البحوث والدراسات

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

د. مها مشاري السجاري*
د. أنوار فارس الخرينج**
أ. إبتسام راشد القعود***

ملخص:

أشارت الدراسات إلى أن المصابين بالسرطان غالباً ما يشعرون بالقلق والخوف من الموت والاكتئاب؛ مما يؤثر سلباً على جودة الحياة لديهم، وأن تعزيز الجانب الديني للمصاب له تأثير إيجابي على نظرته للحياة من خلال بث شعور التفاؤل والراحة والأمان. تسعى الدراسة إلى بيان أثر درجة التدين والدعم الاجتماعي على جودة الحياة لدى الرجال المصابين بالسرطان، والكشف عن علاقة التدين بمفهوم الرضا عن الحياة للمصابين في المجتمع الكويتي. وزعت استبانة على ١٢٤ مصاباً في مركز مكي جمعة للسرطان. تكونت الاستبانة من معلومات ديموغرافية واجتماعية وثلاثة مقاييس (جودة الحياة، التدين، الرضا عن الحياة). أشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الحالة الاجتماعية للمصابين وجودة الحياة، وبين درجة التدين وكل من الرضا عن الحياة وجودة الحياة لدى المصابين. بالإضافة إلى وجودعلاقة ارتباطية سالبة بين مرحلة الإصابة بالمرض وكل من الرضا عن الحياة وجودة الحياة لدى المصابين.

المصطلحات الأساسية: السرطان عند الرجال، درجة التدين، الرضا عن الحياة، جودة الحياة، الدعم الاجتماعي.

---

* أستاذ مشارك، قسم الاجتماع والخدمة الاجتماعية، جامعة الكويت، دولة الكويت.
** مدرس، قسم الاجتماع والخدمة الاجتماعية، جامعة الكويت، دولة الكويت.
*** موجه تدريب ميداني، قسم الاجتماع والخدمة الاجتماعية، جامعة الكويت، دولة الكويت.

مقدمة:

يعد مرض السرطان أو كما يسميه الكثير بالمرض "الخبيث" أو بالمرض المزمن من الأمراض العصرية القاتلة، وقد لاقى اهتماماً كبيراً من جميع الأوساط الطبية؛ لما له من تأثير سلبي نفسي - اجتماعي واقتصادي على المصاب وأسرته والمجتمع ككل. بناء على التقرير المعد من قبل منظمة الصحة العالمية لعام ٢٠٠٣ فإن هناك ١٠ ملايين شخص يصابون بمرض السرطان سنوياً في العالم، وهناك أكثر من ٦ ملايين حالة وفاة بسبب هذا المرض. وإنه بسبب زيادة متوسط العمر عند الفرد وأسلوب الحياة غير الصحي سوف ترتفع نسبة (WHO 2008). الإصابة بهذا المرض لتبلغ ١٥ مليون مصاب في عام ٢٠٢٠.

أشارت الإحصائيات المعدة من قبل الباحثين إلى أن نسبة الإصابة بمرض السرطان في دول مجلس التعاون الخليجي بلغت ٣٢,٢٩١ مصاباً خلال ١٩٩٨-٢٠٠٣؛ حيث بلغ عدد الرجال المصابين بمرض السرطان (١٦,٣٤٢)، وبلغ عدد النساء المصابات بالسرطان (١٥,٩٤٩). وأن متوسط العمر عند الإصابة بمرض السرطان للرجال في الخليج متقدمة مقارنة بالنساء الخليجيات اللاتي يصبن بأعمار أصغر. ويعتبر كل من سرطان الرئة وسرطان البروتستات من أكثر أنواع السرطانات الذي يصاب به الرجال وسرطان الثدي والغدة الدرقية من أكثر أنواع السرطانات التي تصاب بها النساء (Al-Hamdan, 2009). في دولة الكويت ووفقاً للإحصائيات المعدة من قبل مركز حسين مكي جمعة المتخصص لعلاج السرطان لعام ٢٠٠٨، كان سرطان القولون الليمفوما وسرطان الدم الأكثر شيوعاً لدى الرجال وسرطان الثدي ثم الإصابة بسرطان الغدة الدرقية الأكثر شيوعاً لدى النساء (جريدة الوطن، ٢٠١٢). حيث أشارت الإحصائيات إلى أن أكثر أنواع السرطان شيوعاً عند الرجال الكويتيين – وفقاً لمعدل العمر عند الإصابة – كان سرطان القولون بواقع ١٦,١ لكل ١٠٠,٠٠٠ نسمة وسرطان الثدي عند النساء الكويتيات بواقع ٤٩,٤ لكل ١٠٠,٠٠٠ نسمة. ومن المتوقع زيادة نسبة الإصابة بالسرطان إلى ١٢٠٠ حالة في عام ٢٠٢٩ مقارنة مع ٨٨٩ حالة لعام ٢٠٠٩. (El- Basmy et al.,2009).

صنف الباحثون مرض السرطان بثاني أخطر مرض يصيب الإنسان بعد أمراض القلب (El- Basmy et al., 2009, et al Al-Othman, 2015). وتم ربط انتشار مرض السرطان بالتغيرات الثقافية والاجتماعية السريعة التي طرأت على المجتمعات المتقدمة نتيجة للثورة الصناعية التي أدت إلى تحولات أساسية في أسلوب حياة الشعوب وطبيعتها. حيث تغيرت طبيعة النشاط الاقتصادي في تلك الدول من مجتمعات رعوية وتجارية إلى مجتمعات صناعية ونفطية؛ حيث أثرت هذه التحولات على أسلوب حياة الأفراد في اختيارهم لنوعية الطعام المشبع بالدهون وانخفاض عدد الساعات التي يمارسون فيها الرياضة بسبب تغير طبيعة عملهم الذي أصبح إدارياً (العثمان وآخرون، ٢٠١٥). وتعتبر 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 وصيد الأسماك وتجارة اللؤلؤ إلى مجتمع نامٍ يعتمد اقتصاده على العائدات النفطية. تلك التغيرات أدت إلى تغير في نوعية انتشار الأمراض في المجتمع من أمراض معدية إلى أمراض مزمنة كالسكر وضغط الدم وأمرض القلب والسرطان؛ حيث كشفت دراسة أعدتها وزارة الصحة الكويتية بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية أن ٣٦٪ من الرجال الكويتيين مصابون بالسمنة (BMI ⩾ 30) مقارنة مع ٤٨٪ من النساء الكويتيات. وأن نسبة ٦٥٪ من الكويتيين لا يمارسون الرياضة، و٨١٪ من الكويتيين لا يتناولون بشكل كاف الغذاء الصحي الذي يحتوي على الفاكهة والخضراوات، هذا بالإضافة إلى أن نسبة الرجال المدخنين بلغت ٤٢٪. (Al-Nesf et al., 2008)

من وجهة نظر الأنثروبولوجيا الطبية شددت الدراسة الراهنة على توضيح الدور الثقافي والديني كأهمية الوازع الديني والإيمان بقضاء الله وقدره والمشاركة في الأنشطة الدينية والممارسات والطقوس الدينية الروحانية على المصابين بمرض السرطان. بالإضافة إلى أهمية الرعاية الصحية والدعم المعنوي-الاجتماعي والمادي المقدم من قبل الأشخاص المحيطين بالمصابين

بالسرطان وأثره على تحسين جودة الحياة عند المصابين بالسرطان. وبسبب خطورة مرض السرطان وانتشاره في الآونه الأخيرة في جميع المجتمعات قاطبة وبين مختلف الفئات العمرية لكلا الجنسين، ظهرت دراسات عدة تهتم بقياس والكشف عن العلاقة بين الإصابة بمرض السرطان والمتغيرات البيئية، والوراثية المختلفة وقياس شدة تأثير الإصابة بمرض السرطان على المصابين والقائمين على رعايتهم من مختلف الجوانب الصحية، والنفسية، والاجتماعية، والثقافية (Terakye et al., 2011, Ozdemir et al., 2009, Cameron et al., 2002, Naldi et al., 2000 ; Yixin et al., 2011; and Montazeri, 2000).

وقد برزت دراسات اجتماعية – ثقافية أخرى اهتمت بدراسة العلاقة بين العوامل الثقافية والمعتقدات الدينية في العديد من المجتمعات والإصابة بمرض السرطان (Velama et al., 2002; DeBruin & Josephy, 2002; Tukiendorf, 2002; Sakai, 2001). وانطلقت دراسات إكلينيكية أخرى كشفت عن الاختلافات الفسيولوجية والهرمونية بين الجنسين والعوامل الوراثية التي قد تزيد من احتمالية الإصابة بمرض السرطان (Dhar, 2001; Vorobiof et al., 2001).

تأتي أهمية الدراسات الاجتماعية والنفسية والأنثروبولوجية من تركيزها جميعاً على تأثير البيئة الاجتماعية ونمط الحياة الذي يعيشه الفرد والمتمثل بطبيعة عمله، والأطعمة التي يتناولها، والنظام الزواجي المتبع بتلك الثقافة على الأمراض الصحية التي يصاب بها الفرد ومنها مرض السرطان. فتهتم الدراسات السابقة بالجوانب النفسية والاجتماعية للمصابين والأشخاص المحيطين بهم والتركيز على أثر 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، ودراسة Li et al. (2004) التي بحثت عن جودة الحياة لدى المصابين بسرطان الرئة بعد استئصال الورم، ودراسة Shimozuma et al (2000) التي ركزت على جودة الحياة عند النساء المصابات بسرطان الثدي. ودراسة Janni et al (2001) التي قاست جودة الحياة لدى النساء المصابات بسرطان الثدي بجميع

مراحل المرض (١-٤) بعد استئصالهم للورم. وقد قام عبدالخالق (٢٠١٠) بدراسة حول أثر الإصابة بمرض السرطان عند الرجال على حالتهم النفسية منذ معرفتهم بالإصابة إلى مراحل العلاج. ودراسة المذكور (١٩٩٦) التي ذكر فيها أن أغلب الرجال المصابين بالسرطان تنتابهم مشاعر الخوف من الموت والقلق، والملل من الحياة، والعصبية، والمزاجية، والخوف من الوحدة، بالإضافة إلى مشكلات مادية؛ مما يؤثر على حياة المصاب اجتماعياً وعلى علاقته بأسرته (خالد المذكور، ١٩٩٦). أوضحت دراسة في تركيا أيضاً 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. بينت الدراسة أن أغلب الرجال المصابين تنتابهم مشاعر العصبية والقلق والخوف من الموت والملل من الحياة والمزاجية، بالإضافة إلى المشكلات المادية التي يتعرض لها المصاب؛ مما يؤثر على حياته الأسرية وعلاقاته الاجتماعية مع المحيطين به. كذلك أشارت العديد من الدراسات إلى أن المعاناة النفسية التي يشعر بها المصاب بالسرطان تمتد أيضاً إلى محيطه الاجتماعي المتكون من أسرته وأصدقائه؛ مما يؤثر سلباً على جودة الدعم والمساعدة المقدمة إليه من قبل محيطه (Carpenter et al., 2010; Cohen et al., 2000; Nausheen et al., 2009; Pinquart & Duberstein, 2010).

وبينت دراسات أخرى أيضاً أن الدعم والمساندة الاجتماعية تلعب دوراً مهماً في إطالة عمر الأشخاص المصابين بمرض السرطان عن المرضى الذين يعانون من نقص أو عدم وجود جماعة مساندة معهم في أثناء الإصابة بالمرض (Candyce et al., 2006). فقد وجدت دراسة قام بإعدادها Candyce et al. (2006) أن هناك علاقة بين العزلة الاجتماعية وارتفاع نسبة الوفاة لدى المصابات بسرطان الثدي، وذلك بسبب قلة ترددهم للعيادات الطبية، وتلقيهم الرعاية الخاصة من قبل الأبناء والمقربين والأصدقاء؛ حيث ترتفع نسبة البقاء على قيد الحياة عند النساء المصابات بسرطان الثدي اللواتي لديهن علاقات اجتماعية مع الأقارب والأصدقاء بالمقارنة مع النساء المصابات اللاتي لديهن نشاط اجتماعي أقل.

كذلك أشارت دراسات أخرى إلى أن هناك تأثيرين للدعم الاجتماعي الذي يتلقاه المريض المصاب بالسرطان من قبل الآخرين: الأول يتمثل في دعم مباشر يحقق للمصاب الشعور بالرضا والارتياح من خلال علاقاته الاجتماعية بالآخرين وتواصله الاجتماعي المستمر، والآخر تأثير غير مباشر للدعم الاجتماعي الذي يخفف من شدة التوتر والقلق الذي يشعر به المصاب بالسرطان الذي يرتبط بدوره بتقليل الأثر السلبي للتوتر على الوظائف الحيوية العضوية للمصاب بالسرطان. فقد وجد الباحثون أن هناك علاقة بين الدعم الاجتماعي وشبكة العلاقات المحيطة بالمصاب بالسرطان مع ارتفاع في هرمون الأوكستيوسن المسؤول عن انكماش الأورام الخبيثة في الدراسات المختبرية الإكلينيكية (Villingshoj et al., 2006; Kroenke et al., 2006; Taylor et al., 2000; Sprehn et al., Lutgendorf et al., 2010; Morita et al., 2004).

أظهرت عدة دراسات أيضاً أهمية الدعم الاجتماعي في تحفيز الجهاز المناعي للمريض المصاب بالسرطان وكيفية إسهام العلاقات الاجتماعية في تخفيف الضغوط المحيطة بالمصاب والمعاناة النفسية والجسدية. بالإضافة إلى العمل على إشباع حاجاته النفسية والاجتماعية من خلال تلقيه الدعم النفسي والمادي والاجتماعي من الآخرين المحيطين به (رضوان جاب الله شعبان، هريدي محمد عادل، ٢٠٠١). وأشارت You & Lu (2014) إلى أن الأسرة تعتبر من أهم مصادر الدعم الاجتماعي للأفراد الصينيين المتعافين من مرض السرطان. وقد بينت الدراسة أن الدعم الأسري الذي يتلقاه الفرد المتعافي من مرض السرطان يزيد من درجة نوعية الحياة لديه، ولديه تأثير إيجابي على الأفراد المتعافين من المرض. وذكرت دراسة أخرى قام بها Trevino et al., (2013) بوجود علاقة إيجابية بين الدعم والمساندة الاجتماعية التي يتلقاها الأفراد المصابين بمرض السرطان في مراحله المتقدمة وجودة الحياة لديهم. كما أشارت الدراسة إلى أن الدعم الاجتماعي الذي يتلقاه الفرد المصاب بالمرض والمتمثل في كل من وجود شخص قريب منه، والتحدث مع الآخرين عن مشكلاته باستمرار،

ووجود دعم اجتماعي ملموس يتلقاه المصاب من قبل الآخرين بالإضافة إلى الانضمام ومشاركة الآخرين في الأنشطة – تسهم جميعاً في زيادة جودة الحياة لدى المصابين في مرض السرطان. كذلك بينت كل من دراسة Knobf (2011) و(Kasparian et al., (2009 أن للدعم الاجتماعي الذي يتلقاه المرضى المصابين بالسرطان نتائج إيجابية على نوعية الحياة لديهم تتمثل في ارتفاع مستوى تكيفهم وتوافقهم مع مرض السرطان؛ حيث اكدت الدراسات أن للدعم الاجتماعي تأثيراً إيجابياً على زيادة نشاط الجهاز المناعي على مقاومة الأجسام الدخيلة (الإنتانات) التي تصيب الجسم وتسبب بعض الأمراض، وذلك من خلال العمل على تخفيف الضغوط التي يعاني منها الفرد المصاب وزيادة مشاعر السعادة والتفاؤل لديه (زعطو، ٢٠٠٥).

وأشارت دراسة Contrada et al., (1990) في الولايات المتحدة الأمريكية إلى أن هناك علاقة بين الحالة الاجتماعية للمصابين بالسرطان والفترة الزمنية لاحتمالية بقاء المريض حياً وتشخيص المرض وعلاجه. وقد أشارت النتائج إلى أن الدعم الاجتماعي والمساندة النفسية اللذين يتلقاهما مرضى السرطان من قبل زوجاتهم يسهم بشكل إيجابي في تشخيص المرض في مراحله المبكرة وعلاجه؛ مما يزيد من فرص بقائهم أحياء أكثر من المصابين غير المتزوجين. ووجدت دراسة Lutgendorf et al., 2012) أن هناك علاقة بين الدعم الاجتماعي الذي تتلقاه المصابات بسرطان المبيض وزيادة في عدد سنوات الحياة. وقاست الدراسة نوعين من المساندة الاجتماعية التي تحصل عليها المصابات بالسرطان من قبل الآخرين، المساندة الاجتماعية التي تمنحنهم الدعم العاطفي والحنان، والمساندة الاجتماعية الأخرى التي تمنح المصابات تقديم العون والمساعدة الملموسة بقضاء الحاجات والمرافقة للمراكز الصحية لتلقي العلاج والقيام بالأعمال المنزلية. أشارت نتائج الدراسة إلى أن متوسط مدة البقاء بالسنوات للمصابات بسرطان المبيض اللواتي تلقين الدعم الاجتماعي أطول (٤,١٥ سنوات) من نظيراتهن اللواتي لم يتلقين المساعدة الاجتماعية (٣,٣٥ سنوات).

دراسة أخرى أيضاً بينت زيادة معدلات الوفاة للأفراد المنعزلين اجتماعياً، الذين تربطهم علاقات وروابط اجتماعية قليلة مع الآخرين، وتعمل العلاقات الاجتماعية والمساندة الاجتماعية من قبل الآخرين على تخفيف الضغوط اليومية التي يواجهها الأفراد؛ مما يزيد من فرص بقائهم أحياء (Birditt & Antonucci, 2008; Montazeri, 2009).

بجانب الدعم والمساندة الاجتماعية وتأثيرها الإيجابي للمصاب بالسرطان، اهتمت دراسات عدة بالجانب الديني والروحاني وتأثيره النفسي الإيجابي على نفسية المصابين بالسرطان. وقد أظهرت الدراسات أن الممارسات والمعتقدات الدينية تخفف من حده القلق والاكتئاب لدى المرضى من خلال بث شعور الراحة النفسية والطمأنينة والتمسك بالحياة لديهم (جهاد النابلسي، ١٩٩٦). ونظراً لأهمية الجانب الديني الروحاني المتمثل بالممارسات والطقوس الدينية للعبادات والإيمان بالقضاء والقدر والانضمام إلى جماعات وهيئات دينية تعمل كجماعات مساندة للأفراد، تم تطبيق عدة دراسات إمبريقية ذات أبعاد ثقافية واجتماعية ونفسية تتناول العلاقة بين درجة التدين، والحالة الصحية والمرضية لدى الأفراد. أشارت نتائج الدراسات إلى وجود علاقة إيجابية بين درجة التدين وكل من ارتفاع متوسط العمر والتمتع بحالة صحية جيدة وانخفاض الأمراض (Lim & Yi, 2009; Thomas, 2002; Baroun, 2006).

وقد أشارت العديد من الدراسات إلى التأثير الإيجابي للتدين على الحالة الصحية النفسية للأشخاص الأسوياء والمصابين على حد سواء؛ حيث تناولت الدراسات العلاقة بين أثر الجانب الديني للمريض على حالته الصحية وأهمية الجماعات المساندة على تخفيف الضغوط النفسية والقلق والإرهاق والتوتر من خلال الانضمام إلى دروس وحلقات دينية. وقد تناولت دراسات لاحقة أيضاً أهمية الجانب الديني للحفاظ على الناحية الجسدية والنفسية لدى الأفراد المصابين بالأمراض أو ممن يتلقون الرعاية الطبية. وتعتبر ممارسة الأفراد للطقوس الدينية المتمثلة بالعبادة كدرع وقائي مضاد للإصابة بالأمراض من خلال تعزيز الشعور

بالأمن والارتياح والطمأنينة لديهم والحد من القلق والأرق (Musick et al.,2004; Yoon,2006; Hebert et al., 2007; Yohannes et al., 2008).

وهناك مجموعة من الدراسات أيضاً في المجتمع الكويتي تناولت علاقة درجة التدين على صحة الفرد ومدى إصابته أو مقاومته للأمراض المزمنة والصحة الجسدية، والنفسية، والسعادة والرضا عن الحياة (عبدالخالق، ٢٠٠٨؛ Al-Kandari, 2011). وقد أشار Al-Kandari (2003) إلى أهمية الجانب الديني على الحالة الصحية والمرضية لدى عينة من الأفراد في المجتمع الكويتي. أشارت الدراسة إلى وجود علاقة إيجابية بين درجة التدين لدى الأفراد والإصابة بارتفاع ضغط الدم؛ حيث إن مشاركة الأفراد في الهيئات والمنظمات الدينية وحضور حلقات دينية – كعمل الجماعات المساندة في الغرب – توفر الراحة والطمأنينة والسعادة لدى الأفراد وتحد من القلق والضغوط.

أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة الراهنة في أنها تركز على شريحة مهمة في المجتمع، ألا وهي فئة الرجال؛ لما لهم من دور فعال وحيوي في المجتمع الخليجي؛ إذ إن الرجل هو المعيل الأساسي للأسرة، وتقع عليه أغلب المهام والمسؤوليات المتعلقة بأسرته. وأي وعكة صحية يتعرض لها الرجل الخليجي سوف يمتد تأثيرها ليس على الرجل نفسه بل على جميع أفراد أسرته. وقد أثرت الثقافة الخليجية على التنشئة الاجتماعية لأفرادها التي تعتبر الرجل أساس الأسرة وامتداداً للعائلة ومتوقعاً منه القيام بجميع واجباته على أكمل وجه، ومن ثم فعندما يتعرض لوعكة صحية تحول دون قيامه بواجباته تؤثر عليه ليس صحياً فقط ولكن معنوياً أيضاً.

وتكمن أهمية هذه الدراسة أيضاً في أنها من الدراسات الأنثروبولوجيا الطبية القليلة التي طبقت على المجتمع الكويتي، والتي تتناول الجوانب الاجتماعية والثقافية المحيطة بالرجال المصابون بمرض السرطان في المجتمع الكويتي، وأثرها على جودة الحياة لديهم ودرجة رضاهم عن الحياة. بالإضافة

إلى قياس مدى تأثير الدعم الاجتماعي الذي يتلقاه المصابون بمرض السرطان ودرجة تدينهم على نوعية الحياة لديهم ورضاهم عن الحياة. كما تكمن أهمية الدراسة الراهنة أيضاً في قياس مدى تأثير درجة تدين الرجال المصابين بالسرطان على مفهومي الرضا عن الحياة وجودة الحياة لديهم.

مفاهيم الدراسة:

الرضا عن الحياة:

عرف Abdel-khalek (2008) مفهوم الرضا عن الحياة بأنه "مدى تقبل الشخص واقتناعه بحياته بوجه عام اعتماداً على حكمه الشخصي" ٢٨ص. بحسب هذا التعريف فإن الشخص، وليس الآخرين، هو من يقدر مدى تقبله واقتناعه بحياته، ويعتمد تقديره وحكمه على مدى تقبل حياته على الجوانب المعرفية للشخصية وليس الوجدانية، وحكمه وقناعته عن حياته بشكل عام وليس بشكل محدد وخاص (Abdel-khalek، ٢٠٠٨، ص٢٨). فهو تقبل الفرد لحياته واقتناعه بها بوجه عام وإحساسه بالارتياح بجميع المجالات الشخصية، والوظيفية، والاجتماعية (عبدالخالق والحويلة، ٢٠١٣، ص١١٥).

الدعم الاجتماعي:

المقصود به هو شعور الفرد وإحساسه بوجود أفراد مقربين إليه، يمكن أن يقدموا له الدعم والمساندة الأدائية والمعلوماتية والمعنوية إذا احتاج إليهم (حامد المطيري، ٢٠٠٠). هناك أشكال للدعم الاجتماعي المقدم للمريض بحسب المنظور الثقافي الذي يعيش فيه. فهناك الدعم المعنوي للمريض الذي يشمل تقديم الاهتمام والعناية والحب والثقة له من قبل المحيطين به من الأقرباء والأصدقاء. والدعم المادي من خلال تقديم المال والعلاج في المراكز الطبية المختصة ذات التكاليف العلاجية الباهظة. وهناك الدعم الذي يشمل المساعدة في اتخاذ القرارات المهمة في نوعية العلاج والتشجيع المستمر لتلقي العلاج بانتظام والمشاركة في تحمل المسؤوليات المنزلية الملقاة على المرضى (Bloom, 2001). ويعرف عبدالله سيد معتز (٢٠٠٠) الدعم الاجتماعي بأنه

إدراك الفرد أن هناك في حياته عدداً كافياً من الأشخاص الذين يمكن اللجوء إليهم عند شعوره بالحاجة. ويتولد لدى الفرد الإحساس بالرضا من خلال الدعم الذي يحصل عليه من الآخرين.

درجة التدين:

يمكن أن يعرف التدين بأنه درجة التزام الفرد بممارسة العبادات والعمل الصالح والحرص على حضور الدروس الدينية، والحرص على القيام بالعبادات التطوعية كصلاة السنن والنوافل والصيام تطوعاً. وهناك اتجاهان أو بعدان للتدين الخاص بالفرد، يتمثل الأول في التدين الداخلي ويشير إلى الاعتقادات، والآخر الاتجاه الديني الخارجي للفرد وهو يرتبط بالسلوك (Al-Kandari, 2003). يعرف الصنيع (٢٠٠٢) التدين بأنه "التزام المسلم بعقيدة الإيمان الصحيح (الإيمان بالله وملائكته، وكتبه ورسله وباليوم الآخر وبالقدر خيره وشره)، وظهور ذلك على سلوكه، بممارسة ما أمره الله به، والانتهاء عن إتيان ما نهى عنه". (ص:١٤٩). وقد أشار عبدالخالق والحويلة (٢٠١٣) إلى أن التدين يحتوي على جانبين: الجانب الأول يشمل الإيمان والاعتقاد بوجود الخالق، الله، سبحانه وتعالى، والجانب الثاني ممارسة العبادات وحضور المراسم الدينية والقيام بالأعمال الصالحة والتطوعية.

جودة الحياة:

يشير مفهوم جودة الحياة – أو كما يطلق عليه من قبل الآخرين "نوعية الحياة" – إلى أنه شعور الفرد بالرضا والرفاهية في ظروفه الراهنة كما يراها الفرد. كذلك يشير المفهوم إلى درجة الرضا أو عدم الرضا الذي يشعر به الفرد تجاه نفسه من خلال تقييمه لمدى مشاركته ومساهمته للأنشطة الاجتماعية، ودرجة إنجازه للمشاركات والالتزامات الاجتماعية وفقاً لقدرته الجسدية. ويشير أيضاً إلى مدى رضا الفرد وسعادته بخبراته وتجاربه الشخصية في حياته وهي مرتبطة بأفكاره وتقديره نحو ذاته (Fograi & Zoppi, 2004: 379). ويعرف عبدالفتاح وحسين (٢٠٠٦) جودة الحياة بشعور الفرد بالسعادة والرضا عن

الحياة وإشباع حاجاته المادية في البيئة الخارجية. والتمتع بصحة جسدية إيجابية وإحساسه بمعنى الحياة من خلال معرفة الفرد بقوى حياته وجوانبها. والعيش في حياة سعيدة تتوافق فيها القيم السائدة في المجتمع مع جوهر الفرد ذاته وقيمه. تعرف منظمة الصحة العالمية (١٩٩٥) جودة الحياة بأنها تقييم الفرد الذاتي لظروفه المادية في حياته، وإدراكه لمدى توافق وتطابق قيمه وأهدافه وتوقعاته مع الأنساق والقيم والأهداف في المجتمع الذي يعيش فيه. ويشمل هذا التوافق والانسجام علاقة الفرد مع البيئة الخارجية بشكل عام، ويشمل هذا جميع الجوانب المتعلقة بعلاقاته الاجتماعية، صحته الجسدية والنفسية، معتقداته الشخصية، ودرجة استقلاليته.

أسئلة الدراسة:

تهدف الدراسة إلى معرفة علاقة درجة التدين عند الرجال المصابين بالسرطان بجودة الحياة لديهم، وهل هناك علاقة بين العوامل الاجتماعية - الديموغرافية (كالعمر، درجة التعليم، الحالة الاجتماعية، عدد الأطفال، الوظيفة، مستوى الدخل، الفئة الاجتماعية التي ينتمي إليها المصاب) للمصاب بالسرطان وجودة الحياة لديهم. يأمل الباحثون الكشف عن جودة الحياة عند الرجال المصابين بالسرطان من خلال العمل على إيجاد بيئة اجتماعية وثقافية ملائمة لوضعهم الصحي والعمل على تعزيز جوانب القوة لديهم لمواجهة المرض من خلال المساندة الاجتماعية من الأقارب والمحيطين بالمرضى وتعزيز الجانب الديني لديهم. تهدف الدراسة الحالية إلى الإجابة عن الأسئلة الآتية:

١ – هل درجة التدين عند الرجال المصابين بالسرطان تؤثر على جودة الحياة لديهم ورضاهم عن الحياة؟

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

٣ – هل لمرحلة المرض عند فترة التشخيص لدى الرجال المصابين بالسرطان تأثير على جودة الحياة لديهم ورضاهم عن الحياة؟

٤ – هل للفترة الزمنية منذ اكتشاف الإصابة بمرض السرطان تأثير على جودة الحياة عند المصابين؟

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

فروض الدراسة:

١ – هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجة التدين لدى أفراد العينة من المصابين بالسرطان بأنواعه المختلفة، وجودة الحياة لديهم ورضاهم عن الحياة.

٢ – هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة لدى الرجال المصابين بالسرطان بأنواعه المختلفة وبعض المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية كالعمر، درجة التعليم، الحالة الاجتماعية، عدد الأطفال، الوظيفة، مستوى الدخل، الفئة الاجتماعية التي ينتمي إليها المصاب؟

٣ – هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين مرحلة المرض عند فترة التشخيص لدى الرجال المصابين بالسرطان وجودة الحياة لديهم ورضاهم عن الحياة.

٤ – هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين الفترة الزمنية منذ اكتشاف الإصابة بمرض السرطان وجودة الحياة عند المصابين؟

٥ – هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجة الرضا عن الحياة لدى الرجال المصابين بالسرطان وبعض العوامل الاجتماعية والديموغرافية، مثل (العمر، درجة التعليم، الحالة الاجتماعية، عدد الأطفال، الوظيفة، مستوى الدخل، الفئة الاجتماعية).

المنهجية:

استخدمت الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي؛ وذلك لتحقيق أهداف الدراسة.

أولاً – عينة الدراسة:

تتكون عينة الدراسة من ١٢٤ رجلاً مصاباً بالسرطان يتلقون علاجهم في مركز مكي جمعة للسرطان في مدينة الكويت. سحبت العينة البحثية عن طريق

استخدام العينة المتاحة بعد أخذ موافقة المريض على المشاركة في الدراسة، وتم الطلب من أفراد العينة الإجابة عن أداة الدراسة. تتكون أداة الدراسة من أربعة أجزاء، يحتوي الجزء الأول على المعلومات الديموغرافية والاجتماعية للمصاب، وهي تتمثل في: العمر، الحالة الاجتماعية، الوظيفة، المستوى التعليمي، الفئة الاجتماعية المنتمي إليها. ويحتوي الجزء الثاني على مقياس التدين وذلك لتحديد درجة التدين للمصابين. وهذا المقياس أعده Al-Kandari (2003)، ويتألف من ١٥ بنداً، بدايته دائماً = ٥ درجات، ونهايته أبداً =١ درجة. ويتمتع المقياس بدرجة ثبات (٠,٨٧). أما الجزء الثالث من الاستبانة فإنه يحتوي على مقياس جودة الحياة المترجم إلى اللغة العربية من قبل Abdel-khalek (2008)، وهو يقيس كل ما يختص بجودة حياة المصابين وصحتهم، ويتألف من ٢٦ سؤالاً، تتعلق بجوانب الصحة الفسيولوجية والصحة النفسية والعلاقات الاجتماعية للمشاركين بالدراسة، بالإضافة إلى مفهوم جودة الحياة والصحة العامة لدى أفراد العينة. والجزء الأخير من الاستبانة يحتوي على مقياس الرضا عن الحياة المترجم إلى اللغة العربية من قبل Abdel-khalek (2008). ويحتوي المقياس على خمس عبارات تقيس الرضا العام عن الحياة بوجه عام، يجاب عنها من خلال اختيار الإجابة المناسبة من بين سبعة اختيارات تعكس رضا الفرد على النحو الآتي: ١= غير موافق مطلقاً، ٢= غير موافق، ٣= غير موافق قليلاً، ٤= لا أوافق ولا أعارض، ٥= أوافق قليلاً، ٦= أوافق، ٧= أوافق بشدة. ويتمتع المقياس بمعامل ثبات مرتفع من خلال استخدام معامل ثبات بدرجة (٠,٨٦).

الجدول (١)
وصف ديموغرافي لعينة الدراسة

الوصف الديموغرافي	ن (١٢٤)	م (٪)
الجنسية		
كويتي	١١٣	٩١,١
غير كويتي	١١	٨,٩

تابع/ الجدول (١)
وصف ديموغرافي لعينة الدراسة

الوصف الديموغرافي	ن (١٢٤)	م (٪)
العمر		
٢٠–٣٠ عاماً	١٨	١٤,٥
٣١–٤٠ عاماً	٢٤	١٩,٤
٤١–٥٠ عاماً	٣٥	٢٨,٢
٥١–٦٠ عاماً	٢٧	٢١,٨
٦١–٧٠ عاماً	١٩	١٥,٣
الحالة الاجتماعية		
متزوج	٩١	٧٣,٤
أعزب	٢٣	١٨,٥
مطلق	٧	٥,٦
أرمل	٢	١,٦
الحالة التعليمية		
ابتدائي	٨	٦,٥
إعدادي	٣٣	٢٦,٦
ثانوي	٣٤	٢٧,٤
جامعي	٤٤	٣٥,٥
دراسات عليا	٢	١,٦
عدد الأبناء		
٠	٣٠	٢٤,٢
١	١	٠,٨
٢	١٦	١٢,٩
٣	٢٠	١٦,١
٤	١٩	١٥,٣
٥	١٥	١٢,١
> ٦	٢٣	١٨,٤
الدخل الأسري		
< ٥٠٠ دينار	٣٣	٢٦,٦
٥٠١–٨٠٠ دينار	٢٧	٢١,٨
٨٠١–١١٠٠ دينار	٣٧	٢٩,٨
١١٠١–١٤٠٠ دينار	١٤	١١,٣
٢٠٠٠ دينار <	٢	١,٦

تابع/ الجدول (١)
وصف ديموغرافي لعينة الدراسة

الوصف الديموغرافي	ن (١٢٤)	م (٪)
مرحلة الإصابة بالمرض		
المرحلة الأولى	٢٩	٢٣,٤
المرحلة الثانية	٢٤	١٩,٤
المرحلة الثالثة	١٢	٩,٧
المرحلة الرابعة	١٢	٩,٧
المرحلة الأخيرة	٣	٢,٤
المعرفة المسبقة بالمرض		
نعم	٧٣	٥٨,٩
لا	٤٧	٣٧,٩
الفترة الزمنية لاكتشاف المرض		
أقل من ١٣ شهراً	٦٦	٥٥,٥
٢٤-٣٦ شهراً	٢٩	٢١,٧
أكثر من ٣ سنوات	٢٤	١٩,٢

وصف ديموغرافي للمعلومات الشخصية لعينة الدراسة:

روعي أن تكون عينة الدراسة موزعة على جميع الشرائح الاجتماعية بمختلف فئاتها لضمان قياسها وشمولها. تتكون عينة الدراسة من ١٢٤ رجلاً مصاباً بالسرطان في مركز مكي جمعة للسرطان في دولة الكويت (١١٣) كويتياً و(١١) غير كويتي، بمتوسط العمر (٤٦,٢٨)، وانحراف معياري (١٤,٠٧). تنقسم العينة من الرجال الكويتيين بحسب الأصول إلى نسب متقاربة بين الكويتيين ذوي الأصول الحضرية ٤٤,٤٪ وذوي الأصول القبلية ٤٦,٨٪ والبقية غير مبين. لقد جاء اختيار عينة البحث عن طريق العينة غير العشوائية، وكان التطوع للإجابة عن بنود أسئلة أداة البحث هو الأساس، وهو الأمر الذي يعطي الطمأنينة على دقة النتائج المستخلصة. اختيرت عينة المصادفة للمصابين بالسرطان من الرجال المراجعين لمركز مكي جمعة. وقد بلغ عدد أفراد العينة من الذين تراوح أعمارهم بين ٤١ و ٥٠ عاماً النسبة الكبرى من

المصابين ٢٨,٢٪، ثم الذين تراوح أعمارهم بين ٥١ و ٦٠ عاماً بنسبة ٢١,٨٪، ثم الذين تراوح أعمارهم بين ٣١ و ٤٠ عاماً بنسبة ١٩,٤٪، ثم الذين تراوح أعمارهم بين ٦١ و٧٠ عاماً بنسبة ١٥,٣٪، بينما بلغت نسبة الذين تراوح أعمارهم بين ٢٠ و٣٠ عاماً ١٤,٥٪. بالنسبة للحالة الاجتماعية لأفراد العينة فإن نسبة المتزوجين بلغت ٧٣,٤٪، وهي النسبة الكبرى من المصابين، ثم غير المتزوجين بنسبة ١٨,٥٪ و٥,٦٪ من المطلقين و١,٦٪ من الأرامل. وأغلب أفراد العينة من الجامعيين؛ حيث تبلغ نسبتهم ٣٥,٥٪، وبلغت نسبة حملة الثانوية العامة ٢٧,٤٪، وحملة الإعدادية ٢٦,٦٪ وحملة الابتدائية ٦,٥٪ و٢٪ فقط من المصابين يحملون شهادات عليا والبقية غير مبين. كذلك أشارت البيانات إلى أن النسبة الكبرى ٢٤,٢٪ من الرجال المصابين بالسرطان ليس لديهم أبناء، يليهم الرجال الذين لديهم ستة أبناء فأكثر بنسبة ١٨,٤٪، ثم الرجال الذين لديهم ثلاثة أبناء بنسبة ١٦,١٪، ثم الرجال الذين عدد أبنائهم ٤ بنسبة ١٥,٣٪. بينما النسبة الأقل ٠,٨٪ من أفراد العينة لديهم ابن واحد.

كذلك أشارت البيانات – فيما يتعلق بالنسبة المئوية لأفراد عينة الدراسة بحسب الدخل الأسري – إلى أن النسبة الكبرى من الرجال المصابين بالسرطان ٢٩,٨٪ يبلغ دخلهم بين ٨٠١-١١٠٠ دينار، ثم ٢٦,٦٪ يبلغ دخلهم أقل من ٥٠٠ دينار، ثم نسبة ٢١,٨٪ الذين يبلغ دخلهم بين ٥٠١-٨٠٠ دينار. بينما نسبة قليلة (١,٦٪) بلغ دخلهم أعلى من ٢٠٠٠ دينار. أشارت البيانات إلى أن النسبة الكبرى من أفراد العينة ٢٣,٤٪ مصابون في المرحلة الأولى من المرض، يليهم الرجال المصابون بالسرطان في المرحلة الثانية بنسبة ١٩,٤٪، ثم الرجال المصابون بالمرض في المرحلة الثالثة، والمرحلة الرابعة بنسب متساوية ٩,٧٪، بينما شكلت المرحلة الأخيرة من الإصابة بالمرض النسبة الأقل لأفراد العينة ٢,٤٪، والبقية غير مبين. بالنسبة إلى معرفة أفراد العينة لمرض السرطان مسبقاً قبل الإصابة بالمرض، أشارت البيانات إلى أن أغلبية الرجال أشاروا إلى المعرفة المسبقة للمرض وبنسبة ٥٨,٩٪ مقابل ٣٧,٩٪ من الرجال أشاروا إلى عدم معرفتهم المسبقة لمرض السرطان، والبقية غير مبين. كذلك يكشف الجدول

أيضاً أن الفترة الزمنية لاكتشاف الإصابة بالمرض لدى أفراد عينة الدراسة جاء على النحو الآتي: ٥٥,٥ ٪ اكتشفوا إصابتهم بالمرض قبل ١٣ شهراً وأقل، ٢١,٧٪ اكتشفوا إصابتهم بالمرض قبل ٢٤-٣٦ شهراً، ١٩,٢ ٪ اكتشفوا إصابتهم بالمرض أكثر من ٣ سنوات.

الوسائل الإحصائية:

للإجابة عن أسئلة الدراسة وتحليلها، استخدمت الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS، وقد تم الاعتماد على الوسائل الإحصائية الآتية: الترددات والنسب المئوية (الإحصاء الوصفي)، واختبار معامل الارتباط بيرسون لقياس الفروق بين المتغيرات، و معامل اختبار (ت)؛ لقياس العلاقة بين المتغيرات واختبار معامل التحليل الأحادي ANOVA؛ وذلك لقياس الفروق بين متوسطات المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية للرجال المصابين بمرض السرطان، وكل من درجة التدين ونوعية الحياة والرضا عن الحياة لديهم.

نتائج الدراسة:

١ – هل درجة التدين عند الرجال المصابين بالسرطان تؤثر على جودة الحياة لديهم ورضاهم عن الحياة؟

لاختبار الفرضية الأولى التي تشير إلى أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجة تدين الرجال المصابين بالسرطان وجودة الحياة ورضاهم عنها، وإذا ما كان الرجال المصابون بالسرطان تختلف نظرتهم للحياة نحو الأفضل ويكونون أكثر رضاً عن الحياة إذا كانت درجة تدينهم مرتفعة مقارنة بالرجال المصابين الأقل تديناً. واستخدم اختبار معامل الارتباط بيرسون Pearson Correlation؛ لقياس العلاقة بين المقاييس الثلاثة المستخدمة في الدراسة (درجة التدين، جودة الحياة، الرضا عن الحياة) ومتغيرات الدراسة على نحو ما هو موضح في الجدول (٢). وقد كشفت نتائج الدراسة أنه كلما زادت درجة التدين لدى الرجال المصابين بالسرطان فإنهم يتمتعون بجودة حياة أفضل (r =٠,٢٨٠)، ودرجة رضا عالية عن حياتهم (r =٠,٢٤٠).

الجدول (٢)

معاملات الارتباط المتبادلة بين مقاييس الدراسة الرضا عن الحياة ودرجة التدين مع مقياس جودة الحياة لدى الرجال المصابين بالسرطان

المتغير	مقياس الرضا عن الحياة معامل الارتباط	مقياس جودة الحياة معامل الارتباط
مقياس درجة التدين	٠,٢٤٠**	٠,٢٨٠**

** معامل ارتباط بيرسون دال عند مستوى ٠,٠١.

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

لاختبار الفرضية الثانية التي تشير إلى أن هناك علاقة بين جودة الحياة لدى المصابين بالسرطان بأنواعه المختلفة وبعض المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية، المتمثلة في العمر ودرجة التعليم والحالة الاجتماعية وعدد الأطفال والوظيفة ومستوى الدخل والفئة الاجتماعية التي ينتمي إليها المصاب. فإن الجدول (٣) يوضح هذه العلاقة من خلال استخدام اختبار معامل الارتباط بيرسون Pearson Correlation؛ وذلك لقياس العلاقة بين العوامل الاجتماعية – الديموغرافية وجودة الحياة لدى المصابين. وقد بينت النتائج الإحصائية وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الحالة الاجتماعية للرجال المصابين بالسرطان بمختلف أنواعه وجودة الحياة لديهم (r =٠,١٩٠).

الجدول (٣)

معاملات الارتباط المتبادلة بين مقياس جودة الحياة مع بعض المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية

المتغير	مقياس جودة الحياة معامل الارتباط
الحالة الاجتماعية	٠,١٩٠

* معامل ارتباط بيرسون دال عند مستوى ٠,٠٥.

٣ – هل لمرحلة المرض عند فترة التشخيص لدى الرجال المصابين بالسرطان تأثير على جودة الحياة لديهم ورضاهم عن الحياة؟

لاختبار الفرضية الثالثة التي تشير إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مرحلة المرض عند فترة التشخيص وجودة الحياة والرضا عن الحياة للمصابين بالسرطان، استخدم اختبار Pearson Correlation لقياس معامل الارتباط بين مرحلة المرض عند فترة تشخيص المصاب وأثره على درجة جودة الحياة للمصابين ورضاهم عن حياتهم. وقد كشفت النتائج وجود علاقة ارتباطية سالبة ذات دلالة إحصائية بين مرحلة المرض عند التشخيص للرجال المصابين بالسرطان وكل من جـــودة الحياة (-٠,٢٢٩) ودرجة الرضا عن الحياة (-٠,٣٣٢). وتشير النتائج إلى أنه كلما تقدمت مرحلة الإصابة بالمرض عند الرجال المصابين بالسرطان، قلت درجة جودة الحياة لديهم ورضاهم عنها.

الجدول (٤)

معاملات الارتباط المتبادلة بين مقاييس الدراسة: جودة الحياة والرضا عن الحياة ومرحلة تشخيص المرض بالسرطان

المتغير	مقياس الرضا عن الحياة معامل الارتباط	مقياس جودة الحياة معامل الارتباط
مرحلة الإصابة بالمرض	-٠,٣٣٢**	-٠,٢٢٩*

* معامل ارتباط بيرسون دال عند مستوى ٠,٠٥.

** معامل ارتباط بيرسون دال عند مستوى ٠,٠١.

٤ – هل للفترة الزمنية لاكتشاف الإصابة بمرض السرطان تأثير على جودة الحياة عند المصابين؟

لاختبار الفرضية الرابعة التي تشير إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة للمصابين بالسرطان والفترة الزمنية منذ اكتشاف الإصابة بالمرض، فقد تم استخدام معامل بيرسون Pearson Correlation للتحقق من صحة الفرضية. وقد كشفت النتائج عدم وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة

إحصائية بين جودة الحياة للرجال المصابين بالسرطان والمدة الزمنية منذ اكتشاف الإصابة بالمرض.

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

لاختبار الفرضية الخامسة التي تشير إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجة الرضا عن الحياة لدى الرجال المصابين بالسرطان وبعض المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية، كالعمر ودرجة التعليم والحالة الاجتماعية وعدد الأطفال والوظيفة ومستوى الدخل والفئة الاجتماعية. وللتحقق من صحة الفرضية استخدم اختبار معامل الارتباط بيرسون Pearson Correlation؛ وذلك لقياس العلاقة بين بعض المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية ودرجة الرضا عن الحياة لدى المصابين بالسرطان.

وقد أشارت النتائج إلى عدم وجود علاقة ارتباطية بين المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية للرجال المصابين بالسرطان ومقياس الرضا عن الحياة.

استخدم اختبار معامل التحليل الأحادي الاتجاه ANOVA لقياس الفروق بين متوسطات أعمار أفراد العينة من الرجال المصابين بمرض السرطان وكل من درجة التدين وجودة الحياة والرضا عن الحياة لديهم، وللكشف عما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين عمر المصابين بمرض السرطان ودرجة التدين وجودة الحياة والرضا عن الحياة لديهم – فإن الجدول (٥) يكشف هذه الفروق بين المتوسطات الحسابية.

الجدول (٥)
تحليل التباين أحادي العامل ANOVA للفروق بين متوسطات بين درجة التدين وعمر أفراد العينة

درجة التدين	م	ع	المصدر	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
٢٠–٣٠ عاماً	٤٩,٤٤	١٢,٢٣	بين المجموعات	١٨٤٦,٦٥٢	٤	٤٦١,٦٦٣	٢,٧٣	٠,٠٣٢ دالة إحصائياً
٣١–٤٠ عاماً	٥٤,٨٧	١٠,٢٣	داخل المجموعات	١٩٩٤٢,٦٨٢	١١٨	١٦٩,٠٠٦		
٤١–٥٠ عاماً	٥٩,٩١	١٠,٦٥	**المجموع**	**٢١٧٨٩,٣٣٣**	**١٢٢**			
٥١–٦٠ عاماً	٥٩,٧٤	١٢,٠٠						
٦١–٧٠ عاماً	٥٣,٢٦	٢٠,٢٤						
	٥٦,٣٣	١٣,٣٦						

تكشف النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسط الحسابي لعمر الرجال المصابين بمرض السرطان ودرجة تدينهم على نحو ما يوضح الجدول (٥). ويوجد هناك فروق دالة إحصائياً بين درجة تدين الرجال الذين تراوح أعمارهم بين ٤١ و٥٠ عاماً (م=٥٩،٩١) والانحراف المعياري (ع=١٠,٦٥) وبين درجة التدين، والرجال الذين تراوح أعمارهم بين ٥١ و ٦٠ عاماً (م=٥٩،٧٤) والانحراف المعياري (ع=١٢,٠٠). بينما كشفت النتائج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للمتوسط الحسابي بين أعمار أفراد العينة من الرجال المصابين بالسرطان ومقياس نوعية الحياة، ولا توجد أيضاً فروق ذات دلالة إحصائية بين أعمار أفراد العينة ومقياس الرضا عن الحياة لديهم.

اختبر معامل التحليل الأحادي ANOVA لقياس الفروق بين متوسطات المستوى التعليمي للرجال المصابين بمرض السرطان وكل من درجة التدين ونوعية الحياة والرضا عن الحياة لديهم. وللكشف عما إذا كانت هناك فروق ذات

دلالة إحصائية بين المستوى التعليمي للرجال المصابين بمرض السرطان وكل من درجة التدين وجودة الحياة والرضا عن الحياة لديهم. الجدول (٦) يكشف الفروق بين المتوسطات الحسابية.

الجدول (٦)

تحليل التباين أحادي العامل ANOVA للفروق بين متوسطات درجة التدين والمستوى التعليمي لأفراد العينة

درجة التدين	م	ع	المصدر	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
الابتدائي	٥٩,٣٧	١٢,٨٦	بين المجموعات	٢٣١٣,٤١٦	٤	٥٧٨,٣٥٤	٣,٤٥	٠,٠١١ دالة إحصائياً
الإعدادي	٥٩,٠٦	١٢,٢٣	داخل المجموعات	١٩٤٤٠,٣٠٣	١١٦	١٦٧,٥٨٩		
الثانوي	٥٢,٢٣	١٥,٩٥	**المجموع**	**٢١٧٥٣,٧١٩**	**١٢٠**			
الجامعي	٥٨,١١	١٠,٦٢						
دراسات عليا	٣١,٠٠	١٥,٥٥						
	٥٦,٣٥	١٣,٤٦						

تكشف النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسط الحسابي للمستوى التعليمي للرجال المصابين بمرض السرطان ودرجة تدينهم على نحو ما يوضح الجدول (٦)؛ حيث يوجد هناك فروق دالة إحصائياً متقاربة بين درجة التدين وأفراد العينة الحاصلين على الشهادة الابتدائية (م=٥٩,٣٧) والانحراف المعياري (ع=١٢,٨٦)، وبين درجة التدين والرجال الحاصلين على الشهادة الإعدادية (م=٥٩,٠٦) والانحراف المعياري (ع=١٢,٢٣). بينما كشفت النتائج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للمتوسط الحسابي بين المستوى التعليمي للرجال المصابين بالسرطان ومقياس جودة الحياة، ولا توجد أيضاً فروق ذات دلالة إحصائية بين المستوى التعليمي لأفراد العينة ومقياس الرضا عن الحياة لديهم.

واستخدم أيضاً اختبار (ت) T-test؛ وذلك لقياس الفروق بين الحالة الاجتماعية لأفراد العينة من الرجال المصابين بالسرطان ودرجة التدين وجودة

الحياة والرضا عن الحياة لديهم. أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين الحالة الاجتماعية لأفراد العينة ورضاهم عن الحياة. يتضح من الجدول (٧) حصول عينة غير المتزوجين من الرجال على متوسط درجات أعلى من نظرائهم من الرجال المتزوجين على مقياس الرضا عن الحياة (ت=-١,٨٩). بينما كشفت النتائج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الحالة الاجتماعية للرجال المصابين بالسرطان ومقياس درجة التدين، ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الحالة الاجتماعية لأفراد العينة ومقياس جودة الحياة لديهم.

الجدول (٧)

المتوسط الحسابي (م) والانحراف المعياري (ع) وقيمة (ت) لتحديد الفروق بين الحالة الاجتماعية لأفراد العينة ومقياس الرضا عن الحياة

الرضا عن الحياة	ن	م	ع	ت
متزوج	٩٠	٣٧,٤٦	٦,٧٢	-١,٨٩
غير متزوج	٣٣	٣٩,٨٤	٤,٢٨	دالة

الخاتمة:

أسفرت نتائج الدراسة عن أن درجة تدين المصابين بمرض السرطان والمشاركة في الحلقات والأنشطة الدينية كان لها تأثير مهم وإيجابي على جودة الحياة لديهم، وأن هناك علاقة طردية بين درجة تدين الرجال المصابين بالسرطان والمدة الزمنية لاكتشاف الإصابة بالمرض. نتائج الدراسة الراهنة تماثل نتائج كل من دراسة Feher and Maly (1999) التي أشارت إلى وجود علاقة بين المدة الزمنية منذ أن يتم تشخيص المصابات بسرطان الثدي وارتفاع الجانب الروحاني والديني لديهن. ودراسة Schulz, et al (2008) التي بينت أثر الجانب الديني والممارسات والطقوس الدينية على مساعدة المصابات بسرطان الرحم على التعايش والتكيف مع المرض. ودراسة (Bowie, et al. 2001; Gall, 2000) التي أوضحت أهمية الجانب الديني على حياة المصابين بالسرطان عند مرحلة

التشخيص وكيفية التعايش مع تبعات المرض ومساعدتهم على التأقلم معه من خلال تخفيف الضغوط النفسية والاجتماعية المصاحبة له. وأهمية الجانب الديني كنوع من أنواع الدعم الاجتماعي الذي يسهم في التخفيف من شدة التوتر والأرق والخوف عند المصابين بالسرطان من خلال التواصل والاحتكاك مع الآخرين ومن خلال المشاركة في العبادات والأنشطة الدينية، التي تعمل كمساندة وداعم اجتماعي وروحاني للمصابين (Siegel, et al., 2001). وقد أفصح كثير من المصابين بمرض السرطان عن ارتياحهم عند ممارستهم عبادة الصلاة في التخفيف من آلامهم ومخاوفهم تجاه المرض والموت والمجهول (Kappeli, 2000).

كذلك أسفرت الدراسة عن أن الحالة الاجتماعية للرجال المصابين بالسرطان لها تأثير على درجة جودة الحياة لديهم، وأن الرجال المصابين غير المتزوجين أو من سبق لهم الزواج يتمتعون بجودة حياة أعلى مقارنة مع الرجال المصابين المتزوجين. وقد يفسر ذلك بوجود عوامل أخرى غير الدعم والمساعدة الاجتماعية من المحيط الأسري للمصابين، التي تسهم لدى الرجال المصابين بالسرطان في الإحساس بوجودهم وهويتهم وتحسين مزاجهم، ومن ثم رفع درجة نوعية الحياة لديهم. على خلاف نتائج الدراسة الراهنة، أشارت كل من دراسة Khan (2010) ودراسة Helgeson (2003) إلى أن الرجال المصابين بمراحل متأخرة من السرطان يتمتعون بجودة حياة مرتفعة؛ وذلك بسبب الدعم والمساندة الاجتماعية التي يتلقونها من قبل الجميع. ويتميز الرجال بشخصية متفائلة وحب للحياة، والشعور بدرجة منخفضة من القلق والكآبة. أسفرت نتائج هذه الدراسة أيضاً عن أنه لا توجد علاقة بين أعمار الرجال المصابين بالسرطان ونوعية الحياة لديهم أو مدى رضاهم عن الحياة. بينما أسفرت الدراستان التاليتان: Chambers et al. (2000) Dunn & Steginga (2012) عن نتائج مختلفة؛ حيث أشارتا إلى وجود ارتباط بين عمر المصابين بسرطان القولون وانخفاض نوعية الحياة لديهم؛ إذ كلما كان سن المصابين بالسرطان صغيرة انخفضت لديهم نوعية الحياة؛ وذلك بسبب المسؤوليات والأعباء الأسرية والمالية لديهم،

بالإضافة إلى عدم توقعهم الإصابة بمرض السرطان في مرحلة الشباب التي ترتبط بالكثير من الآمال والخطط المستقبلية التي يتطلعون لإنجازها وتحقيقها.

بينت الدراسة أيضاً عدم وجود علاقة بين المستوى الاجتماعي-الديموغرافي للمصابين بمرض السرطان (العمر، درجة التعليم، عدد الأطفال، الوظيفة، مستوى الدخل، الفئة الاجتماعية) وجودة الحياة لديهم. بينما بينت دراسة Jansen et al. (2011) أن المصابين بسرطان القولون الذين أعمارهم أقل من ٦٠ عاماً كانت درجة نوعية الحياة لديهم أقل من الرجال الذين كانت أعمارهم عند التشخيص بسرطان القولون أكبر من ٧٠ عاماً. كذلك أسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة سلبية بين جودة الحياة والرضا عن الحياة عند الرجال المصابين بالسرطان ومرحلة المرض عند التشخيص. أيدت نتائج الدراسة الحالية نتائج الدراستين Jansen et al (2011) Chambers et al. (2011) اللتين بينتا أن الرجال الذين تم تشخيصهم بمرض السرطان في سن مبكرة أصغر من (٦٠ عاماً) تكون جودة الحياة لديهم منخفضة تجاه جميع النواحي الاجتماعية، والعاطفية، والمعرفية. وكلما ازدادت المدة الزمنية للإصابة، انخفضت درجة جودة الحياة لديهم؛ وذلك بسبب ارتباط الفترة الزمنية بالإصابة بالمرض مع كل من تكاليف العلاج، والدعم الاجتماعي، وتأثير المرض على الأقارب والمحيطين الذين يقدمون الرعاية الصحية والاهتمام الوجداني للمريض.

أشارت نتائج الدراسة أيضاً إلى أن مرحلة الإصابة بمرض السرطان لها تأثير سلبي على مدى رضا المصابين عن حياتهم؛ إذ كلما كانت مرحلة الإصابة بالمرض متقدمة تدنى رضا المصابين عن حياتهم؛ بسبب الخوف من الموت وارتفاع القلق واليأس من الشفاء. وأن الرجال المصابين الذين لديهم رضا مرتفع نحو حياتهم يتمتعون بنوعية حياة مرتفعة عن غيرهم من الرجال المصابين بالسرطان. وذلك يمكن تفسيره بالعوامل التالية: علاقات جيدة مع الآخرين في بيئة سكنية مناسبة لحالتهم المرضية، خدمات طبية متطورة، نوعية الدعم الذي يتلقونه من المحيطين بهم. وبناء على نتائج الدراسة الراهنة يرى الباحثون

ضرورة توفير بيئة اجتماعية مستقرة تتمتع بدعم اجتماعي وعاطفي من قبل الآخرين لمرضى السرطان من خلال مواكبتهم مراحل المرض منذ بداية تشخيصه إلى الشفاء منه؛ وذلك للحفاظ على درجة عالية من الرضا عن الحياة، وهو ما يسهم في التقليل من التوتر والكآبة والقلق الذي يؤثر بدوره على حالة المصاب الصحية.

وتلعب المشاركة في الأنشطة والمناسبات الدينية دوراً مهماً في تحسن نوعية حياة المصابين بالسرطان من خلال إسهام الجانب الروحاني في تخفيف الألم والمعاناة النفسية التي يشعر بها المصاب في أثناء مرضه، وهو ما يساعد المريض على التكيف والتعايش مع المرض بروح وإيمان عالٍ بقضاء الله وقدره وأن الشفاء بيد الله، عز وجل. وللاختصاصي الاجتماعي دور مهم في مساعدة المصابين بالسرطان على مواجهة المرض وتخطي المشاعر والسلوكيات السلبية المصاحبة له. ويمكن للعاملين في مجال الخدمة الاجتماعية الطبية بناء جماعات مساندة ودعم اجتماعي للمصابين بالسرطان يكون محورها الأساسي ممارسة شعائر وطقوس دينية، ومن أبرز نتائج هذه الدراسة وجود ارتباط إيجابي بين درجة التدين وممارسة الشعائر الدينية وبين نوعية الحياة لدى المصابين بالسرطان.

المراجع

أولاً- المراجع العربية:

- الأنصاري، بدر. (١٩٩٦). الشخصية المستهدفة لإصابة بالسرطان: عرض نظري. المؤتمر العالمي الأول حول مرض السرطان بين الحقيقة والوهم. الكويت ١٨-٢٠ مارس. الجمعية الكويتية لمكافحة التدخين والسرطان. ص ص ٥٩٧-٦٤١.
- الحفار، سعيد. (١٩٩٠). البيئة والأورام: علم السرطان الوقائي. بيروت: الفكر المعاصر. التعليم العالي. الادارة العامة للثقافة.
- الصنيع، خولة. (٢٠٠٢أ). العلاقة بين مستوى التدين والقلق العام. العلوم التربوية والدراسات النفسية. **جامعة الملك سعود**. ١٤ (١). (ص ص ٢٠٧-٢٣٤).
- العثمان، وسام. (١٩٩٦). العوامل الاجتماعية المؤدية للإصابة بمرض السرطان. بحث مقدم للمؤتمر العالمي حول مرض السرطان: بين الحقيقة والوهم. الكويت ١٨-٢٠ مارس. ص ص ٢٩٥-٣٥٠.
- العوضي، عبدالرحمن؛ والصالح، خالد. (١٩٩٦). السرطان. الكويت: الجمعية الكويتية لمكافحة التدخين والسرطان.
- العوضي، فوزية. (١٩٩٦). التغذية والسرطان..المؤتمر العالمي الأول حول مرض السرطان بين الحقيقة والوهم. الكويت ١٨-٢٠ مارس. الجمعية الكويتية لمكافحة التدخين والسرطان. ص ص ٧٧٧-٧٩٤.
- المذكور، خالد. (١٩٩٦). علاقة الإيمان والرضى النفسي بمرض السرطان. المؤتمر العالمي الأول حول مرض السرطان بين الحقيقة والوهم. الكويت ١٨-٢٠ مارس. الجمعية الكويتية لمكافحة التدخين والسرطان. ص ص ١٦-٥٢.
- المطيري، حامد. (٢٠٠٠). الاضطرابات السلوكية لدى أطفال الأسر

الكويتية محدودة الدخل. **مجلة العلوم الاجتماعية**. ٢٨(٣). ص ص ٦٥-٨٨.

- النابلسي، جهاد. (١٩٩٦). علاقة الإيمان والرضى النفسي بمرض السرطان. المؤتمر العالمي الأول حول مرض السرطان بين الحقيقة والوهم. الكويت ١٨-٢٠ مارس. الجمعية الكويتية لمكافحة التدخين والسرطان. ص ص ١٥٣-٢١٨.
- شعبان، رضوان جاب الله؛ ومحمد، هريدي محمد. (٢٠٠١). العلاقة بين المساندة الاجتماعية وكل من مظاهر الاكتئاب وتقدير الذات والرضى عن الحياة. مجلة علم النفس. مصر. العدد الثامن والخمسون.
- زعطوط، رمضان. (٢٠٠٥). علاقة الاتجاه نحو السلوك الصحي ببعض المتغيرات النفسية الاجتماعية لدى المرضى المزمنين بورقلة. إشراف قريشي عبد الكريم. جامعة قاصدي.
- عبدالخالق، أحمد (٢٠٠٢). الوسواس القهري: التشخيص والعلاج. مطبوعات جامعة الكويت، مجلس النشر العلمي: لجنة التأليف والتعريب والنشر.
- عبدالخالق، أحمد؛ والحويلة، أمثال. (٢٠١٣). الحياة النفسية الطيبة وعلاقتها بالتدين لدى عينة من كبار السن الكويتيين. **مجلة العلوم الاجتماعية**. ٤١ (٣). ص ص١١١-١٣٥.
- عبدالخالق، أحمد؛ وعيد، غادة؛ والنيال، مايسة. (٢٠٠٨). حب الحياة لدى عينتين من طلاب الجامعة الكويتين واللبنانين: دراسة في علم النفس الإيجابية. حوليات الأداب والعلوم الاجتماعية. ٣١ ص (٣٢١).
- عبدالخالق، أحمد. (٢٠٠٨). الرضا عن الحياة في المجتمع الكويتي. دراسات نفسية. ١٨ (١). ص ص ١٢١-١٣٥.
- السيد، عبدالفتاح؛ وحسين، فوقية أحمد؛ وحسين، محمد حسين. (٢٠٠٦). 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. ٣-٤ مايو. ص ص ١٨٧ – ٢٧٠.

- معتز، عبدالله سيد. (٢٠٠٠). بحوث في علم النفس الاجتماعي. المجلد الثالث. مصر. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر.

ثانياً – المراجع الأجنبية:

- 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., & OLeary, 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 womens 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., & Dahmoush, 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., Dahmoush, 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 social support in young adults with advanced cancer. *Support Care Cancer*, 21: 421-429. 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., Figueroa, 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.
- Villingshoj, 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.