

## المناعة النفسية متغير منبئ بإدراك المساندة الاجتماعية والمساندة عبر الانترنت وقلق

### الموت لدى مرضى السرطان

#### إعداد

هبة محمود محمد محمود

أستاذ مساعد بقسم علم النفس كلية الآداب جامعة حلوان

هدى إبراهيم عبد الحميد

أستاذ مساعد بقسم علم النفس كلية الآداب جامعة حلوان

#### ملخص

هدفت الدراسة الراهنة إلى تحقيق أربعة أهداف (1) التعرف على الارتباطات بين المناعة النفسية وكل من ادراك المساندة الاجتماعية والمساندة عبر الانترنت وقلق الموت لدى مرضى السرطان. (2) التعرف على المناعة النفسية بوصفها منبئ بكل من ادراك المساندة الاجتماعية والمساندة عبر الانترنت وقلق الموت لدى مرضى السرطان. (3) الكشف عن الفروق بين مرضى السرطان فى متغيرات الدراسة وفقاً لبعض المتغيرات الديموجرافية (النوع-العمر-المستوى التعليمي-الحالة الاجتماعية-مدة الإصابة بالمرض - نوع السرطان-نوع العلاج). (4) الكشف عن الفروق بين مرتفعي ومنخفضي المناعة النفسية فى كل من ادراك المساندة الاجتماعية والمساندة عبر الانترنت وقلق الموت لدى مرضى السرطان. وقد شملت عينة الدراسة على (40) من مرضى السرطان (24) إناث ، (16) ذكور ، تراوحت أعمارهم ما بين 20-46 عاماً، بمتوسط عمري قدره 35,79 سنة وانحراف معياري  $\pm 8,377$ ، وتضمنت أدوات الدراسة مقابلة البيانات الشخصية والاجتماعية، واستخبار المناعة النفسية، واستخبار إدراك المساندة الاجتماعية، واستخبار المساندة عبر الانترنت، ومقياس قلق الموت. وقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين المناعة النفسية وكل من ادراك المساندة الاجتماعية والمساندة عبر الانترنت فى حين جاءت العلاقة بين المناعة النفسية وقلق الموت سالبة ولكنها غير دالة إحصائياً. تسهم المناعة النفسية اسهاماً دالاً إحصائياً بكل من ادراك المساندة الاجتماعية والمساندة عبر الانترنت بنسبة اسهام (13% ، 66%) على التوالي. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى السرطان فى متغيرات الدراسة تعزو للنوع. توجد فروق دالة إحصائياً فى كل من المناعة النفسية والمساندة عبر الانترنت وفقاً للمستوى التعليمي فى صالح ذوى التعليم المتوسط/فوق المتوسط والجامعي/فوق الجامعي، توجد فروق دالة إحصائياً فى المناعة النفسية وفقاً لمدة الإصابة فى صالح من كانت مدة اصابتهم بالمرض سنة أو أقل من السنة.

**الكلمات المفتاحية:** المناعة النفسية - إدراك المساندة الاجتماعية - والمساندة عبر الانترنت - قلق الموت - مرضى السرطان.

## Psychological immunity a predictor of Perceived social support, online support, and death anxiety in cancer patients

### Abstract.

The current study aimed to achieve four goals(1) to identify the associations between psychological immunity and both of Perceived social support, online social support, and death anxiety among cancer patients.(2) Identifying psychological immunity as a predictor of both the Perceived social support, online support, and death anxiety in cancer patients.(3) Detecting the differences between cancer patients in the study variables according to some demographic variables (gender - age - educational level - marital status - duration of the disease - type of cancer - type of treatment).(4) Detecting the differences between high and low psychological immunity in each of the Perceived social support, online support, and death anxiety among cancer patients. The study sample included (40) cancer patients (24) females, (16) males, their ages ranged between 20-46 years, with an average age of 35.79 years and a standard deviation of  $\pm 8,377$ . The study tools included personal and social data interview,psychological immunity questionnaire,social support perception questionnaire, online support questionnaire, and death anxiety scale. The results of the study revealed a positive, statistically significant correlation between psychological immunity and both the perception of social support and online support, while the relationship between psychological immunity and death anxiety was negative, but not statistically significant. Psychological immunity makes a statistically significant contribution to both the perception of social support and online support with a contribution rate (13%, 66%), respectively. There are no statistically significant differences between cancer patients in the study variables due to gender. There are statistically significant differences in both psychological immunity and online support according to educational level in favor of those with intermediate/above average and university/above university education,There are statistically significant differences in psychological immunity according to the duration of the infection in favor of those who had been infected with the disease for a year or less than a year.

**Key Words:** Psychological immunity - Perceived social support - online support - death anxiety - cancer patients

يعد مرض السرطان هو المرض الأكثر تهديداً لحياة الإنسان في القرن الحادي والعشرون ، حيثُ قدرت الإحصائيات العالمية أن مرض السرطان يعد المسبب الثاني للوفاة بعد أمراض القلب ، وأنه يتم تشخيص أكثر من مليون ونصف مليون حالة سنويًا مريضة بالسرطان ويتم وفاة أكثر من نصف مليون من هؤلاء المرضى، فوفقاً لمنظمة الصحة العالمية سيرتفع معدل الإصابة بالسرطان عالمياً إلى (30) مليون بحلول عام 2040، ورغم أن مرض السرطان عضوى يعبر عن التكاثر الفوضوي للخلايا وتدهور المناعة الطبيعية إلا أنه يرتبط بكثيراً من الاضطرابات النفسية ، وإذا كان من طبائع الأشياء أن يعتري جسد الإنسان ما بين فترة وأخرى نوعاً من الأمراض البدنية والتي أوجد الله جل في علاه جهازاً للمناعة الطبيعية يستطيع مقاومتها ، فكان لازماً وجود جهاز مناعة آخر يقابل تلك الاضطرابات النفسية. ويقع مريض السرطان وخاصة بعد إعلانه بمرضه وانخفاض مؤشرات المناعة الطبيعية لديه بشكل كبير ما بين اثنين إما إنحلال الشخصية والضمور شيئاً فشيئاً إلى الانتهاء وإما النمو ما بعد الصدمة ، فتجده قادراً على التفكير الإيجابي، متبني لنفسه فلسفه جيدة للحياة تتلاءم ومستجدات الحياة عنده ، وهذا يعبر عن قوى الشخصية والتي تنمى المناعة النفسية وتنشط النمو النفسي لديه للتغلب على مرض السرطان ، ولعل ذلك كله يكمن سيكولوجياً في مفاهيم علم النفس الإيجابي(محمد،2019، Leong et al.,2021). ومن هنا يأتي دور المناعة النفسية لدى مريض السرطان لمواجهة الضغوط والمحن والشدائد التي يتعرض لها أثناء فترة المرض والوصول به إلى تحقيق التوازن النفسي لديه(أبو سمهدانة،2020).

وفى هذا الصدد ، نجد تزايد الاهتمام مؤخراً نحو دراسة ما يسمى بنظام جهاز المناعة النفسي<sup>1</sup> وهو الجهاز المناعى الذى يعمل بالتوازى مع جهاز المناعة الحيوى(البيولوجي) ويتفاعل معه ولا يقل أهمية عنه فى حياة الإنسان. فكلاهما له وظائف دفاعية وقائية فكما يقف الجهاز المناعي الحيوى فى مواجهة الفيروسات والأجسام المضادة التى تهاجم الجسم وتهدد صحته فإن جهاز المناعة النفسي يحمي الفرد من الاصابة بالأمراض النفسية ويوفر له القوة والطاقة لمواجهة الشعور بالاجهاد والضغط والقلق والتوتر والأفكار السلبية التى تكون بمثابة الفيروسات والاجسام المضادة النفسية التى تهدد الصحة النفسية للإنسان ويتضمن معنى المناعة التحصين والوقاية والقوة فى مواجهة الضغوط والأزمات والمواقف والأحداث المؤلمة والمحبطة التى يتعرض لها الإنسان فى حياته اليومية، والقدرة على تحصين النفس ووقايتها من الآثار السلبية تتفاوت من فرد لآخر فمنهم من يقع فريسة للصراع ومنهم من يجد فى الصعوبات والمواقف الحرجة فى حياته مناحاً للتحدى وهذه الاستجابات يحددها مستوى المناعة النفسية(محمد ،2021 ، Dubey & Shahi,2011). فالمناعة النفسية تتعلق بالتعامل بشكل فعال مع المعلومات المتوفرة فى المواقف وخاصة الضاغطة وموقف الأزمات وتوظيفها بشكل يجعل الفرد يشعر بالأمل والتفاؤل مهما واجه من صعوبات، وتجعل الفرد يتعامل بكفاءة مع ذاته ومع البيئة المحيطة به، الأمر الذى يمكنه من حل الصراعات والضغوطات وبناء علاقات اجتماعية ناجحة مع الآخرين، التى يكون لها تأثير إيجابي على حياتهم.

<sup>1</sup> Psychological immune system

وهذا يشمل زيادة مستوى تكيفهم والتعايش مع السرطان. ويتفاعل المناعة النفسية والمساندة الاجتماعية يصبح المريض أقل عرضة للوقوع في دائرة الاضطرابات النفسية فشعور الفرد أن لديه مصادر للدعم النفسي والاجتماعي وأنه يمتلك القدرة على الفهم السليم لعواطفه وانفعالاته، ويشعر بالأمن النفسي، الأمر الذي ينعكس إيجابياً على تحقيق النمو المتكامل في شخصية الفرد، ويساعده في إشباع احتياجاته النفسية والاجتماعية(أبو العلا، 2021). ويجب أن لا ننسى أن المساندة الاجتماعية في حد ذاتها ليست هي المهمة، بل مدى ادراك المريض لهذه المساندة هو الذي بإمكانه أن يخلق لديه أثراً إيجابياً سواء على الجانب البيولوجي أو النفسي. فحتى يرضى مريض بالسرطان بمرضه ويتكيف معه، ويستطيع مواجهته فهو بحاجة لمساندة ودعم أفراد أسرته، أصدقائه وأقربائه ومختلف الأفراد الذين يمكن لهم تقديم المساعدة بمختلف أشكالها المادية والمعنوية(قنون، 2013). فإدراك المساندة الاجتماعية يؤدي دوراً مهماً لمرضى السرطان حيث تشكل المساندة جزءاً مهماً من البنية الاجتماعية لمريض السرطان وهو أمر ضروري في إدارة المشاعر السلبية التي يثيرها توقع الموت مع تقدم المرض فيمكن أن يساعد التواصل بين الأشخاص في تخفيف قلق الموت (Hong et al.,2022b).

وقد قدم هيلجسون وكوهين (1996) الأساس المنطقي لدراسة المساندة الاجتماعية في سياق التعامل مع السرطان. حيث افترضوا أن البيئة الاجتماعية هي مجال مهم في دراسة السرطان لعدة أسباب أولية هي: (1) يمكن لجوانب البيئة الاجتماعية أن تعزز الرفاهية وتحمي من الضغوط (2) السرطان لديه تأثير على العلاقات الشخصية (3) وصمة العار والتوتر والعزلة الناتجة عن السرطان قد تؤثر على وصول الفرد إلى الموارد الاجتماعية(Cohen,2011). الأمر الذي يجعل مرضى السرطان يبحثون عن الدعم والمساندة بشكل غير مباشر وهو ما يطلق عليه المساندة الاجتماعية عبر الانترنت التي تشير إلى ظهور مجموعات دعم الانترنت مؤخرًا بين مرضى السرطان، فالبعض منهم يستخدم المدونات لمشاركة قصصهم المتعلقة بالصحة والبعض الآخر يستخدم المدونات كوسيلة للحفاظ على العائلة والأصدقاء واستمرار رعايتهم لهم ، والبعض الثالث بدأ يستخدم المدونات كوسيلة لتعزيز المعرفة بالمرض بين مرضى السرطان أو للتحقق من صحة المعلومات المقدمة من قبل مقدمي الخدمات الصحية، فالإتصال الفوري وردود الفعل المباشرة في شكل تعليقات هو ما يميز المدونات المرضية عن اليوميات أو غيرها من أشكال الكتابة التعبيرية. وقد سلط بليير Bleyer (2002) الضوء على العجز في الحصول على الرعاية وتقديم المساندة الاجتماعية المطلوبة لمرضى السرطان والحاجة إلى الدعم الاجتماعي المتواصل والوصول إلى خدمات الرعاية الصحية ومتابعة الآثار المتأخرة للعلاج ، وبسبب النقص العام في المساندة الاجتماعية التقليدية بدأ المرضى في التواصل الاجتماعي من خلال المدونات ومواقع التواصل الاجتماعي مثل تويتر وفيسبوك للتواصل عبر الانترنت لتبادل ومشاركة المعلومات المتعلقة بمرض السرطان والتي تعمل كمذكرات بخبرة المرض(Malpass & Steeves,2012).

وعلى هذا تجد المرضى الذين يعانون من اضطرابات الوصم مثل الإيدز أو سرطان الثدي، أو الأشخاص الذين يتعافون من الاعتداء الجنسي، في المساندة عبر الإنترنت مكانًا أكثر ترحيبًا لمناقشة القضايا الحساسة، فهي تسمح بعدم الكشف عن الهوية، ومناقشة الموضوعات التي يحتمل أن تكون محرجة أو غير ذلك من الموضوعات المحظورة ، وتزيد من احتمالات الكشف عن الذات، وتشجع على الصدق والألفة، وتجنب الآثار المرئية للعلاجات مثل العلاج الكيميائي والمراحل المتأخرة من الأمراض المشوهة، بالإضافة إلى ذلك، فإن العوامل الاجتماعية الديموغرافية مثل العمر والجنس والهوية العرقية أو الإثنية والدخل والحالة الاجتماعية ليست واضحة بسهولة، ويتم أيضًا التخلص من الوزن والعجز وعلامات المظهر الجسدي الأخرى بالإضافة إلى المهارات الاجتماعية والخصائص الصوتية بالنسبة لأولئك الذين يعانون من أمراض غير شائعة، وقد توفر المساندة الاجتماعية عبر الإنترنت الطريقة الوحيدة للتواصل مع الآخرين الذين يعانون من مشاكل مماثلة. ففي بعض الأحيان، يمكن للضيق الذي يصاحب التشخيص أن يقلل من الدافع لحضور مجموعات وجهًا لوجه، وقد تسبب المتطلبات الجسدية للعلاج لأمراض معينة آثارًا جانبية منهكة وتجعل الحضور في مجموعة تقليدية أمرًا غير محتمل. مما يجعل للمساندة الاجتماعية عبر الإنترنت جاذبية قوية لهؤلاء الأفراد(White&Dorman,2001)

هذا من ناحية ، ومن ناحية أخرى فإن غياب المناعة النفسية لدى هذه الفئة من مرضى السرطان ربما يكون سببًا لشعور قلق الموت لديهم(أبو سميحة، 2020). لأنه يسبب حالة من القلق والضيق تجعل المريض أقل استقرارًا نفسيًا. حيث أن حدوث الإصابة يؤدي إلى شعور المريض بالألم من جراء الإصابة أو حاجاته لدخول المستشفى فترة طويلة أو مراجعة الطبيب باستمرار، أو شعوره الدائم بالاعتماد على الآخرين في تحركاته وانتقالاته، وكذلك شعوره بأنه مهدد بالموت في أي وقت، الأمر الذي يجعل المريض يعاني حالة من الاضطراب النفسي نتيجة القلق المتزايد والمستمر على المرض ومتابعته(شفيق وزملاؤه، 2016؛ Ebid& Assy, 2020). ووفقاً لفرويد عام 1915 فإن الموت لا يمكن تصوره حقًا، وفي الأساس لا أحد يؤمن بموته، وفي اللاوعي يفتنح الجميع بخلوده. ولكن عندما يدرك الناس حقيقة أنه يجب عليهم الموت يومًا ما، فإنهم يصبحون غير مرتاحين ويخلق ذلك مستوى مرتفع من القلق لديهم(Chacko&Sunny,2018). وعلى هذا نجد أن السرطان داء ارتبط اسمه مع اسم الموت حتى صار يساوية رهبة وفزع، وأصبح كل من يسمعه شعر بالقلق والخوف فالإحصائيات تفصح سنويًا عن عدد كبير من المصابين بالسرطان، ويعتبر بالفعل مشكلة صحية عالمية في الوقت الحالي، وعاملًا رئيسيًا مهددًا للصحة، ومن المتوقع أن تزداد وفيات السرطان عالمياً بين عامي 2007-2030 بنسبة 45% (من 7,9 مليون حالة وفاة إلى 11,5 مليون حالة وفاة) ومن المتوقع ( World Health Organization,2013:5 ) .

## مشكلة الدراسة

نبعت مشكلة الدراسة الحالية من خلال عدة مصادر يمكن إبرازها فيما يلي :

**أولاً:** تُعد دراسة المناعة النفسية من المؤشرات المهمة للصحة النفسية ، فهي جانب وقائي من الأمراض النفسية والعضوية ومتغير مهم وحديث فى مجال علم النفس الإيجابي وتعد عاملاً رئيساً ومهماً فى حماية الفرد من الإصابة بالأمراض وبالتالي تحقيق التوازن النفسى له وذلك وفقاً لما انتهت إليه نتائج الدراسات السابقة كدراسات كل من محمد ، 2021 ، عزيرى ، 2018 ، أبو سمهدانة ، 2020). Vargay et al.,2019 ; Bhardwaj & Agrawal,2015 ; Dubey & Shahi,2011 ; قنون ، 2013 ،

**ثانياً:** التعارض فى نتائج بعض الدراسات التى تناولت متغيرات الدراسة وذلك على النحو التالى:

(أ) فيما يتعلق بالفروق بين الجنسين من مرضى السرطان فى **المناعة النفسية** فقد وجدت الباحثان فى حدود علمهما- ندرة شديدة فى الدراسات التى تناولت هذه الفروق فيما عدا دراسة قنون(2013) والتى أسفرت عن عدم وجود فروق بين الجنسين من مرضى السرطان فى الاستجابة المناعية.

(ب) فيما يتعلق بالفروق بين الجنسين من مرضى السرطان فى **إدراك المساندة الاجتماعية**، فقد تعارضت بعض الدراسات ، حيث أشارت دراسة كل من أبو هدرى(2009) ، خان وأحمد (2014) Khan & Ahmed ، إبراهيم(2017) والتى أسفرت عن عدم وجود فروق بين الجنسين من مرضى السرطان فى المساندة الاجتماعية ، وفى المقابل أشارت دراسة نصر(2011) إلى وجود فروق بين الجنسين من مرضى السرطان فى المساندة الاجتماعية لصالح الذكور .

(ج) فيما يتعلق بالفروق بين الجنسين من مرضى السرطان فى **إدراك المساندة عبر الإنترنت** فلم تجد الباحثان دراسة واحدة عربية أو أجنبية - فى حدود علمهما - تناولت هذه الفروق بين مرضى السرطان وفقاً للنوع لذا تعد الدراسة الحالية أولى الدراسات التى اهتمت بالكشف عن هذه الفروق لدى هذه الفئة.

(د) فيما يتعلق بالفروق بين الجنسين من مرضى السرطان فى **قلق الموت** تبين وجود تعارض فى نتائج بعض نتائجها ؛ فتبين من نتائج دراسات كل من ياسين(2011) ، شاكو وسونى (2018) Chacko & Sunny ، وحسين وزملاؤه (2021) Hussain et al.، التى توصلت جميعها إلى عدم وجود فروق بين مرضى السرطان طبقاً للنوع فى قلق الموت. وفى المقابل أكدت دراسات كل من بركات(2006) ، وسليمانى وزملاؤه Soleimani et al.،(2016) والفروق فى جانب الإناث.

(هـ) فيما يتعلق بالفروق بين مرضى السرطان فى متغيرات الدراسة **وفقاً لبعض المتغيرات الديموجرافية** ، فقد وجد إما تضارب فى نتائج دراسات بعض هذه المتغيرات ، وإما إغفال البعض الآخر من الدراسات لهذه المتغيرات الديموجرافية رغم أهمية دراسة هذه المتغيرات فى إظهار الفروق بين الجنسين فى متغيرات الدراسة .

(و) فيما يتعلق بعلاقة المناعة النفسية بكل من ادراك المساندة الاجتماعية والمساندة عبر الانترنت وقلق الموت تبين للباحثان عدم جود دراسة في حدود علمهما تناولت علاقة المناعة النفسية بالمساندة الاجتماعية حيث وجد دراسات قريبة الصلة بهذا الصدد كدراسات كل من قنون(2013) والتي توصلت إلى عدم وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين الاستجابة المناعية والدعم الاجتماعي المدرك. كما توصلت دراسة محمد(2021) إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين المناعة النفسية الأكاديمية والدعم الاجتماعي الأكاديمي المدرك. كما تبين للباحثان عدم وجود دراسات عربية أو أجنبية - في حدود علمهما - تناولت علاقة المناعة النفسية بالمساندة عبر الانترنت لذا تعد الدراسة الحالية أولى الدراسات التي اهتمت بدراسة هذه العلاقة بصفة عامة ولدى مرضى السرطان بصفة خاصة. أما بالنسبة للعلاقة بين المناعة النفسية وقلق الموت فلم تحصل الباحثان- في حدود علمهما- على أى دراسة عربية أو أجنبية تناولت هذه العلاقة بصفة عامة وبصفة خاصة لدى مرضى السرطان فلم تجدا سوى دراسات انتهت نتائجها بتوضيح دور المناعة النفسية فى خفض قلق الموت كدراسة عزيزو(2018) ، ودراسة أبو سمهدانه(2020).

**ثالثاً:** وجود ندرة شديدة فى الدراسات بالمجتمع المصري فيما يتعلق بمعالجة هذه المتغيرات مع بعضها بعضاً وفقاً للتصميم البحثى لهذه الدراسة رغم أهمية تناولها مجتمعة لما تمثله من فاعلية وقيمة كبيرة لمرضى السرطان ، وتوضح هذه الفجوة من مراجعة الدراسات العربية والذي تبين منه محدودية فى الدراسات التى تناولت متغيرات الدراسة مجتمعة لدى مرضى السرطان وخاصة فيما يتعلق بمفهوم المساندة عبر الانترنت مما يعطى الدراسة اهميتها باعتبارها الدراسة العربية والمصرية الوحيدة - فى حدود علم الباحثان- التى حاولت معالجة هذه المتغيرات لدى مرضى السرطان.

وبناءً على ما سبق، يمكن صياغة مشكلة الدراسة في عدد من التساؤلات، هي:

- 1- هل توجد علاقات ارتباطية بين درجات المناعة النفسية وكل من ادراك المساندة الاجتماعية والمساندة عبر الانترنت وقلق الموت لدى مرضى السرطان؟
- 2- هل تسهم المناعة النفسية في التنبؤ بكل من إدراك المساندة الاجتماعية والمساندة عبر الانترنت وقلق الموت لدى مرضى السرطان؟
- 3- هل تتباين درجات أفراد العينة فى كل من المناعة النفسية وادراك المساندة الاجتماعية والمساندة عبر الانترنت وقلق الموت بتباين (النوع - مستوى التعليم -الحالة الاجتماعية - مدة الاصابة بالمرض- نوع العلاج - العمر)؟
- 4- هل توجد فروق بين مرتفعي ومنخفضي المناعة النفسية فى كل إدراك المساندة الاجتماعية والمساندة عبر الانترنت وقلق الموت لدى مرضى السرطان؟

## أهداف الدراسة

- تهدف الدراسة الراهنة إلى التعرف على القدرة التنبؤية للمناعة النفسية بدرجة كل من المساندة الاجتماعية والمساندة عبر الانترنت وقلق الموت. ويندرج ضمن هذا الهدف الرئيس عدة أهداف فرعية تتمثل في:
- 1- فحص العلاقات الارتباطية بين درجات المناعة النفسية وكل من إدراك المساندة الاجتماعية والمساندة عبر الانترنت وقلق الموت لدى مرضى السرطان.
  - 2- التعرف على دور المناعة النفسية في التنبؤ بكل من إدراك المساندة الاجتماعية والمساندة عبر الانترنت وقلق الموت لدى مرضى السرطان.
  - 3- الكشف عن الفروق بين درجات أفراد العينة فى كل من المناعة النفسية وإدراك المساندة الاجتماعية والمساندة عبر الانترنت وقلق الموت في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية (النوع - مستوى التعليم - الحالة الاجتماعية - مدة الإصابة بالمرض - نوع العلاج - العمر).
  - 4- الكشف عن الفروق بين مرتفعي ومنخفضي المناعة النفسية فى كل إدراك المساندة الاجتماعية والمساندة عبر الانترنت وقلق الموت لدى مرضى السرطان.

## أهمية الدراسة

تتمثل أهمية الدراسة النظرية في النقاط التالية:

- 1- تعد الدراسة الراهنة إضافة جديدة فى مجال بحوث علم النفس الإيجابي والصحة النفسية ، لحدثة متغيراتها كونها تتناول متغيرات لم تلق الاهتمام الكافى من قبل الباحثين كمتغير المساندة عبر الانترنت باعتباره نمط حديث للمساندة الاجتماعية ، فضلاً عن متغير المناعة النفسية والذي يعد جانباً وقائياً من الأمراض النفسية والجسمية كما أن المناعة النفسية تؤدي دوراً فى تعزيز وتنمية الصحة الجسمية والنفسية .
- 2- التاصيل النظري وتسلط الضوء على متغير المساندة عبر الانترنت باعتباره متغيراً حديثاً لقي كثيراً من الاهتمام فى المجتمعات الغربية ولكنه لم يلق الاهتمام ذاته فى المجتمع المصري.
- 3- تكتسب الدراسة أهميتها النظرية أيضاً من أهمية الفئة المستهدفة وهى فئة مرضى السرطان الذين يتميزون بخصائص نفسية وجسمية تتصف بالوهن والضعف ولديهم حاجات خاصة ويواجهون مشكلات نفسية وصحية متعددة خاصة أنهم مرضى بالسرطان والذي يعد من أبرز أمراض هذا العصر التى تواجه الفرد ومن أكثر الأمراض المسببة للموت. فمن المتوقع أن تصل حالات السرطان الجديدة المكتشفة سنوياً إلى (27) مليون حالة بحلول عام 2030 كما أشارت الاحصائيات فى مصر إلى ارتفاع عدد الحالات الجديدة التى تم اكتشافها والتى بلغت (134632) حالة بمعدل (68090) من الإناث ، (66542) من الذكور كما بلغ اجمالى عدد الوفيات (89042) حالة وفاة بواقع (48290) حالة من الذكور ، (40752) حالة وفاة من الإناث (World Health Organization,2020:1-2).



أما من الناحية التطبيقية فتتمثل أهمية الدراسة فى:

- 1 - اعداد وترجمة مجموعة من الاستخبارات الحديثة التى تتناول متغيرات الدراسة والتحقق من كفاءتها السيكومترية ، مما يعد إضافة لمكتبة المقاييس النفسية فى البيئة المصرية.
- 2- تفيد نتائج الدراسة فى وضع برامج إرشادية علاجية أو تنمية ووقائية لتنمية المناعة النفسية وإدراك المساندة الاجتماعية والمساندة عبر الانترنت لخفض حدة قلق الموت وخاصة لدى مرضى السرطان.

## التأصيل النظرى لمفاهيم الدراسة

### أولاً: المناعة النفسية<sup>1</sup>

ينتمى مفهوم المناعة النفسية إلى أفكار وبحوث علم النفس الإيجابي ، والذي يركز على نقاط القوة والقدرات بدلاً من التركيز على العيوب الداخلية ونقاط الضعف فى الشخصية (Essa,2020). وقد ظهر مفهوم المناعة النفسية فى نهاية التسعينات من القرن العشرين وبداية الألفية الجديدة وكان أول من أشار إليه هو دانييل جليبرت وزملاؤه Gilbert et al., عام 1998 ولكن أكثر من كرس جهوده وبحوثه لدراسة المناعة النفسية هو اتيليا اولاه Olah (زيدان ،2013).

**تعريف المناعة النفسية:** تعددت المسميات التى اطلقت على هذا المفهوم منها نظام المناعة السلوكية ، المناعة العقلية ، المناعة النفسية ، المناعة الانفعالية ، المناعة الوجدانية ، نظام المناعة الانفعالية ، نظام المناعة الوجدانية ، نظام المناعة النفسية وفضلت الباحثتان استخدام مفهوم المناعة النفسية نظراً لبساطته ودقته وشموله.وقد عرفها مرسى(2000، 96) بأنها مفهوم فرضى يقصد به قدرة الشخص على مواجهة الأزمات والكروب وتحمل الصعوبات والمصائب ومقاومة ما ينتج من أفكار ومشاعر غضب وسخط وعداوة وانتقام وأفكار ومشاعر يأس وعجز وانهزامية وتشاؤم. كما عرفها دوبي وشاهي (2011) Dubey & Shahi بأنها وعاء الموارد النفسية التى تحمي الفرد من السموم الناتجة عن الانزعاج المستمر والتوتر العصبي والقلق الذى يواجهه الفرد يومياً.وحددها ألبرت وزملاؤه(Albert et al., (2011) بأنها مجموعة السمات الشخصية التى تساعد الفرد على تحمل آثار الخبرات السيئة والتوتر فالمناعة النفسية بمثابة جهاز حماية وقائي يقوي قدرة الفرد على التصدي للغضب أو المشاعر السلبية والوصول إلى الاتزان النفسي. وأشار إليها زيدان(2013) بأنها قدرة الفرد على التخلص من اسباب الضغوط النفسية والاحباطات والتهديدات والمخاطر والازمات النفسية عن طريق التحصين النفسي بالتفكير الايجابي وضبط الانفعالات والابداع فى حل المشكلات وزيادة فعالية الذات ونموها وتركيز الجهد نحو الهدف وتحدى الظروف وتغييرها والتكيف مع البيئة. وهى قدرة الفرد على حماية نفسه من التأثيرات السلبية المحتملة للضغوط والتهديدات والمخاطر والاحباطات والأزمات النفسية الداخلية والخارجية من خلال الموارد الذاتية والامكانيات الكامنة فى الشخصية. كما عرفتها صديق(2021) بأنها قدرة الفرد على التكيف الإيجابي والصمود النفسي أمام الأزمات

<sup>1</sup> Psychological Immunity

والمحن ومعالجة المشكلات الحياتية بمشاعر إيجابية ومرونة مع القدرة علي ضبط النفس والنضج الانفعالي والتفاؤل والأمل في المستقبل والكفاءة الذاتية الإيجابية."

وتتبنى الباحثتان تعريف الليثي(2020) للمناعة النفسية بأنها نظام تكاملى متعدد الابعاد يتضمن مصادر المقاومة والحماية من الضغوط والازمات ومنها التفكير الايجابي والثقة بالنفس ، المواجهة الايجابية المرونة النفسية تنظيم الذات الضبط الانفعالي ويعبر عنه إجرائيًا بالدرجة التي يحصل عليها المريض/المريضة على مقياس المناعة النفسية المستخدم فى الدراسة.

### أهمية المناعة النفسية

حدد فاسوديفان Vasudevan(2003) أهمية المناعة النفسية بالنسبة للأفراد فى النقاط التالية:

- 1- القدرة على التعامل مع الانفعالات المتضاربة.2- القدرة على الاستمتاع بالحياة بدون صراع
- 3- التحلى بالمرونة والتكيف مع البيئة المتغيرة. 4- القدرة على التعامل الإيجابي مع الخوف والذنب والقلق
- 5- تحمل المسؤولية تجاه أفعالهم الخاصة. 6- القدرة على التمييز بين الخير والشر وبين الخير مقابل الأفضل
- 7- التفسير والتبرير العقلاني والمقنع. 8- تحقيق نظرة ثاقبة للذات(Bhardwaj & Agrawal,2015).

أنواع المناعة النفسية:حدد مرسى( 2000: 96) ثلاثة أنواع للمناعة النفسية هي،

- 1- **مناعة نفسية طبيعية** : وهى مناعة ضد التأزم والقلق موجودة عند الإنسان فى طبيعة تكوينه النفسي الذى ينمو من التفاعل بين الوراثة والبيئة. فالشخص صاحب التكوين النفسي الصحي ستمتع بمناعة نفسية طبيعية عالية ضد الأزمات والكروب ولديه قدرة عالية على تحمل الاحباط ومواجهة الصعاب وضبط النفس فلا يتأزم ولا يضطرب بسرعة. 2- **مناعة نفسية مكتسبة طبيعية**: وهى مناعة ضد التأزم والقلق يكتسبها الإنسان من الخبرات والمهارات والمعارف التي يتعلمها من مواجهة الأزمات والصعوبات السابقة، حيث تعد هذه الخبرات والمهارات تطعيمات نفسية تنشط جهاز المناعة النفسي وتقويه. 3- **مناعة نفسية مكتسبة صناعياً**: وهى تشبه المناعة الجسمية التي نكتسبها من حقن الجسم عمدًا بالجرثومة المسببة للمرض بعد الحد من خطورتها وتبقى مناعتها مدة طويلة وتسمى مناعة مكتسبة فاعلة. فالفرد يكتسب هذه المناعة من تعرضه عمدًا لمواقف مثيرة للقلق والتوتر والغضب المحتملة مع تدريبه على السيطرة على انفعالاته وأفكاره ومشاعره وتعويدته على طرد وساوس القلق والجزع والغضب وابدالها بأفكار ومشاعر مفرحة فى هذه المواقف.

### كيفية عمل نظام المناعة النفسية:

وفقًا لـ أولاه Olah(2005) ، وأولاه وزملاؤه Olah et al., (2012) فإن نظام المناعة النفسية يحتوى على ثلاثة أنظمة فرعية تترايط مع بعضها البعض لتمكين الفرد من تحقيق التكيف والتنمية الشخصية والصحية وهذه الأنظمة هي: 1- **نظام المراقبة - الاقتراب** ويوجه هذا النظام انتباه الأفراد إلى البيئة المادية والاجتماعية من حولهم ويساعدهم على استكشاف بيئاتهم وفهمها والتحكم فيها من خلال توجيه تركيزهم نحو توقع نتائج إيجابية

لجهودهم. ويشمل هذا النظام مجالات مختلفة كالتفكير الإيجابي ، الشعور بالتماسك ، التحكم ، المراقبة الاجتماعية وغيرها. **2- نظام الإنشاء - التنفيذ** ويشتمل هذا النظام على القدرات التى يمكن أن تساعد الفرد فى إدارة البيئة المحيطة به فى أى موقف ضاغط ويجسد قدرة الفرد على التكيف مع كل البيئات الداخلية والخارجية من أجل تحقيق أهدافه. ويشمل هذا النظام مجالات مختلفة أيضاً كمفهوم الذات الابداعي، حل المشكلات ، الكفاءة الذاتية. **3- نظام تنظيم الذات** ويشمل هذا النظام الامكانيات والقدرات التى تتحكم فى الادراك والانتباه والانفعالات الناتجة عن خيبة الأمل أو الضيق أو الفشل ، لأنه يعزز الأداء المناسب للنظاميين الفرعيين السابقين من خلال العمل على التحكم فى ردود الأفعال الانفعالية للأفراد(Essa,2020).

### **العوامل المؤثرة فى المناعة النفسية**

**1- البيئة الأسرية** فالترابط الأسري والدفء الوالدي واشباع الحاجات النفسية للأبناء عوامل تؤدى لارتفاع المناعة النفسية لدى الأبناء وأن الصراعات النفسية والرغبات المكبوتة لدى الفرد والحرمان الأبوى عوامل تؤدى إلى انخفاض المناعة النفسية لدى الأبناء

**2- الوجدان الإيجابي** والنظرة التفاؤلية للأمر والمواجهة الفعالة للضغوط تعد مؤشرات لقوة الشخصية ودلائل على ارتفاع المناعة النفسية لدى الفرد

**3- النوم الليلى** : حيث تبين أن النوم أقل من 7 ساعات يرتبط ارتباطاً وثيقاً بزيادة التعرض للإصابة بمجموعة من المشكلات الصحية والجسدية والنفسية والتى تتراوح من ضعف المناعة وضعف اليقظة والذاكرة وانخفاض القدرة العقلية والنفسية والاكتئاب والأرق والاضطرابات الأيضية والسمنة وحتى زيادة خطر الإصابة بأمراض القلب التاجية وحتى السرطان

**4- التعرض للضغوط الشديدة والتوتر** يرتبطان بتقليل بعض وظائف المناعة وضعفها كما يؤدى الضعف الجسدى نتيجة لتقدم العمر أو المرض الى التغير فى الجهاز المناعى للفرد.

**5- الحالة النفسية والاجتماعية للفرد** لها تأثير مباشر على جهاز المناعة النفسى وترتبط الحالة المزاجية والاتجاهات الإيجابية للفرد بزيادة قدرة الجهاز المناعى على مكافحة ومحاربة الأمراض النفسية والعضوية(السيد،2021).

وقد أوضح الليثي(2020) فى الشكل التالى العلاقة بين المناعة والعديد من العوامل التى تؤثر فى الحالة المناعية للفرد والتى تحدد استعداد الفرد للمرض أو قدرته على المقاومة والحفاظ على صحته حيث أن العوامل السلبية والإيجابية جميعها تؤثر على الجهاز المناعى للفرد.



شكل (1) العلاقة بين المناعة النفسية وبعض العوامل التي تؤثر على مناعة الفرد النفسية

### النظريات المفسرة للمناعة النفسية

**1- نظرية جلبرت وزملاؤه (1998):** تعد التوقعات الضمنية أو الظاهرة للنتائج الوجدانية للأحداث المستقبلية مهمة وخاطئة من حيث شدتها ومدتها ، فبعض التوقعات قد تكون صائبة ولكن البعض الغالب قد يكون مبالغ فيه حيث يعتمد ذلك على التقدير ببعض الدقة والتكافؤ لشدة الحدث المستقبلي والذي يشكل قاعدة اتخاذ القرارات وشكل الحالة الوجدانية. فمن البديهي أن الأحداث القوية ستحمل نتائج وجدانية عالية ، ولكن الناس لا تعي ذلك فيبالغون في توقعات الاستجابة لأثر الأحداث وفق ما يسمى النزعة الثابتة في توقع الأثر. فعندما يتعرض فرد ما لحدث سلبي حاد تظهر لديه استجابات عالية وأحياناً متطرفة كأثر للحدث ولكن مع مرور الوقت وبعد استيعاب الحدث ومواصلة الحياة تبدأ عمليات واعية معاكسة لتقليل وإلغاء الاستجابات المتطرفة التي ظهرت كاستجابات أولية وهذا الأمر يمكن إبعازه لعملية التجاهل المناعي للنزعة الثابتة السلبية لدى الفرد والتي تعد احد ركائز عمل نظام المناعة النفسية ضمن الآليات المعرفية(تحويل-تجاهل-إعادة بناء معلومات) لتحسين خبرتهم أثر مرورهم بعاطفة سلبية وكذلك بالاستعانة بالاستراتيجيات(الحد من التنافر-استنتاج الدوافع-النزعة الذاتية-تعزيز الذات-الخيالات والاهام الإيجابية) كما أن الأفراد لا تعي هذه الآليات خوفاً من انكارهم لها وفق لطبيعتهم الثابتة بتوقع السوء(صلاح، 2021).

**2- نموذج المناعة النفسية وفقاً لـ اولاه (2002 ، 2005):** يرى اولاه أن المناعة النفسية نظام ادراكي متكامل يحتوى على عدة أنظمة فرعية تتفاعل مع بعضها البعض لحماية الفرد من التأثيرات السلبية للضغوط النفسية فهي بمثابة موارد مقاومة للضغوط أو أجسام نفسية مضادة لها حيث تساعد هذه الموارد على تحمل الضغوط والتعامل مع التهديدات بطريقة لا تضر بالشخصية بأى شكل من الأشكال بل تعمل على تحسين وتفعيل استجابات سلوكية من شأنها أن تقاوم الضغوط وتحقق التوازن النفسي للفرد(Bona,2014).

**3- المناعة النفسية من منظور باربانيل (Barbanell, 2009):** بينى باربانيل رأيه فى المناعة النفسية على تصورات فرويد عن آليات الدفاع النفسى المعروفة حيث يعتبر أن اللاشعور يقوم بتتقية المشاعر وحجب المشاعر المؤلمة الناتجة عن الأحداث السلبية الحادة خاصة التى تعود إلى مرحلة الطفولة المبكرة مما يؤدى إلى الشفاء منها عن طريق تغليب الجوانب الإيجابية على الجوانب السلبية فيحمى الفرد من تلك المشاعر السلبية المرتبطة بالذكريات المؤلمة ، كما يزيد التعلم من الخبرات. وهكذا يعمل اللاوعي على التخلص من المشاعر والوجدانات السلبية وتخزينها بعيداً عن الإدراك والوعي ولو بصفة مؤقتة لافساح المجال أمام المشاعر الإيجابية لتتوسع وتنتشر حتى تتم عملية التكيف وتجنب لوم الذات والآخرين ومن ثم تتحرر الأفكار والمشاعر من القيود المكبلة إلى آفاق إيجابية رحبة (زيدان، 2013).

### ثانياً: إدراك المساندة الاجتماعية<sup>1</sup>

تؤدى العلاقات الاجتماعية دوراً مهماً في تعزيز الصحة بشكل أفضل والتخفيف من الأمراض. ومع ذلك ، ليست كل أنواع العلاقات الاجتماعية والتفاعلات والروابط الاجتماعية لها عواقب صحية مماثلة، كما أنها لا تتنبأ دائماً بتحسن النتائج الصحية. فقد أظهرت الأبحاث أن العلاقات الشخصية يمكن أن يكون لها تأثيرات إيجابية وسلبية على الصحة والرفاهية . إلا أنه سيتم التركيز في هذه الدراسة على الجانب الإيجابي للعلاقات الاجتماعية. على أساس أن السلوك الداعم يؤدي إلى نتائج صحية بدنية وعقلية، وأحد جوانب العلاقات الاجتماعية هو المساندة الاجتماعية (Ali, 2020).

### تعريف المساندة الاجتماعية

يعد كوب (1976) أول من عزّف المساندة الاجتماعية على أنها "معلومات تقود الموضوع إلى الاعتقاد بأنه (أو بأنها) تحظى بالرعاية والمحبة والاحترام وعضو في شبكة من الالتزامات المتبادلة." ويلاحظ على هذا التعريف أنه يتضمن فقط الجانب "المعلوماتي" و "العاطفي" للمساندة الاجتماعية ويتجاهل توفير الدعم "الفعال" (Song&Son, 2011).

ويعرف كل من الشناوى وعبد الرحمن (1994) إدراك المساندة الاجتماعية على أنها إدراك الفرد أنه يوجد عدد كاف من الأشخاص في حياته يمكن أن يرجع إليهم عند الحاجة ، وأن يكون لدى هذا الفرد درجة من الرضا عن المساندة الاجتماعية المتاحة له.

كما عرفها جاب الله (2006) بأنها مقدار ما يتلقاه الفرد من دعم وجداني ومعرفي وسلوكي من خلال الآخرين في بيئته الاجتماعية عندما يخبر أحداث أو موقف يمكن أن تثير المشقة لديه.

<sup>1</sup> Perceived social Support

ويقدم سوتس ( Thoits,2011) تعريفاً أكثر شمولاً للمساندة الاجتماعية يشير إلى "المساعدة العاطفية أو المعلوماتية أو العملية من الآخرين المهمين، مثل أفراد الأسرة أو الأصدقاء أو زملاء العمل ؛ وهذا الدعم يتم تلقيه فعلياً من الآخرين أو يُنظر إليه على أنه متاح عند الحاجة".

وتعرف قنون(2013) إدراك المساندة الاجتماعية على أنه إدراك الفرد لوجود سند مادي أو معنوي أو معلوماتي أو توجيهي من خلال علاقاته الاجتماعية في الوسط الأسرى أو الأصدقاء وغيرها من الأوساط التي يتعامل معها الفرد أثناء العمل، الدراسة، العلاج وغيرها سواء في مواقف السراء أو مواقف الضراء ومدى تأثير ذلك على حالته البيولوجية.

ويعرف إدراك المساندة الاجتماعية أيضاً على أنه تقييم الأشخاص لمدى توفر وكفاية الدعم المقدم لهم و/ أو رضاهم عن هذا الدعم(Ali,2020).

وتعرف الباحثتان إدراك المساندة الاجتماعية أجرائياً على أنه إدراك مريض السرطان للرعاية والاهتمام والحب والنصيحة والمعلومات من أفراد العائلة أو الأصدقاء أو الأشخاص المقربين أو الاطباء والمرضى وذلك وفقاً للدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس إدراك المساندة الاجتماعية المستخدم في الدراسة الحالية.

### أنواع المساندة الاجتماعية

هناك العديد من التصنيفات التي تم تطويرها للتمييز بين أنواع المساندة الاجتماعية المختلفة منها: تصنف الباحثان الكنديان بارا واينلى Barrera & Ainlay عام 1983 المساندة الاجتماعية إلى ست فئات من الدعم المادي الاجتماعي بناءً على مراجعة الأدبيات التي توضح أنواع المساندة الاجتماعية التي يتم الاستشهاد بها بشكل شائع في الدراسات البحثية التي تمت مراجعتها وهي: (المساندة المادية : على شكل نقود وغيرها، المساندة السلوكية: تقاسم الاعمال الروتينية من خلال الدعم الجسدي، التفاعل الحميم والمساندة العاطفية: مثل الاستماع ، والاهتمام ، والتعبير عن التقدير والتفاهم، التوجيه والمشورة: المعلومات أو التعليمات المقدمة، الملاحظات: إعطاء ملاحظات مفيدة حول سلوك الفرد وأفكاره ومشاعره، التفاعل الاجتماعي الايجابي أي الاندماج في التفاعلات الاجتماعية الايجابية من أجل المتعة والاسترخاء(Ali,2020).

ويمكن تصنيف المساندة الاجتماعية إلى **المساندة العاطفية** ويقصد بها التعبيرات المباشرة وغير المباشرة واللفظية وغير اللفظية عن القلق والاهتمام، كما تشمل السلوكيات الداعمة عاطفياً كالاستماع والطمأنينة، ويمكن للدعم العاطفي أن يعزز احترام الذات ويقلل من العزلة ويسمح بالتعبير عن المشاعر، كما يوفر الدعم العاطفي معنى للأفراد الذين يعانون من ضغوط. **والمساندة المعلوماتية** وتشمل تقديم المشورة أو التوجيه أو الموارد، ويمكن للدعم المعلوماتي أن يعزز إحساس الشخص بالسيطرة من خلال توفير خيارات للعمل، وتقليل الارتباك وتحسين العمل، ويمكن أن تتضح المساندة المعلوماتية من خلال تقديم المعلومات المتعلقة بالحالات الفردية

والتي يمكن لوجهة نظر الطرف الآخر أو النصيحة التي يقدمها للمتلقى أن توفر له الفهم حول الموقف الذي يواجهه. **والمساندة الآلية (المعروفة أيضًا باسم المساندة الملموسة)** توفير الدعم المادي مثل الطعام أو النقل أو المال أو المساعدة في المهام يمكن أن يعزز هذا النوع من الدعم أيضًا إحساس الفرد بالسيطرة من خلال توفير الموارد لإدارة الظروف (Cohen,2011). ويتفق مع هذا التصنيف سارفينو وسميث (Sarafino&Smith,2011) ويضيف عليه مساندة الأصدقاء: وتشير إلى مدى توافر الآخرين لقضاء الوقت مع شخص ما لتقديم المشاعر من خلال مشاركة الاهتمامات والأنشطة الاجتماعية، هذا الدعم والتقدير المقدم من البيئة مفيد لبناء احترام الذات، ويتمتع الأفراد الذين يحصلون على أشياء إيجابية في حياتهم بتقدير كبير للذات ولديهم نظرة أكثر تفاؤلاً.

### فوائد إدراك المساندة الاجتماعية لدى مرضى السرطان

تؤدي المساندة الاجتماعية دوران أساسيان في حياة الأفراد الأول، الدور الوقائي حيث لها أثر مخفف لنتائج الأحداث الضاغطة، وبذلك يفترض حدوث تفاعل بين الضغوط من ناحية والمساندة الاجتماعية من ناحية أخرى، **والثاني** الدور الانمائي حيث يكون لدى الأفراد علاقات إجتماعية يتبادلونها مع الآخرين ويدركون قيمة تلك العلاقات وتؤثر على حياتهم الاجتماعية والنفسية، وباعتبار أن السرطان من الأحداث الضاغطة للمرضي يكون للمساندة الاجتماعية دوراً مهماً في التعامل معهم (سالم، 2020)، فغالبًا ما ينظر الباحثون أمثال كارلسون وهامرين Carlsson & Hamrin عام 1994 وداو Dow عام 1995 بشكل متزايد إلى المساندة الاجتماعية باعتبارها أمرًا بالغ الأهمية للرفاهية النفسية والاجتماعية لمرضى السرطان وذلك لمساعدة المريض على معالجة مخاوف وغموض الموقف. ويمكن تلبية هذه الاحتياجات من قبل الأسرة والأصدقاء والمرضات والأطباء وغيرهم من الموظفين. وعادة ما تكون هناك حاجة متزايدة للحب، والدعم، والعاطفة التي تزداد بشكل متكرر على مدار تاريخ المرض والعلاجات لمرضى السرطان بسبب خوفهم من الرفض والتخلي -ويعود ذلك جزئيًا إلى المفاهيم الخاطئة حول كون السرطان معديًا ومتجنبًا من عائلات وأصدقاء المرضى- الأمر الذي يجعل المرضى يشعرون بالقلق، وانعدام السيطرة والشك بشأن مستقبلهم طوال فترة المرض، لذا فإن وجود المساندة والتفاعل مع الآخرين في شبكة المساندة الاجتماعية للمرضى له تأثير إيجابي ومهم على تكيف المرضى مع المرض (Bottomley & Jones, 1997).

وفي هذا الصدد أوضح كوهين وويل Cohen & Will عام 1985 كيف يمكن للآخرين التأثير على المدى الذي ينظر فيه المريض إلى الموقف باعتباره تهديدًا من خلال تقديم معلومات حول الموقف نفسه أو حول الموارد المتاحة للأفراد للتعامل مع التهديد. حيث يتم تغيير آليات التكيف من خلال المساندة الاجتماعية. على سبيل المثال، قد تؤدي المساندة الاجتماعية إلى تحسين المواجهة من خلال توفير المزيد من المعلومات التي تسمح للمريض بزيادة دقة تصوره للبيئة أو من خلال دعم استراتيجيات التكيف البديلة. وهذا ما أكده لفي

Levey عام 1983 من أن المساندة الاجتماعية تؤدي وظيفة في مساعدة المرضى على الامتثال للعلاجات الطبية من خلال تبني التعامل الفعال من خلال تعزيز الدافع للاندماج في السلوكيات التكيفية، وتشجيع القدرة على التكيف مع المرض، كذلك اقترح دي ماتيو وهايز Di Matteo & Hays عام 1981 أن المساندة الاجتماعية قد يكون لها تأثير أيضاً على المرضى من خلال تغيير مزاجهم وفكرهم، وتهدئة وطمأننة الفرد، وبالتالي الحفاظ على ردود الفعل العاطفية عند مستوى يمكن التحكم فيه (Bottomley & Jones, 1997). كذلك أوضح باسك وزملاؤه (Pasek et al., 2021) أن المساندة الاجتماعية أحد العوامل الرئيسية في تحسين تقييم نوعية الحياة في أي مرحلة من مراحل عملية العلاج، وتقي المريض من الشعور باليأس أو الوحدة، وتمكنه من العثور على معنى إيجابي في تجربته مع السرطان، وأن المساندة الاجتماعية عامل يسهم بشكل كبير في إدارة المرض وعلاجه، وهو أحد المحددات المهمة للرعاية الجيدة. التي تساعد المرضى على اكتساب نظرة إيجابية عن صحتهم والتعامل بشكل أفضل مع السرطان. والتكيف مع الاحتياجات الفردية للمرضى (Calderón et al., 2021).

كما يشير برودهيد وكابلان عام 1991 أن المساندة الاجتماعية للأفراد المصابين بالسرطان سوف تختلف بناءً على "المهام التكيفية التي يواجهونها" على سبيل المثال، هناك حاجة إلى مساندة مادية ملموسة أثناء العلاج في المستشفى، بينما قد تكون للمساندة العاطفية ضرورة أثناء عملية الاحتضار (Cohen, 2011). على هذا نجد أن المساندة الاجتماعية تخدم عدة أهداف أساسية لمرضى السرطان وفقاً لما أوضحه جونسون ولين عام 1993 كالتعبير الحر عن المشاعر حول التعايش مع المرض، وتعزيز الدعم مع الآخرين، وتثقيف المرضى حول المرض نفسه، ومساعدة المرضى على تعلم مهارات التكيف بشكل أفضل (Khan & Ahmed, 2014).

### **النظريات والنماذج المفسرة للمساندة الاجتماعية**

**1- نموذج الأثر الرئيسي أو المباشر للمساندة الاجتماعية:** تقوم فكرته الأساسية على أن للمساندة الاجتماعية أثراً عاماً ومفيداً على الصحة الجسمية والنفسية، وذلك بغض النظر عما إذا كان الفرد يتعرض لأحداث حياتية مثيرة للمشقة أم لا (جاب الله، 2006). ويفترض هذا النموذج وفقاً لبرنان Brennan عام 2001، أن زيادة حجم وكمية المساندة له تأثيرات إيجابية على الصحة النفسية للفرد وإحساسه بالرضا عن حياته، والتوافق مع بيئته سواء كان واقع تحت ضغط أم لا، وأنه كلما نقص حجم المساندة زاد احتمال التعرض للاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب، محدثاً خللاً في الصحة النفسية وأن له تأثيرات في الصحة الجسمية متمثلاً في زيادة الهرمونات العصبية والتي تؤدي إلى انخفاض كفاءة جهاز المناعة لدى الفرد، كما أن نقص المساندة الاجتماعية يؤثر سلباً على الجوانب الاجتماعية للفرد في انخفاض مستوى المشاركة الاجتماعية والإحساس بالعزلة (عباس، 2016).



**2- النموذج الواقى(المخفف):** يفترض هذا النموذج أن أحداث الحياة المثيرة للضغط النفسي التي يتعرض لها الأفراد في حياتهم اليومية ذات تأثير سلبي على صحتهم النفسية والبدنية، وأن العلاقات الاجتماعية المساندة تقي الفرد وتحول دون حدوث هذه التأثيرات السلبية للضغط النفسي عليه، أي أن الدور الذي تقوم به المساندة الاجتماعية تتمثل في نقطتين مختلفتين في هذا التابع السببي الذي يربط بين الضغط النفسي والمرض ، **الأولى:** يمكن للمساندة أن تتدخل بين الحادث الضاغط وبين رد فعل الضغط حيث تقوم بتخفيف أو منع استجابة تقدير الضغط بمعنى إن إدراك الشخص أن الآخرين يمكنهم أن يقدموا له الموارد والامكانات اللازمة قد يجعله يعيد تقدير إمكانية لوجود ضرر نتيجة للموقف، أو تقوى لديه القدرة على التعامل مع المطالب التي يفرضها عليه الموقف، ومن ثم فإن الفرد لا يقدر الموقف على أنه شديد، **والثانية:** فإن المساندة الاجتماعية قد تتدخل بين خبرة الضغط وظهور حالة مرضية(باثولوجية) وذلك عن طريق تقليل أو استبعاد رد فعل الضغط أو بالتأثير المباشر على العمليات الفسيولوجية، وقد تزيل المساندة الاجتماعية الأثر المترتب على تقدير الضغط عن طريق تقديم حل للمشكلة، وذلك بالتخفيف أو التهوين من الأهمية التي يدركها الشخص لهذه المشكلة حيث يحدث كبح للهرمونات العصبية، ويصبح الشخص أقل استجابة للضغط المدرك أو عن طريق تيسير السلوكيات الصحيحة(عدنان، 2022).

**3- النظرية الاجتماعية المعرفية:** يري لاي وكوهن Lakey&Cohen عام 2000 أن المنهج المعرفي الاجتماعي للمساندة الاجتماعية يعتمد على النظريات المعرفية الاجتماعية التقليدية للشخصية وعلم النفس المرضي، وهذا المنهج النظري يركز - كما هو متوقع- بشكل أساسي على المعتقدات حول المساندة الاجتماعية، أو إدراك المساندة الاجتماعية، بدلاً من تلقي المساندة الاجتماعية، من هذا المنظور، يطور الأفراد معتقدات حول المساندة الاجتماعية تصبح ثابتة، أو على الأقل مستقرة. بعد إنشاء هذه المعتقدات، يقوم الأفراد بتعديل تصوراتهم للتفاعلات الاجتماعية المحددة لتناسب هذه المعتقدات، وتعتبر التصورات أو الانطباعات العامة للفرد عن شخص يحتمل أن تكون داعمة أكثر أهمية من الدعم الذي يتلقاه من ذلك الشخص. فوفقاً لهذا المنهج النظري، ترتبط المساندة الاجتماعية بالصحة من خلال هذه المعتقدات أو الإدراك، أي أن الأفكار الإيجابية حول المساندة الاجتماعية والعلاقات الاجتماعية (كما في المثال أعلاه) تحفز الأفكار الإيجابية عن الذات وتثير حالات عاطفية إيجابية، بينما الأفكار السلبية حول العلاقات الاجتماعية تحفز الأفكار السلبية عن الذات، والتي بدورها تتداخل وتحفز الضغوط العاطفية (Cohen,2011).

**4-نظرية التحكم الاجتماعي:** تهتم هذه النظرية في المقام الأول بالرقابة الاجتماعية، ووفقاً للاكي وكوهين عام 2000 فإن بيئاتنا الاجتماعية تعزز بشكل مباشر الصحة والرفاهية من خلال تزويد الناس بطريقة منطقية عن الذات والعالم. وتعد المساندة الاجتماعية مفيدة للفرد لأنها تساهم في تطوير ودوام هوية الفرد واحترامه لذاته، وتعتبر مفاهيم الدور، أو معتقدات الفرد حول كيفية قيام الأشخاص أو يجب أن يتصرفوا في أدوار معينة، بارزة

في هذا النموذج، ويبدأ الأفراد في فهم أدوارهم المتعددة في سياق اجتماعي (أو مجموعة). نتيجة لمفاهيم الدور هذه، يطور الأفراد توقعات حول كيفية تصرف الآخرين في أدوار معينة وتوجه مفاهيم وتوقعات الأدوار المشتركة السلوك للفرد وللمجموعة التي تشارك هذه المفاهيم والتوقعات (Cohen,2011).

ويتضح مما سبق أن المساندة الاجتماعية هي الدعم الذي يشعر به الأفراد من الآخرين في شكل المودة والرعاية والمساعدات الأخرى التي يتلقونها من البيئة المحيطة بشكل مباشر، إلا أنه ينبغي أن نوضح أن المساندة الاجتماعية لا يتم تقديمها للشخص بشكل مباشرة فقط، بل يمكن أيضاً تقديمها بشكل غير مباشر عبر الإنترنت من خلال ما يعرف بالمساندة عبر الإنترنت (Sarafino&Smith,2011).

### ثالثاً: المساندة عبر الإنترنت<sup>1</sup>

تعد المساندة عبر الإنترنت ظاهرة جديدة نسبياً اكتسبت شعبية كبيرة على مدار العقد الماضي. وهي شكل من أشكال الاتصال الحاسوبي الذي يسهله التقدم في تقنيات المعلومات والاتصالات، وظهور التطبيقات المستندة إلى الإنترنت، التي يشار إليها عادة باسم تطبيقات الويب (Goswami et al.,2010). والتي يستخدمها ما يزيد عن (700.000.000)سناپ شات و (500.000.000) مشاركة على تويتر، و (1,13) مليار شخص مستخدمون ناشطون يومياً" لفيسبوك ، أي يدخلون إلى الموقع كل يوم باختلاف أعمارهم ففي الولايات المتحدة بين عامي 2005 و 2015 ، ارتفع استخدام مواقع التواصل الاجتماعي من (55%) إلى (76%) بين المراهقين ، ومن (12%) إلى (90%) بين 18-29 عامًا ، ومن (8%) إلى (77%) بين 30-49 عامًا ، من (5%) إلى (51%) بين الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين (50) و (64) عامًا ، ومن (2%) إلى (35%) بين الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن (65)عاماً (Nick et al.,2018).

### تعريف المساندة عبر الإنترنت

تعرف المساندة عبر الإنترنت على أنها مدى تقييم الشخص لتوافر وكفاية المساندة التي يتلقاها من جهات الاتصال عبر الإنترنت (Goswami et al.,2010).

وتعرف المساندة عبر الإنترنت أيضاً على أنها مساعدة متاحة للفرد عبر الإنترنت في موقف حرج يتطلب التغلب عليه استخدام موارد خارجية من مجموعات افتراضية تجمع الأشخاص الذين يتعاملون في الماضي أو الحاضر مع صعوبات ذات طابع مماثل. والهدف من هذه المساندة هو العودة إلى الرفاهية النفسية للشخص (Walter,2019).

كذلك تعرف المساندة عبر الإنترنت على أنها تفاعل بين الأفراد على الشبكات الاجتماعية والذي يشار إليه من خلال تقديم المساعدة للأفراد الآخرين في شكل دعم من خلال الكلمات والأفعال الموجودة عبر الإنترنت (Sarafino&Smith,2011).

<sup>1</sup> Online Support

وفي هذا الصدد نشير أن المساندة عبر الانترنت تتضمن نوعين هما البحث عن المساندة عبر الانترنت، وتلقي المساندة عبر الانترنت (Hsu et al., 2020).

وتعرف الباحثان المساندة عبر الانترنت بأنها "مجموعات تقديم الدعم والمساندة عبر الانترنت باستخدام تكنولوجيا الاتصالات (فيس بوك/ تويتر/ انستجرام.....) والتي تفيد المرضى الغير قادرين على الحديث عن مشاكلهم واحتياجاتهم بالتواصل التقليدي وجهاً لوجه أو ليس لديهم الرغبة في ذلك، أو عدم توافر مصادر للدعم (أسرة- أصدقاء) في حياتهم بشكل مباشر، وتعمل هذه المجموعات على تزويد المرضى بالمعرفة عن الظروف الصحية التي يواجهونها وكيفية التعامل معها وذلك وفقاً للدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس المساندة عبر الانترنت المستخدم في الدراسة الحالية.

#### فوائد المساندة عبر الانترنت

تُعد المساندة عبر الانترنت أكثر ملاءمة للقياس من المساندة الاجتماعية التقليدية، وذلك لأن المساندة عبر الانترنت تأخذ الدعم المُطبَّق (شكل الرسائل الخاصة)، والمقدار الفعلي للتواصل الشفهي وكلاهما اتصال عام غير لفظي على سبيل المثال (مشاركة الصور ومقاطع الفيديو وإعطاء "الإجابات" للرسائل، تقديم المعلومات وإسداء المشورة وتلقي الأموال من جهات الاتصال عبر الإنترنت عند الحاجة) (Trepte et al., 2014). كذلك يمكن للمشاركين عبر الانترنت التواصل على مدار (24) ساعة في اليوم، و(7) أيام في الاسبوع، في الأوقات المناسبة لهم وتطوير استجاباتهم وفقاً لسرعتهم الخاصة، حيث لا توجد حواجز النقل والحواجز الجغرافية، على عكس المساندة الاجتماعية التقليدية التي تحكمها حدود المساحة وبشكل خاص تمكن المساندة عبر الانترنت الأشخاص الذين يعانون من الوصم مثل الايدز أو السرطان، أو الذين يتعافون من الاعتداء الجنسي. من ايجاد الدعم والمساندة ومناقشة القضايا الحساسة، نظراً لما توفره المساندة عبر الانترنت من إخفاء الهوية، وتجنب الآثار المرئية للعلاجات مثل العلاج الكيميائي والمراحل المتأخرة من الأمراض المشوهة، والوزن والعجز وأي علامات جسدية أخرى تكون غير واضحة، بالإضافة إلى أن العوامل الديموجرافية كالعمر، والجنس، والهوية العرقية، والدخل، والحالة الاجتماعية لا تتضح بالسهولة. وتقليل التوتر المصاحب لحضور مجموعات وجهاً لوجه، وتفادي صعوبات الاتصال الناتجة عن نقص الإشارات المرئية والسمعية الموجودة في التواصل التقليدي وجهاً لوجه. الامر الذي يسمح بمزيد من الكشف عن الذات ويشجع على الصدق والاستفادة من وجهات النظر والخبرات (White&Dorman, 2001). كما يعطى الشعور بالأمان، والمرافقة، والمساندة، وتأكيد الحب والتقدير، وإظهار التعاطف والتفاهم في حالة الضغط. وتسهم المساندة عبر الانترنت أيضاً في زيادة الوصول إلى فريق متعدد التخصصات المهنيين الصحيين، دون الحاجة إلى مغادرة المنزل، وقد يكون هذا مهماً بشكل خاص لأولئك الذين يعيشون في المناطق الريفية أو النائية، حيث صعوبة الوصول إلى مراكز العلاج الحضري (Forbes et al., 2019).

بالإضافة إلى ما سبق فإن المشاركة في مجموعات افتراضية عبر الإنترنت يمكن أن تعزز النزعة الاختيارية والرفاهية النفسية (الاجتماعية والعاطفية) وتسهل التكيف مع المرض والعلاقات مع الأطباء وزيادة المعرفة بمعلومات حول المرض (Walter,2019). وتمكن المشاركين من نقل تجربتهم المرضية بشكل حقيقي لشعورهم أن هناك من سيفهمهم ويدعمهم (Muir et al.,2020).

ونشير في هذا الصدد إلى أن تقديرات معدلات استخدام الإنترنت ذات الصلة بالصحة من قبل الأفراد المصابين بالسرطان قد تراوحت من (8% ) إلى (50%) ، وأن (28 % ) من الأمريكيين الذين يستخدمون الإنترنت يشاركون في مجموعات الدعم عبر الإنترنت المتعلقة بالحالات الطبية والمشاكل الشخصية، حيث توفر المجتمعات المرتبطة بالسرطان عبر الإنترنت فرصاً لتبادل المعلومات والتواصل والمساندة الاجتماعية (Cohen,2011).

#### مصادر المساندة عبر الإنترنت

يمكن أن تتخذ المساندة عبر الإنترنت عدداً من الأشكال المختلفة، بدءاً من أشكال الدعم الرسمية عالية التنظيم (على سبيل المثال، مجموعات الدعم المجدولة) إلى مصادر الدعم غير الرسمية (على سبيل المثال ، المدونات الفردية حول السرطان)، يتم تسهيل بعض التفاعلات الاجتماعية المتعلقة بالسرطان عبر الإنترنت من قبل المتخصصين، في حين أن معظم التفاعلات بين الأفراد تكون غير خاضعة للإشراف. وقد تتم جدولة التفاعلات الاجتماعية عبر الإنترنت و "إغلاقها" (أي تتكون لمجموعة محددة مسبقاً من الأعضاء) أو عفوية ومتغيرة من حيث المشاركين. علاوة على ذلك، يمكن أن تكون التفاعلات الاجتماعية عبر الإنترنت متزامنة أو غير متزامنة. تحدث التفاعلات المتزامنة عبر الإنترنت عندما يكون جميع الأفراد حاضرين عبر الإنترنت في نفس الوقت (مثل اجتماع مجموعة دعم عبر الإنترنت مجدول) ، بينما يسمح الاتصال غير المتزامن للأفراد بالقراءة والرد في أوقات مختلفة (على سبيل المثال، قراءة منشورات المدونة وترك التعليقات والقراءة والنشر على الرسائل أو لوحات المناقشة المتعلقة بالسرطان (Cohen,2011)).

#### مجموعات المساندة عبر الإنترنت لدى مرضى السرطان

مجموعات المساندة عبر الإنترنت عبارة عن مجموعة من الأعضاء يتواصلون مع بعضهم البعض حول موضوع معين، وما يصاحب ذلك من متطلبات المعاملة بالمثل، والمسئولية الداخلية والالتزام المشترك، ورغم أنها لا تشترك في مساحة مادية، إلا أنها تتطوى على اهتمامات مشتركة (White&Dorman,2001).

وتعرف مجموعات المساندة عبر الإنترنت أيضاً على أنها التجمعات التي تنشأ من الشبكة الاجتماعية عندما يندمج عدد كاف من الأفراد في مناقشات ومشاعر مكوّنة شبكات من العلاقات الشخصية عبر الإنترنت (White&Dorman,2001).

ويتم تحديد مجموعات المساندة عبر الانترنت بعدة طرق، غالباً ما يتم تقديم مجموعات المساندة عبر المنظمات ذات الصلة بالسرطان، بعض مجموعات المساندة عبارة عن منتديات رسائل / مناقشة حيث ينشر الأعضاء مخاوفهم وتعليقاتهم وأسئلتهم ويستجيبون لبعضهم البعض. ومجموعات المساندة الأخرى هي منتديات متزامنة قائمة على الدردشة وأخيراً، يتم تسهيل بعض مجموعات المساندة عبر الانترنت بواسطة محترفين (Cohen,2011).

ويمكن لهذه المجموعات تقديم مساعدة تكملية بين اجتماعات المجموعات التقليدية، ويكون عدد المشاركين غير محدود لأنها تسمح بأشراك مشاركين من جميع أنحاء العالم، وبالتالي تعزيز المنظورات الثقافية والاجتماعية للمجموعة، وقد تقوم بتمثيل الأمراض كالسرطان والايذز وغيرهم بشكل جيد، ويتوافر في هذه المجموعات أنظمة دعم القرار، وإمكانية الأسئلة والأجوبة، ومساعدات تعديل السلوك، كما أنها وسيلة فعالة من حيث التكلفة لتوفير الدعم والتشجيع والمعلومات الصحية لعدد كبير من الناس من خلال تقليل نفقات النقل، والحاجة إلى مساحات اجتماعية فعلية، والكفاءة في توصيل رسائل التثقيف الصحي (White&Dorman,2001).

### **نظرية المساندة عبر الانترنت لـ كويرزر LaCoursiere عام 2001**

أكدت أن الربط بين العملية الواعية أو اللاواعية لربط ونسج الوعي الناشئ بالأفكار أو المعلومات المكتسبة سابقاً تؤدي إلى رؤى حول الذات فيما يتعلق بالآخرين والذات. وتشبه عملية الربط بتطوير قاعدة بيانات يتم فيها تخزين المعلومات وربطها وفهمها واسترجاعها. والنتيجة النهائية هي أن "الأفراد يشكلون معناهم الشخصي لتجربة المساندة الاجتماعية عبر الإنترنت، وقامت بتصنيف نظريتها للمساندة عبر الانترنت إلى أربعة أقسام: أولاً ، بدء الأحداث هي تلك الأحداث التي تدفع الشخص لطلب المساندة عبر الإنترنت (مثل المرض). بعد ذلك، ثانياً، تؤثر العوامل الوسيطة على أولئك الذين بدأوا الأحداث. تشمل العوامل الوسيطة العوامل الصحية (مثل التشخيص)، والعوامل الديموغرافية (مثل العمر أو الجنس)، والعوامل الفردية المتصورة (مثل الضغوط، والتكيف، والوصمة)، وعوامل استخدام الإنترنت (مثل التاريخ ونمط استخدام الإنترنت). يتم افتراض هذه العوامل للتوسط في العلاقة بين الحدث البادئ وسلوك البحث عن المساندة الاجتماعية. ويعرض القسم الثالث من نظريتها تفاصيل ثلاثة عناصر للمساندة الالكترونية: (أ) عنصر الإدراك أو الحالة العاطفية للأفراد الباحثين عن المساندة ؛ (ب) العنصر المعرفي، أو المعالجة الفكرية للفرد ؛ و (ج) عنصر المعاملات، والذي "يمثل تقييماً لجميع المعلومات الواردة من خلال تبادل المساندة عبر الانترنت. يتعلق القسم الرابع والأخير من النظرية بنتائج المساندة عبر الانترنت بثلاث عمليات تحدد هذه النتائج: (أ) دعم الوساطة، (ب) معالجة المعلومات، و(ج) وظائف التقييم. ومع ذلك، فهي لا تصف دور هذه العمليات بشكل كامل. وعزت النتائج الكمية للمساندة الالكترونية (على سبيل المثال، التغييرات في نوعية الحياة ، وزيادة الأمل) إلى دعم الوساطة ومعالجة المعلومات ولكن لم تصف النتائج النوعية بالشكل المناسب (Cohen,2011).

### رابعاً: قلق الموت<sup>1</sup>

الموت حقيقة لا مفر منها لجميع البشر ، وحتى الآن يمكن أن يكون الموت مصدر قلق لطبيعته الغامضة ، ويبدو الخوف من الموت وعدم اليقين بشأن ما يمكن أن يحدث بعده جزء أساسي من الفكر الإنساني. وقد ظهرت أبحاث قلق الموت لأول مرة واكتسبت نموًا كبيرًا في الثمانينات عندما بدأ تمبلر Templer بالبحث عن مفهوم قلق الموت بعد أن كان الموت موضوعًا محظورًا بين علماء النفس (Soleimani et al., 2020)؛ (Mavrogirgou et al., 2020).

### تعريف قلق الموت

يعد تعريف قلق الموت مشكلة لأنه لا يشير-بشكل تقليدي-إلى خوف محدد ، ولكنه نوع من القلق العام غير الهائم أو الطليق والذي يتركز حول موضوعات متصلة بالموت والاحتضار لدى الشخص أو ذويه. ولكننا يمكن القول بأن قلق الموت لا يشير إلى خوف محدد أمر يمكن نفيه فالموت مفهوم مجرد حقًا ولكنه حقيقة مادية وفعل واقعي شأنه في ذلك شأن مفاهيم أخرى مجردة كالخوف من الوحدة أو التقدم في العمر أو غيرهما يمكن أن يؤثر فينا ونخشاه. ويعد التعريف الذي قدمه تمبلر عام 1970 من أكثر التعريفات المقتبسة لقلق الموت إذ يعرفه بأنه "حالة انفعالية غير سارة تعجل بها تأمل الفرد في وفاته هو" (عبد الخالق ، 1987، 38).

ويعرفه ثيمان وزملاؤه Thieman et al., (2015) بأنه شعور غير سار له أصل وجودي ينتج عن التفكير في موت الفرد أو موت الآخرين (Through: Nazari et al., 2021). كما يشير قلق الموت إلى خبرة الخوف ، الذعر والرغبة وغيرها من الضيق المرتبط بإدراك الأفراد بمعدلات الوفيات (Neel et al., 2016). كما يعرف قلق الموت بأنه شعور بالقلق والخوف والرغبة الناتجة عن الاحتمال الواقعي للموت (Afrashteh & Masoumi, 2021).

ويتفق التعريف السابق مع تعريف (Hong et al., 2022a) بأن قلق الموت يتضمن خوف الفرد الشديد والقلق والمشاعر التي يشعر بها عند التفكير في الموت أو الأحداث اللاحقة للموت. كما عرفته الجمعية الأمريكية الشمالية بأنه شعور غامض غير مريح بعدم الراحة أو الرهبة الناتجة عن تصورات بوجود تهديد حقيقي أو غير حقيقي لوجود الفرد (Hong et al., 2022b). وتعرفه الباحثتان بأنه "شعور غير سار يصاحبه حالة من الخوف والقلق والتوتر الشديد من الموت والتفكير فيه وذلك وفقاً للدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس إدراك المساندة الاجتماعية المستخدم في الدراسة الحالية.

<sup>1</sup> Death anxiety

## مكونات قلق الموت

حدد الفيلسوف "جاك شورون" ثلاثة مكونات للقلق من الموت هي:

- 1- الخوف من الاحتضار.
- 2- الخوف مما سيحدث بعد الموت.
- 3- الخوف من توقف الحياة(عبد الخالق ، 1987 ، 45).

**النظريات المفسرة لقلق الموت:** تعددت النظريات المفسرة لقلق الموت ومن أهمها:

1- **نظرية التحليل النفسي:** إن دراسة قلق الموت بحد ذاتها ليست جديدة فقد وصف "فرويد" عام 1920 "ثانتوس" وهو الاسم الذي اطلق على قلق الموت بأنه احد المحركات المهمة والكامنة وراء العصاب (Sharpe et al.,2018)، فلدى الفرد غريزة الحفاظ على ذاته مع ادراك أن الموت لا مفر منه مما يخلق صراعاً نفسياً داخلياً ينتج عنه احساس بالهلع(Soleimani et al.,2020).

2- **النظرية السلوكية:** أشار (راجح ، 1999) إلى أن قلق الموت من وجهة النظر السلوكية يعد بمثابة خوف من ألم أو عقاب يحتمل أن يحدث، لكنه غير مؤكد الحدوث، وهو انفعال مكتسب مركب من الخوف والألم وتوقع الشر فالإنسان حين يشعر بانفعال قلق الموت فإن التأثيرات الانفعالية تصاحبها تغيرات جسمية قد تكون بالغة الخطورة إذا تكرر الانفعال وأصبحت الحالة الانفعالية مزمنة، فقد اتضح أن القلق المزمن كقلق الموت المتواصل قد يؤدي إلى ظهور تغيرات حركية ظاهرة تصاحب الانفعال.

3- **نظرية تمبلر:** تعرف نظرية "تمبلر" بنظرية العاملين ، ووفقاً لهذه النظرية فإن درجة القلق من الموت يرجع إلى محددتين أساسيين هما الحالة العامة للصحة النفسية للفرد ، وخبرات الحياة المرتبطة بالصحة الجسمية. بالنسبة للعامل الأول وجد أن المرضى النفسيين يميلون للحصول على درجات مرتفعة على قوائم قلق الموت، وذلك مقارنة بالأسوياء، من ناحية أخرى ظهرت مؤشرات الاضطرابات وعدم التوافق لدى الأسوياء وغير الأسوياء مرتبطة ارتباطاً إيجابياً مع قلق الموت. أما بالنسبة للعامل الثاني والمتعلق بخبرات الحياة المتصلة بالصحة الجسمية فوجد أن قلق الموت يرتبط بتدهور الصحة الجسمية أو التكامل البدني، كما أن الخبرات الحياتية التي يواجهها الإنسان حول الموت ومثيراته المختلفة هي التي تحدد درجة القلق من الموت لديه(عبد النعيم ، 2014 ، 76).كما حدد تمبلر فى نموذج آخر شامل أن قلق الموت يسبقه مباشرة ثلاثة عوامل تشمل الندم المرتبط بالماضي والندم المستقبلي والطريقة التي يتم بها ادراك الفرد الشخصي للموت(Soleimani et al.,2020).

4- **نظرية ادارة الهلع**<sup>1</sup> تعد هي المنحى النظري الرائد والأكثر تفسيراً لقلق الموت حيث تؤكد على الآليات التي يوظفها الأفراد من خلال مجموعة المعتقدات الدينية والثقافية ، فالنظرة الثقافية للعالم وتقدير الذات بمثابة مصدر

<sup>1</sup> Terrorism Management Theory(T.M.T)

مهم لتهدئة قلق الموت حيث تفترض النظرية أن تقدير الذات والعوامل النفسية المتمثلة فى الشعور بمعنى الحياة تعد دفاعات الفرد الأساسية ضد قلق الموت ، كما أكدت النظرية على أن السعى وراء استثمار العلاقات الشخصية والاجتماعية الوثيقة تعد دفاعاً آخر ضد قلق الموت ، فالقاعدة الأساسية لنظرية ادراة الهلع أن الوعي بمفهوم الموت يزيد من إحساس الفرد بالهلع والخوف والقلق، ومن ثم تظهر الحاجة إلى تقييم الإطار الثقافي لهؤلاء الأفراد لمعرفة كيفية ادراهم للهلع (Sharpe et Knox,2021 ؛ An et al.,2018 ؛ Eggen et al.,2020) ؛ (Neel et al.,2016 ؛ al.,2018).

### تعليق عام

باستعراض نتائج الدراسات التى تيسر للباحثان الحصول عليها والتي تم عرضها فى الجزء السابق يتبين

عدد من الملاحظات يمكن إيجازها فيما يلي:

1- اتفقت نتائج الدراسات السابقة على وجود علاقة موجبة بين المناعة النفسية والمساندة الاجتماعية كدراسة قنون(2013)، ومحمد(2021).

2- أما عن الفروق بين الجنسين من مرضى السرطان فى المناعة النفسية فلم تجد الباحثان فى حدود علمهما دراسة عربية أو أجنبية تناولت هذا الفرق باستثناء دراسة واحدة عربية تناولت الفروق بشكل غير مباشر بين مرضى السرطان فى الاستجابة المناعية(قنون، 2016) التى توصلت إلى عدم وجود فروق بين الجنسين من مرضى السرطان فى الاستجابة المناعية مما يعطى مبرر قوى لإجراء هذه الدراسة. وعن الفروق بين الجنسين من مرضى السرطان فى إدراك المساندة الاجتماعية فقد تضاربت نتائج الدراسات السابقة فى الوقت الذى أشارت فيه دراسة كل من (نصر، 2011) إلى وجود فروق بين الجنسين فى المساندة الاجتماعية والفروق تجاه الذكور بينما كانت الفروق تجاه الاناث فى دراسة(شفيق وزملاؤه،2013)، أشارت دراسة كل من(هدروس،2009؛ ابراهيم،2017؛ Khan&Ahmed, 2014) إلى عدم وجود فروق بين الجنسين فى المساندة الاجتماعية. وفيما يتعلق بالفروق بينهم فى قلق الموت فقد تضاربت نتائج الدراسات السابقة وفق الوقت الذى أشارت فيه دراسة كل من (بركات،2006؛ Soleimani et al.,2016؛ Khawar et al.,2013) إلى وجود فروق بين الجنسين من مرضى السرطان فى قلق الموت والفروق تجاه الإناث، أشارت دراسة كل من (ياسين، 2011؛ Chacko& Sunny,2018؛ Hussain et al.,2021) إلى عدم وجود فروق بين الجنسين من مرضى السرطان فى قلق الموت. كما وجدت ندرة شديدة فى تناول المتغيرات الديموجرافية لمعرفة أثرها فى متغيرات البحث موضع الدراسة لدى مرضى السرطان.

4- وجود فجوة فى الدراسات بالمجتمع المصري فيما يتعلق بمعالجة وتناول هذه المتغيرات مع بعضها بعضاً بالرغم من أهمية تناولها مجتمعة لما تمثله من قيمة كبيرة فى حياة مرضى السرطان وتتضح هذه الفجوة من مراجعة الدراسات العربية والاجنبية والتي يتبين منه عدم وجود دراسة تناولت متغيرات الدراسة مجتمعة على



مرضى السرطان، مما يعطى هذه الدراسة أهميتها باعتبارها الدراسة العربية والمصرية الوحيدة - في حدود علم الباحثان- التي حاولت معالجة هذه المتغيرات وفقاً للتصميم الارتباطي الفارقي. بناءً على ما سبق، يمكن صياغة فروض الدراسة على النحو التالي:

#### فروض الدراسة

- 1- توجد علاقات ارتباطية دالة إحصائياً بين درجات المناعة النفسية ودرجات كل من إدراك المساندة الاجتماعية والمساندة عبر الانترنت وقلق الموت لدى مرضى السرطان.
- 2- تسهم المناعة النفسية في التنبؤ بكل من إدراك المساندة الاجتماعية والمساندة عبر الانترنت وقلق الموت لدى مرضى السرطان.
- 3- تتباين درجات أفراد العينة فى كل من المناعة النفسية وإدراك المساندة الاجتماعية والمساندة عبر الانترنت وقلق الموت بتباين (النوع - مستوى التعليم - الحالة الاجتماعية - مدة الإصابة بالمرض - نوع العلاج - العمر).
- 4- توجد فروق دالة إحصائياً بين مرتفعي ومنخفضي المناعة النفسية فى كل من إدراك المساندة الاجتماعية والمساندة عبر الانترنت وقلق الموت لدى مرضى السرطان.

#### المنهج والإجراءات:

**المنهج** : اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفى بشقيه الارتباطي والمقارن لمناسبتها لفروض الدراسة وتساؤلاتها وأهدافها. وفيما يلي شرح لمكونات المنهج:

**أولاً: التصميم البحثي** اعتمدت الدراسة على التصميم الارتباطي الذى يتيح الكشف عن العلاقات الارتباطية من ناحية ، والفروق بين أفراد عينة الدراسة من ناحية أخرى ، والتعرف على إسهام المناعة النفسية في التنبؤ بإدراك المساندة الاجتماعية والمساندة عبر الانترنت وقلق الموت لدى مرضى السرطان من الجنسين.

**ثانياً: وصف العينة:** بلغت عينة الدراسة النهائية (40) مريض ومريضة من مرضى السرطان (24 مريضة - 16 مريض) فى المرحلة العمرية ما بين (20-46) بمتوسط عمري قدره 35,25 وانحراف معياري قدره  $\pm 8,320$ . ونوه فى هذا المقام أنه تم الاعتماد على هذه العينة أيضاً فى التحقق من الخصائص السيكومترية للأدوات نظراً لصغر حجم العينة والصعوبة التى واجهتها الباحثان أثناء التطبيق. ويوضح جدول (1) ، توزيع عينة الدراسة وفقاً للمتغيرات الديموجرافية.

جدول (1)

توزيع عينة الدراسة وفقاً للمتغيرات الديموجرافية

المتغير	الفئة	ك	%	المتغير	الفئة	ك	%
النوع	ذكور	16	40	نوع السرطان	فك	3	7,5
	إناث	24	60		غدة	6	15
العمر	من 20 إلى 28	6	15		رقبة	1	2,5
	من 29 إلى 37	13	32,5		ثدى	9	22,5
	من 38 إلى 46	21	52,5		طحال	1	2,5
الحالة الاجتماعية	أعزب	8	20		رحم	1	2,5
	متزوج	30	75		قدم	1	2,5
	مطلق/أرمل	2	5		ركبة	1	2,5
المستوى التعليمى	لا يقرأ ولا يكتب	10	25		دم	4	10
	يقرأ ويكتب	5	12,5		كلى	1	2,5
	متوسط/ فوق المتوسط	19	47,5		بنكرياس	1	2,5
مدة الإصابة	جامعي/ فوق جامعي	6	15		صدر	1	2,5
	سنة فأقل	16	40		حوض	1	2,5
	من سنة إلى 3 سنوات	10	25		بلعوم	1	2,5
نوع العلاج	أكثر من 3 سنوات	14	35		قولون	4	10
	لم يبدأ علاج	11	27,5		عظام	2	5
	كيماوى	25	62,5	رئة	1	2,5	
	أشعاع	2	5	مستقيم	1	2,5	
	هرموني	2	5	الإجمالى	40	100%	
الإجمالى			40	100%			

يتبين من الجدول السابق ما يلي:

- 1- أن نسبة الإناث أعلى من نسبة الذكور حيث بلغت نسبة الإناث (60%) من إجمالى العينة الكلية فى مقابل (40%) للذكور.
- 2- أن أعلى فئة للعمر تقع فى الفئة 38-46 عاماً بنسبة (52,5%) ، يليها الفئة العمرية 29-37 عاماً التي جاءت (32,5%) ، ثم الفئة العمرية 20-28 عاماً والتي بلغت (15%) من اجمالى العينة الكلية.
- 3- وبالنسبة للحالة الاجتماعية فقد بلغت فئة المتزوج (75%) ، يليها فئة الأعزب (20%) ، يليها فئة المطلق والأرمل بنسبة (5%) من إجمالى العينة الكلية.

- 4- ارتفاع النسبة المئوية لمستوى التعليم المتوسط وفوق المتوسط حيث بلغت (47,5%) من أجمالى العينة الكلية يليها المستوى التعليمي لا يقرأ ولا يكتب بنسبة (25%) ، ثم مستوى التعليم يقرأ ويكتب بنسبة (12,5%) واخيراً المستوى التعليمي الجامعي وفوق الجامعي بنسبة (15%) من إجمالى العينة الكلية.
- 5- أن مدة الاصابة سنة فأقل بلغت (40%) يليها مدة الاصابة التى زادت عن (3) سنوات حيث بلغت (35%) وبلغت نسبة الاصابة من سنة إلى 3 سنوات (25%) من إجمالى العينة الكلية.
- 6- وفيما يتعلق بنوع العلاج تبين ارتفاع العلاج الكيماوى بنسبة (62,5%) يليه المرضى الذين لم يبدأو العلاج بنسبة (27,5%)، ثم العلاج الإشعاعي والهرومونى بنسبة (5%) لكل منهما من إجمالى العينة الكلية.
- 7- كما يتبين من الجدول السابق ارتفاع نسبة سرطان الثدي حيث بلغت (22,5%) من أجمالى العينة الكلية ، يليها سرطان الغدة بنسبة (15%) ثم سرطان الدم والقولون والذى تساوت النسبة لديهما حيث بلغت (10%) ، ثم سرطان الفك بنسبة (7,5%) يليها سرطان العظام بنسبة (5%) وأخيراً سرطان الرقبة، الطحال، الرحم، القدم، الركبة، الكلى، البنكرياس، الصدر، الحوض، البلعوم، الرئة، المستقيم والذى تساوت النسبة بينهم (2,5%) من إجمالى العينة الكلية.

### ثالثاً: وصف أدوات الدراسة

#### 1- اختبار المناعة النفسية إعداد (الليثي، 2020).

أعد (الليثي، 2020) هذا المقياس بهدف قياس المناعة النفسية ويتكون المقياس من (48) عبارة موزعة على ستة أبعاد فرعية هي التفكير الايجابي، الثقة بالنفس، المواجهة الايجابية، المرونة النفسية، تنظيم الذات، الضبط الانفعالي، وتتم الإجابة على المقياس كما يلي: نادراً=1، أحياناً=2، دائماً=3، وتتراوح الدرجة على المقياس ككل ما بين (48-144) درجة وتشير الدرجة المرتفعة إلى تمتع الفرد بالمناعة النفسية.

وعن الخصائص السيكومترية للمقياس فقد قام معد المقياس بحساب الصدق الظاهري وصدق المقارنة الطرفية، والثبات بطريقة القسمة النصفية والتي بلغت (0,86) ، والاتساق الداخلى الذي تراوح ما بين (0,38) إلى 0,88 مما يشير إلى تمتع المقياس بدرجة مقبولة من الثبات والصدق.

وقبل التحقق من الكفاءة السيكومترية للأدوات على عينة الدراسة الراهنة ، تم حساب الاتساق الداخلى لاختبار جودة مقياس المناعة النفسية وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول (2)

## جدول (2)

معاملات الارتباط المتبادلة بين البند والدرجة الكلية لمكونة الفرعي لمقياس المناعة النفسية لدى مرضى السرطان

مرضى السرطان (40)											
التفكير الإيجابي		الثقة بالنفس		المواجهة الإيجابية		المرونة النفسية		تنظيم الذات		الضبط الانفعالي	
البند	الارتباط	البند	الارتباط	البند	الارتباط	البند	الارتباط	البند	الارتباط	البند	الارتباط
1	0,407	2	0,632	3	0,574	4	0,326	5	0,640	6	0,432
7	0,702	8	0,632	9	0,676	10	0,682	11	0,582	12	0,608
13	0,665	14	0,368	15	0,523	16	0,433	17	0,632	18	0,606
19	0,638	20	0,569	21	0,381	22	0,475	23	0,379	24	0,343
25	0,493	26	0,602	27	0,424	28	0,464	29	0,270	30	0,708
31	0,466	32	0,508	33	0,626	34	0,298	35	0,602	36	0,217
37	0,602	38	0,304	39	0,246	40	0,487	41	0,555	42	0,654
43	0,522	44	0,549	45	0,561	46	0,535	47	0,443	48	0,267

يتضح من الجدول السابق أن معاملات الارتباط قد تراوحت ما بين (0,343- 0,708) لدى مرضى السرطان وجميعها ارتباطات دالة وفقاً لمحك جليفور (0,3) فأكثر الأمر الذي يشير إلى تمتع مقياس إدراك المساندة الاجتماعية بدرجة عالية من الثبات باستثناء العبارات ارقام (39-34-29-36-48) لم تصل إلى محك جليفور المطلوب ، وبذلك بلغ عدد عبارات مقياس المناعة النفسية (43) بنذاً وذلك بعد حذف العبارات التي انخفضت قيمة معامل ارتباطها عن (0,3).

أما عن التحقق من الخصائص السيكومترية لمقياس المناعة النفسية على عينة الدراسة الحالية قامت الباحثتان بالتالي:

تم حساب الصدق عن طريق حساب الصدق المرتبط بالمحك لمقياس المناعة النفسية المستخدم في الدراسة الحالية مع مقياس جودة الحياة إعداد (إسماعيل، 2013) وبلغ معامل الارتباط بين المقياسين (0,316).

أما بالنسبة للثبات فقد تم حسابه بطريقتين هما، ألفا كرونباخ والقسمة النصفية وجاءت النتائج كما

يوضحها جدول (3)

## جدول (3)

معاملات ثبات ألفا كرونباخ والقسمة النصفية لمقياس المناعة النفسية

القسمة النصفية		الفا	المتغيرات
قبل التصحيح	بعد التصحيح		
0,460	0,630	0,686	التفكير الإيجابي
0,509	0,675	0,640	الثقة بالنفس
0,396	0,570	0,584	المواجهة الإيجابية
0,590	0,745	0,515	المرونة النفسية
0,464	0,634	0,632	تنظيم الذات
0,602	0,751	0,643	الضبط الانفعالي
0,714	0,833	0,893	الدرجة الكلية للمناعة النفسية

يتضح من الجدول السابق تمتع المقياس بدرجة مرتفعة من الثبات سواء بطرية الفا أو القسمة النصفية بعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان - براون.

## 2-استخبار إدراك المساندة الاجتماعية(إعداد الباحثان)

قامت الباحثان بإعداد هذا المقياس بهدف تقييم مدى إدراك المريض لوجود مصادر للدعم والمساندة عند الحاجة، ولإعداد المقياس أطلعت الباحثان على الإطار النظري الخاص بمفهوم المساندة الاجتماعية، وكذلك الدراسات السابقة والتوجهات النظرية المختلفة التي حاولت تفسيره، والمقاييس المتاحة مثل مقياس (الشقران ورافع ، 2016)، ومقياس (القماطي،2016)، ومقياس (العقاد،2015)، ومقياس زيميت وكونتي ميتشل (Zimet&Conty-Mitchell,2000). وتكونت الصورة المبدئية للمقياس من ( 37 ) بنداً موزعة على ثلاثة بنود هي(المساندة الأسرية، المساندة من الأصدقاء، المساندة من الفريق الطبي). يتم تصحيحها وفقاً لنموذج ليكرت المتدرج (دائماً=4، أحياناً=3، نادراً=2، أبداً=1) وتشير الدرجة المرتفعة إلى ارتفاع إدراك المساندة الاجتماعية.

وقبل التحقق من الكفاءة السيكومترية للمقياس تم حساب الاتساق الداخلي لاختبار جودة المقياس المستخدم وذلك كما يلي:

### جدول(4)

معاملات الارتباط المتبادلة بين البند والدرجة الكلية لمكونة الفرعي لمقياس إدراك المساندة الاجتماعية لدى مرضى السرطان

إدراك المساندة الاجتماعية					
المساندة الأسرية		المساندة من الأصدقاء		المساندة من الفريق الطبي	
البند	الارتباط	البند	الارتباط	البند	الارتباط
1	0,674	2	0,657	3	0,594
4	0,817	5	0,762	6	0,490
7	0,388	8	0,757	9	0,459
10	0,704	11	0,482	12	0,589
13	0,470	14	0,813	15	0,645
16	0,663	17	0,779	18	0,617
19	0,482	20	0,171	21	0,327
22	0,864	23	0,818	24	0,491
25	0,446	26	0,756	27	0,389
28	0,357	29	0,586	30	0,450
31	0,564	32	0,737	33	0,483
34	0,611	35	0,753	36	0,452
37	0,536				

يتضح من الجدول السابق أن معاملات الارتباط لمقياس إدراك المساندة الاجتماعية قد تراوحت بين (0,388-0,864) لدى مرضى السرطان وجميعها جاءت مقبولة وفقاً لمحك جليفرود (0,3) فأكثر الأمر الذي يشير إلى تمتع مقياس إدراك المساندة الاجتماعية بدرجة عالية من الثبات باستثناء العبارة رقم (20) لم تصل

إلى محك جيلفورد المطلوب. وبذلك تكون المقياس فى صورته النهائية من (36) بنذا بعد حذف العبارات السابق ذكرها.

وقد قامت الباحثتان بالتحقق من الخصائص السيكومترية لمقياس إدراك المساندة الاجتماعية عن طريق ما يلي:

أولاً: الصدق: وقد تم حسابة من خلال:

**1- صدق المحكمين:** تم عرض مقياس إدراك المساندة الاجتماعية فى صورته المبدئية على خمسة من المحكمين<sup>1</sup> من أساتذة علم النفس فى كلية الآداب والتربية جامعة حلوان ودمهور لبيان مدى ملاءمة البنود للمفاهيم التى أعدت لقياسها، وأيضاً مدى ملاءمة لغة المقياس وتوضيح أى تعديلات أو إضافة أو حذف بنود، وأسفرت هذه الخطوة عن اتفاق عام على جميع بنود المقياس. وبلغت نسبة اتفاق المحكمين (80%).

**2- الصدق المرتبط بالمحك:** عن طريق حساب معامل الارتباط بين مقياس إدراك المساندة الاجتماعية المستخدم فى الدراسة الحالية مع مقياس جودة الحياة إعداد (إسماعيل، 2013) وقد بلغ معامل الارتباط بين المقياسين (0,489) لدى مرضى السرطان وهى معامل ارتباط مقبول.

ثانياً: الثبات فقد تم حسابه بطريقتين هما ألفا كرونباخ والقسمة النصفية وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالى جدول(5)

#### جدول(5)

معاملات ثبات ألفا كرونباخ والقسمة النصفية لمقياس إدراك المساندة الاجتماعية

القسمة النصفية		ألفا	المتغيرات
قبل التصحيح	بعد التصحيح		
0,424	0,595	0,723	المساندة الاسرية
0,812	0,896	0,901	المساندة من الاصدقاء
0,594	0,746	0,760	المساندة من الفريق الطبي
0,617	0,763	0,875	الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية

يتضح من الجدول السابق تمتع المقياس بدرجة مرتفعة من الثبات سواء بطرية ألفا أو القسمة النصفية بعد

تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان - براون.

#### 3- استخبار إدراك المساندة عبر الانترنت (إعداد الباحثتان)

قامت الباحثتان بإعداد هذا المقياس بهدف تقييم مدى استفادة المريض من وجود مصادر للدعم الإلكتروني عند الحاجة، ولإعداد المقياس أطلعت الباحثتان على الإطار النظرى الخاص بمفهوم المساندة عبر الانترنت ومقياس المساندة عبر الانترنت لنيك (2016) Nick، وكذلك الدراسات السابقة والتوجهات النظرية المختلفة التى

<sup>1</sup> تتقدم الباحثة بالشكر والتقدير للسادة الاساتذة محكمي مقياس إدراك المساندة الاجتماعية والمساندة عبر الانترنت أ.د/ داليا نبيل ، أ.م.د/ خال عثمان، أ.م.د/ نهاد عبد الوهاب، أ.م.د/ محمد حلاوة ، أ.م.د/رشا عبد الستار

حاولت تفسيره، والمقاييس المتاحة كمقياس جراهام وزملاؤه (Graham et al.,2011)، ومقياس نيك وزملاؤه (Nick et al.,2018)، ومقياس أرسلان وآخرون (Arslan et al.,2020). وتكونت الصورة المبدئية للمقياس من (12) بنداً. يتم تصحيحها وفقاً لنموذج ليكرت المتدرج (دائماً=4، أحياناً=3، نادراً=2، أبداً=1) وتشير الدرجة المرتفعة إلى ارتفاع ادراك المساندة عبر الانترنت.

وقبل التحقق من الكفاءة السيكومترية للمقياس تم حساب الاتساق الداخلي لاختبار جودة المقياس المستخدم وذلك كما يلي:

### جدول(6)

معاملات الارتباط المتبادلة بين البند والدرجة الكلية لمقياس إدراك المساندة عبر الانترنت

ادراك المساندة عبر الانترنت	
الارتباط	البند
717,0	1
0,786	2
0,632	3
0,851	4
0,773	5
0,810	6
0,168	7
0,804	8
0,782	9
0,302	10
0,739	11
0,070	12
717,0	1
0,786	2

يتبين من الجدول أن معاملات الارتباط لمقياس المساندة عبر الانترنت قد تراوحت ما بين (0,632 - 0,851) وجميعها ارتباطات دالة وفقاً لمحك جيلفورد (0,3) فأكثر الأمر الذي يشير إلى تمتع مقياس المساندة عبر الانترنت بدرجة عالية من الثبات باستثناء العبارتين أرقام (7-12) لم تصل إلى محك جيلفورد. وبذلك تكون مقياس ادراك المساندة عبر الانترنت في صورته النهائية من (10) عبارات.

بعد ذلك قامت الباحثتان بالتحقق من الخصائص السيكومترية ادراك لمقياس المساندة الاجتماعية عن

طريق ما يلي:

أولاً: الصدق: وقد تم حسابة من خلال:

**1- صدق المحكمين:** تم عرض مقياس إدراك المساندة الاجتماعية في صورته المبدئية على نفس مجموعة محكمي مقياس ادراك المساندة الاجتماعية لبيان مدى ملاءمة البنود للمفاهيم التي أعدت لقياسها، وأيضاً مدى

ملاءمة لغة المقياس وتوضيح أي تعديلات أو إضافة أو حذف بنود، وأسفرت هذه الخطوة عن اتفاق عام على جميع بنود المقياس. وبلغت نسبة اتفاق المحكمين (80%).

**2- الصدق المرتبط المحك:** عن طريق حساب معامل الارتباط بين مقياس إدراك المساندة عبر الانترنت مع مقياس المناعة النفسية إعداد (الليثي، 2020) والمستخدم في الدراسة الحالية، وقد بلغ معامل الارتباط بين المقياسين (0,812) لدى مرضى السرطان وهي معامل ارتباط مرتفع.

**ثانياً: الثبات:** فقد تم حسابه بطريقتين هما ألفا كرونباخ والقسمة النصفية وجاءت النتائج كما يوضحها جدول (7)

#### جدول (7)

معاملات ثبات ألفا كرونباخ والقسمة النصفية لمقياس المساندة عبر الانترنت

القسمة النصفية		ألفا	المتغيرات
قبل التصحيح	بعد التصحيح		
0,889	0,887	0,925	المساندة عبر الانترنت

يتضح من الجدول السابق تمتع المقياس بدرجة مرتفعة من الثبات سواء بطرية ألفا أو القسمة النصفية بعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان - براون.

#### 4- مقياس قلق الموت (Templer, 1970) تعديل الباحثان

أعد هذا المقياس تمبلر (Templer, 1970) لقياس مستوى قلق الموت لدى مرضى السرطان، ويتكون المقياس من (15) عبارة، تصحح ابدأ=1، أحياناً=2، دائماً=3، وتتراوح الدرجة على المقياس ككل ما بين (15-45) درجة وتشير الدرجة المرتفعة إلى ارتفاع مستوى قلق الموت.

وعن الخصائص السيكومترية للمقياس فقد قام معد المقياس بحساب الصدق عن طريق الاتساق الداخلي وتراوحت معاملات الارتباط من (0,17-0,43)، وعن الثبات فقد تم حساب ثبات ألفا وبلغ (0,63).

وقد قامت الباحثان بإدخال تعديلات على عبارات المقياس بالحذف والإضافة والتعديل حتي يتناسب مع العينة المصرية لذا فقد وصلت عبارات المقياس إلى (20) عبارة تصحح ابدأ=1، أحياناً=2، دائماً=3، باستثناء بعض العبارات التي تصحح في الاتجاه العكسي أي أن ابدأ=3، أحياناً=2، دائماً=1 وهي العبارات أرقام (3-4-5)، وتتراوح الدرجة على المقياس ككل ما بين (20-60) درجة وتشير الدرجة المرتفعة إلى ارتفاع مستوى قلق الموت.

وقبل التحقق من الكفاءة السيكومترية للمقياس تم حساب الاتساق الداخلي لاختبار جودة المقياس المستخدم وذلك كما يلي:



### جدول (8)

معاملات الارتباط المتبادلة بين البند والدرجة الكلية لمقياس قلق الموت

قلق الموت			
الارتباط	البند	الارتباط	البند
0,586	11	626,0	1
0,585	12	0,496	2
0,634	13	0,170	3
0,613	14	244,0	4
0,342	15	0,108	5
0,630	16	0,543	6
0,466	17	0,400	7
0,370	18	0,591	8
0,503	19	0,603	9
0,750	20	0,679	10

يتضح من الجدول أن معاملات الارتباط لمقياس قلق الموت قد تراوحت ما بين (0,342-0,679) وجميعها ارتباطات دالة وفقاً لمحك جليفور (0,3) فأكثر الأمر الذي يشير إلى تمتع مقياس قلق الموت بدرجة عالية من الثبات باستثناء العبارات رقم (3-4-5) لم تصل إلى محك جليفور المطلوب. وبذلك بلغ عدد عبارات مقياس قلق الموت فى صورته النهائية (17) عبارة.

ثم قامت الباحثتان بالتحقق من الخصائص السيكومترية لمقياس قلق الموت عن طريق ما يلي:

**أولاً: الصدق المرتبط بالمحك:** حيث تم حساب الصدق لمقياس قلق الموت المستخدم فى الدراسة الحالية مع مقياس جودة الحياة إعداد (إسماعيل، 2013) وقد بلغ معامل الارتباط بين المقياسين (-0,320) لدى مرضى السرطان وهي معامل ارتباط مقبول.

**ثانياً: الثبات:** فقد تم حسابه بطريقتين هما ألفا كرونباخ والقسمة النصفية وجاءت النتائج كما يوضحها

### جدول (9)

#### جدول (9)

معاملات ثبات ألفا كرونباخ والقسمة النصفية لمقياس المساندة عبر الانترنت

القسمة النصفية		ألفا	المتغيرات
قبل التصحيح	بعد التصحيح		
0,720	0,837	0,874	قلق الموت

يتضح من الجدول السابق تمتع المقياس بدرجة مرتفعة من الثبات سواء بطرية ألفا أو القسمة النصفية بعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان - براون.

### الإساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة

تم استخدام مجموعة من الأساليب الإحصائية تتمثل في:

1- المتوسطات والانحرافات المعيارية.

2- معاملات ارتباط بيرسون.

3- الفا كرونباخ.

4- القسمة النصفية.

5- الاتساق الداخلي.

6- تحليل الانحدار البسيط .

7- تحليل التباين.

عرض النتائج ومناقشتها

نتائج الدراسة:

### أ- نتائج الإحصاء الوصفي:

تم وصف متغيرات الدراسة من حيث قيم المتوسط والانحراف المعياري ومعاملى الالتواء (تتصدر قيمته ما بين  $1 \pm$ ) والتقلطح (تتصدر قيمته ما بين  $2,57 \pm$ ) لتبيان توزيع المتغيرات اعتدالياً، والاعتماد على الإحصاء المعلمي وتحليل المسار بين المتغيرات المستقلة والتابعة والوسيطه، وهذا ما يوضحه الجدول (10) التالي:

### جدول (10)

الإحصاء الوصفي لمتغيرات الدراسة لدى مرضى السرطان (ن=40)

المتغيرات	المتوسط	الانحراف المعياري	الالتواء	التقلطح	أدني درجة	أقصى درجة
للمساندة الاجتماعية	124,00	12,952	1,454	3,014	79	144
المساندة عبر الانترنت	22,65	8,239	0,395	0,882	9	36
للمناعة النفسية	106,68	14,334	0,337	0,469	71	132
قلق الموت	33,10	7,390	0,013	0,810	20	47

فيما يتعلق بقيمة معامل الالتواء والتفرطح لمقاييس الدراسة المستخدمة نجد أن القيم تقترب من الصفر مما يشير إلى إعتدالية التوزيع. الأمر الذى يؤدي إلى استخدام أساليب بارامترية فى نتائج الدراسة

ب: نتائج فروض الدراسة ومناقشتها

أولاً: نتائج الفرض الأول ومناقشتها:

وللتحقق من الفرض الاول والقائل بأنه "توجد علاقات ارتباطية دالة إحصائياً بين درجات المناعة النفسية ودرجات كل من إدراك المساندة الاجتماعية والمساندة عبر الانترنت وقلق الموت. تم استخدام معامل ارتباط بيرسون ويوضح الجدول (11)، هذه النتائج.

### جدول (11)

معاملات الارتباط البسيط بين متغيرات الدراسة بعضها البعض لدى مرضى السرطان

المناعة النفسية	
*0,363	إدراك المساندة الاجتماعية
**0,812	المساندة عبر الانترنت
0,131-	قلق الموت

\*\* دال عند مستوى 0,01 \* دال عند مستوى 0,05

يتبين من الجدول السابق وجود علاقة موجبة ودالة إحصائياً بين درجات المناعة النفسية ودرجات كل من إدراك المساندة الاجتماعية، والمساندة عبر الانترنت، وعدم وجود علاقة بين المناعة النفسية وقلق الموت. وتعني هذه النتيجة أن الأفراد ذوى المناعة النفسية يدركون الدعم والمساندة من الآخرين المحيطين بهم سواء كانت هذه المساندة مباشرة (المساندة الاجتماعية)، أو غير مباشرة (المساندة عبر الانترنت)، وأن تمتع الفرد بالمناعة النفسية لا يرتبط بالشعور بقلق الموت. وتشير هذه النتائج إلى تحقق الفرض جزئياً.

**فيما يتعلق بوجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين المناعة النفسية وإدراك المساندة**

**الاجتماعية لدى مرضى السرطان من الجنسين**، فيمكن تفسير العلاقة الايجابية بين المناعة النفسية وإدراك المساندة الاجتماعية وفقاً لنموذج الأثر الرئيسي أو المباشر للمساندة الاجتماعية الذي يفترض وفقاً لبرنان Brennan عام 2001 أن زيادة حجم وكمية المساندة له تأثيرات إيجابية على الصحة النفسية للفرد وإحساسه بالرضا عن حياته، والتوافق مع بيئته سواء كان واقع تحت ضغط أم لا، وأنه كلما نقص حجم المساندة زاد احتمال التعرض للاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب، محدثاً خللاً في الصحة النفسية وأن له تأثيرات في الصحة الجسمية متمثلاً في زيادة الهرمونات العصبية والتي تؤدي إلى انخفاض كفاءة جهاز المناعة لدى الفرد، كما أن نقص المساندة الاجتماعية يؤثر سلباً على الجوانب الاجتماعية للفرد في انخفاض مستوى المشاركة الاجتماعية والإحساس بالعزلة(عباس،2016).

كذلك يمكن تفسير هذه النتيجة على المستوى النظري في ضوء دراسة العلاقة بين الجانب النفسي والتنظيم العصبي - الغددى والمناعى والتي يهتم بها علم حديث النشأة يعرف بعلم المناعة النفسية العصبية وهو العلم الذى يشتمل على الدراسات المتعددة والتي تسمح بتناول التأثير السلبي للعوامل النفسية كالحزن على سبيل المثال فى وظيفة الجهاز المناعى(قنون،2013). وفى هذا الصدد ، أشارت دراسة (محمد،2019) بأن مريض السرطان - وخاصة بعد إعلانه بمرضه وانخفاض مؤشرات المناعة الطبيعية لديه بشكل كبير - يقع ما بين اثنين إما إنحلال الشخصية والضمور شيئاً فشيئاً إلى الانتهاء وإما النمو ما بعد الصدمة ، فتجده قادراً على التفكير الايجابي ، متبني لنفسه فلسفه جيده للحياة تتلاءم ومستجدات الحياة عنده ، وهذا يعبر عن قوى الشخصية والتي تنمى المناعة النفسية وتنشط النمو النفسي لديه للتغلب على مرض السرطان . وقد وجد أن الأفراد الذين يعتمدون على شبكة من العلاقات الحميمة مع أفراد الأسرة والأصدقاء المقربين لهم، ويتلقون

دعمًا اجتماعيًا وعاطفيًا جيدًا كانت مناعتهم النفسية أكثر بكثير من غيرهم الذين يفترضون إلى الروابط الاجتماعية الوثيقة ولا يتلقون الدعم الجيد (قنون، 2013).

ويعتمد تنشيط المناعة النفسية على إدارة صاحبها، وعزمه على تصحيح طريقته في التفكير، وجهوده في تنمية أفكار ومشاعر السعادة، وطرد أفكار ومشاعر الشقاء واليأس، ومن أهم العوامل المساعدة على تنشيط المناعة النفسية هي ادراك المساندة الاجتماعية ويشمل الدعم الاجتماعي شبكة علاقات الفرد في الوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه والتي تدل على أهمية تفاعلاته مع الأفراد من أجل تحقيق صحة نفسية وجسمية جيدة. فمن خلال علاقات الفرد بالآخرين يستطيع أن يحصل على العديد من صور الدعم الاجتماعي كالدعم العاطفي المتمثل في إعطاء الفرد الاهتمام والحب والإصغاء إليه باهتمام والمساعدة في حل مشاكله وعدم التخلي عنه في أوقات الأزمات وقد أثبتت العديد من الأبحاث علاقة الدعم الاجتماعي بالجانب البيولوجي لدى الفرد، حيث ارتبط تلقي مستوى مرتفع من الدعم الاجتماعي بنشاط الجهاز المناعي وبالقدرة على مقاومة بعض الأمراض العضوية وسرعة الشفاء منها، أى يعد الدعم الاجتماعي من العوامل المقوية والمنشطة للجهاز المناعي (قنون، 2013). وبتفاعل المناعة النفسية والمساندة الاجتماعية يصبح المريض أقل عرضة للوقوع في دائرة الاضطرابات النفسية فشعور الفرد أن لديه مصادر للدعم النفسي والاجتماعي فإنه يمتلك القدرة على الفهم السليم لعواطفه وانفعالاته، ويشعر بالأمن النفسي، الأمر الذي ينعكس إيجابيًا على تحقيق النمو المتكامل في شخصية الفرد، ويساعده في إشباع احتياجاته النفسية والاجتماعية (أبو العلا، 2021).

وبتفسير هذه النتيجة على مستوى نتائج الدراسات السابقة ، وجدت الباحثان ندرة واضحة فى الدراسات التى اهتمت بدراسة هذه العلاقة بصفة عامة ولدى مرضى السرطان بصفة خاصة. وعلى أية حال تفسر الباحثان هذه النتيجة بأن المساندة الاجتماعية ضرورية للفرد بصفة عامة و لمرضى السرطان بصفة خاصة حيث تكسبه القدرة على التكيف والتوافق مع المرض وتخطى الصعوبات والقلق والتوتر المصاحب للمرض فوجود علاقة بين المساندة الاجتماعية والمناعة النفسية تعزز الصحة النفسية والقدرة على مواجهة الأزمات والضغوط ، فالأشخاص مرتفعي المناعة النفسية يتميزون بوجود مساندة مرتفعة تجعل لديهم القدرة على مواجهة صعوبات الحياة والتأثيرات السلبية للمرض.

كذلك يمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء نظرية النموذج الواقى (المخفف): الذي يفترض أن الدور الذي تقوم به المساندة الاجتماعية يتمثل في نقطتين مختلفتين في هذا التابع السببي الذي يربط بين الضغط النفسي والمرض، الأولى: يمكن للمساندة أن تتدخل بين الحادث الضاغط وبين رد فعل الضغط حيث تقوم بتخفيف أو منع استجابة تقدير الضغط بمعنى إن إدراك الشخص أن الآخرين يمكنهم أن يقدموا له الموارد والامكانيات اللازمة قد يجعله يعيد تقدير إمكانية لوجود ضرر نتيجة للموقف، أو تقوى لديه القدرة على التعامل مع المطالب التي يفرضها عليه الموقف، ومن ثم فإن الفرد لا يقدر الموقف على أنه شديد، والثانية: فإن المساندة الاجتماعية قد تتدخل بين خبرة

الضغط وظهور حالة مرضية (باآولوجية) وذلك عن طريق آقليل أو اسآبعاد رد فعل الضغط أو بالآأآير المباشر على العمليات الفسيولوجية، وقد آزىل المساندة الاآتماعية الأآر المرآب على آقدير الضغط عن طريق آقديم حل للمشكلة، وذلك بالآخفيف أو الآهوين من الأهمية الآى يدرآها الشخص لهذه المشكلة آىآ يحدث كبح للهرمونات العصبية، ويصبح الشخص أقل اسآجابة للضغط المدرآ أو عن طريق آيسير السلوكيات الصحية (عدنان، 2022) ومن آم يرتفع لىه مستوى المناعة النفسية.

**أما فيما يآعلق بوجود علاقة ارآباطية موجبة دالة إحصائياً بين المناعة النفسية وإادرار المساندة عبر الانآرنآ لى مرضى السرطان ،** فىمكن أن نعزو ذلك إى أن المناعة النفسية آقوى من آلال عدة عوامل مساندة من بينها المساندة عبر الانآرنآ الآى آمكن الأشآاص الآىن يعانون من الوصم مآل السرطان من إآجاد الدعم والمساندة ومناقشة القضايا الحساسة، نظراً لما آوفره المساندة عبر الانآرنآ من إخفاء الهوية، وآآنب الاآار المرآية للآلاآات مآل الآلاآ الكىمىائى والمراآل المآآخرة من الأمراض المشوهة، والوزن والعجز وأى علامات جسدية أخرى آكون غير واضحة، بالإضافة إى أن العوامل الديموجرافية كالآمر، والجنس، والهوية العرقية، والذآل، والحالة الاآتماعية لا آآضح بالسهولة. وآقليل الآوتر المصاحب لآضور مجموعات وآهأاً لوجه، وآقآدى صعوبات الاآصال النآآجة عن نقص الإشارات المرآية والسمعية الموجودة فى الآواصل الآقليدى وآهأاً لوجه. الأمر الذى يسمح بمزىد من الكآشف عن الآآ وىشآع على الصآق والاسآآادة من وآهآت النظر والآبرآ (White&Dorman,2001). الأمر الذى يزىد من مستوى المناعة النفسية لى مرضى السرطان.

**ومن النآآج غير المآقعة لهذا الفرض انآفاء العلاقة الارآباطية بين المناعة النفسية وقلق الموت لى مرضى السرطان ،** فعلى المستوى النظرى قد تم دراسة هذه العلاقة لى عىنآ مآآلفة كالمسآىن وآبآ بالدراسة وآود علاقة سالبة بين المناعة النفسية وقلق الموت. فالمناعة النفسية آعمل على مستوى آانبىن من شخصية الفرد هما الآانب الوقائى والآانب النمائى، والهدف من عملها يكمن فى آماية الفرد من الآآار السلبية النآآة عن الأآآآ غير السارة وهذا لا يتم إلا بعمل منآم ومنتاسق مع كافة مآونات المناعة النفسية كآآفكير الإىآابى وآل المشآلات والآقآؤل وآركىز وآعزىز الآآ وآقوية الآانب الآىنى وغيرها من المآونات الآى تقع ضمن الآانبىن الوقائى والنمائى وهذا فى آاية الأهمية فى حالة مآآهة أآآآ ضغوط الآياة والمواقف المؤلمة مآل قلق الموت الذى يآآج عنه آآار سلبية ومشاعر مؤلمة غير سارة ويعرف بالآالة الانفعالية غير السارة والمؤرقة للفرد والآى آآآج من آوقعات سلبية ومبالغ فىها نحو آهديد فى المآآقبل آآوم آول الموت وهذه الآالة الضاغطة قد آآآد على رأى آمبلر بعاملىن الأول مستوى الصحة النفسية العامة للفرد وهذا يرتبآ ارآباطاً مباشرأاً بهدف المناعة النفسية الرآىسى وهو الوصول إى صحة نفسية مآوازنة للفرد فىسآبىع من آلالها الآكىف مع البىئة المآىطة به ، والعامل

### المناعة النفسية متغير منبئ بإدراك المساندة الاجتماعية والمساندة عبر الانترنت وقلق الموت لدى مرضى السرطان

الأخر الذى يتحدد بخبرات الحياة للفرد المنتصلة بموضوع الموت وهذا الجانب الآخر هو أيضاً ركيزة أساسية من عمل المناعة النفسية المتمثل فى الجانب النمائي الذى أكد على أهميته جلبت وعمل على توضيح كيفية عمل المناعة النفسية بشكل ديناميكي مع الخبرات السلبية التى يمر بها الفرد وكيفية تقييمها وتقويمها وفق استراتيجية شعورية واخرى لا شعورية، التى تهدف إلى للاستفادة من الأحداث السلبية والعمل على المحاولة فى إيجاد تصرف أفضل فى مثل هذه الاحداث السلبية فى المراحل القادمة ويهدف التخفيف من حدة المشاعر السلبية المرافقة للأحداث الضاغطة التى يمكن القول أن حدث قلق الموت وهو أحد الأحداث الضاغطة المؤلمة لدى الإنسان، وبالتالي نفترض أن تكون العلاقة بين قلق الموت والمناعة النفسية علاقة عكسية أى كلما ارتفع مستوى المناعة النفسية لدى الفرد انخفض مستوى قلق الموت لديه (أبو سمهدانة، 2020). وعلى أية حال ، يمكن أن نعزو انتفاء العلاقة بين المناعة النفسية وقلق الموت صغر حجم عينة الدراسة الذى أدى إلى عدم وصول قيمة معامل الارتباط إلى مستوى الدلالة الإحصائية المطلوب الأمر الذى يدعو إلى إجراء مزيد من الدراسات على عينات كبيرة فى الحجم لبيان العلاقة هذه العلاقة.

ونظراً لما أسفرت عنه نتائج الفرض الأول من وجود علاقة بين المناعة النفسية وإدراك المساندة الاجتماعية، والمساندة عبر الانترنت، وعدم وجود علاقة بين المناعة النفسية وقلق الموت. فسيتم إجراء الفرض الثاني الخاص بالتنبؤ بين المناعة النفسية وكل من إدراك المساندة الاجتماعية والمساندة عبر الانترنت لدى مرضى السرطان.

#### ثانياً: نتائج الفرض الثاني ومناقشتها:

وللتحقق من الفرض الثاني والقائل بأنه "توجد قدرة تنبؤية للمناعة النفسية بدرجة إدراك المساندة الاجتماعية والمساندة عبر الانترنت لدى مرضى السرطان. وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام الانحدار البسيط ويوضح الجدول التالي نتاج هذه الخطوة.

حيث تعد المناعة النفسية متغير مستقل أو منبئ، وإدراك المساندة الاجتماعية والمساندة عبر الانترنت متغيرات تابعة وذلك لدى مرضى السرطان. ويوضح الجدول (12) نتائج هذه الخطوة.

جدول (12) تحليل الانحدار البسيط فى التنبؤ بإدراك المساندة الاجتماعية والمساندة عبر الانترنت لدى مرضى السرطان

المتغير التابع	المتغيرات المستقلة (المنبئة)	نسبة الإسهام	معامل الانحدار	معامل الانحدار المعياري Beta	قيمة "ف"	الدلالة	قيمة "ت"	الدلالة
إدراك المساندة الاجتماعية	المناعة النفسية	0,132	0,328	0,363	5,766	0,02	2,401	0,021
المساندة عبر الانترنت		0,660	0,467	0,812	73,640	0,000	8,581	0,000

#### معامل الانحدار المعياري Beta

#### معامل الانحدار B

يتضح من جدول (12) المناعة النفسية تسهم إسهاماً دالاً فى التنبؤ بإدراك المساندة الاجتماعية والمساندة عبر الانترنت لدى مرضى السرطان. وهذه النتيجة تعني أن المناعة النفسية تؤدي دوراً فى إدراك

المريض للمساندة الاجتماعية والمساندة عبر الانترنت من حوله. ويمكن أن نعزو ذلك إلى ما أشارت إليه دراسة (محمد، 2019) بأن مريض السرطان - وخاصة بعد إعلانه بمرضه وانخفاض مؤشرات المناعة الطبيعية لديه بشكل كبير - يقع ما بين اثنين إما إنحلال الشخصية والضمور شيئاً فشيئاً إلى الانتهاء وإما النمو ما بعد الصدمة ، فتجده قادراً على التفكير الايجابي، متبني لنفسه فلسفه جیده للحياة تتلاءم ومستجدات الحياة عنده ، وهذا يعبر عن قوى الشخصية والتي تنمى المناعة النفسية وتنشط النمو النفسي لديه للتغلب على مرض السرطان . ويرتفع مستوى المناعة النفسية بإدراك المريض لمصادر المساندة من حوله أياً كان نوع المساندة المقدمة له تقليدية أو عبر الانترنت فبصرف النظر عن شكل المساندة الاجتماعية المقدمة له فإن إدراك المريض لوجود من يدعمه ويمنحه الثقة للتكيف مع مرضه وزيادة قدرته على مواجهة المرض يزيد من المناعة النفسية لديه وفي هذا الصدد ينظر الباحثون أمثال كارلسون وهامرين Carlsson & Hamrin عام 1994 ودو Dow عام 1995 إلى أن المساندة الاجتماعية باعتبارها أمراً بالغ الأهمية للرفاهية النفسية والاجتماعية لمرضى السرطان وذلك لمساعدة المريض على معالجة مخاوف وغموض الموقف. ويمكن تلبية هذه الاحتياجات من قبل الأسرة والأصدقاء والممرضات والأطباء وغيرهم من الموظفين. وعادة ما تكون هناك حاجة متزايدة للحب، والدعم، والعاطفة التي تزداد بشكل متكرر على مدار تاريخ المرض والعلاجات لمرضى السرطان بسبب خوفهم من الرفض والتخلي - ويعود ذلك جزئياً إلى المفاهيم الخاطئة حول كون السرطان معدياً ومتجنباً من عائلات وأصدقاء المرضى - الأمر الذي يجعل المرضى يشعرون بالقلق، وانعدام السيطرة والشك بشأن مستقبلهم طوال فترة المرض، لذا فإن وجود المساندة والتفاعل مع الآخرين في شبكة المساندة الاجتماعية للمرضى له تأثير إيجابي وهام على تكيف المرضى مع المرض (Bottomley & Jones, 1997). وهذا الأمر يكون متاح ليس فقط بالمساندة الاجتماعية التقليدية المباشرة وجهاً لوجه ولكن أيضاً من خلال المساندة عبر الانترنت والتي تعزز النزعة الاختيارية والرفاهية النفسية (الاجتماعية والعاطفية) وتسهل التكيف مع المرض والعلاقات مع الأطباء وزيادة المعرفة بمعلومات حول المرض (Walter, 2019). وتمكن المشاركين من نقل تجربتهم المرضية بشكل حقيقي لشعورهم أن هناك من سيفهمهم ويدعمهم (Muir et al., 2020). وتتفق هذه النتيجة جزئياً مع دراسة الأعجم (2013) التي توصلت إلى وجود علاقة بين المناعة النفسية والمساندة الاجتماعية.

### ثالثاً نتائج الفرض الثالث ومناقشتها

**وللتحقق من الفرض الثالث والقائل بأنه** "تتباين درجات أفراد العينة فى كل من المناعة النفسية وإدراك المساندة الاجتماعية والمساندة عبر الانترنت وقلق الموت بتباين (النوع - مستوى التعليم - الحالة الاجتماعية - مدة الإصابة بالمرض - نوع السرطان - نوع العلاج - العمر)، تم استخدام تحليل التباين لمعرفة أثر كل من

المناعة النفسية متغير منبى بإدراك المساندة الاجتماعية والمساندة عبر الانترنت وقلق الموت لدى مرضى السرطان

النوع (ذكور - إناث) ومستوى التعليم، والحالة الاجتماعية، ومدة الإصابة بالمرض ونوع السرطان ونوع العلاج والعمر. وتوضح الجداول التالية نتائج هذه الخطوة.

جدول (13)

نتائج تحليل التباين لدرجات (16 من الذكور و24 من الإناث) في المناعة النفسية وفقاً للمتغيرات الديموجرافية

المتغيرات	مصادر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدالة
المناعة النفسية	النوع	118,880	1	118,880	0,695	غير دالة
	مستوى التعليم	1810,158	3	603,386	3,526	0,05
	التفاعل	42,055	3	14,018	0,082	غير دالة
	الخطأ	5476,297	32	171,134		
	المجموع	463195,000	40			
	النوع	222,694	1	222,694	1,013	غير دالة
	الحالة الاجتماعية	105,550	2	52,775	0,240	غير دالة
	التفاعل	373,266	2	186,633	0,849	غير دالة
	الخطأ	7475,994	34	219,882		
	المجموع	463195,000	40			
مدة الإصابة بالمرض	النوع	26,173	1	26,173	0,137	غير دالة
	مدة الإصابة بالمرض	1286,483	2	643,242	3,358	0,05
	التفاعل	19,436	2	9,718	0,051	غير دالة
	الخطأ	6512,761	34	191,552		
	المجموع	463195,000	40			
	النوع	6,499	1	6,499	0,033	غير دالة
	نوع السرطان	3898,793	17	229,341	1,149	غير دالة
	التفاعل	143,226	2	71,613	0,359	غير دالة
	الخطأ	3792,017	19	199,580		
	المجموع	463195,000	40			
نوع العلاج	النوع	1,820	1	1,820	0,010	غير دالة
	نوع العلاج	1115,266	4	278,817	1,458	غير دالة
	التفاعل	344,258	3	114,753	0,600	غير دالة
	الخطأ	5927,308	31	191,203		
	المجموع	463195,000	40			
	النوع	123,262	1	123,262	0,599	غير دالة
	العمر	496,474	2	248,237	1,207	غير دالة
	التفاعل	479,019	2	239,510	1,165	غير دالة
	الخطأ	6992,659	34	205,666		
	المجموع	463195,000	40			

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

أ- فيما يتعلق بالمستوى التعليمي

1- النوع لم يؤثر في الدرجة الكلية للمناعة النفسية ، حيث وجد عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الذكور والإناث في المناعة النفسية.



- 2- المستوى التعليمي يؤثر في الدرجة الكلية للمناعة النفسية ، حيث وجد وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الذكور والإناث فى المستوى التعليمي .
- 3- لم يكن للتفاعل بين النوع والمستوى التعليمي أثر في الدرجة الكلية للمناعة النفسية. وبناءً على هذه النتائج ، فإن الأمر استوجب علينا حساب L.S.D لتحديد أى من مجموعات المستوى التعليمي تختلف عن الأخرى بفروق دالة إحصائية في المناعة النفسية وتشير البيانات فى جدول(14) إلى هذه النتائج.

#### جدول(14)

قيم L.S.D ودلالات الفروق بين مجموعات المستوى التعليمي الأربعة فى المناعة النفسية

الذكور والإناث ن = 40				ع	م	العدد	مجموعات المقارنة	المتغيرات
المجموعات الأربعة للمستوى التعليمي								
جامعى / فوق الجامعى	متوسط/فوق المتوسط	يقرأ ويكتب	لا يقرأ ولا يكتب					
17,73*	18,32*	9,70		14,803	94,63	10	لا يقرأ ولا يكتب	المناعة النفسية
8,03	8,62			9,192	106,50	5	يقرأ ويكتب	
0,59				14,125	113,44	19	متوسط/فوق المتوسط	
				10,310	113,40	6	جامعى / فوق الجامعى	

\* دال عند مستوى 0,05

تشير نتائج جدول (14) إلى وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى 0,05 بين متوسطات درجات مرضى السرطان (الذكور والإناث) فى المستويات التعليمية المختلفة فيما يتعلق بالمناعة النفسية ، والفروق لصالح المرضى (الذكور والإناث) ذوى المستوى التعليمي المتوسط/فوق المتوسط والجامعى/فوق الجامعى.

#### ب- فيما يتعلق بالحالة الاجتماعية

- 1- النوع لم يؤثر في الدرجة الكلية للمناعة النفسية.
- 2- الحالة الاجتماعية لم تؤثر في الدرجة الكلية للمناعة النفسية.
- 3- لم يكن للتفاعل بين النوع والحالة الاجتماعية أثر في الدرجة الكلية للمناعة النفسية.

#### ج- فيما يتعلق بمدى الإصابة بالمرض

- 1- النوع لم يؤثر في الدرجة الكلية للمناعة النفسية.
- 2- مدة الإصابة بالمرض يؤثر في الدرجة الكلية للمناعة النفسية.

المناعة النفسية متغير منبى بإدراك المساندة الاجتماعية والمساندة عبر الانترنت وقلق الموت لدى مرضى السرطان

3- لم يكن للتفاعل بين النوع ومدة الإصابة بالمرض أثر في الدرجة الكلية للمناعة النفسية. وبناءً على هذه النتائج ، فإن الأمر استوجب علينا حساب L.S.D لتحديد أى من مجموعات مدة الإصابة بالمرض تختلف عن الأخرى بفروق دالة إحصائياً في المناعة النفسية وتشير البيانات فى جدول (15) إلى هذه النتائج.

#### جدول ( 15 )

قيم L.S.D ودلالات الفروق بين المجموعات الثلاث لمدة الإصابة بالمرض فى المناعة النفسية

الذكور والإناث ن = 40			ع	م	العدد	مجموعات المقارنة	المتغيرات
المجموعات الثلاثة لمدة الإصابة بالمرض							
أكثر من 3 سنوات	من سنة -3 سنوات	سنة فأقل					
*13,85	8,16		12,111	113,55	16	سنة فأقل	المناعة النفسية
5,69			19,282	104,60	10	من سنة -3 سنوات	
			14,028	98,25	14	أكثر من 3 سنوات	

\* دال عند مستوى 0,05

تشير نتائج جدول ( 15 ) إلى وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى 0,05 بين متوسطات درجات مرضى السرطان (الذكور والإناث) وفقاً لمدة الإصابة بالمرض فيما يتعلق بالمناعة النفسية ، والفروق إلى جانب المرضى (الذكور والإناث) الذين مر على إصابتهم بالمرض سنة فأقل.

#### د- فيما يتعلق نوع السرطان

- 1- النوع لم يؤثر في الدرجة الكلية للمناعة النفسية.
- 2- نوع السرطان لم يؤثر في الدرجة الكلية للمناعة النفسية.
- 3- لم يكن للتفاعل بين النوع ونوع السرطان بالمرض أثر في الدرجة الكلية للمناعة النفسية.

#### هـ- فيما يتعلق نوع العلاج

- 1- النوع لم يؤثر في الدرجة الكلية للمناعة النفسية.
- 2- نوع العلاج لم يؤثر في الدرجة الكلية للمناعة النفسية.
- 3- لم يكن للتفاعل بين النوع ونوع العلاج أثر في الدرجة الكلية للمناعة النفسية.

#### و- فيما يتعلق بالعمر

- 1- النوع لم يؤثر في الدرجة الكلية للمناعة النفسية.
- 2- العمر لم يؤثر في الدرجة الكلية للمناعة النفسية.
- 3- لم يكن للتفاعل بين النوع والعمر أثر في الدرجة الكلية للمناعة النفسية.

جدول (16)

نتائج تحليل التباين لدرجات (الذكور والإناث) فى إدراك المساندة الاجتماعية وفقاً للمتغيرات الديموجرافية

المتغيرات	مصادر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدالة
المساندة الاجتماعية	النوع	195,290	1	195,290	1,046	غير دالة
	مستوى التعليم	69,748	3	23,249	0,124	غير دالة
	التفاعل	358,766	3	119,589	0,640	غير دالة
	الخطأ	5976,756	32	186,774		
	المجموع	621582,000	40			
	النوع	0,338	1	0,338	0,002	غير دالة
	الحالة الاجتماعية	170,094	2	85,047	0,460	غير دالة
	التفاعل	21,321	2	10,660	0,058	غير دالة
	الخطأ	6287,717	34	184,933		
	المجموع	621582,000	40			
	النوع	9,327	1	9,327	0,058	غير دالة
	مدة الإصابة بالمرض	500,879	2	250,440	1,557	غير دالة
	التفاعل	610,643	2	305,322	1,898	غير دالة
	الخطأ	5469,782	34	160,876		
	المجموع	621582,000	40			
	النوع	64,758	1	64,758	0,302	غير دالة
	نوع السرطان	2143,369	17	126,081	0,588	غير دالة
	التفاعل	234,129	2	117,064	0,546	غير دالة
	الخطأ	4071,700	19	214,300		
	المجموع	621582,000	40			
النوع	47,396	1	47,396	0,270	غير دالة	
نوع العلاج	957,728	4	239,432	1,362	غير دالة	
التفاعل	113,707	3	37,902	0,216	غير دالة	
الخطأ	5448,367	31	175,754			
المجموع	621582,000	40				
النوع	130,398	1	130,398	0,737	غير دالة	
العمر	307,131	2	153,565	0,869	غير دالة	
التفاعل	145,086	2	72,543	0,410	غير دالة	
الخطأ	6011,736	34	176,816			
المجموع	621582,000	40				

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

أ- فيما يتعلق بالمستوى التعليمي

- 1- النوع لم يؤثر فى الدرجة الكلية لإدراك المساندة الاجتماعية.
- 2- المستوى التعليمي لم يؤثر فى الدرجة الكلية لإدراك المساندة الاجتماعية.
- 3- لم يكن للتفاعل بين النوع والمستوى التعليمي أثر فى الدرجة الكلية لإدراك المساندة الاجتماعية.

**ب- فيما يتعلق بالحالة الاجتماعية**

- 1- النوع لم يؤثر في الدرجة الكلية لإدراك المساندة الاجتماعية.
- 2- الحالة الاجتماعية لم يؤثر في الدرجة الكلية لإدراك المساندة الاجتماعية.
- 3- لم يكن للتفاعل بين النوع والحالة الاجتماعية أثر في الدرجة الكلية لإدراك المساندة الاجتماعية.

**ج- فيما يتعلق بمدى الإصابة بالمرض**

- 1- النوع لم يؤثر في الدرجة الكلية لإدراك المساندة الاجتماعية.
- 2- مدة الإصابة بالمرض لم يؤثر في الدرجة الكلية لإدراك المساندة الاجتماعية.
- 3- لم يكن للتفاعل بين النوع ومدى الإصابة بالمرض أثر في الدرجة الكلية لإدراك المساندة الاجتماعية.

**د- فيما يتعلق بنوع السرطان**

- 1- النوع لم يؤثر في الدرجة الكلية لإدراك المساندة الاجتماعية.
- 2- نوع السرطان لم يؤثر في الدرجة الكلية لإدراك المساندة الاجتماعية.
- 3- لم يكن للتفاعل بين النوع ونوع السرطان بالمرض أثر في الدرجة الكلية لإدراك المساندة الاجتماعية.

**هـ- فيما يتعلق بنوع العلاج**

- 1- النوع لم يؤثر في الدرجة الكلية لإدراك المساندة الاجتماعية.
- 2- نوع العلاج لم يؤثر في الدرجة الكلية لإدراك المساندة الاجتماعية.
- 3- لم يكن للتفاعل بين النوع ونوع العلاج أثر في الدرجة الكلية لإدراك المساندة الاجتماعية.

**و- فيما يتعلق بالعمر**

- 1- النوع لم يؤثر في الدرجة الكلية لإدراك المساندة الاجتماعية.
- 2- العمر لم يؤثر في الدرجة الكلية لإدراك المساندة الاجتماعية.
- 3- لم يكن للتفاعل بين النوع والعمر أثر في الدرجة الكلية لإدراك المساندة الاجتماعية.

المناعة النفسية متغير منبى بإدراك المساندة الاجتماعية والمساندة عبر الانترنت وقلق الموت لدى مرضى السرطان

جدول (17)

نتائج تحليل التباين لدرجات (الذكور والإناث) في ادراك المساندة عبر الانترنت وفقاً للمتغيرات الديموجرافية

المتغيرات	مصادر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدالة
المساندة عبر الانترنت	النوع	104,805	1	104,805	1,695	غير دالة
	مستوى التعليم	529,891	3	176,630	2,856	0,05
	التفاعل	13,523	3	4,508	0,073	غير دالة
	الخطأ	1978,842	32	61,839		
	المجموع	23168,000	40			
	النوع	231,193	1	231,193	3,352	غير دالة
	الحالة الاجتماعية	47,756	2	23,878	0,346	غير دالة
	التفاعل	186,280	2	93,140	1,350	غير دالة
	الخطأ	2345,078	34	68,973		
	المجموع	23168,000	40			
	النوع	45,851	1	45,851	0,689	غير دالة
	مدة الإصابة بالمرض	227,564	2	113,782	1,711	غير دالة
	التفاعل	49,032	2	24,516	0,369	غير دالة
	الخطأ	2261,161	34	66,505		
	المجموع	23168,000	40			
	النوع	5,888	1	5,888	0,075	غير دالة
	نوع السرطان	962,513	17	56,618	0,721	غير دالة
	التفاعل	128,315	2	64,158	0,817	غير دالة
	الخطأ	1491,417	19	78,496		
	المجموع	23168,000	40			
النوع	81,513	1	81,513	1,365	غير دالة	
نوع العلاج	561,261	4	140,315	2,350	غير دالة	
التفاعل	125,157	3	41,719	0,699	غير دالة	
الخطأ	1851,308	31	59,720			
المجموع	23168,000	40				
النوع	112,773	1	112,773	1,585	غير دالة	
العمر	120,220	2	60,110	0,845	غير دالة	
التفاعل	37,878	2	18,939	0,266	غير دالة	
الخطأ	2418,498	34	71,132			
المجموع	23168,000	40				

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

أ- فيما يتعلق بالمستوى التعليمي

1- النوع لم يؤثر في الدرجة الكلية للمساندة الالكترونية.

2- المستوى التعليمي يؤثر في الدرجة الكلية للمساندة الالكترونية. حيث وجدت فروق بين مرضى السرطان من

الجنسين في ادراك المساندة عبر الانترنت وفقاً للمستوى التعليمي.

المناعة النفسية متغير منبى بإدراك المساندة الاجتماعية والمساندة عبر الانترنت وقلق الموت لدى مرضى السرطان

3- لم يكن للتفاعل بين النوع والمستوى التعليمي أثر في الدرجة الكلية للمساندة الالكترونية. وبناءً على هذه النتائج ، فإن الأمر استوجب علينا حساب L.S.D لتحديد أى من مجموعات المستوى التعليمي تختلف عن الأخرى بفروق دالة إحصائياً فى ادراك المساندة عبر الانترنت وتشير البيانات فى جدول(18) إلى هذه النتائج.

### جدول(18)

قيم L.S.D ودلالات الفروق بين مجموعات المستوى التعليمي الأربعة فى ادراك المساندة عبر الانترنت

الذكور والإناث ن = 40				ع	م	العدد	مجموعات المقارنة	المتغيرات
المجموعات الأربعة للمستوى التعليمي								
جامعى / فوق الجامعى	متوسط/فوق المتوسط	يقرأ ويكتب	لا يقرأ ولا يكتب					
8,17	*8,21	4,20		9,739	18,37	10	لا يقرأ ولا يكتب	المناعة النفسية
3,97	4,01			4,950	23,50	5	يقرأ ويكتب	
0,04				7,246	27,33	19	متوسط/فوق المتوسط	
				7,570	25,60	6	جامعى / فوق الجامعى	

\* دال عند مستوى 0,05

تشير نتائج الجدول السابق إلى وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى 0,05 بين متوسطات درجات مرضى السرطان(الذكور والإناث) فى المستويات التعليمية المختلفة فيما يتعلق بإدراك المساندة عبر الانترنت ، والفروق إلى جانب المرضى (الذكور والإناث) ذوى المستوى التعليمي الجامعى وفوق الجامعى.

### ب- فيما يتعلق بالحالة الاجتماعية

- 1- النوع لم يؤثر فى الدرجة الكلية للمساندة الالكترونية.
- 2- الحالة الاجتماعية لم يؤثر فى الدرجة الكلية للمساندة الالكترونية.
- 3- لم يكن للتفاعل بين النوع والحالة الاجتماعية أثر فى الدرجة الكلية للمساندة الالكترونية.

### ج- فيما يتعلق بمدى الإصابة بالمرض

- 1- النوع لم يؤثر فى الدرجة الكلية للمساندة الالكترونية.
- 2- مدة الإصابة بالمرض لم يؤثر فى الدرجة الكلية للمساندة الالكترونية.
- 3- لم يكن للتفاعل بين النوع ومدى الإصابة بالمرض أثر فى الدرجة الكلية للمساندة الالكترونية.

**د- فيما يتعلق نوع السرطان**

- 1- النوع لم يؤثر في الدرجة الكلية للمساندة الالكترونية.
- 2- نوع السرطان لم يؤثر في الدرجة الكلية للمساندة الالكترونية.
- 3- لم يكن للتفاعل بين النوع ونوع السرطان بالمرض أثر في الدرجة الكلية للمساندة الالكترونية.

**هـ- فيما يتعلق نوع العلاج**

- 1- النوع لم يؤثر في الدرجة الكلية للمساندة الالكترونية.
- 2- نوع العلاج لم يؤثر في الدرجة الكلية للمساندة الالكترونية.
- 3- لم يكن للتفاعل بين النوع ونوع العلاج أثر في الدرجة الكلية للمساندة الالكترونية.

**و- فيما يتعلق بالعمر**

- 1- النوع لم يؤثر في الدرجة الكلية للمساندة الالكترونية.
- 2- العمر لم يؤثر في الدرجة الكلية للمساندة الالكترونية.
- 3- لم يكن للتفاعل بين النوع والعمر أثر في الدرجة الكلية للمساندة الالكترونية.

**جدول (19)**

نتائج تحليل التباين لدرجات (الذكور والإناث) في قلق الموت وفقاً للمتغيرات الديموجرافية

المتغيرات	مصادر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة
قلق الموت	النوع	13,601	1	13,601	0,272	غير دالة
	مستوى التعليم	95,488	3	31,829	0,636	غير دالة
	التفاعل	441,632	3	147,211	2,943	0,05
	الخطأ	1600,831	32	50,026		
	المجموع	45954,000	40			
	النوع	2,126	1	2,126	0,042	غير دالة
	الحالة الاجتماعية	286,148	2	143,074	2,825	غير دالة
	التفاعل	69,510	2	34,755	0,686	غير دالة
	الخطأ	1721,717	34	50,639		
	المجموع	45954,000	40			
	النوع	61,259	1	61,259	1,033	غير دالة
	مدة الإصابة بالمرض	7,109	2	3,554	0,060	غير دالة
	التفاعل	34,098	2	17,049	0,288	غير دالة
	الخطأ	2016,008	34	59,294		
	المجموع	45954,000	40			
	النوع	146,449	1	146,449	2,442	غير دالة
	نوع السرطان	921,056	17	54,180	0,903	غير دالة
	التفاعل	2,320	2	1,160	0,019	غير دالة
	الخطأ	1139,500	19	59,974		
	المجموع	45954,000	40			
النوع	171,964	1	171,964	3,447	غير دالة	
نوع العلاج	92,380	4	23,095	0,463	غير دالة	

المناعة النفسية متغير منبى بإدراك المساندة الاجتماعية والمساندة عبر الانترنت وقلق الموت لدى مرضى السرطان

0,05	3,377	168,482	3	505,447	التفاعل
		49892,720	31	1546,642	الخطأ
			40	45954,000	المجموع
غير دالة	1,449	75,878	1	75,878	النوع
غير دالة	1,121	58,675	2	117,349	العمر
غير دالة	2,020	105,757	2	211,514	التفاعل
		52,354	34	1780,033	الخطأ
			40	45954,000	المجموع

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

**أ- فيما يتعلق بالمستوى التعليمي**

- 1- النوع لم يؤثر في الدرجة الكلية لقلق الموت.
- 2- المستوى التعليمي لم يؤثر في الدرجة الكلية لقلق الموت.
- 3- للتفاعل بين النوع والمستوى التعليمي أثر في الدرجة الكلية لقلق الموت.

**ب- فيما يتعلق بالحالة الاجتماعية**

- 1- النوع لم يؤثر في الدرجة الكلية لقلق الموت.
- 2- الحالة الاجتماعية لم يؤثر في الدرجة الكلية لقلق الموت.
- 3- لم يكن للتفاعل بين النوع والحالة الاجتماعية أثر في الدرجة الكلية لقلق الموت.

**ج- فيما يتعلق بمدى الإصابة بالمرض**

- 1- النوع لم يؤثر في الدرجة الكلية لقلق الموت.
- 2- مدة الإصابة بالمرض لم يؤثر في الدرجة الكلية لقلق الموت.
- 3- لم يكن للتفاعل بين النوع ومدى الإصابة بالمرض أثر في الدرجة الكلية لقلق الموت.

**د- فيما يتعلق بنوع السرطان**

- 1- النوع لم يؤثر في الدرجة الكلية لقلق الموت.
- 2- نوع السرطان لم يؤثر في الدرجة الكلية لقلق الموت.
- 3- لم يكن للتفاعل بين النوع ونوع السرطان بالمرض أثر في الدرجة الكلية لقلق الموت.

**هـ- فيما يتعلق بنوع العلاج**

- 1- النوع لم يؤثر في الدرجة الكلية لقلق الموت.
- 2- نوع العلاج لم يؤثر في الدرجة الكلية لقلق الموت.
- 3- للتفاعل بين النوع ونوع العلاج أثر في الدرجة الكلية لقلق الموت.



## و- فيما يتعلق بالعمر

- 1- النوع لم يؤثر في الدرجة الكلية لقلق الموت.
- 2- العمر لم يؤثر في الدرجة الكلية لقلق الموت.
- 3- لم يكن للتفاعل بين النوع والعمر أثر في الدرجة الكلية لقلق الموت.

تناول الفرض الثالث الفروق بين مرضى السرطان فى متغيرات الدراسة فى ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية وهى (النوع - مستوى التعليم - الحالة الاجتماعية - مدة الإصابة بالمرض - نوع العلاج - العمر) ، وسوف يتم مناقشة نتائج هذا الفرض فى كل متغير من متغيرات الدراسة على حده وفقاً للمتغيرات الديموجرافية كما يلي:

### أولاً : فيما يتعلق بالفروق بين مرضى السرطان فى المناعة النفسية فى ضوء المتغيرات الديموجرافية موضع

الدراسة : حيث أشارت نتيجة هذا الفرض إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى السرطان فى المناعة النفسية وفقاً للنوع. وتعنى هذه النتيجة تساوى مرضى السرطان من الجنسين فى مستوى المناعة النفسية ، وبالتالي لم تثبت النتائج جزئياً صحة هذا الفرض. وترجع الباحثان هذه النتيجة إلى أن المناعة النفسية تعمل على تكوين شخصية سوية مرنة قادرة على مواجهة الضغوط بإيجابية ومقاومة للأمراض النفسية والجسمية بغض النظر عن النوع فكل المرضى من الجنسين لديهم تمسك بالحياة حيث تقع على عاتقهم مسئولية الأسرة لذلك يحاولون قدر المستطاع التغلب والتكيف مع الظروف التى يتعرضون لها وتخطيها من أجل تحقيق الأمان للمحيطين بهم. كما يمكن أن تفسر هذه النتيجة من خلال تشابه الظروف المرضية بين أفراد العينة وتشابه الضغوط النفسية التى يتعرضون لها أثناء المرض وحصولهم على نفس الرعاية الصحية وفرص العلاج وقدرتهم على تخطى الآمهم ومخاوفهم الأمر الذى يصقل من شخصيتهم ويجعلهم قادرين على التغلب عليها وقادرين على السيطرة عليها دون أن تؤثر على مستوى مناعتهم النفسية. وفى هذا الصدد ، فقد أشار سيلبي Selye (1976) أن هناك ترابط بين العقل والجسم، وأن الهيبيوثلاموس الموجود بالجهاز العصبي المركزي يقوم بتحويل الإشارات العصبية إلى معلومات هرمونية ويكون الجهاز الطرفي هو المسئول عن عمليات التحويل هذه، ويتم التحول عن طريق ثلاث أجهزة يتحول بها الضغط إلى عرض جسمي، وهذا يحدث بطريقة بيولوجية آليه .إلى جانب أن مدى تقبل الفرد للأزمة واستيعابها وقدرته على تجاوزها، والبعد عن التوتر الذى يعزز المشاعر السلبية التى تؤثر على السلوك وبالتالي تؤثر فى المناعة النفسية للفرد يكون بصورة واحدة لدى الأفراد ولا يختلف باختلاف النوع سواء كان الفرد ذكراً أو أنثى ، كما أن المناعة النفسية تختلف من فرد إلى آخر نتيجة أساليب التنشئة الاجتماعية والمواقف التى يتعرض لها الفرد فى حياته ؛ فزيادة المناعة وقلتها تتوقف على مدى نجاح الفرد فى المواقف السابقة، مما يكسبه ثقة فى ذاته وقدراته على تخطى الصعاب والتعامل مع العوائق التى قد تعترضه مستقبلاً بصرف النظر عن كونه أنثى

أو ذكر (صديق، 2021) كما يمكن أن ترجع الباحثان عدم ظهور فروق في المناعة النفسية إلى عدة عوامل منها حجم العينة حيث أن عدد الإناث والمقدر 24 يفوق عدد الذكور والمقدر 16 فردًا ، مما قد يؤثر في نتائج الدراسة، هذا بالإضافة إلى عوامل أخرى، كالحالة النفسية للمريض لاسيما أثناء أخذ عينة الدم منه، وأيضا مدى تأثر المريض بالظروف المحيطة به سواء الفيزيائية منها أو النفسية، كالتعب، الخوف، التوتر وغيرها من الظروف

كذلك يمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء نموذج المناعة النفسية وفقاً لـ اولاه (2002 ، 2005): الذي يرى أن المناعة النفسية نظام ادراكي متكامل يحتوي على عدة أنظمة فرعية تتفاعل مع بعضها البعض لحماية الفرد من التأثيرات السلبية للضغوط النفسية فهي بمثابة موارد مقاومة للضغوط أو أجسام نفسية مضادة لها حيث تساعد هذه الموارد على تحمل الضغوط والتعامل مع التهديدات بطريقة لا تضر بالشخصية بأى شكل من الأشكال بل تعمل على تحسين وتفعيل استجابات سلوكية من شأنها أن تقاوم الضغوط وتحقق التوازن النفسي للفرد بصرف النظر عن جنسه ذكر أو أنثى (Bona,2014).

وتتسق هذه النتيجة مع ما توصلت إلى دراسة كل من (السيد ، 2021) ، و(صديق ، 2021) بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في المناعة النفسية. وعلى الجانب الآخر نجد أن هذه النتيجة تتعارض مع نتائج بعض الدراسات التي تناولت الفروق بين الجنسين في المناعة النفسية كدراسة(محمد ، 2018) ، (فتحي ، 2019) ، ودراسة (أحمد ، 2021) والتي توصلت جميعها إلى وجود فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث في المناعة النفسية وكانت الفروق في صالح الذكور .

أما فيما يتعلق بالفروق بين مرضى السرطان من الجنسين في المناعة النفسية وفقاً للمستوى التعليمي فقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى السرطان (الذكور والإناث) في المستويات التعليمية المختلفة فيما يتعلق بالمناعة النفسية ، وكانت الفروق لصالح ذوى المستوى التعليمي المتوسط/فوق المتوسط والجامعى/فوق الجامعى. وتعني هذه النتيجة ارتفاع المناعة النفسية لدى ذوى التعليم المتوسط والجامعى. ولم تجد الباحثتان ما يؤيد أو يعارض هذه النتيجة إلا أنها تبدو نتيجة منطقية ، فذوى التعليم المتوسط والجامعى لديهم وعي أكبر بمرض السرطان وخطورته والوعي والالمام بأهمية الصحة الجسمية وضرورة التعامل معه والتكيف معه من خلال تقوية جهازهم المناعى النفسى واستجماع مصادرهـم الشخصية التى من خلالها يمكن تحدى الظروف المصاحبة لمرض السرطان ، كما يستطيع مريض السرطان فى هذا المستوى من التعليم أن يواجه المرض ويبدى روح المقاومة لعلمه ويقينه بوجود علاجات طبية ونفسية متقدمة يمكنه الاستفادة منها أثناء العلاج ، كل هذا يزيد من مناعته النفسية.

أما فيما يتعلق بالفروق بين الجنسين من مرضى السرطان في المناعة النفسية وفقاً للحالة الاجتماعية فقد توصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى السرطان من الجنسين في المناعة النفسية

وفقاً للحالة الاجتماعية ، وتعني هذه النتيجة تساوى المتزوجين وغير المتزوجين من مرضى السرطان فى المناعة النفسية فمريض السرطان أياً كانت حالته الاجتماعية متزوجاً كان أو أعزباً أو مطلقاً يجب أن يكون لديه نظام مناعى نفسى وظيفته حمايته من الآثار السلبية للمرض والضغوط النفسية والانفعالية المصاحبه للمرض.وقد كان من المتوقع أن يُظهر المتزوجين مستوى أعلى من المناعة النفسية عن غير المتزوجين فقد يؤثر الزواج على جهاز المناعى النفسى ويزيد من نشاطه لما يحمله الزواج من روابط عاطفية أما غير المتزوجين يحرّموا من تلك الروابط العاطفية التى تربط الطرفين وتقبل كل منهما للحالة المرضية للآخر. ويمكن تفسير هذه النتيجة فى ضوء مفهوم المناعة النفسية فمعنى المناعة التحصين والوقاية والقوة فى مواجهة الضغوط والأزمات والمواقف والأحداث المؤلمة والمحبطة التى يتعرض لها الانسان فى حياته اليومية بصفة عامة ومريض السرطان بصفة خاصة بغض النظر عن حالته الاجتماعية.

أما بالنسبة للفروق بين مرضى السرطان من الجنسين فى المناعة النفسية وفقاً لمدة الإصابة بالمرض فقد أشارت نتائج هذا الفرض إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات مرضى السرطان (الذكور والإناث) وفقاً لمدة الإصابة بالمرض فيما يتعلق بالمناعة النفسية ، والفروق إلى جانب المرضى (الذكور والإناث) الذين مر على إصابتهم بالمرض سنة فأقل. وتعني هذه النتيجة أن مرضى السرطان من الجنسين الذين مر على إصابتهم بالمرض سنة فأقل هم أكثر مناعة نفسية ممن مر على إصابتهم ثلاث سنوات فأكثر. وتفسر الباحثان هذه النتيجة بأن مرضى السرطان ممن مر على إصابتهم بالمرض سنة فأقل ربما لم يبدأوا العلاج بعد ولم تتدهور حالتهم الصحية الأمر الذى لم يؤثر على جهاز مناعتهم النفسى.

وعن الفروق بين مرضى السرطان من الجنسين فى المناعة النفسية وفقاً لنوع السرطان فقد أشارت نتائج الفرض الثالث أيضاً إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى السرطان من الجنسين فى المناعة النفسية وفقاً لنوع السرطان وتعني هذه النتيجة تساوى مرضى السرطان من الجنسين فى ادراك المساندة الاجتماعية وفقاً لنوع السرطان وتبدو هذه النتيجة غير منطقية ، فقد كان من المتوقع أن تظهر فروقاً وفقاً لنوع السرطان وخاصة أن معظم مرضى السرطان فى عينة الدراسة الزهانة كانت من مريضات الثدي بنسبة ( 22,5 % ) من أجمال العينة الكلية وباقى المرضى من أنواع مختلفة للسرطان ما بين سرطان غدة وفك وقولون ودم .....إلخ ، ولكن على أية حال يمكن تفسير هذه النتيجة بأن مرضى السرطان بغض النظر عن نوع السرطان المصابون به يشعرون بالتسليم للواقع والأمر والإيمان بقضاء الله وقدره وبالتالي يحتفظ جهاز مناعتهم النفسية بأدائه وتحمل الصعاب والتأقلم مع المرض فلا يؤثر نوع السرطان علي جهازهم المناعى النفسى ومن هنا انتفت الفروق بينهم فى المناعة النفسية.

أما عن الفروق بين مرضى السرطان من الجنسين فى المناعة النفسية وفقاً لنوع العلاج فقد أشارت نتائج الفرض الثالث أيضاً إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى السرطان من الجنسين فى المناعة

النفسية وفقاً لنوع العلاج. وتعنى هذه النتيجة تساوى مرضى السرطان من الجنسين فى المناعة النفسية وفقاً لنوع العلاج. وتبدو هذه النتيجة غير منطقية خاصة وأن حوالى (62,5%) من إجمالى العينة يخضعون للعلاج الكيماوي وما له من آثار نفسية وجسمية على المريض يمكن أن تؤثر على مناعته النفسية ، ولكن يمكن تفسير انتفاء الفروق بين مرضى السرطان فى المناعة النفسية وفقاً لنوع العلاج فى ضوء مفهوم المناعة النفسية والذي يستند على الأساس العلمي الذي يرى إن العقل والجسم لا ينفصلان وأن الدماغ يؤثر على جميع العمليات الفسيولوجية والنفسية لدى الفرد وهذا ما يستوجب أن يكافح الفرد من أجل تنمية مناعته النفسية من خلال التفكير الإيجابي والشعوري بالتماسك والإحساس بالنمو والتفاؤل والمرونة (إبراهيم، 2019)، فإذا ما توافرت لدى مريض السرطان هذه السمات الإيجابية فلم يتأثر مستوى مناعته النفسية سواء خضع للعلاج الكيماوي أو الإشعاعي أو لم يبدأ العلاج بعد.

وأخيراً ، فيما يتعلق بالفروق بين الجنسين من مرضى السرطان فى المناعة النفسية وفقاً للعمر فقد أسفرت نتائج هذا الفرض عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى السرطان من الجنسين فى المناعة النفسية وفقاً للعمر. ويرجع ذلك - وفقاً لما أشارت إليه دراسة (صديق، 2021) - إلى أن المناعة النفسية تعد كوحدة متكاملة متعددة الأبعاد للموارد الشخصية التي تقدم للفرد لتقوية وتعزيز آليات الدفاع النفسي لحماية الفرد من الضرر أو الأذى النفسي والتعامل مع الضغوط ومقاومتها وتدعيم الصحة البدنية والنفسية معاً؛ فهي تعتبر كدرع واقى يحمينا من كل شيء يهدد حياتنا وتوافقنا النفسي إذا ما أدركناه حققنا التكيف بشكل مستمر؛ ويعد التوتر من العوامل التي تهدد المناعة النفسية فقد أشارت بعض الدراسات إلى أن التوتر مرتبط بزيادة الكورتيزول، والذي بدوره يؤدي إلى إضعاف الاستجابات المناعية فى جسم الإنسان؛ فزيادة منسوب الكورتيزول فى الجسم لفترات ممتدة تؤثر سلباً على عمل جميع الخلايا التائية وكريات الدم البيضاء، الأمر الذي ينعكس سلباً على مناعة الجسم بشكل عام، ومن هنا، فإن الدراسات ثبت أنه إذا ما تعرض جسم الإنسان إلى فيروسات معدية أثناء الشعور بالتوتر المزمن ، فإن الجسم لن يتمكن من محاربة الأجسام الدخيلة بسبب نقص الخلايا والافرازات المسؤولة عن تنظيم الجهاز المناعي بشكل عام بصرف النظر عن عمر الفرد سواء كان صغير فى العمر أو فى عمر متقدم.

**ثانياً : فيما يتعلق بالفروق بين الجنسين من مرضى السرطان فى ادراك المساندة الاجتماعية فى ضوء المتغيرات الديموجرافية موضع الدراسة :** فقد أشارت نتائج الفرض الثالث إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى السرطان فى ادراك المساندة الاجتماعية وفقاً للنوع. وتعنى هذه النتيجة أن ادراك المساندة الاجتماعية لدى مرضى السرطان لا تختلف لدى الإناث عنه لدى الذكور ، فالجميع فى حاجة إليها فهى ترفع من معنويات المريض ، وتساعده على مواجهة المرض وتحمل آلامه بغض النظر عن نوع الجنس ذكراً كان أم أنثى. فحاجة مريض السرطان للمساندة بأنواعها ومصادرها المختلفة لكى يستطيع التكيف والتعايش مع مرضه ، ولكي ينظر للحياة بنظرة أكثر شمولاً تجعله يشعر بجودة الحياة ، فالمساندة الاجتماعية متغير أساسى له أهمية

كبيرة فى حياة الأفراد بصفة عامة بغض النظر عن نوع الفرد (ذكر أو أنثى) فكلاهما بحاجة شديدة إلى التواصل الاجتماعى مع الآخرين ، والمساندة الاجتماعية لدعم حياته بالحب والقبول والتقدير والانتماء مما يزيد من قوته على تحمل ضغوط الحياة ، إذ أن المساندة الاجتماعية ترتبط بالصحة والسعادة النفسية كما أن غيابها يرتبط بزيادة الأعراض الاكتئابية (إبراهيم، 2017). وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسات كل من (الريماوي، 2015)، (إبراهيم، 2017)، (سالم، 2020)، (الوكيل وسالم، 2020)، وعلى الجانب الآخر لا تتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه نتائج بعض الدراسات بوجود فروق ذات دلالة إحصائية فى ادراك المساندة الاجتماعية وفقاً للنوع وكانت الفروق فى صالح الإناث وذلك كما فى دراسات كل من (شفيق وزملاؤه، 2013)، (أديب وزملاؤه (Adeeb et al., 2017)). ويمكن أن نعزو ذلك إلى أنه عندما يتم تشخيص الشخص أنه مصاب بالسرطان، قد يحاول الأشخاص المحيطون به سواء أفراد أسرته أو أصدقائه أو الأطباء رعايتهم ودعمها من أجل إراحة المريض وبناء ثقته بنفسه والتخفيف من ضغط المرض عليه، بغض النظر عن الجنس ذكر أو أنثى أي على مستوى الترابط العاطفي الانساني (Khan&Ahmed, 2014).

كما أشارت نتائج الفرض الثالث إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى السرطان فى ادراك المساندة الاجتماعية وفقاً للمستوى التعليمي. وتعني هذه النتيجة تساوى مرضى السرطان من الجنسين فى ادراك المساندة الاجتماعية وفقاً للمستوى التعليمي ، فبغض النظر عن المستوى التعليمي فإن مريض السرطان بحاجة للدعم الاجتماعي، وأن تجربة الحياة مع المرض لدى مريض السرطان تحتاج للدعم، فالتعليم لم يقدم أى إضافة توعوية نحو آلية التعامل مع المرض. فمدى ادراك المريض للمساندة الاجتماعية هو الذي بإمكانه أن يخلق لديه أثراً إيجابياً سواء على الجانب البيولوجي أو النفسى. فحتى يرضى مريض بالسرطان بمرضه ويتكيف معه، ويستطيع مواجهته فهو بحاجة لمساندة ودعم أفراد أسرته، أصدقائه وأقربائه ومختلف الأفراد الذين يمكن لهم تقديم المساعدة بمختلف أشكالها المادية والمعنوية (قنون، 2013). وتتعارض هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة فيجايان (Vijayan, 2013) إلى أن المستوى التعليمي يرتبط إيجابياً بإدراك المساندة الاجتماعية حيث أظهر ذوى التعليم المرتفع ادراكاً أقل للمساندة الاجتماعية .

كما أشارت نتائج الفرض الثالث إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى السرطان فى ادراك المساندة الاجتماعية وفقاً للحالة الاجتماعية وتعني هذه النتيجة تساوى مرضى السرطان المتزوجين وغير المتزوجين فى ادراك المساندة الاجتماعية. فالزوج يحصل على الدعم الاجتماعى من زوجته ومن أسرته وأصدقائه والعكس صحيح حيث تحصل الزوجة على الدعم الاجتماعى من زوجها وأسرته وأصدقائها ، كما أن غير المتزوج يحصل على الدعم الاجتماعى من أسرته وأصدقائه. وتتعارض هذه النتيجة مع ما أشار إليه التراث النظري بأن الأسرة تُعد من أهم مصادر الحصول على الدعم النفسى والاجتماعى خاصة لدى المتزوجين ، فالأزواج يستمدون كثيراً من مظاهر الصحة النفسية والجسدية من الزواج، كما أن المرأة المتزوجة تكون أكثر

استعداداً للدعم والمساعدة والمساندة أكثر من المرأة غير المتزوجة، والرجل المتزوج يكون أكثر شعوراً بالدعم والمساندة الأسرية من الرجل غير المتزوج، فالزواج سكن وسكينة واطمئنان ومودة ورحمة (الوكيل وسالم، 2020) ، وربما يعود هذا الاختلاف إلى طبيعة عينة الدراسة والتي تشمل مرضى السرطان ؛ فادراك المساندة الاجتماعية لمريض السرطان أياً كانت حالته الاجتماعية تعد من أهم العوامل المؤثرة على الصحة ونظرة الفرد للمرض ومساعدته على التكيف مع المرض فالروابط الاجتماعية تعمل على تعميق التوافق النفسي والاجتماعي لدى الأفراد وتنمي روح الانتماء لديهم حيث يشعرون بأنهم جزء من شبكة اجتماعية قوية و متماسكة يمكن أن توفر لهم الحماية اللازمة عند الحاجة ، وأنهم كذلك موضع حب وعناية واحترام وتقدير من طرف المحيطين بهم لذلك فالمريض فى أمس الحاجة إلى من يقف بجانبه ويسانده حتى لا يشعر أنه يواجه المرض بمفرده كما يقوى أمل المريض فى الحياة ويسمح له بالترويح عن نفسه ، كما أن مرضى السرطان لا يستطيعون الاعتماد على أنفسهم فى الكثير من الأمور ويعتمدون على المحيطين بهم سواء الزوج ، الزوجة ، الأب ، الأم ، الأصدقاء ، الفريق الطبي (إبراهيم، 2017).

كذلك أشارت نتائج الفرض الثالث إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى السرطان فى ادراك المساندة الاجتماعية وفقاً لمدة الإصابة بالمرض. وتعني هذه النتيجة تساوى مرضى السرطان من الجنسين فى ادراك المساندة الاجتماعية وفقاً لمدة الإصابة بالمرض. وتتعارض هذه النتيجة مع ما أشارت إليه دراسة (عبد الله، 2015) أن مستوى الدعم الاجتماعي المدرك لدى مرضى السرطان اللذين بلغت مدة إصابتهم بالمرض ثلاث سنوات فأكثر أعلى مقارنة بمن كانت مدة إصابتهم بالمرض سنة فأقل والمرضى التى تراوحت مدة إصابتهم بالمرض من سنة إلى ثلاث سنوات أعلى مقارنة بمن مدة إصابتهم بالمرض سنة فأقل، فقد أشار أن مريض السرطان حديثة التشخيص يكون بحاجة إلى الدعم الاجتماعي بشكل أكبر؛ لأن فى فترة اكتشاف مرضه يكون المريض بحاجة إلى تقبل حقيقة مرضه، وتفهمه لما أصابه، وتقبل الآثار الناجمة عن المرض، وبخاصة إلى معرفة كيفية تجاوز المحنة التى يمر بها، وترتيب أمورهما وعقد العزيمة والإرادة فى مسيرة العلاج. أما فيما يخص المريض التى بلغت مدة إصابته ثلاث سنوات فأكثر على دعم اجتماعي مدرك مرتفع، وذلك لكون المريض قد عاش تجربة صدمة المرض، وتدارك الموقف والمحنة التى مر بها فتقبل الأمر، وكونه قد مر فى مرحلة العلاج وفهم طبيعة الأمر. وتفسر الباحثتان انتفاء الفروق بين مرضى السرطان فى ادراك المساندة الاجتماعية وفقاً لمدة الإصابة بالمرض بأن مريض السرطان بحاجة للدعم الاجتماعي منذ لحظة علمه بالمرض وتشخيصه حيث يبدأ بالشعور بالضعف والوهن والخوف والقلق ثم تبدأ مرحلة العلاج والمعاناة فهو بحاجة شديدة إلى ادراك المساندة الاجتماعية من جميع الأفراد المحيطين به سواء الأسرة أو الأصدقاء أو الفريق الطبي لتخطى كل مرحلة من مراحل المرض. كما توصلت نتائج الفرض الثالث إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى السرطان فى ادراك المساندة الاجتماعية وفقاً لنوع السرطان. وتعني هذه النتيجة تساوى مرضى السرطان من الجنسين فى ادراك

المساندة الاجتماعية وفقاً لنوع السرطان ، وكما الحال في المتغيرات الديموجرافية السابقة فيمكن تفسير هذه النتيجة أيضاً بأن مريض السرطان بصفة عامة وبغض النظر عن نوع السرطان المصاب به فإنه بحاجة إلى المساندة الاجتماعية ، فإدراك المساندة الاجتماعية يؤدي دوراً مهماً لمرضى السرطان حيث تشكل المساندة جزءاً مهماً من البنية الاجتماعية لمريض السرطان وهو أمر ضروري في إدارة المشاعر السلبية التي يثيرها توقع الموت مع تقدم المرض فيمكن أن يساعد التواصل بين الأشخاص في التخفيف من الآثار السلبية للمرض (Hong et al., 2022b). فالدعم الاجتماعي له أثر إيجابي في تقليل التوتر النفسي، وإعطاء الشعور بالأمن وتحسين الحالة النفسية لدى مرضى السرطان بغض النظر عن نوع السرطان.

كما أشارت نتائج الفرض الثالث إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى السرطان في إدراك المساندة الاجتماعية وفقاً لنوع العلاج. وتعني هذه النتيجة تساوى مرضى السرطان من الجنسين في إدراك المساندة الاجتماعية وفقاً لنوع العلاج وتبدو هذه النتيجة - أيضاً - غير منطقية ، فمن المتوقع أن تظهر فروقاً وفقاً لنوع العلاج المستخدم وخاصة أن معظم مرضى السرطان في عينة الدراسة الراهنة خضعوا للعلاج الكيماوي بنسبة (62,5%) من أجمال العينة الكلية وحوالي (27,5%) لم يبدأوا العلاج ، وحوالي 5% خضعوا للعلاج الهرموني والإشعاعي الأمر الذي جعل من المتوقع ظهور فروقاً دالة في إدراك المساندة الاجتماعية حيث لا يؤثر العلاج الهرموني على جسد المريض كما يفعل العلاج الجراحي أو الكيميائي أو الإشعاعي، فمن الآثار الجانبية للعلاج الجراحي الألم في منطقة العملية، والتهاب الجرح، وسوء التئامه، واختلال التوازن نتيجة استئصال جزئي أو كلي للثدي أو لمنطقة الإصابة. ومن الآثار الجانبية للعلاج الكيميائي والإشعاعي، الحروق الجلدية، وتساقط الشعر، وزيادة الوزن، والتقرحات، ونقص مقاومة الأمراض، والتعب، بينما يقتصر الأثر الجانبي للعلاج الهرموني على زيادة الوزن (عبد الله، 2015). ويمكن تفسير انتفاء الفروق بين مرضى السرطان في إدراك المساندة الاجتماعية وفقاً لنوع العلاج بأن العلاقات الاجتماعية عامة من أهم مصادر المساندة الاجتماعية التي يحتاجها مريض السرطان يومياً خلال فترة العلاج ، حتى وأن لم يبدأ العلاج وقد لاحظت الباحثة ذلك بوضوح أثناء تنفيذها للدراسة الميدانية وجمع المعلومات من عينة الدراسة في المعهد القومي للأورام ، من حيث عدد الزائرين أو المصاحبين للمريض من أقارب وأزواج وزوجات أو دعم الفريق الطبي للمرضى ، فالدعم الاجتماعي يخفف من العناء ويزيد من شعور تقبل المرض والاستعداد لمواجهة، كما يوفر تقديراً للذات والثقة بها، ويولد المشاعر الإيجابية، ويقلل من التأثير السلبي للمرض في أى مرحلة من مراحل العلاج.

وأخيراً، توصلت نتائج الفرض الثالث إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى السرطان في إدراك المساندة الاجتماعية وفقاً للعمر ، وتعني هذه النتيجة تساوى مرضى السرطان من الجنسين في إدراك المساندة الاجتماعية في مختلف المراحل العمرية المختلفة دون استثناء. فالمساندة الاجتماعية تعد مصدراً مهماً يحتاجه مريض السرطان في مراحل حياته العمرية المختلفة للتخفيف من الآثار السلبية الناتجة عن المرض. وتتعارض

هذه النتيجة مع ما أشارت إليه دراسة (محمود، 2021) بأن ادراك المساندة الاجتماعية يختلف باختلاف المرحلة العمرية التى يمر بها الفرد ، حيث أن المساندة والدعم فى البداية يأتى من الأسرة وذلك من خلال إشباع الحاجات الفسيولوجية للفرد واعطائه الشعور بالأمان والاستقرار ثم بعد ذلك الاحتكاك بمؤسسات المجتمع المختلفة ومنها المدرسة ودور العبادة والنادى ويظهر مصدر مهم وهو الأصدقاء أو الزملاء ويقوى هذا المصدر تدريجيًا إلى أن يصبح أهم مصدر كل هذا يؤكد تنوع مصادر المساندة التى تختلف من مرحلة عمرية إلى مرحلة عمرية أخرى. كما تتعارض هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة فيجايان (Vijayan,2013) إلى أن العمر يرتبط سلبًا بإدراك المساندة الاجتماعية حيث أظهر كبار السن ادراكًا أقل للمساندة الاجتماعية . كما تختلف مع ما توصلت إليه دراسة خوار وزملاؤه (Khawar et al.,2013) بأن المرضى ذوى الأعمار الأصغر لديهم ادراكًا أكبر للمساندة الاجتماعية.

**ثالثًا : فيما يتعلق بالفروق بين الجنسين من مرضى السرطان فى ادراك المساندة عبر الانترنت فى ضوء المتغيرات الديموجرافية موضع الدراسة** فنظراً لحدائثة مفهوم المساندة عبر الانترنت فلم تجد الباحثتان دراسات تؤيد أو تعارض نتائج دراستهما لذا فستكتفى الباحثتان بعرض تفسيرات من وجهم نظرهم لتفسير ما تم الوصول إليه من نتائج على النحو التالي:

أشارت نتائج الفرض الثالث إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى السرطان فى ادراك المساندة عبر الانترنت وفقاً للنوع وتعنى هذه النتيجة تساوى مرضى السرطان من الجنسين فى إدراك المساندة عبر الانترنت ويمكن تفسير هذه النتيجة فى ضوء تشابه الظروف التى يعيشها أفراد العينة إلى حد كبير وبالتالي حصولهم على نفس المستوى من المساندة عبر الانترنت. فمع التوسع التكنولوجي الذى يعيشه عالم اليوم أصبح من اليسير الوصول إلى شبكات التواصل الاجتماعي والاندماج بها وتكوين صداقات والحصول على معلومات حول المرض وكيفية التكيف معه بصرف النظر عن النوع ذكر أو أنثى فشعور مريض السرطان بالالام ورغبته فى الشفاء وفي نفس الوقت رغبته فى اخفاء الهوية، وتجنب الاثار المرئية للعلاجات مثل العلاج الكيميائي والمراحل المتأخرة من الأمراض المشوهه، والوزن والعجز وأي علامات جسدية أخرى تكون غير واضحة تجعل المريض بصرف النظر عن جنسه يلجأ للمساندة عبر الانترنت كمكان يشعر فيه بالثقة والامان.

كذلك أشارت نتائج الفرض الثالث إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى السرطان فى ادراك المساندة عبر الانترنت وفقاً للمستوى التعليمي وتعنى هذه النتيجة تساوى مرضى السرطان من الجنسين فى ادراك المساندة عبر الانترنت وفقاً للمستوى التعليمي فيمكن أن نعزو ذلك إلى أن البحث عن المساندة عبر الانترنت يتوقف على التعلم وليس التعليم فى كيفية استخدام التكنولوجيا وتلقي المساندة عبر الانترنت حيث يأخذ الدعم المُطبَّق (شكل الرسائل الخاصة)، والمقدار الفعلي للتواصل الشفهي وكلاهما اتصال عام غير لفظي على سبيل المثال (مشاركة الصور ومقاطع الفيديو وإعطاء "الإعجابات" للرسائل، تقديم



المعلومات وإسداء المشورة وتلقي الأموال من جهات الاتصال عبر الإنترنت عند الحاجة (Trepte et al., 2014) وهذا الأمر يتوقف على التعلم وليس التعليم.

كذلك يمكن عزو هذا النتيجة في ضوء أن الانسان مهما كان مستواه العلمي فهو كائن إجتماعي يحب أن يعيش وسط الآخرين يستمد منهم الدعم والمساندة والثقة والقوة على تخطى الصعاب، فهو بحاجة دائمة إلى وجود الآخرين خاصة إن كان يمر بموقف ضاغط مثل السرطان، ومع ظهور التطور التكنولوجي وتعدد مصادر الدعم عبر الإنترنت الذي يسمح بمزيد من المشاركات باختلاف المستويات التعليمية وباختلاف الثقافات وظهور مجموعات الدعم التي تعمل على تقديم مساعدة تكميلية بين اجتماعات المجموعات التقليدية، ويكون عدد المشاركين غير محدود لأنها تسمح باشتراك مشاركين من جميع أنحاء العالم، وبالتالي تعزيز المنظورات الثقافية والاجتماعية للمجموعة، وقد تقوم بتمثيل الامراض كالسرطان والايذ وغيرهم بشكل جيد، ويتوافر في هذه المجموعات أنظمة دعم القرار، وإمكانية الأسئلة والاجوبة، ومساعدات تعديل السلوك، كما أنها وسيلة فعالة من حيث التكلفة لتوفير الدعم والتشجيع والمعلومات الصحية لعدد كبير من الناس من خلال تقليل نفقات النقل، والحاجة إلى مساحات اجتماعية فعلية، والكفاءة في توصيل رسائل التثقيف الصحي (White&Dorman,2001).

كذلك أشارت نتائج الفرض الثالث إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى السرطان فى ادراك المساندة عبر الإنترنت وفقاً للحالة الاجتماعية وتعني هذه النتيجة تساوى مرضى السرطان المتزوجين وغير المتزوجين فى ادراك المساندة عبر الإنترنت. فىمكن تفسير ذلك فى ضوء أن المساندة عبر الإنترنت تُعد ظاهرة حديثة نسبياً لاقت شعبية كبيرة من جميع أفراد المجتمع باختلاف مستوياتهم وحالتهم الاجتماعية، وأن عينة الدراسة من مرضى السرطان سواء كانوا متزوجون أم لا فهم يعيشون نفس المرض والمعاناة والآلام ويشعرون بوصمة المرض التي تجعلهم فى أمس الحاجة للعون والمساندة فى كل الاوقات وهذا ما تتيحه لهم المساندة عبر الإنترنت فهى متاحة على مدار 24 ساعة وطوال أيام الاسبوع والتي تجعلهم قادرين على المواجهة وتمنحهم الامل فى التمسك بالحياة من خلال الالتزام بالبرنامج العلاجي.

كما أشارت نتائج الفرض الثالث إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى السرطان فى ادراك المساندة عبر الإنترنت وفقاً لمدة الإصابة بالمرض وتعني هذه النتيجة تساوى مرضى السرطان من الجنسين فى ادراك المساندة عبر الإنترنت وفقاً لمدة الإصابة بالمرض. فجاءت هذه النتيجة مخالفة لما توقعته الباحثان من أن مدة الإصابة سنة فأقل ستكون أكثر إدراكاً للمساندة عبر الإنترنت حيث أنهم حديثي العهد بالإصابة وتتنقصهم الخبرات والمعلومات حول المرض وكيفية التكيف معه الامر الذي يجعلهم يلجأون للمساندة عبر الإنترنت للحصول على القدر المناسب من المعلومات التي تؤهلهم للتعامل مع المرض خصوصاً أن نسبة هذه الفئة فى الدراسة الحالية بلغت (40%) من الحجم الكلى للعينة، إلا انه يمكن عزو عدم وجود فروق وفقاً لمدة الإصابة إلى أن المرضى

على مدار اصابتهم يشعرون بالوصمة التي تجعلهم يبحثون دائماً عن الدعم والمساندة بطريقة غير مباشرة، ويبحثون أيضاً عن التطورات والمعلومات الحديثة حول المرض وكيفية التعامل معه ومآل المرض ونسبة الشفاء والتي يجدونها من خلال المساندة عبر الانترنت.

وأيضاً نتائج الفرض الثالث إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى السرطان فى ادراك المساندة عبر الانترنت وفقاً لنوع السرطان وتعني هذه النتيجة تساوى مرضى السرطان من الجنسين فى ادراك المساندة عبر الانترنت وفقاً لنوع السرطان ويمكن تفسير ذلك فى ضوء أن مريض السرطان بصفة عامة وبغض النظر عن نوع السرطان المصاب به فإنه يعيش نفس المعاناة ويشعر بوصمة المرض التي تجعله يبحث عن المساندة عبر الانترنت التي توفر له الشعور بالأمان، والمرافقة، والمساندة ، وتأكيد الحب والتقدير، وإظهار التعاطف والتفاهم ، وتسهم المساندة عبر الانترنت أيضاً فى زيادة الوصول إلى فريق متعدد التخصصات المهنيين الصحيين، دون الحاجة إلى مغادرة المنزل، وقد يكون هذا مهماً بشكل خاص لأولئك الذين يعيشون فى المناطق الريفية أو النائية، حيث صعوبة الوصول إلى مراكز العلاج الحضري ( Forbes et al., 2019).

كذلك أشارت نتائج الفرض الثالث إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى السرطان فى ادراك المساندة عبر الانترنت وفقاً لنوع العلاج وتعني هذه النتيجة تساوى مرضى السرطان من الجنسين فى ادراك المساندة عبر الانترنت وفقاً لنوع العلاج فيمكن تفسير ذلك فى ضوء أن مرضى السرطان باختلاف نوع علاجهم يبحثون عن المساندة عبر الانترنت التي تدعمهم وتزيد من قابليتهم لاخذ العلاج والاستمرار فيه لتحقيق الشفاء، فالآلام التي يشعر بها مريض السرطان تجعل جميع العلاجات متساوية لديه، فالمهم ليس نوع العلاج ولكن تخفيف الآلام والشفاء من المرض والذي يمكن أن يتحقق بوجود آخرين داعمين من خلال المساندة عبر الانترنت.

وأخيراً أشارت نتائج الفرض الثالث إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى السرطان فى ادراك المساندة عبر الانترنت وفقاً للعمر وتعني هذه النتيجة تساوى مرضى السرطان من الجنسين فى ادراك المساندة عبر الانترنت فى مختلف المراحل العمرية المختلفة دون استثناء ويمكن أن نعزو هذه النتيجة إلى أن المساندة عبر الانترنت تُعد ظاهرة جديدة نسبياً اكتسبت شعبية كبيرة على مدار العقد الماضي. وهي شكل من أشكال الاتصال الحاسوبي الذي يسهله التقدم فى تقنيات المعلومات والاتصالات، وظهور التطبيقات المستندة إلى الإنترنت، التي يشار إليها عادة باسم تطبيقات الويب (Goswami et al.,2010). والتي يستخدمها ما يزيد عن (700.000.000) سناپ شات و(500.000.000) مشاركة على تويتر، و(1,13) مليار شخص مستخدمون ناشطون يومياً" لفيسبوك ، أي يدخلون إلى الموقع كل يوم باختلاف أعمارهم ففي الولايات المتحدة بين عامي 2005 و 2015 ، ارتفع استخدام مواقع التواصل الاجتماعي من (55% ) إلى (76% ) بين المراهقين ، ومن (12% ) إلى (90% ) بين 18-29 عامًا ، ومن (8% ) إلى (77% ) بين 30-49 عامًا ، من (5% ) إلى (51% )

( بين الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 50 و 64 عامًا ، ومن (2% ) إلى (35% ) بين الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن (65 ) عامًا (Nick et al.,2018).

بالإضافة إلى أن معدلات استخدام الإنترنت ذات الصلة بالصحة من قبل الأفراد المصابين بالسرطان قد تراوحت من ( 8% ) إلى ( 50% ) ، وأن ( 28 % ) من الأمريكيين الذين يستخدمون الإنترنت يشاركون في مجموعات الدعم عبر الإنترنت المتعلقة بالحالات الطبية والمشاكل الشخصية، حيث توفر المجتمعات المرتبطة بالسرطان عبر الإنترنت فرصًا لتبادل المعلومات والتواصل والمساندة الاجتماعية (Cohen,2011).

#### رابعًا : فيما يتعلق بالفروق بين الجنسين من مرضى السرطان فى قلق الموت فى ضوء المتغيرات الديموجرافية

**موضع الدراسة** عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى السرطان فى قلق الموت **وفقًا للنوع**. وتعنى هذه النتيجة تساوى مرضى السرطان من الجنسين فى قلق الموت. وفى إطار دراسة الفروق بين الجنسين فى قلق الموت أشار ليستر Lester إلى أن الفروق الجنسية فى قلق الموت ليست عامة بل توجد فقط فى مجالات محددة حيث ظهر أن للإناث درجات أعلى فى الخوف من موت الذات وموت الآخرين واحتضار الذات ولكن لم تظهر فروق جنسية جوهرية فى الخوف من احتضار الآخرين فى الدرجة العامة للخوف من الموت (عبد الخالق ،1987: 87). وقد فسر (شفيق وزملاؤه،2013) انتفاء الفروق بين مرضى السرطان فى قلق الموت فى ضوء المناخ الانفعالى الذى يحيط به مريض السرطان من خلال طبيعة المرض الذى يعانون منه من حيث طول مدة العلاج وقسوته وشدته وأنه مرض مزمن حاد ومميت ويقضة على مصابه ، ويشعب حياتهم الحزن والاكتئاب واليأس والكآبة وفقدان الأمل وإدراك المريض أن حياته فى خطر حقيقي حيث يرى أمام عينيه صديقه الذى كان يجلس معه لانتظار العلاج ولتلقى الجرعة ويقضوا وقت الانتظار معًا فهو الآن يحتضر ويموت ضحية لهذا المرض الخبيث ولذلك لا توجد فروق بين الجنسين فى قلق الموت. وتتفق هذه النتيجة مع نتائج بعض الدراسات كدراسة (شفيق وزملاؤه ،2013) ، ودراسة (الريماوي،2015) والتي تصلت إلى عدم وجود فروق بين الجنسين من مرضى السرطان فى قلق الموت. وعلى الجانب الآخر ، تتعارض هذه النتيجة مع نتائج بعض الدراسات كدراسة (شفيق وزملاؤه (Adeeb et al.,2017) والتي توصلت إلى وجود فروق بين الجنسين فى قلق الموت وكانت الفروق فى جانب الإناث.

كما أشارت نتائج الفرض الثالث إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى السرطان فى قلق الموت **وفقًا للمستوى التعليمي**. وتعنى هذه النتيجة تساوى مرضى السرطان فى قلق الموت **وفقًا للمستوى التعليمي**. وتتسق هذه النتيجة مع ما أشارت إليه دراسة (بوفرة وشعنبي،2017) بأن جميع أفراد العينة يدركون حقيقة الموت بغض النظر عن مستواهم التعليمي ومهما اختلفت مستوياتهم التعليمية فهم يشعرون بدرجة عالية من قلق الموت. كما تتفق ما دراسات كل من ابراهيمي وزملاؤه (Ebrahimi et al.,2018) وفيجاياي وزملاؤه (Vijayan,2020) بأن قلق الموت لا يتأثر بالمستوى التعليمي. ومن ناحية أخرى نجد أن هذه النتيجة لا تتفق مع نتائج بعض الدراسات كدراسة بببي وخالد (Bibi & Khaled,2020) والتي توصلت إلى أن المرضى المتعلمين أكثر قلقًا للموت عن

غير المتعلمين ، كما تختلف مع دراسة خوار وزملاؤه (Khawar et al.,2013) والتي توصلت إلى أن قلق الموت يتأثر بالمستوى التعليمي حيث يقل قلق الموت مع المستويات التعليمية المنخفضة. وتوصلت نتائج الفرض الثالث أيضًا إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى السرطان فى قلق الموت وفقًا للحالة الاجتماعية ، مما يعنى تساوى مرضى السرطان من الجنسين فى قلق الموت وفقًا للحالة الاجتماعية. ويمكن تفسير هذه النتيجة فى ضوء ما توصلت إليه دراسة (بوفرة وشعنبى،2017) بأن المتزوجين وغير المتزوجين يعانون من قلق الموت بنفس المستوى، وهذا ما يدل على عدم وجود تأثير للحالة الاجتماعية حيث أن الظروف الاجتماعية السائدة متشابهة لكلا الفئتين، وهذا ما يقف وراء تلاشي الفروق بين المتزوجين وغير المتزوجين فى مستوى قلق الموت. فإذا كانت حياة المتزوجين مليئة بالمسؤوليات والالتزامات والمهام التى تقع على عاتق الزوج والزوجة فإن غير المتزوجين لديهم أيضًا مسؤوليات ومهام مختلفة عن غير المتزوجين تقع على عاتقهم وخاصة إلى كانوا مرضى بمرض خطير كالسرطان الأمر الذين يزيد من قلقهم من الموت على حد سواء. وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة إبراهيمي وزملاؤه (Ebrahimi et al.,2018) بأن الحالة الاجتماعية ليس لها أثر على قلق الموت. فى حين تختلف مع ما توصلت إليه دراسة كل من بيبي وخالد (Bibi & Khaled,2020) وخوار وزملاؤه (Khawar et al.,2013) بأن المرضى المتزوجين أكثر قلقًا للموت عن المتزوجين.

كما أشارت نتائج الفرض الثالث إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى السرطان فى قلق الموت وفقًا لمدة الإصابة بالمرض ونوع السرطان ونوع العلاج. ولم تجد الباحثتان ما يؤيد أو يعارض هذه النتيجة الأمر الذى دفعهما إلى تفسير هذه النتيجة فى ضوء طبيعة مرض السرطان - أيًا كان نوعه وأيًا كانت مدته اصابه الفرد به وأيًا كان نوع العلاج الذى يخضع له - والذى يعد أبرز أمراض العصر وأكثر الأمراض المسببة للموت لذلك يصبح الفرد على يقين أن الموت سيحدث فى نهاية المطاف - رغم وجود بعض العلاجات المتقدمة والمتطورة والتي نجحت مع كثير من الحالات - مما يزيد من احتمال قبوله لحقيقة ان الموت حقيقة لا مفر منها.

أخيرًا ، أشارت نتائج الفرض الثالث إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى السرطان فى قلق الموت وفقًا للعمر . وتعني هذه النتيجة أن قلق الموت لا يتأثر بالمرحلة العمرية ولا يقتصر على فئة عمرية محددة. وقد اختلفت نتائج البحوث فى هذا الصدد فهناك من أشار إلى أن قلق الموت يزداد مع التقدم فى العمر ، حيث يعتبر كبار السن عاملاً يعزلهم عن أسرهم وعائلاتهم مما يزيد لديهم الخوف من الموت وذلك كما جاء فى دراسة إبراهيمي وزملاؤه (Ebrahimi et al.,2018) ودراسة خوار وزملاؤه (Khawar et al.,2013)، وعلى الجانب الآخر نجد من توصل إلى أن قلق الموت لا يتأثر بالعمر كما جاء فى دراسة فيجاياي وزملاؤه (Vijayan,2020). كما اختلفت دراسة نيل وزملاؤه (Neel et al.,2016) عن ما سبق حيث وجدت أن قلق الموت يرتفع لدى المرضى الأصغر سنًا والتي تراوحت أعمارهم بين (20-25) عامًا.

وعلى أية حال ، كان من المتوقع إن يتأثر قلق الموت بالعمر حيث يزداد قلق الموت مع التقدم فى العمر وخاصة لدى الأفراد الذين يعانون من أمراض مزمنة كالسرطان ،ولكن تفسر الباحثتان هذه النتيجة والتضارب بينها وبين نتائج الدراسات السابقة فى ضوء الفروق العمرية بين أفراد الجنسين المشاركين فيها حيث كانت متقاربة وأن النسبة الأكبر للعمر فى عينة الدراسة الراهنة كانت فى الفئة العمرية من (38-46 ) عاماً أى فى سن الشباب حيث بلغت نسبتها ( 52,5% ) ، ولم تشتمل العينة على كبار السن أو المسنين الأمر الذى أدى إلى تلاشى الفروق بين مرضى السرطان فى قلق الموت.

#### رابعاً: نتائج الفرض الرابع ومناقشتها:

وللتحقق من الفرض الرابع والقائل بأنه" توجد فروق دالة إحصائية بين مرتفعي ومنخفضي المناعة النفسية فى كل إدراك المساندة الاجتماعية والمساندة عبر الانترنت وقلق الموت لدى مرضى السرطان". وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار "ت" لاختبار دلالة الفروق بين مرتفعي ومنخفضي المناعة النفسية فى كل من ادراك المساندة الاجتماعية والمساندة عبر الانترنت وقلق الموت، والجدول التالي يوضح نتائج هذه الخطوة.

#### جدول (20)

اختبار "ت" لتوضيح الفروق الإحصائية بين مرتفعي ومنخفضي المناعة النفسية فى كل إدراك المساندة الاجتماعية والمساندة عبر الانترنت وقلق الموت لدى مرضى السرطان

مستوى الدلالة	قيمة"ت"	منخفضي المناعة النفسية (ن= 13)		مرتفعي المناعة النفسية (ن= 13)		المجموعات المتغيرات
		الانحراف المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الانحراف المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	
غير دالة	0,689	16,805	120,69	11,065	124,54	ادراك للمساندة الاجتماعية
غير دالة	0,022	6,756	22,85	10,361	22,77	ادراك المساندة عبر الانترنت
غير دالة	0,609	7,755	35,15	6,719	32,15	قلق الموت

يتبين من الجدول السابق، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرتفعي ومنخفضي المناعة النفسية فى كل من إدراك المساندة الاجتماعية ، والمساندة عبر الانترنت، وقلق الموت، حيث كانت قيمة (ت) غير دالة إحصائياً. وهذه النتيجة تعني أن مرتفعي ومنخفضي المناعة النفسية من مرضى السرطان لا يختلفون فى إدراك المساندة الاجتماعية والمساندة عبر الانترنت وقلق الموت.

وقد جاءت هذه النتيجة غير متوقعة لما جاء بالتراث النظرى فى هذا الصدد، فالمناعة النفسية تختلف من فرد إلى آخر نتيجة أساليب التنشئة الاجتماعية والمواقف التي يتعرض لها الفرد فى حياته ؛ فزيادة المناعة وقلتها تتوقف على مدى نجاح الفرد فى المواقف السابقة، مما يكسبه ثقة فى ذاته وقدرته على تخطي الصعاب والتعامل مع العوائق التي قد تعترضه مستقبلاً ، كما تحدد المناعة النفسية قدرة الفرد علي التكيف الإيجابي والصمود النفسى أمام الأزمات والمحن ومعالجة المشكلات الحياتية بمشاعر إيجابية ومرونة مع القدرة علي ضبط النفس والنضج الانفعالي والتفاوض والأمل فى المستقبل والكفاءة الذاتية الإيجابية ؛ ولكي يكون الفرد قادر علي حماية

ذاته من التأثيرات السلبية والضغوط والتهديدات والمخاطر والاحباطات والأزمات النفسية، فيجب أن يحصن نفسه بالإمكانات الذاتية الإيجابية والتفكير الإيجابي في الشخصية وحل المشكلات بطريقة إبداعية وضبط النفس والاتزان والصمود والصلابة والتحدى والمثابرة والمرونة والتكيف مع الأحداث المؤلمة غير السارة، وهذا يكون متوفر عندما يكون الفرد متحلي بالذات الإيجابية ؛ فالقدرة على تحصين النفس ووقايتها من الآثار السلبية تتفاوت من فرد لآخر فمنهم من يقع فريسة للصراع ومنهم من يجد فى الصعوبات والمواقف الحرجة فى حياته مناحاً للتحدى وهذه الاستجابات يحددها مستوى المناعة النفسية(صديق ،2021 ، Dubey & Shahi,2011).

وفى ضوء ما سبق ، نجد أن مرضى السرطان مرتفعى المناعة النفسية يتسمون بعدة سمات منها : انخفاض مؤشرات الضغوط البيئية المحيطة بهم ، بينما يتسم مرضى السرطان منخفضى المناعة النفسية بارتفاع مؤشرات الضغوط البيئية. كما يتسم مرضى السرطان ذوى المناعة النفسية المرتفعة بتحويل خبرات المعاناة والأحداث المؤلمة السابقة إلى نوعاً من الصلابة النفسية ضد أحداث الحياة المؤلمة .كما تعد الحاجة إلى الأمن النفسي وتقدير الذات والدعم النفسي الاجتماعي أهم الحاجات التي يفتقر إليها مرضى السرطان منخفضى المناعة النفسية. كذلك توجد مجموعه من أساليب مواجهه الضغوط لدي مرتفعى المناعة النفسية تتمثل في المواجهة والقدرة علي حل المشكلة وقوه الأنا التي تعمل وفقاً لمبدأ الواقع ، بينما كانت أساليب مواجهه الضغوط لدى منخفضى المناعة النفسية تتمثل فى الهروب والتعميم الخاطئ والنكوص والعيش في احلام اليقظة . كما يرجع الصراع النفسي لدى مرضى السرطان إلى حجم المكروبات داخلهم وخاصة بعد الإعلان بالخبر الصادم والذي يظهر بقوه لدي منخفضى المناعة النفسية ، بينما مرضى السرطان ذوى المناعة النفسية المرتفعة تعد مكونات المناعة النفسية بالنسبة لهم حائط صد تحول دون وقوع الفرد في براثن الصراع النفسي.ويعد استخدام آليات الدفاع الإيجابية لدى مرتفعى المناعة النفسية من مرضى السرطان من العوامل المساعدة على خفض حدة التوتر الناتجة عن الحدث الصادم مما يجعلهم قادرين على تخطي الأزمه والأحداث الصادمة ، كما أن النمو النفسي السليم في مرحلة الطفولة لدى مرضى السرطان يعد محدد مهم لسلوكهم وارتفاع المناعة النفسية لديهم (محمد،2019).

أما عن تفسير عدم الاتفاق بين نتيجة هذا الفرض وبين ما جاء بالتراث النظري فلم تجد الباحثتان ما يفسر انتفاء الفروق بين مرتفعى ومنخفضى المناعة النفسية فى كل من ادراك المساندة الاجتماعية والمساندة عبر الانترنت وقلق الموت كما لم تجدا ما يؤيد او يعارض هذه النتيجة ، ولكن يمكن تفسير هذه النتيجة فى ضوء ما أشار إليه(أبو العلا، 2021) بأن المناعة النفسية تتفاعل مع ادراك المساندة الاجتماعية بغض النظر عن مستوى هذه المناعة لدى مريض السرطان حيث يصبح المريض أقل عرضة للوقوع في دائرة الاضطرابات النفسية فشعور المريض أن لديه مصادر للدعم النفسي والاجتماعي فإنه يمتلك القدرة على الفهم السليم لعواطفه وانفعالاته، ويشعر بالأمن النفسي، الأمر الذي ينعكس إيجابياً على تحقيق النمو المتكامل في شخصية الفرد، ويساعده في إشباع احتياجاته النفسية والاجتماعية. وقد سلط بليير Bleyer (2002) الضوء على العجز فى الحصول على الرعاية

وتقديم المساندة الاجتماعية المطلوبة لمرضى السرطان والحاجة إلى الدعم الاجتماعى المتواصل والوصول إلى خدمات الرعاية الصحية ومتابعة الآثار المتأخرة للعلاج وبسبب النقص العام فى المساندة الاجتماعية التقليدية بدأ المرضى فى التواصل الاجتماعى من خلال المدونات ومواقع التواصل الاجتماعى مثل تويتر وفيسبوك للتواصل عبر الانترنت لتبادل ومشاركة المعلومات المتعلقة بمرض السرطان والتي تعمل كمذكرات بخبرة المرض(Malpass & Steeves,2012).

ومن ناحية أخرى فإن غياب المناعة النفسية لدى هذه الفئة من مرضى السرطان ربما يكون سبباً لشيوع قلق الموت لديهم(أبو سمهدانة ،2020) لأنه يسبب حالة من القلق والضيق تجعل المريض أقل استقراراً نفسياً. حيث أن حدوث الإصابة يؤدي إلى شعور المريض بالألم من جراء الإصابة أو حاجاته لدخول المستشفى فترة طويلة أو مراجعة الطبيب باستمرار، أو شعوره الدائم بالاعتماد على الآخرين في تحركاته وانتقالاته، وكذلك شعوره بأنه مهدد بالموت في أي وقت، الأمر الذي يجعل المريض يعاني حالة من الاضطراب النفسي نتيجة القلق المتزايد والمستمر على المرض ومتابعته(شفيق وزملاؤه، 2016؛ Ebid& Assy, 2020) لذلك فوجود المناعة النفسية بأى مستوى مرتفع أو منخفض لدى مريض السرطان يمثل درعاً واقياً الأمر من شعور المريض بقلق الموت الأمر الذى أدى إلى تلاشى الفروق بين مرتفعى ومنخفضى المناعة النفسية فى قلق الموت .

#### **مقترحات الدراسة :**

- 1- يجب على المتخصصين فى الرعاية الاجتماعية الذين يعملون مع مرضى الأمراض المزمنة كالسرطان أن يهتموا بشكل خاص لإنشاء علاقات جيدة مع أسر المرضى/ العملاء وتشجيعهم على قضاء الوقت مع أحبائهم.
- 2- إجراء مزيد من الدراسات حول المناعة النفسية وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية والمساندة عبر الانترنت لدى عينات مختلفة.

#### **قائمة المراجع**

##### **أولاً: مراجع باللغة العربية**

- 1- إبراهيم، ماجدة(2017). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالألم لدى عينة من مرضى السرطان. دراسات تربوية واجتماعية، كلية التربية ، جامعة حلوان، 23(1)، 1355-1395.
- 2- إبراهيم ، عبد الستار(2019). المناعة النفسية وعلاقتها بنمو ما بعد الصدمة لدى المصابات بمرض السرطان. مجلة الدراسات التربوية والإنسانية ، 11(4) ، 21-94.
- 3- أبو سمهدانة ، مروان(2020).فاعلية برنامج إرشادى انتقائى فى تنمية المناعة النفسية وخفض قلق الموت لدى المسنين المقيمين فى دور الرعاية فى الأردن. رسالة دكتوراه، جامعة مؤتة.
- 4- أبو العلا ، محمد(2017).العلاقة بين المساندة الاجتماعية وقلق الموت لدى المسنين. رسالة ماجستير، جامعة أسوان.

- 5- أبو هدرس، ياسرة (2009). المساندة الاجتماعية المدركة والكفاءة الذاتية في مواجهة المرض وعلاقتها بالتوجه نحو الحياة لدى مرضى السرطان بقطاع غزة. *المجلة العلمية لجامعة الملك فيصل - العلوم الإنسانية والإدارية*، 14(2)، 179-237.
- 6- أحمد ، مروة(2021). المناعة النفسية والتعافي النفسي كمنبئين بالشعور بالتماسك والأمل لدى أعضاء هيئة التدريس بالجامعة ذوى الإصابة بفيروس كورونا( كوفيد . 19). *المجلة المصرية للدراسات النفسية* ، 31(113)، 369-408.
- 7- إسماعيل، بشرى(2013). مقياس جودة الحياة "الصورة المختصرة" إعداد منظمة الصحة العالمية، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.
- 8- الأعجم، نادية(2013). المناعة النفسية وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية لدى طلبة الجامعة. رسالة ماجستير (منشورة)، كلية التربية للعلوم الإنسانية، جامعة ديالى، العراق.
- 9- بركات، زياد(2006). سمات الشخصية المستهدفة بالسرطان : دراسة مقارنة بين الافراد المصابين وغير المصابين بالمرض. *مجلة جامعة النجاح للأبحاث - العلوم الانسانية*، 20(3)، 911-946.
- 10- بوفرة ، مختار ؛ شعبي ، نور الدين(2017). قلق الموت وعلاقته ببعض المتغيرات: دراسة ميدانية بمدينة معسكر. *مجلة الرواق للدراسات الاجتماعية والإنسانية* ، العدد(9) ، 176-186.
- 11- جاب الله، شعبان(2006). دور المساندة الاجتماعية في الإفصاح عن الذات والتوجه الاجتماعي لدى الفصاميين والاكثبيين، *دراسات نفسية*، 16(2)، 171-220.
- 12- راجح ، أحمد(1999). *أصول علم النفس*. دار المعارف.
- 13- الريماوى ، عمر(2015). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بقلق الموت لدى المسنين المسجلين فى وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية فى القدس. *مجلة كلية التربية للبنات*، جامعة بغداد 26(3)، 664-652.
- 14- زيدان ، عصام (2013). المناعة النفسية مفهومها وأبعادها وقياسها. *مجلة كلية التربية* ، (51) ، 811-882.
- 15- سالم، إيهاب(2020). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بمعنى الحياة لدى المرضى بأمراض مزمنة. *مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية*، 50(3)، 847-888.
- 16- السيد ، هدى(2021). التفاؤل وعلاقته بالمناعة النفسية لدى عينة من طلاب الجامعة. *المجلة التربوية* ، (92) ، 1427-1495.
- 17- شفيق، جمال ؛، الجبري، أسماء ؛ كمال ، أكمل ؛ عبد المنعم ، أحمد (2013). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بكل من قلق الموت والاكثتاب لدى عينة من أطفال مرضى السرطان. *مجلة دراسات الطفولة*، 16(59)، 93-96.



- 18- شفيق، جمال، عبد اللطيف، رشاد، زايد، شريف، محمد، سها(2016). المرونة النفسية كمدخل لفاعلية العلاج عند مرضى السرطان. *مجلة العلوم البيئية لمعهد الدراسات والبحوث البيئية بجامعة عين شمس،* 35(2)، 395-413.
- 19- الشقران ، حنان ؛ رافع ، ياسمين(2011). الدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي في ضوء بعض المتغيرات. *المجلة الأردنية فى العلوم التربوية ،* 12(1)، 85-110.
- 20- الشناوى، محروس، عبد الرحمن، السيد(1994). *المساندة الاجتماعية والصحة النفسية: مراجعة نظرية ودراسات تطبيقية، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.*
- 21- صلاح ، هبه(2021).فاعلية برنامج ارشادى لتدعيم نظام المناعة النفسية ومنع اضطرابات ما بعد الصدمة لدى أسر المصابين بمرض السرطان. *مجلة كلية التربية فى العلوم النفسية،* 45(3) ، 297-332.
- 22- صديق ، صفاء (2021). المناعة النفسية وعلاقتها بالذات الإيجابية لدي متعافي فيروس (كوفيد - 19) في جمهورية مصر العربية والمملكة العربية السعودية. *مجلة الارشاد النفسي،* 66(1) ، 231-280.
- 23- عباس،عبير(2016). أساليب مواجهة الصدمة النفسية وعلاقتها بالمساندة الأسرية لدى عينة من المراهقين في مراكز الإيواء في مدينة دمشق. *رسالة ماجستير(منشورة)، جامعة دمشق.*
- 24- عبد الخالق ، أحمد (1987). *قلق الموت. عالم المعرفة.*
- 25- عبد الله، رامي(2015). الرضا عن الحياة والدعم الاجتماعي المدرك والعلاقة بينهما لدى عينة من مريضات سرطان الثدي. *المجلة الأردنية فى العلوم التربوية ،* 11(4)، 449-467.
- 26- عبد النعيم ، أحمد(2014). *قلق الموت من السرطان. المكتب العربي للمعارف.*
- 27- عدنان، القاضي(2022). *المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالصلاية النفسية لدى عينة من مرضى السرطان في محافظة تعز. مجلة جامعة النجاح للأبحاث - العلوم الإنسانية،* 36(4)، 669-706.
- 28- عزيزو ، سعاد(2018). *الاصابة بمتلازمة نقص المناعة المكتسب(الإيدز) وآثاره فى بعض أبعاد الصحة النفسية. مجلة جيل العلوم الإنسانية والاجتماعية ،* 42(4) ، 107-129.
- 29- العقاد، ساري(2015). *المساندة الإجتماعية وعلاقتها بالأمل والرضا عن الحياة لدى مرضى الفشل الكلوى في محافظات غزة، رسالة ماجستير (منشورة)، كلية التربية، جامعة الأقصى.*
- 30- فتحي ، ناهد(2019). *الكفاءة الذاتية المدركة والقدرة على حل المشكلات والتوجه نحو الهدف كمنبئات بالمناعة النفسية لدى المتفوقين دراسياً( المكونات العاملة لمقياس المناعة النفسية). دراسات نفسية ،* 29(3)، 549-618.

- 31- القماطي، نورية(2016). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالأمل في الشفاء عند مرضى السرطان. رسالة ماجستير (منشورة)، كلية الآداب، جامعة مصراته.
- 32- قنون، خميسة(2013). الاستجابة المناعية وعلاقتها بالدعم الاجتماعي المدرك لدى مرضى السرطان. مجلة دراسات في علم نفس الصحة، 1، 84-116.
- 33- الليثي، أحمد(2020). المناعة النفسية وعلاقتها بالقلق وتوهم المرض المترتب على جائحة فيروس كورونا المستجد لعينة من طلاب الجامعة، مجلة البحث العلمي في التربية، 21(8)، 183-219.
- 34- محمد ، أسماء (2021) . الإسهام النسبي للتشوهات المعرفية والدعم الاجتماعي الايدي المدرك والتعاطف الذاتي ف التنبؤ بالمناعة النفسية الأكاديمية لدي طلاب الجامعة. مجلة جامعة الفيوم للعلوم التربوية والنفسية ، 15(3) ، 187-299.
- 35- محمد ، رابعة(2018). المناعة النفسية وعلاقتها بكل من الكفاءة المهنية والضغط المهنية بالجهاز الاداري بالدولة. مجلة قطاع الدراسات الإنسانية ، (22) ، 1165-1238.
- 36- محمد ، عبد الستار (2019). المناعة النفسية وعلاقتها بنمو ما بعد الصدمة لدى المصابات بمرض السرطان. مجلة الدراسات التربوية والإنسانية، 11(4) ، 20-93.
- 37- محمود ، الشيماء(2021). المناعة النفسية وعلاقتها بكل من تسامي الذات وقلق العدوي بفيروس كورونا المستجد covid-19 لدى معلمي مرحلة التعليم الأساسي على ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية . مجلة البحث العلمي في التربية ، 22(3) ، 267-402.
- 38- مرسي ، كمال(2000).السعادة وتنمية الصحة النفسية. الجزء الأول ، دار النشر للجامعات.
- 39- نصر، أحمد(2011). المساندة الاجتماعية في علاقتها بقلق الموت لدى مرضى السرطان ببعض المستشفيات الحكومية. مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، 31(11)، 5067-5113.
- 40- الوكيل ، سيد ؛ سالم ، علي(2020). الإسهام النسبي للتدين والمساندة الاجتماعية في التنبؤ بفاعلية الذات في مواجهة فيروس كورونا التاجي المُستجد(COVID-19) . مجلة الإرشاد النفسي، 63 (1) ، 205-275.
- 41- ياسين، تهاني(2011). قلق الموت لدى عينة من مرضى السرطان وعلاقته ببعض المتغيرات المختارة من منظور جندي. رسالة ماجستير(منشورة)، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية، عمان.

#### -ثانياً: مراجع باللغة الإنجليزية References

- 42- Adeeb,M.,Saleem,M.,Kynat,Z.,Waseem,M.&Zaffar,M.(2017).Quality of life, perceived social support and death anxiety among cardiovascular patients. *Journal Park Heart*,50(2),84-88.

- 43- Afrashteh, Y. & Maoumi, S. (2021). Psychological well-being and death anxiety among breast cancer survivors during the Covid-19 pandemic: the mediating role of self-compassion. *BMC Women's Health*, 21:387, 1-8.
- 44- Albert, E., Albert, M., Kadar, A., Krizbai, T. & Marton, R. (2011). Relationship between the characteristics of the psychological immune system and the emotional tone of personality in adolescents. *The new Educational Review*, 23(1), 103-113.
- 45- Ali, A. (2020). The relationship between online social support and psychological wellbeing: A random survey in Maldives and New Zealand (*Thesis, Doctor of Philosophy*). University of Otago.
- 46- An, E., Lo, C., Hales, S., Zimmermann, C., & Rodin, G. (2018). Demoralization and death anxiety in advanced cancer. *Psycho-Oncology*, 27, 2566-2572.
- 47- Bhardwaj, A. & Agrawal, G. (2015). Concept and applications of psycho-immunity (defense against mental illness): importance in mental health scenario. *Online Journal of Multidisciplinary Research*, 1(3), 6-15.
- 48- Bibi, A., Khalid, M. (2020). Death anxiety, perceived social support and demographic correlates of patients with breast cancer in Pakistan. *Death Studies Routledge Taylor & Francis Group*, 44(12), 787-792.
- 49- Bona, K. (2014). An exploration of the psychological immune system in Hungarian gymnasts. *Master's Thesis in Sport and Exercise Psychology* University of Jyväskylä.
- 50- Bottomley, A., & Jones, L. (1997). Social support and the cancer patient - A need for clarity. *European Journal of Cancer Care*, 6, 472-77.
- 51- Calderón, C., Ferrando, P., Lorenzo-Seva, U., & Gómez-Sánchez, D. (2021). Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) in Cancer Patients: *Psychometric Properties & Measurement Invariance*. *Psicothema*, 33(1), 131-138.
- 52- Chacko, N., & Sunny, J. (2018). Gender Difference in Death Anxiety among Cancer Patients. *The International Journal of Indian Psychology*, 6(2), 2349-3429.
- 53- Cohen, J. (2011). Social Support Received Online and Offline by Individuals Diagnosed With Cancer. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of *Doctor of Philosophy* at Virginia Commonwealth University.

- 54- Dubey,A.,&Shahi,D.(2011).Psychological immunity and coping strategies:A study on medical professionals. *Indian Journal of Social Science*, 8(1-2),36-47.
- 55- Ebid ,M.,& Assy ,H.(2020).Social Support and its Relationship to the Life Satisfaction of Breast Cancer Patients. *Egyption Journal of Social Work*, 9(1),251-269.
- 56- Ebrahimi,B., Hosseini,M.& Rashedi,V.(2018).The relationship between social support and death anxiety among the elderly.*Elderly Health Journal*,4(2),37-42.
- 57-Eggen,A., Reyners,A., Shen,G., Bosma,I.,Jalving,M., Shultz,D., Edelstein,K.& Rodin,G.,(2020). Death Anxiety in Patients With Metastatic Non-Small Cell Lung Cancer With and Without Brain Metastases.*Journal of Pain & Symptoms Mangment*,60(2),422-429.
- 58- Essa,E.(2020).Modeling the relationships among psychological immunity ,mindfulness and flourishing of university students. *International Journal of Education*,13(1),37-43.
- 59- Forbes,C., Amy Finlay,A., Megan McIntosh,M., & Siddiquee,S., & Short,C.(2019).A systematic review of the feasibility, acceptability, and efficacy of online supportive care interventions targeting men with a history of prostate cancer. *Journal of Cancer Survivorship* ,13,75–96.
- 60- Goswami, S.; Köbler, F.; Leimeister, J. & Krmar, H. (2010): Using Online Social Networking to Enhance Social Connectedness and Social Support for the Elderly. *Journal International Conference on Information Systems*, (PDF) Using Online Social Networking to Enhance Social Connectedness and Social Support for the Elderly. (researchgate.net)2,2-8-2022,11:44Am.
- 61- Graham,A., Papadontos,G., Kang,H.& Moreno,J.(2011).Developmen and validation of the online social support for smokers scale. *Journal of Medical Internet Research*,13(3),1-14.
- 62- Hong,Y., Youhui,L., Yuhan,L., Zhanying,W.,Shili,Z. & Wenhua,Y.(2022a). Death anxiety among advanced cancer patients: a cross-sectional survey. *Supportive Care in Cancer*,30,3531-3539.
- 63- Hong,Y., Wang,Z.,Yu,W., Gu,Y., Shao,J., Zhang,Y., Hou,X., Kang,D.& Lu,Y.(2022b). Structural equation modelof factors related to death anxiety for Chinese patients with cancer. *OMEGA—Journal of Death and Dying*,0(0),1-17.

- 64- Hsu,M.,Chang,C.,&Ling Wu.(2020). RE-examining the Effect of Online Social Support on Subjective Well-Being: The Moderating Role of Experience. *Future Internet*, 12(88),2-15.
- 65- Hussain,S.,Nawaz,D.,Khan,M.,Nawaz,S.,&Zia,S.(2021). The Impact Of Death Anxiety On Quality Of Life Among Cancer Patients: A Case Of Bahawalpur And Multan District.*Psychology &Education*,58(1),5473-5477.
- 66- Khan,M.,&Ahmed,M.(2014). Gender differences in stress and social support among Kashmiri cancer patients. *Indian Journal of Positive Psychology*, 5(4), 484-487.
- 67-Khawar , M.,Aslam,N.,&Amir,S. (2013). Perceived Social Support and Death Anxiety Among Patients with Chronic Diseases. *Pakistan Journal of Medical Research*, 52( 3),75-79.
- 68- Knox,M.(2021). Locating death anxieties: End-of-life care and the built environment. *Wellbeing, Space & Society* 2,1-6.
- 69-Leong,W.Azmi,N.,Wee,L.,Rajah,H. & Chan,C.(2021).Validation and reliability of the Bahasa Malaysia language version of the acceptance of illness scale among Malaysian patients with cancer.*Plos One*,29,1-11.
- 70- Mavrogiorgou,P., Haller,K.& Juck,G.(2020). Death anxiety and attitude to death in patients with schizophrenia and depression.*Psychiatry Research*,290,1-6.
- 71-Malpass,J. & Steeves,R.(2012). Talking with death at a diner: young women's online narratives of cancer. *Oncology Nurssing Forum*,39(4),373-378.
- 72-Muir,J.,Hagarty,R.,Stebbing,S.,Treharne,G.(2020). Exploring the role of online health information and social media in the illness experience of arthritis-related fatigue: A focus group study. Exploring the role of online health information and social media in the illness experience of arthritis-related fatigue: A focus group study - PubMed (nih.gov) 22-6-2022.4:18PM.
- 73-Nazari,F., Khoshnood,Z.& Shahrabaki,O.(2021).The relationship between authenticity and death anxiety in cancer patients.*Omega Journal of Death & Dying*,1-14. DOI: 10.1177/0030222821997603
- 74- Neel,C., Lo,Ch., Rydall,A., Hales,S.& Rodin,G.(2016).Determinants of death anxiety in patients with advanced cancer.B.M. *Journal Supportive & Palliative Care*,6,373-380.

- 75-Nick,E.(2016). The Online Social Support Scale: Exploratory Factor Analysis, Validation, and Effects on Psychosocial Outcomes. in partial fulfillment of the requirements for the degree of *MASTER OF SCIENCE*, Faculty of the Graduate School of Vanderbilt University.
- 76- Nick,E.,Cole,D.,joocho,S.,Smith,D.,Carter,G.,&Zelkowitz.(2018). The Online Social Support Scale: Measure Development and Validation. *Psychol Assess*, 30(9): 1127–1143.
- 77-Pasek,M., Suchocka,L., asior,K.(2021). Model of Social Support for Patients Treated for Cancer . <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34638270/>.23-7-2022. 1:47 pm.
- 78- Sarafino, E. P. & Smith, T. W. (2011). *Health psychology biopsychosocial interactions seventh edition*. New York: WILEY. Health Psychology: Biopsychosocial Interactions - Edward P. Sarafino, Timothy W. Smith - Google Buku.
- 79- Sharpe,L., Curran,L., Butow,P.& Thewes,B.(2018). Fear of cancer recurrence and death anxiety. *Psycho-Oncology*, 2559-2565. DOI: 10.1002/pon.4783.
- 80-Soleimani,M.,Lehto,R.,Negarandeh,R.,&Bahrami,N.(2016).Relationships between Death Anxiety and Quality of Life in Iranian Patients with Cancer. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 3(2),183-91.
- 81-Soleimani,M., Bahrami,N,m Allen,K.& Alimoradi,Z.(2020). Death anxiety in patients with cancer: A systematic review and metaanalysis. *European Journal of Oncology Nursing*,48,1-9, <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101803>.
- 82- Song, L.,&son,J.(2011). Social supports. [https://www.researchgate.net/publication/261710356\\_Social\\_Support](https://www.researchgate.net/publication/261710356_Social_Support) 14-7-2022.2:21pm.
- 83- Templer DI (1970) The construction and validation of a death anxiety scale. *Journal of General Psychology*, 82,165–177.
- 84- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52, 145-161.
- 85- Vargay,A., Jozsa,E., Pajer,A.& Banyai,E.(2019). The characteristics and changes of psychological immune competence of breast cancer patients receiving hypnosis, music or special attention. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 20 (2), 139–158.DOI: 10.1556/0406.20.2019.009

- 86-Vijayan,V.(2013).Insight, death anxiety and social support in remitted patients with schizophrenia and bipolar affective disorder"A comparative study".A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of *Master of Philosophy* in Medical & Social Psychology, Ranchi University.
- 87-Walter,N.(2019). Online Social Support. *Interdisciplinary Contexts of Special Pedagogy*, 23, 23–51.
- 88-White,M.&Dorman,S.(2001).Receiving social support online: implications for health education. *Health Education Research*, 16(6), 693–707.
- 89- World Health Organization.(2013). *Strategy for Cancer Prevention and Control in the Eastern Mediterranean: Region 2009-2013*.Egypt:Regional Office for the Eastern Mediterranean.
- 90- World Health Organization.(2013).Egypt, number of new cases in 2020,both sexes ,all ages,International Agency for Research on Cancer.The Global Cancer Obsevatory.
- 91-Zaidi,(2020). Role of Social Support in Relapse Prevention for Drug Addicts. *International Journal of Innovation, Creativity & Change*. 13(1), 915-924.
- 92-Zimet,G.D.&Conty-Mitchell,J.(2000). Psychometric Properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Supports in Urban Adolescents. *American Journal of Community Psychology*,28(3),391-400.