدم الاستقرار ويجعله يعيش حياة مليئة بالخوف والقلق الدائم من المجهول والمعاناة.

حيث أكدت الإحصائيات الطبية أن نسبة تتراوح بين (40%) الي (60%) من حالات الإعياء والتعب النفسي عند مرضي السرطان لا تتم عن حالات جسدية حيوية، وإنما تابعة من حالات وظروفه نفسية وتصبح حالة المريض أكثر صعوبة عندما يعاني من القلق والرهاب والاكنتاب النفسي اذا تبين الدراسات أن نسبة (15%) إلي (25%) من مرضى السرطان يعانون من أعراض الاكنتاب النفسي، ومن بين أهم الأعراض: فقدان الاهتمام، صعوبة التركيز الذهني والشعور باليأس واللامبالاة، بالإضافة إلي اعراض القلق والخوف من الموت وكلها عوامل تزيد من الضغوطات النفسية لدى المريض (زياد بركات، 2006، ص 913)

ولكي يستطيع مريض السرطان التوافق مع هذه الضغوطات والتغلب عليها يحتاج للاستعانة بمختلف الطرق والوسائل على سبيل المثال المساندة الاجتماعية التي تعتبر من أهم المصادر المخفضة من حدة وقع هذه الضغوطات على الافراد نظرا لدورها وأثرها في الحياة الاجتماعية والتي تساعد على التكيف مع الأعراض والآثار المترتبة عليها، فالفرد من خلال المساندة الاجتماعية يتلقى مشاعر الدفء والود والمحبة من الأشخاص المقربين منه، حيث يساعده في التغلب على ازماته وشدائده لك يصل الي درجة مرتفعة من الرضا عن تلك المساندة المقدمة له.

وبناء على ما سبق، سنتناول الباحثة في الدراسة الحالية دور المساندة الاجتماعية في تخفيف من اعراض الاكتئاب لدى مرضي السرطان، محاولة التعرف والكشف عن العلاقة الموجودة بينهما.

وعلى هذا الأساس شملت هذه الدراسة جانبين شملت الجانب النظري والجانب التطبيقي قبل البدء في هذين الفصلين تطرقنا إلي فصل تمهيدي نعرف فيه بالدراسة من خلال عرض كل من إشكالية الدراسة ، فرضيات الدراسة وأهميتها وأهدافها ،الدراسات السابقة وأخيرا تعقيب على الدراسات السابقة.

أما الفصل الأول فقد تناولنا فيه المساندة الاجتماعية من خلال: مفهوم المساندة الاجتماعية، أهميتها، مصادرها، أشكالها، وظائفها، أبعادها، النماذج الرئيسة لتفسير دور الذي تقوم به المساندة الاجتماعية وأخيرا تطرقنا إلي العلاقة بين المساندة والصحة النفسية والعلاقة بين المساندة والصحة الجسمية.

وفيما يخص **الفصل الثاني** تطرقنا فيه إلى الاكتئاب و ذلك من خلال تعريفه، أعراضه، أنواعها، أسباب، النظريات المفسرة للاكتئاب، تشخيصه وأخيرا العلاج.

أما الفصل الثالث ألقينا الضوء على السرطان من خلال إعطاء لمحة تاريخية حول مرض السرطان، مفهوم السرطان، أنواعه، أعراضه، مراحلته، عوامله و آثاره، تطرقنا أيضا إلى المکانیزمات الدفاعية التي يستعملها المريض، وأخيرا العلاج.

أما الجانب التطبيقي: فقد شمل فصلين أساسيين هما:

الفصل الرابع: احتوي على منهجية الدراسة و إجراءاتها، حيث يضم منهج الدراسة وكذا العينة، أدوات جمع البيانات وخصائصها السيكمترية، الأساليب الإحصائية المستخدمة لدراسة.

الفصل الخامس: تضمن عرض وتحليل ومناقشة النتائج المتوصل إليها بالاستخدام أدوات جمع البيانات.

الفصل الأول: الإطار العام

لِلدِّرَاسَةِ

تمهيد

1- إشكالية الدراسة

2- فرضيات الدراسة

3- أهمية الدراسة

4- أهداف الدراسة

5- مصطلحات الدراسة

6- الدراسات السابقة

خلاصة

1-الإشكالية:

يتعرض جسم الانسان إلى العديد من المؤثرات والعوامل التي قد تؤدي إلى تعرضه للإصابة بأمراض مهما كان نوعها ، خطيرة أو بسيطة حادة أو مزمنة، والذي ينتج عنه ظهور إنعكاسات سيكولوجية هامة ناتجة عن إعالة جسمية للمريض، ويؤكد العديد من الباحثين على العلاقة الموجودة بين الجانب النفسي والعضوي فإصابة احدهما يؤثر على الآخر ، وحسب (Bacal1970): فالإصابة العضوية تفرض الرعاية النفسية لأن هذا الأخير يزيد من صعوبة الاضطرابات لإن المعاناة العضوية تؤثر حتما على التوازن النفسي وبالتالي ظهور مضاعفات ، فبمجرد تأكد المريض من اصابته هذا يكفي لكي يخلق لديه استجابات نفسية خاصة ، تأخذ عدة مظاهر منها الخوف، الاكتئاب والقلق وذلك تبعا لشخصية الفرد واستعداده وظروفه.(سليمان زواوي، 2011،ص5)

ولعل من أبرز الامراض المنتشرة في الفترة الأخيرة هي الأمراض المزمنة والتي لا يزال اسمها يشكل رعبا كبيرا على الأفراد هو مرض السرطان ،حيث وبالرغم من كل التطور العلمي في مجال الطب والهندسة الوراثية لا يزال يحصد عدد كبيرا من الضحايا في كل العالم بل أنه يعتبر المرض المتجدد ففي كل عام يتم الكشف عن نوع جديد من أنواع السرطانات.

وحسب منظمة الصحة العالمية تسجل فرنسا 300 حالة لكل 100 ألف نسمة، أما الولايات المتحدة الأمريكية فتسجل 400 حالة لكل 100 ألف نسمة وبالرجوع الى بيئتنا المحلية فتسجل الجزائر 130 حالة لكل 100 ألف نسمة، إلا أن هذه النسبة مرشحة للارتفاع في كل سنة حيث تم تسجيل أكثر من 40 حالة جديدة كل سنة.

فكلمة السرطان لها أثر كبير في نفوس الأفراد تشير إلى داء خطير لم يتمكن الأطباء منه، فهو مرض لا يهدد حياة المريض فحسب بل يؤثر على صحته الجسدية والنفسية.

حيث وضحت (cicley saundras) بأن معاشيه مريض السرطان للألم تمس مجموعة الأبعاد الجسدية والنفسية ، الإجتماعية والروحية وعادة ما تظهر على شكل مشكلات جسمية عديدة كاضطراب الجهاز العصبي المركزي تغيرات في الوزن ، الإسهال ،والغثيان ، فقدان الشهية وسقوط الشعر وأعراض نفسية مثل القلق الاكتئاب، الأرق والشعور بالإجهاد والضغط

فمرض السرطان غير قادرين على مواصلة حياتهم كما كانت عليه من قبل لظهور مشاكل في جميع الجوانب العائلية والحياة الاجتماعية والتي تؤدي إلى تدنى نوعية الحياة لديهم سواء اثناء عملية التشخيص أو العلاج . (جهاد براهيمية، 2012، ص310).

وتشير MD Trill (2012) في دراسة لها ضمن الجمعية الأوروبية لطب الأورام إلى أن معدلات انتشار الاكتئاب بين مرضى السرطان وصلت ل 58% في حين يقدر معدل القلق بين 15% و28%. (المرجع السابق نفسه، ص310)

ومن الناحية النفسية عقدت عدة دراسات منها دراسة على حسين إبراهيم (2003) حيث درس الأعراض النفسية لدى مرضى السرطان على (150) مريضا سعوديا ومثلهم أصحاب باستخدامهم مقياس الحالة المزاجية ل Beck واختبار TAT فوجد أن مرض السرطان أكثر اكتئابا وقلقا وخوفا ووسواسا قهريا وعداوة و ذهانيا من الأصحاء كما وجد فروقا بين أنواع السرطان المختلفة مما يدل على أن نوع السرطان يؤثر في الحالة النفسية. (سهام سنوسي، 2016، ص5)

فإن كنا في مجال الحديث عن أهم الاضطرابات النفسية المصاحبة للأمراض المزمنة كالسرطان فنجد بأن الاكتئاب هو أهم الاضطرابات نفسية التي تظهر لديهم فهو يعتبر من بين الاضطرابات النفسية الشائعة في الوقت الراهن والذي أكدته الكثير من الدراسات كدراسة كوهن ونورمان 1989 على إرتباطه الوثيق بالنظام المناعي بصفة خاصة والأمراض العضوية بصفة عامة.

كما تم إجراء تحليل جمعي لأربعين دراسة نشرت 1981-1991 في محاولة للتعرف على إذا كانت هناك علاقة بين الضغوط النفس اجتماعية والاكتئاب وبعض جوانب جهاز المناعة لدى الانسان، وقد أظهرت نتائج الدراسة إن الضغوط النفس اجتماعية والاكتئاب تؤثر على أداء الخلايا الطبيعية القاتلة. (المحارب إبراهيم ناصر 1993، ص 335)

يرى برنار 1980: "أن كل مرض أو عدوى مهما كانت بسيطة فأنها تنتج حالة اكتئاب. (عطوف محمد ياسين، 1986، ص 98)

فقد أوضح بيك "1967: ان الاكتئاب يظهر نتيجة مرض جسمي معين خاصته إذا كان الاضطراب مزمنًا أو خطير، فالإصابة المفاجأة باي اضطراب جسمي تصاحبه استجابة

اكتتابيه ذات علاقة مع ظواهر نفسية كتدهور الصحة، الخوف من عدم الشفاء وتطور المرض إلى الأخطر والخوف من تغيير نمط الحياة السابقة كما ان طول مدة المرض تنعكس سلبا على المريض.

كما يظهر كعرض مصاحب لبعض الأمراض العضوية خاصة المزمنة والخطيرة منها، مما يقف عائقا أمام تماثل المرض للشفاء واستمرارهم في العلاج الكيميائي، وهذا ما يدعو إلى ضرورة تدخل الاعلاج النفسي بالتوازن مع العلاج الدوائي ويعتبر الدعم الاجتماعي أحد الوسائل البالغة الأهمية التي يمكن أن يقدمها أفراد أسرة المريض أو المحيطين به لتخفيف من حدة المرض ومن حدة الاكتئاب التي يعاني منه.

ولقد أكدت مجموعة من الدراسات مثل دراسة موريل و نوريس 1984 ودراسة كوهن 1986 ودراسة ترايف 1995 على التأثير الإيجابي للمساندة الاجتماعية على فاعلية الجهاز المناعي وزيادة نشاطه، واعتبر البعض أن المساندة الاجتماعية هي بمثابة لقاح للوقاية من الأمراض العضوية أين يسمح بتنمية العلاقات الاجتماعية الحميمة بين أفراد وبالتالي الابتعاد عن مشاعر الوحدة العزلة وعلى أهمية الدور البارز الذي تقوم به المساندة الاجتماعية من الأسرة في تخفيف الآثار السلبية لمواجهة الفرد للاضطرابات الإنفعالية. (علي، علي، 2000، ص12).

حيث تعد المساندة الاجتماعية من المواضيع المهمة التي حظيت باهتمام الباحثين وعلماء النفس، نظرا لدورها وأهميتها في الحياة الاجتماعية.

وتعتبر المساندة الاجتماعية مصدرا مهما من مصادر الأمن الذي يحتاجه الإنسان من عالمه الذي يعيش فيه بعد لجوئه الى الله تعالى، حين يشعر أن هناك ما يهدد حياته وصحته، وأن طاقته قد استنفذت واجهدت، فيحتاج إلى مد وعون من الخارج، يتمثل في مساندة من حوله بمختلف الإتجاهات، بهدف تعزيز الصلابة النفسية في ذاته، تلك التي لاقت اهتماما من عديد الباحثين حيث توصلوا إلي الاثار الإيجابية المهمة في تجاوز المريض لعدد من مواقف الشدة والاجهاد النفسي، وما تقوم به من تخفيف نتائج الضغوط والمواقف الصعبة (محمود الدسوقي، 1996، ص94).

كما حظيت المساندة الاجتماعية باهتمام كبير من جانب الباحثين إعتقاداً على مسلمة مفادها أن المساندة الإجتماعية التي يتلقاها الفرد من الجماعات المختلفة التي ينتمي إليها (زملاء العمل او الدراسة، الجيران، الأصدقاء، الأسرة تقوم بدور كبير في خفض الآثار السلبية للأحداث والمواقف السيئة التي يتعرض لها الفرد كما أنها مصدر مهم يقدم تأثير إيجابي ومباشر للسعادة النفسية للأفراد (السيد محمد، 2010، ص289).

أي أن المساندة الاجتماعية التي تقدم للفرد من الآخرين، تمنحه القدرة على مقاومة الاضطرابات النفسية وحل مشكلاته.

ومن هذا المنطلق جاءت فكرة البحث الحالي وذلك بعد الرجوع والاطلاع على الدراسات السابقة والبحوث التي سببت لنا هذه الدراسة التي ربطت بين المتغيرات السابقة (مرض سرطان، الاكتئاب والمساندة الاجتماعية) وبهذا حاولنا طرح التساؤلات التالية:

1- هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين المساندة الاجتماعية وأعراض الاكتئاب لدى مرضى السرطان؟

2- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في درجة المساندة الاجتماعية لدى مرضى السرطان؟

3- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في درجة الاكتئاب لدى مرضى السرطان؟

2-فرضيات الدراسة:

نظراً للدور الذي تلعبه الفروض في تحديد معالم البحث فسوف نعتمد في هذه الدراسة على الفرضيات التالية:

2-1-الفرضية الأولى:

توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين المساندة الاجتماعية وأعراض الاكتئاب لدى مرضى السرطان.

2-2-الفرضية الثانية:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين على مستوى المساندة الاجتماعية لدى مرضى السرطان.

2-3-الفرضية الثالثة:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين مستوى الاكتئاب لدى مرضى السرطان.

3-أهمية الدراسة:

1-تعتبر من المواضيع الحديثة المتناولة بالدراسة لذلك وجب إلقاء المزيد من الضوء على متغيرات الدراسة لم تعالج من قبل (المساندة الاجتماعية).

2-دعوة للالتفات الى هذه الفئة وتوفير لهم السند والدعم الكافي لتجنب ظهور اضطرابات نفسية مصاحبة للمرض العضوي.

3-الإسهام في إعطاء فكرة عن الأنواع المختلفة للمساندة الاجتماعية المقدمة للمرضى السرطان.

4-قد تفيد نتائج هذه الدراسة في توعية المجتمع الجزائري بأهمية المساندة الاجتماعية ودورها في تخفيف معظم الاضطرابات النفسية والأمراض العضوية.

5-بالإضافة الى الأهمية العلاجية التي تتمثل في تنبيه المراكز العلاجية بضرورة تدخل الأخصائي النفسي وتقديمه المساندة التي تعمل على تنمية الأمل لدى مرضى السرطان كمدخل علاجي في خفض مختلف الاضطرابات النفسية وعلى رأسهم الاكتئاب.

6-كما تفيد هذه الدراسة إلى تنبيه أسر المرضى بضرورة توفير المساندة الاجتماعية (مادية معنوية اجتماعية) لتخفف من حدة ظهور اضطرابات نفسية لديه

4-أهداف الدراسة:

بما أن لكل دراسة أهداف حتى تكون ذات قيمة علمية فدراستنا الحالية تهدف إلى التعرف على ما يلي:

- محاولة الكشف والتعرف على طبيعة العلاقة الموجودة بين المساندة الاجتماعية وأعراض الاكتئاب لدى مرضى السرطان.
- التعرف على الفروق الموجودة بين الجنسين على مستوى المساندة الاجتماعية لدى مرضى السرطان.
- التعرف على الفروق الموجودة بين الجنسين على مستوى الاكتئاب لدى مرض السرطان.

5-تحديد مصطلحات الدراسة:**5-1-المساندة الاجتماعية:****التعريف الاصطلاحي:**

يقصد بها ذلك النظام يتضمن الروابط الاجتماعية طويلة المدى والثابتة بمجموعة من الناس يمكن الاعتماد عليهم والوثوق بهم ليمنحوا الفرد السند العاطفي ويقدموا له العون ويكونوا ملاذاً له وقت الشدة. (عماد عبد الرزاق، 1998، 19).

التعريف الاجرائي:

هو الدعم المادي والوجداني والمعلوماتي الذي يتلقاه الفرد من الآخرين والبيئة المحيطة به (الأسرة الزملاء، جمعيات رسمية والغير رسمية)، ومدى تقبل الفرد وإدراكه لدور المساندة والدعم المقدم له من قبل الآخرين.

5-2-الاكتئاب:**التعريف الاصطلاحي:**

يعرف حامد عبد السلام زهران الاكتئاب على انه " حالة من الحزن الشديد والمستمر تنتج من الظروف المحزنة الأليمة وتعبر عن شيء مفقود وإن كان المريض يعي المصدر الحقيقي لحزنه. (حامد عبد السلام زهران، 1995، ص449).

التعريف الاجرائي:

هو حالة من الحزن والكآبة وفقدان الامل والتشاؤم التي تصيب الشخص نتيجة للأحداث الضاغطة التي قد تصاحبها بعض التغيرات في حالته النفسية والذي يتم قياسه من خلال استخدام مقياس بيك (Beck) للاكتئاب.

3-5- السرطان:

التعريف الاصطلاحي:

يعرفه (جون كينغ) بأنه عبارة عن تجمع من الخلايا الشاذة ومع نمو الخلايا فهي تتجمع في عقد صغيرة (أورام) من شأنها أن تضغط على الأعصاب أو أن تشد على الشرايين أو تنزف أو تشد الأمعاء أو تعيق الأعضاء الأساسية.

تعرفه المنظمة العالمية للصحة (OMS) (2008) على أنه مجموعة الامراض التي تقوم على ميكانيزم الإنقسام العشوائي، والتكاثر الفوضى للخلايا، والتوسع الباثولوجي على حساب أنسجة وأجهزة سليمة. (حنان قابلي، 2012، ص14).

6- الدراسات السابقة:

لقد أجريت العديد من الدراسات السابقة في إطار العلاقات بين المساندة الاجتماعية والاكتئاب والتي نذكر منها ما يلي:

الدراسة الأولى: دراسة نوريس وموريل (Murrell & Norris) سنة 1984 حول علاقة الدعم الاجتماعي بالاكتئاب، اين أجريا دراسة تتبعيه قوامها 1420 فردا من الراشدين من عمر 55 سنة فأعلى والمقيمين في ولاية كنتاكي Kentucky بالولايات المتحدة الامريكية، حيث طبق على افراد العينة مقياس الاكتئاب واعيد القياس بعد مضي ستة أشهر من القياس الأول، وبهذا انتهت

الدراسة الى عدد من النتائج منها، ان الدعم الاجتماعي يؤدي الى خفض الاعراض الاكتئابية، كما يقلل من درجة الشعور بالمشقة (خميسة قنون، 2007، ص10).

الدراسة الثانية: دراسة كوهن (Cohen) وآخرون سنة 1986 استهدفت معرفة ما إذا كان الدعم الاجتماعي المدرك يحمي الافراد من المزاج الاكتئابي الناشئ من مثيرات المشقة أم لا، وذلك على عينة من طلاب الجامعة قوامها 609 طالب في المدى العمري من 15 الى 27 سنة بمتوسطة 18.17 سنة، وانتهت الدراسة إلى إن الدعم الاجتماعي الذي يدرك الافراد انه متاح لهم يؤدي دورا مهما في الوقاية من الاثار السلبية للمشقة (رضوان جاب الله شعبان، 2001، ص78-79).

الدراسة الثالثة: دراسة نيلسون (Nelson) عام 1989 حول العلاقة بين الاكتئاب والدعم الاجتماعي وتقدير الذات في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية لدى عينة قوامها 26مبحثا في المدى العمري من 61 الى 95 عاما، وقد اشارت نتائج الدراسة الى وجود علاقة سلبية بين الدعم الاجتماعي والاكتئاب (خمسة قنون، 2007، ص11).

الدراسة الرابعة: دراسة دين وآخرون (Dean & al) سنة 1990 حول الدور الوقائي للدعم الاجتماعي من مصادر مختلفة على الاكتئاب، أجريت الدراسة على عينة قوامها 997 فردا من الجنسين (50% لكل منهما) ممن تراوحت أعمارهم بين 50-85 سنة، طلق الباحثون مقاييس الاعراض الاكتئابية الدعم الاجتماعي التعبيري، وأحداث الحياة وباستخدام معامل الانحدار أسفرت النتائج على أن أحداث الحياة تؤثر بشكل موجب على زيادة الأعراض الاكتئابية، كما أسفرت النتائج على أن الدعم الاجتماعي المنخفض يرتبط بزيادة الأعراض الاكتئابية بينما إرتبط الدعم الاجتماعي المرتفع بأعراض إكتئابية أقل. (المرجع السابق نفسه، ص11)

الدراسة الخامسة: دراسة بوث (Both) عام 1992 بهدف ما إذا كان تحديد الانخفاض المدرك في درجة الدعم الاجتماعي يمكن ان يسهم في التنبؤ بأعراض الاكتئاب المصاحبة للعلاج من إدمان الكحوليات أم لا، وذلك على عينة قوامها 189 مبحثا من مدمني الكحوليات الذكور في المدى العمري من 21 الى 74 عاما وقد انتهت الدراسة الى أن انخفاض الدعم الاجتماعي قد أسهم جوهريا في التنبؤ بالاكتئاب مقارنة بالمتنبئات الأخرى كالعصابية وتقدير الذات .

الدراسة السادسة: دراسة كيل واخرون (Keele& al) عام 1993 على عينة قوامها 30 فردا من مرضى التهاب الرئوي المزمن، وازواجهم (الزوج، والزوجة)، تبين ان هناك علاقة سلبية بين الدعم الاجتماعي والاعراض الاكتئابية لدى المرضى في حين لم يتضح ذلك لدى الأزواج (قنون خميسة، 2007، ص11)

الدراسة السابعة: دراسة كوفمان-مارين-جيل (2005) Coffman-Maren jill بعنوان علاقة الاكتئاب والمساندة الاجتماعية المدركة بفاعلية الذات في مجتمع احصائي من كبار السن المصابين بمرض السكر في بورتوريكا

تهدف هذه الدراسة الي فحص العلاقة بين الاكتئاب والمساندة الاجتماعية وتأثيرها علي فعالية الذات، وتكونت عينة الدراسة من (115) كهلا من الاسبان من المصابين بالنوع الثاني من مرض السكر، وقد استخدمت الدراسة التصميم الارتباطي الوصفي، وفي المقابلة اكمل المرضى مقياس فعالية الذات، الاختبار المبدئي للاكتئاب، مقياس المساندة الاجتماعية، والاستبيان السكاني، مع ملاحظة ان المتغيرات التي كانت تتنبأ عن تحسن الضبط الذاتي للسكر تشمل قيام المريض بدراسة برامج تربوية عن السكر، أن يكون المريض على مستويات تعليمية عالية، وان يخلو من اعراض الاكتئاب وأشارت أهم النتائج إلى:

- 1) المتغير الأكثر تنبؤا عن الضبط الذاتي للسكر هو المساندة الاجتماعية المدركة.
- 2) أكثر أنواع المساندة التي يحتاجها مرضى السكر تتمثل في التواصل معهم.
- 3) يمثل افراد الاسرة المصدرة الأساسي للمساندة.

الدراسة الثامنة: دراسة العيسى وإسماعيل عام 1994 وكانت الدراسة تحت عنوان المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالاكتئاب لدى طلبة الكويت وهدفت هذه الدراسة للكشف عن العلاقة بين المساندة الاجتماعية والاكتئاب لدى كل من الذكور والاناث، لذا أجريت الدراسة على عينة مكونة (30) طالبا و(35) طالبة من الكويت، حيث منهم وضع قائمة تضم خمسة اشخاص من الأقارب وخمسة اشخاص من الأصدقاء وخمسة اشخاص من الجيران وتقدير دعمهم على مقياس مكون من خمس أنواع من المساندة الاجتماعية وقد اسفرت النتائج عما يلي:

❖ أن المساندة الاجتماعية كانت ذات دلالة اعلى لدى الذكور لدى الاناث.

❖ أن مقدار إدراك المساندة المالية لكلا الجنسين لم تظهر فروق ذات دلالة عن باقي أنواع المساندة.

❖ لكلا الجنسين فإن إدراك المساندة الاجتماعية من الأقارب من الدرجة الأولى (الوالدين، التوائم) يكون أكثر من أقارب الدرجة الثانية (الاعمام، العمات، أولاد العم) والأصدقاء والجيران.

❖ المساندة الاجتماعية الأقل تدرك من قبل الجيران.

❖ الاكتئاب يكون اعلى لدى النساء منه لدى الرجال ولا تظهر دلالة لارتباطه بالمساندة الاجتماعية.

-التعليق على الدراسات السابقة:

من حيث البيئة ومكان الاجراء :

اختلفت بيئة ومكان الدراسات السابقة، حيث ان هناك من تم تطبيقها في البيئة الغربية كدراسة نوريس وموريل(1984)، ودراسة كوهن(1987)، ودراسة نيلسون(1989)، ودراسة دين واخرون(1990)، ودراسة بوث(1992)، ودراسة كيل واخرون(1993)، ودراسة كوفمان-مارين - جيل-(2005)، ومنها من تم تطبيقها في البيئة العربية وتمثلت في دراسة العيسى وإسماعيل (1994).

من حيث الأهداف:

لقد تعددت أهداف الدراسات السابقة منها ما إتفقت ومنها من إختلفت، وربما يعود هذا التعدد إلى وجود العديد من متغيرات الدراسة المرتبطة بها، فبعض الدراسات التي كان الهدف منها معرفة العلاقة بين المساندة الاجتماعية والاكتئاب لدى مرضى الالتهاب الرئوي المزمن لدى الأزواج كدراسة كيل واخرون (1993)، كما هدفت دراسة العيسى وإسماعيل(1994) إلى دراسة العلاقة بين الاكتئاب والمساندة الاجتماعية لدى الطلبة، كم تناولت دراسة كوفمان- مارين-جيل(2005) العلاقة الموجودة بين الاكتئاب والمساندة الاجتماعية المدركة بفاعلية الذات لدى مرضى السكر.

من حيث العينة:

لقد اختلفت العينة الدراسية من دراسة الى أخرى، وإن اتفقت بعضها واختلف البعض الآخر، فمنهم من طبق دراسته على عينة من الطلاب مثل، دراسة كوهن (1986)، ودراسة العيسى وإسماعيل (1994).

ودراسات تمثلت عينة الدراسة فيها من الراشدين والباحثين مثل دراسة نوريس وموريل (1984)، ودراسة نيلسون (1989) ودراسة دين واخرون (1990)، ودراسات تناولت المرضى مثل دراسة كيل واخرون (1993) مرضى الالتهاب الرئوي المزمن، بالإضافة الى دراسة كوفمان-مارين-جيل (2005) مرضى السكر.

أما دراسة بوث (1992) فقد تمثلت عينة الدراسة على مدمني الكحوليات الذكور.

من حيث النتائج:

توصلت الدراسات السابقة الى العديد من النتائج المختلفة، ويرجع ذلك الى اختلاف هدف وفروض كل دراسة، فقد توصلت معظم الدراسات في نتائجها الى ما يلي:

- أن المساندة الاجتماعية تلعب دورا كبيرا في التخفيف من أعراض الاكتئاب وكما تقلل من الشعور بالضيق والأحداث الضاغطة والمشقة حسب دراسة نوريس وموريل (1984) ودراسة كوهن (1986).
- أن ما يقدم من دعم ومساندة للأفراد من حيث الحجم والكمية، له أثر كبير وفعال في حياة الافراد، مثل دراسة العيسى وإسماعيل (1994)، ودراسة كوفمان-مارين-جيل (2005).
- أكدت بعض الدراسات على وجود علاقة سلبية بين المساندة الاجتماعية والاكتئاب كدراسة نيلسون عام (1989)، ودراسة كيل واخرون (1993).
- بالإضافة الى ما أسفرته نتائج دراسة كلا من دين واخرون (1990)، ودراسة بوث (1992) أن إنخفاض في تقديم المساندة الاجتماعية يرتبط بزيادة الاعراض

الاكتئابية بينما ارتبط إرتفاع نسبة تقديم المساعدة الاجتماعية بانخفاض من الأعراض الاكتئابية.

• للمساعدة الاجتماعية دور مهم في الشفاء من الأعراض العضوية.

ومن بين الجوانب التي أهملتها هذه الدراسات هي:

إستخدام بعض الدراسات لعينات صغيرة الحجم مما يقف عائقا أمام تعميم النتائج.

الفصل الثاني:

المساندة الاجتماعية

تمهيد.

1. مفهوم المساندة الاجتماعية.
2. أهمية المساندة الاجتماعية.
3. مصادر المساندة الاجتماعية.
4. أشكال المساندة الاجتماعية.
5. وظائف المساندة الاجتماعية.
6. ابعاد المساندة الاجتماعية.
7. النماذج الرئيسية لتفسير الدور الذي تقوم به المساندة الاجتماعية.
8. العلاقة بين المساندة الاجتماعية والصحة النفسية.
9. علاقة المساندة الاجتماعية والمرض الجسدي.

خلاصة

تمهيد:

يواجه الانسان في حياته العديد من المواقف التي قد تتضمن خبرات مرغوب بها أو تكون مواقف صادمة ومهددة لحياته، حيث تعتبر المساندة الاجتماعية مصدرا هاما يحتاجه كل فرد في حياته اليومية ، بل هي حاجة ملحة يطمأنها الفرد في أن تحقق كلما احتاج إليها في المواقف الحياتية التي تواجهه ، ولذلك فإن الأشخاص المصابون بأمراض مزمنة هم أكثر من كغيرهم الذين يحتاجون إلى هذا الدعم من كافة المحيطين بهم، كالأسرة والأقارب والأصدقاء والزملاء، والمؤسسات الاجتماعية التأهيلية وغيرها من مصادر الدعم الأخرى، لأن لهم دورا كبيرا وفعالا في التخفيف عن همومهم وآلامهم، والآثار النفسية للمرض والاجتماعية السلبية ، وكذلك المواقف والضغوطات التي يتعرضون لها أثناء ممارستهم حياتهم اليومية .

2- تعريف المساندة الاجتماعية:

على الرغم من تعدد المفاهيم الخاصة بالمساندة الاجتماعية إلا أن معظم المقاييس المرتبطة بها تشير الى تقديم المساعدات المادية والمعنوية للفرد التي تتمثل في اشكال التشجيع أو التوجيه أو المشورة، ولقد إتفق في تعريفها كلا من كوهين (Cohen) وسيم (Syme) وسكتر (Schetter) "بأنها تفاعل الفرد في علاقته مع الآخرين" (بن عباد هوارية، 2014، ص9).

-تعريف سارسون وزملاؤه (Sarasson et al): هي الاعتقاد بوجود بعض الأشخاص الذين يمكن للفرد أن يثق فيهم، والذين يتركون لديه انطبعا بأنهم يحبونه ويقدرونه ويمكن اللجوء إليهم والاعتماد عليهم عندما يحتاجهم (عبد الله سيد معتر، 2000، ص25).

-ويعرفها حسين فايد: بانها مشاركة المشاعر، الانصات، والاستماع، والمعونة المالية، وتقديم الاقتراحات والمساعدة في الاعمال الخفيفة (بن عباد هوارية، 2014، ص80).

-تعريف ليبور (Lepoer): هي الإمكانيات الفعلية أو المدركة للمصادر المتاحة في البيئة الاجتماعية للفرد التي يمكن استخدامها للمساعدة وخاصة شبكة علاقته الاجتماعية التي تضم كل الأشخاص الذين لهم إتصال إجتماعي منتظم بشكل أو بآخر مع الفرد، وتضم شبكة العلاقات الاجتماعية -في الغالب- الأسرة والأصدقاء وزملاء العمل، وليست كل الشبكات العلاقات الاجتماعية دعما" (فايد علي حسين، 2001، ص338).

-تعريف مرسي إبراهيم كمال: يقصد بالمساندة الاجتماعية هي مساعدة الإنسان لأخيه الإنسان في مواقف يحتاج فيها إلى المساعدة والمؤازرة، سواء كانت مواقف سراء (نجاح وتفوق) او مواقف ضراء (فشل وتأزم)، فالإنسان يحتاج في مواقف السراء إلى من يشاركه أفراحه وسعادته بالنجاح، ويشعره بالإستحسان والتقدير لهذا النجاح والتوفيق، فيزداد به سعادة وسرورا ويحتاج في مواقف العوائق والصعوبات ويلتمس له عذرا في الأخطاء ويشاركه الاحزان في المصائب، ويساعده في الشدائد، ويشد في الأزمات والنكبات، ويشجعه على التحمل والصبر والاحتساب في هذه المواقف، فيتخلص الشخص من مشاعر الجزع والياس والسخط والحزن والخوف والغضب والظلم قبل أن تؤذيه نفسيا وجسميا ويحمي نفسه من أعراض ما بعد الصدمة. (مرسي إبراهيم كمال، 2000، صص196-197)

وتعرف المساندة الاجتماعية، بأنها الحصول على المعلومات من الأشخاص الذين يشعر الفرد نحوهم بالحب والاهتمام، والاحترام، والتقدير ويشكلون جزءاً من دائرة علاقاته الاجتماعية، ويرتبط معهم مجموعة من الالتزامات المتبادلة مثل: الوالدين، الزوج، الأولاد، الأصدقاء، والأصدقاء (بن عباد هوارية، 2014، ص72).

-وتعرفها ليفي (Levé) بأنها توافر أشخاص مقربين يتمثلون في أفراد الأسرة ومجموعة من الأصدقاء سواء الجيران أو في العمل يتسمون بالمشاركة الوجدانية والدعم المعنوي (مجد رفيق الكحوت، 2016، ص10).

ومن خلال التعاريف السابقة نرى أنها تتفق بينها كالتالي:

1. أن المساندة الاجتماعية شكل من أشكال التفاعل الاجتماعي بين الفرد والآخرين.
2. أن المساندة الاجتماعية تعبر عن سلوكيات معينة تشير إلى الإهتمام الجدي والرغبة في تقديم المساعدة.
3. أن المساندة الاجتماعية تشير إلى مستوى الرضا عن هذه المساعدات.
4. أن المساندة الاجتماعية تقدم من قبل أفراد وجماعات وتقدم إلى أفراد أو جماعات.
5. أن المساندة الاجتماعية تقدم في وقت الأزمات والكوارث لتعيد ثقة الفرد بنفسه وتعزيز هذه الثقة (لعمرات ياسين، 2015، ص19).

ونلخص أن المساندة الاجتماعية تتعلق باعتقاد الفرد أن ما في البيئة المحيطة من أشخاص ومؤسسات تعتبر مصدراً من مصادر الدعم وهي تؤثر في كيفية إدراك الفرد للأحداث الضاغطة وفي كيفية مواجهتها لها فهي لا تخفف أو تلطف من وقع الأحداث الصادمة فحسب، بل قد يكون لها تأثيرات واقية أو شافية من أثر هذه الصدمات وتجاوزها وتخفيف من ضغط بعض الأمراض والأزمات التي يمر بها الفرد، لذلك فإن المساندة الاجتماعية تتعلق بإعتقاد الفرد في مدى وجود أو توفر أشخاص مقربين يمكن ان يثق بهم ويعتقد أن بوسعهم ان يعتنوا به ويحبوه ويبقوا بجانبه عند الحاجة اليهم والشعور بالسند الذي تقدمه هذه العلاقات .

2- أهمية المساندة الاجتماعية:

تعتبر المساندة الاجتماعية من أهم مصادر الأمن النفسي لدى الافراد العاديين وغير العاديين، وعامل من عوامل اشباع احتياجاتهم الشخصية والاجتماعية وتساهم في توافقهم النفسي والاجتماعي، وتتأكد أهميتها بالنسبة للأشخاص المصابين بالأمراض المزمنة كالسرطان حيث تفرض عليهم ظروف نشأتهم ونشأة ظهور المرض وعدم إشباع حاجاتهم للحب والامن والرعاية نوعا من العزلة الاجتماعية والاحساس بالنقص وقصور في تفاعلات وظهور بعض الاضطرابات النفسية إضافة لي لأمراض الجسدية، ولكن متى ما توافرت لدى المرضى مقومات المساندة الاجتماعية بمختلف أبعادها ، فإنه سيكون متوافقا نفسيا واجتماعيا ويشعر بقيمته وأهميته وبذلك تخفف لديه بعض الاعراض النفسية وتخفف عنه الالم الجسمية.

كما يرى دولباير (Dolbier)(2000) أن المساندة الاجتماعية تعمل على التخفيف من الإحساس وبالمرض وتساعد الفرد على تحسن أدائه لوظيفته (شيماء احمد محمد الديداموني، 2009، ص29) وتؤدي الي زيادة مشاعر السعادة والرفاهية، وإن تلقى المساندة الاجتماعية او تقديمها للآخرين يرتبط ارتباطا وثيقا بالصحة الجسمية والنفسية الموجبة (المرجع السابق نفسه، 2009، ص29)

يشير سارسون وآخرون الى أن الفرد الذي ينشأ وسط أسرة مترابطة تسودها المودة والالفة بين افرادها يصبحون أفرادا قادري على التحمل المسؤولية ، ولديهم صفات قيادية ، لذا نجد المساندة تزيد من قدرة الفرد على مقاومة الإحباط ، والتقليل من المعاناة النفسية في حياته الاجتماعية ، وأنها تلعب دورا مهما في الشفاء من الاضطرابات النفسية كما تساهم في التوافق الإيجابي، والنمو الشخصي للفرد ، وكذلك تقي الفرد من الاثار الناتجة عن الأحداث الضاغطة، وأنها تخفف من حدة هذه الأثار وعليه فإن هناك عنصرين مهمين ينبغي أخذهما في الاعتبار وهما: إدراك الفرد أن هناك عددا كافيا من الأشخاص في حياته، يمكن أن يعتمد عليهم عند الحاجة، وإدراك الفرد درجة الرضا عن هذه المساندة المتاحة له، واعتقاده في كفاية وكفاءة وقوة المساندة، وهذان العنصران مرتبطان ببعضهما ويعتمدان في المقام الأول على الخصائص الشخصية التي يتسم بها الفرد (عبد الرزاق، 1998، ص569)

ويذكر برهام (parham) أن المساندة الاجتماعية تقوم بمهمة حماية الشخص لذاته وزيادة الإحساس بفاعليته ، بل أن احتمالات إصابة الفرد بالاضطرابات النفسية والعقلية تقل عندما يدرك أنه يلتقى المساندة الاجتماعية من شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة به ، ولاشك فيه إن هذه المساندة تؤدي دورا هاما في تجاوز أي أزمة قد تواجه الشخص ، وهنا تؤدي المساندة دورا وقائيا. (ياسين لعميرات، 2014، ص25)

ويرى سارسون وآخرون أن مجرد إدراك الفرد لوجود أفراد يهتمون به ويساعدونه عند احتياجه يعتبر مخففا للضغوط والظروف التي قد يتعرض لها الانسان في حياته.

وترى نسرين (2008): أن المساندة الاجتماعية تساعد الفرد على التعامل مع تهديدات الحياة والتغلب عليها، وخفض الضغوط النفسية، وذلك من خلال العلاقات الاجتماعية للفرد مع الآخرين.

ويرى هاوس وآخرون (House et al) أن الافراد الذين يتمتعون بعلاقات تمكنهم من الحصول على المساندة الاجتماعية تقل لديهم درجة الشعور بالقلق ويكونون أقل عرضة للاضطرابات النفسية، وذلك من خلال إحساس الفرد بقيمته وأهميته في شبكة علاقاته.

وتؤكد نسرين (2008): على ذلك فتذكر ان غياب او انخفاض مستوى المساندة الاجتماعية قد يؤدي الى كثير من المشكلات ومنها ظهور الاستجابات السلبية في مواجهة احداث الحياة الضاغطة ، فيصبح الفرد اكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب وانخفاض تقدير الذات والخجل الشديد ، وبالعكس فان الفرد الذي يتمتع بمساندة اجتماعية تتميز بالمودة والقبول من الآخرين منذ أوائل حياته ، فانه سيصبح شخصا واثقا من نفسه وقل عرضة للضغوط النفسية ، واكثر مقاومة للإحباط ، وقادرا على حل مشكلاته بشكل إيجابي. (نسرين بن عبد الرحمان جمبي، 2008، ص42).

ويذكر "الشناوي وعبد الرحمان": ان كثيرا من الباحثين يرون ان المساندة الاجتماعية لها دوران اساسيان في حياة الفرد : دور انمائي ودور وقائي ، ففي الدور الإنمائي يكون الافراد الذين لديهم علاقات اجتماعية يتبادلونها مع غيرهم افضل من ناحية الصحة النفسية عن غيرهم ممن يفتقدون هذه العلاقات وفي الدور الوقائي فإن المساندة الاجتماعية تساعد على مواجهة أحداث

الحياة الضاغطة بأساليب إيجابية وفعالة ،فالأشخاص الذين يمرون بأحداث مؤلمة تتفاوت استجاباتهم لتلك الاحداث تبعا لتوفر المساندة والعلاقات الاجتماعية الجيدة، حيث يزداد احتمال التعرض لاضطرابات نفسية كلما نقص مقدار المساندة الاجتماعية كما ونوعا , فحجم المساندة ومستوى الرضا عنها له دوره المؤثر في كيفية ادراك الفرد لضغوط الحياة المختلفة وأساليب مواجهته وتعامله معها. (نسرين بن عبد الرحمان جمبي,2008، ص43).

ويشير سارسون وآخرون أن المساندة الاجتماعية تلعب دورا مهما كذلك في الشفاء من الاضطرابات النفسية و العقلية كما تسهم في التوافق الإيجابي للفرد، أي انها تلعب دورا علاجيا، وليس هذا فحسب بل يمكن ان تلعب دورا تأهليا للمحافظة على وجود الفرد في حالة رضا عن علاقته بالآخرين(محمود عودة,2010,ص52)

3-مصادر المساندة الاجتماعية:

3-1-المصدرالأول:المساندة الرسمية:

تشمل المهنيين مثل الأطباء والأخصائيين النفسيين والمعلمين والأشخاص او المنظمات التي تقدم المساعدات الطبية والعاطفية والمعلوماتية والتشجيعية وغيرها من أنواع المساعدات (Hall,2008,p18)

حيث يحرص المجتمع بمختلف مؤسساته على تقديم المساندة للأفراد وخصوصا في وقت الازمات والمشكلات للمساعدة في تخفيف الألمهم ومعاناتهم وتتمثل هذه المساندة الرسمية في أنها مادية وعينية أكثر منها نفسية.(محمد رفيق الكلوت,2016، ص18).

3-2-المصدر الثاني: المساندة الغير الرسمية:

وتعرف المساندة الاجتماعية الغير رسمية بأنها السند العاطفي أو المساعدات الملموسة المقدمة فعلا أو المتوقع أن تكون متاحة من أعضاء الأسرة والأصدقاء والجيران.

ويقصد بها أيضا بأنها مجموع المساعدات التي يتلقاها الأفراد من العائلة والأصدقاء والجيران والزملاء وهي خارج كل الأطر المؤسسية وتكون هذه المساندة بدفع المودة والمحبة والمصالح الاجتماعية والإنسانية والدينية، فالأسرة هي من اهم مصادر المساندة الاجتماعية بالنسبة للفرد

وأكثر تأثيراً في حياته وهي مشتركة في كافة مراحل عمر الفرد، وهي التي تساعد في اكتساب الفرد في مختلف الخبرات، وتساعد في تكوين شخصيته وتقديره لذاته. (مجد رفيق الكلوت، 2016، ص19).

4- أشكال المساندة الاجتماعية:

تجدر الإشارة إلى أن هناك مظاهر متعددة للمساندة الاجتماعية، نأخذ على سبيل المثال تقسيم كل من Michelle et Tricket حيث قسم المساندة الاجتماعية الي:

4-1- **المساندة العاطفية (الوجدانية):** التي تتضمن كل مشاعر الحب والعاطفة والثقة، أما Hartmann على أنها "نمط معين من الاتصال الذي يهدف لمساعدة الفرد على المواجهة الفعالة للضغوط الانفعالية".

4-2- **المساندة المعيارية:** وتتضمن تقدير الجهد المبذول، وتشجيع الهوية الاجتماعية للفرد وقيمه، والاحساس بالإنتماء إلى الجماعة.

4-3- **المساندة المجتمعية:** المشاركة في النشاطات والتعرف على أشخاص آخرين كذلك المرافقة الاجتماعية.

4-4- **المساندة بالمعلومات:** تتضمن النصائح و التوجيهات (Alaire .1998. p4).

4-5- **المساندة الادائية:** وتشمل المساعدة المادية والمالية، مثل القيام بإقراض الفرد مبلغاً من المال، أو دفع الفواتير، أو المساعدة في الأعباء المنزلية، أو مساعدته للقيام ببعض الأعمال البسيطة. (هناء احمد شويخ، 2007، ص89).

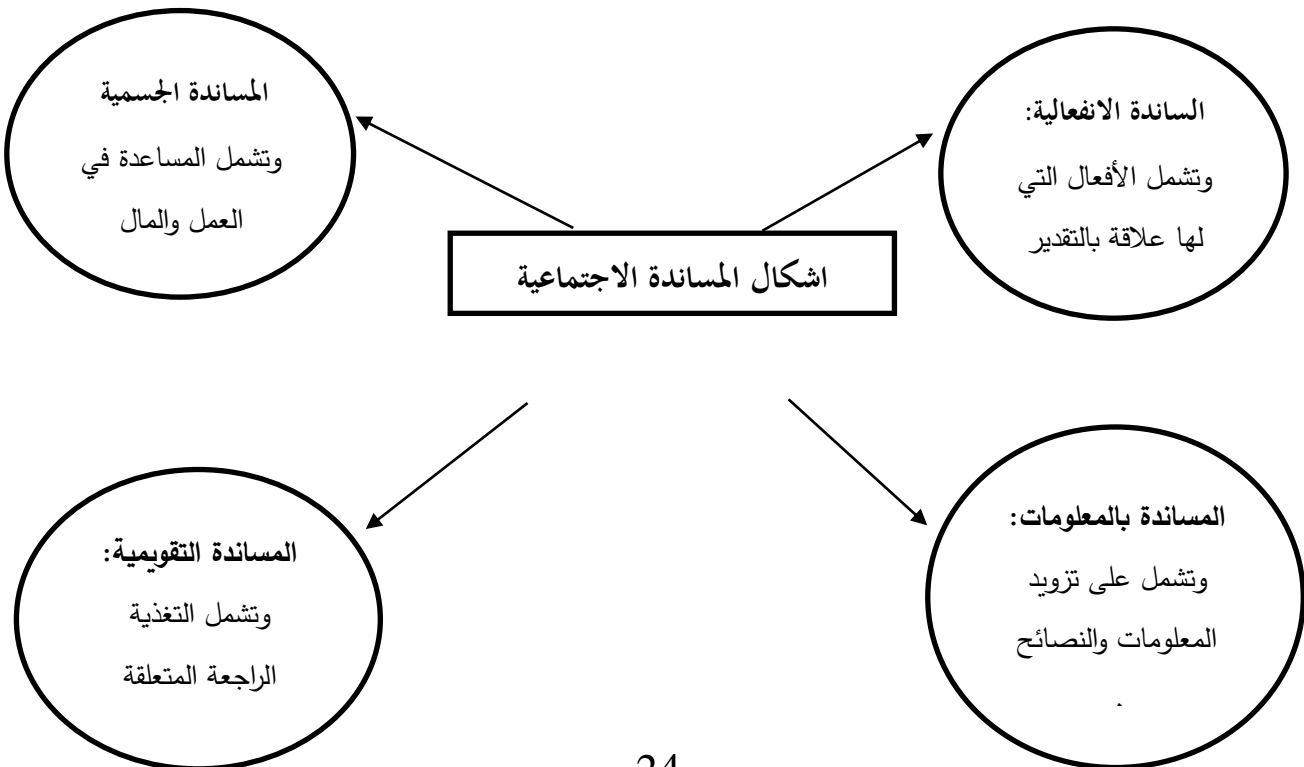
ويتفق هذا التقسيم مع تقسيم كوهين وويلز (1985) Cohen et wills حيث أشارا إلى أن المساندة تأخذ اشكالا وأنواعا مختلفة ، فقد تكون مساندة انفعالية وتتضمن الإعجاب والثقة وتقديم الحب والتعاطف والاهتمام والاصغاء إلى الآخرين ،أو تكون مساندة معلوماتية وذلك من خلال تزويد الفرد بالمعلومات وتقديم النصيحة والاقترحات التي تساعد في أوقات الأزمات والضغوط على كيفية التعامل معها فضلا عن تعليمه مهارات تساعده في التغلب على المشكلة ، وهناك المساندة الإجرائية أو الوسيلة وتتضمن تقديم العون المالي وإمكانيات المادية والخدمات

اللازمة ، وهناك أيضا المساندة الوظيفية وهي تشير إلى المصادر الجسمية والنفسية التي تكون متاحة للفرد من خلال العلاقات الاجتماعية الوثيقة مع الآخرين (طه عبد العظيم حسين ، سلامة عبد العظيم حسين،2006،ص137).

ونجد أنه مهما اختلفت أنواع المساندة باختلاف تسمياتها فهي لا تخرج عن هذين الصنفين: مساندة ملموسة (Tangible) (كالمساندة المادية والأدائية) ومساندة غير ملموسة (Non tangible) (كالمساندة الوجدانية، والتقديرية ...). و هي مساندة معنوية. لكن هذا الفرق يبقى نسبي بحيث نفس السلوك الداعم يمكن أن ينتمي إلى ينتمي إلى أكثر من نوع واحد من المساندة. (Beauregard et Dumont ,1996,p62).

بناء على ما سبق يمكن القول بأن المساندة الاجتماعية تستلزم وجود أشخاص مقربين من الفرد يحبونه ويقدرونه، ويرغبونه ويعتبرونه ذو قيمة. ويمكنه الاعتماد عليهم في وقت الحاجة والضيق، وهي تتوقف على مدى إدراك ورضا الفرد عنها والمساندة الاجتماعية تتخذ أشكالاً مختلفة، وهي تختلف باختلاف المراحل العمرية التي يمر بها الفرد في حياته. والتي يمكن توضيحها بالشكل التالي:

شكل رقم (01): مخطط بين أشكال المساندة حسب (karen ,1987) نقلا عن (فوزية الكردي،2012، ص14).



5-وظائف المساندة الاجتماعية:

تشير نسرين (2008) إلى أن كلا من شوماكر و برونيل ذكرا أن للمساندة وظيفتين هما: وظائف مساندة الحفاظ على الصحة الجسمية والنفسية والعقلية، ووظائف تخفيف أو الوقاية من الآثار النفسية السلبية لأحداث الحياة الضاغطة، وفيما يلي تفصيل ذلك:

5-1-وظائف مساندة الحفاظ على الصحة الجسمية والنفسية و العقلية:

وتشير هذه الوظائف إلى الحفاظ على الوحدة الكلية للصحة الجسمية والنفسية والعقلية وصولاً إلى تعزيز وتقوية سعادة المتلقي واحساسه بالراحة النفسية والاطمان في حياته وتنقسم وظائف مساندة الصحة الى ما يلي:

5-2-إشباع حاجات الانتماء Satisfaction of affiliativeneeds

فالمساندة الاجتماعية يمكن أن تشبع حاجات الأفراد للاتصال بالآخرين والإندماج معهم، مما يخفف من التأثير الضار للعزلة والوحدة، ومن خلالها يستطيع الأفراد الحصول على مشاعر الإنتماء التي تشبع حاجات الانتماء لديهم، والموارد المرتبطة بهذه الوظيفة يمكن أن تشمل (تعبيرات الرعاية -الحب-الفهم-الاهتمام-المودة).

5-3-المحافظة على الهوية الذاتية و تقويتها Self-identity maintenance and enhancement

الذات تتكون من مجموعة هويات متباينة، ومن خلال التفاعل الاجتماعي مع الآخرين تنمو شخصية الفرد مكتسبا بذلك وعيه بذاته الاجتماعية، كما ان الافراد يقيمون ويوضحون نظم معتقداتهم بمقارنة آرائهم واتجاهاتهم ومعتقداتهم بالآخرين، ويكون ذلك عن طريق التغذية الرجعية المرتبطة بمظاهر الذات ونماذج السلوك الملائم في المواقف المختلفة للوصول الى اتفاق في الآراء ووجهات النظر مع الآخرين (نسرين بن عبد الرحمان جمبي، 2008، ص44).

5-4- تقوية تقدير الذات Self-esteemenhancement

يمكن للمساندة الاجتماعية أن تقوي شعور الفرد بقيمته واحساسه بكفاءته الشخصية، وذلك عن طريق تأكيد وتثبيت القيمة والاستحسان والمدح وتعبيرات الاحترام للمتلقي.

وهذه الوظائف الثلاث ترتبط بطبيعة مساندة الذات الخاصة بهذه المظاهر، أي أنه إذا تلقى الافراد مساندة مستمرة، توفر لهم شعورا بالأمن وتدعم تقدير الذات لديهم وقوة هويتهم الذاتية، فيصبحون أقل تعرضا لعوامل الضغط مقارنة بالأفراد الذين لم يتلقوا مثل هذه المساندة.

5-2- وظائف التخفيف او الوقاية من الاثار النفسية السلبية لأحداث الحياة الضاغطة:

وتقوم هذه الوظائف على تخفيف الضغط أو الوقاية من الأثار النفسية السلبية لأحداث الحياة الضاغطة من خلال تعليم الفرد الأسلوب الأمثل لمواجهة الضغوط والمشكلات بأساليب إيجابية تمنع اثارها السلبية. تنقسم هذه الوظائف الى:

5-2-1- التقييم المعرفي Cognitive Appraisal

وينقسم الى تقييم أولى وتقييم ثانوي ، فالتقييم الأولى يشير إلى تفسير الفرد لعوامل الضغط المحتملة ، وتستطيع المساندة في هذه المرحلة توسيع التفسير الفردي للحدث وتحسين فهمه بوضوح أكبر، وتشمل المساندة في هذه المرحلة معلومات لفظية عن الحدث والاستجابة النموذجية له، فاذا فسر Coping الحدث على انه تهديد له يظهر التقييم الثانوي والذي يشير الى تقييم الافراد لمصادر المواجهة المتاحة ، وتستطيع المساندة في هذه المرحلة أن توسع عدد اختيارات المواجهة وتوفير استراتيجيات مواجهة نموذجية انفعالية وسلوكية وتوفر المعلومات اللازمة للمواجهة , وأساليب حل المشكلات.

5-2-2- النموذج النوعي للمساندة The specificity model of support

تقوم المساندة الاجتماعية في هذا النموذج بوظيفة مباشرة بإمداد المتلقي بالمصادر المطلوبة لمواجهة الحاجات النوعية التي تثيرها عوامل الضغط.

(نسرین بن عبد الرحمان جمبي, 2008، ص45)

5-2-3- التكيف المعرفي Cognitive adaptation

يمر الأفراد بثلاث عمليات ليواجهوا الاحداث التي تهددهم بطريقة معرفية (البحث عن معنى الحدث الضاغط ، محاولة استعادة السيطرة على حياتهم ومواجهة الحدث ، وتقوية تقدير الذات) والمساندة يمكن أن تلعب دورا مهما في كل عملية من هذه العمليات ، وذلك عن طريق تزويد الفرد بالمعلومات اللازمة عن هذا الحدث ، وأساليب مواجهته ، وطرق السيطرة عليه، بالإضافة إلى دعمه بالمحافظة على تقوية لذاته (نسرين بن عبد الرحمان جمبي ,2008,ص45).

6-أبعاد المساندة الاجتماعية:

على الرغم من تنوع وجهات النظر فإنه يبدو أن هناك في الأوساط العلمية توافق في الآراء أن المساندة الاجتماعية مفهوم متعدد الأبعاد، وقد اقترح "باريرا Barrera"(1986) وفرانكلين وستريتير Franiklin et Streeter (1992) ثلاثة أبعاد من المساندة الاجتماعية وهي كالتالي:

6-1-شبكة المساندة:

يحدد فو Vaux (1988-1992) شبكة المساندة على النحو التالي: "أن شبكة المساندة مجموعة فرعية من الشبكة الاجتماعية التي يلجا إليها الفرد، وعندما نتحدث عن موارد الشبكة فأنا نتحدث عن كبره، هيكلته وخصائصه العلائقية".

-**الطريقة الأولى:** هي استخدام المؤشرات على وجود الاشقاء الأكبر سنا، المشاركة في المنظمات المجتمعية وغيرها، وتستخدم هذه المؤشرات مع افتراض ان الروابط الاجتماعية المتاحة لتقديم المساندة من خلال الازمات.

-**الطريقة الثانية:** هي تحليل الشبكات الاجتماعية، وهذا الشكل من التحليل غالبا ما ينطوي على منظمة لتحديد هوية الافراد الذين لديهم علاقات مهمة مع الشخص. (Beauregard et Dumont ,1996,p58).

6-2- سلوكات المساندة:

هو تطور للمساندة الاجتماعية بوصفه مجموعة من السلوكات التي تقدم المساندة فعلا للشخص، وهو مساندة نشطة تتكون من سلوكيات معينة التي تنفذها من قبل الآخرين، وينظر إليه على أنه تعبير واضح على مساندة أو مساعدة، والوسائل المستعملة تعتمد على تحديد السلوكات الخاصة بالمساندة في إطار علائقي، لكن قياس هذه السلوكات يعتمد على الرجوع إلى تجارب قبلية وليس على الملاحظة الحالية، مما يحد نوعا ما من الدقة في القياس. (Beauregard et Dumont ,1996,p59).

6-3- التقييم الذاتي للمساندة:

يشير إلى التقييم المعرفي للشخص المساندة التي يعتقد الحصول عليها من الآخرين، وإدراكه للمساندة المقدمة والرضا عنها، وأخيرا الثقة بأن المساندة ستكون موجودة في حالة الحاجة إليها، تتعلق بمجموعة مختلفة من المساندة كالمساندة المادية، المعلوماتية والعاطفية، والمساندة متعلقة بتجربة شخصية أكثر منها بظروف موضوعية.

وهناك دراسة لتريسي وايبيل Tracy et Abell (1994) المعلومات حول حجم الشبكة الاجتماعية وحدها لا تستطيع أن توفر تقييما لنوعية وحجم المساندة الاجتماعية يمكن أن تكون الشبكة صغيرة لكنها ذات فعالية في حين ان الشبكات الكبيرة قد لا توفر مساندة Beauregard et Dumont, 1996,p60).

7- النماذج الرئيسية لتفسير الدور الذي تقوم به للمساندة الاجتماعية:

يمكن التمييز بين أربعة تنظيرات مختلفة للمساندة الاجتماعية على النحو التالي:

- من الناحية الاجتماعية ينظر اليها في إطار عدد من روابط وعلاقات الفرد مع الأشخاص في بيئته الاجتماعية ومدى قوة هذه الروابط، أي درجة الاندماج الاجتماعي للفرد الذي من شأنه تحسين الصحة من خلال دعم السلوك القويم عن طريق منع الفرد من ممارسة سلوك غير قويم.

-ساوى الباحثون في المنظور الثاني بين المساندة الاجتماعية ووجود علاقات مرضية تتسم بالحب والالفة والثقة.

-بينما يرى المنظور الثالث انها تتشكل فكرة انه في ظل الظروف الضاغطة يمكن الاعتماد على الاخرين طلبا للنصح والفهم القائم على التعاطف الوجداني وهذا المفهوم يطرح فكرة ان مجرد إدراك الفرد لوجود شخص يمكن اللجوء اليه طلبا للمساعدة يساهم بالفعل في التقليل من الضغط.

-أن مفهوم المساندة يشير الى تلقي أفعال تدل على المساندة من الاخرين بمجرد حدوث موقف الضغط (عبير بنت محمد حسن الصبان, 2003, ص27).

ويمكن توضيح هذه النماذج الرئيسية على النحو الاتي:

7-1- نموذج الأثر الواعي (المخفف من الضغط):

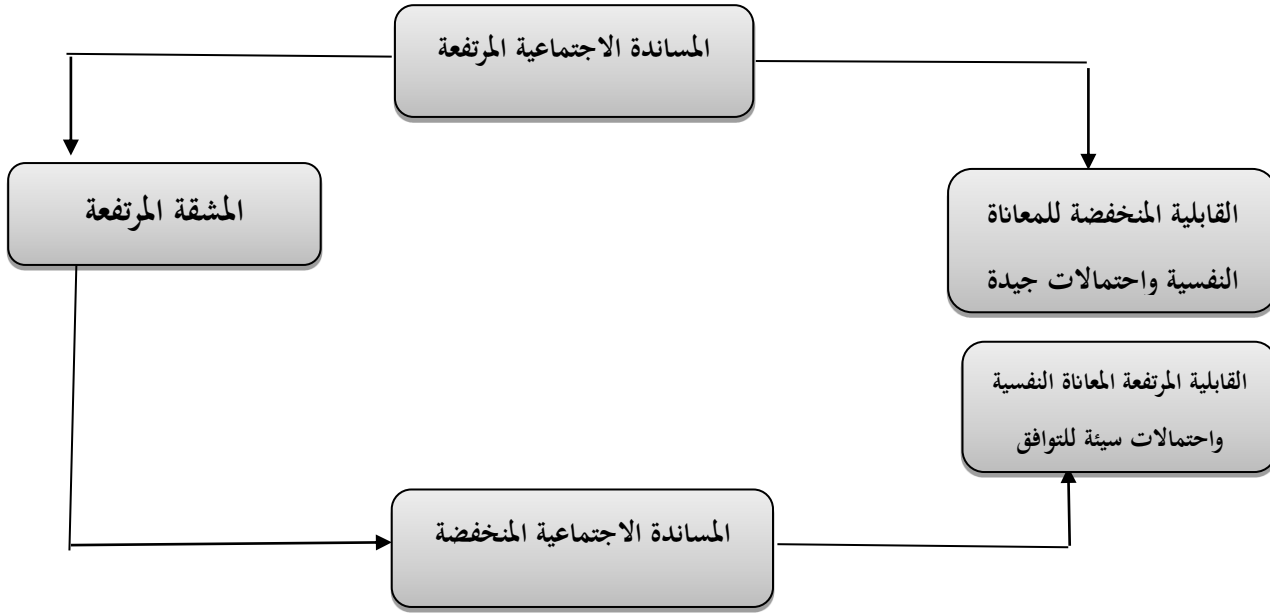
يفترض هذا النموذج أن المساندة الاجتماعية تستطيع أن تخفض من الضغط النفسي حتى يستعيد الفرد النقص الذي لديه بسبب الحزن، وتقدم هذه النظرية مفهوما نظريا جديدا هو نموذج الحماية ويقصد به أن المساندة الاجتماعية المرتفعة تحمي الشخص من سيطرة الضغط النفسي وتأثيره على حالته الصحية.

أي أن هذا النموذج يرتبط بالصحة فقط بشكل أساسي للأفراد الذين يقعون تحت ضغط، وينظر فيه إلى إن المساندة الاجتماعية تحمي الافراد الذين يتعرضون للضغوط من احتمال التأثير الضار لها، ومن ثم فان المساندة تقوم بدورها في نقطتين مختلفتين بين الضغط والمرض وهي:

-تدخل المساندة بين الحدث الضاغط (أو توقعه) وبين رد فعل الضغط، حيث تقوم بتخفيف أو منع استجابة تقدير الضغط بمعنى أن إدراك الفرد للي الاخرين يمكنهم ان يقدموا له الإمكانيات اللازمة، قد يجعله يعيد تقدير إمكانية وجود ضرر نتيجة للموقف ومن ثم فان الفرد لا يقدر الموقف على انه شديد الضغط (عبير بنت محمد حسن الصبان, 2003, ص28).

-تتدخل المساندة بين خبرة الضغط بالتأثير المباشر على العمليات الفيزيولوجية وقد تزيل المساندة الأثر المترتب على تقدير الضغط عن طريق تقديم حل للمشكلة، وذلك بالتخفيف أو التهوين من الأهمية التي يدركها الفرد لهذه المشكلة. (عبير بنت محمد حسن الصبان، 2003، ص28).

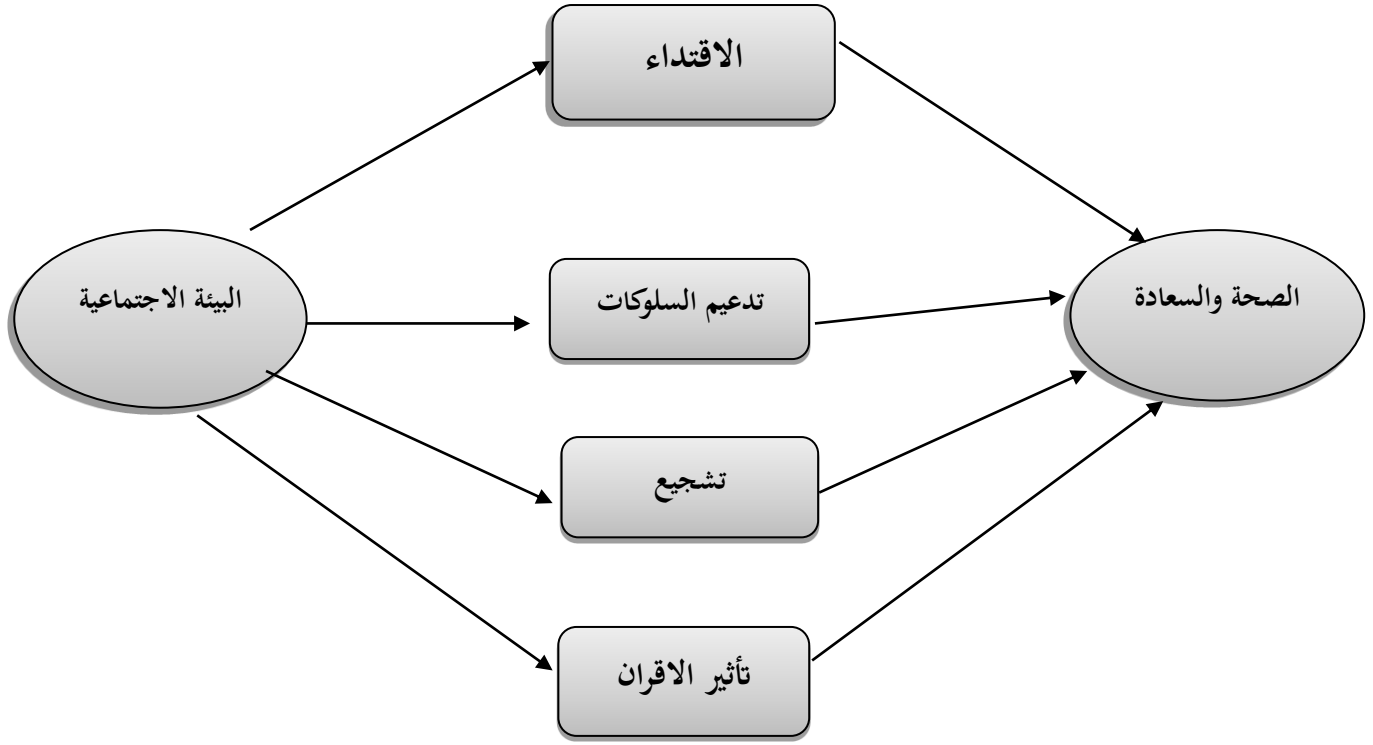
وهذا ما يوضحه الشكل التالي:



الشكل رقم (02): نموذج الأثر الواقي (مروان عبد الله دياب، 2006، ص61).

7-2- نموذج الأثر الرئيسي:

يفترض هذا النموذج أن المساندة الاجتماعية لها تأثير مفيد على حياة الفرد وسعادته بغض النظر عما كان هذا الفرد يقع تحت ضغط أم لا، وقد إشتق هذا النموذج أدلته من واقع التحليلات الإحصائية التي أظهرت وجود أثر رئيسي لمتغير المساندة الاجتماعية على الصحة البدنية والنفسية لأن الشبكات الاجتماعية يمكن أن تزود الأفراد بخبرات إيجابية منتظمة ومجموعة من الأدوار التي تلتقي مكافاة من المجتمع وهذا النوع من المساندة يرتبط مع السعادة ويجلب الخبرات السالبة التي قد تزيد من احتمال حدوث الاضطراب السيكوسوماتي، ويرتبط بالصحة البدنية عن طريق اثار الانفعال على الهرمونات العصبية او عن طريق التأثير على أنماط السلوك المتصل بالصحة مثل تدخين السجائر ويوضح الشكل الاتي:



شكل رقم (03): نموذج كوهين وويلز يوضح تأثير المساندة الاجتماعية على الفرد (فوزية كردي، 2012، 17)

7-3- نموذج الارتباط:

يرى بولي (Bowlby) مؤسس نظرية الارتباط (Attachment) أن المساندة الاجتماعية التي يقدمها الأهل والأصدقاء لا تعوض الفرد عن النقص الكبير الذي يكون حدث له بسبب فقد شخص عزيز لأنه فقد الشخص الذي يمثل الارتباط.

وهناك نوعان من الشعور بالوحدة النفسية هما:

- ✓ الشعور بالوحدة الوجدانية.
- ✓ الشعور بالوحدة الاجتماعية.

والمساندة الاجتماعية تؤثر فقط في الشعور بالوحدة الاجتماعية أما الحالة الزوجية (متزوج-أرمل) فهي تؤثر في الشعور بالوحدة الوجدانية، وذلك لأن غياب الارتباط الوجداني مع المشكل الذي يتعلق به الفرد يؤثر على شعور بالوحدة الاجتماعية، وهناك بعض الدراسات التي أيدت نموذج الارتباط واعتبرت أن تعبير الفرد عن خبراته الوجدانية سواء بالكتابة أو الحديث يؤدي إلي تحسين في حالته الصحية بل أن تلك الكلمات التي يستخدمها في وصف الصدمة تتنبأ عن مدى التحسن في حالته الصحية البدنية أو النفسية. لشعور بالوحدة الوجدانية. (أسماء إبراهيم، 2001، ص14)

4-7-4- النموذج الشامل:

وضع هذا النموذج ليبرمان وبرلين (Pearl in et Libermann) وتم إعادة تطويره في عام (1981م) وهو يرى ان المساندة الاجتماعية يمكن ان تحقق تأثيرها حتى قبل وقوع الحدث الضاغط على النحو الاتي:

- ✓ يمكن ان تحد المساندة الاجتماعية من احتمالية وقوع الحدث الضاغط.
- ✓ إذا وقع الحدث الضاغط فان المساندة من خلال تفاعلها مع العوامل ذات الأهمية قد تعدل او تغير من إدراك الفرد للحدث، ومن ثم تلتطف او تخفف من التوتر المحتمل.
- ✓ إذا وصل التوتر الى درجة تجعل الحدث المتوقع يغير من وظائف الدور يمكن للمساندة ان تؤثر على علاقة بين الحدث الضاغط والاجهاد المصاحب.
- ✓ بمقدار الدرجة التي ينحدر عندها الحدث الضاغط فان عوامل شخصية مثل تقدير الذات تجعل في إمكانية المساندة على مستوى التوافق. (قدور بن عباد هوارية، 2013، ص97).

وفي الأخير يمكن القول أن المساندة دورين هامين الأول وقائي: الفرد الذي يدرك وجود علاقات يكونون في صحة جيدة أفضل من غيرهم الذين يفتقدون لهذه العلاقات.

أما الدور الثاني: فهو دور علاجي حيث ان استجابة الذين يمرون بأحداث مؤلمة تتفاوت تبعاً لوجود هذه العلاقات الودية والمساندة الاجتماعية بمختلف ابعادها الكمية والكيفية، فهي تعمل على تحسين من أساليب المواجهة.

8-العلاقة بين المساندة والصحة النفسية:

تلعب المساندة الاجتماعية دورا هاما في مواقف ردود الفعل تجاه مضاعفات الامراض والمواقف المختلفة , الوقاية من الاكتئاب في الاحداث المؤلمة والاعراض الجسمية التي تنتج عن التعطل عن العمل ,والوقاية من الوقوع في الاضطرابات الانفعالية .(الشناوي عبد الرحمان,ص1994,ص5).

حيث يحتاج المريض للمساعدات الاجتماعية العاطفية وربما الوسيلة المادية وتبين أيضا ان المساندة الاجتماعية تخفف من الاكتئاب الذي تسببه ضغوط الحياة المرتفعة.

فالفرد يكون أثناء أزماته حساسا وسريع الانفعال، وربما لا يستطيع السيطرة على ردة فعله وسلوكياته، الامر الذي يبرز دور مساعدة الاخرين. كما ان المساندة الاجتماعية مفيدة وفعالة في مرحلة المرض، إذ يحتاج الفرد الى التعاطف والمساندة المعنوية العاطفية.

وفي دراسات المقارنة بين الأزواج والزوجات في اللجوء الي الدعم الاجتماعي، وجد ان الزوجات يلجان الى الدعم الاجتماعي أكثر من الأزواج، لا ان الأزواج الأكثر سعادة، هم الذين يلجئون للدعم الاجتماعي.(بن عباد هوراية,2014، ص101).

وقد أوضحت الدراسة الطولية التي قام بها ستروب وآخرون أن هناك علاقة عكسية بين المساندة الاجتماعية والاكتئاب والاضطرابات السيكوسوماتية، وظهر نفس التأثير للمساندة الاجتماعية على الحالة الصحية لعينة من الأرمال حيث ظهرت علاقة ارتباطية موجبة بين المساندة الاجتماعية والحالة الصحية، كما تبين أن الارامل اللاتي يتمتعن بشبكة اتصال اجتماعية كبيرة أقل احتياجا إلي الارشاد النفسي . (أسماء إبراهيم,2001، ص14)

ويرى جاب الله أن المساندة الاجتماعية التي تلقاها الفرد من الآخرين سواء في الأسرة أو خارجها تعد عاملا هاما في الصحة النفسية من ثم يمكن التنبؤ بأنه في ظل غياب المساندة الاجتماعية أو انخفاضها يمكن أن تنشط الآثار السلبية للأحداث والمواقف السيئة التي يتعرض لها الفرد مما يؤدي الي اختلال الصحة النفسية لديه (جاب الله,1996، ص236).

9-علاقة المساندة الاجتماعية والمرض الجسدي:

حسب الدراسات السابقة يمكن للمساندة الاجتماعية ان تقلل من الوفيات الناجمة عن الامراض الخطيرة، فقد بينت النتائج، بأن الافراد الذين لديهم علاقات اجتماعية أكثر من الناحية الكمية، وأحيانا نوعية متميزة من العلاقات، تكون معدلات الوفيات بينهم متدنية، وهذا ما أثبتته دلائل تم الحصول عليها نتيجة مسح أجري على الراشدين من سكان منطقة الأميدا في كاليفورنيا حول الدور الذي تقوم به المساندة الاجتماعية في مقاومة التهديد الناجم عن المرض.

إذ سئل حوالي 7000 شخص عما لديهم من روابط اجتماعية ثم، تتبع معدلات الوفاة بينهم على مدى 9سنوات.

وأظهرت النتائج بأن الافراد الذين كان لديهم عدد أقل من الروابط الاجتماعية هما الأكثر تعرضا للموت خلال تلك الفترة، ومن أولئك الذين كان لديهم روابط متعددة فالنساء اللواتي كانت لهن روابط اجتماعية تمكن من العيش أكثر من الاخريات بمعدل سنة 8/2، وكذلك تمكن الرجال بمعدل العيش 3/2 سنة أكثر من الاخريين.

كما بينت دراسة (Cordova et al. 2007) أن المرأة التي تعاني من نقص المساندة الاجتماعية لا تستطيع التعبير عن معاناتها من المرض وتطور اعراضه.

وهنا نجد بان المساندة الاجتماعية التي تقدم من مختلف الشبكات الاجتماعية (الاسرة الأصدقاء الزملاء) للفرد لها دورا هاما في التخفيف من الاثار الناجمة عن الامراض ومن المعاناة والاضطرابات النفسية، كما تقلل من احتمال الإصابة بالأمراض السيكوسوماتية.

خلاصة:

تطرقت الباحثة في هذا الفصل إلى مفهوم المساندة الاجتماعية على أنها الدعم الذي يتلقاه الفرد من الآخرين سواءً معنويًا أو ماديًا ، وإدراك الفرد لتلك المساعدة المقدمة له, كما تطرقنا إلى أهمية المساندة الاجتماعية في تخفيف بعض الأعراض النفسية وكما تطرقنا إلى أهم مصادرها ، أشكالها، أبعادها، والنماذج الرئيسية لتفسير الدور الذي تقوم به المساندة الاجتماعية، وصولاً إلى العلاقة بين كلا من المساندة الاجتماعية و الصحة النفسية والمرض الجسدي.

الفصل الثالث: الإكتئاب

تمهيد

1- تعريف الاكتئاب

2- أعراض الاكتئاب

3- أنواع الاكتئاب

4- أسباب الاكتئاب

5- النظريات المفسرة للاكتئاب

6- تشخيص الاكتئاب

7- علاج الاكتئاب

خلاصة

تمهيد:

يعتبر الاكتئاب من بين الأمراض الأكثر إنتشارا منذ القدم، وقد زاد إنتشاره بشكل سريع خاصة في عصرنا الحالي ويعد من بين الامراض أكثر ارتباطا بالأمراض السيكوسوماتية بصفة عامة، ومن المعلوم أن الاكتئاب يمس جميع جوانب الشخصية بأبعادها المختلفة وهذا ما يزيد من حدة المرض ومعاناة المريض.

وسنطرح في هذا الفصل مجموعة من التعاريف المختلفة والمتنوعة للاكتئاب، بالإضافة الى تبيان بعض أعراضه، وصولا إلى النظريات المفسرة له باختلاف تيارات البحث فيه، التطرق إلى أسبابه، وصولا الى التشخيص والوقاية من الاكتئاب وأخيرا العلاج.

1-تعريف الاكتئاب**1-1-التعريف اللغوي:**

يقال اكتئب فلان، أي حزن وأعتم وانكسر والكأبة تغير النفس بانكسار من شدة الهم والحزن، أما الكأبة فهي الحزن الشديد ويلاحظ هنا ان التعريف اللغوي للكأبة يتجاوز الوصف البسيط للحزن.

1-2-التعريف الاصطلاحي:

هو عبارة عن مزيج من مشاعر الحزن والوحدة والرفض من قبل الاخرين، والعجز عن مواجهة مشاكل الحياة.

وتعرفه الموسوعة الطبية (1980) الاكتئاب على انه تغير في المزاج، ويمكن ان يصبح لهذا التغير مرض، إما بسبب شدته أو طول مدته او الظروف الخاصة بظهوره.

يعرفه المعهد الأمريكي للصحة العقلية: أنه عبارة عن خلل في سائر الجسم والأفكار والمزاج، ويؤثر على نظرة الانسان لنفسه ولما حوله من اشخاص وما يحدث من احداث بحيث يفقد المريض توازنه الجسدي والنفسي والعاطفي (سناء أبو نصير حجازي، 2013، ص11)

يعرفه بيك Beck بأنه: خبرة معرفية وجدانية تبتدى في أعراض الحزن والتشاؤم وعدم حب الذات والأفكار الانتحارية، والتهيج، والإستثارة، وفقدان الإهتمام، والتردد، وانعدام القيمة وفقدان الطاقة وتغيرات في نمط النوم، وقابلية للغضب، وتغيرات في الشهية، وصعوبة التركيز، والارهاق والاجهاد، وفقدان الاهتمام بالجنس" (احمد عبد الخالق، 2011، ص170)

ويعرفه كذلك على أنه "نتاج استراتيجيات المجابهة اللاتكيفية للضغوط مع وجهة النظر السلبية عن الذات وعن العالم وعن المستقبل والتركيز الإنباهي الشديد على المظاهر السالبة للمثير" (هوفمان اس جي HOFMAN.SG 2012، ص 167)

وبين محمد الحجار (1989) بأن عبارة الاكتئاب تتكون من ثلاثة مفاهيم وهي:

المفهوم الأول : وهو يرتبط بالمزاج المضطرب وغير السوي الذي يختل نتيجة تعرض الفرد الى سلسلة متلاحقة من الاحباطات والفشل.

المفهوم الثاني: ويرى فيه كمتلازمة (syndrome) التي تحتوي على اضطراب المزاج بالإضافة الى جميع الاعراض الاكتئابية البدنية الوظيفية المصاحبة للاكتئاب.

المفهوم الثالث: وينظر للاكتئاب كمرض بما فيه المتلازمة السالفة الذكر بالإضافة الى العجز الذي يصيب المريض الى درجة منعه من أداء واجباته وأعماله اليومية كلياً أو جزئياً (محمد الحجار، 1989، ص84)

وفي اللغة الإنجليزية يحمل الاكتئاب مصطلح **dépression** وهو يتكون من ثلاثة مقاطع (**depresshun**) أما الفعل يكتب فلقد اشتق من (**depressus**) الذي اشتق من (**deprimere**). (مدحت عبد الحميد أبو زيد، 2000، ص 22).

كما هناك من عرف الاكتئاب *dépression* على أنه حالة من سيطرة الأفكار السوداء وعدم القابلية للاستئثار (فؤاد أبو حطب وآخرون، 1984، ص43).

أما الموسوعة النفسية (1999) عرف الاكتئاب في الطب العقلي على أنه إشارات إلى مجموعة أعراض إكلينيكية قوامها خفض المزاج الوقتي، وصعوبة التفكير، تراجع حركي نفسي، وتأخر عموماً الذي يغلفه القلق وتسلط الأفكار، وتهيج بعض الاحزان او الهموم (موسوعة النفسية 1999، ص182)

أما مجدي احمد (2000) فيرى الاكتئاب هو حالة من الحزن العميق يحس فيه المريض بعدم الرضا، وعدم القدرة على إتيان بنشاطه السابق، ويأسه في مواجهة المستقبل وفقدان القدرة على النشاط وصعوبة في التركيز والشعور بالذهان التام مع اضطراب في النوم وشهية للطعام وأحلام مزعجة (مجدي احمد محمد عبد الله، 2000، ص185)

وحسب المعهد الوطني للصحة العقلية (2004) فإنه يعرف اضطراب الاكتئاب على أنه مرض الذي ينطوي على الجسم والمزاج الأفكار، فهو يؤثر على طريقة الاكل والنوم والشعور الفرد لنفسه وتفكير في الأشياء، وتستمر هذه الاعراض أسابيع او شهور أو سنوات (عبد العزيز بن علي ، 2010، ص 46).

2- أعراض الاكتئاب:

يعتبر الاكتئاب مرض شامل يؤثر على الجسم والمزاج والأفكار وكذلك على الوظائف العقلية والجسمية والنفسية للفرد مما يؤدي بالفرد المصاب به إلى معاناته من عدة أعراض والتي قد تستمر أسابيع أو شهور أو أعوام تختلف من فرد إلى آخر، كما تتراوح شدتها من درجة معتدلة إلى درجة الشديدة وقد اتفقا العلماء على مجموعة من الاعراض ويمكن تصنيفها على النحو الآتي:

1-2- الأعراض النفسية: تظهر على المصاب بالاكتئاب مجموعة من الاعراض النفسية تتمثل في:

البأس واليأس ، والاسى والهبوط الروح المعنوي الذي لا يتناسب مع سببه ، والانحراف المزاج وتقبله وعدم القدرة على ضبط النفس ، وضعف الثقة في النفس وشعور بعدم القيمة والتفاهة ، القلق التوتر والأرق ، فتور الانفعال ، الانطواء والانسحاب والوحدة والانعزال ، السكون والصمت ، والشروود حتى الذهول ، تشاؤم وخيبة الأمل والنظرة السوداء للحياة والأفكار السوداء ، والاعتقاد بأنه لا أمل في الشفاء ، والانخراط في البكاء أحيانا ، اللامبالاة ونقص في الميول والاهتمامات والدافعية ، اهمال النظافة والمظهر الشخصي، بطئ التفكير ،صعوبة في التركيز والتردد ، ببطء وقلّة الكلام وانخفاض الصوت واتهام الذات وتصيد أخطائها وتضخيمها ، الأفكار الانتحارية أحيانا و الهلاوس وضلالات عدمية .(اسيا بنت علي راجح بركات, 2000, ص32)

2-2- الأعراض الجسمية: كثيرة منها: إنقباض الصدر والشعور بالضيق والوجه المقنع.

فقدان الشهية ورفض الطعام ونقص الوزن

الإمساك، الصداع والتعب (الأقل جهد).

نقص الشهوة الجنسية و الضعف.

توهم المرض.

2-3- الأعراض الاجتماعية: الافتقار للإيجابية في المواقف الاجتماعية، صعوبة كبيرة في بدء

علاقة أو المبادرة اليها عند الرغبة في خلق علاقة جديدة. أقل تفاعلا من غيرهم، سواء تعلق

بحجم الكلام أو الأفعال المطلوبة في مثل هذه المواقف أو ملاءمتها لموقف التفاعل وطبيعة

العلاقة الاجتماعية. يعانون المكتئبون من حساسية قوية عند دخولهم في مواقف تفاعل بما في

ذلك حساسيتهم الشديدة للرفض أو التجاهل، ونتيجة لهذا فهم يتعرضون للكثير من الاحباطات

ومشاعر التعاسة.

لا يحسن المكتئبون التعبير عن أنفسهم أو الدفاع عما ينسب إليهم من أخطاء أو تصرفات. عدم الرضا عن علاقتهم الاجتماعية كالعلاقة بالزوج والزملاء، أو العلاقات المألوفة بالناس المألوفين له، يشعر بعضهم بالوحدة وفقدان الحب من طرف الآخرين ودعمهم، ومع ذلك تجده يميل إلى الانسحاب وعدم بذل الجهد الإيجابي لتأكيد الروابط الاجتماعية المهمة. (جودت بني جابر وآخرون، 2002، ص 374).

3- أنواع الاكتئاب:

3-1- الاكتئاب العصابي: يشير إلى اضطراب غير مصحوب بالهلاوس والهذات، ويطلق عليه أيضا الاستجابة الاكتئابية، حيث تسيطر على المريض حالة من الهم والحزن، وعدم الاستمتاع بمباهج الدنيا والرغبة في التخلص من الحياة مع هبوط النشاط ونقص الحماس والإنتاج، ويصاحب ذلك ارق واضطراب في النوم. (الشربيني، 2001، ص 219).

ونجد الاكتئاب العصابي يصنف بدوره الى عدة أنواع وهي:

3-1-1- الاكتئاب الموسمي: وهو تغير مزاجي موسمي، يظهر في فصل الشتاء ويرتبط شرطيا بالمناخ الشتوي، وما يميزه من غيوم وبرودة.

3-1-2- الاكتئاب البسيط: توجد فيه اعراض خفيفة من الشعور بالحزن والتأخر، وقد يعود حدوثه إلى مشاكل أسرية أو مهنية، وتبدو اعراضه الرئيسية على شكل حزن وشعور بالضعف والعجز أمام المواقف والمشكلات الحياتية. (العبيدي، 2004، ص 246).

3-1-3- الاكتئاب ما بعد الصدمة (الإجهاض): هو اضطراب ناتج عن أحداث ضاغطة ومنزعجة إذ يستذكر الشخص المصاب باضطراب ما بعد الصدمة الحدث المؤلم. (فايد، 2001، ص 101).

ف نجد المرأة بعد تعرضها للإجهاد تعاني من بعض الاضطرابات النفسية المتمثلة في الحزن وفقدان الامل، والتي يجب التعامل معها بشكل سليم وسريع، حتى لا تتفاقم الازمة لتدخل في نوبات اكتئاب حاد لان فقدان الطفل والاحلام المتعلقة به، ترهق الحالة النفسية لها، ويجعل البعض غير قادر على تحمل هذه الصدمة. (ظريف, 2016, ص42).

3-2-الاكتئاب الذهاني: يشير الى اضطراب مصحوب بأعراض ذهانية، كالهذاء والهلاوس وعدم الاستبصار، والهياج، والاحساس بالعظمة والاضطهاد، وينقسم هو الاخر الى أنواع وهي:

3-2-1-الاكتئاب ثنائي القطب: حيث تتناوب على المريض نوبات من الحزن الشديد، ثم نوبات من الفرح والبهجة الزائدة، الحركة والنشاط والحيوية. (العبيدي, 2009, ص245).

3-2-2-اكتئاب ما بعد الولادة: هو نمط من الاكتئاب قد يصيب بعض السيدات المستهدفات عقب الولادة، وعادة ما تكون له بعض المؤشرات أثناء الحمل ذاته، وقد يرتبط بكثرة الإحساس بالألم أثناء الحمل والولادة.

3-2-3-الذهول الاكتئابي: هو من أشد أنواع الاكتئاب خطورة، وهي حالة نكوص بالفرد إلى مرحلة الطفولة البدائية، حيث يلزم فيها الفراش، ولا يتحدث أبدا، و لا يشارك في شيء، حيث لا بد من مساعدته على القيام بنشاطاته اليومية. (ضريف, 2016, ص31)

الجدول رقم(01): يوضح الفرق بين الاكتئاب العصابي والذهاني:

	عناصر المقارنة	الاكتئاب العصابي	الاكتئاب الذهاني
1	الانتشار	أكثر شيوعا	اقل شيوعا
2	الوراثة	ضعيفة التأثير	قوية التأثير

3	الشخصية	واهنة، متقلبة المزاج، غير ناضجة انفعاليا.	دورية، مع تغير المزاج من الاكتئاب للمرح.
4	التاريخ العائلي	ضعيف	قوي في معظم الحالات.
5	نوبات سابقة	محتمل	أكثر احتمالا
6	الأسباب	ضغوط نفسية، صدمات نفسية، أسباب اجتماعي ، بيئة خارجية.	داخلية، أسباب بيو كيميائية وعدم توازن هرمون الوراثة في مواد معينة، تؤثر على الاعصاب.
7	الاعراض	اقل شدة، واهم الأعراض الواضحة هي: الحزن الأسي، لوم الذات، صعوبة النوم، التفكير السلبي، التفكير في الانتحار	أكثر شدة واهم الاراض الواضحة هي: الكف الحركي، مشاعر الذنب، هذاء البارانونيا، يقظة مبكرة من النوم، اكتئاب عميق، الفشل في الاستجابة لتغيرات البيئة، التهيج، الاقدام على الانتحار.
8	الجمود الانفعالي	لا يصاحبه جمود انفعالي تام.	يصاحبه جمود انفعالي مصحوب بالتعاطف الزائد والتجارب مع المثيرات.
9	الاتصال بالواقع	موجود	ضعيف مع عدم اتصال الأفكار مع واقع الحياة الخارجية.
10	التقويم الذاتي	سلبي	يميزه تحفيز الذات، وإدانة النفس على أمور لم تصدر من الشخص والاعتقاد في عدم استحقاقه.
11	النكوص السلبي	درجة ضعيفة او عادية	درجة النكوص السلوكي شديدة او خطيرة
12	النشاط العقلي	بطيء نسبيا	بطيء وهبوط

13	الأوهام و الهلاوس والهذات والضالات	لا توجد	يوجد أوهام اكتئابيه و هلاوس اضطهاديه، هذات الخطيئة، أفكار الانعدام.
14	الانتحار	تراود المرضى بعض أفكار الانتحار، ولكن ليس عن نية صادقة، وبعد تردد بإعلان التهديد بالانتحار والخوف من الاقدام عليه، الهدف هو إيقاع الألم بالآخرين وصرخة استغاثة.	فكرة الانتحار تراود المريض عن نية صادقة، ودون تفكير مسبق، ويحدث عادة فجأة، ونادرا ما يعلن او يهدد بالانتحار ولا يخافه، ويقدم عليه في جمود شعوري، الدافع هذا هو اهلاك الذات.
15	الاستبصار	مستبصر	غير مستبصر
16	الاستجابة للعلاج	الاستجابة (عامة وليس خاصة) لعقاقير معينة بالذات.	الاستجابة الخاصة للعقاقير المضادة، للاكتئاب (عقاقير بالإضافة الى جلسات نفسية وكهربائية).

(أبو زيد, 2001, ص, ص, 53, 52).

4-أسباب الاكتئاب:

لدراسة الاكتئاب يجب التطرق للعوامل المؤدية له فلا تقتصر على الأسباب النفسية والاجتماعية فقط، بل كذلك هناك أسباب كيميائية ووراثية والتي سنستعرضها فيما يلي:

4-1-أسباب وراثية:

هناك عدة بحوث بينت أن للوراثة دورا هاما ومؤثرا في الإصابة بالاكتئاب حيث تشير هذه الدراسات والبحوث إلى وجود عوامل في الجينات الوراثية (ناقلات الوراثة) التي لها دور هام في

الإصابة بالاكتئاب، وقد وجدت ان 50% من حالات الاضطرابات الوجدانية ثنائية القطب يكون أحد الوالدين مصاب بالمرض نفسه فاذا كانت الام أو أب مصابا بهذا المرض فان طفلها يكون عرضة للإصابة بالنسبة (25) % الى (30) % وأما إذا كان الوالدين مصابين بالمرض نفسه فان نسبة إصابة طفلها ترتفع الى (70)%. (عبد المنعم الميلادي، 2006، ص 63).

أيأن كلها كانت الإصابة في الاسرة محصورة في القرابة تزايد احتمال حدوث مرض الاكتئاب في أحد أعضاء الاسرة وفي نسبها.

4-2- أسباب نفسية:

عادة ما يكون الاكتئاب استجابة للعديد من الصعوبات التي تواجه الفرد في حياته اليومية، فيكون الخلاص منها أو تجاوزها أو بعدم القدرة والفشل في تحقيق ذلك، وهذا ما قد يولد لدى الفرد العديد من المشاكل النفسية التي شأنها أن تكون سببا في الاكتئاب ومن بينها ما يلي:

- التوتر الانفعالي والظروف المحزنة وكذا الحبرات المؤلمة، الكوارث القاسية والانهازم أمام الشدائد وخاصة الحرمان.
- فقدان الحب والمساندة العاطفية أو فقدان الحبيب ومرارة الحزن الشديد وفقدان وظيفة مهنية أو فقدان الثروة أو مكانة اجتماعية، فقدان الشرف او الصحة، أو الفقر الشديد.
- الخبرات الصادمة، أو التفسير الخاطئ غير الواقعي للخبرات. (شاذلي، 2001، ص 56)
- فقدان تقديرات الذات ونقص الضغط والتحكم أي الشعور بعدم القيمة والافتقار الى الاحترام هذا يؤثر على دوافع وسلوكيات الفرد ينظر الى الشيء بمنظار تشاؤمي. (جمال مقال القاسم، اخرون، 2000، ص158).
- إنفصال الطفل عن الام خاصة في سن مبكرة سواء بوفااتها أو طلاقها له تأثير كبير في نموه الانفعالي والعاطفي.
- المفهوم السالب للذات والكفاءة الذاتية وعدم الثقة بالنفس ومدى استطاعة الفرد لمواجهة الحياة ومشاكلها (مدحت عبد الحميد ابوزيد، 2001، ص84).

4-3- أسباب بيئية اجتماعية:

- الصراعات الاسرية المتكررة الشديدة قد يؤدي على مشاعر الاكتئاب لدى الأطفال وخاصة الحساسين منهم، كذلك الإباء المكتئبين عادة ما يظهر لدى أطفالهم مشاعر الاكتئاب (جمال مقال القاسم واخرون، 2000، ص159).
- التنشئة الاجتماعية السيئة كإهمال الأبناء ونبذهم والقسوة الشديدة عليهم من طرف الوالدين أو أحدهما وأيضا النصائح المزاجية الاكتئابية لهما.
- التفكك الأسري و الانفصال المبكر للوالدين والخلافات الأسرية الشديدة واضطرابات المناخ الاسري.
- فقدان التدعيم الإيجابي الاجتماعي البيئي أي مساعدة الفرد على الاجتهاد او التخلي عن الأفكار السلبية المتشائمة (مدحت عبد الحميد أبوزيد، 2001).

5- النظريات المفسرة للاكتئاب:

حظي الاكتئاب بتفسيرات مختلفة باختلاف طبيعة الناظر ووجهة المنظور وفيما يلي عرض لاهم النظريات المفسرة له:

5-1- النظرية البيولوجية للاكتئاب:

5-1-1- التفسير الوراثي: يرى أنصار التفسير الوراثي أن أفراد معينين يرثون استعداد للعمليات بيولوجية مضطربة ، قد ركزت معظم التوجهات الخاصة بالمجالات البيولوجية للاضطرابات الوجدانية على الناقلات العصبية ، وبالرغم من صعوبة تحديد العلاقة الدقيقة بين العامل الوراثي والاكتئاب إلا أن البحث في مجال الاضطراب الثنائي القطبية قد كان أكثر نجاحا بسبب وضوح معايير الشخصية وأرادوا ان التركيب الوراثي يلعب دورا هاما في نمو الاضطراب الاكتئابي ثنائي القطبية . (حسين فايد، 2001، ص76).

"ولقد كشفت البحوث عن وجود تماثل في شيوخ هذا الاضطراب في أسر دون أخرى وشيوعه بين التوائم حتى ولو نشأوا في ظروف اجتماعية مختلفة وهذا لخصه لنا "اسفورد" في الاكتئاب (الطب النفسي 1984) في مجموعة من الدراسات التي تشير في مجملها على نسبة التشابه في الإصابة بهذين الهوس والاكتئاب بين التوائم المتطابقين الذين تربوا منفصلين بالتبني، وصلت الى (76%) وبلغت نسبة التشابه في الإصابة بالمرض لدى التوائم المتطابقين الذين نشأوا مع (68%) أما بين التوائم غير المتطابقين وصلت إلى (23%). (ابراهيم عبد الستار, 1998, ص102).

5-1-2- التفسير الفيزيولوجي: يشير أنصار الاتجاه الفيزيولوجي إلى أنه يوجد نمطين رئيسين للنظرية الفيزيولوجية للاكتئاب " حيث يقوم نمط الأول على أساس الاضطراب في الايض الخاص بالمرضى المكتئبين , حيث تعتبر كلوريد الصوديوم وكلوريد البوتاسيوم هامين بصفة خاصة في الإبقاء على القدرة الكامنة والتحكم في استشارة الجهاز العصبي ومن الملاحظ أن الأشخاص العاديين يوجد لديهم الصوديوم اكثر خارج النيرون ،أما النمط الثاني فيعتبر أن الاكتئاب عبارة عن قصور مورث في عنصرين رئيسين في كيمياء الدماغ نوبامين فرين وسيروتونين. (حسين قايد , 2001, ص77).

فالتفسير الاميني الكيميائي للاكتئاب على أنه "ينتج عن وجود نقص في العناصر الكيميائية في المخ، وخاصة توزيع العناصر أمينية والأمنيات، حيث يتكاثف وجودها في الجهاز العصبي المسؤول عن تنظيم الانفعالات، فوظيفة الامنيات عبارة عن موصلات عصبي وذلك بتوصيل رسائل القادمة والعائدة من الاعصاب المختلفة، ومنها نجد: الدوبامين السيروتين، المحافظة على توازن المزاجي والاكتئاب يعتبر احدى الاستجابات الممكنة إذ نقص وجود هذه العناصر او أحدها " (ابراهيم عبد الستار , 1998, ص104-105).

5-2- النظرية المعرفية:

تعتبر النظرية المعرفية من النظريات الأكثر تنظيماً وبناءً بالنسبة لدراسة الاكتئاب كما يعد "ارون بيك" Beck من الأوائل الذين نظموا مفهوماً للاكتئاب على شكل معرفي ويعتقد "بيك" أن الاكتئاب يحدث نتيجة الاعتقادات المعرفية السالبة فالشخص المكتئب لديه وجهة نظر سالبة بالنسبة للذات وللعالم الخارجي وللمستقبل وهذه المعارف السلبية ينتج عنها الاكتئاب. (مدحت عبد الحميد اوبزيد، 2001، ص 81).

حيث نجد "بيك" يرى أن الشخص المكتئب يميل إلى مقارنة نفسه بالآخرين وهذه المقارنة من شأنها أن تخفض مستوى تقديره لذاته، وهذا ما يجعل عملية التقويم الذاتي تتسم بالسلبية، ومن أشهر اسهامات هذا العالم الأمريكي اقتراحه فكرة العلاج المعرفي للاكتئاب واعداد قائمة لقياس الاكتئاب سمية بإسمه وتعد من المقاييس المعرفية في هذا المجال، كما أطلق أسم الثلاثية المعرفية على المخطط المعرفي الذي يميز الاكتئاب وهي كالتالي:

- النظرة السلبية للعالم الخارجي وهنا يرى المكتئب نفسه عاجزاً امام تحقيق ابسط الأشياء.
- النظرة السلبية للعالم الخارجي وهنا يرى المكتئب أن كل ما يأتي من العالم الخارجي سلبي بالنسبة له أي يمنعه من تحقيق أي شيء.
- النظرة السلبية و هنا ينظر المكتئب للمستقبل نظرة تشاؤمية. (حسين قايد، 2001).

5-3- النظرية التحليلية:

"تعد نظرية التحليل النفسي من أولى النظريات النفسية التي انشغلت بتفسير الاكتئاب والبحث عن أسبابه حيث يرى فرويد وابراهيم الاكئاب على انه نكوص للمرحلة الفمية السادية في التطور الجنسي للشخصية، وأن المكتئب يحمل شعوراً متناقضاً تجاه موضوع الحب الأول "الأم". ونتيجة الإحباط وعدم الأشباع في مراحل نموه الأولى، يتولد لدى الانسان الإحساس المتذبذب بين الحب والكراهية، والالتحام والنبذ. وعندما يصاب بفقدان عزيز أو خيبة أمل عند نضوجه، ينكص لحاجته الأولية بعمليات دفاعية لا شعورية من الاسقاط والادماج والنكوص.

ولتناقض عواطفه ناحية موضوع الحب المفقود، يمتص طاقته ويدمجها نحو ذاته، هنا يبدأ زمن الانغلاق والعدوان الذاتي، وإتهام الأنا والاحساس بالدونية، التي تطلق الميول الانتحارية، أما نوبات الابتهاج فهي تعبير عن الحرية الطفولية في إطلاق العنان لكل الغرائز. (عكاشة احمد، 2008، ص26)

أما العالم "بييرينج" (1953) ينظر إلى موضوع الاكتئاب نظرة أشمل وأكثر عصرية فيرى أن الخاصية الرئيسية التي تميز الاكتئاب تتمثل في العجز عن تحقيق الحاجات أو الطموحات ويرى أن الحاجة إلى الحب والتقدير ماهي إلا واحدة من ثلاثة احتياجات رئيسية أما الاحتياجات الأخرى فتشمل الحاجة للقوة والأمان والحاجة لمنح (فضلا عن الحصول على الحب) ويحدث الاكتئاب نتيجة للفشل في إرضاء أي حاجة من الحاجات الثلاثة السابقة والصداع الذي يحدث في الذات والمرتبط بفشل اشباع أيمنها. (إبراهيم عبد الستار، 1998، ص98).

5-4- النظرية السلوكية:

يرى أصحاب هذه النظرية أن الاكتئاب يعود الى افتقار الشخص لعنصر التعزيز، مما يجعله معرضا للإصابة وهذا يعنى أن الاكتئاب يتوقف على النشاطات ذات التعزيز الإيجابي فالمكتئب حسب "توماس" و"كراسنر" (1969) تحدث من جراء خبرة فقدان التدعيم أو الاثبات الإيجابي مقابل حدوث خبرة التدعيم السلبي أي العقاب (مدحت عبد الحميد أبو زيد، 2001).

عرف لوينسون Lewinson الاكتئاب بأنه زملة Syndrome سلوكيات تم التعرف عليها من الدراسات الوصفية والتحليلية. التحليل العاملي. للأفراد والتي تتضمن: إنخفاض في معدل السلوك، عبارات لفظية تعبر عن: القلق أو عدم الارتياح dysphorie، التقليل من قيمة الذات self-dépréciation مشاعر الذنب، الملل المادي أو الدنيوي matériel والاجهاد، الشكاوى الجسمية مثل: عدم النوم وفقدان الشهية والصداع.

حيث أن وجهة نظر لوينسون و زملائه يذهب إلي أن: المعدل المنخفض من الاستجابات التي يتلوها تدعيم بشكل مقدمة حاسمة لحدوث الاكتئاب. (غريب عبد الفاتح غريب، 2008، ص22)

5-5- النظرية النفسية الاجتماعية:

ويرى بيكر (Pecker) (1962) أن "انخفاض مستوى تقدير الذات لدى الشخص ما يصبح سلبيا ويجد صعوبة في كل ما يسلك، وعلى ذلك فإن الإحساس بالقيمة الذاتية يعد عنصرا مهما وقويا بل ودفاعا ضد الاكتئاب.

والعنصر الثاني في تجنب الاكتئاب يتكون من المدى العريض من الأفعال الممكنة التي تتفاعل المواقف الصعبة مثل فقدان الأم أو فقدان نشاط معتاد ". (مدحت عبد الحميد أبو زيد، ص86) وبذلك تجمع نظرية "بيكر" بين المفاهيم على المستوى النفسي والاجتماعي وعلى ذلك يركز "بيكر" الاكتئاب من خلال ثلاثة أنواع من فقدان.

- فقدان الذات.
- فقدان العادات والمعايير وقواعد السلوك.
- فقدان إدراك منهاج الحياة ومن فان الاكتئاب في نظر "بيكر" هو الفشل في تقدير الذات واحترامها. (مدحت عبد الحميد أبوزيد , 2001).

5-6- الإتجاه الحديث في تفسير الاكتئاب:

حيث يرى هذا الاتجاه بان الأشخاص يستخدمون أسلوب الوقوع في المرض لكي يقوموا بحل صراعات أو مواقف صعبة لا يستطيعون الصمود امامها وحلها.

وهذا ليس أمرا نادرا ولكن الواقع يؤكد ان هذه الاستخدامات تحدث لا شعوريا فعندما يقع صراع بين واجب ما وخوف من نتائج هذا الواجب في هذه الحالة يتدخل لاشعوريا بغرض حل توفيقى يريحه من الصراع.

إذن هذا الاتجاه يفسر كيف بعض الناس يستعملون الاكتئاب كوسيلة لا شعورية لكسب المودة والعطف أو كوسيلة للقسوة و الإنتقام من الذين كانوا سببا في ألامهم في الماضي.

نستخلص مما سبق أن النظريات المفسرة للاكتئاب عديدة ومتنوعة ومنها النظرية البيولوجية التي أعطت تفسيراً وراثياً و فيزيولوجياً بالإضافة لنظرية معرفية التي تمثل في تقدير الذات المنخفض، الشعور باليأس الحزن، ونظرة الفرد المكتئبة التشاؤمية للعالم الخارجي وللمستقبل بينما النظرية التحليلية فسرت الاكتئاب على أساس وجهات النظر مختلفة كوجهة نظر "فرويد" الذي يرجع حالة الاكتئاب إلى الاحداث الصميمة التي يواجهها الطفل في السنوات الأولى أما "بيرينج" فهو ينظر إلى الاكتئاب بنظرة اشمل إذ يحدث الاكتئاب نتيجة الفشل في إرضاء الحاجات الرئيسية (كحاجة الى القوة، الامن، ومنح الحب) ، بينما "كارل" ابراهام" يرى ان الاكتئاب حال يصاب بها الراشد نتيجة الحرمان من الحب . أما النظرية السلوكية فترجع حالة الاكتئاب إلى ضعف معدل التعزيزات الإيجابية أو نتيجة ارتفاع معدل العقوبات للفرد أي التدعيم السلبي، ونجد النظرية النفسية الاجتماعية التي ارجعت الاكتئاب إلى إنخفاض مستوى تقدير الذات لدى الشخص.

6-تشخيص الاكتئاب:

يتم تشخيص الاكتئاب طبقاً لدليل التشخيص الاحصائي الرابع إذ توفرت (5) أعراض أو أكثر من الاعراض التالية:

- مزاج اكتئابي كل يوم.
- إنخفاض كبير في اهتمامات أو عدم الإحساس بأمتعة في ممارسة الأنشطة المختلفة
- انخفاض واضح في الوزن، وفي بعض الحالات تكون هناك زيادة في الوزن
- أرق في النوم أو زيادة في النوم

- هياج حركي مع الإحساس بعدم الخمول الحركي مع الإحساس ببطء الايقاع
- التعب وفقدان الطاقة
- الإحساس بعدم القيمة، ولوم النفس والاحساس بالذنب.
- ضعف القدرة على التفكير وضعف التركيز وتردد وعدم القدرة على اتخاذ القرارات
- التفكير في الموت أم يتمني الموت أو التفكير في الانتحار أو التخطيط له أو محاولة الانتحار (مدحت عبد الحميد أبو زيد، 2001، ص 147)

أذ يعطي التشخيص فرصة التفريق بين الاكتئاب كمرض والحزن كمرض، فنحن كثيرا ما يمكن أن نحرض ونتأثر وجدانيا ونفقد اهتماماتها وحماسنا لبعض الوقت، وتتأثر الشهية للطعام لدينا ونعاني بعض الأرق ونشعر بتفاهة أنفسنا وتفاهة الحياة ولكن هذا لا يصل الى درجة المرض الذي يحتاج لتدخل العلاجي الطبي " (محمد عبد الفتاح المهدي، 2004، ص 168).

نستخلص من خلال ما سبق ان التشخيص الاكتئابي وفقا لدليل الاحصائي الرابع يشترط توفير لدى الفرد (5) او أكثر من بين الأعراض (9) نقول أن الحالات المصابة بالاكتئاب.

7- علاج الاكتئاب:

لقد تعددت الطرق العلاجية المستعملة في علاج الاكتئاب من طرف العلماء النفسانيين فمن بينها نجد:

7-1- العلاج النفسي التحليلي: هو أقدم الطرق العلاجية المستعملة يعتمد على نظريات التحليل النفسي وبالتالي التوصل الى الخبرات السابقة المنسبة والمكتوبة في الطفولة المبكرة حيث يعتبر تحليل هذه الخبرات الطفولية السبب الرئيسي للأمراض العصابية واتباع طرق علاجية تحليلية يستطيع الفرد تذكر الخبرات الماضية، وبالتالي يكشف عن نظرتة للعالم. (عطوف محمد ياسين، 1981، صص 120-121).

كما يتضمن العلاج النفسي التحليلي جلسات علاجية فردية او جماعية ويضم عدة أساليب فنيات دقيقة يقوم بها المعالجون النفسية. (لظفي الشريبي، ص249).

في التحليل النفسي يبحث عن إزالة عوامل الضغط وتخليص المريض من الشعور بالذنب والغضب المكبوت والبحث عن الشيء المفقود بالنسبة للمريض وتنمية روح التفاؤل لديه (عطوف محمد ياسين، 1981، ص ص120-121)

فهنا تكون الفرصة للمريض في اتاحة فرص التنفس والتفريغ الانفعالي وإشاعة روح التفاؤل والامل لديه، حيث قدم "واتكنز" طريقة اسماها قلم السم وفيها يكتب المريض خطايا صاخبة يعرضها على المعالج (عبد الحميد الشاذلي ، 2001، ص138)

7-2-العلاج السلوكي: " ظهرت في الو.م.أ دراسات كثيرة تؤكد نجاعة نظرية التعلم الاجتماعي في علاج الاكتئاب، حيث اخذ بها الكثيرون من العاملين في العلاج النفسي، أن التعزيز الإيجابي لسلوكات جديدة متعلمة تكيفية، هي جوهر هذا النوع من العلاج، كما أن التغيرات في نوعية وتكرار ونموذج نشاطات المريض خلال تفاعلاته الاجتماعية من خلال التوجيه، والتدريب الميداني هي العوامل الهامة في تعليم مواجهة المؤثرات الخارجية المحدثة لاضطراب الاكتئاب والسيطرة عليه " (محمد حمدي الحجاز ، 1989، ص93)

7-3-العلاج السلوكي المعرفي: يقوم على محاولة تغير المعارف السلبية لدى المريض وجعله يفكر بشكل أكثر منطقية وعقلانية، هذا بدوره يؤدي الى تغيير وجدان وسلوك المريض كما يجب تعليم المريض كيفية تأكيد ذاته في المواقف والأنشطة الاجتماعية المختلفة، وتدريبه على أسلوب المواجهة الفعالة في مواجهة ضغوط الحياة بدل من التعامل مع الضغوط بالتجنب أو الانفعال كما يجب تدريبه على مهارات حل المشكلات " (حسين قايد ، 2001، ص128).

7-4-العلاج البيئي: ونعنى به إيجاد بيئة ملائمة يتعامل معها المريض بعيدا عن الضغوط والمواقف التي تسبب في المرض ويتم بانتقال المريض إلى وسط علاجي أو في مكان

للاستفتاء وسائل هذا العلاج الترويج عن المريض وشغل فراغه في العمل وتأهيله حتى يندمج في بعض العلاقات التي تمهد على عودته للحياة الاجتماعية مدة أخرى (لظفي الشريبي، 2010، ص249).

كما يتكون العلاج البيئي من علاج جماعي، علاج بالعمل، والعلاج الترفيهي إشاعة جو التفاؤل وروح المريض والرقابة في حالات محاولة الانتحار (محمد جمدي الحجاز، 1989، ص93).

7-5- العلاج الكهربائي:

بدأ استخدام العلاج الكهربائي في روما عام 1983 وتم تطويره فيما ليكون من وسائل العلاج الرئيسية للأمراض النفسية خصوصا الاكتئاب النفسي التي لا تستجيب لوسائل العلاج الأخرى، وتقوم نظرية العلاج الكهربائي على مرور تيار كهربائي محدود الشدة من خلال قضيتين يوضعان على جانبي الراس فيحدث نتيجة لذلك نوبة تشبع يتبعها تحسن في الحالة النفسية للمريض و لا يستغرق مرور التيار سوى ثوان معدودة (لظفي الشريبي، 2010، ص256).

7-6- العلاج بالأدوية:

(Les antidepresseur) وهي أدوية مخصصة للمزاج استعملت كطريقة علاجية منذ 1957 في الطب العقلي استخدمت تحت إشراف الأطباء والنفسيين يقوم الطبيب باختيار الدواء المناسب ومتابعة المريض لفترة كافية حتى تتحسن حالته. (لظفي الشريبي، 2010، ص249).

وهنا بعض الادوية الرئيسية المستخدمة لعلاج الاكتئاب.

- ✓ الأدوية ثلاثية الحلقات tircyclic ومن أمثلتها: امتريلين، نورتربتلين، امبرامين.
- ✓ الأدوية رباعية الحلقات Terecyclic ومنها مابروتلين.
- ✓ مثبطات أحادي الأمين Maoi زمن أمثلتها فنزولين، ايزوكربوكسزيد.
- ✓ مجموعة منشطات مادة السيروتونينومن أمثلتها فلوكستين، سترترالين، فلو فاكس مين وستالبرام

كما قد يستطيع الطبي أن يقدم للمريض مسكنات tranquilhsant وهذا لكي يخفف من القلق واضطرابات النوم. (لطي الشريبي، 2010، ص ص 257، 258).

هذه الادوية لا تقتضي على الاكتئاب نهائيا، وانما تأثيرها يكون على مستوى الاعراض فقط. (Hemiey, ibid, p274-276)

خلاصة الفصل:

من خلال ما إستعرضناه سابقا في هذا الفصل نلمس مدى خطورة الاكتئاب فقد يكون أخطر إذا تزامن مع أحد الامراض الجسمية للإنسان وخاصة المزمنة، خاصة مع تزامنه بشعور المريض بالعجز والنقص والتشاؤم الدائم وانصباب تفكيره كله حول المرض وسيطرة فكرة ليموت عليه لذلك نجد ان للاكتئاب تأثير كبير على الحياة الشخصية للفرد نظرا لثقل الأعراض الجسمية والنفسية التي تصاحبه.

الفصل الرابع: السرطان

تمهيد

1-لمحة تاريخية حول السرطان

2-مفهوم السرطان

3-أنواع السرطان

4-أعراض السرطان

5-مراحل السرطان

6-أسباب السرطان

7-الأثار النفسية لمريض السرطان

8-المكانيزمات الدفاعية التي يستعملها مريض السرطان

9-علاج السرطان

خلاصة

تمهيد :

شهدت الآونة الأخيرة ظهور عدت أمراض مزمنة جعلت حياة الفرد مرتبطة بشكل كلي بتناول الادوية والالتزام بحميات خاصة، ومن بين هذه الأمراض مرض السرطان حيث عرفت الآونة الأخيرة ارتفاعا كبيرا لعدد الحالات في شتى أنحاء العالم ولاسيما البلدان النامية، حيث يشكل ثاني أكبر الامراض المزمنة المسببة للوفيات بعد أمراض القلب ويؤثر هذا المرض على الحياة كونه يرتبط بفكرة الموت ويعتبر تهديدا جديا يواجه المريض ويحاول التكيف والتعايش معه بشتى الطرق.

1-لمحة تاريخية حول مرض السرطان:

عكس ما هو معروف فإن السرطان ليس بالمرض حديث الظهور، والنشأة فقد أظهرت الأبحاث الباليوباثولوجية (Patiopathologique) أنه يصيب الإنسان والحيوان على حد سواء منذ عهود خلت بل وحتى منذ ظهور الإنسانية، ويتجلى ذلك في إكتشاف أورام في هياكل عظيمة تعود للعصور ما قبل التاريخ مثل: أورام العظمية التي وجدت في هياكل عظمية لحيوانات تعود لـ 100.000 سنة قبل الميلاد (فضيلة لحر، 2016، ص82)

أما منشأ واصل كلمة سرطان (Cancer) كان بواسطة الطبيب الاغريقي أبو قراط (Hypocrate) ما بين 460 و 370 قبل الميلاد، الذي وصف السرطان وأعطاه مصطلح كرسينوم (Carcinos) و (Carcinoma)، وفي الاغريقية فان هذه الكلمات تعود الي سرطان البحر (Crab)، لأن السرطان يشابه في انتشاره شكل أصابع سرطان البحر من حيث احاطته بخلايا الجسم السليمة (فضيلة لحر، 2016، ص82)

ويبدو أن (galien) إستعمل كلمة (Concos) لوصف ورم كبير ذو هياة خبيثة، وأنه أول من وضع الفرضية القائلة أن النساء ذوات الطبع التحولي أكثر عرضة للإصابة بالسرطان من النساء ذوات الطبع الدموي وقد ربطت بعدة دراسات بين العوامل النفسية والاصابة بالسرطان نذكر منها دراسة (Gendrom) سنة 1701 التي ترى أن النساء اللواتي تعانين من اكتئاب حاد وحصر (Anxiete) يزيد احتمال إصابتهما بالسرطان وكما أعتبر السرطان مرضا شاملا إلى غاية القرن (VXIII) أين توضح أنه مرض ينطلق من موضع محدد، وقد هيمنت فكرة أن السرطان هيب خاص ومتميز يصيب الأنسجة المختلفة خاصة خلال النصف الأول من القرن (XIX) ليتخلى عنها بعدها تدريجيا، وحلت محلها فكرة أن الخل راجع للخلية. (قابلي حنان، 2010، 2011، ص48).

تطورت الأفكار المتعلقة بالسرطان ما بين القرن ٧ الى غاية القرن (XIX) م، ولم تعد تحمل نفس الدلائل، ما عدا بالنسبة لبعض الجوانب الوصفة للعلامات الاكلينيكية، أما النظرة الاجتماعية فبقت على حالها: المرض المخيف، الشديد الألم.

وقد كان المصريون القدماء أول من وصف هذا المرض، كما وصفوا علاجه بالاستئصال الجراحي وكذلك الكي بالنار، كما كشفت تشريح عدد من المومياوات إلى وجود إصابات بسرطان العظام بالإضافة إلى أورام سرطانية أخرى.

ويحتفظ معهد الأبحاث للأورام الخبيثة في القاهرة إلى يومنا هذا بالنسخ الأصلية الفريدة من نوعها لصورة اخذت بالأشعة لموميا أحد الفراعنة الشبان، الذي عاش قبل أربعة الاف سنة من الميلاد، وقد تبين بالفعل أن هذا الفرعون توفى نتيجة الإصابة بمرض خبيث في عظم الفخذ. (ميشال كرم، 1980، ص43).

وقد تم إكتشاف العلاج الكيميائي للسرطان بمحض الصدفة نتيجة دراسة تأثير الغازات السامة (غاز الخردل) المستعملة في الحرب العالمية الأولى والثانية فقد لوحظ أن ذلك الغاز يسبب هبوطا حادا في عدد كرات الدم البيضاء للمصابين، الأمر الذي أدى استعماله بنجاح في علاج سرطانات الدم والغدد الليمفاوية، ومنذ ذلك التاريخ توالى الاكتشافات لمئات من الادوية الكيميائية ذات الفعالية الكبيرة في علاج السرطان (الموقع الالكتروني، 2007).

2- مفهوم السرطان (le cancer):

أصل كلمة سرطان في اللغة الإنجليزية (cancer) مشتقة من كلمة يونانية الأصل (Carcinos) لأنه يشبه الحيوان القشري السلطعون، وهذا الاسم أخذ دلالاته باللغة الفرنسية في القرن (17) بمعنى الورم الخبيث. (السيد، 2007، ص14).

يسمى السرطان او (الورم الخبيث) علميا بالنيوبلازم (Neoplasm) وتعنى باللاتينية النشوء الجديد. (سنوسي، 2017، ص37).

تعريف الطب الحديث للسرطان (2005): السرطان ينتج عن خلل في الحامض النووي للخلية الحية يؤدي الى "إشارات تشجع نمو الخلية" أو يؤدي إلى "وقف إشارات عدم النمو".

تتم ترجمة رموز هذا الخلل عبر بروتينات تكون موجودة على سطح الخلايا وداخلها أو قد تكون ناقلة في الدم ولها علاقة في إشارات نمو الخلية وخضوعها للمراقبة السليمة من قبل الجسم وجهاز المناعة . الخلية المتحولة تنمو وتتكاثر بشكل غير منتظم وعشوائي وتكون

كتلة ورم تغزوا محيطها وتستطيع الإنتقال إلى الدم وعبره إلى أماكن متعددة في الجسم وقد تستقر فلى بعضها وتسبب ما نسميه انتشارا (الصغير, 2005, ص17).

وتعرفه المنظمة العالمية للصحة (OMS)(2008) على أنه: مجموعة الأمراض التي تقوم على ميكانيزم الإنقسام العشوائي ، والتكاثر الفوضوي للخلايا ، والتوسع الباثولوجي على حساب انسجة وأجهزة سليمة .(قابلي, 2011, ص14).

كما يعرفه "جون كينغ" بأنه: عبارة عن تجمع من الخلايا الشاذة , ومع نمو الخلايا فهي تتجمع في عقد صغيرة (أورام) من شأنها أن تضغط على الأعصاب أو أن تشد على الشرايين أو تنزف أو تشد الأمعاء أو تعيق عمل الأعضاء الأساسية.

وتتموا بعض السرطانات ببطء وتستغرق سنوات قبل أن تبدأ بتهديد حياة المريض أما الآخر فهو سريع النمو .(سنوسي, 2017, ص38).

فمن خلال التعاريف سابقة الذكر نستنتج أن السرطان عبارة عن مرض عضوي، يتمثل في ورم يتشكل في مختلف أعضاء الجسم ، يتكون من خلايا تنمو وتتكاثر بوتيرة غير منتظمة وسريعة فيزيد حجمها.

3-أنواع مرض السرطان:

3-1-أنواع الأورام : هناك نوعان من الأورام : أورام حميدة , و أورام خبيثة.

3-1-1-الأورام الحميدة (غير السرطانية):

وهي عادة ما تكون مغلقة بغشاء وغير قابلة للانتشار , ولكن بعضها قد يسبب مشاكل للعضو المصاب خصوصا اذا كانت كبيرة الحجم و تأثيرها يكون بالضغط على العضو المصاب أو الأعضاء القريبة منها، مما يمنعها من العمل بشكل طبيعي.

هذه الأورام من الممكن إزالتها بالجراحة أو علاجها بالعقاقير أو الأشعة لتصغير حجمها وذلك كاف للشفاء منها وغالبا لا تعود مرة ثانية.

3-1-2- الأورام الخبيثة (سرطانية):

الأورام السرطانية تهاجم وتدمر الخلايا والأنسجة بها، ولها قدرة على الانتشار وهي تنتشر بثلاث طرق:

- 1) إنتشار مباشر للأنسجة الأعضاء المحيطة بالعضو المصاب.
- 2) عن طريق الجهاز اللمفاوي.
- 3) عن طريق الدم ، حيث تنفصل خلية أو خلايا من الورم السرطاني وتنتقل عن طريق الجهاز اللمفاوي أو الدم إلى أعضاء أخرى بعيدة، حيث تستقر في مكان ما غالبا أعضاء غنية بالدم مثل : الرئة ، الكبد أو العقدة اللمفاوية متسببة نمو أورام سرطانية أخرى تسمى بالأورام الثانوية . (يوسف الشرفاء, 2008, ص18).

الجدول (02) : يوضح الفروق بين تنشؤ الورم الحميد والورم الخبيث :

الأورام الخبيثة	الأورام الحميدة	
- يغزو النسيج الطبيعي المحيط به. - لا يكون محاطا بمحفظة. - تكون حدوده مختلطة مع النسيج الطبيعي.	- يندفع بالنسيج الطبيعي جانبا. - يكون محاطا بمحفظة. - يكون واضح الحدود.	توضع الورم
- قد يؤدي إلى حدوث التوضعات في العقد اللمفية القريبة والبعيدة . كما يصيب الورم أعضاء أخرى.	- يقتصر على كتلة الورمية ونموها.	مدى انتشاره
- قد تكون بطيئة او سريعة.	- بطيئة .	سرعة نموه
- قد تكون مميتة اذا لم	- عادة حميدة.	النتيجة

يعالج الورم.		
-قد لا تكون الجراحة وحدها شافية وتحتاج الى علاج كيميائي او اشعاعي داعم .	-الجراحة تكون شافية.	العلاج

(وليد مزرافة,2008,ص85)

3-2- أنواع مرض السرطان (Type de cancer):

من الأمور الغريبة في شأن هذا المرض أنه ليس مرضا بل هناك ما يزيد عن مائتي نوع من السرطان، ولكن تنحصر الأنواع الرئيسية في أربعة أنماط من السرطان وهي على النحو الآتي:

أ/ **كارسينوما (Carcinome)**: وهي عبارة عن أورام خبيثة تصيب خلايا الجلد، والخلايا التي تحيط بأعضاء الجسم مثل الممرات التنفسية والهضمية والتناسلية. وهذا النوع كثير الانتشار، حيث انه يمثل حوالي (90%) من الأورام التي تصيب الانسان.

ب/ **ليموفا (Lymphome)**: وهي الأورام التي تصيب الجهاز الليمفاوي .

ج/ **السااركوما (Sarcome)**: وهي الأورام الخبيثة التي تصيب العضلات أو العظام أو النسيج الضام (Connective tissue).

د/ **ليوكيميا (Leukema)**: وهي الأورام التي تصيب الأعضاء المسؤولة عن تكوين أو إنتاج الدم ، من ذلك نخاع العظام (Bone marrow) وتؤدي هذه الحالة إلى حدوث تكاثر زائد في خلايا الدم البيضاء .(العيسوي,2008,ص127).

ويوجد تصنيف آخر لأنواع السرطان وتسميتها حسب موقع أو مكان الورم بالجسم يمكن ذكر منه:

سرطان الثدي: ينحصر الورم في نسيج الثدي فقط ويبدأ بالنمو حتى يصل قطر كتلته حوالي (20 ملم) او أكثر عندها تاخذ بعض الخلايا السرطانية بالانفصال عنه والانتقال عبر الدورة الدموية والجهاز اللمفاوي الى اجزاء واعضاء اخرى من الجسم , حيث يستقر بما المقام لتنمو مشكلة اورام سرطانية جديدة(عمروش هاني, 2005, ص428)

سرطان الرئة: هو نمو بعض خلايا الطبقة المبطنه للقصبه الهوائية بنسبة اسرع من المعدل الطبيعي وبشكل غير منتظم مما يؤدي الى تراكمها وحدوث تداخل في عملية اخراج المخاط واول عارض ثابت لهذا المرض هو السعال (عمروش هاني, 2005, ص780)

سرطان الرحم: يبدأ في بطانة الرحم وبعد نموه يغزو جدار الرحم , اهم اعراضه النزف الدموي غير الطبيعي من الرحم وهو لاعلاقة له بالعادة الشهرية وبخاصة اذا اخذت بعد انقطاع الحيض منذ وقت , كما يخرج افراز غير طبيعي وكرهه الرائحة اذ يحتوي على قطع سرطانية ممتة .(عمروش هاني 2005, ص780)

سرطان المعدة: يبدأ سرطان المعدة عادة كقرحة في بطانتها لكن ذلك لا يعنى ان المصاب بقرحة المعدة سيصاب بسرطان اما سبب تحول القرحة الى سرطان فان ذلك لا يزال مجهولا والعلامات الاولى تبدأ بالالم عند الجوع ثم تنتابه وثبات من القيء اذ يصبح مخرج المعدة مسدودا بالورم الخبيث.(عمروش هاني, 2005, ص588)

سرطان المثانة: يتميز سرطان المثانة بالاعراض التالية: وهي البول الدموي , حيث يمتزج البول بالدم ويصبح لونه متجانس وتباین شدة تغير لون البول حسب كمية الدم الموجودة به.
سرطان البوستاتا: لا توجد اسباب معروفة لسرطان البروستاتا غير انه لا يمكن التحكم فيه ويقل اندفاع البول كلما كبرت غدة البروستاتا في حجمه

سرطان القولون والمستقيم: تبدأ جميع انواع سرطان القولون والمستقيم بليالات مخاطية حميدة في نهاية المطاف تتحول الى سرطان , اول علامة لوجوده هو شعور بانسداد في الطريق فيجد الشخص نفسه قد اصيب بامساك مستعصي مفاجئ مع انتفاخ شديد يعقبه خروج غازات كريهة الرائحة.

الشكل رقم (04) يوضح : أنواع السرطانات

4- أعراض مرض السرطان:

نلخص أعراض السرطان في الجدول التالي:

جدول رقم(03): يوضح أعراض السرطان

أعراض السرطان	←
<p>- ظهور ورم غير طبيعي -نزيف، الألم وظهور تقرحات الصفراء وهي اصفرار العين والجلد كما في سرطان البنكرياس.</p>	أعراض موضوعية
<p>-الغزو المباشر أي ان تنمو الخلايا مخرقة الانسجة الى انسجة أخرى مجاورة . -تضخم العقد اللمفاوية. -ظهور كحة و تنفيث في الدم. -تضخم في الكبد.</p>	أعراض ناتجة عن الانتشار والتأثير على الأعضاء الأخرى
<p>-تعب و ارهاق. -التعرق خصوصا اثناء الليل. -حدوث فقر الدم.</p>	اعراض تظهر بجميع الجسم
<p>-زيادة غير طبيعية في معدلات العمل, مثال ذلك :الافرازات الزائد لبعض الغدد كالغدة الدرقية ، البنكرياس. -نقص في الأداء او توقفه بشكل كامل. -القيء والسعال.</p>	أعراض ناتجة عن فقدان وظيفة العضو المصاب

(طاهري زهية,2014,ص24)

5-مراحل مرض السرطان:**يمر السرطان خلال نموه في ثلاث مراحل رئيسية:**

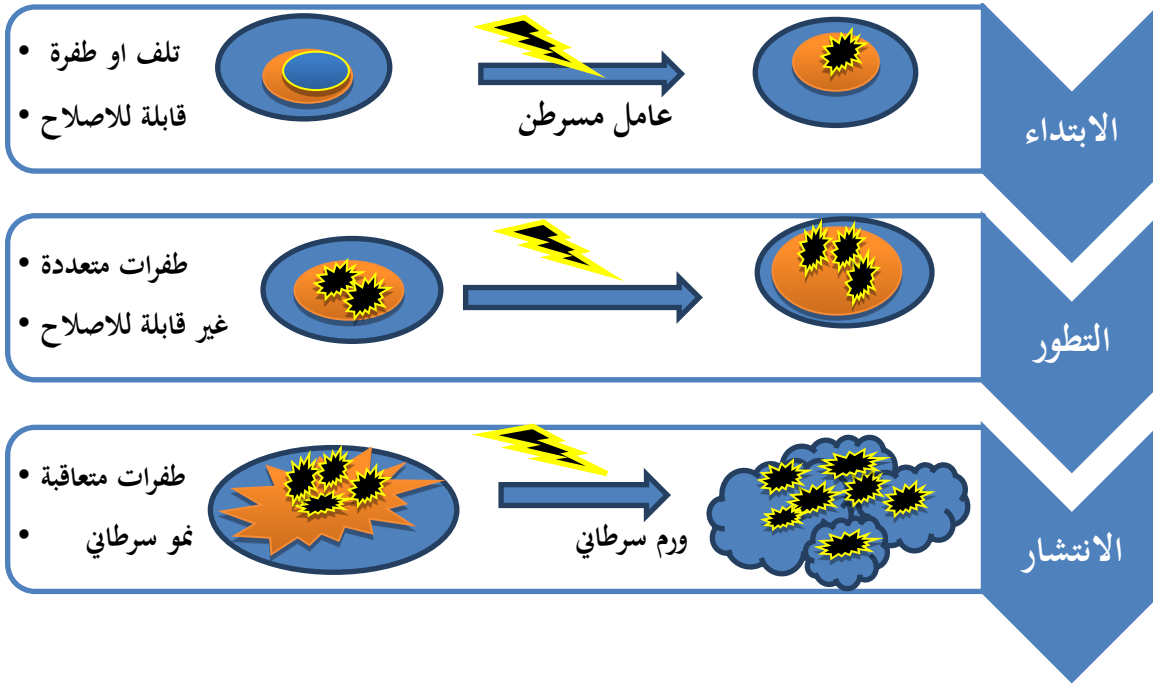
5-1-مرحلة البداية: هي الخطوة الأولى نحو تكوين الورم حيث يبدأ على مستوى أي خلية بتغيير بسيط في عملها وطريقة التحكم فيها. والمواد التي تسبب هذه البداية تسمى مواد مسرطنة.

يعتبر تلف المادة الوراثية والطفرات الناتجة في الخلايا الجديدة بداية المرحلة الاولى من مراحل التسرطن (الابتداء).

5-2-مرحلة التطور: يتكون الورم عن طريق خلية واحدة ويزداد في النمو و الإنقسام على حساب الخلايا الأخرى، وفي هذه المرحلة يمكن رؤيته ميكروسكوبيا.

5-3-مرحلة التفشي: يقصد بالتفشي هو الغزو ويعني خروج الخلايا السرطانية من النسيج الأصلي لنشوء الورم إلى الأنسجة المحيطة به أولاً بعد أن تنجح في اختراق غشاء الخلية والحواجز النسيجية الأخرى ومن ثم امتدادها إلى المناطق المجاورة التي تحد حركتها لتتحم انسجة جديدة كأغشية الاوعية اللمفاوية والانسجة المحيطة بها (الارناؤوط,2016,ص90).

والشكل التالي يوضح هذه المراحل:



شكل رقم (05) يوضح مراحل تسرطن الخلية. (الارناؤوط, 2016, ص81)

6-أسباب مرض السرطان:

كثيرة هي أسباب حدوث السرطان ومتعددة نذكر منها مايلي:

6-1-العوامل البيئية :

6-1-1-المواد المسرطنة:تتمثل في:

- **التدخين:**إن التدخين يعرض المريض إلى ما ينيف عن (400) مادة مسرطنة تتضمن النيكوتين والقطران...الخ.

حيث تظهر الدراسات العلمية أن التدخين يزيد نسبة الإصابة بسرطانات الرئة، الفم، الرأس، العنق، المريء، المثانة، البنكرياس. فعلى سبيل المثال يكون المدخن عرضة للإصابة بسرطان الرئة بحوالي (11) ضعفا مقارنة بغير المدخن ولذلك يعتبر التدخين السبب الرئيسي في (85-90%) من سرطانات الرئة. (سنوسي, 2017, ص44)

6-1-2-الكحول: ان الإدمان على الكحول يعرض الانسان لأمراض عديدة منها تشمع الكبد والنزيف الهضمي وأمراض الدم وزيادة نسبة الإصابة بسرطان الفم والحنجرة والبلعوم، والمريء، الكبد. (المرجع السابق نفسه، 2017، ص44)

6-1-3-المواد الكيميائية:

حيث تشير التقديرات الأخيرة إلى أن (80%) على الأقل من جميع حالات السرطان يلعب فيها العامل البيئي دورا مهما حيث ان التعرض للمعادن الثقيلة مثل الرصاص أو مركبات اصطناعية التي تضاف للأطعمة مثل محسنات الطعام كنيترات الصوديوم، البوتاسيوم ومواد أخرى قد يخلق قابلية للإصابة بهذا المرض. (وفاء مزلق، 2013، ص226)

6-1-4-الأشعة والمواد المشعة:

فالتعرض للأشعة فوق البنفسجية الناجمة عن التعرض الطويل للشمس يؤدي إلي زيادة كبيرة في سرطانات الجلد وخاصة إذا كان التعرض لفترات طويلة ومتصاحبا مع حروق شمسية وعدم استخدام العوازل الضوئية الواقية من الشمس (مراهم او كريمات) كما وأن التعرض للأشعة السينية (x-rays) المستخدمة في تشخيص الأمراض لفترات طويلة أو جرعات كبيرة يعرض الإنسان لزيادة الإصابة ببعض السرطانات.

6-2-العوامل البيولوجية :

هناك احتمال كبير في إمكانية حدوث السرطان نتيجة فيروس ما أو مجموعة من الفيروسات مثلا الفيروس الحليمي البشري (Hpv) يمكن أن ينتقل من خلال العلاقات الجنسية ويسبب سرطان عنق الرحم، كما نجد فيروس التهاب الكبد "C" الذي يسبب سرطان الكبد، أما فيروس (EBV) فهو يسبب سرطان الجهاز اللمفاوي. (Beers.2008.1035)

6-3- العوامل الجينية والوراثية:

هناك تغيرات جينية، قد تكون وراثية أو تسبب بها عوامل التلوث والمبيدات والكيماويات، تخفف من مناعة الجسم ضد الخلايا السرطانية وقدرته على تصحيح الخلل في الحامض النووي والبروتينات الخلوية، فيصبح الإنسان أكثر استعداداً من غيره لنمو خلايا سرطانية. (الصغير, 2005, ص32).

وتعتبر الأمراض السرطانية الوراثية قليلة إذ تشكل نسبة لا تتجاوز (10%) من حالات السرطان ككل (سرطانات الثدي، القولون، المبيض والرئة). (سنوسي, 2017, ص46)

6-4- العوامل النفسية:

وجد العالم "سيمونز" (Simons) في كتابه الشهير {المظاهر السيكوسوماتية للسرطان} وهو من أبرز العلماء والأطباء الذين درسوا (الجذور النفسية) الكامنة وراء السرطان وقد توصل إلى الاستنتاجات التالية:

- 1- يكون هناك من الصدمات النفسية ما يجعل بظهور السرطان .
- 2- أن الإضطرابات في الوظائف الغدية تثيرها وتطلقها الضغوط الانفعالية وخاصة تلك المتعلقة بمشكلات الطفولة أو القلق العنيد.

وقد أثبتت دراسات معاصرة على عينات عديدة مصابة بالسرطان، وتمكن المحللون النفسانيون ملاحظة التالي:

- أ/ معظم النساء المصابات بالسرطان كنّ يعانين صعوبة في تقبلهن لذاتهن كما هيا.
- ب/ معظم المصابات بالسرطان كنّ يعانين صعوبة في مشاعر سلبية نحو الحمل والولادة وغالبا ما يكون موضع الإصابة الثدي أو الحنجرة. (سنوسي, 2017, ص46).

ويرى الدكتور "برنارد" (Bernard) انّ هناك أثرا للعوامل النفسية وحالات القلق والياس والخوف والتوتر، وهذه العوامل التي قد تكون نتاجا لأوضاع اجتماعية و

إقتصادية تزيد من أعباء الإنسان ومشكلاته ، بما فيها ما يزيد من اضطرابات عصبية وهرمونية تعتبر من أكبر العوامل المساعدة على حدوث السرطان ونموه أو تطوره.(المرجع السابق نفسه،2017،ص46)

7- الآثار النفسية لمرض السرطان:

ذكرت أمال فارس مجموعة من الآثار النفسية لدى المصاب بالسرطان من جراء إصابته هي:

1. صدمة الإعلان على المرض.
2. أزمة الهوية والخوف من الانهيار.
3. تغيير مستوى النزوات. (فارس امال, 2011, ص ص38-45)
4. الانسحاب النرجسي والنكوص السيكوسوماتي.
5. الخصاء وفقدان الصورة المثالية. (المرجع السابق نفسه، ص ص 38-45)

8- الميكانزمات الدفاعية التي يستعملها مريض السرطان:

1. الإنكار
2. الرفض.
3. التجنب.
4. الاسقاط.
5. العزل.
6. التبرير.
7. التكوين العكسي.
8. النكوص.
9. التعويض (فارس امال, 2011, ص ص46-52)

9- علاج السرطان:

إن علاج السرطان معتمد على حالة الفردية للمريض، حيث يقوم الطبيب باختيار التقنية المناسبة لذلك سواء كانت الجراحة أو العلاج بالأشعة إستنادا إلى نوع وحجم وموضع وامتداد الورم ومن بين هذه التقنيات :

9-1- الجراحة :

تعد جراحة استئصال الأورام احدى الركيزتين اللتين يقوم عليهما علاج السرطان (بجانب العلاج الاشعاعي) .وفى معظم الحالات, يقوم الجراح باستئصال الورم وبعض الانسجة المحيطة به . فقد يساعد استئصال الانسجة المحيطة على منع الورم من النمو مرة أخرى.

ويمكن أيضا ان يقوم الجراح باستئصال بعض العقد اللمفية المحيطة بالورم.(جيمس نيكولاس,2013,ص65)

9-2-العلاج الاشعاعي:

العلاج الاشعاعي هو علاج باستخدام التطبيقات المختلفة للاشعاع المؤين (ionizing radiation) لتدمير الخلايا السرطانية وتقليص الأورام، سواء باستخدام العناصر والنظائر المشعة , ويعد العلاج الاشعاعي علاجا موضعيا ،وهو ينقسم إلى نوعين : داخلي(internal)، حيث تزرع العناصر المشعة مباشرة داخل انسجة الورم، أو قريبا منها ، سواء بشكل مؤقت او بصفة دائمة . وخارجي (External)، حيث يبث الاشعاع من آلة تسلط الاشعة على مواضع الأورام ، وقد يستخدم كلا النوعين لدى بعض الحالات .(جمعية ادم لسرطان الطفولة, 2010,ص19).

9-3-العلاج الكيميائي:

يستخدم العلاج الكيميائي عقاقير مضادة للسرطان للقضاء، على الخلايا المسرطنة، وتدخل هذه العقاقير في مجرى الدم وتؤثر على الخلايا المسرطنة في جميع أجزاء الجسم.

وتعطى العقاقير المضادة للسرطان عادة من خلال الوريد، ولكن قد يعطى بعضها من خلال الفم.(ج.س.خ لمكافحة السرطان,2013,ص29).

9-4-العلاج المناعي:

يمكن تصنيف العلاج المناعي للسرطان الى نوعين رئيسيين هما:

9-4-1-العلاج المناعي المحدد: وهو بدوره نوعين: الفعال (Activ) والعابر (Passive).

ويقصد بالعلاج المناعي (المحدد الفعال) تحفيز الدفاع المناعي للجسم ضد نوع محدد من السرطانات.

أما العلاج (المحدد العابر) يتضمن حقن الاجسام المضادة لنوع معين من السرطانات بعد استخلاصها من اجسام الحيوانات التي تحقن بخلاصة الورم نفسه كالخيول والمعز والغنم والارانب .

9-4-2-العلاج المناعي غير المحدد: وذلك باستعمال مركبات تحفز الدفاع المناعي

للجسم بصورة عامة لترفع من دفاعاته ضد الخلايا السرطانية. (الارناؤوط,2016,ص ص192-193).

خلاصة الفصل :

قامت الباحثة في هذا الفصل بتقديم تعريف لهذا المرض الخطير الذي عرفته البشرية منذ القدم وذلك بعد استعراض الجانب التاريخي لظهور هذا المرض والاكتشافات الطبية السابقة، إضافة إلى التعرف على أهم أنواع السرطان والأسباب والاعراض، ومراحل تشكل لهذا المرض، بالإضافة إلى ذلك تطرقنا إلى أهم الاثار النفسية لمرض السرطان وأهم المکانیزمات الدفاعية الذي يستخدمها الجهاز النفسي لدى المريض، وفي أخير تطرقنا لبعض وأهم أنواع العلاجات المستعملة لعلاج مرض السرطان.

الفصل الخامس:

إجراءات البحث الميدانية

تمهيد

1- المنهج المتبع في الدراسة

2- عينة الدراسة

3- وصف أدوات الدراسة

4- الخصائص السيكومترية لدراسة

5- أساليب المعالجة الإحصائية

خلاصة

تمهيد

بعد الانتهاء من عرض الإطار النظري وتحديد فروض الدراسة سنحاول إلقاء الضوء على الجانب التطبيقي للدراسة و توضيح المنهج المستخدم فيها والعينة التي تم اختيارها . ثم عرض مجموعة الأدوات المستخدمة لجمع البيانات ثم توضيح النتائج لكل فرضية من خلال جداول و التعليق عليها وشرحها إحصائياً. والخروج باستنتاج عام حول الدراسة .

1- المنهج المتبع في الدراسة :

إن مجال البحث العلمي يعتمد على اختيار المنهج المناسب لكل مشكلة على طبيعة المشكلة نفسها وتختلف المناهج المتبعة باختلاف الهدف الذي يود الباحث التوصل إليه. (تركي، 1984، ص131)

1 - 1- المنهج الوصفي

نظرا لطبيعة موضوعنا ومن أجل تشخيص الظاهرة وكشف جوانبها وتقصي العلاقة بين عناصرها، بمعلّى معرفة العلاقة بين المتغيرات اعتمدنا على المنهج الوصفي ويعرف المنهج الوصفي على أنه طريقة من طرق التحليل والتفسير بشكل علمي منظم من أجل الوصول إلى أهداف محددة اتجاه مشكلة اجتماعية ما ويعتبر المنهج الوصفي طريقة لوصف الظاهرة المدروسة وتصويرها كميًا عن طريق جمع معلومات مدققة عن المشكلة وتصنيفها وتحليلها وإخضاعها للدراسة. (ايت منصور، 2003، ص 18)

وأهم ما يميز هذا المنهج أنه يوفر بيانات خصلة عن الواقع الفعلي للظاهرة أو خضوع البحث، كما أنه يقدم في نفس الوقت تفسيرًا واقعيًا للعوامل المرتبطة بموضوع الدراسة تساعد على قدر معقول من التنبؤ للظاهرة على الجانب الآخر، (عبيدات واخرون، 1998، ص47)

2-1-1- حدود الدراسة:

2-1-1-المجال المكاني: تم اجراء هذه الدراسة بمستشفى الزهراوي بولاية المسيلة بقسم مرض السرطان.

2-1-2-المجال الزمني: تم اجراء هذه الدراسة خلال السنة الجامعية 2019-2020.

2-1-3-المجال البشري: اعتمدت الدراسة على عينة مقصودة قوامها ثلاثون فردا مصابون بمرض السرطان.

3-العينة: اعتمدنا في هذه الدراسة على عينة قصدية، حيث قمنا باختيار الافراد الذين يعانون من مرض السرطان وهو من بين الامراض المزمنة، وذلك بمستشفى الزهراوي لولاية مسيلة، تكونت العينة من 30 مصابا بمرض السرطان منهم 13 ذكور و 17 اناث، تتراوح أعمارهم بين

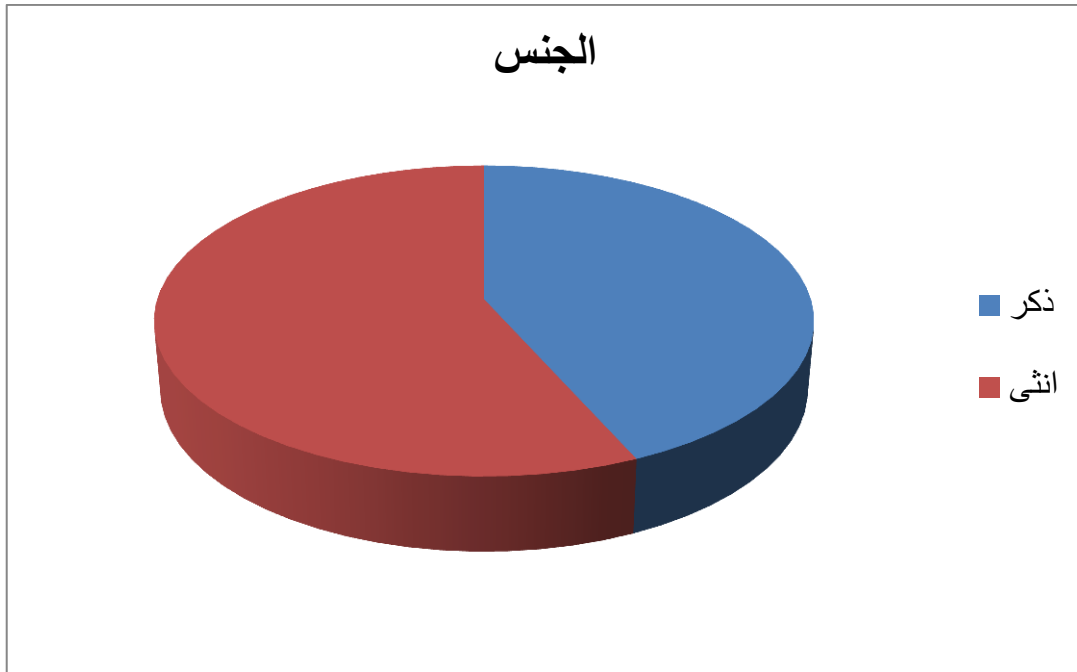
19 و72 سنة بمتوسط العمر 47 سنة، ذو مستويات ثقافية واجتماعية مختلفة، تم اختيار الافراد على أساس تشخيص الأطباء المختصين بمرض السرطان والاختصاصية النفسانية، وبهذا تضمنت عينة الدراسة كل المرضى الذين أصيبوا بمرض السرطان، واللذين رادو المستشفى.

ويمكن توضيح خصائص عينة الدراسة حسب الجداول الآتية:

الجدول(04): خصائص العينة حسب الجنس.

الجنس	التكرار	النسبة المئوية
ذكور	13	43.3%
اناث	17	56.7%
المجموع	30	100%

نلاحظ من خلال الجدول اعلاه ان اغلبية العينة كانت من الاناث بنسبة بلغت 56.7%، بينما نسبة الذكور بلغت 43.3%.



الشكل رقم(06): يمثل دائرة نسبية لخصائص العينة حسب الجنس

الجدول(05): خصائص العينة حسب العمر الزمني.

السن	التكرار	النسبة المئوية
اقل من 30 سنة	03	%10.0
31-40 سنة	08	%26.7
41-50 سنة	05	%16.7
اكبر من 51 سنة	14	%46.7
المجموع	30	%100

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن النسبة الغالبة كانت للفئة العمرية (اكبر من 51 سنة) حيث بلغت نسبتهم %46.7 ، تليها الفئة العمرية (31-40 سنة) بنسبة %26.7 ، تليها نسبة %16.7 للفئة (41-50 سنة) ، تليها نسبة %10.0 للفئة (أقل من 30 سنة)

الجدول(06): خصائص العينة حسب المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	التكرار	النسبة المئوية
اقل من ابتدائي	6	%20,0
ابتدائي	4	13,3%
متوسط	4	13,3%
ثانوي	9	30,0%
جامعي	7	23,3%
المجموع	30	%100

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن النسبة الغالبة كانت للمستوى الثانوي بنسبة بلغت %30 ، ونسبة %23.3 مستواهم جامعي، ونسبة %20 مستواهم أقل من ابتدائي، ونسبة %13.3 مستواهم ابتدائي ومتوسط على التوالي وهذا قد يؤثر على طبيعة إدراكهم وتصوراتهم لمفهوم المساندة الإجتماعية والإكتئاب.

4-الأدوات المستخدمة في الدراسة:

بهدف إجراء هذه الدراسة قمنا باستعمال اختبارات نفسية لقياس المتغيرات التالية المساندة الاجتماعية والاكتئاب.

4-1- مقياس المساندة الاجتماعية:

وصف مقياس المساندة الاجتماعية وطريقة تصحيحه:

قصد جمع البيانات حول موضوع الدراسة من أفراد العينة قامت الباحثة بالاعتماد على إستبيان مصمم من طرف (بشرى إسماعيل) وذلك بعد اجراء تعديلات عليه تمثلت أساسا في تعديل الصياغة اللغوية بما يتناسب والموضوع الحالي وبإعادة ترتيب البنود بالتبادل بين الابعاد، حيث يتكون المقياس من (26) عبارة يتم الإجابة عليها بمقياس خماسي متدرج ذو بدائل للإجابة هي: (دائما) (غالبا) (أحيانا) (قليلًا) (نادرا)، كما تتوزع فقراته على ثلاثة ابعاد هي: (المساندة الاسرية، المساندة من قبل الأصدقاء وزملاء، وبعد الشعور بالرضا الذاتي عن المساندة الاجتماعية)، وزمن تطبيق الاستبيان يتراوح ما بين 20-30 دقيقة، وذلك بعد القاء التعليمات وحل الأمثلة. (انظر الملحق رقم '02' للمقياس بصورته النهائية)

مع الإشارة الى انه تم تعديل بدائل الإجابة الى (دائما، غالبا، أحيانا، قليلا، نادرا) كما تم تعديل الصياغة اللغوية لتناسب مع عينة الدراسة مثل حذف كلمة العمال والمصنع بالإضافة الى تعديلات أخرى.

2- الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة:

2-1- مقياس المساندة الاجتماعية:

2-2- صدق المحكمين:

يعد اختيار الصدق من الاختيارات التي تجري في البحوث العلمية لمعرفة مدى ارتباط الأداة بالخاصية التي نود دراستها وعليه فقد تم اختيار أربع محكمين من ذوي الدرجات العليا والاختصاص والخبرة حيث عرض عليهم الاستبيان وطلب إليهم الإشارة إلى مواطن الخلل ومن حيث الوضوح و مدى مناسبتها للمؤشرات المراد قياسها واجراء التعديل على بعض عبارات المقياس التي اجمع عليها غالبية المحكمين لتتوافق مع وضع العينة الحالية ، بالنسبة للعبارات

الموجبة: (1,2,3,4,9,10,11,13,14,15,16,17,19,20,21,22,24) تعطي لمستجيب (5) للإجابة دائما (4) للإجابة غالبا و(3) للإجابة أحيانا و(2) للإجابة قليلا و(1) للإجابة نادرا.

بالنسبة للعبارات السالبة وهي: (5,6,7,8,12,18,23,25,26) تعطي المستجيب (1) للإجابة دائما (2) للإجابة غالبا و(3) أحيانا و(4) للإجابة قليلا و(5) للإجابة نادرا وبالتالي أصبحت ابعاد المقياس كالتالي:

جدول رقم (07) يوضح أبعاد وأرقام بنود مقياس المساندة الاجتماعية في صورته النهائية:

الأبعاد	ارقام البنود	عدد البنود
بعد المساندة الاسرية	1-2-9-11-16-18-20-22	8
بعد مساندة الأصدقاء والزملاء	3-5-8-10-13-15-17-19-21	9
بعد الشعور بالرضا الذاتي عن المساندة الاجتماعية	4-6-7-12-14-23-24-25-26	9

2-3- طريقة التصحيح: يتبع هذه الدرجات تبعا لدرجة إيجابية الفقرة، فال فقرات الموجبة تعطي الدرجات (5) دائما، (4) غالبا، (3) أحيانا، (2) قليلا، (1) نادرا بينما العكس في الفقرات السالبة. (انظر الملحق 01 للمقياس في صورته النهائية)

الجدول رقم (08) يوضح طريقة التصحيح للمقياس المساندة الاجتماعية

نوع الفقرة	البدايل	دائما	غالبا	احيانا	قليلا	نادرا
موجبة	الدرجات	5	4	3	2	1
سالبة	الدرجات	1	2	3	4	5

تم اعتماد الصورة النهائية للمقياس.

2-4- صدق وثبات المقياس: إن التوصل إلى نفس النتائج باستمرار إذا تكرر تطبيق المقياس على نفس العينة وتحت نفس الشروط فإن للمقياس صدق وثبات، حيث يفترض أن يعطي المقياس نفس النتائج تقريبا إذا أعيد استخدامه مرة أخرى.

ويشير مقدم عبد الحفيظ أن ثبات المقياس يدل على مدى استقرار ظاهرة معينة في مناسبات عدة ويضيف أن ثبات المقياس وصدقه يعني مدى دقة واستقرار النتائج المقياس فيما لو طبق على عينة الأفراد في مناسبتين مختلفتين:

-الصدق:

اولا :مقياس المساندة الاجتماعية :

و للتحقق من صدق الأداة تم الإعتماد على طريقة صدق الاتساق الداخلي:

الجدول رقم(09) يمثل صدق الاتساق الداخلي بين الفقرات والدرجة الكلية

بعد الشعور بالرضا الذاتي عن المساندة الاجتماعية		بعد مساندة الأصدقاء والزملاء		بعد المساندة الاسرية	
الارتباط	الفقرة	الارتباط	الفقرة	الارتباط	الفقرة
,344	04	,788**	03	,689**	01
,661**	06	,374*	05	,801**	02
,211	07	,150	08	,623**	09
,547**	12	,748**	10	,868**	11
,533**	14	,729**	13	,735**	16
,103	23	,816**	15	,079	18
,155	24	,767**	17	,819**	20
,301	25	,663**	19	,565**	22
,393*	26	,747**	21		

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن قيمة معامل الارتباط بيرسون بلغت ما بين (0.079 و0.868) في بعد المساندة الاسرية ، و(0.374 و 0.618) في بعد مساندة الأصدقاء والزملاء، و(0.103 و 0.661) في بعد الشعور بالرضا الذاتي عن المساندة الاجتماعية ،

وجاءت كل العبارات دالة عند مستوى الدلالة 0.05، وهذا ما يدل على وجود اتساق داخلي بين عبارات كل متغير مع الدرجة الكلية.

الجدول رقم(10):الاتساق الداخلي بين الابعاد والدرجة الكلية للمقياس .

المساندة الاجتماعية	الأبعاد
معامل الارتباط	
0.567	بعد المساندة الاسرية
0.830	بعد مساندة الأصدقاء والزملاء
0.598	بعد الشعور بالرضا الذاتي عن المساندة الاجتماعية

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن هناك اتساق داخلي بين كل من الابعاد والدرجات الكلية حيث تراوحت القيم ما بين (0.567) في حدها الأدنى، و(0.830) في حدها الأعلى، وجاءت كل القيم دالة احصائياً عند مستوى الدلالة 0.05.

صدق المقاربة الطرفية:

جدول رقم (11): يوضح نتائج صدق المقارنة الطرفية لمقياس المساندة الاجتماعية:

الفئات	العدد (n)	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T ت	مستوى الدلالة
العليا	10	102.50	4.52	10.35	غير دالة عند 0.05
الدنيا	10	76.70	6.44		

نلاحظ أن المتوسط الحسابي للمجموعة العليا قدر ب(102.5) و الانحراف المعياري لها قدر ب (4.52) بينما المتوسط الحسابي للمجموعة الدنيا قدر ب (76.70) و الانحراف المعياري قدر ب (6.44) ، ويتضح من خلال الجدول أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين الدرجة بين الفئة العليا والفئة الدنيا وهذا ما يدل على ان المقياس له خاصية التمييز بين الافراد في المساندة الاجتماعية .

-الثبات:

طريقة التجزئة النصفية:

لتقدير ثبات الأداة استخدمنا طريقة التجزئة النصفية

الجدول رقم(12): معامل الثبات غوتمان

البند	عدد العينة	معامل الثبات	الارتباط بين النصفين	تصحیح معامل الارتباط غوتمان
النصف الأول	13	0.702	0.612	0.745
النصف الثاني	13	0.448		

يتبين من الجدول ان معامل الارتباط المصحح بمعادلة غوتمان (تساوي التباين بين النصفين هو 0.745 ويعتبر معامل ثبات جيد وعليه فالمقياس يتمتع بقدر عال من الثبات يمكن الاعتماد عليه في الدراسة الأساسية.

-حساب الثبات بطريقة ألفا كرونباخ-

و قد تم حساب ثبات مقياس المساندة الاجتماعية بهذه الطريقة و كانت النتيجة كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (13) يوضح نتائج معامل ثبات مقياس المساندة الاجتماعية بألفا كرونباخ

الأداة	عدد الفقرات	معاملألفا α
مقياس المساندة الاجتماعية	26	0.752

نلاحظ من خلال الجدول السابق أن معامل ثبات مقياس المساندة الاجتماعية وفق معادلة ألفا كرونباخ كان مساويا ل $(\alpha = 0.752)$ وهي قيمة دالة مما يؤكد تمتع المقياس بمستوى ممتاز وعالي من الثبات.

4-2- مقياس الاكتئاب:

أعدّه أرون بيك مع اخرون سنة 1961 يتكون من 21 عبارة مصاغة بشكل تقريرى تختلف بدائل الاجابة باختلاف كل مفردة وتتراوح الدرجة الكلية لها ما بين (0-63) درجة، اما فيما يخص مدى تقويم الدرجات لكل عبارة فهي تتراوح بين (0-3) درجات، وقد تمثلت الفئات المكونة للاختبار فيما يلي: المزاج، التشاؤم، الشعور بالفشل والإخفاق، نقص الشعور بالرضا، الشعور بالذنب، الشعور بإستحقاق العقاب، كره الذات، لوم الذات، غياب العقاب الذاتى، نوبات

البكاء، الانسحاب الاجتماعي، صورة الجسم، أداء المهام، اضطراب النوم، الإرهاق، فقدان الشهية للطعام، نقص الوزن، الإثغال على الصحة الجسمية، الطاقة الجنسية (محمد عبد الحميد أبو زيد، ص ص 182-183).

الخصائص السيكومترية للمقياس:

للتحقق من صدق الأداة تم الإعتماد على طريقة

صدق المقارنة الطرفية و في ما يلي شرح مفصل لتطبيقها:

جدول رقم (14) يوضح نتائج صدق المقارنة الطرفية لمقياس الاكتئاب:

الفئات	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T.test	مستوى الدلالة
العليا	10	30.60	7.30	7.10	0.22
الدنيا	10	12.00	3.88		

نلاحظ أن المتوسط الحسابي للمجموعة العليا قدر ب(30.60) و الانحراف المعياري لها قدر ب (7.30) بينما المتوسط الحسابي للمجموعة الدنيا قدر ب (12.00) و الانحراف المعياري قدر ب (3.88) حيث أن قيمة "الفا" قدرت ب (0.05) و هي اقل من قيمة "sig" المقدر ب (0.22) مما يدل على أن الاختبار لديه القدرة على التمييز بين الفئة العليا و الفئة الدنيا و بالتالي فإن الأداة على درجة من الصدق يمكن الإعتماد عليها كأداة لجمع البيانات.

صدق الاتساق الداخلي:

الجدول رقم(15): يمثل الصدق الاتساق الداخلي بين الفقرات والدرجة الكلية

الفقرة	الارتباط	الفقرة	الارتباط
01	,592**	12	,420*
02	,479**	13	,262
03	,598**	14	,520**
04	,402*	15	,200
05	,214	16	,591**
06	,229	17	,572**
07	,447*	18	,534**

08	,575**	19	,285
09	,503**	20	,355
10	,518**	21	,317
11	,476**		

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن قيمة معامل الارتباط بيرسون بلغت ما بين (0.200 و0.591) عند مستوى الدلالة 0.05 ، وهذا ما يدل على وجود إتساق داخلي بين عبارات كل متغير مع بعدها .

-الثبات:

-حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

لتقدير ثبات الأداة إستخدمنا طريقة التجزئة النصفية.

الجدول رقم(16):يوضح معامل الثبات غوتمان .

البنود	عدد العينة	معامل الثبات	الارتباط بين النصفين	تصحيح معامل الارتباط جوتمان
النصف الاول	11	0.705	0.609	0.754
النصف الثاني	10	0.573		

تبين من الجدول ان معامل الارتباط المصحح بمعادلة غوتمان (تساوي التباين بين النصفين هو 0.754 ويعتبر معامل ثبات جيد وعليه فالمقياس يتمتع بقدر عال من الثبات يمكن الإعتماد عليه في الدراسة الأساسية.

-حساب الثبات بطريقة ألفا كرونباخ:

و قد تم حساب ثبات مقياس الاكتئاب بهذه الطريقة و كانت النتيجة كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (17) يوضح نتائج معامل ثبات مقياس الاكتئاب بألفا كرونباخ

الأداة	عدد الفقرات	معامل ألفا
--------	-------------	------------

مقياس الاكتئاب	21	0.779
----------------	----	-------

نلاحظ من خلال الجدول السابق أن معامل ثبات مقياس الاكتئاب وفق معادلة ألفا كرونباخ كان مساويا ل $(\alpha = 0.77)$ وهي قيمة دالة مما يؤكد تمتع المقياس بمستوى ممتاز وعالي من الثبات.

5-1- الاساليب الإحصائية المستخدمة :

تمت معالجة البيانات وتحليلها باستخدام الحاسب الالى من خلال برنامج spss22 الحزمة الإحصائية في العلوم الاجتماعية وتتمثل المعالجات التي تمت للبيانات الإحصائية فيما يلي:

النسب المئوية للبيانات لإعطاء صورة سريعة عن عينة الدراسة والبيانات الأولية بشكل مختصر مبسط وذلك بعد عرضها على هيئة جداول.

معامل غوتمان، المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري والمدى والتباين لمعرفة الإحصاء الوصفي لمتغيرات الدراسة.

معامل الثبات الفا كرونباخ.

اختبار ت T بهدف معرفة صدق اختبار دور المساندة والاكتئاب بطريقة المقارنة الطرفية معامل الارتباط بيرسون لمعرفة قيمة ثبات اختبار المساندة والاكتئاب عن طريق التجزئة النصفية .

خلاصة:

لقد تضمن هذا الفصل منهجية البحث و إجراءاته الميدانية التي قمنا بها من خلال التجربة الاستطلاعية تماشياً مع طبيعة البحث العلمي و متطلباته العلمية حيث تطرقنا في بداية الفصل إلى الدراسة الأساسية و ذلك لتوضيح منهج بحث، العينة، مجالات البحث و الأدوات المستخدمة ثم الدراسة الاستطلاعية من خلال الإشارة إلى عدة خطوات علمية أنجزت تمهيداً للتجربة الأساسية و في الأخير الأهداف الإجرائية المقترحة ثم الوسائل الإحصائية المستخدمة في البحث .

الفصل السادس: عرض

ومناقشة النتائج

تمهيد

1- عرض ومناقشة الفرضية أولى

2- عرض ومناقشة الفرضية الثانية

3- عرض ومناقشة الفرضية الثالثة

خلاصة نتائج الدراسة

تمهيد:

بعدها بينا في الفصل السابق اهم الإجراءات الميدانية المتبعة في هذه الدراسة سنحاول في هذا الفصل تجميع النتائج التي أفرزها إستعمال أدوات الدراسة المتمثلة في مقياسي المساندة الاجتماعية ومقياس الاكتئاب، ثم نتبعها بمناقشة الفرضيات ومنه الوقوف على مدى قبول الفرضيات او رفضها.

1- عرض ومناقشة نتائج الفرضيات:

1-1- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى:

توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين المساندة الاجتماعية والاكتئاب لدى مرضى السرطان.

الجدول رقم (18): يوضح نتائج العلاقة الارتباطية بين المساندة الاجتماعية والاكتئاب باستخدام معامل الارتباط لبيرسون.

المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	Rp	Sig	مستوى الدلالة	دلالة الفرق
89.20	11.85	0.263	0.16	0.05	غير دال
20.90	9.12				

وللتأكد من صحة أو نفي هذه الفرضية ومعرفة هل هناك علاقة ارتباطية بين المساندة الاجتماعية والاكتئاب قمنا بحساب معامل الارتباط لبيرسون، ومن خلال الجدول اعلاه نلاحظ متوسط الحسابي للمساندة الاجتماعية 89.20 والانحراف المعياري 11.85 بينما في أعراض الاكتئاب المتوسط الحسابي يساوي 20.90 والانحراف المعياري 9.12 بينما قيمة بيرسون 0.26 وتدل على وجود علاقة ضعيفة جدا بين المساندة الاجتماعية وأعراض الاكتئاب، وقيمة الدلالة المعنوية 0.16 عند مستوى الدلالة 0.05، وبما أن قيمة sig أكبر من 0.05 فإن هذا غير دال إحصائياً مما يعني عدم وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين المساندة الاجتماعية وأعراض الاكتئاب لدى مرضى السرطان.

ومن هنا يمكننا القول بأن هذه الفرضية لم تتحقق، وقد تعارضت نتائج هذه الدراسة مع دراسة نوريس وموريل (Norris & Murrel) سنة 1984، حول علاقة الدعم الاجتماعي بالاكتئاب، حيث وجدوا في دراستهم تتبعه لعينة من الراشدين أن الدعم الاجتماعي يؤدي إلى انخفاض الأعراض الاكتئابية ويقلل من درجة الشعور بالمشقة.

كما أثبت كوهن واخرون (Cohen & al) سنة 1986، دور الدعم الاجتماعي المدرك في حماية الافراد من المزاج الاكتئابي الناشئ من مثيرات المشقة، إلى نتيجة مفادها أن الدعم الاجتماعي المدرك يؤدي دورا مهما في الوقاية من الآثار السلبية للمشقة.

وفي المقابل توصل (Marcelessen Kleber) إلى أن المساندة الاجتماعية كانت مرتبطة بزيادة الاكتئاب النفسي، كما أن الاندماج مع الآخرين يؤدي إلى زيادة الضغط، وبالذات في الموافق التي تتضمن انفعالات قوية وتجارب مثيرة للحرع، حيث ظهر أن العلاقة بين مصادر الضغط واستجاباته كانت أعلى بين الافراد اللذين انعدمت لديهم هذه الأنظمة كما أن الافراد اللذين عليهم مسؤولية كبرى تجاه الآخرين في العمل كانوا اكثر اكتئابا عندما أظهر زملاءهم ورؤسائهم المزيد من المساندة أي أن المساندة قد أدت إلى زيادة الضغط.

و يرى بيونكوهورنس (1992, Hoorens, Buunk) ان تعرض لضغوط حياتية قد تؤثر بشكل سلبي في حجم المساندة الاجتماعية المدركة لديه، ومن ثم يحدث انخفاض في حجم المساندة الاجتماعية حينما يكون الفرد في اشد الاحتياج اليها وقد يرجع التأثير السلبي للضغوط على ادراك المساندة الاجتماعية الى أن الضغوط تسبب مزاجا سلبيا يجعل الآخرين يبدون اقل جاذبية وإيجابية. (ياسين لعمرات، 2014، ص51)

وقد أظهرت دراسة (فيلت واخرون، 1995) أن الافراد اللذين يمرون بضغوط كبرى يدركون انخفاضا في المساندة الاجتماعية من الافراد الموثوق فيهم.

ويقول شوماكر وبيرونل (Shumaker and Brownell, 1983): أن التأثيرات الإيجابية والسلبية للمساندة الاجتماعية يمكن ايضاحها على النحو التالي:

1- أن المساندة الاجتماعية القائمة على الرعاية والحب والاهتمام قد تزيد من مشاعر الأمن والارتباط والولاء والسعادة الوجدانية كتأثيرات إيجابية، وقد تؤدي الى الشعور بالاختناق والسيطرة والاعتمادية كتأثيرات سلبية.

2- أن المساندة الاجتماعية القائمة على حسن الانصات والكشف عن الذات والمرح والاندماج في الأنشطة الاجتماعية، قد تؤدي الى الشعور بالقيمة والثقة بالنفس وتقدير الذات الإيجابي

وانخفاض القلق والتعاطف كتأثيرات إيجابية، وقد تؤدي الى الشعور بالدونية والارتباك وانخفاض تقدير الذات والتحكم والمبالغة في الثقة بالنفس كتأثيرات سلبية.

ويرجع تفسير هذه النتيجة لكون أن أفراد العينة توجد لديهم متغيرات نفسية أخرى تؤثر سلباً على المساندة، حيث ان الإصابة بمرض مزمن، قد يكون سبباً في وقوع الكثيرين في دوامة مشاكل وضغوطات النفسية وابتعادهم وشعورهم بالقلق والتوتر.

وهذا ما حققه النموذج النظري " لمادي وكوبازا"1984: ينص على ان تراكم الاحداث الضاغطة يسبب زيادة التوتر الذي يمكن ان يظهر لدى الفرد في شكل ردود أفعال كسرعة التهيج والقلق الى غير ذلك من المظاهر، واستمرارها يمكن ان يخلق اعراض مريضة.(خيرة شويطر،2017،ص522)

وتؤثر هذه الضغوط على علاقة المريض بالبيئة الاجتماعية التي يعيش فيها، مما يدفعه الى القيام باستنتاجات سلوكية غير ملائمة كالانطواء والتفوق على الذات، تجنب التفاعل الاجتماعي مع الاخرين والاحساس بالاغتراب و تصبح الحياة بلا هدف.(ناهد سعود،2014،ص237)

و بين حجازي(2015) في دراسته الضغوط التي تعاني منها المرأة المصابة بسرطان الثدي و تصور مقترح لمدخل العلاجي الواقعي في طريقة خدمة الجماعة لمواجهتها، وتكونت عينة الدراسة (110) من النساء المصابات بسرطان الثدي المترددات على عيادات الأورام بمحافظة الفيوم والقاهرة، توصلت الدراسة الى تحديد طبيعة الضغوط الصحية وتمثل أهمها في الخوف من اجراء العمليات الجراحية اللازمة لطبيعة المرض المتمثل في استئصال الثدي وتساقط شعر الراس والانزعاج من التعرض لبعض المواد الكيميائية والصعوبة في المداومة على الجلسات العلاجية المختلفة والشعور بالإجهاد عند التعرض للإشعاع. وكذلك تم التوصل الى تحديد طبيعة الضغوط الاسرية وتمثلت في الصعوبة في أداء الاعمال الاسرية بسبب المرض، والشعور بالارتباك الاسري بعد اصابتها بالسرطان يؤرقها حدوث تغير في الأدوار الاجتماعية داخل اسرتها بعد العرض ويضايقها تجاهل افراد اسرتها بعد اصابتها بالسرطان ومعاناتها من المصاعب الجنسية مع الزوج بعد مرضها.

كذلك مريض السرطان يداهمه قلق الموت ، الاحتضار يرفض الحياة وينتابه اليأس والاكتئاب، ويشعر بأنه ميت لا محالة له، فهذه الفكرة حملت له اليأس عن الغد وانقطاع الأمل من العيش. (إخلاص عودة، 2018، ص35)

وهذا ما أكدته نظرية العجز المكتسب لسيلجمان: **Learned Helplessness Theory** حيث يرجع مفهوم العجز المتعلم إلى أن تكرار تعرض الفرد للضغوط مع إعتقاده بأنه لا يستطيع التحكم في المواقف الضاغطة أو مواجهتها فإن هذا يجعل الفرد يشعر بالعجز وعدم القيمة وبالتالي يبالغ في تقييمه للأحداث والمواقف التي يمر بها ويشعر بالتهديد منها، وبعدم قدرته على مواجهتها مما يجعله يشعر بالفشل بشكل مستمر، ويدرك ان فشله وعدم قدرته على مواجهتها في الماضي والحاضر والمستقبل ومن ثم يشعر باليأس وبالتالي الشعور بالسلبية والبلادة وانخفاض تقدير الذات ونقص الدافعية والاكتئاب. (إخلاص عودة عطون، 2018، ص55)

وفي هذا الصدد اشارت دراسة "جانر وزملاءه": الى ان مريضات سرطان الثدي أقرت عدم مقدرتهن على مواصلة النشاطات البسيطة، وأنهن يعانين انخفاضاً في الطاقة او صعوبة الاندماج في العائلات. (خيرة شويطر، 2017، ص334)

وتعود هذه النتائج الى مجموعة من العوامل أهمها:

-كمية وكثافة الدعم حيث ان الدعم والتعاطف الزائد عن الحد قد يؤدي الى مشاكل عديدة وضغوطات نفسية.

-وقت تقديم المساندة يحتاج مريض السرطان الى الكثير من التفهم وخاصة بعد تشخيصه بالمرض فالأشخاص الذين يحاولون كبت الحزن مبكراً لدى المريض يكونون قد اساءوا التصرف.

-نوع الدعم: في كثير من الأحيان يقدم الأشخاص نوعاً خاطئاً من الدعم للمريض.

-كون المجتمع كبيراً جداً لدرجة انه يصعب علينا تعميم هذه النتائج على جميع افراد المجتمع الأصلي وفي ظل هاته الظروف والوباء العالمي تعذر علينا الحصول على عينة كبيرة.

-صعوبة الاندماج في علاقات الاجتماعية.

1-2- عرض نتائج ومناقشة الفرضية الثانية:

* توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في درجة المساندة الاجتماعية لدى مرضى السرطان.

الجدول رقم (19) يوضح الفروق بين الجنسين في درجة المساندة الاجتماعية لدى مرضى السرطان باستخدام اختبار "ت".

الجنس	N	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T	DF	Sig	مستوى الدلالة	دلالة الفروق
ذكر	13	90.84	9.13	0.65	28	0.17	0.05	غير دال
انثى	17	87.94	13.72					

لتوضيح الفروق قمنا بحساب الاختبار "ت" وقد اوضحنا النتائج ما يلي: ان المتوسط الحسابي للذكور بلغ 90.84 بانحراف معياري 9.13 ، بينما الاناث المتوسط الحسابي 87.94 بانحراف معياري 13.72 ، بينما قيمة T بلغت 0.65 بدرجة حرية 28 ، وجاءت قيمة sig 0.17 عند مستوى الدلالة 0.05 ، واما ان قيمة الدلالة المعنوية اكبر من مستوى الدلالة 0.05 فان هذا غير دال احصائيا مما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في المساندة الاجتماعية تعزى لمتغير الجنس.

و منه نستنتج بأن الفرضية الثانية لم تتحقق، وانه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في درجة المساندة الاجتماعية. وقد تعود هذه النتائج الى:

-طريقة اختيار العينة، حيث اختيرت العينة بطريقة قصدية، وبالتالي فهي غير ممثلة للمجتمع الأصلي، مما يقف عائقا امام تعميم نتائجها على كل افراد المجتمع، فلو اختيرت العينة بطريقة عشوائية لكانت النتائج ربما مغايرة، وهذا عائد لطبيعة مجتمع الدراسة.

-كذلك يمكن ان يكون لخصائص العينة تأثيرا على هذه النتائج، بالإضافة الى حجمها الصغير فان معظم افرادها هم من كبار السن، حيث بلغ متوسط العمر لديهم 47 سنة، وبهذا فهم تقريبا ينتمون الى جيا واحد، فقد يكونوا عاشوا الظروف نفسها بمختلف مجالاتها (الاجتماعية، الثقافية،

المادية... الخ)، مما قد يخلق لديهم اتجاهها واحدا امام تصورهم لمجموعة من المتغيرات خاصة النفس اجتماعية، وبهذا فان تصورهم و ادراكهم للدعم الاجتماعي متقارب.

وقد توافقت هذه الدراسة مع دراسة منى محمد عثمان عبد الله (2006) تحت عنوان المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية لدى طلبة كلية الطب 2006، وهدفت هذه الدراسة الى الكشف عن العلاقة بين المساندة وبين الضغوط النفسية لدى عينة الدراسة والتي قوامها ب262 طالب وطالبة، واسفرت النتائج على عدم وجود فروق دالة احصائيا في المساندة الاجتماعية لدى عينة الدراسة وقفنا لمتغير الجنس، المستوى الدراسي والتخصص.

كذلك ما أكدته دراسة أسماء السرسى واماني عبد المقصود(2000): حيث هدفت الدراسة الى معرفة العلاقة بين المساندة الاجتماعية وعدد من المتغيرات النفسية التي تتمثل في: القلق والاكتئاب والشعور بالوحدة النفسية، وتقدير الذات والدافع للإنجاز، وتكونت الدراسة من (100) طالب وطالبة في مرحلة المراهقة تتراوح أعمارهم بين (14،15) سنة، تبين من نتائجها عدم وجود فروق بين الذكور والاناث في درجات المساندة الاجتماعية ككل.(نسرين بن عبد الرحمان جمبي،2008،ص22).

وهدفنا دراسة الدوسقي (2011) الى التعرف على الفروق الفردية بين الجنسين لدى طلبة المرحلة الثانوية في السلوك التعاوني والمساندة الاجتماعية، والتعرف على كل من السلوك التعاوني، المساندة الاجتماعية والتحصيل الدراسي لدى طلاب المرحلة الثانوية، وتكونت عينة الدراسة من 78 طالبا و77 طالبة من طلاب المرحلة الثانوية، وأشارت النتائج الى عدم وجود فروق دالة احصائيا بين درجات الذكور والاناث على ابعاد المساندة الاجتماعية.

وقد تعارضت هذه النتائج مع امجموعة من الدراسات كدراسة مخيمر(1997) والتي قام فيها بدراسة الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية كمتغيرات وسيطة في العلاقة بين ضغوط الحياة واعراض الاكتئاب لدى عينة مكونة من75 من الذكور و96 من الاناث بين عمر 19-24 سنة واطهرت النتائج ان الاناث اكثر سعيا للحصول على المساندة الاجتماعية من الذكور.(فطيمة سعد،2012،ص112).

وهذا ما أكدته دراسة توني واخرون (1980) حول الفروق بين الجنسين في الدعم الاجتماعي، والتي توصلت الى وجود فروق في درجة الدعم الاجتماعي، فالنساء يتمتعن بشبكة علاقات اكثر من الرجال، كما يتلقين دعما اجتماعيا ذو نسبة كبيرة مقارنة بالرجال. (خمسة قنون: 2013، ص181)

وتوصلت أيضا دراسة نينا كنول حول الفروق في الدعم الاجتماعي حسب متغير الجنس والسن، و أظهرت النتائج الى وجود فروق بين الجنسين في درجة الدعم الاجتماعي، ونفس النتائج توصلت اليها دراسة اندريا واخرون حول العلاقة بين الكفاءة الذاتية، الدعم الاجتماعي واستراتيجيات المقاومة لدى عينة من الطلاب بجامعة كندا، حيث أظهرت النتائج وجود فروق في الدعم الاجتماعي لصالح الاناث، اين يستفيد النساء من الدعم الاجتماعي اكثر من الرجال. (المرجع السابق نفسه، ص181)

ويرجع تفسير هذه النتائج الى مجموعة من العوامل أهمها:

- كون ان المجتمع العربي بصفة عامة والمجتمع الجزائري بصفة خاصة يتميز بالترابط بين افراده، الامر الذي ترتب عنه حصول كل من الرجل والمرأة على مقدار متقارب من المساندة الاجتماعية.

- ما فرضه العصر الحديث من مساواة في معاملة الرجل والمرأة في مرحلة الرشد، خاصة بعد خروجها الى ميدان العمل ومجاورتها في مختلف المهن والمجالات. (ياسين لعيميرات: 2014، ص57)

1-3- عرض ومناقشة الفرضية الثالثة:

توجد فروق بين الجنسين في درجة الاكتئاب لدى مرضى السرطان.

الجدول رقم (20) يوضح الفروق بين الجنسين في درجة الاكتئاب لدى مرضى السرطان باستخدام اختبار "ت".

الجنس	N	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T	DF	Sig	مستوى دلالة الفروق	دلالة الفروق
ذكر	13	21.15	11.23	0.13	28	0.20	0.05	غير دال
انثى	17	20.70	7.48					

نلاحظ من خلال الجدول اعلاه ان المتوسط الحسابي للذكور بلغ 21.15 بانحراف معياري 11.23 ،بينما الاناث المتوسط الحسابي 20.70 بانحراف معياري 07.48 ، بينما قيمة T بلغت 0.13 بدرجة حرية 28 ، وجاءت قيمة 0.20 sig عند مستوى الدلالة 0.05 ، وبما ان قيمة الدلالة المعنوية اكبر من مستوى الدلالة 0.05 فان هذا غير دال احصائيا مما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في مستوى الاكتئاب تعزى لمتغير الجنس.

وحسب مجلة الصحة النفسية(1988) ظهرت قضية الفروق بين الجنسين في درجة الاكتئاب في أواخر العشرينيات وبداية الثلاثينيات ومن وقتها ظهر العديد من الدراسات النظرية والميدانية بين مؤيد ومعارض لوجود هذه الفروق، الا ان الجدل لا يزال مستمرا حتى وقتنا هذا.

وقد توافقت نتائج هذه الدراسة مع دراسات سابقة كدراسة موسي(1993) حيث لم توجد فروق بين الجنسين في الاكتئاب كما تتفق جزئيا نتيجة هذا الفرض مع دراسة السيد(1993) حيث لم توجد فروق بين الذكور والاناث.(اسيا علي راجح بركات ،2000،ص77)

وهذا ما توصلت إليه دراسة أسيا بنت علي راجح بركات(2000) حيث جاءت هذه الدراسة بعنوان "العلاقة بين أساليب المعاملة الوالدية والاكتئاب لدى بعض المراهقين والمراهقات المراجعين لمستشفى الصحة النفسية بالطائف" وهدفت هذه الدراسة للتعرف على العلاقة بين أساليب المعاملة الوالدية والاكتئاب لدى افراد العينة بالإضافة الى التعرف على الفروق بين الذكور والاناث في درجة الاكتئاب لدى افراد العينة، واسفرت نتائج هذه الدراسة عن عدم وجود فروق دالة احصائيا بين المراهقين والمراهقات في درجة الاكتئاب.(صباح بركات،2014،ص13)

وفي المقابل هناك دراسات واحصائيات تعارضت وتناقضت مع نتائج دراستنا حيث دلت احصائيات هيئة منظمة الصحة العالمية OMS سنة1978 ان الاكتئاب في العالم حوالي 5%، وحسب الدراسات السابقة اكدت ان النساء هم اكثر عرضة للاكتئاب من الرجال، اذ وجد بايكل Paykel(1991) ان نسبة الاكتئاب في المرأة ضعف الرجل، وقد تأكد هذا الباحث ان هذا الارتفاع في الإصابة بالاكتئاب ليس راجعا الي سلوك "البحث عن المساعدة" الذي تتسم به هذه الزيادة الحقيقية وليست ناتجة عن مجرد اختلاف في درجة القبول بالمرض النفسي ومحاولة البحث عن العلاج له وقد وجد ان تلك الإصابة للاكتئاب تحدث في النساء المطلقات وفي

السن من 25 الى 45 سنة و الذين لديهم أطفال، مما يرجع ان يكون للعوامل أهمية في احداث هذا الاكتئاب ولا يتوقف الامر عند الإصابة بالاكتئاب بل في كون المريضة امرأة فيمثل عامل الخطورة في تحويله الى حالة مزمنة، وهذه الدراسة بينت ان المرأة اكثر إصابة من الرجل وهذا ناتج من المراحل التي تمر بها خلال حياتها.

وهدفت دراسة لوفيلنس Lovelnce (1997) حول القلق والاكتئاب المرضى لدى المقيمين من المسنين في دور الرعاية للتعرف على مستوى القلق والاكتئاب لدى هذه الفئة العمرية، وطبقت الدراسة على عينة عمرية تبدأ من 60 سنة فاكثراً في احدي دور الرعاية، وأسفرت النتائج عن وجود فروق دالة بين متوسطات درجات اعراض القلق والاكتئاب بين المسنين والمسنات لصالح المسنات (الاناث). (خديجة حمو علي، 2011، ص110)

بالإضافة لدراسة باتريسيا فوجيك واخرون Patricia Vuijk et al عام (2007)، التي هدفت الي فحص الفروق بين الجنسين في دور كل من ضحايا الاقران الجسدي والعلائقي في الشعور بالقلق والاكتئاب عند المراهقين في مرحلة المراهقة المبكرة، وتكونت عينة الدراسة من (448) مراهقا ومراهقة، وقد تراوحت أعمارهم بين (7-13) سنة، وأسفرت نتائج الدراسة الى ان الاناث حصلوا على درجات اعلا من الذكور في الشعور بكل من القلق والاكتئاب. (دانيا الشبؤون، 2011، ص776)

واختلف الباحثون الغربيون في تأكيد وجود فروق بين الجنسين في درجة الاكتئاب وقسموا تفسيراتهم الى تفسرين ، **التفسير الأول**: تقوم على التفسيرات البيولوجية ويرى أصحابها ان تفوق المرأة على الرجل في الاكتئاب ظاهرة عالمية، وهذا قد يشير الى وجود زيادة في حساسية المرأة للإصابة بالاكتئاب.

التفسير الثاني: وتقوم على تفسيرات النفس-الاجتماعي لوجود الفروق بين الجنسين في الاكتئاب والتي ترى ارتباط هذه الفروق بثقافة المجتمع، وأساليب التنشئة الاجتماعية وغير ذلك من العوامل البيئية.

وفسر مجموعة من الباحثين وجود فروق بين الجنسين في درجة الاكتئاب يعود الي:

1. أن النساء والرجال يختلفون في طرق طلب المساعدة، فالنساء يذهبن للأطباء والعيادات الطبية بدرجة أكثر من الرجال بسبب الأمراض، سواء كانت بسيطة أو خطيرة وليس فقط بسبب الاضطرابات النفسية.
2. يرجع التفسير البيولوجي الفروق بين الجنسين في الاكتئاب على أساس أن النساء لديهم استعدادات وراثية للإصابة بهذا الاضطراب.
3. حدوث تغيرات على مستوي هرمونات المرأة في فترات معينة من حياتها (مرحلة ما قبل مجيء الطمث الشهري، مرحلة ما بعد الولادة، مرحلة الانقطاع النهائي للطمث)، وهذا يؤثر بشكل واضح على الحالة المزاجية وجعلها عرضة من الرجل للتقلبات.
4. الحساسية البيولوجية للمرأة والتي ترجع الي اختلافات او فروقات بيولوجية او هرمونية او الى أسباب اجتماعية-مثل التفرقة الازلية بين الجنسين-أو الى أسباب نفسية او الى التغيرات الحديثة في دور المرأة في المجتمع.
5. في المجتمع الحديث يسود اعتقاد بأن افصح الرجال عن مشاعرهم واعراضهم او شكاوهم امام الاخرين تفسر كعلامة على الضعف.
6. ان دخل المرأة دائما اقل من دخل الرجل مما قد يولد لديها ضغوط نفسية تضعها تحت عرضة الإصابة بالاكتئاب.
7. أن انخفاض نسبة إصابة الرجال على النساء بالاكتئاب يرجع الى عدم استعداد الرجال للاعتراف بأعراضهم الاكتئابية .
8. عدم تقديم الدعم لرجال بشكل كاف للإفصاح عن مشاعرهم الاكتئابية على عكس النساء .
9. ان المرأة تدرك وتعترف وتصرح، وتسعى لطلب المساعدة في حالة الضغوط وفي حالة وجود أي مشاكل بطريقة تختلف عن الرجل.

ويمكن تفسير نتائج الدراسة وارجاع هذا التناقض في نتائج دراستنا مع الدراسات الأخرى الي مجموعة من العوامل اهمها:

1. أن الفروق الجنسية في الاكتئاب ترجع لنوعية الاعراض ، فكلا من النساء والرجال معرضون بالتساوي للأعراض الاكتئابية، الا ان الاكتئاب لدى الرجال يأخذ شكل التعبير الصريح الواضح الفعلي، بدلا من أعراض الحزن السلبية كال بكاء عند النساء .
2. حسب نتيجة معامل الارتباط برسون 0.26 توجد علاقة ضعيفة جدا بين المساندة الاجتماعية والاكتئاب ولكنها ليست دالة احصائيا.
3. التحريف في التعبير او الإفصاح عن الاكتئاب، بمعنى ان الفروق الجنسية في الاكتئاب تنتج من عدم استعداد الرجال للاعتراف بالأعراض الاكتئابية .
4. طريقة اختيار العينة، حيث اختيرت العينة بطريقة قصدية، وبالتالي فهي غير ممثلة للمجتمع الأصلي، مما يقف عائقا امام تعميم نتائجها على كل افراد المجتمع، فلو اختيرت العينة بطريقة عشوائية لكانت النتائج ربما مغايرة، وهذا عائد لطبيعة مجتمع الدراسة.
5. ويمكن ان يكون للعمر الزمني تأثيرا على هذه النتائج، حيث ان معظم افراد العينة هم من كبار السن.
6. و في ظل ظروف مغايرة لظروف دراستنا يمكن الحصول على نتائج مناقضة لنتائج دراستنا ومختلفة عنها تماما.
7. ان كلا الجنسين لهما نفس القدر من الضغوط وبالتالي لم تثبت صحة الفرض.

خلاصة:

من خلال هذه الدراسة تم استخلاص النتائج التالية:

- لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين المساندة الاجتماعية واعراض الاكتئاب لدى مرضى السرطان، وبذلك لم تتحقق الفرضية الأولى.
- لا توجد فروق بين الجنسين في درجة المساندة الاجتماعية لدى مرضى السرطان، وبذلك لم تتحقق الفرضية الثانية.
- لا توجد فروق بين الجنسين في درجة الاكتئاب لدى مرضى السرطان، وبذلك لم تتحقق الفرضية الثالثة.

خاتمة

لقد تمحورت هذه الدراسة حول موضوع دور المساندة الاجتماعية في تخفيف أعراض الاكتئاب لدى مرضى السرطان بمستشفى الزهراوي لولاية مسيلة، حيث هدفت الدراسة إلى محاولة التعرف والكشف عن طبيعة العلاقة الموجودة بين المساندة الاجتماعية واعراض الاكتئاب، ومن خلال عرضنا السابق لتساؤلات الدراسة وطرحنا لفرضياتها، وكذا عرضنا للنتائج المتوصل إليها ومناقشتها وفقا للدراسات السابقة والإطار النظري توصلنا إلى عدم وجود ارتباط بين المساندة الاجتماعية وأعراض الاكتئاب لدى مرضى السرطان وهذا راجع كما فسرناه سابقا إلى مجموعة من العوامل أهمها وجود متغيرات نفسية أخرى (قلق الموت، الضغط النفسي، الظروف النفسية، الوضعية الاسرية) قد تؤثر سلبا على المساندة الاجتماعية، بالإضافة لنوع المساندة الاجتماعية ووقت تقديمها.

كما وقد توصلنا من خلال هاته الدراسة إلى عدم وجود فوارق بين الجنسين في درجة كل من المساندة الاجتماعية والاكتئاب لدى مرضى السرطان.

وبالتالي يمكننا أن نقول أنه لا يمكن تعميم النتائج التي توصلنا إليها على كافة مرضى السرطان، بسبب ان مجموعة بحثنا صغيرة ومحدودة جدا، وأن ما توصلنا اليه من خلال هذا البحث المتواضع يعتبر تدعيما وتأكيدا للبحوث السابقة التي درست هذا الجانب، وتبقي هذه الدراسة خطوة ممهدة لدراسات لاحقة في مواصلة البحث في مجال مرضى السرطان وتناول متغيرات أخرى في نفس الموضوع.

التوصيات والاقتراحات:

وفي ضوء نتائج الدراسة وما سبق من خطوات إعدادها ظهر للطالبة جملة من التوصيات و الاقتراحات ذات الأهمية بنتائج وموضوع الدراسة:

أولاً: توصيات الدراسة:

- ✓ ضرورة العمل على الكشف المبكر لأعراض الاضطرابات والامراض السيكوسوماتية، لان إهمال عملية التشخيص أو التشخيص المتأخر لدى هذه الفئة المرضية يؤدي إلى تطور المرض ويمكن الموت.
- ✓ إعداد وتكوين الاخصائيين نفسانيين في مجال الصحة النفسية والرعاية النفسية والاجتماعية لمرضى السرطان.
- ✓ العمل على مواجهة الأسباب المؤدية الى الاكتئاب والحد منه بتوفير جو من الأمن والدفء والسعادة داخل البيت وأماكن العمل.
- ✓ التكفل الطبي والنفسي معا يعملان على التخفيف من حدة الاكتئاب والمرض.
- ✓ وضع خطط برامجية لتوعية أفراد المجتمع وأسرة المرضى في كيفية التعامل مع مريض السرطان.
- ✓ إشراك مرضى السرطان في الأنشطة الاجتماعية، حيث يؤدي هذا الى تقدير الذات وخفض من العزلة وهذا من شأنه أن يخفف من أعراض الاكتئاب.
- ✓ العمل على تفهم مشاعر و إحتياجات المرضى ومشكلاتهم والصعوبات التي يعاني منها.
- ✓ توعية أفراد الأسرة او العائلة بعدم الإفراط في حماية وتقديم المساندة لان هذا يولد لديهم نوعا ما من الضغط النفسي.
- ✓ مواصلة دراسة الموضوع بصورة مماثلة ولكن بمجموعة بحث كبيرة تشكل عينة كبيرة في مناطق مختلفة.
- ✓ العمل على فهم الوضعية النفسية الاجتماعية للأشخاص المصابين بمرض السرطان.
- ✓ مناقشة مخاوف المرضى ومساعدتهم على تقبلهم لمرضهم والتخفيف عنهم.
- ✓ المتابعة المستمرة للمرضى داخل منازلهم.

ثانيا: الاقتراحات:

تقترح الباحثة مجموعة من المواضيع التي يمكن دراستها وتناولها في البحوث العلمية حول مرضى السرطان في الجزائر:

- ✓ تشجيع الباحثين والمختصين في مجال علم النفس على إجراء المزيد من الدراسات والأبحاث حول اعداد برامج ارشادية للتخفيف من الشعور بالقلق والاكتئاب لدى مرضى السرطان.
- ✓ إجراء دراسات حول الضغوط الأسرية وتأثيرها على مرضى السرطان.
- ✓ قلق الموت وتأثيره على المساندة الاجتماعية.
- ✓ الضغط النفسي وعلاقته بالمساندة الاجتماعية.
- ✓ المشكلات النفسية والاجتماعية وتأثيرها على مريض السرطان.
- ✓ إجراء المزيد من الدراسات حول موضوع دور المساندة الاجتماعية في ظل متغيرات نفسية أخرى.



قائمة المراجع

❖ أولاً المراجع العربية:

- 1- إبراهيم عبد الستار، (1998) الاكتئاب اضطراب العصر الحديث (فهمة وأساليب علاجه)، بدون طبعة، لبنان.
- 2- أحمد عبد الخالق وآخرون. (2011) العوامل المنبئة بمستويات بعض الاعراض الاكتئابية، مجلة دمشق، مجلة 27، العدد 3 و4.
- 3- أحمد عكاشة. (2008) الطب النفسي الحديث، انجلو المصرية، القاهرة.
- 4- الارناؤوط مي رمزي. (2016) حقائق عن السرطان مقدمة في علم السرطانات الحديثة، ط1، دار الريان للنشر، [دم].
- 5- أسماء إبراهيم. (2001) المساندة الاجتماعية التقليدية وغير التقليدية في حالات الثكل، دراسة ميدانية، مركز الارشاد، القاهرة.
- 6- آسيا بنت على الراجح بركات. (2000) العلاقة بين أساليب معاملة الوالدية والاكتئاب لدى بعض المراهقين والمراهقات المراجعين بمستشفى الصحة النفسية بالطائف رسالة ماجستير في علم النفس النمو بجامعة ام القرى المملكة العربية السعودية.
- 7- أمينة شحار وزبيدة خياط. (2014) المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالرضا عن الحياة لدى النساء المصابات بسرطان الثدي، بجامعة قاصدي مرباح، ورقلة.
- 8- براهيمية جهاد، بوسلاق نادية. (2016) الألم النفسي لدى مرض السرطان دراسة ميدانية، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 27، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.
- 9- بركات صباح. (2015/2014) تقدير الذات وعلاقته بالاكتئاب لدى تلاميذ السنة أولى ثانوي، رسالة لنيل شهادة الماستر، قسم علم النفس، جامعة محمد بوضياف المسلية.

- 10-بن عباد هوارية. (2013-2014) المساندة الاجتماعية في مواجهة احداث الحياة الضاغطة كما تدركها العاملات المتزوجات، رسالة دكتوراه في علم النفس العيادي بجامعة وهران.
- 11-جاب الله شعبان. (1993) علم النفس الاجتماعي والصحة النفسية .
- 12-جمال مقال القاسم. (2000) الاضطرابات السلوكية، ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع عمان.
- 13-جمبي نسرین بنت صلاح بن عبد الرحمان. (2008) تقدير الذات والمساندة الاجتماعية لدي عينة من مجهولي الهوية ومعرفي الهوية من الذكور والاناث، رسالة ماجستير، قسم علم النفس، كلية التربية الجامعة الإسلامية، غزة-فلسطين.
- 14-جمعية أدم لسرطان الطفولة. (2010) إبيضاض الدم النخاعي الحاد، منشورات جمعية أدم لسرطان الطفولة.
- 15-الجمعية السعودية الخيرية لمكافحة السرطان. (2013) كل ما تريد ان نعرفه عن السرطان، ط1.
- 16-الجمعية السعودية الخيرية لمكافحة السرطان. (2010) كل ما تريد ان تعرفه عن السرطان، ط1.
- 17-جميس نيكولاس. (2013) السرطان مقدمة قصيرة جدا، ترجمة: حسن أسامة فاروق، ط1، مؤسسة هنداوي لتعليم والثقافة، القاهرة، مصر.
- 18-جودت بني جابر واخرون. (2002) المدخل الى علم النفس، ط1 مكتبة دار الثقافة نثر وتوزيع، عمان.
- 19-جودت بني جابر واخرون. (2002) المدخل الى علم النفس، ط1، مكتبة دار الثقافة والتوزيع، عمان.

- 20-حسين فايد. (2001) العدوان والاكتئاب في العصر الحديث، نظرة تكاملية، ط1، مؤسسة طبية للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر
- 21-حمو علي خديجة.(2012/2011) علاقة الشعور بالوحدة النفسية بالاكتئاب لدى عينة من المسنين المقيمين بدار العجزة والمقيمين مع ذويهم، رسالة لنيل الماجستير، قسم علم النفس وعلوم التربية، جامعة الجزائر2.
- 22-الديداموني احمد محمد شيماء.(2009) المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالموهبة الابتكارية للمراهقين، رسالة ماجستير، قسم الصحة النفسية، كلية التربية، جامعة زقازيق.
- 23-رواية محمود الدسوقي. (1996) النموذج السببي للعلاقة بين المساندة الاجتماعية وضغوط احداث الحياة والصحة النفسية لدى المطلقات، مجلة علم النفس، العدد9، الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- 24-زواوي سليمان.(2012/2011) القلق والاستجابة الاكتئابية لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن والخاضعين للهيمو دياليز، رسالة لنيل شهادة الماستر، قسم العلوم الاجتماعية، جامعة العقيد أكلي محمد اولحاج، البويرة.
- 25-سعود ناهد.(2014) أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بمستوى الاضطراب النفسي الجسدي(السيكوسوماتي)، مجلة جامعة دمشق المجلد30، العدد2.
- 26- سناء أبو نصير حجازي. (2013) علم النفس الاكتئابي، ط2، دار المسير للنشر والتوزيع، عمان.
- 27-سنوسي سهام. (2017) المحتوى الصدمي لدى أمهات مصابات بالسرطان دراسة عيادية مقارنة في ضوء متغير قوة التحمل، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر تخصص علم النفس العيادي، المسيلة.
- 28-السيد عبد الباسط محمد. (2007) السرطان أسبابه وعلاجه من القديم والحديث، ط1، دار الوفاء للنشر والتوزيع، [د.م].

- 29- السيد محمد. (2010) النموذج البنائي للعلاقات بين السعادة النفسية والعوامل الخمسة الكبرى للشخصية وتقدير الذات والمساندة الاجتماعية لدى طلاب الجامعة، مجلة كلية التربية، جامعة بنها، المجلد 20، العدد 81، 269-350.
- 30- الشبؤون دانيا. (2011) القلق وعلاقته بالاكنتاب عند المراهقين دراسة ميدانية ارتباطية لدى عينة من تلاميذ الصف التاسع، مجلة جامعة دمشق، المجلد 27، العدد 3 و4، دمشق.
- 31- الشناوي محمد محروس ومحمد عبد الرحمان السيد، (1994) المساندة الاجتماعية والصحة النفسية مراجعة نظرية ودراسات تطبيقية، مكتبة الانجلو مصرية، القاهرة.
- 32- شويطر خيرة. (2017) قدرة الأثر التفاعلي لكل من الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية في التنبؤ باستراتيجيات التعامل مع الضغوط لدى الأمهات، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 30.
- 33- شيوخ هناء أحمد. (2007) أساليب تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن الأورام السرطانية، ط1، دار ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع، مصر.
- 34- الصغير ناجي. (2005) ألف باء امراض الثدي من الوقاية الى العلاج، ط1، الدار العربية للعلوم، بيروت، لبنان.
- 35- ضريف وافية. (2016) الإجهاض المبكر وعلاقته بظهور الاكنتاب، جامعة العربي بن مهدي، ام بواقي.
- 36- طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين. (2006) استراتيجيات إدارة الضغوط التربوية النفسية، ط1، دار الفكر، عمان.
- 37- عبد الحميد محمد الشاذلي. (2001) الصحة النفسية، ط2، المكتبة الأزراطية، الإسكندرية.
- 38- عبد العزيز بن علي. (2010) تأثير القلق الاجتماعي والاكنتاب على بعض العمليات المعرفية رسالة دكتوراه الفلسفة في العلوم الأمنية، الرياض.

- 39- عبد الله معتز. (2000) *بحوث في علم النفس الاجتماعي*، المجلد الثالث دار غريب لطباعة والنشر، مصر.
- 40- عبير بنت محمد حسن الصبان. (2003) *المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة من النساء السعوديات المتزوجات العاملات في مدينتي مكة المكرمة وجدة*، رسالة دكتوراه، قسم التربية وعلم النفس، جامعة ام القرى، السعودية.
- 41- عطوف محمد ياسين. (1981) *علم النفس الاكلينيكي*، ط1، دار العلم للملايين، بيروت.
- 42- عطون سلمان عودة إخلاص. (2018) *الضغط النفسي وعلاقته بالدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي*، رسالة ماجستير، جامعة القدس، فلسطين.
- 43- علي علي عبد السلام. (2000) *المساندة الاجتماعية واحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالتوافق مع الحياة الجامعية لدي طلاب الجامعة المقيمين مع اسرهم والمقيمين في المدن الجامعية*، مجلة علم النفس، العدد 53، السنة الرابعة، الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- 44- عماد عبد الرزاق. (1998) *المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط في العلاقة بين المعاناة الاقتصادية والخلافات الزوجية*، مجلة الدراسات النفسية، المجلد (8)، العدد (1)، ص13-39، القاهرة.
- 45- عودة محمود. (2010) *خبرة الصدمة وعلاقتها بأساليب التكيف مع الضغوط ومساندة الاجتماعية والصلابة النفسية والصلابة النفسية لدى أطفال المناطق الحدودية بقطاع غزة*، رسالة تخرج لنيل شهادة الماجستير، بالجامعة الإسلامية، فلسطين.
- 46- العيسوي عبد الرحمان محمد. (2008) *سيكولوجية الامراض الخطيرة*، ط1، منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت، لبنان.
- 47- فارس أمال. (2011) *الاكتئاب الأساسي لدى مريض السرطان كنشاط عقلي مميز*، رسالة ماجستير علم النفس تخصص اضطرابات النفسية الجسدية، جامعة منتوري قسنطينة.

- 48-فايد علي حسين. (2000) دراسات في الصحة النفسية، تقديم أبو النيل السيد محمود، ط1، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر.
- 49-قابلي حنان. (2011) الدينامية الإبداعية لدى الطفل المصاب بالسرطان دراسة عيادية، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي ، تيزي وزو.
- 50-قنون خميسة. (2006-2007) الدعم الاجتماعي المدرك وعلاقته بالاكئاب لدى المصابين بالأمراض الانتائية، رسالة لنيل شهادة الماجستير، قسم علم النفس، بجامعة محمد خيضر، بسكرة.
- 51-الكحلوت محمد رفيق. (2016) المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالعزو السببي لدى محاولي الانتحار في قطاع غزة، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في الصحة النفسية والمجتمعية، كلية التربية بالجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
- 52-الكرديفوزية إبراهيم رباح. (2012) الاسناد الاجتماعي وعلاقته بالضغط النفسية لدي افراد الجالية الفلسطينية المقيمة في المملكة السعودية، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير قسم علم النفس،المملكة العربية السعودية.
- 53-لحمر فضيلة.(2016/2017) التوظيف النفسي للجلد لدى الراشد المصاب بالسرطان، رسالة لنيل شهادة الدكتوراه قسم علم النفس، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر.
- 54-لظفي الشربيني. (2001) الاكئاب: المرض والعلاج،د.ط، شركة الجلال للطباعة.
- 55-لعمرات ياسين.(2014-2015) درجة الشعور بالمساندة الاجتماعية لدى الممرضين، رسالة لنيل شهادة الماستر، قسم علم النفس، بجامعة قاصدي مرباح، ورقلة.
- 56-مجدي احمد محمد عبد الله. (2000) علم النفس المرضي دراسة شخصية بين السواء والاضطراب، دار المعرفة الجامعية.

- 57-المحارب إبراهيم ناصر. (1993) الضغوط النفس اجتماعية والاكتئاب وبعض جوانب جهاز المناعة لدى الانسان، تحليل جمعي للدراسات المنشورة مابين 1981-1991، مجلة الثقافة النفسية، مصر.
- 58-محمد الحجار. (1989) الطب السلوكي المعاصر، ط1، دار العلم لملايين للنشر والتوزيع، بيروت، لبنان.
- 59-محمد جاسم العبيدي. (2009) علم النفس الاكلينيكي، ط2، دار الثقافة للنشر والتوزيع عمان، الأردن.
- 60-محمد عبد الفتاح المهدي. (1989) الصحة النفسية للمرأة، دون طبعة، لبيطاش ستر للنشر والتوزيع.
- 61-مدحت عبد الحميد أبو زيد. (2000) الاكتئاب دراسة في سيكوباتومتري، دار المعرفة الجامعية الازرطية، القاهرة.
- 62-مدحت عبد الحميد. (2001) الاكتئاب دراسة في سيكوسوماتية، ط1
- 63-مروان عبد الله دياب. (2006) دور المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط بين الاحداث الضاغطة والصحة النفسية للمراهقين الفلسطينيين، رسالة لنيل شهادة الماجستير، قسم علم النفس، الجامعة الإسلامية، غزة.
- 64-مزرافة وليد. (2008,2009) مركز ضبط الألم وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الحاج لخضر، باتنة، الجزائر.
- 65-مزلوق وفاء. (2014/2013) استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي لدى مرضى السرطان، رسالة لنيل ماجستير، قسم علم النفس، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الهضاب-2 سطيف.
- 66-الموسوعة الحرة. (2009)
- 67-الموقع الالكتروني للمعهد القومي للأورام. (2007)، مصر.

- 68-ميشال كرم. (1980) السرطان، الطبعة 1، بيروت لبنان
- 69-الميلادي عبد المنعم. (2006) الاعراض والاضطرابات مؤسسة شباب الجامعة بدون طبعة الإسكندرية.
- 70-هوفمان أس جي. (2012) ترجمة علي عيسى، العلاج المعرفي السلوكي المعاصر، ط1، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة.
- 71-يوسف الشرفاء. (2008) الوقاية من أمراض السرطان والتخلص من سموم الجسم طريقة الشاولين الصينية، ط1، دار عالم الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

❖ ثانيا المراجع الأجنبية:

- 72-Alaire Chantal. (1998)L'impact du support social sur la santé du femmes, revue li tutélaire.
- 73-Beauregard line, Dumont serge(1996) la mesure du soutien social, service social, vol -45,N2.
- 74-Beers, M, H. (2008) Encyclopedia Medical, Edition Tipraphica, Varese.
- 75-Hall.H.R. (2008) the relations hips among adaptive behaviors of children with autism spectrum disorder ,their family support networks, parental stress and parental coping.pdf sissertation, the university of tennes

الملاحق

الملحق رقم (01): استبيان المساندة الاجتماعية

أخي/أختي الطالب(ة):

في إطار إعداد مذكرة التخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي نضع بين أيديكم هذا الاستبيان الذي يتضمن مجموعة من العبارات تصف وتحدد مدى درجة حصولك على المساندة الاجتماعية وعليه يرجى الإجابة عليها مع ما يتوافق ورأيك الشخصي , علما أن البيانات التي سيتم الادلاء بها سوف تحاط بالسرية التامة ولا تستخدم إلا لغرض البحث العلمي.

الاسم: السن:

المستوي التعليمي: الجنس: ذكر أنثى

والمطلوب منك الإجابة عن كل عبارة حسب ما تشعر به , وأن تحدد مدى درجة حصولك على المساندة التي تشير إليها العبارة .

الرجاء وضع علامة (X) امام الاختيار الذي ينطبق عليك وعدم ترك عبارة بدون جواب

م	العبارة	درجة التقدير				
		نادرا	قليلا	أحيانا	غالبا	دائما
1	يساعدني أفراد أسرتي على إيجاد الحلول لمشكلاتي					
2	تشاركني أسرتي في أفراحي وأحزاني					
3	عندما أحتاج الى مساعدة أجد أصدقائي من حولي					
4	أعرف تماما أن أسرتي سوف تقف دائما بجواري أثناء المحن					
5	أشعر بالوحدة وعدم وجود مساندة حقيقية من طرف أصدقائي					
6	يصعب عليا الوثوق في أحد					
7	أعتقد أن الناس يحتاجون الي بعضهم البعض ويمكنهم الاعتماد على أنفسهم					
8	كان لدي أصدقاء أتحدث معهم عن أسراري ولم يعد لدي الان					

					9	تشعرتي أسرتي بالرضا والقوة
					10	أعتمد على نصائح ومقترحات أصدقائي لتجنب بعض الأخطاء التي قد أقع فيها
					11	يساعدني أخواني وأخواتي عندما أحتاج الي شيء
					12	عندما أواجه متاعب لا أبوح بها لاحد
					13	المساندة العاطفية من الأصدقاء هامة بالنسبة لي
					14	يوجد أفراد الجأ اليهم لمساعدتي عندما لا أشعر بالسعادة
					15	أصدقائي لطفاء معي بغض النظر عما أفعله
					16	أشعر بارتباط قوي بأفراد أسرتي
					17	أشعر بالراحة من وجود أصدقائي بجواري عندما أكون في محنة أو موقف صعب
					18	أشعر بالحزن عندما لا أجد أسرتي تساندني
					19	أحدث مع أصدقائي بصراحة ودون حساسية
					20	يشعرتي أفراد أسرتي بانهم يؤمنون أنني شخص جدير بهم
					21	أعتمد كثيرا على أصدقائي بعد الله ،في الاهتمام ببعض الأمور الخاصة بغض النظر عما حدث
					22	يستمتع لي أفراد أسرتي باهتمام عنما أكون في حالة غضب من شخص معين
					23	أنا غير مشترك في أي جماعات اجتماعية كالجمعية الخيرية
					24	أثق في نفسي وفي قدرتي في التعامل مع المواقف الجديدة دون مساعدة أحد
					25	أشعر بأن طلب المساعدة من الاخرين أمر مذل وتعبر عن العجز الشخصي
					26	أشعر بالراحة عندما أكون بمفردي بعيدا عن أفراد أسرتي



تأكد بأنك قد أجبت على كل العبارات

الملحق رقم(02): مقياس بيك للاكتئاب

الاسم: السن:
الجنس: المستوى التعليمي:

أختي العزيزة/ أخي العزيز

يتكون هذا المقياس من 21 مفردة لقياس الاكتئاب وتحديد نوعه ودرجته، فالرجاء أن تقرأ كل مجموعة من العبارات بعناية، ثم تختار من كل مجموعة عبارة واحدة تصف بطريقة ما أفضل ما تشعر به من خلال الأيام السابقة بما في ذلك اليوم.

"الإجابة تكون بوضع دائرة حول الإجابة التي تراها تناسبك "

البند		البند			
لا أشعر بالقلق أو التشاؤم من المستقبل		التشاؤم من المستقبل (12)	لا أشعر بالحزن	0	الحزن (1)
لا يوجد ما أتطلع إليه في المستقبل	1		أشعر بالحزن أغلب الوقت	1	
لا أستطيع أبدا أن أتخلص من متاعبي	2		أنا حزين طول الوقت	2	
أشعر باليأس من المستقبل، وأن الامور لن تتحسن	3		أما حزين أو غير سعيد لدرجة لا أستطيع تحملها	3	
لست مشغولا على صحتي أكثر من السابق	0	الانشغال بالصحة (13)	لأشعر بأنني شخص فاشل	0	الإحساس بالفشل (2)
أصبحت مشغولا على صحتي بسبب الأوجاع والامراض أو اضطرابات المعدة والامساك	1		لقد فشلت أكثر مما ينبغي	1	
أنشغل بالتغيرات الصحية التي تحدث لي لدرجة أني لا أستطيع أن أفكر في أي شيء آخر	2		كلما نظرت الى الوراء أرى الكثير من الفشل	2	
أصبحت مشغولا تماما بأموري الصحية	3		أشعر بأنني شخص فاشل تماما	3	

لا أشعر بأنه يقع علي عقاب	0	مشاعر العقاب (14)	لا أشعر بالإثم (تأنيب الضمير)	0	الإحساس بالندم او الذنب (3)
أشعر بأنه ربما يقع علي عقاب	1		أشعر بأنني سيء وتافه أغلب الوقت	1	
أتوقع أن يقع عليا عقاب	2			2	
أشعر بأنه يقع عليا عقاب	3		يصيبني إحساس شديد بالندم والذنب أشعر بأنني سيء وتافه للغاية	3	
لأنتقد أو ألوم نفسي أكثر من المعتاد	0	نقد الذات (15)	شعوري نحو نفسي كما هو	0	عدم حب الذات (4)
أنقد نفسي أكثر مما اعتدت	1		فقدت الثقة في نفسي	1	
أنقد نفسي على أخطائي	2		خاب رجائي في نفسي	2	
ألوم نفسي على كل ما يحدث من اشياء سيئة	3		لا أحب نفسي	3	
لا أبكي أكثر مما اعتدت	0	البكاء (16)	ليس لدي أفكار انتحارية	0	الافكار والرغبات الانتحارية (5)
أبكي أكثر مما اعتدت	1		لدي أفكار للانتحار ولكن لا يمكنني تنفيذها	1	
أبكي كثيرا من اي شيء بسيط	2		أريد ان انتحر	2	
أشعر بالرغبة بالبكاء ولكني لا أستطيع	3		قد أنتحر سنحت لي الفرصة	3	
لم أفقد الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة	0	قلق الاهتمام (17)	أخذ القرارات بنفس كفاءتي المعتادة	0	التردد (6)
أهتم بالآخرين وبالأمر أقل من قبل	1		أجد صعوبة أكثر من المعتاد في اتخاذ القرارات	1	
فقدت أغلب اهتماماتي بالآخرين وبالأمر الأخرى	2		لدي صعوبة أكثر بكثير مما اعتدت في اتخاذ القرارات	2	

من الصعب ان اهتم باي شيء	3		لدي مشكلة في اتخاذ القرارات	3	
لأشعر بأنني عديم القيمة	0	انعدام القيمة	لدي نفس القدر من الطاقة كالمعتاد	0	فقدان الطاقة (7)
لا اعتبر نفسي ذو قيمة وذو نفع كما اعتدت أن أكون	1	(18)	لدي قدر من الطاقة أقل مما اعتدت	1	
اشعر بأنني عديم القيمة بالمقارنة بالآخرين	2		لدي طاقة كافية لعمل الكثير من الأشياء	2	
اشعر انني عديم القيمة تماما	3		ليس لدي طاقة كافية لعمل الأشياء	3	
لم يحدث لي اي تغير في نمط (نظام) نمومي	0	قلة زيادة النوم	قابليتي للغضب او الانزعاج لم تتغير عن المعتاد	0	القابلية للغضب او الانزعاج (8)
أ. انام أكثر من المعتاد الي حد ما ب. انام اقل من المعتاد الي حد ما	1	(19)	قابليتي للغضب او الانزعاج أكبر من المعتاد	1	
أ. انام أكثر من المعتاد بشكل كبير ب. انام اقل من المعتاد بشكل كبير	2		قابليتي للغضب او الانزعاج أكبر بكثير من المعتاد	2	
أ. انام اغلب اليوم ب. استيقظ من نمومي مبكرا ساعة او ساعتين ولا أستطيع العودة لنوم مرة أخرى	3		قابليتي للغضب او الانزعاج طول الوقت	3	
لم يحدث اي تغير في شهيتي	0	ضعف او زيادة الشهية	أستطيع التركيز بكفاءةتي المعتادة	0	صعوبة التركيز (9)
أ. شهيتي اقل من المعتاد الي حد ما ب. شهيتي أكبر من المعتاد الي حد ما	1	(20)	لا أستطيع التركيز بنفس الكفاءة المعتادة	1	
أ. شهيتي اقل من المعتاد ب. شهيتي أكبر من المعتاد	2		من الصعب عليا ان أركز عقلي في شيء مدة طويلة	2	
أ. ليس لي شهية على الاطلاق ب. لدي رغبة قوية لطعام طول الوقت	3		أجد نفسي غير قادر علي التركيز على اي شيء	3	
لست أكثر ارهاقا واجهدا من المعتاد	0	الارهاق او الاجهاد	لا اشعر بان شكلي اسوء من قبل	0	تغير صورة الجسم والشكل (10)
اصاب بالارهاق او الاجهاد بسهولة أكثر من المعتاد	1	(21)	اشعر بالقلق من أني أبدو أكبر سننا واقل جاذبية	1	
يعوقني الارهاق او الاجهاد من عمل الكثير من الاشياء التي اعتدت عملها	2		اشعر بوجود تغيرات دائمة في شكلي تجعلني أبدو منفر واقل جاذبية	2	

انا مرهق او مجهد جدا لعمل اغلب الاشياء التي اعتدت عليها	3		اشعر بان شكلي قبيح ومنفر	3	
			لم لاحظ اي تغير حديث في رغبتي الجنسية	0	تأثر الطاقة الجنسية (11)
			انا اقل اهتماما بالجنس مما اعتدت	1	
			اقل اهتمام بالجنس الان بدرجة كبيرة	2	
			فقدت الاهتمام بالجنس كثير	3	

الملحق رقم (03): يمثل صدق الاتساق الداخلي بين الفقرات والدرجة الكلية لمقياس المساندة الاجتماعية

Corrélations

		مساندة_اسرية	مساندة_الاصدقاء	الشعور_بالرضا	المساندة_الاجتماعية
مساندة_اسرية	Corrélation de Pearson	1	,173	,185	,567**
	Sig. (bilatérale)		,359	,328	,001
	N	30	30	30	30
مساندة_الاصدقاء	Corrélation de Pearson	,173	1	,231	,830**
	Sig. (bilatérale)	,359		,219	,000
	N	30	30	30	30
الشعور_بالرضا	Corrélation de Pearson	,185	,231	1	,598**
	Sig. (bilatérale)	,328	,219		,000
	N	30	30	30	30
المساندة_الاجتماعية	Corrélation de Pearson	,567**	,830**	,598**	1
	Sig. (bilatérale)	,001	,000	,000	
	N	30	30	30	30

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

"SPSS" الملحق رقم (04): نتائج صدق المقارنة الطرفية لمقياس المساندة الاجتماعية

Statistiques de groupe

	VAR00002	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
المساندة_الاجتماعية	عليا	10	102,5000	4,52769	1,43178
	دنيا	10	76,7000	6,44722	2,03879

Test des échantillons indépendants

Test de Levene sur l'égalité des variances	Test t pour égalité des moyennes
--	----------------------------------

الملاحق

	F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
								Inférieur	Supérieur
المساندة_الاجتماعية									
Hypothèse de variance s égales	,658	,428	10,356	18	,000	25,80000	2,49132	20,56593	31,03407
Hypothèse de variance s inégales			10,356	16,141	,000	25,80000	2,49132	20,52238	31,07762

الملحق رقم (05): طريقة حساب صدق المقارنة الطرفية لمقياس الاكتئاب

Statistiques de groupe

	VAR0000	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
	4				
الاكتئاب	1,00	10	30,6000	7,30601	2,31036
	2,00	10	12,0000	3,88730	1,22927

Test des échantillons indépendants

	Test de Levée sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
	F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
								Inférieur	Supérieur
Hypothèse de variances égales	1,614	,220	7,107	18	,000	18,60000	2,61704	13,10181	24,09819
Hypothèse de variances inégales			7,107	13,718	,000	18,60000	2,61704	12,97615	24,22385

الملحق رقم (06): معامل ثبات مقياس المساندة الاجتماعية بألفا كرونباخ

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombred'éléments
,752	26

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,702
		Nombred'éléments	13 ^a
	Partie 2	Valeur	,448
		Nombred'éléments	13 ^b
		Nombre total d'éléments	26
		Corrélation entre les sous-échelles	,612
Coefficient de Spearman-Brown		Longueurégale	,759
		Longueurinéale	,759
		Coefficient de Guttman	,745

Les éléments sont :
 يساعدي افراد اسرتي على إيجاد الحلول لمشكلاتي ,
 تشاركني اسرتي في افراحي واحزاني , عندما احتاج الى مساعدة اجد أصدقائي من حولي ,
 اعرف تماما ان اسرتي سوف تقف دائما بجواري اثناء المحن , اشعر بالوحدة وعدم وجود
 مساندة حقيقية من طرف اصدقائي , يصعب عليا الوثوق في احد , اعتقد ان الناس
 يحتاجون الى بعضهم البعض ويمكنهم الاعتماد على انفسهم , كان لدي أصدقاء اتحدث
 معهم عن اسراي و لم يعد لدي الان , تشعرني اسرتي بالرضا والقوة , اعتمد على نصائح
 ومقترحات أصدقائي لتجنب بعض الأخطاء التي قد اقع فيها , يساعدي اخواني واخواتي
 عندما احتاج الى الأشياء , عندما واجه متاعب لا ابوح بها لاحد , المساندة العاطفية من
 الأصدقاء هامة بالنسبة لي.

b. Les éléments sont : يوجد افراد الجا اليهم لمساعدتي عندما لا اشعر بالسعادة , أشدقائي لطفاء معي بغض النظر عما افعله , اشعر بارتباط قوي بأفراد اسرتي , اشعر بالراحة من وجود أشدقائي بجواري عندما أكون في محنة او موقف صعب , اشعر بالحزن عندما لا اجد اسرتي تسانديني , اتحدث مع أشدقائي بصراحة دون حساسية , يشعروني افراد اسرتي بانهم يؤمنون انني شخص جدير بهم , اعتمد كثيرا على أشدقاء بعد الله , في الاهتمام بأموري الخاصة , يستمع لي افراد اسرتي باهتمام عندما أكون في حالة غضب من شخص معين , انا غير مشترك في أي جماعات اجتماعية كالجمعية الخيرية , اثق في نفسي و في قدرتي في التعامل مع المواقف الجديدة دون مساعدة احد , اشعر بان طلب المساعدة من الاخرين امر مذل وتعبير عن العجز الشخصي , اشعر بالراحة عندما اكون بمفردي بعيدا عن افراد اسرتي .

الملحق رقم(07):معامل ثبات مقياس الاكتئاب بألفا كرونباخ

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombred'éléments
,779	21

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	
			,705
		Nombred'éléments	11 ^a
	Partie 2	Valeur	,573
		Nombred'éléments	10 ^b
		Nombre total d'éléments	21
		Corrélation entre les sous-échelles	,609
Coefficient de Spearman-		Longueurégale	,757
Brown		Longueurinégle	,757
		Coefficient de Guttman	,754

a. Les éléments ont : الحزن , الإحساس بالفشل , الإحساس بالندم او الذنب , عدم حب الذات , الأفكار والرغبات الانتحارية , التردد , فقدان الطاقة , القابلية للغضب او الانزعاج , صعوبة التركيز , تغير صورة الجسم والشكل , تأثير الطاقة الجنسية .
b. Les éléments sont : تأثير الطاقة الجنسية , التشاؤم من المستقبل , الانشغال بالصحة , مشاعر العقاب , نقد الذات , البكاء , قلق الاهتمام , انعدام القيمة , قلة/زيادة النوم , ضعف او زيادة الشهية , الإرهاق او الاجهاد .

الملحق رقم (08):

جنس المفحوص

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide ذكر	13	43,3	43,3	43,3
انثي	17	56,7	56,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

المستوي التعليمي

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide لاتدرس	6	20,0	20,0	20,0
ابتدائي	4	13,3	13,3	33,3
متوسط	4	13,3	13,3	46,7
ثانوي	9	30,0	30,0	76,7
جامعي	7	23,3	23,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

عمر المفحوص

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide de	Pourcentage cumulé
Valide اقل من 30 سنة	3	10,0	10,0	10,0
31-40 سنة	8	26,7	26,7	36,7
41-50 سنة	5	16,7	16,7	53,3
اكبر من 51 سنة	14	46,7	46,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart type	N
المساندة_الاجتماعية	89,2000	11,85661	30
الاكتئاب	20,9000	9,12499	30

Corrélations

		المساندة_الاجتماعية	الاكتئاب
المساندة_الاجتماعية	Corrélacion de Pearson	1	-,263
	Sig. (bilatérale)		,160
	N	30	30
الاكتئاب	Corrélacion de Pearson	-,263	1
	Sig. (bilatérale)	,160	
	N	30	30

Statistiques de groupe

	جنس المفحوص	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
المساندة_الاجتماعية	ذكر	13	90,8462	9,13643	2,53399
	انثي	17	87,9412	13,72257	3,32821

Test des échantillons indépendants

	Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
	F	Sig.	T	Ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
								Inférieur	Supérieur
المساندة_الاجتماعية									
Hypothèse de variances égales	1,953	,173	,658	28	,516	2,90498	4,41172	-6,13203	11,94199
Hypothèse de variances inégales			,694	27,573	,493	2,90498	4,18307	-5,66965	11,47960

Statistiques de groupe

جنس المفحوص	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
ذكر	13	21,1538	11,23867	3,11705
انثي	17	20,7059	7,48970	1,81652

Test des échantillons indépendants

	Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes							
	F	Sig.	t	Ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %		
								Inférieur	Supérieur	
الاكتئاب	Hypothèse de variances égales	1,690	,204	,131	28	,897	,44796	3,42046	-6,55852	7,45445
	Hypothèse de variances inégales			,124	19,820	,902	,44796	3,60773	-7,08200	7,97793

لا اله الا الله
الله اعلم
الله اعلم