

التدين والدعم الاجتماعي وعلاقته بجودة الحياة والرضا عن الحياة لدى المصابين بالسرطان لدى الرجال
في الكويت

د. مها السجاري
أستاذ مشارك قسم الاجتماع و الخدمة الاجتماعية
huna1973@hotmail.com

د. أنوار الخرينج
أستاذ مساعد قسم الأتماع و الخدمة الاجتماعية
aanrr@hotmail.com

أ. أبتسام القعود
موجه تدريب ميداني قسم الاجتماع و الخدمة الاجتماعية
eqnbab@hotmail.com

قسم الاجتماع و الخدمة الاجتماعية.
كلية العلوم الاجتماعية
كيفان صندوق بريد 68168
الكويت، الرمز البريدي 71962

التدين والدعم الاجتماعي وعلاقته بجودة الحياة والرضا عن الحياة لدى المصابين بالسرطان لدى الرجال

في الكويت

الملخص

أشارت الدراسات بان المصابين بالسرطان غالبا ما يشعرون بالقلق والخوف من الموت, والاكتئاب مما يؤثر بشكل سلبي على جودة الحياة لديهم, وان تعزيز الجانب الديني للمصاب له تأثير ايجابي لنظرتة للحياة من خلال إلى قياس علاقة درجة التدين و الدعم الاجتماعي على جودة بث شعور التفاؤل و الراحة و الأمان. تسعى الدراسة الحياة لدى الرجال المصابين بالسرطان و الكشف عن علاقة التدين بمفهوم الرضا عن الحياة للمصابين في المجتمع الكويتي. تم توزيع استبانة على 124 مصاب في مركز مكي جمعة للسرطان . تكونت الأستبانة من معلومات ديموغرافية واجتماعيه و ثلاثة مقاييس (جودة الحياة، التدين ، الرضا عن الحياة).أشارت النتائج الى وجود علاقة ارتباطيه موجبة بين الحالة الاجتماعية للمصابين و جودة الحياة ،و بين درجة التدين و كل من الرضا عن الحياة و جودة الحياة لدى المصابين .بالإضافة الى وجودعلاقة ارتباطيه سالبة بين مرحلة الاصابة بالمرض وكل من الرضا عن الحياة و جودة الحياة لدى المصابين.

المصطلحات الرئيسية: سرطان عند الرجال، درجة التدين الرضا عن الحياة، جودة الحياة ، الدعم الاجتماعي

The relationship between religiosity and social support and quality of life and life satisfaction among Kuwaiti men with cancer

Abstract

Several studies show that patients with cancer suffer from stress, fear of death, and depression which in turn affect negatively patient's quality of life. Enhancing patients' religiosity influences positively their perspective of life by feeling optimistic, relief and secure. The current study aim to examine the relationship between religiosity and social support and the quality of life among patient with cancer in Kuwaiti society. Questionnaire was use for this study. It consists of demographic and social variables. Quality Of Life Scale (WHOQOL-Bref), Satisfaction With Life Scale, and Religiosity Scale distribute on 124 cancer patients from Maky Joma cancer center. The results show that there is a significant positive relationship between marital status and quality of life, and between religiosity and life satisfactions and quality of life among Kuwaiti men with cancer. Moreover, there is a significant negative relationship between stage of disease and men's life satisfactions and quality of life.

Keywords: Men with cancer, Religiosity degree, Life Satisfaction, Quality of life, Social support.

التدين والدعم الاجتماعي و علاقته بجودة الحياة والرضا عن الحياة لدى المصابين بالسرطان لدى الرجال

في الكويت

المقدمة

يعد مرض السرطان او كما يسميه الكثير بالمرض "الخييٲ" أو بالمرض المزمن من الأمراض العصرية القاتلة التي لاقى اهتماما كبيرا من جميع الأوساط الطبية لما له من تأثير سلبي نفسي -اجتماعي و اقتصادي على المصاب وأسرته و المجتمع ككل. بناء على التقرير المعد من قبل منظمة الصحة العالمية لعام 2003 فأن هناك 10 ملايين شخص يصابون بمرض السرطان سنوياً في العالم و هناك اكثر من 6 ملايين حالة وفاة بسبب هذا المرض. و ان بسبب زيادة متوسط العمر عند الفرد و أسلوب الحياة غير الصحي سوف ترتفع نسبة (WHO, 2008), (الإصابة في هذا المرض لتبلغ 15 مليون مصاب في عام 2020 .

أشارت الاحصائيات المعدة من قبل الباحثين بأن نسبة الإصابة بمرض السرطان في دول مجلس التعاون الخليجي بلغت 32,291 مصاب خلال 1998-2003 , حيث بلغ عدد الرجال المصابين بمرض السرطان (16,342) و بلغ عدد النساء المصابات بالسرطان (15,949). و ان متوسط العمر عند الاصابة بمرض السرطان للرجال في الخليج متقدمة مقارنة بالنساء الخليجيات اللاتي يصبن باعمار أصغر . و يعتبر كل من سرطان الرئة و سرطان البروستات من أكثر انواع السرطانات الذي (2009, Al-Hamdan). يصاب به الرجال و سرطان الثدي و الغدة الدرقية من أكثر أنواع السرطانات التي تصاب بها النساء) في دولة الكويت و وفقاً للإحصائيات المعدة من قبل مركز حسين مكي جمعه المتخصص لعلاج السرطان في الكويت لعام 2008, كان سرطان القولون الليمفوما و سرطان الدم الاكثر شيوعاً لدى الرجال و سرطان الثدي ثم الاصابة بسرطان الغدة الدرقية الاكثر شيوعاً لدى النساء (جريدة الوطن, 2012). حيث أشارت الإحصائيات بأن أكثر أنواع السرطان شيوعاً عند الرجال الكويتيين وفقاً لمعدل العمر عند الاصابة كان سرطان القولون بواقع 16.1 لكل 100,000 نسمة و سرطان الثدي عند النساء الكويتيات بواقع 49.4 لكل 100,000 نسمة. وانه من المتوقع زيادة نسبة الإصابة بالسرطان الى 1200 حالة في عام.

2029 مقارنة مع 889 حالة لعام (El- Basmy et al.,2009)

صنف الباحثين مرض السرطان بثاني أخطر مرض يصيب الإنسان بعد أمراض القلب (El-Basmy et al.,2009), (Al-Othman et al,2015). و تم ربط انتشار مرض السرطان بالتغيرات الثقافية و الاجتماعية السريعة التي طرأت على المجتمعات المتقدمة نتيجة للثورة الصناعية التي أدت الى تحولات أساسية في أسلوب و طبيعة حياة الشعوب. حيث تغيرت طبيعة النشاط الاقتصادي في تلك الدول من مجتمعات رعوية و تجارية الى مجتمعات صناعية و نفطية ، حيث أثرت هذه التحولات على أسلوب حياة الافراد في اختيارهم لنوعية الطعام المشبع بالدهون و انخفاض عدد الساعات التي يمارسون فيها الرياضة بسبب تغير طبيعة عملهم الذي أصبح اداريا (العثمان و آخرون، 2015). و تعتبر دولة الكويت من الدول التي طرأ عليها تلك التحولات الجذرية في البنية التحتية للمجتمع الذي تحول من مجتمع تقليدي يعتمد في نشاطه الاقتصادي على الرعي و صيد الأسماك و تجارة اللؤلؤ الى مجتمع نامي يعتمد اقتصاده على العائدات النفطية. تلك التغيرات التي أدت الى تغير في نوعية انتشار الأمراض في المجتمع من أمراض معدية الى أمراض مزمنة كالسكر و ضغط الدم و أمراض القلب و السرطان. حيث كشفت دراسة معدة من قبل وزارة الصحة الكويتية بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية بأن 36% من الرجال الكويتيين مصابين بالسمنة ($BMI \geq 30$) مقارنة 48% من النساء الكويتيات. و ان نسبة 65% من الكويتيين لا يمارسون الرياضة و 81% من الكويتيين لا يتناولون بشكل كاف الغذاء الصحي الذي يحتوي على الفاكهة و الخضروات ، هذا بالإضافة الى ان نسبة الرجال المدخنين بلغ 42% (Al-Nesf et al.,2008) .

من وجهة نظر الانثروبولوجيا الطبية شددت الدراسة الراهنة بتوضيح الدور الثقافي و الديني كأهمية الوازع الديني و الأيمان بقضاء الله و قدره و المشاركة في الأنشطة الدينية و الممارسات و الطقوس الدينية الروحانية على المصابين بمرض السرطان .بالإضافة الى أهمية الرعاية الصحية و الدعم المعنوي-الاجتماعي و المادي المقدم من قبل الأشخاص المحيطين بالمصابين بالسرطان و أثره على تحسين جودة الحياة عند المصابين بالسرطان. و بسبب خطورة مرض السرطان و انتشاره في الاونه الاخيرة في جميع المجتمعات قاطبة و بين مختلف الفئات العمرية لكلا الجنسين ،ظهرت دراسات عدة تهتم بقياس و الكشف عن العلاقة بين الاصابة بمرض السرطان و المتغيرات البيئية، و الوراثية المختلفة و قياس شدة تأثير الاصابة بمرض السرطان على المصابين و القائمين على رعايتهم من مختلف الجوانب الصحية، و النفسية، و الاجتماعية، و الثقافية

Terakye et al., 2011, Ozdemir et al.,2009, Cameron et al.,2002, Naldi et al.,2000

;Yixin et al.,2011;and Montazeri,2000).

و قد برزت دراسات اجتماعية-ثقافية أخرى اهتمت بدراسة العلاقة بين العوامل الثقافية و المعتقدات الدينية للعديد

من المجتمعات و الإصابة بمرض السرطان (Velama et al., 2002; DeBruin & Josephy, 2002;)

(Tukiendorf, 2002; Sakai, 2001;). و انطلقت دراسات اكلينيكية أخرى كشفت عن الاختلافات الفسيولوجية و الهرمونية

بين الجنسين و العوامل الوراثية التي قد تزيد من احتمالية الإصابة بمرض السرطان (Dhar, 2001; Vorobiof et

al., 2001).

تأتي أهمية الدراسات الاجتماعية و النفسية و الأنثروبولوجية بتركيزها جميعا على تأثير البيئة الاجتماعية و نمط الحياة التي يعيشها الفرد و المتمثل بطبيعة عمله، و الأطعمة التي يتناولها، و النظام الزواجي المتبع بتلك الثقافة على الأمراض الصحية التي يصاب بها الفرد و منها مرض السرطان. فتتلمذت الدراسات السابقة بالجوانب النفسية و الاجتماعية للمصابين و الأشخاص المحيطين بهم و التركيز على اثر العوامل الديموغرافية كدراسة Schmidt et al. (2005) للمصابين بالسرطان (العمر، المؤهل العلمي، الرعاية الطبية)، على جودة الحياة لديهم . التي بحثت عن الفروق بين الجنسين في جودة الحياة لدى المصابين بسرطان الشرج للجنسين ، و دراسة Li et al. (2004) التي بحثت عن جودة الحياة لدى المصابين بسرطان الرئة بعد استئصال الورم، و دراسة Shimozuma et al (2000) التي ركزت على جودة الحياة عند النساء المصابات بسرطان الثدي. و دراسة Janni et al (2001) التي قاست جودة الحياة لدى النساء المصابات بسرطان الثدي بجميع مراحل المرض (1-4) بعد استئصالهم للورم. و قد قام عبد الخالق (2010) بدراسة حول أثر الإصابة بمرض السرطان عند الرجال على حالتهم النفسية منذ معرفتهم بالإصابة إلى مراحل العلاج . و دراسة المذكور (1996) التي ذكر فيها بأن اغلب الرجال المصابين بالسرطان تتنابهم مشاعر الخوف من الموت و القلق، و الملل من الحياة، و العصبية، و المزاجية، و الخوف من الوحدة، بالإضافة إلى مشاكل مادية مما يؤثر على حياة المصاب اجتماعيا و على علاقته بأسرته (خالد المذكور، 1996). أيضا أوضحت دراسة في تركيا عن أثر العوامل الديموغرافية للمصابين بسرطان الثدي (العمر، المؤهل العلمي، الرعاية الطبية) على نوعية الحياة لديهم. وكيف أثرت إصابة الرجال بمرض السرطان على حالتهم النفسية منذ معرفتهم بالإصابة إلى مراحل العلاج. فقد بينت الدراسة إلى ان أغلب الرجال المصابين تتنابهم مشاعر العصبية و القلق و الخوف من الموت و الملل من الحياة و المزاجية ، بالإضافة إلى المشاكل المادية التي يتعرض لها المصاب مما يؤثر على حياته الأسرية و علاقته الاجتماعية مع المحيطين به . كذلك أشارت العديد من الدراسات بأن المعاناة النفسية التي يشعر بها المصاب بالسرطان تمتد أيضا إلى محيطه

الاجتماعي المتكون من أسرته و أصدقائه مما يؤثر سلبياً على جودة الدعم و المساعدة المقدمة اليه من قبل محيطه
(Carpenter et al., 2010; (Cohen et al., 2000; Nausheen et al.,2009; Pinguart & Duberstein ,2010).

و أيضاً بينت دراسات أخرى إلى ان الدعم و المساعدة الاجتماعية تلعب دوراً مهماً في إطالة عمر الاشخاص
المصابين بمرض السرطان عن المرضى الذين يعانون من نقص او عدم وجود جماعة مساندة معهم اثناء الاصابة بالمرض
(Candyce et al.,2006). فقد وجدت دراسة قام بإعدادها Candyce et al., (2006) إلى ان هناك علاقة بين العزلة
الاجتماعية و ارتفاع نسبة الوفاة لدى المصابات بسرطان الثدي، وذلك بسبب قلة تردهم للعيادات الطبية، وتلقيهم الرعاية
الخاصة من قبل الأبناء و المقربين و الأصدقاء. حيث ترتفع نسبة البقاء على قيد الحياة عند النساء المصابات بسرطان الثدي
اللواتي لديهن علاقات اجتماعية مع الأقارب و الأصدقاء بالمقارنة مع النساء المصابات اللاتي لديهن نشاطاً اجتماعياً أقل.
كذلك أشارت دراسات أخرى بأن هناك تأثيران للدعم الاجتماعي الذي يتلقاه المريض المصاب بالسرطان من قبل
الآخرين الأول يتمثل في دعم مباشر يحقق للمصاب الشعور بالرضا و الارتياح من خلال علاقاته الاجتماعية بالآخرين و
تواصله الاجتماعي المستمر و الآخر تأثير غير مباشر للدعم الاجتماعي الذي يخفف من شدة التوتر و القلق الذي يشعر به
المصاب بالسرطان و الذي يرتبط بدوره بتقليل من الأثر السلبى للتوتر على الوظائف الحيوية العضوية للمصاب بالسرطان.
فقد وجد الباحثين بأن هناك علاقة بين الدعم الاجتماعي و شبكة العلاقات المحيطة بالمصاب بالسرطان مع ارتفاع في هرمون
الأوكستيبوسن المسئول عن انكماش الأورام الخبيثة في الدراسات المختبرية الاكلينيكية (Villingshøj et al.,2006; ;
Lutgendorf et al., 2010; Morita et ,Taylor et al., 2000; Sprehn et al., 2009 Kroenke et al., 2006
(al.,2004).

ايضاً أظهرت عدة دراسات اهمية الدعم الاجتماعي على تحفيز الجهاز المناعي للمريض المصاب بالسرطان و كيفية
تسهم تلك العلاقات الاجتماعية على تخفيف الضغوط المحيطة بالمصاب و المعاناة النفسية و الجسدية . بالإضافة الى العمل
على أشباع حاجاته النفسية و الاجتماعية من خلال تلقيه الدعم النفسي و المادي و الاجتماعي من الآخرين المحيطين به
(رضوان جاب الله شعبان ، هريدي محمد عادل، 2001). و أشارت You & Lu (2014) بأن الأسرة تعتبر من أهم مصادر
للدعم الاجتماعي على الافراد الصينيين المتعافين من مرض السرطان. حيث بينت الدراسة بأن الدعم الاسري الذي يتلقاها الفرد
المتعافى من مرض السرطان يزيد من درجة نوعية الحياة لديه و لديه تأثير ايجابي على الافراد المتعافين من المرض. و ذكرت
دراسة أخرى قام بها Trevino et al.,(2013) بوجود علاقة ايجابية بين الدعم و المساعدة الاجتماعية التي يتلقاها الافراد

المصابين بمرض السرطان في مراحل المتقدمة و جودة الحياة لديهم . حيث أشارت الدراسة بأن الدعم الاجتماعي الذي يتلقاه الفرد المصاب بالمرض و المتمثل في كل من وجود شخص قريب منه ، و التحدث مع الآخرين عن مشاكله باستمرار ، و وجود دعم اجتماعي ملموس يتلقاه المصاب من قبل الآخرين بالإضافة الى الانضمام و مشاركة الآخرين في الأنشطة تساهم جميعاً في زيادة جودة الحياة لدى المصابين في مرض السرطان . كذلك بينت كل من دراسة Knobf (2011) و . (2009) Kasparian et al بأن للدعم الاجتماعي الذي يتلقاه المرضى المصابين بالسرطان نتائج ايجابية على نوعية الحياة لديهم و التي تتمثل في ارتفاع مستوى تكيفهم و و توافقهم مع مرض السرطان .حيث اكدت الدراسات بأن للدعم الاجتماعي تأثير ايجابي على زيادة نشاط الجهاز المناعي على مقاومة الاجسام الدخيلة (الانتانات) التي تصيب الجسم و تسبب بعض الامراض، و ذلك من خلال العمل على تخفيف الضغوط التي يعاني منها الفرد المصاب و زيادة مشاعر السعادة و التفاؤل لديه (زعطوط ،2005).

حيث أشارت دراسة Contrada et al., (1990) في الولايات المتحدة الامريكية انه توجد علاقة بين الحالة الاجتماعية للمصابين بالسرطان والفترة الزمنية للاحتمالية بقاء المريض حياً و تشخيص و علاج المرض . حيث أشارت النتائج إلى أن الدعم الاجتماعي و المساعدة النفسية اللذان يتلقونهم مرضى السرطان من قبل زوجاتهم يساهم بشكل ايجابي في تشخيص المرض في مراحل المبكرة و علاجه مما يزيد من فرص بقائهم احياء أكثر من المصابين غير المتزوجين.و وجدت دراسة (Lutgendorf et al. , 2012) أن هناك علاقة بين الدعم الاجتماعي الذي تتلقاه المصابات بسرطان المبيض و زيادة في عدد سنوات الحياة.حيث قاست الدراسة نوعين من المساعدة الاجتماعية التي تحصل عليها المصابات بالسرطان من قبل الآخرين ،المساعدة الاجتماعية التي تمنحهم المساعدة والدعم العاطفي و الحنان و المساعدة الاجتماعية الأخرى التي تمنح المصابات تقديم العون و المساعدة الملموسة بقضاء الحاجات و المرافقة للمراكز الصحية لتلقي العلاج و القيام بالأعمال المنزلية. حيث أشارت نتائج الدراسة الى أن متوسط مدة البقاء بالسنوات للمصابات بسرطان المبيض اللواتي تلقين الدعم الاجتماعي أطول (4.15 سنوات) من نظيراتهن اللواتي لم يتلقين المساعدة الاجتماعية (3.35 سنوات). دراسة اخرى أيضاً بينت زيادة معدلات الوفاة للإفراد المنعزلين اجتماعياً و التي تربطهم علاقات و روابط اجتماعية قليلة مع الآخرين ، حيث تعمل العلاقات الاجتماعية و المساعدة الاجتماعية من قبل الآخرين على تخفيف الضغوط اليومية التي يواجهها الافراد مما يزيد من فرص بقائهم احياء (Birditt & Antonucci,2008 ;Montazeri ,2009)

بجانب الدعم و المساندة الاجتماعية و تأثيرها الايجابي للمصاب بالسرطان , اهتمت دراسات عدة بالجانب الديني و الروحاني وتأثيرها النفسي الايجابي على نفسية المصابين بالسرطان. حيث أظهرت الدراسات إن الممارسات و المعتقدات الدينية تخفف من حده القلق و الاكتئاب لدى المرضى من خلال بث شعور الراحة النفسية و الطمأنينة و التمسك بالحياة لديهم (جهد النابلسي, 1996). و نظراً لأهمية الجانب الديني الروحاني المتمثل بالممارسات و الطقوس الدينية للعبادات و الايمان بالقضاء و القدر و الانضمام إلى جماعات و هيئات دينية تعمل كجماعات مساندة للأفراد , تم تطبيق عدة دراسات إمبريقية ذات أبعاد ثقافية و اجتماعية و نفسية تتناول العلاقة بين درجة التدخين, و الحالة الصحية و المرضية لدى الأفراد. و لقد أشارت نتائج الدراسات بوجود علاقة ايجابية بين درجة التدخين و كل من ارتفاع متوسط العمر و التمتع بحالة صحية جيدة وانخفاض (Lim & Yi, 2009; Thomas, 2002; Baroun, 2006) الأمراض

و قد أشارت العديد من الدراسات الى التأثير الايجابي للتدخين على الحالة الصحية النفسية للأشخاص الاسوياء و المصابين على حد سواء . حيث تناولت الدراسة العلاقة بين أثر الجانب الديني للمريض على حالته الصحية و أهمية الجماعات المساندة على تخفيف الضغوط النفسية و القلق و الإرهاق و التوتر من خلال الانضمام الى دروس و حلقات دينية . و لقد تناولت دراسات لاحقة أيضاً أهمية الجانب الديني للحفاظ على الناحية الجسدية و النفسية لدى الأفراد المصابين بالأمراض أو ممن يتلقون الرعاية الطبية. حيث تعتبر ممارسة الأفراد للطقوس الدينية المتمثلة بالعبادة كدرع و قائي مضاد للإصابة بالأمراض من خلال تعزيز الشعور بالأمن و الارتياح و الطمأنينة لديهم و الحد من القلق و الأرق (Musick et al., 2004; Yoon, 2006; Hebert et al., 2007; Yohannes et al., 2008)

و هناك مجموعة من الدراسات ايضاً في المجتمع الكويتي التي تناولت علاقة درجة التدخين على صحة الفرد و مدى إصابته أو مقاومته للأمراض المزمنة و الصحة الجسدية , و النفسية , و السعادة و الرضا عن الحياة (عبدالخالق, 2008, AI-Kandari, 2011). و قد أشار Al-Kandari (2003) إلى أهمية الجانب الديني على الحالة الصحية و المرضية لدى عينة من الأفراد في المجتمع الكويتي. حيث أشارت الدراسة إلى وجود علاقة ايجابية بين درجة التدخين لدى الافراد و الاصابة بارتفاع ضغط الدم حيث تعتبر مشاركة الأفراد في الهيئات و المنظمات الدينية والحضور لحلقات دينية التي تعمل كعمل الجماعات المساندة في الغرب إلى توفير الراحة و الطمأنينة و السعادة لدى الأفراد و الحد من القلق و الضغوط .

أهمية الدراسة

تكمن أهمية الدراسة. الراهنة بأنها تركز على شريحة مهمة في المجتمع الا و هي فئة الرجال لما لهم من دور فعال و

حيوي في المجتمع الخليجي بكونه الرجل هو المعيل الأساسي للأسرة و تقع عليه أغلب المهام و المسؤوليات المتعلقة بأسرته. فإن أي وعكة صحية يتعرض لها الرجل الخليجي سوف يمتد تأثيرها ليس على الرجل نفسه بل و على كافة أفراد أسرته. حيث أثرت الثقافة الخليجية على التنشئة الاجتماعية لإفرادها والتي تعتبر الرجل أساس الأسرة و امتداد للعائلة و متوقع منه من قبل الجميع القيام بجميع واجباته على أكمل وجه و بالتالي فعندما يتعرض لوعكة صحية تحول دون قيامه بواجباته فإنه سوف تؤثر عليه ليس فقط صحياً و لكن معنوياً ايضاً.

تكمن أهمية هذه الدراسة بأنها من الدراسات الانثروبولوجيا الطبية القليلة التي طبقت على المجتمع الكويتي والتي تتناول فيها دراسة الجوانب الاجتماعية و الثقافية المحيطة بالرجال المصابين بمرض السرطان في المجتمع الكويتي و أثرها على جودة الحياة لديهم و درجة رضاهم عن الحياة. بالإضافة الى قياس مدى تأثير الدعم الاجتماعي الذي يتلقاه المصابين بمرض السرطان و درجة تدينهم على نوعية الحياة لديهم و رضاهم عن الحياة. ايضاً تكمن أهمية الدراسة الراهنة بقياس مدى تأثير درجة تدين الرجال المصابين بالسرطان على مفهومي الرضا عن الحياة و جودة الحياة لديهم.

مفاهيم الدراسة

الرضا عن الحياة:

عرف Abdel-khalek (2008) مفهوم الرضا عن الحياة بأنه "مدى تقبل الشخص و اقتناعه بحياته بوجه عام اعتماداً على حكمه الشخصي" 28ص . حسب هذا التعريف فان الشخص وليس الآخرين الذي يقدر مدى تقبله و اقتناعه بحياتهم يعتمد تقديره و حكمه على مدى تقبل حياته على الجوانب المعرفية للشخصية و ليس الوجدانية، حكم الفرد و قناعته عن حياته بشكل عام و ليس بشكل محدد و خاص (Abdel-khalek ، 2008 ص 28). فهو تقبل الفرد بحياته و اقتناعه بها بوجه عام و احساسه بالارتياح بجميع المجالات الشخصية، و الوظيفية، و الاجتماعية (عبدالخالق و الحويلة، 2013 ص115).

الدعم الاجتماعي:

المقصود به هو شعور الفرد و احساسه بوجود أفراد مقربين اليه يمكن أن يقدموا له الدعم و المساعدة الابدائية و المعلوماتية و المعنوية إذا احتاج اليهم (حامد المطيري، 2000). هناك أشكال للدعم الاجتماعي المقدم للمريض حسب المنظور الثقافي الذي يعيش فيه. فهناك الدعم المعنوي للمريض و الذي يشمل تقديم الاهتمام و العناية و الحب و الثقة له من قبل المحيطين به من الأقرباء و الأصدقاء. و الدعم المادي من خلال تقديم المال و العلاج في المراكز الطبية المختصة ذات

التكاليف العلاجية الباهظة. و هناك الدعم الذي يشمل المساعدة في اتخاذ القرارات المهمة في نوعية العلاج و التشجيع المستمر لتلقي العلاج بانتظام و المشاركة في تحمل المسؤوليات المنزلية الملائقة على المرضى (Bloom,2001). و يعرف عبدالله سيد معتز (2000) الدعم الاجتماعي بأنه ادراك الفرد بأن هناك في حياته عدد كافي من الاشخاص الذين يمكن اللجوء اليهم عند شعوره بالحاجة. و يتولد لدى الفرد الاحساس بالرضا من خلال الدعم الذي يحصل عليه من الآخرين.

درجة التدين:

يمكن أن يعرف التدين على انه درجة التزام الفرد بممارسة العبادات و العمل الصالح و الحرص على حضور الدروس الدينية، و الحرص على القيام بالعبادات التطوعية كصلاة السنن و النوافل و الصيام تطوعاً. هناك يشير إلى اتجاهين أو بعدين للتدين الخاص بالفرد و الذي يتمثل في التدين الداخلي و الذي يشير الى الاعتقادات ، و الآخر الاتجاه الديني الخارجي للفرد و هو يرتبط بالسلوك (Al-Kandari، 2003). يعرف الصنيع(2002) التدين "هو التزام المسلم بعقيدة الايمان الصحيح (الايمان بالله و ملائكته، وكتبه ورسله و باليوم الآخر و بالقدر خيره و شره)، و ظهور ذلك على سلوكه، بممارسة ما أمره الله به، و الانتهاء عن إتيان ما نهى عنه".(ص:149). ولقد أشار عبدالخالق و الحويلة (2013) بأن التدين يحتوي على جانبين : الجانب الاول و الذي يشمل الايمان و الاعتقاد بوجود الخالق، الله سبحانه و تعالى و الجانب الثاني و هو ممارسة العبادات و حضور المراسم الدينية و القيام بالإعمال الصالحة و التطوعية .

جودة الحياة:

يشير مفهوم جودة الحياة أو كما يطلق عليه من قبل الآخرين " نوعية الحياة" بأنه شعور الفرد بالرضا و الرفاهية في ظروفه الراهنة كما يراها الفرد . كذلك يشير المفهوم بدرجة الرضا أو عدم الرضا الذي يشعر به الفرد اتجاه نفسه من خلال تقييمه لمدى مشاركته و مساهمته للأنشطة الاجتماعية، و درجة انجازه للمشاركات و الالتزامات الاجتماعية وفقاً لقدرته الجسدية. و تشير أيضاً جودة الحياة الى مدى رضا الفرد و سعادته حول خبراته و تجاربه (Fograi & Zoppi, 2004:379 الشخصية في حياته مرتبطة بأفكاره و تقديره نحو ذاته) حسين (2006) جودة الحياة بشعور الفرد بالسعادة و الرضا عن الحياة و اشباع حاجاته المادية في البيئة الخارجية. و التمتع بصحة جسدية ايجابية و احساسه بمعنى الحياة من خلال معرفة الفرد بقوى و جوانب حياته. و العيش في حياة سعيدة يتوافق فيها القيم السائدة في المجتمع مع جوهر و قيم الفرد ذاته. تعرف منظمة الصحة العالمية (1995) جودة الحياة بأنه تقييم الفرد الذاتي لظروفه المادية في حياته. و ادراكه لمدى توافق و تطابق قيمه و اهدافه و توقعاته مع

الانساق و القيم و الاهداف المجتمع الذي يعيش فيه. و يشمل هذا التوافق و الانسجام علاقة الفرد مع البيئة الخارجية بشكل عام و يشمل هذا جميع الجوانب المتعلقة بعلاقاته الاجتماعية، صحته الجسدية و النفسية، معتقداته الشخصية ، و درجة استقلاليته.

أسئلة الدراسة

تهدف الدراسة إلى معرفة علاقة درجة تدين عند الرجال المصابين بالسرطان على جودة الحياة لديهم ، و هل هناك علاقة بين العوامل الاجتماعية-الديموغرافية (كالعمر ، درجة التعليم ، الحالة الاجتماعية ، عدد الأطفال ، الوظيفة ، مستوى الدخل ، الفئة الاجتماعية التي ينتمي إليها المصاب) للمصاب بالسرطان و جودة الحياة لديهم؟ يأمل الباحثون بالكشف عن جودة الحياة عند الرجال المصابين بالسرطان من خلال العمل على إيجاد بيئة اجتماعية و ثقافية ملائمة لوضعه الصحي و العمل على تعزيز جوانب القوة لديهم لمواجهة المرض من خلال المساندة الاجتماعية من الأقارب و المحيطين بالمرضى و تعزيز الجانب الديني لديهم . تهدف الدراسة الحالية الإجابة عنه عن الأسئلة التالية:

- 1-هل درجة تدين عند الرجال المصابين بالسرطان تؤثر على جودة الحياة لديهم و رضاهم عن الحياة؟
- 2- هل للعوامل الاجتماعية-الديموغرافية للمصابين بالسرطان تأثير على جودة الحياة لديهم؟
- 3-هل لمرحلة المرض عند فترة التشخيص لدى الرجال المصابين بالسرطان تأثير على جودة الحياة لديهم و رضاهم عن الحياة ؟
- 4-هل الفترة الزمنية منذ اكتشاف الإصابة بمرض السرطان تأثير على جودة الحياة عند المصابين؟
- 5-هل للعوامل الاجتماعية-الديموغرافية للمصابين بالسرطان تأثير على درجة الرضا عن الحياة لديهم؟

فروض الدراسة:

- 1- هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجة تدين لدى افراد العينة من المصابين بالسرطان بأنواعه المختلفة ، و جودة الحياة لديهم و رضاهم عن الحياة ؟

- 2- هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة لدى الرجال المصابين بالسرطان بأنواعه المختلفة و بعض المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية كالعمر , درجة التعليم , الحالة الاجتماعية , عدد الأطفال , الوظيفة , مستوى الدخل , الفئة الاجتماعية التي ينتمي إليها المصاب ؟
- 3-هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين مرحلة المرض عند فترة التشخيص لدى الرجال المصابين بالسرطان و جودة الحياة لديهم و رضاهم عن الحياة؟
- 4- هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين الفترة الزمنية منذ اكتشاف الإصابة بمرض السرطان و جودة الحياة عند المصابين؟
- 5-هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجة الرضا عن الحياة لدى الرجال المصابين بالسرطان وبعض العوامل الاجتماعية والديموغرافية مثل (كالعمر , درجة التعليم , الحالة الاجتماعية , عدد الأطفال , الوظيفة , مستوى الدخل , الفئة الاجتماعية) ؟

المنهجية

استخدمت الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي، و ذلك لتحقيق اهداف الدراسة.

اولا-عينة الدراسة:

تتكون عينة الدراسة على 124 رجلاً مصاباً بالسرطان يتلقى علاجه في مركز مكي جمعه للسرطان في مدينة الكويت. لقد تم سحب العينة البحثية عن طريق استخدام العينة المتاحة بعد أخذ موافقة المريض على المشاركة في الدراسة و تم الطلب من أفراد العينة بالإجابة على اداة الدراسة. ثانياً تتكون اداة الدراسة من أربعة أجزاء، يحتوي الجزء الأول على المعلومات الديموغرافية والاجتماعية للمصاب و التي تتمثل في العمر، الحالة الاجتماعية، الوظيفة، المستوى التعليمي، الفئة الاجتماعية المنتمي اليها. و يحتوي الجزء الثاني على مقياس التدين و ذلك لتحديد درجة التدين للمصابين . و هذا المقياس قد تم اعداده من قبل Al-Kandari (2003) و الذي يتألف من 15 بند , يبدأ بدائماً = 5 درجات وينتهي بأبداً = 1 درجة. و يتمتع المقياس بدرجة ثبات (0.87). اما الجزء الثالث من الاستبانة فانه يحتوي على مقياس جودة الحياة المترجم الى اللغة العربية من قبل Abdel-khalek (2008). حيث يقيس كل ما يختص بجودة حياة وصحة المصابين والذي يتألف من 26 سؤال تتعلق

بجوانب الصحة الفسيولوجية و الصحة النفسية و العلاقات الاجتماعية للمشاركين بالدراسة بالإضافة الى مفهوم جودة الحياة و الصحة العامة لدى أفراد العينة. والجزء الأخير من الاستبانة يحتوي على مقياس الرضا عن الحياة المترجم الى اللغة العربية من قبل Abdel-khalek (2008). و يحتوي المقياس على خمس عبارات تقيس الرضا العام عن الحياة بوجه عام، يجاب عليها من خلال اختبار الاجابة المناسبة من بين سبعة اختبارات التي تعكس رضا الفرد على النحو الآتي: 1= غير موافق مطلقاً، 2= غير موافق، 3= غير موافق قليلاً، 4= لا اوافق و لا أعارض، 5= أوافق قليلاً، 6= أوافق، 7= أوافق بشدة. و يتمتع المقياس بمعامل ثبات مرتفع من خلال استخدام معامل ثبات بدرجة (0.86) .

جدول (1): وصف ديموغرافي لعينة الدراسة

الوصف الديموغرافي	ن(124)	م(%)
الجنسية		
كويتي	113	91.1
غير كويتي	11	8.9
العمر		
20-30 عاماً	18	14.5
31-40 عاماً	24	19.4
41-50 عاماً	35	28.2
51-60 عاماً	27	21.8
61-70 عاماً	19	15.3
الحالة الاجتماعية		
متزوج	91	73.4
أعزب	23	18.5
مطلق	7	5.6
أرمل	2	1.6
الحالة التعليمية		

6.5	8	أبتدائي
26.6	33	أعدادي
27.4	34	ثانوي
35.5	44	جامعي
1.6	2	دراسات عليا
عدد الإبناء		
24.2	30	0
0.8	1	1
12.9	16	2
16.1	20	3
15.3	19	4
12.1	15	5
18.4	23	> 6
الدخل الاسري		
26.6	33	< 500 دينار
21.8	27	501-800 دينار
29.8	37	801-1100 دينار
11.3	14	1101-1400 دينار
1.6	2	> 2000 دينار
مرحلة الإصابة بالمرض		
23.4	29	المرحلة الأولى
19.4	24	المرحلة الثانية
9.7	12	المرحلة الثالثة

9.7	12	المرحلة الرابعة
2.4	3	المرحلة الأخيرة
58.9	73	المعرفة المسبقة بالمرض
37.9	47	نعم لا
55.5	66	الفترة الزمنية لاكتشاف المرض
21.7	29	أقل من 13 شهر
19.2	24	36-24 شهر أكثر من 3 سنوات

وصف ديموغرافي عن المعلومات الشخصية لعينة الدراسة

لقد روعي أن تكون عينة الدراسة موزعة على كافة الشرائح الاجتماعية بمختلف فئاتها لضمان قياسها وشمولها. حيث تتكون عينة الدراسة من 124 رجل مصاباً بالسرطان في مركز مكي جمعة للسرطان في دولة الكويت (113) كويتي و (11) غير كويتي , بمتوسط العمر (46.28)، وانحراف معياري (14.07) . و تنقسم العينة من الرجال الكويتيين حسب الاصول الى نسب متقاربة بين الكويتيين ذوي الأصول الحضرية 44.4% و ذوي الأصول القبلية 46.8% والبقية غير مبين. ولقد جاء اختيار عينة البحث عن طريق العينة غير العشوائية، حيث كان التطوع للإجابة على بنود أسئلة أداة البحث هو الأساس وهو الأمر الذي يعطي الطمأنينة على دقة النتائج المستخلصة. فقد تم اختيار عينة الصدفة للمصابين بالسرطان من الرجال المراجعين لمركز مكي جمعة. وقد بلغ عدد أفراد العينة من الذين تتراوح أعمارهم بين 41-50 عاماً النسبة الأكبر من المصابين 28.2% ثم الذين تتراوح أعمارهم بين 51-60 عاماً بنسبة 21.8%، ثم الذين تتراوح أعمارهم بين 31-40 عاماً بنسبة 19.4%، ثم الذين تتراوح اعمارهم بين 61-70 عاماً بنسبة 15.3%، بينما بلغت الذين تتراوح أعمارهم بين 20-30 عاماً النسبة الأقل من المصابين 14.5%. بالنسبة للحالة الاجتماعية لافراد العينة فأن بلغت نسبة المتزوجين 73.4% النسبة الأكبر من المصابين، ثم غير المتزوجين بنسبة 18.5% و 5.6% من المطلقين و 1.6% من الارامل المصابين بالسرطان.

وأغلب أفراد العينة من الجامعيين حيث تبلغ نسبتهم 35.5%، وبلغت نسبة 27.4 من هم من حملة الثانوية العامة، و 26.6% من هم حملة الاعدادية و 6.5% من هم حملة الابتدائية و فقط أثنان من المصابين يحملون شهادات عليا والبقية غير مبين. كذلك أشارت البيانات بأن النسبة الأكبر 24.2% من الرجال المصابين بالسرطان ليس لديهم أبناء ثم يتبعهم الرجال الذين لديهم ستة أبناء فأكثر بنسبة 18.4% ثم الرجال الذين لديهم ثلاثة أبناء بنسبة 16.1% ثم الرجال الذين عدد ابنائهم 4 بنسبة 15.3%. بينما النسبة الأقل 0.8% من افراد العينة لديهم ابناً واحداً .

كذلك أشارت البيانات فيما يتعلق بالنسبة المئوية لأفراد عينة الدراسة حسب الدخل الأسري الى النسبة الكبيرة من الرجال المصابين بالسرطان 29.8% يبلغ دخلهم بين 801-1100 ديناراً، ثم نسبة 26.6% من الذين يبلغ دخلهم أقل من 500 دينار، ثم نسبة 21.8% الذي يبلغ دخلهم بين 501-800 دينار. بينما نسبة قليلة (1.6%) بلغ دخلهم أعلى من 2000 دينار. أشارت البيانات بأن النسبة الأكبر من أفراد العينة 23.4% مصابون في المرحلة الاولى من المرض، ثم الرجال المصابون بالسرطان في المرحلة الثانية بنسبة 19.4%، ثم الرجال المصابون بالمرض في المرحلة الثالثة، و المرحلة الرابعة بنسب متساوية 9.7%، بينما شكلت المرحلة الأخيرة من الإصابة بالمرض النسبة الأقل لأفراد العينة 2.4%، والبقية غير مبين. بالنسبة الى معرفة أفراد العينة لمرض السرطان مسبقاً قبل الإصابة بالمرض، فقد أشارت البيانات بأن اغلبية الرجال أشاروا بالمعرفة المسبقة للمرض و بنسبة 58.9% مقابل 37.9% من الرجال أشاروا بعدم معرفتهم المسبقة لمرض السرطان و البقية غير مبين. كذلك يكشف الجدول بأن الفترة الزمنية منذ اكتشاف الإصابة بالمرض لدى أفراد عينة الدراسة جاء كالاتي: 55.5% اكتشفوا اصابتهم بالمرض 13 شهر و أقل، 21.7% اكتشفوا اصابتهم بالمرض قبل 24-36 شهر، 19.2% اكتشفوا اصابتهم بالمرض أكثر من 3 سنوات.

الوسائل الإحصائية:-

للإجابة على أسئلة الدراسة و تحليلها، تم استخدام الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS و قد تم الاعتماد على الوسائل الإحصائية الآتية: الترددات و النسب المئوية (الإحصاء الوصفي)، و اختبار معامل الارتباط بيرسون لقياس الفروق بين المتغيرات , و معامل اختبار (ت) لقياس العلاقة بين المتغيرات واختبار وذلك لقياس الفروق بين متوسطات المتغيرات الديموغرافية و الاجتماعية للرجال ANOVA معامل التحليل الأحادي المصابين بمرض السرطان و كل من درجة التدخين و نوعية الحياة و الرضا عن الحياة لديهم.

نتائج الدراسة:

1-هل درجة تدبير عند الرجال المصابين بالسرطان تؤثر على جودة الحياة لديهم و رضاهم عن الحياة؟

لاختبار الفرضية الأولى والتي تشير إلى ان هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجة تدبير الرجال المصابين بالسرطان و جودة الحياة و رضاهم عن الحياة، و ما إذا كان الرجال المصابين بالسرطان تختلف نظرتهم للحياة نحو الأفضل و يكونون أكثر رضا عن الحياة إذا كانت درجة تدبيرهم مرتفعة بالمقارنة بالرجال المصابين الأقل تدبيراً، تم استخدام اختبار معامل الارتباط بيرسون Pearson Correlation وذلك لقياس العلاقة بين المقاييس الثلاثة المستخدمة في الدراسة (درجة التدبير، جودة الحياة ، الرضا عن الحياة) ومتغيرات الدراسة كما هو موضح في الجدول (2). فقد كشفت نتائج الدراسة الى انه كلما زادت درجة تدبير لدى الرجال المصابين بالسرطان فأنهم يتمتعون بجودة حياة أفضل ($r = 0.280$) و درجة رضا عالية عن حياتهم ($r = 0.240$).

جدول (2) معاملات الارتباط المتبادلة بين مقاييس الدراسة الرضا عن الحياة و درجة التدبير مع مقياس جودة الحياة

لدى الرجال المصابين بالسرطان

المتغير	مقياس الرضا عن الحياة	مقياس جودة الحياة
	معامل الارتباط	معامل الارتباط
مقياس درجة التدبير	0.240**	0.280**

**معامل ارتباط بيرسون دال عند مستوى 0.01

2- هل للعوامل الاجتماعية-الديموغرافية للمصابين بالسرطان تأثير على جودة الحياة لديهم؟

لاختبار الفرضية الثانية التي تشير الى ان هناك علاقة بين جودة الحياة لدى المصابين بالسرطان بأنواعه المختلفة و بعض المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية و المتمثلة في العمر و درجة التعليم و الحالة الاجتماعية و عدد الأطفال و الوظيفة و مستوى الدخل و الفئة الاجتماعية التي ينتمي إليها المصاب . فأن الجدول (3) يوضح هذه العلاقة من خلال استخدام اختبار معامل الارتباط بيرسون Pearson Correlation و ذلك لقياس العلاقة بين العوامل الاجتماعية-الديموغرافية و جودة الحياة لدى المصابين. و لقد بينت النتائج الاحصائية الى وجود فقط علاقة ذات دلالة إحصائية بين الحالة الاجتماعية للرجال المصابين بالسرطان بمختلف انواعه و جودة الحياة لديهم ($r=0.190$).

جدول (3) معاملات الارتباط المتبادلة بين مقياس جودة الحياة مع بعض المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية

مقياس جودة الحياة	المتغير
معامل الارتباط	الحالة الاجتماعية
0.190	

*معامل ارتباط بيرسون دال عند مستوى 0.05

3-هل لمرحلة المرض عند فترة التشخيص لدى الرجال المصابين بالسرطان تأثير على جودة الحياة لديهم و رضاهم عن

الحياة؟

لأختبار الفرضية الثالثة و التي تشير الى وجود علاقة ذات دلالة احصائية بين مرحلة المرض عند فترة التشخيص

و جودة الحياة و الرضا عن الحياة للمصابين بالسرطان . فقد تم استخدام اختبار Pearson Correlation لقياس معامل

الارتباط بين مرحلة المرض عند فترة تشخيص المصاب وأثره على درجة جودة الحياة للمصابين و رضاهم عن حياتهم. فلقد

كشفت النتائج عن وجود علاقة ارتباطيه سالبيه ذات دلالة إحصائية بين مرحلة المرض عند التشخيص للرجال المصابين بالسرطان و كل من جودة الحياة (0.229 -) و درجة الرضا عن الحياة (0.332 -). حيث تشير النتائج بأن كلما تقدمت مرحلة الاصابة بالمرض عند الرجال المصابين بالسرطان، تقل درجة رضاهم و جودتهم نحو الحياة.

جدول (4) معاملات الارتباط المتبادلة بين مقاييس الدراسة جودة الحياة و الرضا عن الحياة و مرحلة تشخيص المرض بالسرطان.

مقياس جودة الحياة	مقياس الرضا عن الحياة	المتغير
معامل الارتباط	معامل الارتباط	مرحلة الاصابة بالمرض
- 0.229*	- 0.332**	

*معامل ارتباط بيرسون دال عند مستوى 0.05

**معامل ارتباط بيرسون دال عند مستوى 0.01

4-هل الفترة الزمنية منذ اكتشاف الإصابة بمرض السرطان تؤثر على جودة الحياة عند المصابين؟

لاختبار الفرضية الرابعة والتي تشير الى وجود علاقة ذات دلالة احصائية بين جودة الحياة للمصابين بالسرطان و

الفترة الزمنية منذ اكتشاف الإصابة بالمرض ، فقد تم استخدام معامل بيرسون Pearson Correlation لتتحقق من صحة

الفرضية .و لقد كشفت النتائج عن عدم وجود علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة للرجال المصابين بالسرطان و المدة الزمنية منذ اكتشاف الإصابة بالمرض.

5-هل للعوامل الاجتماعية-الديموغرافية للمصابين بالسرطان تأثير على درجة الرضا عن الحياة لديهم؟

لاختبار الفرضية الخامسة والتي تشير الى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجة الرضا عن الحياة لدى الرجال المصابين بالسرطان و بعض المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية كالعمر و درجة التعليم و الحالة الاجتماعية و عدد الأطفال و الوظيفة و مستوى الدخل و الفئة الاجتماعية . وللتحقق من صحة الفرضية تم استخدام اختبار معامل الارتباط بيرسون Pearson Correlation و ذلك لقياس العلاقة بين بعض المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية وأثره على درجة الرضا عن الحياة لدى المصابين بالسرطان .

و لقد اشارت النتائج الى عدم وجود علاقة ارتباطيه بين المتغيرات الاجتماعية و الديموغرافية للرجال المصابين بالسرطان و مقياس الرضا عن الحياة .

ايضاً تم استخدام اختبار معامل التحليل الأحادي الاتجاه ANOVA وذلك لقياس الفروق بين متوسطات أعمار افراد العينة من الرجال المصابين بمرض السرطان و كل من درجة التدخين و جودة الحياة و الرضا عن الحياة لديهم. وللكشف عما إذا كانت هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين عمر المصابين بمرض السرطان و درجة التدخين و جودة الحياة و الرضا عن الحياة لديهم، الجدول (5) يكشف هذه الفروق بين المتوسطات الحسابية.

جدول (5) تحليل التباين أحادي العامل ANOVA للفروق بين متوسطات بين درجة التدخين و عمر أفراد العينة

مستوى الدلالة	قيمة (ف)	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	المصدر	ع	م	درجة التدخين
دالة إحصائية	3	461.663	4	1846.652	بين المجموعات	12.23	49.44	30-20 عاماً
		169.006	118	19942.682	داخل المجموعات	10.23	54.87	40-31 عاماً
			122	21789.333	المجموع	10.65	59.91	50-41 عاماً
						12.00	59.74	60-51 عاماً
						20.24	53.26	70-61 عاماً

13.36	56.33	
-------	-------	--

تكشف النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسط الحسابي بين عمر الرجال المصابين بمرض السرطان و درجة تدنيهم كما يوضحها الجدول (5). حيث يوجد هناك فروق دالة إحصائية في درجة تدني الرجال التي تتراوح أعمارهم بين 41-50 عاماً (م=59,91) و الانحراف المعياري (ع=10.65) و بين درجة التدني و الرجال الذين تتراوح أعمارهم بين 51-60 عاماً (م=59,74) و الانحراف المعياري (ع=12.00). بينما كشفت النتائج إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للمتوسط الحسابي بين أعمار أفراد العينة من للرجال المصابين بالسرطان و مقياس نوعية الحياة و لا توجد أيضاً فروق ذات دلالة إحصائية بين أعمار أفراد العينة ومقياس الرضا عن الحياة لديهم .

ايضاً تم اختبار معامل التحليل الأحادي ANOVA وذلك لقياس الفروق بين متوسطات المستوى التعليمي للرجال المصابين بمرض السرطان و كل من درجة التدني و نوعية الحياة و الرضا عن الحياة لديهم .وللكشف عما إذا كانت هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين المستوى التعليمي للرجال المصابين بمرض السرطان و كل من درجة التدني و جودة الحياة و الرضا عن الحياة لديهم، الجدول (6) يكشف هذه الفروق بين المتوسطات الحسابية.

جدول (6) تحليل التباين أحادي العامل ANOVA للفروق بين متوسطات بين درجة التدني و المستوى التعليمي لأفراد العينة

مستوى الدلالة	قيمة (ف)	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	المصدر	ع	م	درجة التدني
0.011 دالة احصائياً	3.4 5	578.354	4	2313.416	بين المجموعات	12.86	59.37	الابتدائي
		167.589	116	19440.303	داخل المجموعات	12.23	59.06	الاعدادي
			120	21753.719	المجموع	15.95	52.23	الثانوي
						10.62	58.11	الجامعي
						15.55	31.00	دراسات عليا

13.46	56.35	
-------	-------	--

تكشف النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسط الحسابي بين المستوى التعليمي للرجال المصابين بمرض السرطان و درجة تدينهم كما يوضحها الجدول (6). حيث يوجد هناك فروق دالة إحصائية متقاربة بين درجة تدين وأفراد العينة الحاصلين على الشهادة الابتدائية (م=59.37) و الانحراف المعياري (ع=12.86) و بين درجة التدين و الرجال الحاصلين على الشهادة الاعدادية (م=59.06) و الانحراف المعياري (ع=12.23). بينما كشفت النتائج إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للمتوسط الحسابي بين المستوى التعليمي للرجال المصابين بالسرطان و مقياس جودة الحياة و لا توجد ايضاً فروق ذات دلالة إحصائية بين المستوى التعليمي لإفراد العينة و مقياس الرضا عن الحياة لديهم .

و تم ايضاً استخدام اختبار (ت) T-test وذلك لقياس الفروق بين الحالة الاجتماعية لإفراد العينة من الرجال المصابين بالسرطان و درجة التدين و جودة الحياة و الرضا عن الحياة لديهم. حيث اشارت نتائج الدراسة الى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) بين الحالة الاجتماعية لإفراد العينة و رضاهم عن الحياة. يتضح من جدول (7) حصول عينة غير المتزوجين من الرجال على متوسط درجات اعلى من نظرائهن من الرجال المتزوجين على مقياس الرضا عن الحياة (ت=-1.89). بينما كشفت النتائج إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الحالة الاجتماعية للرجال المصابين بالسرطان و مقياس درجة التدين و لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الحالة الاجتماعية لافراد العينة و مقياس جودة الحياة لديهم .

جدول (7) يوضح المتوسط الحسابي (م) و الانحراف المعياري (ع) وقيمة (ت) لتحديد الفروق بين الحالة الاجتماعية لافراد العينة و مقياس الرضا عن الحياة

الرضا عن الحياة	ن	م	ع	ت
متزوج	90	37.46	6.72	-1.89
غير متزوج	33	39.84	4.28	دالة

الخاتمة

أسفرت نتائج الدراسة الراهنة بأن درجة تدين المصابين بمرض السرطان و المشاركة في الحلقات و الانشطة الدينية كان لها تأثيراً هاماً و ايجابياً على جودة الحياة لديهم ، وأن هناك علاقة طردية بين درجة تدين الرجال المصابين بالسرطان و المدة الزمنية منذ اكتشاف الإصابة بالمرض. نتائج الدراسه الراهنة تماثل نتائج كل من دراسة (Feher and Maly 1999) التي أشارت الى وجود علاقة بين المدة الزمنية منذ ان يتم تشخيص المصابات بسرطان الثدي و ارتفاع الجانب الروحاني و الديني لديهم. و دراسة (Schulz, et al 2008.) التي بينت أثر الجانب الديني و الممارسات و الطقوس الدينية على مساعدة المصابات بالسرطان الرحم على التعايش و التكيف مع المرض. و دراستين (Bowie, et al. 2001 Gall 2000) ; اللتان أوضحتا أهمية الجانب الديني على حياة المصابين بالسرطان عند مرحلة التشخيص و كيفية التعايش مع تبعات المرض و مساعدتهم على التأقلم معه من خلال تخفيف الضغوط النفسية و الاجتماعية المصاحبة للمرض. وأهمية الجانب الديني كنوع من أنواع الدعم الاجتماعي الذي يساهم في صد و تخفيف من شدة التوتر و الأرق و الخوف عند المصابين بالسرطان من خلال التواصل و الاحتكاك مع الآخرين من خلال المشاركة في العبادات و الانشطة الدينية و التي تعمل كمساندة و دعم اجتماعي و روحاني للمصابين (Siegel, et al. 2001). حيث الكثير من المصابين بمرض السرطان أفصحوا بارتياحهم عند ممارستهم عبادة الصلاة في التخفيف من آلامهم و مخاوفهم اتجاه المرض و الموت و المجهول (Kappeli 2000).

كذلك أسفرت الدراسة الحالية بأن الحالة الاجتماعية للرجال المصابين بالسرطان لها تأثير على درجة جودة الحياة لديهم , و أن الرجال المصابين غير المتزوجين او من سبق لهم الزواج يتمتعون بجودة حياته أعلى مقارنة مع الرجال المصابين المتزوجين. وقد يتم تفسير ذلك بسبب وجود عوامل أخرى غير الدعم و المساعدة الاجتماعي من محيط الاسري للمصابين و

التي تساهم في تعزيز عند الرجال المصابين بالسرطان الاحساس بوجودهم و هويتهم و تحسين مزاجهم و بالتالي رفع درجة نوعية الحياة لديهم. على خلاف نتائج الدراسة الراهنة، أشارت كل من دراسة (Khan (2010 و دراسة (Helgeson(2003 بأن الرجال المصابين بمراحل متأخرة من السرطان يتمتعون بجودة حياة مرتفعة وذلك بسبب الدعم و المساندة الاجتماعية التي يتلقونها من قبل الجميع . حيث يتميز الرجال بشخصية متفائلة و حب للحياة، و الشعور بدرجة منخفضة من القلق و الكآبة. أيضاً أسفرت نتائج هذه الدراسة بأنه لا توجد علاقة بين أعمار الرجال المصابين بالسرطان وأثره على نوعية الحياة لديهم أو مدى رضاهم عن الحياة. بينما أسفرت الدراستين التاليتين (Dunn & Steginga (2000 Chambers et al. (2012 بنتائج مختلفة حيث أشارت تلك الدراستين بوجود ارتباط بين عمر المصابين بسرطان القولون وانخفاض نوعية الحياة لديهم، حيث كلما كان سن المصابين بالسرطان صغير كلما انخفضت لديهم نوعية الحياة، وذلك بسبب المسؤوليات و الاعباء الأسرية و المالية لديهم. بالإضافة الى عدم توقعهم بالإصابة بمرض السرطان في مرحلة الشباب والتي ترتبط بالكثير من الامال و الخطط المستقبلية التي يتطلعون لانجازها و تحقيقها.

أيضاً بينت الدراسة الراهنة بعدم وجود علاقة بين المستوى الاجتماعي-الديموغرافي للمصابين بمرض السرطان (عمر , درجة التعليم, عدد الأطفال , الوظيفة , مستوى الدخل , الفئة الاجتماعية) و جودة الحياة لديهم. بينما بينت دراسة (Jansen et al. (2011 بأن المصابين بسرطان القولون الذين أعمارهم أقل من 60 عاماً كانت درجة نوعية الحياة لديهم أقل من الرجال الذين كانت أعمارهم عند التشخيص بسرطان القولون أكبر من 70 عاماً. كذلك أسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة سلبية بين جودة الحياة و الرضا عن الحياة عند الرجال المصابين بالسرطان و مرحلة المرض عند التشخيص. أيدت نتائج الدراسة الحالية ، الدراستين (Jansen et al. (2011 Chambers et al. (2011 التي بينت بأن الرجال الذين تم تشخيصهم بمرض السرطان بسن مبكر أصغر من (60 عاماً) تكون جودة الحياة لديهم منخفضة اتجاه جميع النواحي الاجتماعية، و العاطفية، و المعرفية. وكما ازدادت المدة الزمنية منذ الإصابة بمرض السرطان ، انخفضت لديهم درجة جودة الحياة لهم . وذلك بسبب ارتباط الفترة الزمنية بالإصابة بالمرض مع كل من تكاليف العلاج ، و الدعم الاجتماعي، و تأثير المرض على الأقارب و المحيطين الذين يقدمون الرعاية الصحية و الاهتمام الوجداني للمريض.

أيضاً أشارت نتائج الدراسة الراهنة بأن مرحلة الإصابة بمرض السرطان لها تأثير سلبي على مدى رضا المصابين عن حياتهم، حيث كلما كانت مرحلة الإصابة بالمرض متقدمة كلما تدنت رضا المصابين عن حياتهم بسبب الخوف من الموت و ارتفاع القلق و اليأس من الشفاء. وان الرجال المصابين الذين لديهم رضا مرتفع نحو حياتهم يتمتعون بنوعية حياة مرتفعة عن

غيرهم من الرجال المصابين بالسرطان. وذلك يمكن تفسيره الى أن الرجال المصابين بمرض السرطان الذين لديهم رضا عن أنفسهم و يتمتعون بنوعية حياة أفضل من الرجال المصابين بالسرطان الذين لديهم رضا أقل عن الحياة يمكن تفسيره الى العوامل التالية: علاقات جيدة مع الآخرين بيئة سكنية مناسبة لحالتهم المرضية , خدمات طبية متطورة, نوعية الدعم الذي يتلقونه من المحيطين بهم. وبناء على نتائج الدراسة الراهنة يرى الباحثين بضرورة توفير بيئة اجتماعية مستقرة تتمتع بدعم اجتماعي و عاطفي من قبل الآخرين لمرضى السرطان من خلال مشاركتهم مراحل المرض منذ بداية تشخيصه الى الشفاء منه و ذلك للحفاظ على درجة عالية من الرضا عن الحياة لدى المصابين الذي بدوره يساهم في التقليل من التوتر و الكآبة و القلق الذي يؤثر بدوره على حالة المصاب الصحية.

أيضاً المشاركة في الأنشطة و المناسبات الدينية تلعب دوراً هاماً في تحسن نوعية حياة المصابين بالسرطان من خلال تأثير الجانب الروحاني على تخفيف الالم و المعاناة النفسية التي يشعر بها المصاب أثناء مرضه و الذي بدوره يساعد المريض على التكيف و التعايش مع المرض بروح و أيمان عالي بقضاء الله و قدره و أن الشفاء بيد الله عز وجل. أيضاً للأخصائي الاجتماعي دور هام في مساعدة المصابين بالسرطان على مواجهة المرض و تخطي المشاعر والسلوكيات السلبية المصاحبة له. حيث يمكن للعاملين في مجال الخدمة الاجتماعية الطبية بناء جماعات مساندة و دعم اجتماعي للمصابين بالسرطان يكون محوراً أساسياً ممارسة شعائر وطقوس دينية ، حيث من أبرز نتائج هذه الدراسة وجود ارتباط إيجابي بين درجة التدين و ممارسة الشعائر الدينية و نوعية الحياة لدى المصابين بالسرطان.

المراجع

أولاً- المراجع العربية :

- الأنصاري، بدر. (1996). الشخصية المستهدفة لإصابة بالسرطان :عرض نظري. المؤتمر العالمي الأول حول مرض السرطان بين الحقيقة والوهم. الكويت 18-20 مارس. الجمعية الكويتية لمكافحة التدخين والسرطان. ص 597-641.
- الحفار، سعيد. (1990). البيئة و الأورام: علم السرطان الوقائي. بيروت, الفكر المعاصر. التعليم العالي, الادارة العامة للثقافة.
- الصنيع، خولة. (2002). العلاقة بين مستوى التدخين و القلق العام، العلوم التربوية و الدراسات النفسية. جامعة الملك سعود، 14 (1). (207-234) .
- العثمان، وسام. (1996). العوامل الاجتماعية المؤدية للإصابة بمرض السرطان. بحث مقدم للمؤتمر العالمي حول مرض السرطان: بين الحقيقة و الوهم. الكويت 18-20 مارس. ص 295-350.
- العوضي، عبدالرحمن و الصالح، خالد. (1996). السرطان. الكويت: الجمعية الكويتية لمكافحة التدخين والسرطان.
- العوضي، فوزية. (1996). التغذية والسرطان. المؤتمر العالمي الأول حول مرض السرطان بين الحقيقة والوهم. الكويت 18-20 مارس. الجمعية الكويتية لمكافحة التدخين والسرطان. ص 774-794.
- المذكور، خالد. (1996). علاقة الايمان والرضى النفسي بمرض السرطان. المؤتمر العالمي الأول حول مرض السرطان بين الحقيقة والوهم. الكويت 18-20 مارس. الجمعية الكويتية لمكافحة التدخين والسرطان. ص 16-52.
- المطيري، حامد. (2000). الاضطرابات السلوكية لدى أطفال الأسر الكويتية محدودة الدخل. مجلة العلوم الاجتماعية، 28(3). (88-65).

- النابلسي، جهاد. (1996). علاقة الإيمان والرضى النفسي بمرض السرطان. المؤتمر العالمي الأول حول مرض السرطان بين الحقيقة والوهم. الكويت 18-20 مارس. الجمعية الكويتية لمكافحة التدخين والسرطان. ص 153-218.
- رضوان جاب الله شعبان. محمد هريدي محمد. (2001). العلاقة بين المساندة الاجتماعية وكل من مظاهر الاكتئاب وتقدير الذات والرضى عن الحياة. مجلة علم النفس. مصر. العدد الثامن والخمسون.
- زعوط، رمضان. (2005). علاقة الاتجاه نحو السلوك الصحي ببعض المتغيرات النفسية الاجتماعية لدى المرضى المزمنين بورقلة. إشراف قريشي عبد الكريم. جامعة قاصدي.
- عبد الخالق، أحمد (2002). الوسواس القهري: التشخيص و العلاج. مطبوعات جامعة الكويت، مجلس النشر العلمي: لجنة التأليف و التعريب و النشر.
- عبد الخالق، أحمد و الحويلة، أمثال. (2013). الحياة النفسية الطيبة و علاقتها بالتدين لد عينة من كبار السن الكويتين. **مجلة العلوم الاجتماعية**، 41 (3). (111-135).
- عبد الخالق، أحمد و عيد، غادة و النيال، مایسة. (2008). حب الحياة لدى عینتین من طلاب الجامعة الكويتین و اللبنانین: دراسة في علم النفس الايجابية. *حوليات الأداب و العلوم الاجتماعية* ، 31 (321).
- عبد الخالق، أحمد. (2008). الرضا عن الحياة في المجتمع الكويتي. *دراسات نفسية* ، 18 (1). (121-135).
- عبد الفتاح، السيد، وفوقية أحمد حسين، ومحمد حسين حسين. (2006). *العوامل الأسرية والمدرسية والمجتمعية المنبئة بجودة الحياة لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم بمحافظة بني سويف، وقائع المؤتمر العلمي الرابع: دور الأسرة ومؤسسات المجتمع المدني في اكتشاف ورعاية ذوي الحاجات الخاصة كلية التربية جامعة بني سويف، 3 - 4 مايو، 187-270 ص ص.*
- عبد الله سيد معتز. (2000). *بحوث في علم النفس الاجتماعي*. المجلد الثالث. مصر. القاهرة. دار غريب للطباعة والنشر.

- Abdel-khalek, A. (2008). The Arabic version of the World Health Organization Quality of Life Brief Scale. Psychometric results. *Psychological Studies*, 18 (2), 247-257 (In Arabic).
- Abdel-khalek, A. (2010). Subjective indicators of quality of life among a Kuwaiti sample of undergraduates. *Psychological Studies*, 20 (2), 227-246 (in Arabic).
- Abdel-Khalek, A.M. (2002). Age and sex differences for anxiety in relation to family size, birth order, and religiosity among Kuwaiti adolescents. *Psychol Rep*, 90, 1031-6.
- Abdel-Khalek, A.M., & Lester, D. (2009). Religiosity and death anxiety: no association in Kuwait. *Psychol Rep*, 104 (3), 770-2.
- Al-Hamdan, N., Ravichandran, K., Al-Syyad, J., Al-Lawati, J., Khazal, Z., Al-Khateeb, F., Abdulwahab, A & Al-Asfour, A. (2009). Incidence of cancer in Gulf Cooperation Council Countries, 1998-2001. *East Mediterr Health J*, 15(3),600-11.
- Al-Kandari, Y. (2003) Religiosity and Its Relation to Blood Pressure among Selected Kuwaitis. *Journal of Biosocial Science*, 35 (3), 463-472.
- Al-Nesf Y, Kamel M, & El-Shazly M, (2008). Eastern Mediterranean approach for control of non communicable diseases, survey of risk factors for chronic non communicable diseases, State of Kuwait Ministry of Health, p 123-163.
- Al-Othman S, Haoudi A, Alhomoud S, Alkhenizan A, Khoja T, & Al-Zahrani A. (2015, May). Tackling cancer control in the Gulf Cooperation Council Countries. *Lancet Oncol.*,16(5).e246-e257. doi: 10.1016/S1470-2045(15)70034-3.
- Baroun, K.A (2006). Relations among religiosity, health, happiness, and anxiety for Kuwaiti adolescents. *Psychol Rep*, 99(3), 717-22.

- Birditt, K., & Antonucci, T.C. (2008). Life sustaining irritations? Relationship quality and mortality in the context of chronic illness. *Soc Sci Med*,67(8),1291-1299.
- Bloom, J. R., Stewart, S. L., Johnston, M., Banks, P., & Fobair, P. (2001). Sources of support and physical and mental well-being of young women with breast cancer. *Social Science and Medicine*, 53,1513-1524.
- Bowie, J., Curbo, B., Laveist, T., Fitzgerald, S.,& Pargament, K. (2001).The relationship between religious coping style and anxiety over breast cancer in African-American women. *Journal of Religion and Health.*,40,411–424.
- Cameron, I.J., France, L.R., Cheung, M.A., & Stewart, E.D. (2002). Life style interference and emotional distress in family caregivers of advanced cancer patients. *Cancer*, 94, 521-7.
- Candyce, H. K., Laura D. K., Eva S. S.,Michelle, D. H. & Ichiro, K.(2006). Social Networks, Social Support, and Survival After Breast Cancer Diagnosis . by American Society of Clinical Oncology.
- Carpenter, K.M., Fowler, J.M., Maxwell, G.L., (2010). Direct and buffering effects of social support among gynecologic cancer survivors. *Ann Behav Med* ,39,79–90.
- Chambers SK, Meng X, Youl P, Aitken J, Dunn J, & Baade P .(2012, Nov). A five-year prospective study of quality of life after colorectal cancer. *Qual Life Res*, 21 (9),1551-64.
- Cohen, S., Underwood, L.G., Gottlieb, B.H. (2000). Social Support Measurement and Intervention: A Guide for Health and Social Scientists (Oxford University Press, New York, NY).

- Contrada, R. J., Reventhal, H., & O’Leary, A. (1990). Personality and health. In L.A.Pervin (Ed.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 638-669). New York: Guilford Press.
- De Bruin, L.S. & Josephy, D.P. (2002). Perspectives on the chemical etiology of breast cancer. *Environ Health Perspect*, 1, 119-28.
- Dhar, H.L. (2001). Gender, Aging, Death and Society. *J. Assoc. Physician India*, 49, 1012-20.
- Dunn, J., & Steginga, S.K. (2000, Mar-Apr). Young women’s experience of breast cancer: defining young and identifying concerns. *Psychooncology*, 9(2), 137-46.
- El-Basmy, A., Al-Mohannadi, S., & Al-Awadi, A. Some Epidemiological Measures of Cancer in Kuwait: National Cancer Registry Data from 2000 -2009 .
DOI: <http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2012.13.7.3113>
- Feher, S., & Maly, R.C. (1999, Sep-Oct). Coping with breast cancer in later life: the role of religious faith. *Psychooncology*, 8 (5), 408-16.
- Gall, T.L. (2000). Integrating religious resources within a general model of stress and coping: Long-term adjustment to breast cancer. *Journal of Religion & Health*, 64, 65–92.
- Hebert, R.S., Dang, Q., & Schulz, R. (2007). Religious beliefs and practices are associated with better mental health in family caregivers of patients with dementia: findings from the REACH study. *Am J Geriatr Psychiatry*, 15(4), 292-300.
- Helgeson, V.S. (2003). Social support and quality of life. *Quality of Life Research*, 12 (Suppl 1), 25–31.
- Janni, W., Rjosk, D., Dimpfl, T.H., Haertl, K., Strobl, B., Hepp, F., Hanke, A., Bergauer, F., & Sommer, H. (2001, Jul). Quality of life influenced by primary surgical treatment for stage I-III breast cancer-long-term follow-up of a matched-pair analysis. *Ann Surg Oncol*, 8(6), 542-8.

- Jansen, L., Herrmann, A., Stegmaier, C., Singer, S., Brenner, H., & Arndt, V.(2011). Health related quality of life during the 10 years after diagnosis of colorectal cancer: a population-based study. *J Clin Oncol*, 29,3263–3269.
- Kappeli, S. (2000). Between suffering and redemption. Religious motives in Jewish and Christian cancer patients' coping. *Scandinavian Journal of Caring Science*,14,82–88.
- Kasparian NA, McLoone JK, Butow PN (2009) Psychological responses and coping strategies among patients with malignant melanoma: a systematic review of the literature. *Arch Dermatol*, 145:1415–1427.
- Khan, A., & Husain, A. (2010). Social support as a moderator of positive psychological strengths and subjective well-being. *Psychological Reports*, 106(2),534–538.
- Knobf MT (2011) Clinical update: psychosocial responses in breast cancer survivors. *Semin Oncol Nurs*, 27:e1–e14
- Kroenke, C.H., Kubzansky, L.D, & Schernhammer, E.S. (2006). Social networks, social support, and survival after breast cancer diagnosis. *J Clin Oncol* ,24,1105–1111.
- Li, W.W., Lee, T.W., & Yim, A.P. (2004, Aug). Quality of life after lung cancer resection.*Thorac Surg Clin*, 14(3),353-65.
- Lim, J.W.,& Yi, J. (2009). The effects of religiosity, spirituality, and social support on quality of life: a comparison between Korean American and Korean breast and gynecologic cancer survivors. *Oncol Nurs Forum*, 36(6), 699-708.
- Lutgendorf, S.K., De Geest, K.,& Dahmouch, L., (2010). Social isolation is associated with elevated tumor norepinephrine in ovarian carcinoma patients. *Brain Behav Immun*, 25,250–255

- Lutgendorf, K. , De Geest, K. , Bender, D., Ahmed, A. , Goodheart, M, J. , Dahmouh, L., Zimmerman, M. B. , Penedo, F.J. , Lucci III, J. A. , Ganjei-Azar, P., Thaker, P. H. , Mendez, L. , Lubaroff, D. M. , Slavich, G. M. , Cole, S. W., & Sood, A. K. (2012, June) .Social Influences on Clinical Outcomes of Patients With Ovarian Cancer . American Society of Clinical Oncology .Presented at the Annual Meeting of the Academy for Behavioral Medicine Research, Park City, UT, 15-18, 2011.

-Montazeri, (2000). Anxiety and depression in Iranian Breast Cancer Patients before and after Diagnosis. *Eur. J. Cancer Care*, 9(3), 151-7.

-Montazeri, A.(2009). Quality of life data as prognostic indicators of survival in cancer patients: An overview of the literature from 1982 to 2008. *Health Qual Life Outcomes*, 7,102.

-Morita, T., Shibata, K., & Kikkawa, F. (2004). Oxytocin inhibits the progression of human ovarian carcinoma cells in vitro and in vivo. *Int J Cancer*, 109,525–532.

-Musick, M.A., House, J.S., Williams, D.R. (2004). Attendance at religious services and mortality in a national sample. *J Health Soc Behav*, 45(2), 198-213.

-Naldi,L., Gallus,S., Imberti,G.L., Cainelli,T., Negri,E.,& La Vecchia,C.(2000). Sunscreens and cutaneous malignant melanoma: an Italian case-control study. *Int J Cancer*, 86(6),879-82.

-Nausheen, B., Gidron, Y., & Peveler, R.(2009). Social support and cancer progression: A systematic review. *J Psychosom Res*, 67,403–415.

-Ozdemir, F.K., Sahin, A.Z.,& Kucuk, D. (2009). The determining of the caregiver burden of the mothers with a child with cancer. *New J Medicine*, 26, 153-8 (in Turkish).

- Pinquart, M., Duberstein, P.R. (2010). Associations of social networks with cancer mortality: A meta-analysis. *Crit Rev Oncol Hematol*, 75,122–137.
- Sakai, T. (2001). Dose breastfeeding reduce risk for breast cancer? A short lesson in evidence-based practice. *Am J Matern Child Nurs*, 26 (1), 42-5.
- Schmidt, C.E., Bestmann, B., Küchler, T., Longo, W.E., Rohde, V., Kremer, B. (2005, Dec). Gender differences in quality of life of patients with rectal cancer. A five-year prospective study. *World J Surg*,29 (12),1630-41.
- Schulz, E., Holt, C.L., Caplan, L., Blake, V., Southward, P., Buckner, A., & Lawrence, H. (2008, Jun). Role of spirituality in cancer coping among African Americans: a qualitative examination. *J Cancer Surviv*,2(2),104–15.
- Shimozuma, K., Sonoo, H., Ichihara, K., &Tanaka, K. (2000).The prognostic value of quality-of-life scores: preliminary results of an analysis of patients with breast cancer. *Surg Today*,30(3),255-61.
- Siegel, K., Anderman, S.J., &Scrimshaw, E.W. (2001). Religion and coping with health related stress. *Psychology and Health*, 16,631–653.
- Sprehn, G.C., Chambers, J.E., & Saykin, A.J.(2009) Decreased cancer survival in individuals separated at time of diagnosis: Critical period for cancer pathophysiology? *Cancer*, 115,5108–5116
- Taylor, S.E., Klein, L.C., & Lewis, B.P.(2000). Biobehavioral responses to stress in females: Tend-and-befriend, not fight-or-flight. *Psychol Rev*, 107,411–429.

- Terakye, G. (2011). Interaction with the patient and his relatives. *Dokuz Eylul Universitesi Hemsirelik Fakultesi Elektronik Dergisi*, 4, 78-82 (in Turkish).
- Thomas, C.J. (2002). The context of religiosity, social support and health locus of control: implications for the health-related quality of life of African-American hemodialysis patients. *J Health Soc Policy*, 16 (1-2), 43-54.
- Trevino, K. M., Fasciano, K., Block, S. & Prigerson, H. G. (2013) . Correlates of *Support Care Cancer*, 21:421–429. .social support in young adults with advanced cancer
DOI 10.1007/s00520-012-1536-2
- Tukiendorf, A. (2002).An ecological analysis of leukemia incidence around the highest 137Cs concentration in Poland. *Cancer Causes Control*, 12(7), 653-9.
- Velama,J.P.,Ferrea,A.,Figuroa,M.,Bulnes,R.,Toro,L.A., deBarahona,O.,Claros,J.M., & Melchers,W.J.(2002, Feb). Burning wood in the kitchen increase the risk of cervical neoplasia HPV-infected women in Hondursa. *Int J Cancer*, 1,97(4),536-41.
- Villingshøj, M., Ross, L.,& Thomsen, B.L. (2006). Does marital status and altered contact with the social network predict colorectal cancer survival? *Eur J Cancer*, 42,3022–3027
- Vorobiof, D.A, Sitas,F., &Vorobiof,G. (2001). Breast Cancer Incidence in South Africa. *J. Clin.Oncol*,19(18), 125-127.
- WHO (2008). Primary Health Care .Geneva: World health organization
- WHOQOL-Bref Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment: Field Trial Version. (1996). Program on Mental Health, World Health Organization. Geneva.
- WHOQOL Group (1995). The World Health Organisation Quality of Life Assessment.

- Yixin, W., Jie, S., Yan, X. (2011) .Symptoms and quality of life of advanced cancer patients at home: a cross-sectional study in Shanghai, China. *Supportive Care in Cancer*, 19(6), 789 .
- Yohannes, A.M., Koenig, H.G., Baldwin, R.C., & Connolly, M.J. (2008). Health behaviour, depression and religiosity in older patients admitted to intermediate care. *Int J Geriatr Psychiatry*, 23(7), 735-40
- Yoon, D.P.(2006). Religiousness/Spirituality, Social Support, Life Satisfaction, and Depression Among Diverse Minority Elderly. 4th Annual Gero-Ed Forum, February 16-19, 2006, Chicago, IL.
- You, J., & Lu, Q. (2014).Sources of social support and adjustment among Chinese cancer survivors: gender and age differences. *Support Care Cancer*, 22:697–704. DOI 10.1007/s00520-013-2024-z
- Zimmermann, C; Burman, D; Nadia, S; Krzyzanowska, K, et al (2011). *Determinants of quality of life in patients with advanced cancer*. *Supportive Care in Cancer*. Berlin, 19 (5):621.

*تم تمويل هذا البحث من إدارة الأبحاث- جامعة الكويت- مشروع رقم OS 05/11