مجلة البحث العلمى فى التربية
جامعه عين شمس
كليه البنات العدد التاسع عشر لسنة 2018

التفاؤل والأمل وعلاقتهما بجودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي

بحث مقدم من ضمن متطلبات الحصول على درجة دكتوراه الفلسفة في التربية
(علم نفس تعليمي)

إعداد الباحثة
ابتسام محمد علـــي الضـويلع

إشراف

أ.م. د. عواطف إبراهيم شوكت
أستاذ علم النفس المساعد
كلية البنات- جامعة عين شمس

د. حنان محمود زكي
مدرس علم النفس
كلية البنات - جامعة عين شمس

مجلة البحث العلمى فى التربية
جامعه عين شمس
كليه البنات **العدد التاسع عشر لسنة 2018**

ملخص الدراسة :
تهدف الدراسة الحالية لمعرفة العلاقة بين التفاؤل والأمل وجودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي، حيث تكونت عينة الدراسة من (70) مريضة من مريضات سرطان الثدي في ليبيا، المتواجدات في المعهد القومي لعلاج الاورام بمدينة صبراته،وكانت أعمارهن الزمنية (أقل من 35، من35 الى أقل من 45، أكثر من 45سنة)، و من الناحية الاجتماعية (أرامل –متزوجات –مطلقات)، واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي ، واستخدمت الباحثة من الأدوات (مقياس الأمل ومقياس التفاؤل ومقياس جودة الحياة) وجميعهم من إعداد الباحثة ، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ايجابية بين التفاؤل والأمل وجودة الحياة ، وعدم وجود فروق بين مريضات سرطان الثدي في كل من التفاؤل والأمل وجودة الحياة وفقاً للعمر، كما توصلت نتائج الدراسة الى عدم وجود فروق في التفاؤل والأمل وجودة الحياة وفقاً للحالة الاجتماعية .

Optimism and Hope and Their Relation to Quality of Life in Breast-tumor Female Patients

Study Brief:

This study drives at identifying the relationship among optimism, hope, and quality of life in breast tumor female patients. The sample consists of (70) breast-tumors patients in Libya. This study uses the descriptive method. The researcher has used several tools including: scale of hope, scale of optimism, and scale of quality of life (designed by the researcher). The study results indicate a positive relationship exists among optimism, hope, and quality of life. There are no differences exist between breast-tumors patients regarding optimism, hope, quality of life due to age and the social status.

المقدمة :

اهتمت بحوث علم النفس في الآونة الأخيرة بدراسة علم النفس الإيجابي ويعتبر التفاؤل والأمل من الجوانب الإيجابية في الشخصية، تلك الجوانب التي يتناولها بالدراسة علم النفس الإيجابي، والذي يرجع الفضل في تأسيسه إلى العالم سيلجمان(Seligman) في الثمانينيات من القرن الماضي ، فازدهار حركة علم النفس الإيجابي ونموها في العصر الحديث تعكس الاهتمام العلمي بالعلاقة التي تربط القدرات الكامنة لدى الفرد من أمل وتفاؤل في تنمية الأفكار والانفعالات الإيجابية للفرد لما لها من دور لا يُستهان به في تحسين مستوى صحة الفرد الجسمية والنفسية، وزيادة مستوى رفاهيته في الحياة، وهذا ما تؤكده النظرية الاجتماعية المعرفية وحركة علم النفس الإيجابي التي ازدهرت أخيراً، مؤكدةً على أهمية وظيفة الأمل والتفاؤل كمتغيرات معرفية متوقعه لها القدرة على التنبؤ بالسعادة(Ciarrocchi & Deneke,2005)

ويذكربدرالأنصاري(2001 ، 87) أن دراسة سمة التفاؤل تستحوذ على اهتمام بالغ من قبل الباحثين نظراً لارتباط هذه السمة بالصحة النفسية والجسمية للفرد، حيث أكدت مختلف الدراسات ارتباط سمة التفاؤل بالسعادة والصحة والدافعية للإنجاز والنظرة الإيجابية للحياة ، وقد تزايد الاهتمام بدراسة هذا المفهوم بوصفه خلفية عامة تحيط بالحالة النفسية للفرد وتؤثر نسبياً في شخصيته، ولها تأثير مباشر على تغيير حياة الإنسان إلى الأفضل أو العكس.

ويذكر أحمد عبد الخالق (2004 ، 184) عندما يعيش الإنسان على الأمل ، حيث للأمل مغزى كبير وأهمية في مجالات كثيرة تمتد من الدين إلى علم النفس ، وقد بدأ تقديم المفاهيم المرتبطة بالأمل في الدراسات النفسية والطبية في خمسينات القرن الماضي ، وقد ألقى تيار مبكر من البحوث الضوء على دور الأمل في تحقيق التكيف الإنساني .

وينظر سنايدر وآخرون (Snyder et al ., 1991) إلى الأمل على أنه وجهة معرفية موجهة نحو تحقيق هدف معين ويعرفون الأمل بأنه حالة دافعية موجهة تعتمد على الشعور بالنجاح وطاقة موجهة نحو الهدف والتخطيط لتحقيق الهدف .

وللأمل مزايا وفوائد لمن يواجهون المشكلات المرتبطة بالمرض ، إذ يرتبط الأمل بالصحة الجيدة ، وبسرعة الشفاء في حالة المرض ، والأمل عامل هام في التقييم الإيجابي للأحداث السيئة (Snyder , et al ., 2002)

وتقاس حضارة الأمم والمجتمعات, بجودة الحياة لدى الأفراد بشكل عام, والفئات المهمشة كالنساء والمسنين وذوي الأمراض المزمنة بشكل خاص, ويعتبر مفهوم جودة الحياة من المفاهيم التي دخلت حديثاً على مجال التربية وعلم النفس والحياة الاجتماعية, إذ يعبّر عن مدى الاهتمام بكافة أفراد المجتمع وتحقيق الرفاهة لهم.

فالهدف الذي ينشده أي مجتمع هو تحسين جودة الحياة لأفراده لما لها من أهمية في تحقيق الصحة النفسية للفرد, وشعوره بالرضا عن هذه الحياة التي يحياها. وجودة الحياة هي عبارة عن الاستمتاع بالظروف المادية في البيئة الخارجية والإحساس بحسن الحال وإشباع الحاجات والرضا عن الحياة, فضلا عن إدراك الفرد لجوانب حياته وشعوره بمعنى الحياة إلى جانب الصحة الجسمية الإيجابية وتوافقه مع القيم السائدة في المجتمع (فوقية عبد الفتاح و محمد حسين, 2006 ، 144)

ونتيجة للتغير الاجتماعي والتطور الصناعي وتغير أنماط السلوك وطرائق المعيشة، أخذت الأمراض المزمنة في الانتشار بشكل كبير في العالم، فهي ترتبط بجودة الحياة ونمط المعيشة، وبالسلوك الصحي ومن بين هذه الأمراض (مرض السرطان) والذي تشكل الإصابة به عبئاً كبيراً على الفرد والأسرة والمجتمع، بسبب تكاليف العلاج والرعاية الصحية والنفسية والاجتماعية إضافةً إلى الوفاة المبكرة، لذلك شكلت دراسة جودة الحياة لهؤلاء المرضى مدخلاً جديداً لفهم معايشة الفرد لمرض السرطان اعتمادا على زاوية إدراك وتقييم تختلف عن تلك التي يعتمدها الطبيب أو المعالج، حيث تحول التركيز من على المرض إلى المريض نفسه ومن العوامل النفسية والاجتماعية والذاتية مقابل العوامل المادية والموضوعية.

وتشير البراهين إلى أن تقوية الأمل لدى المريض في الحياة يساعد على تدعيم عوامل الحياة، واستثارة القوة الحيوية وتحسين جودة الحياة، وأن ارتفاع الأمل يعكس نظرة تفاؤلية تبدد اليأس والاكتئاب الذي يزيد من حدة الألم وقسوته لدى المريض بالسرطان.

ويعتبر السرطان من أهم أسباب الوفيات في جميع أنحاء العالم، فقد تسبب في وفاة 7.9 مليون نسمة أي نحو 13% من مجموع الوفيات سنة 2007 (Mieszkowski,2007).

وتزداد المشكلة عندما تشعر المريضة أنها أصبحت لا جدوى منها ومن ثم تتمثل مشكلة الدراسة في التساؤلات التالية :

1. هل توجد علاقة ارتباطية بين التفاؤل و الأمل وجودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي؟
2. هلتوجد فروق في التفاؤل الأمل وجودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي وفقاً للعمر(أقل من 35، من 35إلى أقل من 45، أكثر من 45سنة)؟
3. هل توجد فروق في التفاؤل والأمل وجودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي وفقاً للحالة الاجتماعية (ارملة، متزوجة ، مطلقة) ؟

أهداف الدراسة :

تسعي الدراسة الحالية إلى تحقيق ما يلي :

معرفة العلاقة بين التفاؤل و الأمل وجودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي، ومعرفة الفروق بين مريضات سرطان الثدي وفقاً للعمر والحالة الاجتماعية في الأمل والتفاؤل وجودة الحياة.

أهمية الدراسة :

تأتي أهمية الدراسة الحالية في أنها تفيد في الآتي :

1. الكشف عن العلاقة بين التفاؤل و الأمل وجودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي الذيقد يساهم في الإفادة من نتائج هذه الدراسة عند إعداد البرامج الإرشادية.
2. اعداد مقياس للتفاؤل و الأمل وجودة الحياة مما يساعد على توفير أداة قياس علمية يمكن استخدامها في البحوث اللاحقة المرتبطة بموضوع الدراسة في ليبيا.
3. تفيد نتائج الدراسة الاطباء في توجيههم إلى تدعيم التفاؤل و الأمل وجودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي.

مصطلحات الدراسة والاطار النظري :

أولا:التفاؤلOptimism:

يعد التفاؤل أحد السمات النفسية المهمة إذ يلعب دوراً هاماً في حياتنا اليوميه وفي علاقاتنا بغيرنا وعلى الرغم من أهمية التفاؤل في الحياة الإنسانية بشكل خاص فإن تاريخ الاهتمام به حديث نسبياً فقد احتل مركز الصدارة في عدد من الدراسات الشخصية وعلم النفس الإكلينيكي وعلم نفس الصحة العامة والتفاؤل هو القول الذي نأمل به خيراً أو فعل نستبشر به والفأل بالشئ يعني التيمن به .

وتذكر هبة محمود محمد علي (2015 ، 107) أن التفاؤل يعد جانباً مهماً من الجوانب الإيجابية في الشخصية ، تلك الشخصية التي يتناولها علم النفس الإيجابي الذي يهتم بدراسة الخبرات الإيجابية والسمات الفردية الإيجابية ، كما يهتم بالوجدان والانفعالات الإيجابية حول المستقبل.

ويعرف " تايجر" التفاؤل بأنه دافع بيولوجي يحافظ على بقاء الإنسان ويعد الأساس الذي يمكن الأفراد من وضع الأهداف أو الالتزامات، "إنه الأفعال أو السلوكيات التي تجعل أفراد المجتمع يتغلبون على الصعوبات والمحن التي تواجههم في معيشتهم"(بدر الأنصاري،1998 ،14)

ويعرف سيلجمان (Seligman ,2006 , 67) التفاؤل على أنه الأداة التي تقود إلى الإنجاز على المستوى الفردي الواقعي والعدالة الاجتماعية على المستوى العام وأن يتخذ الفرد موقفاً إيجابياً حيال العالم ويسعى لتشكيل حياته بدلاً من أن يبقى سلبياً أمام مجريات حياته وينظر إلى الجانب المشرق وتوقع نهاية سعيدة للمشكلات الحقيقية الواقعية .

ويعرف حسام محمد وسامية شحاته (2010 ،400) التفاؤل بأنه استعداد شخصي للتوقع الإيجابي للأحداث من خلال اعتقاد أن المستقبل عبارة عن مخزن الرغبات والطموحات المرغوبة بغض النظر عن قدرة الفرد السيطرة عليها أو على تحقيق تلك الرغبات .

وتعرف سناء محمد سليمان (2014 ، 19) التفاؤل بأنه استعداد انفعالي ومعرفي معمم ، ونزعة للاعتقاد والاستجابة انفعالياً اتجاه الآخرين، واتجاه المواقف واتجاه الأحداث إيجابية بالإضافة إلى توقع نتائج مستقبلية جيدة ونافعة ، والميل أكثر للاعتقاد بأن الأمور الطيبة ستحدث الآن وستكون مبهجة وسارة وستستمر لتسعده ، بالإضافة أيضاً بأن التفاؤل هو الشعور بالرضا والفرح والسرور والسعادة مما ينعكس عنه من أثر إيجابي على كسب الإنسان وعلى عمله وتوجهه نحو فعل الخير .

ويعرف محمد محمد أمين عبد السلام (2015 ، 440) التفاؤل بأنه شعور الفرد بالرضا والسعادة ، وما ينعكس عنه من أثر إيجابي على الصحة النفسية والبدنية والاجتماعية والعقلية ، وحسن التكيف في حياته اليومية ومع متطلبات عمله .

على الرغم من تعدد التعريفات التي تناولت التفاؤل وكذلك تعدد وجهات النظر بين من يعتبره حالة ومن يعتبره سمة ، فإن جميع هذه التعريفات على أن الشخصية المتفائلة تعبر عن امتلاك الفرد لتوقعات إيجابية عامة نحو الأشياء التي تمر به وتولد الإحباط ، فالتفاؤل يعتبر بمثابة ميكانزم نفسي يساعد على مقاومة الكآبة والفشل واليأس ، وتعزيز و جهة النظر التفاؤلية، حيث يساعد هذا الفرد على تعلم المهارات المختلفة والنجاح في انتقائها وأكثر قدرة على مواجهه الصعاب .

و تعرف الباحثة التفاؤل إجرائياً: بأنه توقع الفرد بأن أموراً إيجابية سوف تحدث واستبعاد الأمور السلبية وأن الأمور سوف تكون في صالحة من خلال بذل ما في وسعة لتحقيقها .

العوامل المؤثرة في درجة التفاؤل:

هناك الكثير من المكونات أو العوامل التي يفترض أنها تحدد درجات الأفراد على التفاؤل وتتمثل هذه العوامل فيما يلي:

1- **العامل البيولوجي(الحيوي):** ويتضمن المحددات الوراثية أو الاستعدادات الموروثة، وقد افترض بعض الباحثين أن لهذه المحددات دور في التفاؤل. حيث ذكر ليونيل تايجر(Lionel Tiger) أنه في حين تخبرنا نظريات التعلم أن البشر دائماً بالفطرة يريدون التخلي عن المهام المرتبطة بالنتائج السلبية فإنه من الحيوي بالنسبة للبشر أن يقوموا بتطوير سمة التفاؤل، وأسلوب التفكير لديهم وذلك لأننا عندما نكون مصابين فإن أجسامنا تطلق مادة الأندروفين ولهذه المادة خاصتين أساسيتين تتمثلان في: تقليل الألم وزيادة الشعور بالسعادة، وانه من المناسب حيوياً وبيولوجياً أن نتمتع بالمشاعر والعواطف الايجابية بدلاً من المشاعر والعواطف السلبية

2- **العامل المعرفي:** ذهب العديد من الباحثين في هذا المجال إلى أن التفاؤل هو أسلوب من أساليب التفكير التي يمكن تعلمها، وهذا ما أكده (دانيال جولمانDaniel Goleman)، الذي يعتقد أن التفاؤل والأمل يمكن أن يتم تعلمهما، فهو يعتقد أن الكفاءة والفعالية الذاتية للنفس(وهي اعتقاد الشخص بأن لديه القدرة على مواجهة أحداث الحياة، ويستطيع أن يواجه التحديات التي ربما تعترض طريقه) هو الشئ الذي يؤدي إلى التفاؤل والأمل.

3- **التنشئة الاجتماعية:** التنشئة الاجتماعية هي التي تساعد الفرد على اكتساب اللغة والعادات والقيم والاتجاهات السائدة في مجتمعه، ومن المتوقع أن يكون للعوامل الاجتماعية دور كبير في التشاؤم والتفاؤل، كما أن الشخص الذي يواجه في حياته سلسلة من المواقف العصبية المحبطة أو المفاجئة غالباً ما يميل إلى التشاؤم(بدر الأنصاري، 1998، 20 - 21)

ثانيا:الامل:Hope

على الرغم من أنه لا يوجد اجتماع بين العلماء على تعريف الأمل إلا أن هناك اتفاقاً عالمياً على أن الأمل حاجة ملحة لجميع البشر ، على مواجهة الشدائد وعنصراً أصيلاً في الحياة لمساعدة المرضى على الشفاء

ويذكر كل من آمال جودة و حمدي أبو جراد(2011 ، 139) أن مصطلح الأمل من المفاهيم التي يصعب وضع تعريف لها بالرغم من إدراك الفرد بأنه مصطلح سهل ويرجع الفضل إلى سنايدر(Snyder) في تأصيل الأمل قبل حوالي عشرين عاماً في إطار نظرية سنايدر للأمل

ويرى جابر عبد الحميد وعلاء كفافي (1990، 1566) أن الأمل هو عاطفة تتكون من اتجاهات يغلب عليها الرغبة في الحصول على شيء أو الوصول إلى هدف معين ، مع اعتقاد الفرد في قدرته على تحقيق الهدف مستمراً رغم وجود العوائق والمشكلات التي يمكن أن تحول دون تحقيق الهدف .

وعرفه سنايدر وآخرون (Snyder, et al ., 1991 ,235)بأنه حالة معرفية تعتمد على الشعور بالنجاح المستمد أو الناتج من التفاعل المتبادل بين الطاقة موجهة نحو الهدف ، وتخطيط لحقيق الأهداف .

وترى الباحثة من هذا التعريف أن الأمل ليس كمجال عاطفي أو انفعالي يحدث فقط في اللحظات الصعبة ، ولكن كعملية يحاول الأفراد من خلالها تحقيق أهدافهم ورغباتهم بصورة أكثرفاعلية ، وهذا يبين من وجهة نظرهم أن الأمل عملية معرفية .

ويعرف سيد صبحي (2003 ، 72) الأمل بأنه خبرة معاشة تعني بالضرورة أن الشخص الذي يتمتع بهذه الخبرة يتجه إلى الأمام ، وأن جهده معبأ من أجل تجاوز الحاضر والإسهام الفعال في صنع المستقبل الأفضل .

وتعرف الباحثة الأمل إجرائياً: بأنه طاقة ناتجة عن خبرة موجودة لدى الفرد تجعل لدية القدرة في تحقيق ما يسعى إليه وتحقيق النجاح والأهداف وتوقع الأفضل ويتمثل في المكونات التالية:

النظرة الايجابية للمستقبل: و هي نظرة مريضة السرطان الايجابية للمستقبل كقوة دافعة لها نحو الحياة والاقبال عليها من خلال توقع الافضل والخير .

قوة الإرادة : وهي قوة إرادة مريضة السرطان في مواجهة الشدائد والعقبات التي تحول دون تحقيق الأهداف التي تسعى لتحقيقها من خلال التفكير الايجابي

تحقيق الأهداف: وهي عبارة عن مجموعة من الأهداف الشخصية التي تضعها مريضة السرطان لنفسها لجعل حياتها أكثر إيجابية في المجالات المختلفة .

أبعاد الأمل :تتمثل أبعاد الأمل في الآتي:

1.الأهداف :Goals

و يذكر سنايدر (Snyder , 1994 , 5) أن على الفرد أن يلاحظ الأهداف التي يرغب أن يحققها ويسعى للحصول عليها من خلال تقسيمها إلى أهداف فرعية ، ورئيسية ، وكلما حقق هدفاً فرعياً من الأهداف الرئيسية اقترب من الوصول للهدف العام الذي يسعى لتحقيقه .

2.قوة الإرادة :Will Power

تعتبر قوة الإرادة الطاقة التي تدفع الفرد للتفكير الإيجابي الذي يتصف بالأمل وهي بذلك تعتبر الطاقة العقلية التي توصل للهدف المليئة بالموضوعات والمواقف التي يستدعيها الإنسان لكي تدفعه نحو العمل لتحقيق هدفه الذي يسعى إليه ، وبذلك تزداد قوة الإرادة كلما استطاع الفرد أن يحقق أهدافه وصياغتها بطريقة إجرائية قابلة للتنفيذ ، وهذا يبين أن صياغة الأهداف تختلف من فرد لآخر ، كما تختلف هذه القوة تبعا لاختلاف الهدف.

3.قوة التوجه : Way Power

ويذكر(Snyder , 1994 , 11) أن هذا التوجه الذهني يرتبط بأهمية الهدف للفرد ، حيث تواجه الإنسان عقبات في سعيه لتحقيق أهدافه ، ومن هنا يأتي دور المرونة الذهنية التي تساعده على تغيير الطريق لتحقيق أهدافه.

ثالثاً:جودة الحياة:Quality Of Life

يُعد تعريف جودة الحياة من المهام الصعبة لما تحمله من جوانب متعددة ومتفاعلة ومن بين العلوم التي اهتمت بجودة الحياة، علم النفس ، حيث تبنى هذا المفهوم في مختلف التخصصات النفسية، النظرية فيها والتطبيقية.

وقد حرصت الباحثة على معرفة تطور استخدام مفهوم جودة الحياة في الأدبيات النفسية، وتمكنت من تسجيل إشارتين مهمتين في هذا الخصوص:

الأولى: إشارة تيتمانس وآخرون(Titmans & others, 1997) إلى انه من الصعوبة صياغة تعريف محدد لجودة الحياة، وان أسباب ذلك تكمن في الآتي:

1- حداثة هذا المفهوم على مستوى التناول العلمي.

2- تطرق هذا المفهوم للاستخدام في العديد من العلوم، إذ يستخدم أحياناً للتعبير عن الرقي في مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع كما انه يستخدم للتعبير عن إدراك الأفراد لمدى قدرة هذه الخدمات على إشباع حاجاتهم.

3- لا يرتبط هذا المفهوم بمجال محدد من مجالات الحياة أو بفروع من فروع العلم، إنما هو مفهوم موزع بين العلماء والباحثين بمختلف اختصاصاتهم (على مهدي كاظم و عبد الخالق البهادلي، 2006 ، 22)

الثانية: إشارة عادل عز الدين الأشول(2005 ، 93) إلى انه نادراً ما حظي المفهوم بالتبني الواسع على مستوى الاستخدام العلمي والعملي وبهذه السرعة مثلما حدث لمفهوم جودة الحياة، وان في العلوم النفسية تم تبني هذا المفهوم في مختلف التخصصات النفسية، النظرية منها والتطبيقية، فقد كان لعلم النفس السبق في

تحديد المتغيرات المؤثرة على جودة حياة الإنسان، وأن ذلك يعود في المقام الأول إلى أن جودة الحياة في النهاية هي تعبير عن الإدراك الذاتي لتلك الجودة، فالحياة بالنسبة للفرد هي ما يدركه منها.

وترى هبة جمال الدين(1991، 68) أن المهتمين بتعريف مفهوم جودة الحياة يربطون بينه وبين مشاعر السعادة كشهور عام نابع من تلك الأشياء التي نقدرها ؛ لأنها تجلب لنا مستوى معيناً من المعيشة ، فهي تستحق ذلك التقدير إذا أمكنها أن تحقق لنا السعادة ، وهى هنا ليست بمعنى الاستمتاع اللحظي ، وإنما تعنى الإحساس بجودة المعيشة على المدى الطويل .

ويعرف العارف بالله الغندور(1999 ،40) جودة الحياة بأنها إدراك الفرد لموقعه في الحياة في سياق الثقافة والأنساق القيمية ،التي يعيش فيها ، والتي ترتبط بأهدافه وتوقعاته واهتماماته ومعاييره .

ويرى هاس (Hass(2001 , 730 أن مصطلح جودة الحياة مفهوم متعدد الأبعاد ، يعتمد على ما لدى الفرد من قيم ، ويتضمن كلاً من المؤشرات الذاتية والموضوعية ، وهي تقييم لظروف حياة الشخص الحالية أو الراهن .

ويعرف حسن مصطفى عبد المعطى (2005 ، 18) جودة الحياة بأنها مجموع تقييمات الأفراد لجوانب حياتهم اليومية في وقت محدد وفي ظل ظروف معينة وإدراكهم لمكانتهم ووضعهم في الحياة في محيط المنظومة الثقافية والقيمية التي يعيشون فيها وعلاقة ذلك بأهدافهم وتوقعاتهم ومعاييرهم واهتماماتهم في ضوء تقييمهم للجوانب التالية : الرضا عن الحياة ، الأنشطة ، المساندة والعلاقات الاجتماعية ، الحالة المادية.

ويعرف محمود عبد الحليم منسي وعلي مهدي كاظم(2006، 65)جودة الحياة بأنها شعور الفرد بالرضا والسعادة والقدرة على إشباع حاجاته من خلال ثراء البيئة ورقي الخدمات التي تقدم له في المجالات الصحية والاجتماعية والتعليمية والنفسية مع حسن إداراته للوقت والاستفادة منه

وتعرف كل من أماني عبد المقصود و وسميرة شند (2010 ، 514) جودة الحياة بأنها الدرجة التي يجد فيها الفرد معنى لحياته ،ويشعر بالاستمتاع والمساندة من قبل المصادر المختلفة .

ويعرف صلاح فؤاد محمد الشعراوي (2014 ، 205) جودة الحياة بأنها استمتاع الفرد بحياته وشعوره بالسعادة والتفاؤل والتمتع بالصحة الجسمية والنفسية الإيجابية ورضاه عن حياته في جوانبها المختلفة والاقتدار على الزمن مما يجعل حياته مليئة بالمعاني الإيجابية

وتعرف الباحثة جودة الحياة إجرائياً: بأنها استجابات المرضى (مرضى السرطان) بشكل إيجابي نحو الحياة و إحساسهم بأهميتهم وقيمتهم، ودافعيتهم للتحرك بإيجابية نحو تحقيقها، والرضا عن حياتهم من خلال ممارساته الدينية والعقائدية وإقامة علاقات الاجتماعية مع الآخرين والاهتمام بالصحة العامة ، ويشمل على الابعاد التالية :

- **الرضا عن الحياة :** تعرف بأنها الرضا والارتياح عن الظروف الحياتية وما تشمله من مواقف والرضا عن المظهر الشخصي ووسائل المعيشة المتاحة وقضاء وقت الفراغ .
- **الممارسات الدينية :** وهي المشاعر والمعتقدات النابعة من الالتزام الديني والتوكل على الله في جميع الأمور والإيمان بالقدر .
- **العلاقات الاجتماعية:** وهي الشعور بأن الآخرين يحبونك من خلال الاستمتاع بالحديث معهم ومشاركتهم المناسبات الاجتماعية والتواصل معهم بكل سهولة والتطوع في الأنشطة المختلفة.
- **الحالة الصحية العامة:** وهي الاهتمام بالحالة الصحية من خلال مراجعة الطبيب باستمرار عند الشعور بالمرض والوقاية من الأمراض المختلفة والتركيز فيما يدور حولك حتى تستطيع التعايش مع مواقف الحياة المختلفة.

مؤشرات جودة الحياة :

ترى هناء الجوهري (1994 ، 41) أن مؤشرات جودة الحياة تتمثل في التالي :

1- مؤشرات موضوعية :

وهي تلك المؤشرات القابلة للقياس الكمي والتي تتعلق بالمتغيرات المؤسسة لجودة الحياة ، فهي تقوم على التقييم الموضوعي للأحوال والظروف السائدة في المجتمع ، وتعكس ظروف حياة الأفراد في وحدة ثقافية وجغرافية معينة من خلال قياسها الكمي للوقائع والحقائق المتعلقة بجوانب البناء الاجتماعي.

2- **مؤشرات ذاتية:**

تشير تلك المؤشرات إلى استفادة الأفراد من الخدمات التي تقدمها الدولة ، وما قدر الإشباع الذي تحقق لدى الأفراد من ذلك ، بمعنى آخر هو مدى الإشباع ،الذي يتحقق للأفراد في حياتهم في ظل واقع اجتماعي معين ، ويكون ذلك من خلال إدراكهم وتقييمهم لهذا الواقع.

وترى هناء الجوهري (1994، 222) أن المهتمين بموضوع جودة الحياة يرون أن جوهر دراستهم يتراوح ما بين الاهتمام بقياس الآثار المركبة لجوانب الحياة الواقعية وبين تصور هذه الوقائع عند الفرد وحكمه عليها وعلاقة ذلك بالرضا الإنساني ،وهذا هو التفاعل بين الجانب الموضوعي والجانب الذاتي ، ويشكلان في مجموعهما جودة الحياة الإنسانية .

ويرى سامي أبو هاشم (2001 ، 128) أن جودة الحياة نتاج تفاعل فريد بين المواقف الحياتية الخاصة والفرد ، وذلك من خلال الاستمتاع بإمكانياته المهمة في حياته ، وأن جودة الحياة مفهوم يعكس مواقف الحياة المرغوبة لدى الفرد في ثلاثة مجالات (الحياة الأسرية المجتمعية – العمل ، الصحة)

رابعاً :السرطان Cancer:

يعتبر السرطان أحد الأمراض الخطيرة المرتبطة بالموت في أذهان أغلبية البشر، بسبب ارتفاع نسبة الوفيات الناجمة عنه، فقد تسبب في وفاة 7.6 مليون نسمة أي بنسبة 13% من مجموع الوفيات سنة(2009) ، حيث تصدرت سرطان الرئة والبروستاتا والمعدة والأمعاء والكبد قائمة سرطانات الرجال، بينما شكلت سرطانات الثدي والأمعاء وعنق الرحم والرئة والمعدة أهم السرطانات المنتشرة لدى النساء.

مفهوم السرطان:

ويذكر صلاح محمود هارون (2002 ، 21) أن السرطان أهم وأخطر الأمراض التي تهدد الإنسانية بلا مغالاة ، فهو يسبب وفيات كثيرة في الولايات المتحدة الأمريكية ، حيث تأكد الإحصائيات أنة مات بالسرطان حوالي 170000 أمريكي ويعرفه "ولمان " بأنه فرط استخدام الخلايا الظاهرة والتي تشكل تدمير محتوى متسلل .

ويعرفه شيلي تايلورو وسام درويش بريك(2008، 811)بأنه عبارة عن مجموعة من الأمراض التي تزيد عن المائة مرض، يجمع بينها عدد من العوامل المشترطة، وينجم السرطان عن خلل في المادة الوراثية الجينية (D N A) التي تتمثل في خلايا الإنسان الجزء المسئول عن السيطرة على نمو الخلايا وتكاثرها، فخلايا جسم الإنسان تتكاثر بشكل منتظم وبطئ ولكن في حالة السرطان يحدث خللاً في المادة الوراثية (D N A) مما يؤدي إلى تسارع زائد في نموها

وانتشارها، ومن المعروف أن الخلايا السرطانية بعكس خلايا الجسم الأخرى، إنما تستنزف طاقاته و إمكاناته.

ويعرفه سامح أبو زينة(2000، 167) بأنه تورم ناتج عن خلايا خرجت عن أجهزة المراقبة في الجسم وأخذت تنمو بصورة عشوائية، ويحدث النمو في العضو المُصاب ابتداءً من إصابة أولية، ثم يتخطى التورم الحواجز التي تفصل بين الأعضاء. وخلال هذا التخطي، قد تخرج بعض الخلايا السرطانية لتدخل الشعيرات الدموية أو البُلغُمية التي تنقلها إلى مختلف أنحاء الجسم حيث تبني مُستعمرات سرطانية تكمن عشرات السنين.

كما يذكر ناجي الصغير (2005 ، 15) أن السرطان ينتج عن خلل في الحمض النووي للخلية يؤدي إما إلى إشارات تشجع نمو الخلية ، أو تؤدي إلى وقف إشارات النمو ، وتتم ترجمة رموز هذا الخلل عبر بروتينات تكون موجودة على سطح الخلايا وداخلها أو قد تكون نقالة في الدم ولها علاقة في إشارات نمو الخلية وخضوعها للمراقبة السليمة من قبل الجسم وجهاز المناعة ، والخلية المتحولة تنمو وتتكاثر بشكل غير منتظم وعشوائي وتكون كتلة ورم تغزو محيطها ، وتستطيع الانتقال إلى الدم وعبره إلى أماكن متعددة في الجسم وقد تستقر في بعضها وتسبب ما تسمية انتشاراً.

سرطان الثدي :Breast Cancer

تعرف مروة نصر محمد (2008 ، 45) سرطان الثدي بأنه أحد الأورام السرطانية الخطيرة المهددة لصحة وبقاء المرأة ، وهو مرض ليس بحديث ، فقد عرفه قدماء المصريون ، حيث أشاروا إليه في برديا تهم ، وكذلك الإغريق ، ومنذ أن عرف الإنسان ولم يتوقف جهود العلماء عن كشف أسرار هذا المرض ، ومحاولة علاجه بشتى الطرق.

وتعرف الباحثة سرطان الثدي إجرائياً: بأنه أحد أمراض الأورام الخبيثة التي تصيب أنسجة الثدي نتيجة حدوث طفرات في هذه الأنسجة والتي يمكن أن تسببها عوامل بيولوجية أو عوامل نفسية وبإثبات التشخيص الطبي.

العوامل المسببة لسرطان الثدي :

أشار غريب عبد الفتاح(1999 ، 319) أن الإصابة بسرطان الثدي ترجع إلى تعرض المرأة لمشكلات نفسية واجتماعية حيث يرتبط الحزن الشديد بسرطان الثدي لدى النساء ، كما يقد العاملون في هذا المجال أن أصل مرض السرطان يرجع 95% من أسبابة إلى الظروف البيئية ، وأن الضغط ربما يكون له تأثير رئيس على نمو وتطور السرطان ؛ وذلك لأنه في حالة انخفاض مقاومة الجسم خلال موقف الضغط يكون من المعقول توقع نمو السرطان بطريقة أسرع لدى هؤلاء المعرضين دائماً للضغط.

وأرجعت دراسة (American Cancer Society , 2012 – 2012) أن الإصابة بمرض السرطان ترجع إلى التقدم في العمر والتاريخ المرضي للعائلة والحيض في وقت مبكر وانقطاع الحيض في وقت متأخر ، وهناك عوامل أخرى تسبب بالإصابة بمرض سرطان الثدي منها السمنة بعد سن اليأس والجمع بين هرمون الاستروجين والبروجستين بعد انقطاع الحيض واستخدام الكحوليات وقلة النشاط الرياضي و أن الإصابة بسرطان الثدي ترجع إلى تفاعل مجموعة من الأسباب متمثلة في الاستعدادات الجسمية والوراثية ما يطلق علية مولدات الأورام والسمات الشخصية للمريضة ، وخبراتها النفسية والاجتماعية السابقة والسياق الاجتماعي الذي تعيش فيه .

الدراسات السابقة :

1. **دراسة محمد بيومي خليل(1996)**: التي هدفت الكشف عن العلاقة بين المساندة النفسية والاجتماعية وإرادة الحياة ومستوى الألم لدى مرضى بمرض مفض إلى الموت، وقد اشتملت عينة الدراسة على(120) مريض ومريضة ، وقد طبق عليهم مقياس المساندة النفسية الاجتماعية، ومقياس إرادة الحياة، ومقياس الألم، وقد أسفرت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة سالبة بين تقوية أمل المريض ومستوى الألم، كما توصلت الدراسة إلى وجود فروق بين متوسطي درجات المرضى مرتفعي ومنخفضي إرادة الأمل في مستوى الألم في اتجاه المرضى مرتفعي إرادة الأمل.

2.**دراسة (Kelleci ,2005)**التي هدفت الى معرفة دور الرعاية التي يتلقاها مريض السرطان بالشعور بالأمل والمعتقدات الدينية ، وتكونت عينة الدراسة من (8) ممرضات يعملن مع مريضات السرطان ،

وتوصلت نتائج الدراسة أن الأمل يرتبط بالمعتقدات الدينية كمؤشر من مؤشرات جودة الحياة والمشاركة في الأنشطة .

3.**دراسة (Moore-Garcia , 2006)**التي هدفت إلى الكشف عن معنى الحياة والأمل لدى مرضى السرطان الخاضعين لعلاج الخلايا الجذعية العظمية ، وتكونت عينة الدراسة من (17) مريضة واعتمدت الدراسة من الأدوات مقياس الأمل ومعنى الحياة وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة بين معنى الحياة والأمل لدى مريضات السرطان.

4.**دراسة (Wang, et al.,2006)**: التي هدفت الى التعرف على العلاقة بين سلوك الاهتمام الشخصي والأمل والدعم الاجتماعي كمؤشر من مؤشرات جودة الحياة لدى المرضى التايوانيين المنتظرين لعمليات زرع قلب، حيث أجريت الدراسة على عينة بلغ قوامها(45) من المرضى المشاركين من أربعة مراكز بتايوان، واستخدمت الدراسة مقياس سلوك الرعاية الذاتية وقائمة الأمل والدعم الاجتماعي ، وتوصلت نتائج الدراسة أن الدعم الاجتماعي يعد من أفضل المنبئات بنسبة 29.4% لكل من سلوك الرعاية الشخصية والأمل.

5.**دراسة ماجدة السيد علي ناصف(2006)**التي هدفت إلى الكشف عن تأثير بعض المتغيرات النفسية والاجتماعية والتفاعل بينهم في معنى الحياة لدى عينة من مرضى السرطان والأصحاء من طلاب الجامعة، وتضمنت عينة الدراسة مجموعتين، مجموعة مرضى السرطان وقوامها(30) طالباً وطالبة، من طلاب الجامعة مصابين بمرض السرطان، ومجموعة الأصحاء وتتكون من (30) طالبا وطالبة من طلاب الجامعة غير مصابين بالسرطان، واستخدمت الدراسة الأدوات التالية: (مقياس معنى الحياة، ومقياس الضغوط النفسية، ومقياس الاكتئاب، ومقياس قلق الموت، ومقياس التفاؤل والتشاؤم، واستبيان المساندة الاجتماعية)، وقد أسفرت الدراسة وجود تأثير للتفاؤل والتشاؤم فى معنى الحياة .

6.**دراسة (Hasson – Ohayon ,2007)** التي هدفت الكسف عن الأمل كمتغير وسيط بين التدين والتعايش مع سرطان الثدي ، وتكونت عينة الدراسة من (233) من النساء اليهوديات المتدينات المصابات بسرطان الثدي ، واستخدمت الدراسة من الأدوات مقياس الامل ومقياس التكيف النفسي مع السرطان ، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن الأمل له دور كمتغير وسيط بين التدين كمؤشر من مؤشرات جودة الحياة وأسلوب التعايش مع سرطان الثدي .

7.**دراسة (Otten,2008)**: والتي هدفت الى معرفة العلاقة بين الأمل والألم لدى عينة من مرضى الأورام وتكونت عينة الدراسة من (225) مريض بالسرطان، وقد طبق الباحثون مقياس الأمل، ومقياس الألم، واستبانة الجودة الحياتية، وقد توصلت نتائج هذه الدراسة إلى وجود علاقة بين الأمل والجودة الحياتية لدى مرضى السرطان.

8.**دراسة وئام علي الصعيدي(2008)**: تناولت ديناميات الأمل لدى عينات من مريضات سرطان الثدي، حيث هدفت الدراسة لتشخيص المتغيرات الدينامية والديموغرافية لدى مريضات سرطان الثدي ، وتكونت عينة الدراسة من (100) من مريضات سرطان الثدي، واعتمدت الباحثة من الأدوات مقياس الأمل – مقياس التفاؤل، ، وتوصلت نتائج الدراسة أن الأمل والتفاؤل يختلف لدى مريضات سرطان الثدي باختلاف (العمر – التعليم – النمط الثقافي وان المساندة الاجتماعية المقدمة لعينة الدراسة تساعدنا على التنبؤ بوجود الأمل والتفاؤل لدى عينة الدراسة، حيث أكدت الدراسة الكمية والدراسة الكيفية على أن ثمة عوامل ترتبط بالأمل لدى عينة البحث من أهمها: الأمل والتفاؤل، والمساندة المادية، المساندة الاجتماعية الأسرية، والمساندة الطبية.

9.**دراسة (Utne ,2010)** التي هدفت معرفة العلاقة بين الاضطرابات المزاجية والامل وجودة الحياة ، وتكونت عينة الدراسة من (225) مريضا بالسرطان ومن الادوات استخدمت الدراسة مقياس الامل ومقياس

جودة الحياة ومقياس الاضطرابات المزاجية ، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة بين الأمل وجودة الحياة ووجود علاقة عكسية بين اللاضطرابات المزاجية والامل وجودة الحياة .

10.**دراسة (Rustoen , et al,.2010)** التي هدفت إلى معرفة الأمل كمتغير وسيط بين الاضطرابات النفسية والرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان ، وتكونت عينة الدراسة من (194) مريضاً بالسرطان ، واستخدمت الدراسة من الأدوات مقياس الأمل ومقياس الرضا عن الحياة ، وتوصلت نتائج الدراسة ان الامل من المصادر الرئيسية التي تحسن جودة الحياة لدى مرضى السرطان كما توسط الأمل الاضطرابات النفسية والرضا عن الحياة .

11.**دراسة (Burt ,2011)** التي هدفت الى الكشف عن مستوى الأمل والروحانية لدى مرضى السرطان وتأثيرهما على جودة الحياة لديهم ، وتكونت عينة الدراسة من (100) مريض بالسرطان واستخدمت الدراسة من الأدوات مقياس الامل ومقياس الروحانية ومقياس جودة الحياة ، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة بين الأمل والروحانية وجودة الحياة لدى مرضا السرطان

12.**دراسة ياسمين سعد الجهني(2013)** حيث هدفت الدراسة إلى المقارنة بين المصابات بسرطان الثدي وغير المصابات في جودة الحياة والتوافق النفسي، وأيضا دراسة العلاقة بين المتغيرين لدى المصابات بسرطان الثدي والوقوف على الفروق بين المصابات الصغيرات والكبيرات في السن في جودة الحياة والتوافق النفسي، واستخدمت الباحثة من الأدوات مقياس جودة الحياة ومقياس التوافق النفسي على عينتي الدراسة التي شملت (45) من المصابات بسرطان الثدي، و(45) من غير المصابات بأية أمراض جسمية أو نفسية، وأوضحت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابات بسرطان الثدي وغير المصابات في جودة الحياة والتوافق النفسي، ووجود علاقة دالة بين جودة الحياة والتوافق النفسي لدى المصابات بسرطان الثدي، ولم يتبين وجود فروق بين المصابات الصغيرات والكبيرات في السن في جودة الحياة والتوافق النفسي.

تعقيب على الدراسات السابقة:

1- من حيث الموضوعات :

وجدت الباحثة ندرة في الدراسات العربية التي تناولت التفاؤل والأمل لدى مريضات سرطان الثدي في ليبيا .

2- من حيث المنهج :

تناولت الدراسات السابقة المنهج الوصفي ، وتتفق الدراسة الحالية من حيث المنهج مع عدد من الدراسات السابقة نذكر منها على سبيل المثال لا الحصردراسة ياسمين سعد الجهني(2013) و دراسة (Burt ,2011) و دراسة (Rustoen , et al,.2010)

3- **من حيث العينة :**

استخدم الباحثون في دراساتهم السابقة أنواعاً متباينة من العينات ، من حيث الحجم هناك من استخدم عينات صغيرة نسبياً تتراوح حجم العينة من (5 – 100) ومنهم من استخدم عينة من طلاب الجامعة.

4- من حيث الأدوات :

استخدم الباحثون في الدراسات السابقة أدوات متنوعة ، فهناك من استخدم مقاييس للتفاؤل والأمل وجودة الحياة من اعداد الباحث ومنهم من اعتمد على المقايسس المعدة مسبقاً.

5- من حيث النتائج :

توصلت معظم الدراسات السابقة التي تم عرضها إلى وجود علاقة بين التفاؤل والأمل وجودة الحياة مثل:دراسة (Rustoen , et al,.2010) و دراسة (Burt ,2011)و دراسة (Utne ,2010)و دراسة اوتين وآخرون(Otten,2008) و دراسة وانج وآخرون (Wang, et al.,2006)

فروض الدراسة :

1. توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين التفاؤل والأمل وجودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي.
2. توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات مريضات سرطان الثدي في التفاؤل والأمل وجودة الحياة وفقاً للعمر(أقل من35، من 35 إلى أقل من 45، أكثر من 45 سنة).
3. توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات مريضات سرطان الثدي في التفاؤل والأمل وجودة الحياة وفقاً للحالة الاجتماعية (ارملة، متزوجة ، مطلقة).

إجراءات الدراسة :

منهج الدراسة :

استخدمت الدراسة الحالية المنهج الوصفي من خلال نمط العلاقة الارتباطية التي تهدف إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين التفاؤل والأمل وجودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي.

عينة الدراسة :

تضمنت عينة الدراسة المجموعتين التاليتين:

أولاً: عينة الدراسة الاستطلاعية: تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من (50) مريضة بسرطان الثدي من المعهد القومي لعلاج الأورام بمدينة صبراته في ليبيا، لحساب الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة.

ثانياً: المجموعة الأساسية : اشتملت هذه المجموعة على (70) مريضة مصابة بسرطان الثدي من ذوي الاصابة الشديدة ، حيث تم اختيارهن بطريقة قصدية،حيث تكونت العينة ممن تتراوح أعمارهن الزمنية من(أقل من 35، من 35 الى أقل من 45، أكثر من 45 سنة)، ومن الناحية الاجتماعية(ارامل- متزوجات- مطلقات)، وذلك للتحقق من صحة فروض الدراسة، والجدول التالي يوضح عينة الدراسة:

الجدول رقم (1) توزيع عينة الدراسة وفقا للعمر والحالة الاجتماعية

العمر	العدد	الحالة الاجتماعية	العدد
أقل من 35	24	أرملة	16
من 35 الى اقل من 45	23	مطلقة	14
أكثر من 45	23	متزوجة	40

أدوات الدراسة :

استخدمت الباحثة في الدراسة الأدوات التالية :

1- مقياس التفاؤل لدى مريضات سرطان الثدي : (إعداد الباحثة)

تم إعداد مقياس التفاؤللعينة من مريضات سرطان الثديمن خلال الرجوع لتعريفات التفاؤل من وجهات نظر علماء النفس المختلفة التي أتيح للباحثة الاطلاع على آرائهم ، والاطلاع على بعض المقاييس التي تناولت التفاؤل الممثلة في :مقياس عبدو فرحان محمد الحميري (2005) و مقياس بدر الأنصاري وعلى مهدي كاظم (2008) و مقياس أحمد عبد الخالق(1996) ومقياس إبراهيم عيد وآخرين (2015)

من الخطوات السابقة استطاعت الباحثة أن تضع عبارات المقياس في صورته الأولية ويتكون من(25)عبارة أمام كل عبارة ثلاث اختيارات ، (دائماً- أحياناً- نادراً) بحيث يختار المستجيب أحدى البدائل الثلاثة وتوزع الدرجات كالتالي (3-2-1)

الكفاءة السيكومترية لمقياس التفاؤل :

صدق المقياس : استخدمت الباحثة في حساب صدق المقياس الطرق الآتية :

أ.صدق المحكمين :حيث تم عرض المقياس على (5)*من المتخصصين في مجال علم النفس؛ حيث تم استبعاد وتعديل العبارات غير المرتبطة بمقياس التفاؤل ، حيث تم استبعاد وحذف العبارات ، التي كانت نسبة اتفاق المحكمين عليها تقل عن (85%)

ب .قدرة المقياس على التمييز كمؤشر على صدقه :

قامت الباحثة بحساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات الإرباعى الأعلى وبين متوسطات درجات الإرباعي الأدنى لمجموعة مكونة من (50) من مريضات سرطان الثدي ويوضح جدول (2) الفروق بين متوسط درجات الإرباعي الأعلى وبين متوسط درجات الإرباعي الأدنى:

جدول (2) الفروق بين متوسطات درجات الإرباعي الأعلى و بين متوسطات درجات الإرباعي الأدنى بالنسبة إلى الدرجة الكلية لمقياس التفاؤل .

التفاؤل	الإرباعي الأعلى والأدنى	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	الدلالة الإحصائية
	الإرباعي الأدنى	14	44,64	7,35	12,817	دال عند 0, 01
	الإرباعي الأعلى	15	70	2,10		

يتضح من جدول (2) أن مقياس التفاؤل يتسم بالقدرة على التمييز بين المريضات ذوات التفاؤل المرتفع وبين المريضات ذوات التفاؤل المنخفض، حيث أشارت النتائج إلى وجود فروق بين متوسطات درجات الإرباعي الأعلى و بين متوسطات درجات الإرباعي الأدنى عند مستوى (0.01) مما يدل على قدرة المقياس على التمييز بين المرتفعات والمنخفضات .

---

*أ.د / أحمد ظافر محسن ، استاذ علم النفس بجامعة الفاتح
*أ.د / صالح المهدي الحويج ، استاذ علم النفس جامعة طرابلس
*أ.د / ماجي وليم يوسف ، استاذ علم النفس المساعد كلية البنات جامعة عين شمس
*أ.د / المهدي امحمد الجديدي ، استاذ علم النفس جامعة الزاوية
*أ.د / يعقوب موسى صمامه ، استاذ علم النفس جامعة طرابلس

حساب ثبات مقياس التفاؤل :

تم تقدير ثبات مقياس التفاؤل باستخدام معامل ألفاكرونباخ Cronback , alpha والتجزئة النصفية ، وذلك من خلال تطبيق المقياس على عينة قوامها (50) مريضة سرطان، ويوضح جدول(3) معاملات الثبات التي تم الحصول عليها.

جدول (3)معاملات ثبات مقياس التفاؤل بطريقة ألفاكرونباخ والتجزئة النصفية

التفاؤل	عدد العبارات	ألفاكرونباخ	التجزئة النصفية
	25	.84	*.822

***تم الاعتماد على جتمان لان عدد عبارات المقياس فردي**

يتضح من جدول (3) ان معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية معاملات ثبات مرتفعة مما يدل على مايتمتع به المقياس من ثبات عال.

حساب الاتساق الداخلي لمقياس التفاؤل

للتعرف على الاتساق الداخلي قامت الباحثة بإيجاد العلاقة الارتباطية بين درجات كل فقرة والدرجة الكلية للمقياس ، ويتضح ذلك من الجدول (4) التالي :

جدول (4)قيم معاملات الارتباط بين عبارات مقياس التفاؤل والدرجة الكلية (ن= 50)

م	الارتباط	م	الارتباط
1	**.553	14	**.591
2	**.569	15	**.496
3	**.809	16	**.804
4	**.736	17	**.855
5	**. 493	18	**.855
6	**.472	19	**. 701
7	**.631	20	**. 622
8	**.603	21	**. 462
9	**.652	22	**.550
10	**.581	23	*.333
11	**.685	24	**.608
12	**.610	25	**.505
13	**.692		

** (372.) دالة عند مستوى (01.) * (288.) دالة عند مستوى (05.)

يلاحظ من جدول (4) أن جميع عبارات المقياس ترتبط بصورة دالة إحصائياً مع الدرجة الكية للمقياس ودالة عند (01.) باستثناء عبارة 23 دالة عند (05.).

طريقة تصحيح مقياس التفاؤل:

وضع للمقياس تعليمات بسيطة تتضمن أن يجيب المفحوص على كل بند من بنود المقياس تبعاً لثلاث اختيارات هي :دائما –احيانا - نادرا , وهي اختيارات تتدرج من انطباق العبارة تماما على المريضة حتى لاتنطبق وقد وضع لهذه الاستجابات أوزان هى دائماً (3) درجات ، احياناً (2) درجات ، نادراً (1) درجة ، والعكس صحيح للعبارات السالبة.

الصورة النهائية لمقياس التفاؤل:

يتكون مقياس التفاؤل في صورته النهائية من (25)عبارة ، وبذلك تكون الدرجة الصغرى للمقياس ككل (25) والدرجة الكبرى (75) ، وتشير الدرجة المرتفعة إلى ارتفاع درجة التفاؤل وتشير الدرجة المنخفضة إلى انخفاض التفاؤل.

2- مقياس الأمل لدى مريضات سرطان الثدي: (إعداد الباحثة)

تم اعداد إعداد مقياس الأمل لدى عينة من مريضات سرطان الثدي من خلال الرجوع لتعريفات الأمل من وجهات نظر علماء النفس المختلفة التي أتيح للباحثة الاطلاع على آرائهم ، والاطلاع على بعض المقاييس التي تناولت الأمل الممثلة في : خيرية عبد الله البكوش (2014) و أحمد عبد الخالق(2004)

ومن خلال الاطلاع على المقاييس و الأدوات المتاحة ، التي اهتمت بقياس الأمل، وأهم ما خلصت إليه البحوث والدراسات السابقة، قامت الباحثة بتحديد المكونات الخاصة بمقياس الأمل وضع تعريف اجرائي لكل منهما وهي :

النظرة الايجابية للمستقبل: هو نظرة مريضة السرطان الايجابية للمستقبل كقوة دافعة لها نحو الحياة والاقبال عليها من خلال توقع الأفضل والخير .

قوة الإرادة : وهي قوة إرادة مريضة السرطان في مواجهة الشدائد والعقبات التي تحول دون تحقيق الأهداف التي تسعى لتحقيقها من خلال التفكير الايجابي.

تحقيق الأهداف: هي عبارة عن مجموعة من الأهداف الشخصية التي تضعها مريضة السرطان لنفسها لجعل حياتها أكثر إيجابية في المجالات المختلفة .

وقامت الباحثة بصياغة عدد من العبارات التي رأت أنها ترتبط بأبعاد الأمل ، وكان عدد العبارات (36) عبارة ، تمثل عبارات مكونات مقياس الأمل .

الكفاءة السيكومترية لمقياس الأمل :

صدق المقياس : استخدمت الباحثة في حساب صدق المقياس الطرق الآتية :

أ.صدق المحكمين :

تم عرض المقياس على خمسه محكمين المتخصصين في مجال علم النفس؛ حيث تم استبعاد وتعديل العبارات غير المرتبطة بمقياس الأمل ، حيث تم استبعاد وحذف العبارات ، التي كانت نسبة اتفاق المحكمين عليها تقل عن (85%)، وعددها (36) عبارة.

ب .قدرة المقياس على التمييز كمؤشر على صدقه :

قامت الباحثة بحساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات الإرباعى الأعلى وبين متوسطات درجات الإرباعي الأدنى لمجموعة مكونة من (50) من مريضات سرطان الثدي ،ويوضح جدول(5) الفروق بين متوسط درجات الإرباعي الأعلى وبين متوسط درجات الإرباعي الأدنى:

جدول(5)دلالة الفروق بين متوسطات درجات الإرباعي الأعلى و بين متوسطات درجات الإرباعي الأدنى بالنسبة إلى درجات المكونات الفرعية وكذلك بالنسبة إلى الدرجة الكلية لمقياس الأمل .

مكونات الأمل	الإرباعي الأعلى والأدنى	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	الدلالة الإحصائية
النظرة الايجابية للمستقبل	الإرباعي الأدنى	15	20,33	2,58	9,712	دال عند 0, 01
	الإرباعي الأعلى	14	29,07	2,23		
قوة الإرادة	الإرباعي الأدنى	14	16.36	2,09	19,212	دال عند 0, 01
	الإرباعي الأعلى	16	29,29	1,70		
تحقيق الأهداف	الإرباعي الأدنى	14	14,07	1,69	20,406	دال عند 0, 01
	الإرباعي الأعلى	15	32	2,85		
الدرجة الكلية	الإرباعي الأدنى	14	54,79	6,69	11,237	دال عند 0, 01
	الإرباعي الأعلى	14	86,92	8,92		

يتضح من جدول (5) أن مقياس الأمل يتسم بالقدرة على التمييز بين المريضات ذوات الأمل المرتفع وبين المريضات ذوات الأمل المنخفض، حيث أشارت النتائج إلى وجود فروق بين متوسطات درجات الإرباعي الأعلى و بين متوسطات درجات الإرباعي الأدنى للدرجة الكلية وبالنسبة إلى درجات المكونات الفرعية لمقياس الأمل عند مستوى (0.01) مما يدل على قدره المقياس على التمييز بين المرتفعات والمنخفضات .

حساب ثبات مقياس الأمل :

تم تقدير ثبات مقياس الأمل باستخدام معامل ألفاكرونباخ Cronback , alpha والتجزئة النصفية ، وذلك من خلال تطبيق المقياس على عينة قوامها (50) مريضة سرطان، ويوضح جدول (6) معاملات الثبات التي تم الحصول عليها.

جدول (6) معاملات ثبات مقياس الأمل باستخدام التجزئة النصفية وألفا كرونباخ

م	مكونات الامل	عدد الأسئلة	معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية	معامل الثبات بطريقة معامل ألفا كرونباخ
1	**النظرة الايجابية للمستقبل**	* 11	, 811	, 832
2	**قوة الإرادة**	* 11	, 702	, 710
3	**تحقيق الأهداف**	12	, 760	, 784
	الدرجة الكلية	34	,831	,872

***تم الاعتماد على جتمان لان عدد عبارات فردي**

بالنظر إلى جدول (6) يتضح الآتي :

- أن معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية باستخدام معادلة (سبيرمان– براون) للدرجة الكلية للمقياس (0.831) ، و باستخدام طريقة معامل ألفا كرونباخ (0.872) .
- أما معدلات الثبات لمكونات المقياس تتراوح ما بين (0.702 - 0.811) بطريقة التجزئة النصفية ، وتتراوح ما بين (0.710 - 0.832) باستخدام ألفا كرونباخ.

مما يشير إلى أن المقياس ككل يتمتع بمعدلات ثبات جيدة ، وكذلك مكوناته الفرعية بثبات جيدة مما يمكننا استخدامه في الدراسة الحالية .

حساب الاتساق الداخلي لمقياس الأمل:

للتعرف على الاتساق الداخلي قامت الباحثة بإيجاد العلاقة الارتباطية بين درجات كل فقرة والدرجة الكلية للمكون الذي تنتمي له ، ، ويوضح ذلك جدول (7) التالي :

جدول (7)قيم معاملات الارتباط بين عبارات كل مكون من مقياس الأمل والدرجة الكلية(ن= 50)

النظرة الايجابية		قوة الإرادة		تحقيق الأهداف	
م	الارتباط	م	الارتباط	م	الارتباط
1	**364.	2	**577.	3	**802.
4	**390.	5	**610.	6	**882.
7	**551.	8	**741.	9	**755.
10	**372.	11	**708.	12	**730.
13	**370.	14	**627.	15	**516.
16	**387.	17	**746.	18	**733.
19	*318.	20	**500.	21	**692.
22	**775.	23	**623.	24	**375.
25	**735.	26	**677.	27	**694.
28	**468.	29	**589.	30	**792.
31	**425.	32	**617.	33	**800.
34	0.195			35	**759.

** (.372) دالة عند مستوى (.01) * (.288) دالة عند مستوى (.05)

يلاحظ من جدول (7) أن جميع عبارات المقياس ترتبط بصورة دالة إحصائياً مع كل مكون من مكوناته ودالة عند (.01) باستثناء عبارة(19) دالة عند (0.05) وعبارة 43 غير دالة وتم استبعادها من المقياس.

كما تم حساب معاملات الارتباط بين كل مكونوالدرجة الكلية للمقياسوذلك من خلال حساب معامل الارتباط بين درجة كل مكون وبين الدرجة الكلية للمقياس. ويوضح جدول (8) ذلك :

جدول (8) معامل الارتباط بين درجة كل مكون من مقياس الأمل و الدرجة الكلية للمقياس (ن =50)

م	مكونات الأمل	معامل الارتباط بالدرجة الكلية
1	**النظرة الايجابية**	**,761
2	**قوة الإرادة**	**,823
3	**تحقيق الأهداف**	**,845

**(.372) دالة (عند 0.01) *(.288) دالة عند (0.05)

يوضح جدول (8) أن معاملات الارتباط بين مكونات مقياس الامل والدرجة الكلية دالة عند مستوى (0,01)

طريقة تصحيح مقياس الأمل:

وضع للمقياس تعليمات بسيطة تتضمن أن يجيب المفحوص على كل بند من بنود المقياس تبعاً ثلاث اختيارات هي :دائما –احيانا - نادرا , وهي اختيارات تتدرج من انطباق العبارة تماما على المريضة حتى لاتنطبق ، و قد وضع لهذه الاستجابات أوزان هى دائماً (3) درجات ، ، احيانا (2) درجات ، نادرً (1) درجة ، والعكس صحيح للعبارات السالبة

الصورة النهائية لمقياس الأمل:

يتكون مقياس الأمل في صورته النهائية من (34)عبارة موزعة على ثلاث مكونات، النظرة الايجابية ومكون قوة الإرادة تتكون كل منهما من (11) عبارة وبذلك تكون الدرجة الصغرى لكل منهما (11) درجة والكبري (33) درجة ، ومكون تحقيق الأهداف يتكون من (12) عبارة وبذلك تكون الدرجة الصغرى (12) والكبرى(36) ، والمقياس ككل الدرجة الصغرى (34) و الكبرى (102).

ج- مقياس جودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي : (إعداد الباحثة)

تم اعداد إعداد مقياس جودة االحياة لدى عينة من مريضات سرطان الثدي من خلال الرجوع لتعريفات جودة من وجهات نظر علماء النفس المختلفة التي أتيح للباحثة الاطلاع على آرائهم ، والاطلاع على بعض المقاييس التي تناولت جودة الحياة الممثلة في : محمود عبد الحليم منسي وعلي مهدي كاظم (2006)و مقياس عيد محمد ابو عمرة (2014) و مقياس حسام الدين محمود عزب (2004)

ومن خلال الاطلاع على المقاييس و الأدوات المتاحة ، التي اهتمت بقياس جودة الحياة، وأهم ما خلصت إليه البحوث والدراسات السابقة، قامت الباحثة بتحديد المكونات الخاصة بمقياس جودة الحياة و وضع تعريف أجرائي لكل منهما وهي :

- **الرضا عن الحياة :** تعرف بأنها الرضا والارتياح عن الظروف الحياتية وما تشمله من مواقف والرضا عن المظهر الشخصي ووسائل المعيشة المتاحة وقضاء وقت الفراغ .
- **الممارسات الدينية :** وهي المشاعر والمعتقدات النابعة من الالتزام الديني والتوكل على الله في جميع الأمور والإيمان بالقدر .
- **العلاقات الاجتماعية:** وهي الشعور بأن الآخرين يحبونك من خلال الاستمتاع بالحديث معهم ومشاركتهم المناسبات الاجتماعية والتواصل معهم بكل سهولة والتطوع في الأنشطة المختلفة.

• **الحالة الصحية العامة:** وهي الاهتمام بالحالة الصحية من خلال مراجعة الطبيب باستمرار عند الشعور بالمرض والوقاية من الأمراض المختلفة والتركيز فيما يدور حولك حتى تستطيع التعايش مع مواقف الحياة المختلفة.

وقامت الباحثة بصياغة عدد من العبارات التي رأت أنها ترتبط بأبعاد جودة الحياة ، وكان عدد العبارات (40) عبارة.

الكفاءة السيكومترية لمقياس جودة الحياة :

صدق المقياس : استخدمت الباحثة في حساب صدق المقياس الطرق الآتية :

أ.صدق المحكمين :

تم عرض المقياس على خمسة محكمين المتخصصين في مجال علم النفس؛ حيث تم استبعاد وتعديل العبارات غير المرتبطة بمقياس جودة الحياة ، حيث تم استبعاد وحذف العبارات ، التي كانت نسبة اتفاق المحكمين عليها تقل عن (85%)

ب .قدرة المقياس على التمييز كمؤشر على صدقه :

قامت الباحثة بحساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات الإرباعى الأعلى وبين متوسطات درجات الإرباعي الأدنى لمجموعة مكونة من (50) من مريضات سرطان الثدي ويوضح جدول (9) الفروق بين متوسط درجات الإرباعي الأعلى وبين متوسط درجات الإرباعي الأدنى:

جدول(9)دلالة الفروق بين متوسطات درجات الإرباعي الأعلى و بين متوسطات درجات الإرباعي الأدنى بالنسبة إلى درجات المكونات الفرعية وكذلك بالنسبة إلى الدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة

مكونات جودة الحياة	الإرباعي الأعلى والأدنى	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	الدلالة الإحصائية
الرضا عن الحياة	الإرباعي الأدنى	15	16,13	1,25	12,175	دال عند 0, 01
	الإرباعي الأعلى	16	24	2,19		
الممارسات الدينية	الإرباعي الأدنى	13	17.38	1,19	10,869	دال عند 0, 01
	الإرباعي الأعلى	14	24,29	1,98		
العلاقات الاجتماعية	الإرباعي الأدنى	15	16,46	1,13	13,381	دال عند 0, 01
	الإرباعي الأعلى	15	23.07	1,22		
الحالة الصحية العامة	الإرباعي الأدنى	17	15,18	1,19	8,146	دال عند 0, 01
	الإرباعي الأعلى	15	20,33	2,29		
الدرجة الكلية	الإرباعي الأدنى	15	68,67	4,45	10,046	دال عند 0, 01
	الإرباعي الأعلى	16	88,88	6,46		

يتضح من جدول (9) أن مقياس جودة الحياة يتسم بالقدرة على التمييز بين المريضات ذوات جودة الحياة المرتفعة وبين المريضات ذوات جودة الحياة المنخفضة، حيث أشارت النتائج إلى وجود فروق بين متوسطات درجات الإرباعي الأعلى و بين متوسطات درجات الإرباعي الأدنى للدرجة الكلية وبالنسبة إلى درجات المكونات الفرعية لمقياس جودة الحياة عند مستوى (0.01) مما يدل على قدرس المقياس على التمييز بين المرتفعات والمنخفضات .

حساب ثبات مقياس جودة الحياة :

تم تقدير ثبات مقياس جودة الحياة باستخدام معامل ألفاكرونباخ Cronback , alpha والتجزئة النصفية ، وذلك من خلال تطبيق المقياس على عينة قوامها (50) مريضة سرطان، ويوضح جدول (10) معاملات الثبات التي تم الحصول عليها.

جدول (10)معاملات ثبات مقياس جودة الحياة باستخدام التجزئة النصفية وألفا كرونباخ

م	مكونات جودة الحياة	عدد الأسئلة	معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية	معامل الثبات بطريقة معامل ألفا كرونباخ
1	**الرضا عن الحياة**	*9	, 732	, 765
2	**الممارسات الدينية**	*9	, 694	, 721
3	**العلاقات الاجتماعية**	*9	, 872	, 889
4	**الحالة الصحية العامة**	8	.798	.823
	الدرجة الكلية	*35	,813	,856

***تم الاعتماد على جتمان لأن عدد العبارات فردي**

بالنظر إلى جدول (10) يتضح الآتي :

- أن معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية باستخدام معادلة (سبيرمان– براون) للدرجة الكلية للمقياس (0.813) ، و باستخدام طريقة معامل ألفا كرونباخ (0.865) .
- أما معدلات الثبات لمكونات المقياس تتراوح ما بين (0.694 - 0.872) بطريقة التجزئة النصفية ، وتتراوح ما بين (0.721 - 0.899) باستخدام ألفا كرونباخ.

مما يشير إلى أن المقياس ككل يتمتع بمعدلات ثبات جيدة ، وكذلك مكوناته الفرعية بثبات جيد مما يمكننا استخدامه في الدراسة الحالية .

حساب الاتساق الداخلي لمقياس جودة الحياة:

للتعرف على الاتساق الداخلي قامت الباحثة بإيجاد العلاقة الارتباطية بين درجات كل فقرة والدرجة الكلية للمكون الذي تنتمي له ، ويوضح ذلك جدول (11) التالي :

جدول (11)قيم معاملات الارتباط بين عبارات مقياس جودة الحياة والدرجة الكلية(ن= 50)

الرضا عن الحياة		الممارسات الدينية		العلاقات الاجتماعية		الحالة الصحية العامة	
م	الارتباط	م	الارتباط	م	الارتباط	م	الارتباط
1	.478**	2	.320*	3	.327*	4	0.205
5	.449**	6	.299*	7	.372**	8	.484**
9	.533**	10	0.275	11	.311*	12	.510**
13	.405**	14	.374**	15	0.263	16	.429**
17	0.186	18	.529**	19	.551**	20	.464**
21	.538**	22	.429**	23	.605**	24	.366**
25	.516**	26	.541**	27	.615**	28	.456**
29	.598**	30	.552**	31	.573**	32	.558**
33	.646**	34	.520**	35	.327*	36	.576**
37	.483**	38	.564**	39	.418**		

**** (.372) دالة عند مستوى (.01)** *** (.288) دالة عند مستوى (.05)**

يلاحظ من جدول (11) أن جميع عبارات المقياس ترتبط بصورة دالة إحصائياً مع كل مكون من مكوناته ودالة عند (.01) وعبارة 2 ، 3 ، 6 ، 11 ، 35 دالة عند (0.05) كما يتضح من الجدول ان عبارة 4، 10 ، 15 ، 17 ، غير دالة وتم استبعادها من المقياس.

كما تم حساب معاملات الارتباط بين كل مكون و الدرجة الكلية للمقياس، ويوضح جدول(12) ذلك .

جدول (12) معامل الارتباط بين درجة كل مكون من مقياس جودة الحياة وبين الدرجة الكلية للمقياس (ن =50)

م	مكونات جودة الحياة	معامل الارتباط بالدرجة الكلية
1	**الرضا عن الحياة**	**,821
2	**الممارسات الدينية**	**,763
3	**العلاقات الاجتماعية**	**,643
4	**الحالة الصحية العامة**	**.712

****(.372) دالة (عند 0.01) *(.288) دالة عند (0.05)**

يوضح جدول (12) أن معاملات الارتباط بين مكونات مقياس جودة الحياة والدرجة الكلية دالة عند مستوى (0,01)

الصورة النهائية لمقياس جودة الحياة:

يتكون مقياس جودة الحياة في صورته النهائية من (35)عبارة موزعة على اربعة مكونات، الرضا عن الحياة و مكون الممارسات الدينية ومكون االعلاقات الاجتماعية تتكون كل منهما من (9) عبارة وبذلك تكون الدرجة الصغرى لكل منهما (9) درجات والكبرى (27) درجة ، ومكون الحالة الصحية العامة يتكون من (8) عبارة وبذلك تكون الدرجة الصغرى (8) والكبرى(24) ، والمقياس ككل الدرجة الصغرى (35) و الكبرى (105).

الاساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

معامل الارتباط بيرسون
اختبار t.test للعينات المستقلة
تحليل الانحدار المتعدد

نتائج الدراسة :

نتائج الفرض الأول الذي نصه :

"توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين التفاؤل والأمل وجودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي .

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة معامل الارتباط بيرسون في التحقق من صحة أو بطلان هذا الفرض ، وفيما يلي يوضح جدول (13) ما توصلت إليه الباحثة من نتائج في هذا الصدد

جدول (13)معامل الارتباط بين التفاؤل والأمل وجودة الحياة لدى مريضات سرطان الثدي (ن=70)

جودة الامل والتفاؤل	الرضا عن الحياة	الممارسات الدينية	العلاقات الاجتماعية	الحالة الصحية	الدرجة الكلية
النظرة الإيجابية للمستقبل	**.525**	**.872**	**802.8*	**.735**	**.836**
قوة الإرادة	**.877**	**.856**	**.843**	**.773**	**.865**
تحقيق الأهداف	**.805**	**.880**	**.796**	**.718**	**.827**
الدرجة الكلية	**.871**	**.709**	**.749**	**.774**	**.897**

التفاؤل	.782**	.829**	.753**	.635**	.776**

** (312.)دالة عند 1.,.

يتضح من جدول(13) أنه توجد علاقة موجبة ودالة إحصائياً بين الدرجات التي حصل عليها مريضات سرطان الثدي على أبعاد الأمل (النظرة الايجابية للمستقبل ، قوة الارادة – تحقيق الاهداف و الدرجة الكلية)، و(درجاتهن في التفاؤل والدرجة الكلية)، والدرجات التي حصلن عليها على المكونات الفرعية لمقياس جودة الحياة (الرضا عن الحياة , الممارسات الدينية , العلاقات الاجتماعية , الحالة الصحية) والدرجة الكلية من ناحية أخرى .

وترى الباحثة أنة تحقق الفرض الأول ، فالدرجات المرتفعة على مقياس الأمل و التفاؤل ترتبط بها درجات مرتفعة بجودة الحياة .

وترجع الباحثة ذلك أن مريضات سرطان الثدي اللاتي يتمتعن بالتفاؤل والأملديهن رضا عن الحياة وقيم دينية وحالة صحية وعلاقات اجتماعية قوية.

وهذا يتفق مع ما توصلت إليه دراسة دراسة محمد بيومي خليل(1996) و دراسة (Kelleci ,2005) و دراسة (Moore-Garcia , 2006) و دراسة وانج وآخرون (Wang, et al.,2006) و دراسة ماجدة السيد علي ناصف(2006) و دراسة اوتين وآخرون(Otten,2008)

نتائج الفرض الثاني الذي نصه :

" توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات مريضات سرطان الثدي في التفاؤل والأمل وجودة الحياة وفقاً للعمر(أقل من 35، من 35 إلى أقل من 45، أكثر من 45 سنة)"

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة تحليل تباين أحادي الاتجاه والجدول التالي يبين ذلك:

جدول (14)تحليل تباين أحادي في الفروق بين متوسطات درجات مريضات سرطان الثدي وفقاً للعمر (اقل من 35 ، من 35 الى اقل من 45 ، اكثر من 45 سنة) في الأمل والتفاؤل وجودة الحياة

المتغيرات	مصدر التباين	مربعات التباين	درجة الحرية	متوسط المربعات	النسبة الفائية	مستوي الدلالة
الامل	بين المجموعات	188.139	2	94.070	.336	,719 غير دالة
	داخل المجموعات	18741.132	67	279.718		
	المجموع الكلي	18929.271	69			
التفاؤل	بين المجموعات	133.131	2	66.565	.268	,766 غير دالة
	داخل المجموعات	16660.712	67	248.667		
	المجموع الكلي	16793.843	69			
جودة الحياة	بين المجموعات	250.398	2	125.199	.286	,752 غير دالة
	داخل المجموعات	29319.045	67	437.598		
	المجموع الكلي	29569.443	69			

يتضح من الجدول السابق (14) أن قيمة النسبة الفائية الخاصة بالفروق بين متوسطات درجات مريضات سرطان الثدي وفقاً للعمر في الأمل والتفاؤل وجودة الحياة ، تقل عن القيمة الحدية المطلوبة للدلالة عند مستوى 5.,. وأنه لا توجد فروق حقيقية في الأمل والتفاؤل وجودة الحياة وفقاً للعمر وبذلك تم التحقق من الفرض الثاني وترجع الباحثة عدم وجود فروق بين مريضات سرطان الثدي وفقاً للعمر في التفاؤل والأمل و جودة الحياة الى ان مريضات سرطان الثدي يعشن في مجتمع واحد ولهن نفس الظروف البيئية والاجتماعية مما يجعل كل من التفاؤل والأمل وجودة الحياة متقاربة فالمرأة في ليبيا وخاصة مريضات

سرطان الثدي الأمل والتفاؤل لديهن مرتبط بالواقع الذي يعشنه سواء كان ايجابياً او سلبياً مما يجعلهن يشعرن بجودة الحياة.

نتائج الفرض الثالث الذي نصه :

" توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات مريضات سرطان الثدي في التفاؤل والأمل وجودة الحياة وفقاً للحالة الاجتماعية (ارملة، متزوجة ، مطلقة).

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة تحليل تباين أحادي الاتجاه والجدول التالي يبين ذلك:

جدول (15)

تحليل تباين أحادي في الفروق بين متوسطات درجات مريضات سرطان الثدي وفقاًللحالة الأجتماعية(أرملة-متزوجة-مطلقة) في الأمل والتفاؤل وجودة الحياة

المتغيرات	مصدر التباين	مربعات التباين	درجة الحرية	متوسط المربعات	النسبة الفائية	مستوي الدلالة
الأمل	بين المجموعات	934.151	2	467.075	1.739	,184 غير دالة
	داخل المجموعات	17995.12	67			
	المجموع الكلي	18929.27	69	268.584		
التفاؤل	بين المجموعات	368.109	2	184.054	.751	,476 غير دالة
	داخل المجموعات	16425.73	67			
	المجموع الكلي	16793.84	69	245.16		
جودة الحياة	بين المجموعات	1534.99	2	767.495	1.834	,168 غير دالة
	داخل المجموعات	28034.45	67	418.425		
	المجموع الكلي	29569.44	69			

يتضح من الجدول السابق (15) أن قيمة النسبة الفائية الخاصة بالفروق بين متوسطات درجات مريضات سرطان الثدي وفقاً للحالة الاجتماعية في الأمل والتفاؤل وجودة الحياة ، تقل عن القيمة الحدية المطلوبة للدلالة عند مستوى 5.,. وأنه لا توجد فروق حقيقية في الأمل والتفاؤل وجودة الحياة وفقاً للحالة الاجتماعية(أرملة- متزوجة- مطلقة).

وفي الجدول السابق (15) توصلت النتيجة الى عدم وجود فروق بين المتزوجات والمطلقات والارامل في التفاؤل و الأمل وجودة الحياة ، فان الباحثة ترجع سبب ذلك الى ان مريضات سرطان الثدي لهن نفس المشكلات ونفس الطموح والأمل وما يشعرن به هو متساوي بالنسبة لهن حيث يعتمد الأمل على فهمنا لما يحصل من احداث في الحياة ومحاولة التأقلم معها ويتضمن احكاماً ايجابية وسلبية وامكانية التوصل الى نتائج ايجابية حول احداث الحياة الضاغطة والتعامل معها.

ويرى حسام محمد وسامية شحاته (2010 ،400)أن التفاؤل هو استعداد شخصي للتوقع الإيجابي للأحداث من خلال اعتقاد أن المستقبل عبارة عن مخزن الرغبات والطموحات المرغوبة بغض النظر عن قدرة الفرد السيطرة عليها أو على تحقيق تلك الرغبات .

حيث يرى فرويد ان التفاؤل هو القاعدة العامة للحياة، وأن التشاؤم لا يقع في حياة الفرد إلا إذا تكونت لديه عقدة نفسية، ويعتبر الفرد متفائلا إذا لم يقع في حياته مايجعل نشوء العقد النفسيةلديه أمراً ممكناً، ولو حدث العكس لتحول لشخص متشائم، كما اعتبر فرويد أن منشأ التفاؤل والتشاؤم من المرحلة الفمية، وذكر أن هناك سماتاً وأنماطاً شخصية فمية مرتبطة بتلك المرحلة ناتجة عن عملية التثبيت عند هذه المرحلة والتي ترجع إلى التدليل و الإفراط في الإشباع أو إلى الإحباط والعدوان، ويتفق اركسون مع فرويد في أن المرحلة الفمية الحسية قد تشكل لدى الرضيع الإحساس بالثقة أو عدم الثقة والذي يظل المصدر الذاتي لكل من الأمل والتفاؤل، أو اليأس والتشاؤم بقية الحياة (عون عوض، 2012 ،66)

حيث يعتبر مفهوم جودة الحياة نسبياً يختلف من شخص لآخر من الناحيتين النظرية والتطبيقية استناداً إلى المعايير التي يعتمدها الأفراد لتقويم حياتهم ومتطلباتهم ، وغالباً ما تتأثر بعوامل كثيرة تتحكم في تحديد مقومات جودة الحياة مثل القدرة على التفكير

واتخاذ القرارات والصحة الجسمية والنفسية والظروف الاقتصادية والاجتماعية التي يحدد من خلالها الأفراد الأشياء المهمة التي تحقق السعادة في الحياة.

توصيات الدراسة:

في ضوء ما انتهت إليه الدراسة الحالية من نتائج ، فإن هناك عدداً من التطبيقات والتوصيات التي تعد ذات أهمية كبيرة لمساعدة الأفراد على التفاؤل والأمل لديهم وجودة الحياة، ومن هذه التطبيقات والتوصيات ما يلي:

1- تقديم البرامج الإرشادية عن التفاؤل والأملدى مريضات سرطان الثدي مما يساعد في تنمية هذه الصفات لديهنمما يساعدهن ذلك على الشعور بجودة الحياة .

2- عمل ندوات توعية لمريضات سرطان الثدي التي تساعد على التفاؤل والأمل لديهن.

3- تقديم برامج تهدف إلى زيادة الوعي بالمخاطر التي قد تنتج عن اليأس والتشاؤم وما يترتب على ذلك من مخاطر على الحياة بصفة عامة .

4- ضرورة الاهتمام بدراسات عن مريضات السرطان في مجالات علم النفس

بحوث مقترحة:

1- برنامج إرشادي لتنمية الصمود النفسي لدي مريضات سرطان الثدي.

2- الصمود النفسي وعلاقته بمواجهة الضغوط وجودة الحياةلدي مريضات سرطان الثدي.

3- تنمية التفاؤل والأمل لدى مريضات سرطان الثدي كمدخل لتحسين جودة الحياة لديهن.

مراجع الدراسة:

1. أحمد محمد عبد الخالق (2004) : الصيغة العربية لمقياس سنايدر للأمل ، **مجلة دراسات نفسية** ، مج 14 ، ع 2، ص ص ، 183 -192.

2. آمال جودة و حمدي أبو جراد (2011): التنبؤ بالسعادة في ضوء الأمل والتفاؤل لدى عينة من طلاب جامعة القدس المفتوحة ، **مجلة جامعة القدس المفتوحة** ، ع 24 ، مج 2.

3. أماني عبدالمقصود عبد الوهاب و سميرة محمد شند (2010): جودة الحياة الأسرية وعلاقتها بفاعلية الذات لدى عينة من الأبناء المراهقين. **المؤتمر السنوي الخامس عشر**، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، 491- 536.

4. بدر محمد الأنصاري (2001): إعداد مقياس التفاؤل غير الواقعي لدى عينة من الطلبة و الطالبات في الكويت، **مجلة الدراسات النفسية**، ع2 – مج11.

5. جابر عبد الحميد وعلاء كفافي (1990): **معجم علم النفس والطب النفسي** ، القاهرة : دار النهضة العربية .

6. حسام محمد وسامية احمد (2010): معنى الحياة وعلاقته بالتفاؤل والتشاؤم لدى عينة من حفاري القبور ، **مجلة دراسات نفسية** ، 20 (30)، ص ص :397 -436.

7. حسن مصطفى عبد المعطي (1993) : " دراسة لبعض المتغيرات المرتبطة بالضغوط الوالدية التي يواجهها آباء وأمهات الأطفال المتخلفين عقلياً " ، **مجلة كلية التربية** ، جامعة طنطا ، ع19.

8. سامح ابو زينة (2000): **موسوعة الأمراض الشائعة** ، عمان: دار أسامة للنشر والتوزيع.

9. سامي محمد أبو هاشم (2001): جودة الحياة لدى المعاقين جسمياً والمسنين وطلاب الجامعة ، **مجلة الإرشاد النفسي** ، ع 13 ،مج (7)، ص ص : 125 – 128.

10. سناء محمد سليمان (2014):**التفاؤل والأمل من أجل حياة مشرقة ومستقبل أفضل** ، سلسلة ثقافة سيكولوجية المجتمع ، القاهرة :عالم الكتب .

11. سيد صبحي (2003):**الإنسان وصحته النفسية** ، القاهرة : الدار المصرية.

12. شيلي تايلورو وسام درويش بريك(2008): **علم النفس الصحي**، عمان : دار الحامد.

13. صلاح فؤاد محمد الشعراوي (2014) : فاعلية العلاج بالمعنى في تحسين جودة الحياة لدى عينة من الشباب الجامعي ، **دراسات عربية في التربية وعلم النفس** ،ع 49 ، مج 2 ، ص ص:201 – 238.

14. عادل عزالدين الأشول (2005): نوعية الحياة من المنظور الاجتماعي والنفسي والطبي، **وقائع المؤتمر العلمي الثالث**: الإنماء النفسي والتربوي للنساء العربي في ضوء جودة الحياة، جامعة الزقازيق، مصر، 15 – 16 مارس.

15. العارف بالله الغندور(1999): أسلوب حل المشكلات وعلاقته بنوعية الحياة ، **المؤتمر الدولي السادس لمركز الإرشاد النفسي** ، جامعة عين شمس، ص ص : 1- 177.

16. غريب عبد الفتاح(1999): **علم الصحة النفسية** ، القاهرة : الانجلو المصرية.

17. فوقية عبد الفتاح و محمد حسين(2006) :العوامل الأسرية والمدرسية المنبئة بجودة الحياة لدى الأطفال ذوي الإعاقة التطورية والفكرية ، **دراسات العلوم التربوية** ،الأردن ، مج40 ،ع 1، ص :388-409.

18. محمد محمد أمين عبد السلام (2015) :مقياس التفاؤل للشباب من ممارسي أوجه نشاط الترويحي الرياضي، **المجلة العلمية للتربية البدنية والرياضية**، ع 73، 437 – 466.

19. محمود عبد الحليم منسي و على مهدي كاظم (2006) : مقياس جودة الحياة الجامعة ، مجلد **وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة** 17 – 19 ديسمبر ، مسقط ،جامعة السلطان قابوس.

20. مروة نصر محمد (2008):ديناميات صورة الجسم لدى مريضات سرطان الثدي (بين التشخيص والتعديل) ، **رسالة ماجستير غير منشورة** ، كلية البنات ، جامعة عين شمس.
21. هبة جمال الدين (1991): مؤشرات نوعية الحياة بين البعد الموضوعي والبعد الذاتي ، **المجلة الاجتماعية القومية** ، م (28) ، ع (3) ، ص ص : 50 – 83.
22. هبة محمود محمد علي (2015):التفاؤل وتقدير الذات كمنبئين بالصورة الإيجابية للجسم لدى طالبات الجامعة المراهقات، **مجلة الإرشاد النفسي** ، ع 42 ، ص ص:99 -144.
23. هناء محمد الجوهري(1996): الذات والموضوع في تشكيل نوعية الحياة ، **أعمال الندوة السنوية الثالثة لقسم الاجتماع** ، كلية الآداب ، جامعة عين شمس .
24.American cancer society (2012): ISDH Indiana Cancer Consortium. Indiana Cancer Facts and Figures .Availabb at Googa.
25.Burt ,N(2011):Hope and Spirituality and Their Relationship to the Overall Quality of Life in Cancer Patients ,**PhD**,Indiana State University ,USA.
26.Ciarrocchi, J.& Deneke, E.(2005).**Hope, Optimism, Pessimism and Spirituality as Predictors of Well – Being** Controlling for Personality. In Piedmont, R.Research in Thsocial Socientific Study of Religion Library of Congress.
27.Hass,B(2001):A Multidisciplinary Concept Analysis of Quality of Life , Western, **Journal of Nursing Research** ,V.21 , N.6 , PP.728 – 742
28.Hasson – Ohayon (2007):Religiosity and Hope : A Path for Women a Diagnosis of Breast of Breast Cancer , **Journal of Consultation Liaison Psychology** , Vol , 50 (5) , PP:225-233.
29.Kelleci ,M(2005):Nursing Intervention to Increase Hope in Cancer Patients , **Anadolu Psikiyatri Dergisi**, Vol ,6(1) , PP:41-47.
30.Moore-Garcia ,A(2006): The Lived Experience of Hope in Autologous Bonse Marrow/Stem Cell Transsplant Cancer Patient , M.Sc ., Dyouville College , New York.
31.Otten et al.(2008);The relations hisp between pain and hope in patients with tumors, b.
32.Rustoen , T ;Cooper , B ;Miaskowski,C(2011):The Lmportance of Hope as a Mediator of Psychological Distress and Life Satisfaction in A Community of Cancer Patients , **Cancer Nursing** , Vol , 33(4), PP:258 – 267.
33.Seligman,M (2006):**Learned Optimism: How to Change Your Mind Your Life** , New York: Vintage Books.
34.Snyder , C, R ,(1991):**Coping the Psychogy of What Works** , Oxford . New York.
34.Snyder , C, R ,(1994):**The Psychology of Hope : You Can Get There From Here** , New York : the Free Press.
35.Snyder, C. R., Harrris C., Anderson, J. R., (2002): The Trait Hope Scale. In J. Maltby, C. A. Lewis, and A. Hill(Eds.),Commissioned review of 250 **psychological tests** (Vol. 1, pp.248-258). Lewiston,
36.Mieszkowski,Marek Roland(2007);Cancer-abio-abiophysicists point of View,advanced research development in acoustics,digital recordings.
37.Utne , L(2010): The Relationships Between Mood Disturbance and Pain , Hope and Quality of Life in Hospitalized Cancer Patients With Pain on Regularly Schduled Opioid Analgesic **, Journal of Palliatie Medicine** , Vol,13(3) , PP:311- 318.
78.Wang, L.,chang,p.,shih,F.Sun,C,Jeng,C.,(2006):self – car behavior, hope and social support in **Taiwanese psychosomatic Researach**, vol 61,pp485 – 491.