الدعم الاجتماعي المُدرك وعلاقته بالقلق الناجم عن سرطان الثدي لدى عينة من المريضات في مدينة اللاذقية

طالبة الدكتوراه: شذا السليمان كلية التربية– جامعة حمص

إشراف: أ. د. رازان عز الدين

هدف البحث الحالي إلى التعرف على مستوى الدعم الاجتماعي المُدرك لدى مريضات سرطان الثدي، وكذلك مستوى القلق الناجم عن الإصابة بهذا المرض، إضافة إلى استكشاف طبيعة العلاقة بين أبعاد الدعم الاجتماعي المُدرك وأبعاد القلق الناجم عن سرطان الثدي لدى عينة من المريضات في مدينة اللاذقية. كما هدف إلى الكشف عن الفروق في كل من الدعم الاجتماعي المُدرك بأبعاده الفرعية والقلق بأبعاده الفرعية تبعاً لمتغير مدة الإصابة (أقل من سنة، سنة وما فوق) وقد تكونت عينة البحث من (130) مريضة بسرطان الثدي، تم اختيارهن بطريقة قصدية. استخدمت الباحثة المنهج الوصفي، واعتمدت على مقياس الدعم الاجتماعي المُدرك من إعداد خالد (2025)، إلى جانب مقياس القلق الناجم عن سرطان الثدي الذي أعدته الباحثة. وبعد التأكد من الخصائص السيكو مترية للأدوات، تم تطبيقها على العينة الأساسية. أظهرت نتائج البحث أن مستوى الدعم الاجتماعي المُدرك لدى المريضات متوسط، في حين أن مستوى القلق الناجم عن سرطان الثدي مرتفع. كما كشفت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية عكسية قوية بين الدعم الاجتماعي المدرك ككل والقلق الناجم عن سرطان الثدي ككل. كذلك أظهرت النتائج فروقاً ذات دلالة إحصائية في الدعم الاجتماعي المُدرك في بُعد دعم الأصدقاء وكذلك في الدرجة الكلية للدعم الاجتماعي المدرك لصالح المريضات اللواتي مدة إصابتهن بالمرض أقل من سنة، بينما لم تظهر فروق دالة إحصائياً في الدعم الأسري والدعم الطبي تبعاً لمدة الإصابة، كما توصلت لكونه لا يوجد فروق بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على مقياس القلق الناجم عن سرطان الثدي ككل والبعد المرتبط بالعلاج تبعاً لمتغير مدة الإصابة في حين يوجد فروق في القلق الجسمي لصالح النساء المصابات بسرطان الثدي اللواتي مدة إصابتهن أقل من سنة وفروق في القلق الأسري لصالح النساء المصابات بسرطان الثدي اللواتي تتراوح مدة إصابتهن أقل من سنة.

الكلمات المفتاحية: الدعم الاجتماعي المُدرك– القلق الناجم عن سرطان الثدي– مريضات سرطان الثدي.

Perceived Social Support and Its Relationship with to Breast cancer anxiety among a Sample of Patients in the City of Latakia

The present study aimed to identify the level of perceived social support among breast cancer patients, as well as the level of anxiety resulting from the illness. It also sought to explore the nature of the relationship between the dimensions of perceived social support and the dimensions of anxiety caused by breast cancer among a sample of patients in the city of Latakia. Furthermore, the study aimed to examine differences in both perceived social support and anxiety according to the variable of duration of illness (less than one year vs. one year and above).

The study sample consisted of (130) breast cancer patients selected purposively. The descriptive method was employed, and the researcher utilized the Perceived Social Support Scale (developed by Khaled, 2025), in addition to the Breast Cancer Anxiety Scale developed by the researcher. After verifying the psychometric properties of the instruments, they were applied to the main sample.

The results revealed that the level of perceived social support among patients was moderate, whereas the level of anxiety caused by breast cancer was high. Findings also showed a strong negative correlation between overall perceived social support and overall breast cancer anxiety. Moreover, significant differences were found in perceived social support in the "friends support" dimension as well as in the total score of perceived social support in favor of patients whose duration of illness was less than one year. However, no statistically significant differences were found in family support and medical support dimensions according to the duration of illness. The results further indicated no significant differences in overall breast cancer anxiety and treatment-related anxiety based on the duration of illness. On the other hand, significant differences were found in physical anxiety in favor of patients with less than one year since diagnosis, and in family-related anxiety in favor of the same group.

Keywords: Perceived Social Support - Breast cancer anxiety- Breast Cancer Patients.

أولاً: مقدمة البحث:

يُعَدُّ سرطان الثدي من أكثر الأورام الخبيثة شيوعاً لدى النساء على مستوى العالم، وهو يشكّل عبئاً صحياً واقتصادياً واجتماعياً كبيراً في جميع الدول. وقد أوضحت منظمة الصحة العالمية أن سرطان الثدي يحتل المرتبة الأولى بين السرطانات التي تُشخَّص لدى النساء سنوياً، إذ تشير التقديرات الحديثة إلى تسجيل أكثر من مليوني حالة جديدة حول العالم، بالإضافة إلى مئات الآلاف من الوفيات كل عام (World Health Organization, 2025).وتؤكد بيانات الوكالة الدولية لبحوث السرطان (IARC) عبر مشروع GLOBOCAN أن معدل الإصابة في تزايد مستمر، نتيجة لعوامل متعددة تشمل زيادة متوسط العمر المتوقع، والتحولات في أنماط الحياة، وتحسّن تقنيات التشخيص والكشف المبكر وعلى الرغم من التقدّم الكبير في التشخيص والعلاج، ما زال سرطان الثدي يشكّل تحدياً خاصاً في البلدان النامية والمتأثرة بالنزاعات، حيث تفتقر الأنظمة الصحية في كثير من الأحيان إلى البنية التحتية اللازمة لتوفير برامج فحص دورية وخدمات علاج شاملة، حيث تتأثر نسب الاكتشاف المبكر بعدة عوامل، منها انخفاض الوعي الصحي، وضعف الإمكانات، وعدم كفاية حملات التثقيف (Sung et al, 2022, 224)

هذه التحديات لا تقتصر آثارها على الجانب الطبي فحسب، بل تمتد لتترك انعكاسات نفسية عميقة على المريضة، إذ يهدد سرطان الثدي حياتها ويسبب حالة من القلق والذي بدوره يُعد من أكثر الاضطرابات الانفعالية شيوعاً لدى المصابات، يتمثل القلق في شعور مستمر بالخوف وعدم اليقين بشأن المستقبل، ويشمل أعراضاً معرفية وجسدية مثل التوتر، واضطرابات النوم، وصعوبة التركيز (Mehnert et al, 2018,1444) حيث أن معدلات القلق لدى مريضات سرطان الثدي تتراوح بين 20% و50% حسب المرحلة المرضية وأداة القياس، وأن هذا القلق بدوره

قد يؤثر سلباً على جودة الحياة، وعلى الالتزام بخطط العلاج لدى المريضة (Mitchell et al, 2011, 166).

في المقابل، يمثل الدعم الاجتماعي المُدرك أحد العوامل الوقائية المهمة التي قد تخفف من حدة القلق لدى مريضات سرطان الثدي، ويُقصد بالدعم الاجتماعي المدرك إدراك المريضة لوجود شبكة من الأشخاص يمكن الاعتماد عليهم لتقديم الدعم العاطفي والمادي والمعلوماتي عند الحاجة، بغض النظر عن الدعم الفعلي المقدم (Zimet et al, 1988, 35) حيث يؤدي الدعم الاجتماعي المقدم من الشبكة الاجتماعية المحيطة بالفرد دوراً في توفير فرصة العيش للفرد، وذلك من خلال المساعدة في تحقيق تكيف الفرد ابتداء من الصحة البدنية إلى الصحة النفسية والاجتماعية خلال وبعد أحداث الحياة الضاغطة، فالدعم من مقدمي الرعاية الرسمية وغير الرسمية كالزوج والأصدقاء له تأثير في قدرة النساء المصابات بسرطان الثدي في تنظيم الحالة الانفعالية، واتخاذ القرارات الطبية المحرجة (طشطوش، 2015، 452). كما أن ارتفاع مستوى الدعم الاجتماعي المدرك يرتبط بانخفاض مستويات القلق والاكتئاب، وتحسن نوعية الحياة، وزيادة القدرة على التكيف مع متطلبات العلاج، كما تبين أن التدخلات التي تعزز الدعم الاجتماعي، سواء من خلال الأسرة أو مجموعات الدعم الأقران، تساعد على تحسين الحالة النفسية للمريضات (Arora et al, 2007).

يعمل الدعم الاجتماعي كآلية عازلة (Buffering Effect) تخفف من أثر القلق والضغوط النفسية الناجمة عن المرض، مثل الخوف من الانتكاس أو الوفاة، والأعراض الجانبية للعلاج(Cohen &Wills, 1985,315) كما يعمل الدعم الاجتماعي على اشباع الحاجة إلى الأمن النفسي والانتماء فالظروف التي يشعر بها الفرد بالخوف والشك وفقدان الثقة وعندما يُهدد إحساسهم بالذات كنتيجة لهذا الخوف، فيكون الفرد هنا بحاجة شديدة لتوضيح ما يحدث من حولهم، أي أنهم بحاجة ليحصلوا على دعم الآخرين ليطمئنوا(توغان، 2024، 990).

وانطلاقاً من أهمية الكشف عن مستوى الدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي، ومستوى القلق الناجم عن سرطان الثدي لديهن، ومن أهمية تحليل العلاقة بين الدعم

الاجتماعي المدرك والقلق الناجم عن سرطان الثدي، جاءت الدراسة الحالية لتسلط الضوء على طبيعة هذه العلاقة.

ثانياً: مشكلة البحث:

يُعد الدعم الاجتماعي المدرك من المفاهيم الجوهرية في علم النفس الصحي، إذ يشير إلى إدراك الفرد لوجود شبكة من العلاقات المساندة التي يمكن الاعتماد عليها عاطفياً، ومعلوماتياً، وعملياً في مواجهة الأزمات الصحية (Cohen & Wills, 1985). وقد بينت دراسة ليو وآخرون (Liu et al., 2024). أن ارتفاع مستوى الدعم الاجتماعي المدرك يرتبط بانخفاض مستويات القلق والاكتئاب، وتحسن جودة الحياة لدى مرضى السرطان عامة ومريضات سرطان الثدي خاصة وفي السياقات الثقافية التي تتميز بترابط الأسرة مثل مجتمعاتنا العربية، يتوقع أن يكون الدعم العائلي مصدراً رئيسياً لهذا الإدراك، إلا أن توافر الدعم لا يعني بالضرورة إدراكه من قبل المريضة، وأن نوعية الدعم المدرك هي المؤشر الأهم للتكيف النفسي وهذا ما أكدت عليه دراسة بينار وزملائه (Pinar et al., 2023) التي أكدت أن العلاقة بين الدعم الاجتماعي وقبول المرض ليست علاقة مباشرة، بل تمر من خلال مرحلتين وسيطتين متتاليتين؛ حيث يعمل الدعم المدرك على تعزيز قدرة المريضة على إيجاد معنى لتجربتها مع المرض، مما يقلل من الخوف من عودة المرض، ويساعد على تقبلها للواقع الصحي الذي تعيشه. في المقابل، كان للدعم المستلم تأثير أقل مقارنة بالدعم المدرك على قبول المرض، أي لا يكفي أن تتلقى المريضة الدعم فعلياً من المحيطين بها، بل الأهم من ذلك هو شعورها وإدراكها لوجود هذا الدعم، إذ أن نوعية الدعم المدرك تؤثر بشكل أكبر على التكيف النفسي والقبول العاطفي للمرض. لذلك، يجب التركيز على كيفية تعزيز هذا الإدراك لدى المريضات لضمان تحسين نتائج العلاج النفسي والتكيف العام.

وتتأكد أهمية هذا الجانب بالنظر إلى أن سرطان الثدي من أكثر أنواع السرطان شيوعاً بين النساء عالمياً، حيث سجل عام 2020 ما يزيد عن 2.3 مليون حالة جديدة (World Health Organization, 2023). وتشير بيانات عبء المرض العالمي في منطقة الشرق الأوسط وشمال

أفريقيا إلى زيادة بنسبة تفوق 100% في معدلات الإصابة بين عامي 1990 و2019، مع ارتفاع في معدلات الوفيات والإعاقة المرتبطة بالمرض (Safiri et al., 2022, p. 5). وفي سوريا بوجه عام، ومدينة اللاذقية بوجه خاص أكدت دراسة عبد الرحمن (Abdul Rahman, 2023) أن نظام الرعاية الصحية في سوريا تأثر بشكل ملحوظ بالأوضاع التي عايشتها البلاد فقد أدى تدمير مرافق الرعاية الصحية، ونقص الأدوية، وانخفاض عدد أخصائي الأورام، بالإضافة إلى التفاوت في جودة الإدارة بين المدن الكبرى والصغرى، إلى تفاقم القيود المفروضة على خدمات رعاية الأورام، وانخفاض أولوية حالات السرطان مقارنةً بإصابات الحرب والأمراض الوبائية مما يزيد من احتمالية التشخيص المتأخر وارتفاع القلق النفسي لديهن حيث أكدت دراسة سقيا وآخرون (Soqia et al, 2022) التي أجريت في مستشفى البيروني بدمشق، سوريا، أن نسبة القلق بين المريضات كانت مرتفعة، حيث أظهرت 35.6% منهن مستويات عالية من القلق، خاصة بين الفئات العمرية الأصغر سناً، ولم تُظهر الدراسة ارتباطاً ذا دلالة إحصائية بين حجم الورم ومستوى القلق، مما يشير إلى أهمية العوامل النفسية والاجتماعية في التأثير على الحالة النفسية للمريضات، كما أكدت دراسة الهاشمي وآخرون (Hashmi et al, 2019) أن نسبة انتشار القلق بين مريضات سرطان الثدي بلغت 41.9%، مع تفاوتات إقليمية، حيث كانت النسبة أعلى في دول البحر الأبيض المتوسط. تشير هذه النتائج إلى أن مريضات سرطان الثدي يعانين من مستويات مرتفعة من القلق، مما يستدعي اهتماماً خاصاً بالجوانب النفسية في علاجهن، كما أن الأعراض الناجمة عن العلاج الكيميائي كالأرق والغثيان والألم تسهم بشكل كبير في زيادة العبء النفسي الذي تواجهه المريضة فهذه الأعراض ليست مجرد تجربة جسدية صعبة إنما تتشابك مع الضيق النفسي وتزيد من تفاقمه وتؤدي لارتفاع مستويات القلق.

وانطلاقاً من واقع تواجد الباحثة في مشفى اللاذقية الجامعي المختص بعلاج الأورام في اللاذقية بحكم دراستها لهذه العينة، تبين أن كثيراً من المريضات يعانين من فجوة بين الدعم الفعلي المتاح والإدراك الشخصي لوجوده؛ فبعضهن يشعرن بالعزلة رغم وجود أسرهن، وذلك بسبب الحرج من طلب المساعدة أو الخوف من إثقال كاهل العائلة. كما أن العوامل الاقتصادية (تكاليف النقل

والعلاج، فقدان مصدر الدخل) تزيد من مشاعر القلق وتضعف قدرة المريضة على مواجهة المرض نفسياً، وبالتالي يشكل سرطان الثدي عبئاً متزايداً، ويترافق مع مستويات مرتفعة من القلق، في حين يشكل الدعم الاجتماعي المدرك عاملاً محورياً في التخفيف من هذا القلق وتحسين جودة الحياة. من هنا، تبرز الحاجة الماسة إلى دراسة العلاقة بين هذين المتغيرين في السياق المحلي، بما يتيح صياغة برامج دعم نفسي واجتماعي موجهة وفعالة للإسهام في تحسين نتائج الرعاية وجودة حياة المريضات.

وبعد اطلاع الباحثة على العديد من الدراسات السابقة التي تناولت طبيعة العلاقة بين الدعم الاجتماعي الُمدرك والقلق الناجم عن سرطان الثدي على المستوى العربي وعلى المستوى المحلي وعلى حد علم الباحثة فلا يوجد أي دراسة سابقة تناولت العلاقة ما بين الدعم الاجتماعي المُدرك والقلق الناجم عن سرطان الثدي، استناداً لما سبق جاءت الدراسة الحالية لتعرف طبيعة العلاقة بين الدعم الاجتماعي المُدرك والقلق الناجم عن سرطان الثدي لدى عينة من المريضات، **<u>وبذلك تتحدد مشكلة البحث في السؤال الآتي:</u>**

((ما طبيعة العلاقة بين الدعم الاجتماعي المُدرك والقلق الناجم عن سرطان الثدي لدى عينة من المريضات في مدينة اللاذقية؟))

ثالثاً: أهمية البحث:

1. قد يثري هذا البحث الأدبيات العلمية العربية حول العلاقة بين الدعم الاجتماعي المدرك والقلق النفسي الناجم عن سرطان الثدي، وهو موضوع ما زال محدود التناول في البيئة المحلية.
2. قد يسد فجوة معرفية من خلال دراسة هذه العلاقة لدى عينة محددة من مريضات سرطان الثدي في مدينة اللاذقية، بما يسمح بفهم الخصائص النفسية والاجتماعية.

3. أهمية العينة المستهدفة، حيث تمثل عينة البحث فئة ذات خصوصية عالية، إذ إن مريضات سرطان الثدي قد يواجهن ضغوطاً نفسية مضاعفة نتيجة التحديات الصحية والاجتماعية ، مما يجعل نتائج البحث قابلة للتطبيق المباشر في بيئتهن.
4. قد تساعد النتائج في تصميم برامج دعم نفسي واجتماعي تتوافق مع احتياجات هذه الفئة، مراعية الخصوصية الثقافية والاجتماعية، وتضمين خدمات الدعم النفسي والاجتماعي في المراكز الطبية التي تقدم العلاج لمرضى السرطان.
5. قد يقدم إطاراً معرفياً يمكن أن تستفيد منه دراسات لاحقة لمقارنة النتائج بين بيئات وثقافات مختلفة أو بين أنواع أمراض مميتة أخرى.
6. قد ترفع وعي الكوادر الطبية والتمريضية بضرورة دمج الدعم النفسي والاجتماعي في خطط الرعاية، لتخفيف القلق وتحسين جودة حياة المريضات.

رابعاً: أهداف البحث:

1. تعرف مستوى الدعم الاجتماعي المُدرك لدى أفراد عينة البحث من مريضات سرطان الثدي.
2. تعرف مستوى القلق الناجم عن سرطان الثدي لدى أفراد عينة البحث من مريضات سرطان الثدي.
3. تعرف طبيعة العلاقة بين الدعم الاجتماعي المُدرك بأبعاده الفرعية والقلق الناجم عن سرطان الثدي بأبعاده الفرعية لدى أفراد عينة البحث من مريضات سرطان الثدي في مشفى اللاذقية الجامعي.
4. تعرف الفروق في الدعم الاجتماعي المُدرك بأبعاده الفرعية لدى أفراد عينة البحث تبعاً لمتغير مدة الإصابة بالمرض (أقل من سنة، سنة وما فوق).
5. تعرف الفروق في القلق الناجم عن سرطان الثدي بأبعاده الفرعية لدى أفراد عينة البحث تبعاً لمتغير مدة الإصابة بالمرض (أقل من سنة، سنة وما فوق).

خامساً: أسئلة البحث:

1. ما مستوى الدعم الاجتماعي المُدرك لدى مريضات سرطان الثدي في مشفى اللاذقية الجامعي؟
2. ما مستوى القلق الناجم عن سرطان الثدي لدى مريضات سرطان الثدي في مشفى اللاذقية الجامعي؟

سادساً: فرضيات البحث:

1. لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين درجات أفراد عينة البحث على مقياس الدعم الاجتماعي المُدرك بأبعاده الفرعية ودرجاتهم على مقياس القلق الناجم عن سرطان الثدي بأبعاده الفرعية.
2. لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على مقياس الدعم الاجتماعي المُدرك وأبعاده الفرعية تبعاً لمتغير مدة الإصابة بالمرض(أقل من سنة، سنة وما فوق).
3. لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على مقياس القلق الناجم عن سرطان الثدي وأبعاده الفرعية تبعاً لمتغير مدة الإصابة بالمرض(أقل من سنة، سنة وما فوق).

سابعاً: حدود البحث:

- **الحدود الزمانية:** تم تطبيق البحث في العام الحالي 2025/2024.
- **الحدود المكانية:** تم تطبيق البحث في مشفى اللاذقية الجامعي قسم الأورام للمعالجة الكيميائية والاشعاعية.

- **الحدود البشرية:** تم تطبيق أدوات البحث على عينة من مريضات سرطان الثدي في مدينة اللاذقية.
- **الحدود الموضوعية:** تتحدد في دراسة العلاقة بين متغيري (الدعم الاجتماعي المُدرك والقلق الناجم عن سرطان الثدي) والتعرف على الفروق بينهما تبعاً لمتغير مدة الإصابة بالمرض(أقل من سنة، سنة وما فوق).

ثامناً مصطلحات البحث وتعريفاته الإجرائية:

- **الدعم الاجتماعي المَدرك Perceived social support**

عرفه كوهن وويلز (Cohen & Wills, 1985, 310) بأنه "إدراك الفرد لمدى توافر وتقديم الدعم من قبل الآخرين في حياته، سواء كان دعماً عاطفياً، أو معلوماتياً، أو مادياً، بما يسهم في مساعدته على مواجهة الضغوط والتكيف معها

التعريف الإجرائي: هو الدرجة التي تحصل عليها المريضة في مقياس الدعم الاجتماعي المدرك المعتمد في هذه الدراسة، والتي تعكس مستوى شعورها بمدى توافر وتقديم الدعم العاطفي والمعلوماتي والمادي من الأسرة والأصدقاء والمجتمع، كما تدركه هي ذاتياً.

- **القلق الناجم عن سرطان الثدي Breast cancer anxiety**

عرّفته الجمعية الأمريكية للطب النفسي (American Psychiatric Association, 2013, 189) بأنه "حالة من التوتر المفرط والمستمر ترتبط بمخاوف واقعية أو متخيلة من المرض وتبعاته، وتتجلى في أعراض نفسية وجسدية مثل الأرق، وسرعة ضربات القلب، وصعوبة التركيز".

التعريف الاجرائي: هو الدرجة الكلية التي تحصل عليها المريضة على مقياس القلق المرتبط بسرطان الثدي المستخدم في هذه الدراسة، بما يعكس مستوى القلق النفسي الذي تشعر به نتيجة تشخيصها بالمرض وخضوعها للعلاج.

- **سرطان الثديBreast cancer :**

يُعرَّف سرطان الثدي بأنه نمو غير طبيعي وغير مضبوط للخلايا المكوّنة لأنسجة الثدي، حيث تتكاثر هذه الخلايا بصورة مفرطة وتشكل ورماً قد يكون حميداً أو خبيثاً، وفي حالة الورم الخبيث يمكن أن ينتشر إلى الأنسجة المحيطة أو ينتقل عبر الجهاز اللمفاوي أو الدموي إلى أجزاء أخرى من الجسم (American Cancer Society, 2023, p. 15).

مريضات سرطان الثدي إجرائياً:

تُعرَّف مريضات سرطان الثدي بأنهن النساء المتزوجات اللاتي تتراوح أعمارهن بين (25–65) عاماً وتم تشخيص إصابتهن بسرطان الثدي تشخيصاً طبياً مؤكداً في مشفى اللاذقية الجامعي، ويتلقين العلاج (الكيميائي أو الإشعاعي أو الجراحي أو المدمج) خلال العام الحالي (2025/2024)، ويمثلن مجتمع الدراسة الذي طُبقت عليه أدوات القياس المحددة لقياس متغيرات البحث.

☐ **الإطار النظري والدراسات السابقة:**

<u>أولاً: الدعم الاجتماعي المُدرك:</u>

1. تعريف الدعم الاجتماعي المُدرك:

ينطلق مفهوم الدعم الاجتماعي من إدراك الفرد أن الآخرين يحبونه ويهتمون به ويقدرون قيمته، ويظهر هذا الإدراك بوضوح في أوقات الأزمات ومواجهة الضغوط، حيث يتوقع الفرد حينها أن يتلقى المساعدة أو أن يشاركه الآخرون مشكلاته والظروف التي يمر بها بهدف رفع معنوياته وحمايته من الآثار النفسية السلبية للأحداث الضاغطة (الهلول والميحسن، 2013، ص2209). ومن هذا المنطلق، يمكن القول إن الدعم الاجتماعي يعكس قوة الروابط التي تربط الفرد ببيئته الاجتماعية، أي مستوى اندماجه الاجتماعي وحجم وتركيب شبكته الاجتماعية، وهو ما قد يسهم في رفع مستوى صحته العامة (الرشيدي، 2018، ص137).

ويُعرف الدعم الاجتماعي بأنه إدراك الفرد للدعم المقدم له من قبل الأشخاص المؤثرين في حياته من خلال علاقاته الاجتماعية، بما يمكنه من مواجهة الضغوط والمشكلات التي تعترضه (بدير والرواد، 2017، ص132). وتوضح جيلان (2021، ص72) أن الدعم الاجتماعي المدرك يتمثل في المساعدات المتنوعة التي يتلقاها الفرد من أسرته وأصدقائه، كالرعاية والاهتمام والتوجيه والنصح والتشجيع، وهي مساعدات تُشبع حاجاته المادية والروحية للقبول والحب والشعور بالأمان، مما يعزز ثقته بنفسه ويزيد من كفاءته الاجتماعية.

كما عرّف ليفي (Leavry, 1983) الدعم الاجتماعي المدرك بأنه وجود أشخاص مقربين، مثل أفراد الأسرة أو الأصدقاء أو الجيران أو زملاء العمل، يتميزون بتقديم الدعم المعنوي والمشاركة الوجدانية، بينما اعتبره وايلس (Wills, 1991) تصور الفرد لوجود شخص واحد على الأقل في شبكة علاقاته يهتم به ويسانده، سواء بالمشاركة العاطفية أو المساعدة المالية أو تقديم المعلومات أو الرفقة (مدوري، 2023، ص53). ويؤكد العتيبي (2015، ص264) أن الدعم الاجتماعي لا يقتصر على وجود شبكة علاقات اجتماعية، بل يتعلق بتقدير الفرد لقيمة هذه الشبكة باعتبارها إطاراً يضم أشخاصاً يثق بهم ويعتمد على دعمهم، والذي قد يكون انفعالياً (رعاية، ثقة، تقدير، احترام...) أو معلوماتياً (استشارات، مهارات لمواجهة الحياة) أو أدائياً (مساعدة عملية أو مادية).

أما بالنسبة لمريضات سرطان الثدي، فيُعرف الدعم الاجتماعي بأنه حصول المصابة على المساندة من محيطها الاجتماعي، سواء من الأسرة أو الأقارب أو الأصدقاء أو الجيران وغيرهم، لمساعدتها على مواجهة الضغوط التي تفرضها الإصابة والتكيف معها (مدوري، 2023، ص56). ويشمل إدراك هذه المساندة مختلف أشكال الدعم، مما يزيد قدرة المريضة على مواجهة ضغوط الحياة وتحقيق التوافق النفسي والاستقرار الاجتماعي. ولا يكمن الأثر الإيجابي للدعم الاجتماعي في كمه بقدر ما يرتبط برضا الفرد عن الدعم المقدم له، أي بمدى شعوره بعمق علاقاته وكفاية المساندة التي يتلقاها، سواء في الأزمات أو حتى في تعزيز سلوكياته الإيجابية والاحتفاء بإنجازاته وأفراحه. وعليه، فإن الدعم الاجتماعي لا يعني فقط إدراك الفرد لوجود عدد كافٍ من الأشخاص يمكنه

الرجوع إليهم عند الحاجة، بل أيضاً شعوره بالرضا عن هذا الدعم في جميع الأوقات (الصبان، 2003، ص64).

ترى الباحثة أن الدعم الاجتماعي المدرك لمريضات سرطان الثدي يعد أحد الركائز الأساسية في تحسين جودة حياتهن النفسية والاجتماعية، إذ يسهم في تخفيف حدة القلق والمخاوف المرتبطة بالمرض، ويعزز من قدرتهن على التكيف مع متطلباته الجسدية والانفعالية. كما أن إحساس المريضة بوجود شبكة داعمة متفهمة ومستمرة، لا في أوقات المحن فحسب، بل في جميع مراحل حياتها، يُشكل عامل حماية نفسي قوي يرفع من معنوياتها ويقوي إرادتها في مواجهة المرض.

2. أشكال الدعم الاجتماعي المُدرك:

تُعد دراسة أشكال الدعم الاجتماعي من المحاور الأساسية في فهم كيف يتلقى الأفراد المساندة اللازمة للتكيف مع الضغوط والتحديات المختلفة في حياتهم. إذ يلعب الدعم الاجتماعي دوراً محورياً في تعزيز الصحة النفسية وجودة الحياة، خاصة لدى الفئات التي تمر بأزمات صحية مثل مريضات سرطان الثدي.

يُعتبر تصنيف هاوس لأشكال الدعم الاجتماعي التصنيف الرئيسي الذي تعتمد عليه أغلب الدراسات عند تناول موضوع أشكال الدعم الاجتماعي، حيث يقسم هذا التصنيف إلى أربع أنواع أو أنماط: الدعم العاطفي (Emotional support)، الدعم المادي أو الفعّال (Practical or instrumental support)، الدعم المعرفي أو المعلوماتي (Informational support)، والدعم المرتبط بتقدير الذات (Esteem support). يركز كل نمط على جانب محدد لدى الفرد متلقي الدعم. **فالدعم العاطفي** يعني التعبير عن التأثيرات الإيجابية التي يشعر بها الفرد، وغالباً ما يأتي هذا الدعم من أشخاص يمثلون مصدر ثقة للفرد، حيث تُعد علاقات الصداقة من أهم مصادر الدعم العاطفي، إذ يوفر الأصدقاء مشاعر الطمأنينة والراحة والحماية التي تساعد متلقي الدعم على تجاوز الأزمات والفترات الصعبة، كمثال على ذلك تقديم الدعم العاطفي في حالات فقدان أحد أفراد الأسرة. أما **الدعم المادي** فيُشير إلى تقديم المساعدة المباشرة، كما يذكر هاوس (1981)

مثلاً مساعدة أحد الأشخاص في تأمين فرصة عمل أو تقديم دعم مالي مباشر. ولا يقتصر الدعم المادي على الجانب المادي الملموس فقط، بل يشمل أيضاً تقديم بعض الخدمات خلال الأزمات، مثل قيام طالب في المدرسة بأداء واجبات زميله الذي يمر بظروف صعبة. والشكل الثالث هو **الدعم المعرفي أو المعلوماتي**، والذي يتجسد في تقديم النصائح والمقترحات التي تساعد الفرد على توضيح رؤيته وإيجاد حلول لمشاكله أو تخطي أوقاته العصيبة. أما الدعم الأخير فهو **المرتبط بتقدير الذات**، ويشمل تعزيز قدرات الفرد وإمكانياته ومهاراته وزيادة ثقته بنفسه، خاصة في لحظات انخفاض ثقته بذاته، إذ قد يظن الفرد أنه غير قادر على إنجاز مهمة ما نتيجة تغير في دوره أو لأسباب تسبب له توتراً نفسياً (أحمد، 2023، 98).

وتظهر أشكال الدعم الاجتماعي المدرك أيضاً كما يلي:

- الدعم العاطفي: يتضمن تقديم المودة والطمأنينة والحب والاهتمام، والإحساس بمشاعر الفرد، وبناء الثقة به.
- الدعم المادي: يشمل تقديم المساعدات المادية المباشرة وغير المباشرة، والخدمات الضرورية والقروض والسلع.
- الدعم المعلوماتي: يتضمن تقديم المعلومات والنصائح التي تساعد الفرد على فهم مشكلاته، والتعامل معها، وحلها، بالإضافة إلى التغذية الراجعة التي تعزز من قدرة الفرد على مواجهة ضغوط الحياة وأزماتها مستقبلاً.
- شبكة الدعم الاجتماعي: تعني الدعم المتنوع الذي يقدمه أفراد الشبكة الاجتماعية غير الرسمية مثل الأهل والأصدقاء والجيران والأقرباء وغيرهم ممن لهم أهمية في حياة الفرد.
- تشجيع الآخرين: يشمل شعور الفرد بتقدير ومديح واحترام الآخرين له، وإحساسه بأنه محبوب ومقبول ضمن دائرته الاجتماعية (الشقران والكركي، 2016، 87).

ومن جانب آخر، توجد تصنيفات مكملة لأشكال الدعم الاجتماعي تتضمن:

- الدعم المتلقى (Received Support): وهو المساعدة الفعلية التي يحصل عليها الفرد من شبكته الاجتماعية، سواء كانت عاطفية أو مادية أو معلوماتية، وهو ضروري في تخفيف الضغوط النفسية وتعزيز التكيف، مع مراعاة أن تأثيره قد يتفاوت حسب قدرة مقدمي الدعم وقبول المتلقي (Thoits, 2011, 146).

- الدعم المتوقع (Perceived Availability of Support): وهو إدراك الفرد أو توقعه لوجود أشخاص في شبكة علاقاته قادرين على تقديم الدعم عند الحاجة، ويعتبر هذا النوع مرتبطاً ارتباطاً وثيقاً بالصحة النفسية، إذ تعزز الثقة بوجود دعم متاح الشعور بالأمان وتقلل من القلق (Cohen & Wills, 1985, 315).

- الدعم الهيكلي (Structural Support): ويشير إلى البنية الاجتماعية التي تحيط بالفرد من حيث عدد الأشخاص في شبكته الاجتماعية، ومدى قربهم، وتكرار الاتصال بهم، وهو الإطار الذي ينبثق منه الدعم المتلقي والمقصود (Berkman et al., 2000, 845).

وترى الباحثة أن التنوع في أشكال الدعم الاجتماعي يعكس أهمية فهم الفروق الفردية بين مريضات سرطان الثدي، إذ لا يكفي تقديم الدعم من نوع واحد فقط، بل يجب تبني نهج متكامل يجمع بين الدعم العاطفي والمادي والمعلوماتي وتقدير الذات. كما تؤكد الباحثة أن إدراك المريضة لجودة وكمية الدعم المقدم لها يلعب دوراً محورياً في تعزيز شعورها بالأمان والثقة، مما يساهم بشكل فعال في تحسين التكيف النفسي والاجتماعي مع المرض. ومن هذا المنطلق، من الضروري تصميم برامج دعم تراعي خصوصية هذه الفئة وحاجاتهم المختلفة لتحقيق نتائج علاجية ونفسية إيجابية.

3. أساليب الدعم الاجتماعي لمريضات سرطان الثدي:

إن الحالة النفسية للمريضة تلعب دوراً حيوياً في تأثير المرض على حياتها اليومية، حيث تتطلب مواجهة المرض توفير دعم نفسي واجتماعي مستمر إلى جانب الرعاية الطبية، مما يساعد على

تخفيف الضغوط النفسية وتعزيز قدرة المريضة على التكيف مع وضعها الصحي، ومن أساليب الدعم الاجتماعي لمريضات سرطان الثدي:

1. الاطمئنان على الحالة الصحية للمريضة:

يُسهم الاطمئنان على الحالة الصحية للمريضة في تخفيف مخاوفها وقلقها المتزايد، إذ يعتبر ذلك عاملاً مهماً في تهدئة نفسيتها وتقليل التوتر.

2. تقوية أمل المريضة في الحياة:

تواجه المريضة قلقاً من الموت يؤدي إلى رفضها للحياة، وينجم عنه شعور باليأس والاكتئاب، ولذلك فإن تعزيز أملها بالحياة ضرورة ملحة للحفاظ على توازنها النفسي.

3. تقبل المريضة لذاتها ومرضها:

تبدأ المريضة بالحصول على رعاية وتقبل كبيرين في البداية، لكن هذا الدعم قد يتضاءل مع مرور الوقت بسبب ضغوط الآخرين وانشغالهم بحياتهم، لذا يصبح من المهم أن تتقبل المريضة نفسها ومرضها، إلى جانب التكيف مع متاعب حالتها الصحية، مما يعزز قدرتها على التعايش مع المرض والرضا عنه.

4. الترويح عن المريضة:

تعاني المريضة أحياناً من كدر نفسي يستوجب الترويح عنها، وذلك من خلال توفير نشاطات ترفيهية وسارة تساعد في تخفيف الحزن ورفع معنوياتها.

5. زيارة العيادة:

تحتاج المريضة إلى زيارة الطبيب للحصول على الدعم النفسي والاهتمام اللازمين، فهذه الزيارات تساعدها على تقبل مرضها من خلال الشعور بالاهتمام والمتابعة.

6. الدمج الاجتماعي:

عند إصابتها، قد تشعر المريضة بالعزلة الاجتماعية التي تزيد من شعورها بالوحدة النفسية والاجتماعية، مما يعزز من يأسها واكتئابها، لذلك يصبح الدمج الاجتماعي ضرورة ملحة لتحقيق رضا نسبي لديها (عطون، 2018، 35–36).

ترى الباحثة أن الدعم الشامل للمريضة يجب أن يشمل كل هذه الجوانب النفسية والاجتماعية إلى جانب العلاج الطبي، مع التركيز على تعزيز الأمل والتقبل الذاتي، وتوفير الترويح والدمج الاجتماعي، لأن ذلك يمثل الركائز الأساسية التي تمكن المريضة من التعايش مع مرضها بشكل أفضل وتحسين جودة حياتها.

ثانياً: القلق النفسي:

1. تعريف القلق النفسي:

يُعدّ القلق النفسي من أكثر الظواهر الانفعالية شيوعاً وتعقيداً في حياة الإنسان، فهو في جوهره خبرة وجدانية معقدة تتفاعل فيها المكونات المعرفية والانفعالية والفسيولوجية والسلوكية في آنٍ واحد. وقد عرّف بارلو (Barlow، 2002، ص. 45) القلق بأنه "استجابة انفعالية تقوم على توقع تهديد قادم، تتسم بعدم التحديد وصعوبة السيطرة والتوتر الجسدي المستمر". ويُظهر هذا التعريف تركيزاً على عنصر التوقع المسبق، حيث لا يكون القلق استجابة لمثير حاضر كما هو الحال في الخوف، وإنما هو استجابة استباقية لمثير محتمل قد لا يحدث، لكنه كافٍ لإثارة استجابة انفعالية متكاملة.

كما يُعرّف القلق على أنه حالة ذاتية يشعر فيها الفرد بالضيق وعدم الارتياح، مصحوبة بتوقع أو شك في حدوث ضرر أو سوء، وهي في طبيعتها الشعورية والانفعالية والجسمية شبيهة

بحالة الخوف، مع الفارق أن الخوف يرتبط بمصدر تهديد واضح ومعلوم، بينما يكون مصدر القلق غامضاً أو غير محدد بالنسبة لمن يعانيه (التميمي، 2013، ص. 133).

ويُرى القلق أيضاً على أنه حالة من التوتر الشامل الناتج عن صراعات داخلية بين الدوافع ومحاولات الفرد للتكيف، فهو مظهر لمجموعة العمليات الانفعالية المتداخلة التي تنشأ أثناء الإحباط والصراع (السيد عبيد، 2008، ص. 184). أما عبد الخالق (1994، ص. 24) فيصف القلق بأنه انفعال مركب من الخوف والترقب والشعور بالخطر، ترافقه أعراض نفسية وجسمية كالتوتر والعزلة واضطراب المشاعر، ويُعدّ انفعالاً مؤلماً يمنع الشخص من اتخاذ أي إجراء حيال الموقف المهدِّد له. وفي السياق ذاته، يرى الرفاعي (1989، ص. 255) أن القلق استجابة انفعالية لخطر يخشى الفرد وقوعه، موجهة إلى المكونات الأساسية للشخصية، وهو حالة نفسية تتسم بتوتر انفعالي مصحوب باضطرابات فسيولوجية متعددة.

وعند ارتباط القلق بحالات طبية خطيرة مثل سرطان الثدي، فقد تم تعريفه على أنه "تجربة غير سارة ذات طبيعة انفعالية أو نفسية أو اجتماعية أو روحية، تتداخل مع قدرة الفرد على التكيف مع علاج السرطان، ويمتد هذا الضيق على متصل يبدأ من المشاعر الطبيعية الشائعة مثل الإحساس بالضعف والحزن والخوف، وصولاً إلى مشكلات معيقة مثل الاكتئاب الحقيقي، والقلق، ونوبات الهلع، والشعور بالعزلة أو المرور بأزمة روحية" (National Cancer Policy Board, 2004, p. 114).

وترى الباحثة أن القلق الناجم عن سرطان الثدي على أنه حالة نفسية مركبة من المخاوف والتوترات الجسدية والانفعالية، تنشأ نتيجة إدراك المريضة لخطورة المرض وتأثيراته المحتملة على حياتها وصحتها ومستقبلها، مما ينعكس في صورة اضطرابات وجدانية وفسيولوجية قد تعيق قدرتها على التكيف الإيجابي مع مسار العلاج.

2. أعراض القلق النفسي:

يُعدّ القلق استجابة انفعالية شائعة لدى الأفراد عند مواجهة مواقف ضاغطة أو مهدِّدة، إلا أن شدته وتداعياته تتضاعف بشكل ملحوظ عند الإصابة بأمراض خطيرة مثل سرطان الثدي، نظراً لارتباط المرض بمخاوف متعلقة بالحياة، والمستقبل، والمظهر الجسدي، والوظائف الجسدية والاجتماعية. وتتجلى هذه الحالة النفسية في مجموعة من الأعراض المتنوعة التي تمس الجوانب الانفعالية والمعرفية والسلوكية والاجتماعية والجسمية للمريضة ومنها:

الأعراض الانفعالية: سرعة الاستثارة والتهيج، الإحساس بالانهيار، الشعور بالهم الدائم وعدم الراحة.

الأعراض المعرفية: اضطراب التفكير، ضعف القدرة على التركيز، اختلال الآنية (حيث يبدو العالم غير حقيقي أو غريباً).

الأعراض السلوكية: التوتر العضلي، الشعور بالقلق والتعاسة والهم، تأثر الإدراك الحركي، تزايد حدة الأعراض مع اضطراب ما بعد الصدمة أو الخوف من الأماكن الواسعة.

الأعراض الاجتماعية: تجنب التواصل مع الآخرين مما يؤدي إلى العزلة والاكتئاب.

الأعراض الجسمية: مجموعة من التغيرات الفسيولوجية التي قد تتطور إلى اضطرابات واضحة، تشمل التأثير على مختلف أجهزة الجسم (دهيمي وديلمي، 2020، ص 27).

وذكر إيلسترا (Electra، 2018) أعراضاً إضافية أبرزها: الشعور بعدم الراحة، اضطرابات النوم، الرعشة والتوتر الحاد، تغيرات الشهية والوزن، ضيق التنفس، الاضطرابات الجنسية، الشد العضلي، الخوف الاجتماعي، الاضطرابات النفسية كالاكتئاب، واضطرابات أجهزة الجسم المختلفة (الحريري، 2024، ص 53-54).

كما قد تصبح مشاعر القلق شديدة وساحقة ومعرقلة للعلاج إذا كانت المريضة قد تعرضت سابقاً لفترات طويلة من التوتر الشديد، إذ يمكن أن يؤدي ذلك إلى زيادة الإحساس بالألم، واضطراب النوم، والغثيان، والتقيؤ، والتأثير العميق على جودة الحياة (شكراوي، 2016، ص 266).

كما وتشمل الأعراض الشائعة للقلق لدى مريضات سرطان الثدي: الشعور المستمر بالخوف أو القلق المفرط، الأرق واضطرابات النوم، التوتر العضلي، صعوبة التركيز، سرعة الانفعال، زيادة معدل ضربات القلب، وضيق التنفس، وقد تترافق مع أعراض جسدية مزمنة مثل الصداع واضطرابات الجهاز الهضمي (Andrykowsk. & Cordova, 1998,119).

وترى الباحثة أن القلق لدى مريضات سرطان الثدي هو حالة نفسية متشابكة بين الأعراض الانفعالية والجسدية والاجتماعية، تنشأ نتيجة إدراك خطورة المرض وما يترتب عليه من تحديات حياتية وعلاجية، وتتفاوت شدته تبعاً للخبرات السابقة للمريضة ومستوى دعمها الاجتماعي، مما يستدعي التدخل النفسي المبكر للحد من آثاره السلبية.

3. مستويات القلق النفسي:

يمثل القلق النفسي تجربة متغيرة الشدة، تختلف تبعاً لطبيعة الموقف المحيط بالفرد واستجاباته الشخصية، وقد أظهرت الدراسات أن القلق يمكن تصنيفه إلى مستويات متعددة تعكس تأثيره على الإدراك والسلوك والاستجابة للضغوط الحياتية.

هناك على الأقل ثلاثة مستويات للقلق:

- المستوى المنخفض للقلق: يظهر هذا المستوى كتنبيه عام للفرد، حيث ترتفع درجة حساسيتِه تجاه الأحداث الخارجية، ويزداد استعدادُه وقدرته على مواجهة مصادر الخطر في البيئة المحيطة. ويُعد هذا المستوى من القلق بمثابة إشارة إنذار تحذر الفرد من احتمال وقوع خطر محتمل.
- المستوى المتوسط للقلق: في هذا المستوى، يصبح الفرد أقل قدرة على السيطرة على سلوكياته، ويظهر نوع من الجمود في استجاباته تجاه المواقف المختلفة، مما يقلل من مرونته السلوكية. يحتاج الفرد في هذه الحالة إلى بذل جهود إضافية للحفاظ على سلوكه المناسب والتكيف مع متطلبات الحياة اليومية.

- المستوى العالي للقلق: عند هذا المستوى، يتأثر التنظيم السلوكي للفرد بشكل سلبي، وقد يلجأ إلى أساليب سلوكية غير ملائمة للمواقف المختلفة، مع فقدان القدرة على التمييز بين المثيرات الضارة وغير الضارة. ويصاحب هذا المستوى عادة صعوبات في التركيز والانتباه، وسرعة الانفعال، والسلوك العشوائي (مودن، 2020، ص. 33).

ترى الباحثة أن فهم مستويات القلق المختلفة يساعد على تحديد استراتيجيات التدخل النفسي المناسبة لكل مستوى، خاصة لدى المرضى الذين يواجهون حالات طبية خطيرة مثل سرطان الثدي، حيث يمكن للتقييم المبكر لمستوى القلق أن يسهم في تعزيز قدرة المريضة على التكيف مع العلاج وتقليل الأثر السلبي للقلق على حياتها اليومية.

4. المحكات التشخيصية للقلق الناجم عن سرطان الثدي:

يُعد القلق النفسي من أكثر الاستجابات الانفعالية شيوعاً لدى مريضات سرطان الثدي، نظراً للطبيعة المعقدة للمرض وتداعياته على الصحة الجسدية والنفسية والاجتماعية. ويظهر هذا القلق في صورة مشاعر الخوف والتوتر المستمر، المصحوبة بأعراض جسدية ونفسية قد تؤثر على قدرة المريضة على التكيف مع العلاج واتباع التوصيات الطبية. لذلك، فإن الاعتماد على المحكات التشخيصية الواضحة والمستندة إلى معايير علمية يمكن أن يساعد في تحديد شدة القلق، والتمييز بين القلق الناتج عن الحالة الطبية والاضطرابات النفسية الأخرى، مما يسهم في تقديم التدخل النفسي المناسب وتحسين جودة الرعاية الصحية لمريضات سرطان الثدي.

وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5)، يتم تشخيص "اضطراب القلق الناجم عن حالة طبية أخرى" بناءً على المعايير التالية:

1. وجود قلق ملحوظ: يجب أن يكون هناك قلق واضح يؤثر على حياة المريضة اليومية.

2. الارتباط بحالة طبية محددة: يجب أن يكون القلق ناتجاً عن التأثير الفسيولوجي المباشر لسرطان الثدي أو علاجه، مثل الجراحة، العلاج الكيميائي أو الإشعاعي، والتغيرات الهرمونية.

3. التوقيت الزمني: يظهر القلق في وقت قريب من بداية التشخيص أو تفاقم الحالة أو أثناء مراحل العلاج المختلفة.

4. الاستبعاد: لا يكون القلق أفضل تفسيره من خلال اضطراب نفسي آخر، مثل اضطراب القلق العام أو اضطراب الهلع.

5. عدم التوافق مع الهذيان: لا يحدث القلق فقط خلال فترة الهذيان.

6. وجود ضائقة أو خلل وظيفي: يسبب القلق ضائقة نفسية كبيرة أو خللاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو في مجالات الحياة الأخرى (American Psychiatric Association, 2013, 189).

ترى الباحثة أن فهم المحكات التشخيصية للقلق الناجم عن سرطان الثدي أمر بالغ الأهمية لتقديم تشخيص دقيق وتحديد العلاج النفسي المناسب. يساعد هذا الفهم في التمييز بين القلق الناتج عن المرض نفسه وبين الاضطرابات النفسية الأخرى، مما يسهم في تصميم برامج تدخل نفسي فردية وفعالة لتعزيز التكيف النفسي للمريضة وخفض أعراض القلق لديها أثناء فترة العلاج وما بعدها.

☐ **الدراسات السابقة:**

<u>أولاً: الدراسات التي تناولت الدعم الاجتماعي المُدرك لدى مريضات سرطان الثدي.</u>

- **الدراسات العربية:**

دراسة طشطوش (2015) الأردن:

عنوان الدراسة: الرضا عن الحياة والدعم الاجتماعي المدرك والعلاقة بينهما لدى عينة من مريضات سرطان الثدي

هدفت الدراسة للكشف عن مستوى الرضا عن الحياة ومستوى الدعم الاجتماعي المدرك والعلاقة بينهما لدى مريضات سرطان الثدي، تكونت عينة الدراسة من 215 مريضة من مريضات سرطان الثدي المتلقيات للعلاج في مركز الحسين للسرطان، استخدمت مقياس الرضا عن الحياة لمريضات سرطان الثدي، ومقياس الدعم الاجتماعي المدرك لمريضات سرطان الثدي تعريب الباحث والذي قام بتطويره كل من زيمات ودالهم وزيمات وفارلي (Zimet, Dahlem, Zimet & Farley) أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الرضا عن الحياة لدى مريضات سرطان الثدي جاء ضمن المستوى المتوسط، وأن هنالك فروقا دالة إحصائياً في مستوى الرضا عن الحياة تبعاً لمتغيرات العمر، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي، ومرحلة العلاج، ومدة الإصابة بالمرض. كما أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي كان مرتفعا، وأن هنالك فروقاً دالة إحصائيا في مستوى الدعم الاجتماعي المدرك تبعا لمتغير مدة الإصابة بالمرض، بينما لم يكن هنالك فروق دالة إحصائيا في مستوى الدعم الاجتماعي المدرك تبعا لمتغيرات العمر والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي، ومرحلة العلاج. وأخيراً، أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية إيجابية دالة إحصائيا بين مستوى الرضا عن الحياة ومستوى الدعم الاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي

دراسة يوسف (2022) سوريا

عنوان الدراسة: الدعم الاجتماعي وعلاقته بصورة الجسد لدى المستأصلات من مريضات سرطان الثدي "دراسة ميداني في مستشفى تشرين الجامعي (قسم المعالجة الكيميائية والشعاعية)

هدفت الدراسة إلى تعرّف درجة صورة الجسد، ودرجة الدعم الاجتماعي لدى المُستأصلات من
مريضات سرطان الثدي في قسم المعالجة الكيميائية والشعاعية في مستشفى تشرين الجامعي،

وتعرّف العلاقة بين الدَّعم الاجتماعي وصورة الجسد لديهن، وكذلك تعرّف الفروق في درجة الدعم الاجتماعي، وفي صورة الجسد لدى أفراد العينة تبعاً لمتغيري المستوى التعليمي، والحالة الاجتماعيَّة). جرى اتباع المنهج الوصفي، واستخدام مقياسين هما (مقياس صورة الجسد، ومقياس الأعم الاجتماعي، وجرى تطبيقهما على عينة بلغت (68) مريضة من مستأصلات الثَّدي في مستشفى تشرين الجامعي .توصلت نتائج البحث إلى أن درجة صورة الجسد لدى المُستأصلات من مريضات سرطان الثَّدي متوسطة، ودرجة الدعم الاجتماعي لدى المستأصلات من مريضات سرطان الدي جاءت مرتفعة، وكذلك وجود علاقة ارتباطية سلبية دالة إحصائياً بين الدعم الاجتماعي وصورة الجسد لدى المُستأصلات من مريضات سرطان الثدي، كما بينت نتائج البحث عدم وجود فروق دالة إحصائياً في درجة صورة الجسد تبعاً لمتغير المستوى التعليمي، ووجود فروق دالة إحصائياً تبعاً للحالة الاجتماعية لصالح العازبات، كما بينت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائياً في درجة الدعم الاجتماعي لدى المُستأصلات من مريضات سرطان الأدي تبعاً لمتغير المستوى التعليمي، ووجود فروق دالة إحصائياً تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية لصالح المتزوجات.

دراسة توغان (2024) مصر

عنوان الدراسة: الدعم الاجتماعي والتفاؤل كمنبئات بالأمن النفسي لدى مريضات سرطان الثدي.

هدفت الدراسة للتعرف على الدعم النفسي والتفاؤل كمنبئات بالأمن النفسي لدى مريضات سرطان الثدي، وتكونت العينة من 200 مريضة بسرطان الثدي بمدى عمرى يتراوح بين (19-84) سنة، وطبق عليهم استمارة البيانات الديموجرافية، ومقياس الدعم الاجتماعي من إعداد الباحثة، ومقياس التفاؤل أحمد عبد الخالق (1999) ، ومقياس الأمن النفسي زينب شقير، (2005). وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الدعم الاجتماعي، والتفاؤل، والأمن النفسي، كما وجدت فروق دالة إحصائياً في الدعم الاجتماعي ترجع إلى المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية مدة الإصابة بالمرض، وعدم وجود فروق ترجع إلى العمر، الحالة الاقتصادية مرحلة العلاج، وعدم وجود فروق في التفاؤل ترجع إلى العمر، والمستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية، والحالة الاقتصادية، ومرحلة العلاج، ومدة الإصابة بالمرض، ووجود فروق في الأمن النفسي ترجع

إلى الحالة الاقتصادية، وعدم وجود فروق ترجع إلى العمر والمستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، مرحلة العلاج، مدة الإصابة بالمرض، وأظهرت النتائج إسهام الدعم الاجتماعي، والتفاؤل في الأمن النفسي بمستويات عالية الدلالة.

دراسة خالد (2025) مصر

عنوان الدراسة: الدعم الاجتماعي المُدرك وتحسين جودة الحياة "بحث ميداني على عينة من مريضات سرطان الثدي"

هدفت الدراسة للتعرف على تأثير أبعاد الدعم الاجتماعي المدرك على تحسين جودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي، وتكونت عينة الدراسة من 98 مريضة سحبت بطريقة عمدية من مريضات سرطان الثدي المترددات على مركز الأورام بمستشفى بني سويف الجامعي، مقياس الدعم الاجتماعي المُدرك من إعداد الباحثة، ومقياس جودة الحياة أيضاً من إعداد الباحثة، وتوصلت الدراسة أن درجة الدعم الاجتماعي المُدْرَك بجميع أبعاده مرتفعة لدى مريضات سرطان الثدي؛ مما يؤكد أهمية تأثير دور الدعم الاجتماعي، وتلا ذلك في المرتبة الأولى دعم الفريق الطبي الأطباء التمريض–الأخصائيين، كما أكدت النتائج بوجود علاقة إيجابية بين درجة الدعم الاجتماعي المُدْرَك ودرجة تحسين جودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي.

الدراسات الأجنبية:

دراسة ليو وآخرون (Lui et al, 2024) الصين:

عنوان الدراسة: الدعم الاجتماعي المَدرك يتوسط تأثيرات التدخل من أجل التعايش بشكل هادف مع السرطان على جودة الحياة بعد جراحة الثدي

Perceived social support mediates cancer and living meaningfully intervention effects on quality of life after breast cancer surgery

هدفت الدراسة لاختبار ما إذا كان الدعم الاجتماعي المدرك يتوسط العلاقة بين المرونة النفسية وتحسن جودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي بعد الجراحة، وتقييم أثر التدخل CALM على المؤشرات النفسية وجودة الحياة، تكونت عينة الدراسة من 124 مريضة بسرطان الثدي (62) مريضة من مجموعة التدخل و (62) مريضة من مجموعة الضبط وكان عمر جميع المريضات فوق 18 سنة وشُخصت بسرطان الثدي وخضعت للجراحة، استخدمت الدراسة مقياس كونور–ديفيدسون للمرونة النفسية ومقياس جودة الحياة الخاصة بسرطان الثدي ومقياس القلق والاكتئاب ومقياس الدعم الاجتماعي المدرك من الأسرة وخارج الأسرة، التدخّل (CALM): جلسات نفسية منظّمة تركّز على المعنى والتكيّف وفتح قنوات التواصل وبناء التحالف العلاجي، قُدّمت ضمن برنامج مُراقَب الجودة؛ تضمن عناصر سلوكية وجلسات إشراف للمعالجين، مع تكييف زمني حتى ثلاث دورات عند الحاجة. وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية تدخّل CALM حسّن المرونة النفسية، والدعم الاجتماعي المُدرَك، وجودة الحياة، وخفّض أعراض القلق والاكتئاب لدى المريضات بعد الجراحة. كما يَظهر أن تعزيز الإحساس بالدعم الاجتماعي هو الآلية المحورية التي تنتقل عبرها فوائد التدخّل إلى جودة الحياة، ما يدعم دمج CALM ضمن رعاية ما بعد الجراحة لسرطان الثدي.

دراسة كروك وآخرون (Krok et al, 2024)

عنوان الدراسة: "الدعم الاجتماعي المدرك والمستلم وقبول المرض لدى مرضى سرطان الثدي: التوسيط التسلسلي للبناء المعنوي والخوف من الانتكاس

Perceived and Received Social Support and Illness Acceptance Among Breast Cancer Patients: The Serial Mediation of Meaning-Making and Fear of Recurrence

هدفت هذه الدراسة إلى التحقق مما إذا كان البناء المعنوي (إيجاد معنى) والخوف من الانتكاس يعملان كوسيطين متسلسلين في العلاقة بين كلٍ من الدعم الاجتماعي المدرك والمستلم

من جهة، وقبول المرض من جهة أخرى، شملت الدراسة 246 امرأة بالغة تم تشخيصهن بسرطان الثدي ويتلقين علاجاً بالإشعاع أو الكيماوي في مستشفيات أورام، استخدمت الدراسة الأدوات التالية: الدعم الاجتماعي المدرك والمستلم، البناء المعنوي (meaning–making).، الخوف من الانتكاس، قبول المرض (illness acceptance) توصلت الدراسة إلى أن الدعم الاجتماعي، سواء كان مدركاً أو فعلياً، يلعب دوراً مهماً في مساعدة مريضات سرطان الثدي على قبول المرض، لكن هذا التأثير ينتقل عبر مرحلتين: أولاً عن طريق البحث عن معنى جديد في الحياة، ثم من خلال تقليل الخوف من الانتكاس البناء المعنوي هو الوسيط الأكثر فعالية، ما يؤكد أن تعزيز الإحساس بالهدف والمعنى لديه أثر أقوى من مجرد تقليل الخوف من الناحية التطبيقية، يمكن للمهنيين في الرعاية الصحية تطوير برامج دعم نفسي تساعد النساء على إعادة صياغة تجربتهن المرضية.

ثانياً: الدراسات التي تناولت القلق لدى مريضات سرطان الثدي.

- **الدراسات العربية:**

دراسة مودن (2020) الجزائر:

عنوان الدراسة: إدراك المرض وعلاقته باستجابتي القلق والاكتئاب عند مرضى السرطان" دراسة عيادية لأربع حالات لمستشفى بن زرجب.

هدفت الدراسة للتعرف على مدى إدراك مرضى السرطان للمرض وارتباطه باستجابتي القلق والاكتئاب واكتشاف كافة جوانبها لدى بعض مرضى السرطان بوهران، وتكونت عينة الدراسة من جميع الحالات الخاضعة للعلاج الكيميائي واللواتي يعانين من سرطان الثدي والتي يتراوح أعمارها من 41 إلى 54 سنة والتي بلغ عددها أربع حالات وتم اختيارهم بطريقة قصدية، استخدمت

الدراسة الملاحظة العيادية والمقابلة العيادية، والمقابلة العيادية النصف موجهة، توصلت الدراسة إلى أن إدراك المرض مرتفع لدى مرضى السرطان، وجود القلق والاكتئاب لدى مرضى السرطان وارتفاعهما، جاءت العلاقة بين أبعاد إدراك المرض والقلق والاكتئاب عكسية كلما ارتفع درجة أبعاد إدراك المرض كلما نقص مستوى القلق والاكتئاب لدى مرضى السرطان.

دراسة أبو القاسم (2023) ليبيا:

عنوان الدراسة: دراسة عاملي الاكتئاب والقلق النفسي لدى مرضى الأورام وأثرهما في الحالة الصحية لمرضى السرطان- دراسة ميدانية مقارنة على عينة من مرضى الأورام بمدينة طرابلس- ليبيا.

هدف البحث للتعرف على طبيعة العلاقة بين القلق والاكتئاب واثره على مرضى السرطان من الجنسين الذكور والإناث، والكشف عن الفروق بين مرضى السرطان من الذكور والإناث وبين مجموعة لا يعانون من السرطان في تأثرهم بكل من القلق والاكتئاب، وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين المجموعة الأولى عينة من مرضى السرطان من الذكور والإناث بلغ عددهم (44) منهم (26) إناث و (18) ذكور ومجموعة ثانية لا تعاني من مرض السرطان وبلغ عددهم (49) منهم (28) إناث و (21) ذكر وتراوحت أعمار العينتين ما بين (15-65) سنة، واستخدم الباحث مقياس تايلور للقلق الصريح ومقياس بيك للاكتئاب، توصلت الدراسة لوجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.01 لصالح المرضى بالسرطان في تأثرهم بالقلق والاكتئاب أكثر من المجموعة التي لا تعاني من مرض السرطان.

دراسة الربيعي والحريري (2024) السعودية:

عنوان الدراسة: العلاقة بين درجتي الاكتئاب والقلق العام وكل من (نوع ودرجة) مرض السرطان لدى عينة من المرضى الذكور والإناث.

هدفت الدراسة للكشف عن العلاقة بين درجة الاكتئاب والقلق العام ودرجة مرض السرطان لدى عينة من المرضى الذكور والإناث حيث تضمنت معظم أنواع السرطانات ومن ضمنها سرطان الثدي، بلغت عينة البحث (38) من مرضى السرطان (10) منهم مريضات سرطان ثدي، استخدم الباحثان مقياس الاكتئاب ومقياس القلق من إعداد أحمد سعيد الحريري، توصلت الدراسة إلى نتائج أهمها وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في القلق لصالح الإناث وعدم وجود فروق في الاكتئاب ووجود فروق دالة في الأعمار المختلفة في الاكتئاب والقلق لصالح العمر من (30 سنة إلى أقل من 35 سنة) ووجود فروق دالة إحصائية بين الحالات الاجتماعية في الاكتئاب والقلق عند مستوى دلالة أقل من 0.05 لصالح مطلق، وجود فروق دالة بين درجات السرطان المختلفة في الاكتئاب والقلق لصالح مرضى الدرجة الرابعة، وعدم وجود فروق بين نوع السرطان والاكتئاب والقلق، وجاءت نتائج المقابلات مفسرة لهذه النتائج.

الدراسات الأجنبية:

دراسة الهاشمي وآخرون (Hashemi et al, 2019) بلدان متعددة

عنوان الدراسة: "انتشار القلق بين مرضى سرطان الثدي: مراجعة منهجية وتحليل تلوي

Prevalence of anxiety among breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis

هدفت هذه الدراسة إلى تقدير مدى انتشار القلق لدى مرضى سرطان الثدي من خلال مراجعة منهجية وتحليل تلوي للدراسات المنشورة بين عامي 2000 و2018، باستخدام قواعد بيانات PubMed وWeb of Science وScopus. وكانت الكلمات الرئيسية المضمنة كما يلي: ورم الثدي، ومعدل الانتشار، والقلق، والأدوات التي استخدمتها تم تسجيل ما مجموعه 36 دراسة شملت 16298 مريضة بسرطان الثدي بين عامي 2000 و2018 في الدراسة. وتوصلت الدراسة إلى أنه بلغ معدل انتشار القلق بين مريضات سرطان الثدي (41.9٪) بلغ معدل انتشار القلق بين المرضى 41.9٪ (فاصل الثقة 95%: 30.7% – 53.2%). لوحظ أن نسبة القلق أعلى في

الدول المطلة على البحر الأبيض المتوسط مقارنةً بالمناطق الأخرى أشارت الدراسة إلى أن هذا الانتشار المرتفع في الدول النامية يُعزى إلى عوامل مثل التشخيص المتأخر، ضعف الوعي، تكاليف العلاج المرتفعة، وبرامج الفحص غير المنتشرة أو غير الفعالة.

دراسة سقيا والأمير (Soqia & Alameer, 2022) سوريا

عنوان الدراسة: الاكتئاب والقلق والعوامل المرتبطة بهما لدى مريضات سرطان الثدي السوريات: دراسة مقطعية

Depression, anxiety and related factors among Syrian breast cancer patients: a cross-sectional study

هدفت الدراسة المقطعية إلى تقدير انتشار الاكتئاب والقلق وعواملهما المرتبطة لدى مريضات سرطان الثدي في سوريا، وتسليط الضوء على أهم العوامل الاجتماعية والديموغرافية التي قد ترتبط بمستوى الضائقة النفسية لديهن. تم إجراء الدراسة في مستشفى البيروني الجامعي بدمشق، سوريا شملت 500 امرأة يتم علاجهن من سرطان الثدي، تم اختيارهن من بين 560 مريضة زُرن العيادة لتلقي العلاج الكيميائي ، حيث رفضت 60 مريضة المشاركة بموجب إرادتهن، استخدم الباحثون استبياناً من جزأين: الجزء الأول: جمع الخصائص الاجتماعية والديموغرافية، مثل: السن، الحالة الاجتماعية، العمل، التعليم، المحافظة الأصلية، وتاريخ العائلة لسرطان الثدي. الجزء الثاني: تقييم حالة الاكتئاب والقلق باستخدام مقياسي الـ PHQ-2 و GAD-2، وهي مقاييس قصيرة تتألف من سؤالين لكل منها (مجال: 0–6)، حيث يشير مجموع ≤ 3 إلى وجود احتمال لاضطراب اكتئابي أو قلق يستدعي التقييم التفصيلي. استخدم الباحثون النسخة العربية التي أثبتت صلاحيتها وموثوقيتها، أظهرت نتائج الدراسة ارتفاعاً في معدلات القلق والاكتئاب لدى مريضات سرطان الثدي. وكان عمر المريضة ومكانتها الاجتماعية عاملين مهمين في تحديد الحاجة إلى مزيد من

التقييم النفسي. وبشكل عام، أظهرت المريضات الأصغر سناً مستويات أعلى من الاكتئاب والقلق، ولم يُظهر حجم الورم ارتباطاً ذا دلالة إحصائية بالضائقة النفسية.

تعقيب على الدراسات السابقة:

يتضح من خلال استعراض الدراسات السابقة، العربية والأجنبية، أن هناك اهتماماً متنامياً بدراسة الدعم الاجتماعي المدرك بوصفه أحد العوامل النفسية والاجتماعية المؤثرة في التكيف مع سرطان الثدي، وكذلك بدراسة القلق بوصفه أحد أبرز الاضطرابات النفسية المرافقة للمرض، وهو ما يتقاطع بصورة مباشرة مع أهداف الدراسة الحالية. فقد بينت دراسات مثل دراسة طشطوش (2015) ويوسف (2022) وتوغان (2024) وخالد (2025) أن الدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي غالباً ما يكون بمستويات مرتفعة، وأن له دوراً مهماً في تعزيز جودة الحياة، والرضا عنها، والأمن النفسي، وحتى في التخفيف من الصورة السلبية للجسد، مع اختلاف في طبيعة الارتباط؛ فبعض الدراسات سجلت علاقة إيجابية مباشرة كما في دراسة طشطوش (2015) ودراسة خالد (2025) ودراسة توغان (2024) أشارت أخرى إلى علاقات سلبية في سياق متغيرات معينة كما في يوسف (2022) وهو ما يبرز أهمية دراسة الظروف والعوامل التي قد تعزز أو تحدّ من أثر الدعم الاجتماعي. أما الدراسات الأجنبية مثل ليو وآخرون (2024) وكروك وآخرون (2024)، فقد أظهرت أن الدعم الاجتماعي لا يؤثر بشكل مباشر فقط، بل قد يعمل كوسيط أساسي بين تدخلات نفسية مثل CALM أو متغيرات معرفية مثل إيجاد المعنى، وبين مؤشرات نفسية مثل جودة الحياة أو تقبل المرض، مما يفتح المجال أمام تبني استراتيجيات تدخل قائمة على تعزيز الإحساس بالدعم والمعنى.

وفي المقابل، أكدت الدراسات التي تناولت القلق لدى مريضات سرطان الثدي، مثل دراسة مودن (2020) وأبو القاسم (2023) والربيعي والحريري (2024)، على أن القلق يعد من الأعراض النفسية الشائعة والمصاحبة للمرض، وأنه يتأثر بعوامل متعددة، منها درجة المرض، المرحلة العمرية، الحالة الاجتماعية، ونوع السرطان، مع ملاحظة أن بعض الدراسات ربطت بين القلق

والاكتئاب كاضطرابين متلازمين في السياق السرطاني. أما الدراسات الأجنبية مثل دراسة الهاشمي وآخرون (2019) وسقيا وآخرون (2022) فقد أبرزت أن معدلات القلق بين مريضات سرطان الثدي مرتفعة عالمياً، مع نسب تصل إلى أكثر من 40%، وأنها قد تكون أعلى في الدول النامية لأسباب ترتبط بضعف برامج الفحص والتشخيص المتأخر والأعباء المالية والنفسية، كما بينت أن العوامل الاجتماعية والديموغرافية – كالعمر والمكانة الاجتماعية – تلعب دوراً حاسماً في تحديد مستوى القلق.

ومن خلال العرض السابق، يظهر أن هناك اتفاقاً بين معظم الدراسات على أن الدعم الاجتماعي يعد مورداً نفسياً أساسياً يمكن أن يخفف من مستويات القلق ويحسن التكيف مع المرض، وأن القلق، في حال ارتفاعه، قد ينعكس سلباً على جودة الحياة وعلى المؤشرات النفسية والاجتماعية الأخرى. وتختلف الدراسة الحالية عن معظم الدراسات السابقة من حيث تركيزها على الربط المباشر بين الدعم الاجتماعي المدرك والقلق الناجم تحديداً عن الإصابة بسرطان الثدي، بما يمثله من استجابة انفعالية مرتبطة بالمرض نفسه، وليس القلق بشكل عام أو القلق المصاحب لاضطرابات أخرى. كما تتميز الدراسة الحالية بتركيزها على عينة محلية في مدينة اللاذقية، وهي فئة لم تحظَ بقدر كافٍ من الدراسة الميدانية في هذا المجال، رغم وجود بعض الدراسات المحلية التي تناولت جوانب أخرى من تجربة المريضات في هذه المدينة.

وقد أفادت الباحثة من هذه الدراسات السابقة في عدة جوانب، منها تحديد الإطار النظري الذي يربط بين الدعم الاجتماعي المدرك والقلق، واختيار المنهج الوصفي الارتباطي باعتباره الأنسب لدراسة العلاقة بين المتغيرين، وتبني أدوات قياس ملائمة لموضوع الدراسة، وصياغة مشكلة البحث وفرضياته.

☐ منهج البحث:

أولاً: منهج البحث: نظراً لطبيعة الدراسة والأهداف المرجو تحقيقها، اعتمد البحث الحالي على المنهج الوصفي، الذي يقوم على دراسة الظاهرة كما هي في الواقع، بهدف تقديم وصف دقيق لها،

حيث يرى أبو علام (2004) أن المنهج الوصفي يعني بدراسة العلاقة بين مكونات الظاهرة ويصفها وصفاً كمياً لكون الهدف من جمع البيانات الوصول للدرجة التي ترتبط بها متغيرات كمية فيما بينها(سليمان، 2024، 86).

ثانياً: مجتمع البحث: يمثل مجتمع البحث جميع النساء اللواتي تم تشخيص إصابتهن بسرطان الثدي ويتلقين الرعاية الطبية في مشفى جامعة اللاذقية، ضمن الفئة العمرية الممتدة بين (25–65) سنة. ويُعد هذا المشفى المركز المرجعي الوحيد في محافظة اللاذقية لاستقبال وعلاج حالات سرطان الثدي، مما يجعله المصدر الأساسي والموثوق للحصول على مجتمع الدراسة. ووفقاً للإحصائيات الرسمية الصادرة عن مشفى الجامعة للعامين 2023–2024، بلغ عدد المريضات اللواتي تنطبق عليهن شروط المجتمع الأصلي ما يقارب (500) مريضة.

ثالثاً: عينة البحث: تكونت عينة البحث من (130) مريضة ممن تتراوح أعمارهن بين (25–65) سنة، حيث اعتمدت الباحثة في اختيار العينة على الطريقة القصدية (Purposive Sampling)، نظراً لطبيعة الفئة المستهدفة وحساسية الحالة المرضية. وقد تم اختيار المريضات من المراجعات والمتابعات في مشفى اللاذقية الجامعي–قسم المعالجة الكيميائية والشعاعية، خلال فترة زمنية امتدت لعدة أسابيع، وذلك لضمان توفر العدد الكافي وتنويع الحالات المشمولة.

مرت عملية اختيار العينة بعدة خطوات منهجية ومدروسة، على النحو الآتي:

- التنسيق مع إدارة المستشفى والقسم المعني (قسم المعالجة الكيميائية والشعاعية) لتحديد الأوقات المناسبة لجمع البيانات وضمان عدم إعاقة سير العمل الطبي أو التأثير على راحة المريضات.
- تحديد قائمة أولية بالأسماء من خلال السجلات الطبية المخصصة للنساء المصابات بسرطان الثدي ضمن الفئة العمرية المستهدفة (25–65) عاماً، والمتابعات للعلاج والفحوصات الدورية خلال فترة جمع البيانات.

تطبيق معايير اختيار دقيقة للمشاركات في العينة، تضمنت:

1. أن تكون المريضة مشخصة بسرطان الثدي بأي مرحلة من مراحل المرض، وأن تكون حالتها الاجتماعية متزوجة.

2. أن تكون في حالة جسدية ونفسية مستقرة نسبياً بما يسمح لها بالتفاعل مع أدوات البحث.

3. ألا تعاني من اضطرابات عقلية أو ضعف إدراكي يمنعها من فهم الاستبيان أو الإجابة عليه.

4. الاستعداد الطوعي للمشاركة بعد شرح أهداف البحث وضمان سرية المعلومات.

5. القدرة على التواصل اللغوي وفهم المحتوى المقدم.

وفيما يلي جدول يوضح توزع أفراد عينة البحث وفق متغير عدد سنوات الإصابة بالمرض:

جدول (1) توزع أفراد العينة وفق متغير عدد سنوات الإصابة بالمرض

عدد سنوات الإصابة بالمرض	الحجم	النسبة المئوية
أقل من سنة	52	%40
سنة وما فوق	78	%60
مجموع	130	%100

رابعاً: أدوات البحث:

1. مقياس الدعم الاجتماعي المُدرك:

أولاً: وصف المقياس: تمَّ الاعتماد في البحث الحالي على مقياس الدعم الاجتماعي المُدرك من إعداد وتصميم خالد (2025) لقياس الدعم الاجتماعي المُدرك لدى مريضات سرطان الثدي حيث تمَّ تطبيقه على عينة من النساء المصابات بسرطان الثدي بمستشفى بن سويف الجامعي والمستشفى العسكري للقوات المسلحة، ويتكون المقياس من (19) بند تقيس أبعاد الدعم الاجتماعي المُدرك، ويتكون المقياس من ثلاثة أبعاد كما يلي: البعد الأول: يقيس الدعم الأسري أو العائلي الذي يقدم للمريضة ويتكون من (7) عبارات، والبعد الثاني يقيس دعم الأصدقاء والجيران والأقارب ويتكون من (7) عبارات، والبعد الثالث يقيس الدعم الطبي من الإجراءات الطبية والنفسية من الفريق الطبي للأطباء والتمريض والإخصائيين ويتكون من (5) عبارات، وتم الاعتماد على مقياس ليكرت الخماسي في تصحيح الاستجابات، حيث يتم تصحيح الاستجابات على التدرج التالي: أوافق بشدة (5)، أوافق (4)، محايد (3)، أرفض (2)، أرفض بشدة (1). وجميع البنود إيجابية، وبذلك تصبح أعلى درجة تحصل عليها المفحوصة على المقياس (95) وأدنى درجة تحصل عليها هي (19)، وتشير الدرجة المرتفعة إلى وجود دعم اجتماعي مُدرك مرتفع على حين الدرجة المنخفضة تشير إلى انخفاض الدعم الاجتماعي المُدرك.

ثانياً: الخصائص السيكو مترية لمقياس الدعم الاجتماعي المُدرك

أ. صدق الاتساق الداخلي

يقوم صدق الاتساق الداخلي على حساب الارتباط بين أداء المفحوصة على المقياس ككل وأدائها على كل بند من بنوده، وذلك لقياس مدى اتساق البنود مع المقياس ككل (ميخائيل، 2012، 87.).

قامت الباحثة بالتحقق من صدق الاتساق الداخلي لمقياس الدعم الاجتماعي المُدرك من خلال تطبيقه على عينة سيكومترية مكونة من (70) مريضة مصابة بسرطان الثدي في مشفى جامعة اللاذقية. ثم تم حساب معاملات الارتباط بيرسون بين درجة كل بند والدرجة الكلية للمقياس، وكذلك بين درجة كل بند والدرجة الكلية لكل بُعد من أبعاد المقياس، وذلك باستخدام البرنامج الإحصائي (SPSS).

ثمَّ تمّ بموجب هذه الطريقةَ حساب معامل الارتباط بيرسون بين درجة كل بند من بنود المقياس والدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه، وحساب معامل الارتباط بين الأبعاد مع بعضها البعض والدرجة الكلية لكل بعد مع الدرجة الكلية للمقياس، وذلك باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS، ويوضح الجدول (2) النتائج:

جدول(2) معاملات ارتباط بيرسون الأبعاد مع بعضها البعض وارتباط كل بعد مع الدرجة الكلية للمقياس

الأبعاد الفرعية	البعد الأسري	دعم الأصدقاء والجيران	الدعم الطبي	الدرجة الكلية
البعد الأسري	1	0.675**	0.710**	0.925**
دعم الأصدقاء والجيران	0.675**	1	0.650**	0.897**
الدعم الطبي	0.710**	0.650**	1	0.915**

ونلاحظ من الجدول رقم (2) أنَّ معاملات الارتباط جميعها كانت دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01) وهذا يشير إلى أنّ المقياس يتصف بدرجات صدق اتساق داخلي (بنيوي) جيدة.

جدول(3) معاملات الإرتباط بيرسون بين درجة البند والدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه

البعد الأول	البعد الأسري	البعد الثاني	دعم الأصدقاء والجيران	البعد الثالث	الدعم الطبي
1	0.695**	**8**	0.684**	**15**	0.651**
2	0.681**	**9**	0.672**	**16**	0.660**
3	0.688**	**10**	0.658**	**17**	0.648**
4	0.660**	**11**	0.671**	**18**	0.663**
5	0.672**	**12**	0.643**	**19**	0.657**

6	0.651**	13	0.662**	-	
7	0.679**	14	0.676**	-	

ونلاحظ من الجدول رقم (3) أنَّ معاملات الارتباط جميعها كانت دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01) وهذا يشير إلى أنّ المقياس يتصف بدرجات صدق اتساق داخلي (بنيوي) جيدة.

ب. الصدق التمييزي (المقارنة الطرفية)

تعتمد هذه الطريقة على المقارنة بين أعلى وأدنى الدرجات التي يحصل عليها الأفراد في المقياس، وذلك لقياس قدرة المقياس على التمييز بين الفئات المختلفة في السمة المقاسة (ميخائيل، 2012، صـ152).

وللتحقق من الصدق التمييزي، رتبت الباحثة درجات المبحوثات على مقياس الدعم الاجتماعي المُدرك ترتيباً تنازلياً، ثم اختارت أعلى 25% من الدرجات (الفئة العليا) وأدنى 25% (الفئة الدنيا)، وقارنت بينهما باستخدام اختبار (ت) لعينتين مستقلتين، سواء بالنسبة للمقياس ككل أو لكل بُعد على حدة.

جدول(4) دلالة الفروق بين متوسطي الفئتين العليا والدنيا على المقياس ككل وأبعاده الفرعية

المقياس	الفئات	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية	اتخاذ القرار
البعد الأسري	الفئة العليا	17	28.76	3.31	12.54	32	0.000	دال إحصائياً
	الفئة الدنيا	17	12.41	2.98				

دعم الأصدقاء والجيران	الفئة العليا	17	27.88	3.15	11.89	32	0.000	دال إحصائياً
	الفئة الدنيا	17	13.05	3.07				
الدعم الطبي	الفئة العليا	17	26.41	2.87	10.76	32	0.000	دال إحصائياً
	الفئة الدنيا	17	11.88	2.92				
الدرجة الكلية	الفئة العليا	17	80.58	8.17	15.98	32	0.000	دال إحصائياً
	الفئة الدنيا	17	33.65	6.91				

يتضح من الجدول(4) أنَّ الفروق بين متوسطي الفئتين العليا والدنيا كانت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01) بالنسبة لمقياس الدعم الاجتماعي المُدرك ككل وأبعاده الفرعية وهذا يشير إلى أنَّ المقياس يتصف بدرجة جيدة من الصدق التمييزي.

ثانياً: ثبات المقياس:

تم التحقق من ثبات مقياس الدعم الاجتماعي المُدرك من خلال تطبيقه على عينة سيكو مترية مكوّنة من (70) مريضة من مريضات سرطان الثدي في مستشفى اللاذقية الجامعي، وذلك باستخدام طريقتين: ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية.

أ. الثبات بطريقة ألفا كرونباخ

تُعد هذه الطريقة من أكثر الطرق شيوعاً لحساب الثبات، حيث تمثل قيمة ألفا المتوسط العام لمعاملات الارتباط بين جميع الأزواج الممكنة من بنود المقياس (ميخائيل، 2012، 201).

ب. الثبات بطريقة التجزئة النصفية

تعتمد هذه الطريقة على تقسيم بنود المقياس إلى نصفين متكافئين، ثم حساب معامل الارتباط بين درجات النصفين، وتصحيح هذا المعامل باستخدام معادلة سبيرمان–براون (ميخائيل، 2012، 190).

ويوضح الجدول (5) الآتي النتائج:

مقياس الدعم الاجتماعي المدرك ككل	عدد البنود	سبيرمان براون	ألفا كرونباخ
	19	0.934	0.921
البعد الأسري	7	0.894	0.879
دعم الأصدقاء والجيران	7	0.881	0.866
الدعم الطبي	5	0.872	0.854

تشير القيم المرتفعة لمعاملات الثبات في كلا الطريقتين إلى أن مقياس الدعم الاجتماعي المُدرك يتمتع بدرجة عالية من الثبات على مستوى الأبعاد والمقياس الكلي.

2. مقياس القلق الناجم عن سرطان الثدي:

أولاً: وصف مقياس القلق الناجم عن سرطان الثدي:

- **وصف المقياس:**

تم إعداد هذا المقياس من قبل الباحثة نظراً لعدم توافر مقياس للقلق الناجم عن سرطان الثدي، حيث تم إعداده استناداً إلى الجانب النظري والدراسات السابقة والنظريات ذات الصلة بموضوع القلق بشكل عام والقلق الناجم عن السرطان والمعايير الخاصة بتشخيص هذا الاضطراب المدرجة في (DSM5) والمتمثلة باضطراب قلق بسبب حالة طبية أخرى. والاطلاع على عدد من المقاييس كمقياس كرونكي وأخرون (Kroenke،2007.al et)، ومقياس مارثا وريكاردو (Martha & Ricardo)،(2018 مقياس قلق المستشفى والاكتئاب (Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ومقياس تايلور للقلق ومقياس بك للقلق.

ثم قامت الباحثة بإعداد المقياس وفق الخطوات الآتية:

1. تحديد الأبعاد الأساسية التي شملها المقياس.
2. صياغة البنود التي تقع تحت كل بعد.
3. إعداد المقياس في صورته الأولية والتي تألفت من (47) بند.
4. عرض المقياس على عدد من السادة المحكمين.
5. إجراء التعديلات التي أوصى بها السادة المحكمون.
6. حساب الصدق والثبات للمقياس.

ويتكون المقياس في صورته الأولية من (47) بنداً موزعة على ثلاثة أبعاد هي: (الجسمي، الأسري، المرتبط بالعلاج).

البعد الأول: الجسمي: ويقصد به أعراض القلق الفيزيولوجية الناتجة عن سرطان الثدي والتي تظهر على الجسم (حسية، عضلية، قلبية، المعدية، التناسلية البولية، التنفسية) ويضم (13) ثلاثة عشر بند.

البعد الثاني: الأسري: ويقصد به أعراض القلق المفرط حول تأثير المرض على مختلف جوانب حياتها الأسرية والعملية والاجتماعية اليومية ويضم (25) خمسة وعشرون بنداً.

البعد الثالث: المرتبط بالعلاج: ويقصد به القلق حول العلاج المقدم لهن ومدى توفره وقدرتها على الالتزام بمسار العلاج ويضم (9) تسعة بنود.

❖ **طريقة تصحيح المقياس:**

يطلب من المريضة الإجابة على كل بند من بنود المقياس باختيار أحد البدائل الأربعة الآتية والمرتبة حسب شدتها: (أبداً، بدرجة قليلة، بدرجة متوسطة، بدرجة شديدة) وحُسبت الدرجات بإعطاء الأوزان التالية:

(0) ابداً (1) بدرجة قليلة (2) بدرجة متوسطة (3) بدرجة شديدة، وذلك في العبارات الإيجابية وعكست في العبارات السلبية لتصبح (0) ابداً (1) بدرجة قليلة (2) بدرجة متوسطة (3) بدرجة شديدة

العبارات السلبية هي (12، 17، 20، 21، 22، 33، 39).

العبارات الإيجابية هي (1، 2، 3، 4، 5، 6، 7، 8، 9، 10، 11، 13، 14، 15، 16، 18، 19، 23، 24، 25، 26، 27، 28، 29، 30، 31، 32، 34، 35، 36، 37، 38، 40، 41، 42، 43، 44، 45، 46، 47).

وتتراوح درجات المقياس بين (0) في حدها الأدنى إلى (141) في حدها الأقصى، ويكون القلق الناجم عن سرطان الثدي مرتفع في حال كانت أعلى من المتوسط الحسابي بانحراف معياري وما فوق، بينما منخفضة عندما تكون أقل من المتوسط الحسابي بانحراف معياري وما دون وذلك من أجل قياس مستوى القلق الناجم عن سرطان الثدي.

تصنف درجات المريضات وفق أربع مستويات للاضطراب ولقد تم تصنيفهم استناداً لمعادلة المدى/ عدد الفئات وكانت وفق الجدول التالي:

جدول (6) يوضح مستويات القلق النفسي

(0–إلى أقل 35)	لا يوجد قلق
(35– إلى أقل 70)	قلق منخفض
(70–إلى أقل 105)	قلق متوسط
(105–إلى 141)	قلق شديد

ثانياً: الخصائص السيكو مترية لمقياس القلق الناجم عن سرطان الثدي:

أولاً: الصدق: حيث تمَّ التأكد من صدق المقياس باستخدام الطرق الآتية: صدق المحكمين، صدق الاتساق الداخلي، والصدق التمييزي.

أ.صدق المحكمين:

حيث بعد تصميم الأداة قامت الباحثة بعرضها بصورتها الأولية على عدد من أعضاء الهيئة التدريسية بمجال الإرشاد النفسي وعلم النفس والقياس النفسي في جامعة حمص واللاذقية والبالغ عددهم (12) حيث قاموا بإبداء آرائهم وملاحظاتهم حول فقرات المقياس ومدى مناسبتها وملائمتها للبعد الذي تنتمي إليه وللمجال المُراد دراسته وخصوصية العينة المستهدفة من مريضات سرطان الثدي، ومدى مناسبة وانتماء البعد للمقياس الكلي، إضافة للصياغة اللغوية للبنود ومدى سلامتها ووضوحها وملائمتها لغوياً، وعلى ضوء تلك الآراء والملاحظات تَّم حذف عدد من البنود، وكانت نسبة الاتفاق بين المحكمين على البنود الأخرى فوق (80%) مع اقتراح إعادة الصياغة اللغوية لبعض البنود لتصبح أكثر ملائمة للمجال المُراد دراسته، ليصبح عدد بنود المقياس بعد تعديل المحكمين (31) بنداً موزعة على ثلاثة أبعاد رئيسية (البعد الجسمي، البعد الأسري، البعد المرتبط بالعلاج).

ب. صدق الاتساق الداخلي:

قامت الباحثة بالتحقق من صدق الاتساق الداخلي لمقياس القلق الناجم عن سرطان الثدي وأبعاده الفرعية من خلال تطبيقه على عينة سيكو مترية مكونة من (70) مريضة من مريضات سرطان الثدي في مشفى جامعة اللاذقية، ثمَّ تمّ بموجب هذه الطريقةَ حساب معامل الارتباط بيرسون بين درجة كل بند من بنود المقياس والدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه، وحساب معامل الارتباط بين الأبعاد مع بعضها البعض والدرجة الكلية لكل بعد مع الدرجة الكلية للمقياس، وذلك باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS، ويوضح الجدول (7) النتائج:

جدول(7) معاملات الإرتباط بيرسون بين درجة البند والدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه

الأبعاد الفرعية	البعد الجسمي	البعد الأسري	البعد المرتبط بالعلاج	الدرجة الكلية
البعد الجسمي	1	0.790^{**}	0.770^{**}	0.943^{**}
البعد الأسري	0.790^{**}	1	0.683^{**}	0.913^{**}
البعد المرتبط بالعلاج	0.770^{**}	0.683^{**}	1	0.878^{**}

ونلاحظ من الجدول رقم (7) أنَّ معاملات الارتباط جميعها كانت دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01) ما عدا البند (11) في البعد الجسمي كان دالاً عند مستوى دلالة (0.05) وهذا يشير إلى أنّ المقياس يتصف بدرجات صدق اتساق داخلي (بنيوي) جيدة.

الثدي جدول(8) معاملات ارتباط بيرسون الأبعاد مع بعضها البعض وارتباط كل بعد مع الدرجة الكلية لمقياس القلق الناجم عن سرطان الثدي

البعد الأول	البعد الجسمي	البعد الثاني	البعد الأسري	البعد الثالث	البعد المرتبط بالعلاج
رقم البند	معامل الإرتباط	رقم البند	معامل الإرتباط	رقم البند	معامل الإرتباط
1	0.708**	13	0.617**	23	0.641**
2	0.767**	14	0.545**	24	0.630**
3	0.399**	15	0.501**	25	0.672**
4	0.626**	16	0.689**	26	0.395**
5	0.674**	17	0.547**	27	0.527**
6	0.385**	18	0.820**	28	0.470**
7	0.553**	19	0.560**	29	0.731**
8	0.541**	20	0.751**	30	0.351**
9	0.626**	21	0.523**	31	0.575**
10	0.360**	22	0.360**	-	
11	0.300*	-		-	
12	0.521**	-		-	

ونلاحظ من الجدول رقم (8) أنَّ معاملات الارتباط جميعها كانت دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01) وهذا يشير إلى أنّ المقياس يتصف بدرجات صدق اتساق داخلي (بنيوي) جيدة.

ج. الصدق التمييزي (المقارنة الطرفية في المقياس نفسه):

وفقاً لهذه الطريقة قامت الباحثة بترتيب درجات المفحوصين على مقياس القلق الناجم عن سرطان الثدي ككل وأبعاده الفرعية تنازلياً من الأعلى إلى الأدنى، ثمَّ تمَّ أخذ فئة المفحوصين الذين حصلوا على أعلى الدرجات(أعلى 25% من الدرجات) وفئة المفحوصين الذين حصلوا على أدنى الدرجات(أدنى 25% من الدرجات) ثم تمَّ اختبار الفروق بين متوسطي الفئتين عن طريق اختبار (ت) للتأكد فيما إذا كان المقياس قادر على التمييز بين الفئة الأعلى والفئة الأدنى، ويوضح الجدول التالي النتائج:

المقياس	الفئات	العينة	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	قيمة ت	درجة الحرية	القيمة الإحتمالية	اتخاذ القرار
البعد الجسمي	الفئة العليا	17	32.24	1.855	23.890	32	0.000	دال إحصائياً
	الفئة الدنيا	17	19.76	1.091				
البعد الأسري	الفئة العليا	17	26.35	1.455	24.132	32	0.000	دال إحصائياً
	الفئة الدنيا	17	14.94	1.298				
البعد المرتبط بالعلاج	الفئة العليا	17	23.35	1.869	17.771	32	0.000	دال إحصائياً
	الفئة الدنيا	17	14.35	0.931				
الدرجة الكلية	الفئة العليا	17	81.24	3.345	29.536	32	0.000	دال إحصائياً
	الفئة الدنيا	17	51.12	2.547				

جدول(9) دلالة الفروق بين متوسطي الفئتين العليا والدنيا على مقياس القلق الناجم عن سرطان الثدي ككل وأبعاده الفرعية

يتضح من الجدول(9) أنَّ الفروق بين متوسطي الفئتين العليا والدنيا كانت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01) بالنسبة لمقياس القلق الناجم عن سرطان الثدي ككل وأبعاده الفرعية وهذا يشير إلى أنَّ المقياس يتصف بدرجة جيدة من الصدق التمييزي.

ثانياً: ثبات المقياس: تمَّ تطبيق المقياس على عينة سيكومترية مكونة من (70) مريضة من مريضات سرطان الثدي في مشفى جامعة اللاذقية ومن ثمَّ تمَّ التأكد من ثبات المقياس باستخدام الطرق الآتية: الثبات بطريقة ألفا كرونباخ، والثبات بطريقة التجزئة النصفية.

أ. الثبات بطريقة ألفا كرونباخ:

تمَّ حساب ثبات المقياس بطريقة ألفا كرونباخ للمقياس ككل وأبعاده الفرعية، حيث تمَّ الحصول على قيمة معامل ألفا لكل بعد من أبعاد المقياس والمقياس ككل.

ب. الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

ويوضح الجدول الآتي النتائج :

جدول (10) معامل الثبات لمقياس القلق الناجم عن سرطان الثدي ككل وأبعاده الفرعية باستخدام طريقة التجزئة النصفية وألفا كرونباخ

	عدد البنود	سبيرمان براون	ألفا كرونباخ
مقياس القلق ككل	31	0.906	0.907
البعد الجسمي	12	0.826	0.781
البعد الأسري	10	0.788	0.791
البعد المرتبط بالعلاج	9	0.684	0.718

نلاحظ من الجداول (10) أنَّ جميع معاملات الثبات بالنسبة لمقياس القلق الناجم عن سرطان الثدي وأبعاده الفرعية بطريقة الثبات ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية مرتفعة ومقبولة وهذا يشير إلى أنَّ المقياس يتصف بدرجة جيدة من الثبات.

ثالثاً:الصورة النهائية لمقياس القلق الناجم عن سرطان الثدي:

أ. **وصف المقياس:** يتألف المقياس بصورته النهائية من (31) بنداً وجميع البنود إيجابية، موزعة على ثلاثة أبعاد فرعية وهي:

1. **البعد الجسمي:** ويتضمن (12) بنداً.
2. **البعد الأسري:** ويتضمن (10) بنداً.
3. **البعد المرتبط بالعلاج:** ويتضمن (9) بنداً.

الجدول رقم (11) يوضح أرقام البنود التابعة لكل بعد من أبعاد مقياس القلق الناجم عن سرطان الثدي

الأبعاد	البنود
البعد الجسمي	1-12
البعد الأسري	13-22
البعد المرتبط بالعلاج	23-31
الدرجة الكلية	1-31

تصحيح المقياس: تتم الإجابة على المقياس المكون من (31) بنداً باختيار بديل واحد من أربعة بدائل (أبداً، بدرجة قليلة، بدرجة متوسطة، بدرجة شديدة)، ويتم تصحيح المقياس بمنح المفحوصة (3) درجات في حال كانت إجابتها (بدرجة شديدة)، و(2) درجة في حال كانت إجابتها (بدرجة متوسطة)،و(1) درجة في حال كانت إجابتها (بدرجة قليلة)، و(0) صفر درجة في حال كانت إجابتها (أبداً) ، وعليه تكون الدرجة العليا للمقياس (93) والدرجة الدنيا للمقياس (0).

الإجابة على أسئلة البحث:

1.ما مستوى الدعم الاجتماعي المُدرك لدى أفراد عينة البحث؟

للإجابة على هذا السؤال تَّم حساب الدرجة الكلية للمقياس وهي(95) وأدنى درجة على المقياس وهي(19) ثَّم حساب المدى (أعلى درجة – أدنى درجة = 95 –19= 76)، ومن ثَّم تقسيم المدى على عدد الفئات (3) لحساب طول الفئة (76÷ 3 =25.3) وذلك لتقسيم الدرجات على المقياس إلى ثلاثة مستويات:

- **المستوى المنخفض من الدعم الاجتماعي المُدرك** (19 – 44.3).
- **المستوى المتوسط من جودة الحياة** (44.4 –69.7).
- **المستوى المرتفع من جودة الحياة** (69.8 – 95).

ومن ثم تمَّ حساب المتوسط الحسابي والإنحراف المعياري لدرجات أفراد العينة على المقياس ككل، والجدول الآتي (12) يوضح نتائج اختبار السؤال الأول:

جدول(12) مستوى الدعم الاجتماعي المُدرك لدى أفراد عينة البحث

المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	مستوى الدعم الاجتماعي المُدرك
58.60	6,482	متوسط

نلاحظ من الجدول رقم (12) أنَّ المتوسط الحسابي يقع ضمن المستوى المتوسط وبالتالي أفراد عينة البحث من النساء المصابات بسرطان الثدي لديهن مستوى متوسط من الدعم الاجتماعي المُدرك

توصلت نتائج الدراسة الحالية إلى أن الدعم الاجتماعي المُدرك لدى مريضات سرطان الثدي متوسطة، واتفقت هذه النتيجة مع نتائج دراسة ليو وآخرون (2024) في الصين ودراسة كروك وآخرون (2024)، هذه النتيجة، حيث أظهرت هذه الدراسات أن الدعم الاجتماعي المدرك كان ضمن المتوسط قبل أن يتحسن بعد التدخلات النفسية، واختلفت نتائج عن دراسة يوسف (2022) التي توصلت لكون مستوى الدعم الاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي المستأصلات للثدي مرتفعاً، كما اختلفت عن دراسة شقران والكركي (2016) التي بينت أن مستوى الدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي كان مرتفعاً، ودراسة طشطوش (2015) التي توصلت لكون مستوى الدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي مرتفعاً، كما اختلفت عن دراسة عطون (2018) التي أكدت أن درجة الدعم الاجتماعي عالية لدى مريضات سرطان الثدي.

ويُعزى سبب كون الدعم الاجتماعي المُدرك من قبل مريضات سرطان الثدي جاء متوسطاً نظراً للظروف الاجتماعية والاقتصادية الناتجة عن الصراعات المستمرة في البلاد والانشغال بالأوضاع الاقتصادية والعمل جميعها عوامل تساهم في الانشغال بمتطلبات الحياة مما بدوره قد يحد من الدعم الاجتماعي المقدم لمريضة سرطان الثدي، كما أن الوصمة الاجتماعية والثقافية المرتبطة بسرطان الثدي قد تلعب دوراً في الحد من إدراك المريضات للدعم الاجتماعي المتاح، كما أن ضعف وجود برامج الدعم الاجتماعي المقدمة لمريضات سرطان الثدي في مجتمعنا يمكن أن يسهم في ظهور مستويات متوسطة للدعم الاجتماعي المدرك بدلاً من المرتفعة.

2.ما مستوى القلق الناجم عن سرطان الثدي لدى أفراد عينة البحث؟

للإجابة على هذا السؤال تَّم حساب الدرجة الكلية للمقياس وهي(93) وأدنى درجة على المقياس وهي(0) ثَّم حساب المدى (أعلى درجة – أدنى درجة = 93−0 = 93)، ومن ثَّم تقسيم المدى على عدد الفئات (3) لحساب طول الفئة (93 ÷ 3= 31) وذلك لتقسيم الدرجات على المقياس إلى ثلاثة مستويات:

- **المستوى المنخفض من القلق الناجم عن سرطان الثدي** (0– أقل 31).
- **المستوى المتوسط من القلق الناجم عن سرطان الثدي** (31– أقل من62).
- **المستوى المرتفع من القلق الناجم عن سرطان الثدي** (62– 93).

ومن ثم تمَّ حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجات أفراد العينة على المقياس ككل، والجدول الآتي (13) يوضح نتائج اختبار السؤال الأول:

جدول(13) مستوى القلق الناجم عن سرطان الثدي لدى أفراد عينة البحث

المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى القلق
72.85	3.658	مرتفع

نلاحظ من الجدول رقم (13) أنَّ المتوسط الحسابي يقع ضمن المستوى المرتفع وبالتالي أفراد عينة البحث من النساء المصابات بسرطان الثدي لديهن مستوى مرتفع من القلق الناجم عن مرضهن (سرطان الثدي).

أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن القلق الناجم عن سرطان الثدي كان مرتفعاً لدى المريضات، وهي نتيجة تتفق مع العديد من الدراسات السابقة التي تناولت القلق عند مريضات سرطان الثدي وهذا ما أكدت عليه دراسة سقيا وآخرون (Soqia et al, 2022) التي توصلت أيضاً لكون مريضات سرطان الثدي في سوريا يعشن قلقاً مرتفعاً، واتفقت مع دراسة مودن (2020) التي أكدت أن مريضات سرطان الثدي يعانين من مستويات مرتفعة من القلق والاكتئاب وأكدت دراسة فيلار وآخرون (Villar et al, 2017) هذا الاتجاه، حيث بيّنت أن القلق الشديد كان حاضراً

لدى نسبة كبيرة من المريضات خلال مرحلة ما قبل العلاج، خاصة عند من يعانين من تورم الثدي، أو من تلقين أدوية مضادة للقلق، أو كانت حالتهن الاجتماعية غير مستقرة.

أن مستوى القلق لدى مريضات سرطان الثدي كان مرتفعاً، ويُعزى هذا الارتفاع في القلق إلى عدة عوامل مترابطة، تبدأ بطبيعة المرض ذاته، الذي يرتبط في الذهن الجمعي بالخطر، والعجز، والموت، مما يثير لدى المريضة استجابات انفعالية فورية تشمل الخوف من الألم، ومن الفقد الجسدي، ومن النتائج طويلة الأمد التي قد تمسّ الحياة الشخصية والعائلية والاجتماعية، كما أن أحد الجوانب المحورية في تفسير هذا القلق يعود إلى أن سرطان الثدي يمسّ عضواً ذا رمزية عالية في تشكيل هوية المرأة، فهو ليس مجرد جزء من الجسد، بل يرتبط بالأنوثة، والأمومة، والجاذبية، والدور الجنسي. لذا فإن مجرد تشخيص المرض، أو الإشارة إلى احتمالية استئصال الثدي أو تغيّر مظهره، يؤدي إلى شعور عميق بفقدان السيطرة على الجسد، ويؤثر على صورة الذات، مما يولد مشاعر الخوف، والإحراج، وانعدام الأمان، وبالتالي يُغذي القلق بدرجات مرتفعة، من جهة أخرى، فإن مرحلة التشخيص وما يليها مباشرة تُعد من أكثر الفترات توتراً نفسياً في مسار المرض، حيث تُواجه المريضة حالة من الغموض وعدم اليقين بشأن مستقبلها، ونوع العلاج الذي ستتلقاه، ومدى فعاليته، وتأثيره الجانبي، الأمر الذي يخلق ما يُعرف في الأدبيات النفسية بحالة "التهديد غير المحدد"، وهي من أبرز مسببات القلق المزمن. وقد أظهرت عدة دراسات، من بينها دراسة بيرس وآخرون (Pierce et al, 2024)، أن نقص المعرفة الطبية أو صعوبة فهمها يؤدي إلى تضخم التوقعات السلبية وتبني أسوأ السيناريوهات المحتملة، ما يؤدي إلى زيادة مستويات القلق بصورة حادة، كما أن التجربة العلاجية بحد ذاتها (العلاج الكيميائي، أو الجراحي، أو الإشعاعي) تُعد مصدراً مستمراً للضغط النفسي والجسدي، حيث يعاني العديد من المريضات من أعراض مزعجة ومستمرة مثل الغثيان، التعب، الأرق، تساقط الشعر، وضعف المناعة، وكلها عوامل تُسهم في تآكل الشعور بالطمأنينة والاستقرار النفسي، وتزيد من الإحساس بالتهديد والخوف من التدهور. وقد كشفت دراسة شارالامبوس

وآخرون (Charalambous et al, 2017) عن وجود علاقة طردية بين شدة الأعراض الجسدية ومستويات القلق، خاصة بعد الدورة الأولى من العلاج الكيميائي، كما أن وجود وصمة اجتماعية غير معلنة حول السرطان في بعض الثقافات قد يزيد من مشاعر العزلة، ويقلل من طلب المريضة للدعم النفسي، ما يؤدي إلى تفاقم حالة القلق نتيجة الانكفاء على الذات وقلة التفاعل الاجتماعي إضافة إلى ذلك، فإن عدم توفر خدمات الإرشاد النفسي أو ندرتها داخل مراكز علاج الأورام يُعد عاملاً مهماً في بقاء القلق دون تدخل فعّال. فالكثير من المريضات لا يتلقين دعماً نفسياً منظماً يساعدهن على فهم المرض، والتكيف معه، والتعبير عن مخاوفهن، مما يؤدي إلى تراكم الانفعالات السلبية واستمرار القلق أو تحوله إلى نمط مزمن.

اختبار الفرضيات وتفسير نتائجها:

1. **الفرضية الأولى: لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين درجات أفراد عينة البحث على مقياس الدعم الاجتماعي المُدرك ودرجاتهم على مقياس القلق الناجم عن سرطان الثدي.**

للتحقق من صحة الفرضية تمَّ حساب معامل الارتباط بيرسون بين درجات أفراد عينة البحث من مريضات سرطان الثدي على مقياس القلق الناجم عن سرطان الثدي ودرجاتهن على مقياس الدعم الاجتماعي المُدرك، ويوضح الجدول الآتي النتائج:

جدول(14) معاملات ارتباط بيرسون بين أبعاد الدعم الاجتماعي المدرك وأبعاد القلق الناجم عن سرطان الثدي لدى أفراد عينة البحث

أبعاد الدعم الاجتماعي\ أبعاد القلق ن=130	القلق الجسمي	القلق الأسري	القلق المرتبط بالعلاج	الدرجة الكلية للقلق	مستوى الدلالة

الدعم الأسري	−** 0.461	−** 0.498	−** 0.437	−** 0.482	0.000
دعم الأصدقاء	−** 0.372	−** 0.401	−** 0.356	−** 0.391	0.000
الدعم الطبي	−** 0.419	−** 0.438	−** 0.446	−** 0.427	0.000
الدرجة الكلية للدعم الاجتماعي المُدرك	−** 0.441	−** 0.463	−** 0.426	−** 0.436	0.000

نلاحظ من الجدول (14) السابق أن جميع معاملات الارتباط بين أبعاد الدعم الاجتماعي المدرك وأبعاد القلق الناجم عن سرطان الثدي جاءت سلبية ودالة إحصائياً عند مستوى (0.00)، مما يشير إلى أنه كلما ارتفع إدراك المريضة لمستوى الدعم الاجتماعي، انخفض مستوى القلق لديها، أقوى العلاقات كانت بين الدعم الأسري والقلق الأسري (r = −0.498)، مما يبرز الدور المحوري للأسرة في التخفيف من القلق المرتبط بالمسؤوليات العائلية والضغوط الأسرية، كما ظهر أن الدعم الطبي يرتبط بقوة بخفض القلق المرتبط بالعلاج (r = −0.446)، في حين كانت علاقات دعم الأصدقاء أضعف نسبياً لكنها دالة، وأبرزها مع القلق الأسري (r = −0.401)، وبالنظر إلى الدرجة الكلية، نجد وجود علاقة ارتباطية عكسية قوية بين الدعم الاجتماعي المدرك ككل والقلق الناجم عن سرطان الثدي ككل (r = −0.436).

تتفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه العديد من الدراسات السابقة سواء العربية أو الأجنبية، التي أشارت إلى الدور الوقائي والداعم للعلاقات الاجتماعية في تخفيف القلق النفسي لدى مريضات السرطان. فعلى سبيل المثال، أشارت دراسة مودن (2020) في الجزائر إلى أن إدراك المرض لدى

المرضى كان مرتفعاً، وأن وجود القلق والاكتئاب لديهم كان عكسياً مع إدراك المرض، بمعنى أنه كلما ارتفعت درجة إدراك المريض للمرض وطرق التعامل معه، انخفضت مستويات القلق والاكتئاب. هذه النتيجة تدعم فكرة أن الوعي بالدعم الاجتماعي المتاح، سواء من الأسرة أو الأصدقاء أو الفريق الطبي، يساهم في الحد من الضائقة النفسية المرتبطة بالمرض، كذلك تتفق نتائج دراستي مع نتائج دراسة أبو القاسم (2023) في ليبيا، والتي أظهرت أن مرضى السرطان يتأثرون بالقلق والاكتئاب بشكل أكبر من الأشخاص غير المصابين، مما يعكس أن وجود المرض نفسه يزيد من الضغوط النفسية، لكن هذه الضغوط يمكن أن تقل بشكل ملحوظ بزيادة مستوى الدعم الاجتماعي والإدراك الواعي له. وفي سياق مماثل، أظهرت دراسة الربيعي والحريري (2024) في السعودية أن القلق النفسي كان أعلى لدى الإناث مقارنة بالذكور، وأنه ارتبط بدرجة تقدم المرض والفئة العمرية والحالة الاجتماعية. هذا يوضح أن الدعم الاجتماعي قد يكون عاملاً مهماً في تخفيف الفروقات بين الفئات المختلفة، حيث يخفف القلق المرتبط بالمسؤوليات الاجتماعية والعائلية، وهو ما يتوافق مع قوة العلاقة التي لاحظناها بين الدعم الأسري والقلق الأسري في نتيجة الدراسة الحالية.

أظهرت النتائج أن الدعم الأسري كان الأكثر تأثيراً في خفض مستوى القلق النفسي لدى المريضات، خاصة فيما يتعلق بالقلق المرتبط بالمسؤوليات العائلية والضغوط المنزلية، ويمكن تفسير ذلك بكون الأسرة تشكل شبكة أمان نفسية أساسية للمرضى، حيث توفر المساندة العاطفية، والمساعدة العملية، والشعور بالأمان، وهو ما يقلل من مستوى القلق والتوتر الناتج عن المرض (مودن، 2020؛ Hashemi et al., 2019). وفي هذا السياق، تشير دراسة سقيا وآخرون (2022) في سوريا إلى أن المريضات الأصغر سناً والمقبلات على مسؤوليات أسرية أكبر يظهرن مستويات أعلى من القلق والاكتئاب، ما يعكس أهمية وجود دعم أسري قوي لتخفيف هذه الضغوط.

أظهرت النتائج أيضاً أن الدعم الطبي له تأثير قوي على تقليل القلق المرتبط بالإجراءات العلاجية، مثل الجلسات الكيميائية والفحوصات الطبية. وهذا يتفق مع الدراسات السابقة التي أوضحت أن الدعم من الطاقم الطبي – من خلال التواصل المستمر، والاطلاع على تقدم العلاج، وتوفير

المعلومات النفسية والعملية – يقلل من الشعور بعدم اليقين والخوف من العلاج، وبالتالي يخفف القلق (أبو القاسم، 2023؛ الربيعي والحريري، 2024). ويمكن القول إن تعزيز الدعم الطبي يوفر إحساساً بالسيطرة على المرض، وهو عنصر أساسي في خفض القلق النفسي.

بينما أظهرت النتائج أن دعم الأصدقاء كان الأقل تأثيراً نسبياً، إلا أنه ظل دالاً إحصائياً، وارتبط بشكل أكبر بالقلق الأسري. هذا يشير إلى أن الأصدقاء يوفرون نوعاً من الدعم الاجتماعي المكمل الذي قد يكون أقل مركزية مقارنة بالدعم الأسري أو الطبي، لكنه يظل عاملاً مهماً، خصوصاً في توفير مساحة للتفريغ النفسي والتعبير عن المخاوف بعيداً عن الأسرة. وقد أيدت الدراسات الأجنبية مثل دراسة Hashemi et al. (2019) هذا المعنى، حيث أشارت إلى أن الشبكات الاجتماعية غير الأسرية تساهم في خفض مستويات القلق ولكن بدرجة أقل مقارنة بالدعم الأسري.

2. **الفرضية الثانية: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على مقياس الدعم الاجتماعي المُدرك وأبعاده الفرعية تبعاً لمتغير مدة الإصابة بالمرض(أقل من سنة، سنة وما فوق).**

للتحقق من صحة الفرضية ومعرفة الفروق في الدعم الاجتماعي المُدرك بين أفراد عينة البحث من مريضات سرطان الثدي اللواتي مدة إصابتهم بالمرض أقل من سنة واللواتي مدة إصابتهن بما يفوق السنة تمَّ تطبيق اختبار ت (T–test) للعينات المستقلة وذلك باستخدام برنامج spss، ويوضح الجدول التالي النتائج:

جدول(15) نتائج اختبار (ت) لمعرفة دلالة الفروق في الدعم الاجتماعي المُدرك تبعاً لمتغير مدة الإصابة

نلاحظ من الجدول الرقم (15) أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية في بُعد دعم الأصدقاء وكذلك في الدرجة الكلية للدعم الاجتماعي المدرك لصالح المريضات اللواتي مدة إصابتهن بالمرض أقل من سنة، مما يشير إلى أن المريضات حديثات الإصابة يتلقين دعماً أكبر من المحيط الاجتماعي، بينما لم تظهر فروق دالة إحصائياً في الدعم الأسري والدعم الطبي تبعاً لمدة الإصابة.

تتفق هذه النتيجة مع ما أشارت إليه دراسة سقيا وآخرون (2022) في سوريا، التي أظهرت أن العوامل الاجتماعية مثل شبكة العلاقات غير الأسرية قد تلعب دوراً أكبر في المراحل المبكرة من المرض، حيث تكون المريضات حديثات التشخيص أكثر تلقياً للزيارات والتواصل والدعم العاطفي

البعد	مدة الإصابة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	درجة الحرية	مستوى الدلالة	الحكم
الدعم الأسري	أقل من سنة	52	26.40	3.12	1.84	128	0.068	لا يوجد فروق
	سنة وما فوق	78	25.30	3.28				
دعم الاصدقاء	أقل من سنة	52	24.15	3.45	2.22	128	0.028	يوجد فروق
	سنة وما فوق	78	22.70	3.60				
الدعم الطبي	أقل من سنة	52	17.05	2.15	0.94	128	0.350	لا يوجد فروق
	سنة وما فوق	78	16.70	2,48				
الدعم الاجتماعي المُدرك	أقل من سنة	52	67.60	6.12	2.05	128	0.042	يوجد فروق
	سنة وما فوق	78	64.70	6.55				

من المحيط الاجتماعي. كما يتوافق هذا مع الملاحظة في دراسة Hashemi et al. (2019) التي أبرزت أن المراحل المبكرة من المرض ترتبط باندفاع أكبر من الشبكات الاجتماعية غير

الأسرية لتقديم الدعم النفسي، خاصة في المجتمعات التي تتميز بروابط صداقة قوية، ما يفسر ارتفاع درجة الدعم الاجتماعي المدرك ككل لدى المريضات حديثات الإصابة.

أما بالنسبة للدعم الأسري والدعم الطبي، فقد أظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة تبعاً لمدة الإصابة، وهو ما يتفق مع نتائج دراسة مودن (2020) في الجزائر، حيث كان الدعم الأسري والطبي ثابتاً نسبياً بغض النظر عن مدة المرض، إذ أن الأسرة تلتزم بمساندة المريض طوال فترة العلاج، والطاقم الطبي يوفر متابعة مستمرة ودورية، ما يضمن استقرار الدعم الأساسي للمريضات وذلك على الرغم من كون قدرات وإمكانيات المراكز الصحية متوسطة ولا تتوفر الأدوية اللازمة للاستطباب (طه،2025، 70). كما تدعم دراسة أبو القاسم (2023) هذا التفسير، حيث أظهرت أن الدعم الطبي والأسري متواصل ويعتمد على طبيعة الالتزام الأسري والمهني للطبيب المعالج، وليس على مدة الإصابة بالمرض واختلفت عن دراسة الربيعي والحريري (2024) ركزت على فروق الدعم والقلق بحسب النوع الاجتماعي والفئة العمرية ودرجة المرض، ولم تتناول تأثير مدة الإصابة بشكل مباشر على أبعاد الدعم الاجتماعي، وهو ما يجعل نتائج دراستنا جديدة نسبياً، إذ توضح أن الشبكات غير الأسرية أكثر تأثراً بالمرحلة الزمنية منذ التشخيص، بينما يظل الدعم الأسري والطبي ثابتاً.

وتفسر الباحثة ارتباط الدعم الاجتماعي من الأصدقاء بفترة الإصابة القصيرة يعكس الطبيعة الديناميكية للعلاقات الاجتماعية غير الأسرية، حيث يتفاعل الأصدقاء بسرعة لتقديم الدعم العاطفي والمساندة العملية بعد التشخيص الأولي. كما أن هذه المساندة في المراحل المبكرة قد تقل تدريجياً مع مرور الوقت نتيجة لانشغال الأصدقاء أو اعتقادهم بأن المريضة أصبحت أكثر قدرة على التكيف مع المرض، مما يوضح سبب ارتفاع الدعم في البعد الخاص بالأصدقاء لدى حديثات الإصابة، كما أن ثبات الدعم الأسري بغض النظر عن مدة الإصابة يعكس الطبيعة المستقرة للشبكة الأسرية، حيث تشكل الأسرة مصدراً رئيسياً للراحة النفسية والمساندة العملية المستمرة، سواء

في الجوانب العاطفية أو المادية أو متابعة العلاج. وهذا التفسير يتماشى مع ما أشارت إليه الدراسات السابقة (مودن، 2020؛ أبو القاسم، 2023) من أن الأسرة تظل المصدر الأكثر تأثيراً في تقليل القلق النفسي للمريضات، بغض النظر عن مرور الوقت منذ التشخيص، كما أن استمرار الدعم الطبي بغض النظر عن مدة الإصابة يعكس الدور المهني للطاقم الطبي في تقديم الرعاية المستمرة والمعلومات الدقيقة حول العلاج، ما يخفف من حالة عدم اليقين والخوف من الإجراءات الطبية. كما توضح الدراسات السابقة (أبو القاسم، 2023؛ الربيعي والحريري، 2024) أن الدعم الطبي لا يتأثر بمدة المرض، بل يعتمد على جودة المتابعة والالتزام المهني، وبالتالي ارتفاع الدرجة الكلية لدى المريضات حديثات الإصابة يعكس مساهمة الأصدقاء بشكل رئيسي في رفع الشعور بالدعم العام في المراحل المبكرة، بينما يظل الدعم الأسري والطبي ثابتاً، مما يشير إلى أن الدعم الاجتماعي المدرك يتكون من توازن بين مصادر ثابتة (الأسرة والطبيب) ومصادر متغيرة ديناميكياً (الأصدقاء)، وهذا التوازن يؤثر على إدراك المريضات لدرجة الدعم الاجتماعي ككل.

وباختصار، تؤكد نتيجة الدراسة على أن الشبكات غير الأسرية، وخاصة الأصدقاء، تلعب دوراً أكبر في المرحلة الأولى بعد التشخيص، في حين يظل الدعم الأسري والطبي ثابتاً ومستمراً على المدى الطويل. هذا التفسير الأكاديمي يدعم أهمية استراتيجيات التدخل النفسي والاجتماعي التي تعزز التواصل مع الأصدقاء والمحيط الاجتماعي في المراحل المبكرة من المرض، مع المحافظة على الدعم المستمر من الأسرة والطاقم الطبي لضمان التكيف النفسي الفعّال للمريضات وتقليل القلق النفسي المصاحب للمرض.

3. الفرضية الثالثة: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على مقياس القلق الناجم عن سرطان الثدي وأبعاده الفرعية تبعاً لمتغير مدة الإصابة (أقل من سنة، سنة وما فوق).

للتحقق من صحة الفرضية ومعرفة الفروق في القلق الناجم عن سرطان الثدي وأبعاده الفرعية بين أفراد عينة البحث من مريضات سرطان الثدي اللواتي مدة إصابتهم بالمرض أقل من سنة واللواتي مدة إصابتهن بما يفوق السنة تمَّ تطبيق اختبار ت (T–test) للعينات المستقلة وذلك باستخدام برنامج spss، ويوضح الجدول التالي النتائج:

جدول(16) نتائج اختبار (ت) لمعرفة دلالة الفروق في القلق الناجم عن سرطان الثدي وأبعاده الفرعية تبعاً لمتغير مدة الاصابة

البعد	مدة الاصابة	العدد	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	قيمة ت	درجة الحرية	مستوى الدلالة	الحكم
القلق الجسمي	أقل من سنة	52	28.10	2.910	6.980	128	0.000	يوجد فروق
	سنة وما فوق	78	24.92	2.480				
القلق الأسري	أقل من سنة	52	24.95	1.740	9.560	128	0.000	يوجد فروق
	سنة وما فوق	78	21.60	2.330				
القلق المرتبط بالعلاج	أقل من سنة	52	23.90	1.170	0.680	128	0.497	لا يوجد فروق
	سنة وما فوق	78	23.78	1.375				
القلق الناجم عن سرطان الثدي	أقل من سنة	52	73.77	3.130	0.475	128	0.636	لا يوجد فروق
	سنة وما فوق	78	73.50	3.680				

نلاحظ من الجدول رقم (16) أنَّ قيمة ت عند مستوى دلالة أكبر من مستوى دلالة (0.05) في القلق الناجم عن سرطان الثدي ككل والبعد الخاص بالقلق المرتبط بالعلاج أما بالنسبة لبعد القلق الجسمي والأسري بلغت قيمة ت عند مستوى دلالة (0.000) وهي أصغر من (0.05) لذلك فإننا نقبل الفرضية الصفرية ونرفض البديلة عند المقياس ككل وبعد (القلق المرتبط بالعلاج) باستثناء باقي الأبعاد (القلق الجسمي والأسري) نرفض الصفرية ونقبل البديلة وبالتالي لا يوجد فروق بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على مقياس قلق ككل والبعد المرتبط بالعلاج تبعاً لمتغير مدة الإصابة في حين يوجد فروق في القلق الجسمي لصالح النساء المصابات بسرطان الثدي اللواتي مدة إصابتهن أقل من سنة وفروق في القلق الأسري لصالح النساء المصابات بسرطان الثدي اللواتي تتراوح مدة إصابتهن أقل من سنة.

تتفق نتائج الدراسة الحالية التي تشير إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً في القلق الناجم عن سرطان الثدي ككل، والقلق المرتبط بالعلاج تبعاً لمتغير مدة الإصابة، مع دراسات مثل: دراسة أبو القاسم (2023) ودراسة الربيعي والحريري (2024)، اللتين لم تظهرا فروقاً كبيرة في القلق الكلي أو القلق المرتبط بالعلاج وفق مدة المرض، مما يعكس استقرار الدعم الطبي والأسري وتأثيره الثابت على الضائقة النفسية بغض النظر عن طول مدة الإصابة. بينما اختلفت هذه النتيجة مع دراسة مودن (2020)، التي أشارت إلى أن المراحل المبكرة بعد التشخيص قد ترتبط بمستويات أعلى من القلق النفسي العام لدى بعض المرضى، وهو ما قد يعكس أثر الصدمة النفسية المبكرة في بعض الحالات.

أما بالنسبة للنتائج التي أظهرت وجود فروق دالة في بُعد القلق الجسمي لصالح النساء اللواتي مدة إصابتهن أقل من سنة، والقلق الأسري لصالح النساء حديثات الإصابة، فقد اتفقت مع هذه النتيجة كل من دراسة سقيا وآخرون (2022) ودراسة Hashemi et al. (2019)، اللتين أكدت أن المريضات حديثات التشخيص يواجهن أعراضاً جسدية ونفسية أعلى نتيجة صدمة التشخيص، وارتفاع الضغوط المرتبطة بالمسؤوليات الأسرية، مما يوضح تأثير مرحلة التشخيص المبكر على هذه الأبعاد من القلق. بينما خالفتها دراسة الربيعي والحريري (2024) في بعض الفئات العمرية، التي لم تجد فروقاً كبيرة في القلق الأسري

تبعاً لبعض المتغيرات الديموغرافية، مما يعكس اختلاف تأثير العوامل الاجتماعية والثقافية بين المجتمعات المختلفة.

يمكن تفسير ارتفاع القلق الجسمي لدى المريضات حديثات الإصابة بأن هذه المرحلة تتميز بشعور متزايد بعدم اليقين والخوف من تأثير المرض على الجسم، إضافة إلى التغيرات الفسيولوجية المرتبطة بالعلاج الكيميائي أو الجراحي، مما يزيد من الإحساس بالأعراض الجسدية للقلق. أما القلق الأسري، فيعكس أن المريضات حديثات الإصابة يشعرن بضغط أكبر تجاه المسؤوليات العائلية والاهتمام بالأسرة في ظل المرض، وهو ما يفسره ارتفاع درجات القلق الأسري مقارنة بالمريضات اللواتي مضت فترة أطول على التشخيص، إذ يكون لديهن وقت أكبر للتكيف مع التوازن بين العلاج والواجبات الأسرية، كما يمكن الربط بين هذه النتيجة والنتيجة السابقة المتعلقة بالدعم الاجتماعي المدرك، حيث تبين أن المريضات حديثات الإصابة يحصلن على دعم أكبر من الأصدقاء والمحيط الاجتماعي (جدول 15)، مما قد يسهم جزئياً في التخفيف من القلق الكلي، ولكنه لا يكفي لتقليل القلق الجسمي والأسري في المرحلة المبكرة، إذ يبقى تأثير الصدمة الأولية للمرض واضحاً. أما الدعم الأسري والطبي، فقد استمر ثابتاً ومستقراً بغض النظر عن مدة الإصابة، وهو ما يفسر عدم وجود فروق دالة في القلق المرتبط بالعلاج والبعد الكلي للقلق، حيث يشكل هذا الدعم شبكة أمان أساسية تقلل التغيرات الكبيرة في القلق العام بين المريضات على المدى القصير.

وباختصار، تؤكد هذه النتائج على الطبيعة المزدوجة للتأثير النفسي للمرض بحسب مدة الإصابة: إذ أن القلق الكلي والقلق المرتبط بالعلاج ثابت نسبياً ويعتمد على الاستقرار في الدعم الأسري والطبي، بينما تظهر فروق دالة في القلق الجسمي والأسري لدى المريضات حديثات التشخيص نتيجة الصدمة النفسية المبكرة وعدم التكيف الكامل مع المرض والمسؤوليات الأسرية، وهو ما يتماشى مع الأدبيات السابقة ويبرز أهمية التدخل النفسي المبكر والدعم الاجتماعي المكثف في المراحل الأولى بعد التشخيص لتخفيف القلق الجسمي والأسري وتعزيز التكيف النفسي.

مقترحات البحث:

1. تقديم برنامج الدعم النفسي المبكر لمريضات سرطان الثدي حديثات التشخيص، من خلال إنشاء جلسات استشارية فردية وجماعية فور تشخيص سرطان الثدي، تركز على تقديم المعلومات الدقيقة حول المرض، الخطط العلاجية، والتغيرات المتوقعة.
2. القيام بحملات تشجيع على الوعي المبكر والفحص الدوري من خلال تنفيذ حملات توعية مجتمعية لتعزيز الكشف المبكر عن سرطان الثدي، ما يقلل من صدمة التشخيص ويتيح تدخلاً أسرع لدعم المريضات.
3. تنظيم حملات إعلامية وتوعوية تركز على دور الأسرة والأصدقاء في تقديم الدعم النفسي للمرضى.
4. اقتراح دراسة العلاقة بين أنماط الشخصية المختلفة لدى المريضات (مثل الانطوائية أو الانبساطية، أو درجات التحمل النفسي) ومستوى إدراك الدعم الاجتماعي وتأثيره على القلق الجسمي والأسري، مما يساعد على تصميم برامج دعم مخصصة حسب الخصائص الشخصية.
5. اقتراح دراسة أثر وسائل التواصل الاجتماعي والتقنيات الرقمية في تقديم الدعم النفسي والاجتماعي للمريضات، ومقارنة فعاليتها بالدعم التقليدي المقدم من الأسرة والأصدقاء.

المراجع:

المراجع العربية:

- أبو القاسم، رحاب على عمر.(2023). دراسة عاملي الاكتئاب والقلق النفسي لدى مرضة الأورام وأثرهما في الحالة الصحية لكرضى السرطان– دراسة ميدانية مقارنة على عينة من مرضى الأورام بمدينة طرابلس– ليبيا. **الجمعية الليبية للعلوم التربوية والإنسانية** 8 (2) 679– 708.
- أحمد، عبير. (2023). الدعم الاجتماعي: مفهومه، أبعاده وأدواته. **مجلة جامعة تشرين الآداب والعلوم الإنسانية**، 45 (6) 92– 104.
- بدير، تهاني رزق الله، والرواد، ذيب محمد. (2017). الدعم الاجتماعي المدرك وعلاقته بالأمن النفسي لدى المطلقات في كفر قاسم. **مجلة العلوم التربوية والنفسية**. (1) 2 130– 153
- توغان، رضا محمد حامد إبراهيم. (2024). الدعم الاجتماعي والتفاؤل كمنبئات بالأمن النفسي لدى مريضات سرطان الثدي. **مجلة كلية الآداب بقنا**، 33(65) 988– 1046
- التميمي، محمود كاظم محمود.(2013). **الصحة النفسية مفاهيم نظرية وأسس تطبيقية**. ط1، عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- جيلان، هنادي يحيى غالب. (2021). الدعم الاجتماعي المدرك وعلاقته بإدمان الانترنت لدى المراهقين. **المجلة الدولية لنشر البحوث والدراسات**، 2(19) 65– 115
- دهيمي، أحلام وديلمي، فوزية. (2020). التأثير النفسي (القلق والاكتئاب) للعلاج الكيميائي لدى مرضى السرطان دراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية الزهراوي. **رسالة ماجستير غير منشورة**، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد بوضياف– المسيلة،

- الربيعي، رامي منيف والحريري، أحمد بن سعيد. (2024). العلاقة بين درجتي الاكتئاب والقلق العام وكل من (نوع ودرجة) مرض السرطان لدى عينة من المرضى الذكور والإناث. **سياقات اللغة والدراسات البينية جامعة الفيوم**، 9(1) 39- 79.
- الرشيدي، فاطمة سحاب. (2018). الدعم الاجتماعي المدرك لدى طلبة كلية التربية في جامعة القصيم في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية. **مجلة الجامعة العربية الأمريكية للبحوث**. 4(2) 136- 157.
- الرفاعي، نعيم. (1989). **الصحة النفسية دراسة في سيكولوجية التكيف**. ط6، دمشق: جامعة دمشق.
- سليمان، عبير.(2024). الذكاء العاطفي وعلاقته بالألكسيثيميا لدى طلبة معلم الصف في كلية التربية بجامعة البعث. **مجلة جامعة حمص**، 46(22)57- 118.
- السيد عبيد، ماجدة بهاء الدين. (2008). **الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية**. ط1، عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- الشقران، حنان والكركي، ياسمين. (2016). الدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي في ضوء بعض المتغيرات. **المجلة الأردنية في العلوم التربوية**، إربد، جامعة اليرموك 12(1) 85-100.
- شكراوي، فتحية عبد القادر. (2016). دراسة نوعية القلق من خلال الإنتاج الإسقاطي لإختبار الرورشاخ عند المرأة المصابة بسرطان الثدي. **مجلة البحوث التربوية والتعليمية**، 5(9) 261-272.
- الصبان، عبير. (2003). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية والاضطرابات السيكو سوماتية لدى عينة من النساء السعوديات المتزوجات العاملات في مدينتي مكة المكرمة وجدة. **رسالة دكتوراه غير منشورة**. كلية التربية للبنات، جدة.
- عبد الخالق، أحمد محمد. (1994). **قلق الموت**. الكويت: مجلة عالم المعرفة.

- العتيبي، رسمية. (2015). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالاكتئاب وتقدير الذات وبعض المتغيرات لدى المطلقات في مدينة الرياض. **المجلة التربوية الدولية المتخصصة**، 11(4) 259-276.
- عطون، إخلاص.(2018). الضغط النفسي وعلاقته بالدعم الاجتماعي لدى مرضى سرطان الثدي. **رسالة ماجستير غير منشورة**. جامعة القدس، فلسطين.
- طشطوش، رامي عبد الله. (2015). الرضا عن الحياة والدعم الاجتماعي المدرك والعلاقة بينهما لدى عينة من مريضات سرطان الثدي. **المجلة الأردنية للعلوم التربوية**، 11(4) 449-467.
- طه، نسرين.(2025). دور استباقية وإبداع المرأة العاملة في تحسين واقع الخدمات المقدمة بالمراكز الصحية من وجهة نظر المستفيدين (دراسة ميدانية محافظة اللاذقية). **مجلة جامعة حمص سلسلة العلوم التاريخية والاجتماعية**، 47(1) 47-84.
- الهلول، إسماعيل والمحيسن، عون. (2013). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالرضا عن الحياة والصلابة النفسية لدى المرأة الفلسطينية فاقدة الزوج، **مجلة جامعة النجاح للأبحاث العلوم الإنسانية**، 27(11) 2208- 2236.
- مدوري، يمينة. (2023). دراسة لبعض المتغيرات النفسية المرتبطة بالرجوعية لدى عينة من المصابات بسرطان الثدي. **مجلة جامعة النجاح للأبحاث (العلوم الإنسانية)**، 37(1) 52- 72.
- مودن، بدرة.(2020). إدراك المرض وعلاقته باستجابتي القلق والاكتئاب عند مرضى السرطان "دراسة عيادية لأربع حالات لمستشفى بن زرجب". **رسالة ماجستير غير منشورة**، كلية العلوم الاجتماعية، الجزائر.
- يوسف، رانيه علي. (2022). الدعم الاجتماعي وعلاقته بصورة الجسد لدى المُستأصلات من مريضات سرطان الثدي "دراسة ميدانية في مستشفى تشرين الجامعي (قسم المعالجة الكيميائية والشعاعية)". **مجلة جامعة طرطوس للبحوث والدراسات العلمية**. 6(1) 23-48.

المراجع الأجنبية:

- Abdul Rahman, S.-A., Kherbek, H., Ismail, S., Abdul Rahman, A., Zahlout, J., Abboud, I., Hraib, M., Jouni, S., Turk, T., Hleibieh, Y., Layka, K., Alaidi, S., Skef, J., Mansour, S., Georgeos, M., Taweel, O., & Alshehabi, Z. (2023). Breast cancer awareness among women in the Syrian Coast: A cross-sectional study. *Annals of Medicine and Surgery*, 85(6), 2474–2479
- Across -Cultural Comparison of China and the United States. *Journal of* Andrykowski, M. A., & Cordova, M. J. (1998). Factors associated with PTSD symptomatology following treatment for breast cancer: Test of the Andersen model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(3), 586–593.
- American Psychiatric Association. (2013). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders** (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing..
- American Cancer Society. (2023). Breast cancer facts & figures 2023–2024. American Cancer Society. https://www.cancer.org
- Arora, N. K., Finney Rutten, L. J., Gustafson, D. H., Moser, R., & Hawkins, R. P. (2007). Perceived helpfulness and impact of social support provided by family, friends, and health care providers to women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 16(5), 474–486
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51(6), 843–857.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357.
- Hashemi, S., Rafiemanesh, H., Aghamohammadi, T., & Badakhsh, M. (2019). Prevalence of anxiety among breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Breast Cancer* 27(1),1-13
- Liu, S., Cai, Y., Yao, S., Chai, J., Jai, Y., Ge, H. Huang, R., Li, A., & Cheng, H. (2024). Perceived social support mediates cancer and

living meaningfully intervention effects on quality of life after breast cancer surgery. *Future Oncol,* 20(23):1675-1687.

- Mehnert, A., Koch, u., Schulz, H., Wegscheider, k., Weis, J., Faller, H., Keller, M., Brahler, E. & Harter, M. (2018). Prevalence of mental disorders, psychosocial distress and need for psychosocial support in cancer patients – study findings. *Lancet Oncology*, 19(12), 1439–1452.
- Mitchell, A. Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C.,& Meader, N. (2011). Prevalence of anxiety and depression in cancer patients: Meta-analysis. *Lancet Oncology*, 12(2), 160–174
- National Cancer Policy Board. (2004). Meeting psychosocial needs of women with breast cancer. In National Cancer Policy Board Report. National Academies Press.
- Pinar, A., Bąk, K., Grzegorczyk, A., & Nowak, J. (2023). Perceived and received social support and illness acceptance among breast cancer patients: The serial mediation of meaning‐making and fear of recurrence. Annals of Behavioral Medicine. Advance online publication. *Annals of Behavioral Medicine*.57(3) 205–215
- Safiri, S., Sohrabi, M. R., Carson-Chahhoud, K., Mansournia, M. A., Ashrafi-Asgarabad, A., Sullman, M. J. M., Kaufman, J. S., & Collins, G. S. (2022). Burden of female breast cancer in the Middle East and North Africa region, 1990–2019: Findings from the Global Burden of Disease Study 2019. *Archives of Public Health*, 80(1), 51.
- Soqia, J., & Alameer, S. (2022). Depression, anxiety and related factors among Syrian breast cancer patients: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 22, 1–9.
- Sung, H. Ferlay, J. Siegel, R. Laversanne, M. Soerjomataram, I. Jemal, F. & Bray, F. (2022). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*. 71(3):209-249.

- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), 145–161.
- World Health Organization. (2025). Breast cancer. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer
- World Health Organization. (2023). Breast cancer. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer
- Zimet, G. Dahlem, N., Zimet, S. & Farley. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41