

جامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس

الدعم الاجتماعي المدرك وعلاقته باستراتيجيات المواجهة ونوعية الحياة
لدى أمهات الأطفال المرضى بجفاف الجلد المصطبغ (أطفال القمر)

Xeroderma pigmentosum (XP)

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث (د.م.د)

تخصص: علم النفس الصحة

المشرفة:

أ.د. سي بشير كريمة

الطالبة:

ختو مليكة

السنة الدراسية 2018-2019

كلمة شكر

الحمد لله رب العالمين و الصلاة و السلام على أشرف الأنبياء والمرسلين سيدنا محمد و على آله وصحبه
ومن تبعهم بإحسان إلى يوم الدين، وبعد:

فإني أشكر الله عز و جل على فضله حيث أتاح لي إنجاز هذا العمل و على الإرادة و الصحة التي منحها
لي لإتمامه.

ثم أتقدم بالشكر الجزيل إلى جامعة الجزائر² أبو القاسم سعد الله، و الشكر موصول لقسم علم النفس
وخاصة لأساتذتنا الذين أطرونا خلال مشوارنا الدراسي و في مقدمتهم أستاذتي المشرفة على الرسالة،
الأستاذة الدكتورة "سي بشير كريمة" والتي لم تدخر جهدا في مساعدتي فكانت تحثني على البحث و ترغبي
فيه و تقوي عزيمتي عليه، فلها من الله الأجر و كل تقدير حفظها الله و متعها بالصحة و العافية.

وشكر خاص للأستاذة رئيسة المشروع الدكتورة "زناد دليلة" على دعمها المتواصل و توجيهاتها القيمة
ونصائحها و عطاءها الدائم لنا من أجل الوقوف و الحرص على إبراز مكانة تخصص علم النفس الصحة.

التحية و الاحترام و الشكر لأعضاء لجنة المناقشة لتفضلهم بمناقشة هذه الرسالة

و عرفانا مني بالجميل فإنني أتقدم بخالص الشكر وعظيم التقدير لرئيسة جمعية السعادة السيدة

"بن بتقة سهام" . كما لا يفوتني أن أعبر عن بالغ شكري للأخصائية النفسانية لبا ب الواد مصلحة طب
العيون وشكر خاص للأطباء ولأفراد عينة الدراسة على قبولهن المشاركة في البحث.

وأخيرا أتقدم بأسمى عبارات الشكر و الامتنان و التقدير إلى كل من مدّ يد العون و المساعدة و كان خير
عون لي و خير سند لي حتى تمكنت من إنجاز هذا العمل المتواضع.

ختومليكة

إهداء

أهدي هذا العمل المتواضع إلى روح والدي الطاهرة... إلى الإنسان الذي رحل وما زال يعيش في داخلي فرحمه الله و غفر له يا رب ...

إلى من كانت سبب وجودي ... فهي نور عيني و بهجة قلبي و شمس دربي ... أمي فأسأل الله أن يعطيها العمر المديد ...

إلى شريك دربي الذي ساندني قلبا و عملا دماش ميلود... زوجي وإلى قرّة عيني أولادي فاروق و مصطفى وشعيب

إلى كل من ساندني بالنصح و الدعم و التشجيع و شاركوني الجهد و المعاناة لإنجاز هذا البحث وأخص بالذكر صديقتي و رفيقة دربي بن صافية نواره و ابنة خالتي و داد و صديقتي زهرة وحاج صحراوي نسرين

كما أهدي هذا العمل لجميع أفراد عائلة ختو و دماش من قريب و بعيد وأخص بالذكر إخوتي محمد و أولاده و عثمان و صباح و جميلة و بناتها .

و إلى كل من تسعده إنجازاتي من الأقارب و الأصدقاء أقدم لكم كلّ شكري و امتناني خاصة مهدي وسمير و عبد الرحمن و رميساء و نسيمة .

أهدي لكم هذا العمل المتواضع لعله يكون بداية لأعمال أفضل ولي زميلاتي و زملائي مستشاري التوجيه و الإرشاد المدرسي و المهني بمركز بابا حسن لولاية الجزائر

و في الأخير أسأل الله العلي العظيم أن يجعل هذه الرسالة و جميع أعمالنا خالصة لوجهه الكريم.

وما توفيقي إلا بالله

ملخص الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن مستوى الدعم الاجتماعي المدرك لدى أمهات الأطفال المرضى بجفاف الجلد المصطبغ (Xeroderma Pigmentosum) وعن مستوى نوعية الحياة لديهم ومعرفة أكثر الاستراتيجيات استعمالاً لدى الأمهات، كما هدفت الدراسة إلى البحث في العلاقة بين الدعم الاجتماعي المدرك وأبعاد استراتيجيات المواجهة ونوعية الحياة لدى الأمهات، واعتمدنا في هذه الدراسة على المنهج الوصفي، حيث شملت العينة 60 أم. تم تطبيق المقاييس التالية: مقياس الدعم الاجتماعي المدرك لـ Endler و (CISS) لـ (1990) Zimet, Candy et Michel، مقياس استراتيجيات المواجهة لـ Endler و Parker ومقياس نوعية الحياة WHOQOL-BREF 26 لمنظمة الصحة العالمية OMS.

وأُسفرت نتائج الدراسة على أن مستوى الدعم الاجتماعي المدرك لدى الأمهات منخفض، ومستوى نوعية الحياة منخفض، كما توصلت الدراسة إلى ترتيب استراتيجيات المواجهة كالتالي: المتمركزة حول التجنب والانفعال لتليها الاستراتيجيات المتمركزة حول حل المشكل وقد أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية قوية موجبة بين الدعم الاجتماعي المدرك واستراتيجيات المواجهة، وأن هناك علاقة ارتباطية قوية موجبة بين الاستراتيجيات المتمركزة على الانفعال وحل المشكل ونوعية الحياة ووجود علاقة عكسية متوسطة بين الاستراتيجيات المتمركزة على التجنب ومستوى نوعية الحياة، وأشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة متوسطة بين الدعم الاجتماعي المدرك ونوعية الحياة كما أبرزت النتائج الدور الوقائي للدعم الاجتماعي المدرك وتأثيره على استراتيجيات المواجهة ونوعية الحياة مما يدعو القائمين على الصحة للتكفل بهذه الفئة سواء من الجانب الجسدي أو الجانب النفسي كما تفتح نتائج هذه الدراسة المجال لدراسات أخرى خاصة بهذه الفئة.

الكلمات المفتاحية: الدعم الاجتماعي المدرك، استراتيجيات المواجهة، نوعية الحياة، مرض جفاف الجلد المصطبغ.

Résumé:

L'objectif de cette étude consiste à révéler le niveau de soutien social perçu par les mères des enfants atteints de la pathologie de Xeroderma Pigmentosum, ainsi que leur niveau de la qualité de vie, et de connaître les stratégies de coping les plus utilisées par celles-ci. Elle vise aussi à déceler le rapport entre le soutien social perçu, les dimensions des stratégies de coping et la qualité de vie chez ces mères. Nous nous sommes basés dans cette étude sur le procédé descriptif, ayant pris comme échantillon une soixantaine (60) de mères auxquelles nous avons appliqué les tests suivants : Le test de soutien social perçu de ZIMET(1990), le test des stratégies de coping (CISS) de Endler, et le test de la qualité de vie WHOQOL-BREF 26 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Les résultats de l'étude montrent que le niveau de soutien social perçu chez les mères est bas, ainsi que le niveau de la qualité de vie. Cette étude a permis de classer les stratégies de coping de la manière suivante : Celles concentrées vers l'évitement et l'émotion, suivies par les stratégies centrées vers la résolution du problème. Les résultats ont démontré l'existence d'un rapport positif reliant étroitement le soutien social perçu aux stratégies de coping, et qu'il existe un rapport positif entre les stratégies basées sur l'émotion et la résolution du problème et la qualité de vie, et qu'il existe un rapport inversif médiane entre les stratégies de coping basées sur l'évitement et la qualité de vie et qu'il existe un rapport positif entre le soutien social perçu et la qualité de vie. Ces résultats ont démontré le rôle préventif du soutien social perçu et ses répercussions sur les stratégies de coping et la qualité de vie, ce qui appelle les responsables de la santé à la prise en charge de ces catégories, tant sur le plan physique que psychique. Les résultats de cette étude ouvrent la voie à de nouvelles études sur cette catégorie de personnes.

Les mots clé :

Le soutien social perçu, Les stratégies de coping, la qualité de vie, la pathologie de Xeroderma Pigmentosum.

الفهرس

كلمة شكر

إهداء

فهرس الجداول

فهرس الأشكال

1 مقدمة

الجانب النظري

الفصل الأول: الإطار العام لإشكالية الدراسة

- 7 1-1- إشكاليات الدراسة
- 20 1-2- فرضيات الدراسة
- 21 1-3- أهداف الدراسة
- 22 1-4- أهمية الدراسة
- 23 1-5- تحديد مفاهيم الدراسة

الفصل الثاني: الدعم الاجتماعي.

- 27..... تمهيد
- 27 1-2- مفهوم الدعم الاجتماعي
30. 2-2- أنواع الدعم الاجتماعي
- 32 2-3- النظريات المفسرة للدعم الاجتماعي
- 32 2-3-1- النظرية الوظيفية
- 32 2-3-2- النظرية الكلية
- 32 2-3-3- نظرية التبادل الاجتماعي
- 33 2-3-4- نظرية المقارنة الاجتماعية
- 33 2-4- النماذج المفسرة للدعم الاجتماعي
- 33 2-4-1- نموذج الأثر المباشر
- 35 2-4-2- النموذج الوافي أو المخفف للضغط
- 37 2-5- شروط الدعم الاجتماعي
- 38 2-6- أبعاد الدعم الاجتماعي

39	7-2- مصادر الدعم الاجتماعي
41	8-2- وظائف الدعم الاجتماعي
46	9-2- إدراك الدعم الاجتماعي
48	10-2- الدعم الاجتماعي و الصحة
49	11-2- علاقة الدعم الاجتماعي بالأمراض المزمنة
50	خلاصة الفصل

الفصل الثالث: الضغط واستراتيجيات المواجهة

52	تمهيد:
52	3-1- لمحة تاريخية عن مفهوم الضغط
53	3-2- مفهوم الضغط
55	3-3- النظريات المفسرة للضغط
60	3-4- أنواع الضغوط النفسية
62	3-5- أعراض ومظاهر الضغوط النفسية
63	3-6- كيف يمكن تأثير الضغط على الجانب الجسمي والنفسي؟
65	3-7- مصادر الضغوط النفسية
67	3-8- أساليب إدارة الضغط
71	3-9- أصل وتطور مفهوم المواجهة
71	3-10 ما هي استراتيجيات المواجهة
73	3-11- النماذج المفسرة لاستراتيجيات المواجهة
80	3-12- تصنيفات استراتيجيات المواجهة
84	3-13- محددات استراتيجيات المواجهة
84	3-14- متغيرات الشخصية والمواجهة
87	3-15 استراتيجيات المواجهة والدعم الاجتماعي
89	3-16 فعالية استراتيجيات المواجهة على الصحة الجسمية
91	خلاصة الفصل

الفصل الرابع: نوعية الحياة

94	تمهيد
94	4-1- التطور التاريخي لمفهوم نوعية الحياة
95	4-2- مفهوم نوعية الحياة
98	4-3- التناولات النظرية لنوعية الحياة
98	4-3-1- التناول الفلسفي
99	4-3-2- التناول النفس اجتماعي
100	4-3-3- التناول الاقتصادي والسياسي
100	4-3-4- التناول الطبي
102	4-4- أهم مؤشرات ومظاهر نوعية الحياة
107	4-5- النماذج المفسرة لنوعية الحياة
116	4-6- مجالات ومكونات نوعية الحياة
119	4-7- قياس نوعية الحياة
126	خلاصة الفصل

الفصل الخامس: مرض جفاف الجلد المصبغ

128	تمهيد
128	5-1- تعريف السرطان
129	5-2- الخلية السرطانية و آلية الإصابة بالسرطان
130	5-3- الفرق بين الورم السرطاني الحميد والورم السرطاني الخبيث
130	5-4- العوامل التي تزيد من خطر الإصابة بالسرطان
133	5-5- أنواع السرطان
134	5-6- جفاف الجلد المصبغ (XP)
136	5-7- تشخيص مرض جفاف الجلد المصبغ
139	5-8- مضاعفات مرض جفاف الجلد المصبغ
139	5-9- الاختبارات البيولوجية لمرض جفاف الجلد المصبغ
140	5-10- نمط حياة مرضى جفاف الجلد المصبغ

140	.....	11-5- التكفل العلاجي
143	.....	5-12- التكفل النفسي
144	.....	5-13- الآثار النفسية لمرض السرطان
147	.....	خلاصة الفصل

الجانب الميداني

الفصل السادس: الإجراءات الميدانية للدراسة

150	.....	تمهيد
150	.....	6-1- مكان إجراء البحث
151	.....	6-2- الدراسة الاستطلاعية
153	.....	6-3- منهج الدراسة
153	.....	6-4- العينة وخصائصها
156	.....	6-5- أدوات الدراسة
156	.....	6-5-1- مقياس الدعم الاجتماعي المدرك
159	.....	6-5-2- مقياس استراتيجيات المواجهة
165	.....	6-5-3- مقياس نوعية الحياة
170	.....	6-6- الأساليب الإحصائية المستعملة
171	.....	خلاصة الفصل

الفصل السابع: عرض ومناقشة النتائج

173	.....	تمهيد
173	.....	7-1- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى
175	.....	7-2- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية
177	.....	7-3- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة
182	.....	7-4- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة
184	.....	7-5- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة
187	.....	7-6- عرض ومناقشة نتائج الفرضية السادسة

191	.....	7-7- عرض ومناقشة نتائج الفرضية السابعة
194	.....	استنتاج عام
197	.....	خاتمة
200	.....	المراجع
		الملاحق

فهرس الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
1	مجالات نوعية الحياة ومؤشراتها حسب نظرية شالوك	111
2	مجالات وأوجه نوعية الحياة لأداة منظمة الصحة العالمية	122
3	توزيع أفراد العينة حسب السن	154
4	توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي	155
5	أرقام عبارات مقياس الدعم الاجتماعي المدرك	156
6	معامل الارتباط بين درجات كل فقرة مع الدرجة الكلية لمقياس الدعم الاجتماعي المدرك	158
7	توزيع فقرات مقياس استراتيجيات المواجهة على أبعاده	160
8	معامل ثبات مقياس استراتيجيات المواجهة	162
9	معامل الارتباط بين درجات كل بند والدرجة الكلية لمقياس استراتيجيات المواجهة	163
10	معامل الارتباط بين درجات كل بعد مع الدرجة الكلية لمقياس استراتيجيات المواجهة	164
11	توزيع عبارات مقياس نوعية الحياة	166
12	معامل الارتباط بين درجات كل فقرة مع الدرجة الكلية لمقياس نوعية الحياة	168
13	معامل الارتباط بين أبعاد مقياس نوعية الحياة والدرجة الكلية للمقياس	169
14	الفرق بين المستويات الثلاثة للدعم الاجتماعي المدرك	173
15	الفروق بين مستويات نوعية الحياة	175
16	الفروق بين متوسطات مختلف استراتيجيات المواجهة	178
17	العلاقة الارتباطية بين الدعم الاجتماعي المدرك واستراتيجيات المواجهة	182
18	العلاقة الارتباطية بين أبعاد استراتيجيات المواجهة ونوعية الحياة	185
19	العلاقة الارتباطية بين الدعم الاجتماعي المدرك ونوعية الحياة	187
20	تأثير الدعم الاجتماعي المدرك واستراتيجيات المواجهة على نوعية الحياة	191

فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
34	نموذج الأثر المباشر للدعم الاجتماعي	1
36	نموذج الوقاية من الضغط	2
60	نظرية التقييم المعرفي للضغط النفسي	3
102	المظاهر الأساسية لنوعية الحياة	4
109	نموذج أوليسون للإدراك الذاتي لنوعية الحياة	5
154	توزيع أفراد العينة حسب السن	6
155	توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي	7

مقدمة

مقدمة:

تعد تربية ورعاية الطفل مسؤولية كبيرة للوالدين ولكن هذه التربية تصبح مختلفة إذا كان الطفل مصاب بمرض جفاف الجلد المصطبغ (Xeroderma Pigmentosum) وهو اضطراب نادر صبغي جيني، يصيب قدرة خلايا الجلد (ADN) على إصلاح الضرر الناتج عن الأشعة فوق البنفسجية حيث يتسم بحساسية ضوئية، ودون الحماية والوقاية الكاملة تحدث تغيرات في صبغة الجلد وتتطور إلى سرطانات خبيثة ومتنوعة تبدأ على مستوى الوجه والعين والمناطق المكشوفة للأشعة فوق البنفسجية (UV).

فهو يعد من أكثر المشكلات الضاغطة التي تواجهها أسرة الطفل المريض، إذ من الصعب الاعتناء بالطفل وتوفير الإمكانيات والبيئة الآمنة لوقايته وحمايته من تطور المرض إلى سرطانات متعددة و خبيثة، خاصة وأنه لا يوجد لحد الآن علاج ناجع ضد المرض فتبقى الاحتياطات والتدابير اللازمة أفضل وأهم علاج وقائي بالنسبة للمريض والذي يتمثل في عدم التعرض لأشعة الشمس (الأشعة فوق البنفسجية UV) سواء كانت طبيعية أو اصطناعية وهو ما يفرض على الطفل نمط عيش خاص وقاس يؤدي به إلى الإعاقة التامة وعدم القدرة على الخروج نهائياً وذلك من أجل التخفيف من وتيرة تطور المرض بشكل سريع. فنتحمل الأم لمرافقة ورعاية ابنها مسؤولية ومهمة كبيرة إذ تواجه العديد من المصاعب والضغوط النفسية بأساليب واستراتيجيات متنوعة تساعدها على المواجهة وضبط الانفعالات و إيجاد الحلول الفعالة لمساعدة ابنها بالتخطيط وجمع المعلومات وذلك للتخفيف من شدة الضغوط النفسية. فقد اهتم الكثير من علماء النفس بمعرفة وفحص العوامل والمتغيرات النفسية والاجتماعية التي تكمن وراء احتفاظ الأفراد بصحتهم النفسية والجسمية رغم تعرضهم للضغوط ومن بين تلك العوامل التي حظيت باهتمام الباحثين وتم دراستها على نحو واسع، عامل الدعم الاجتماعي المدرك واستراتيجيات المواجهة وكذا نوعية الحياة .

فبالنسبة لعامل الدعم الاجتماعي المدرك فهو يرتبط بمدى إدراك الفرد للإمكانيات الفعلية للمصادر المتاحة المادية والمعنوية والمعلوماتية في البيئة الاجتماعية للفرد والتي يمكن استخدامها للمساعدة خاصة شبكة العلاقات الاجتماعية التي تضم كل الأشخاص الذين لهم اتصال اجتماعي منتظم بشكل أو بآخر مع الفرد وتضم هذه الشبكة في الغالب الأسرة والأصدقاء والزملاء وحسب نموذج الأثر الواقي من الضغط للزاروس ولوتير (Lazarus & Launier) الذي يفترض أن أحداث الحياة المثيرة التي يتعرض لها الأفراد ذات تأثير سلبي على صحتهم النفسية والجسمية، وإن العلاقات الاجتماعية المساندة تقي الفرد و تحول دون حدوث هذه التأثيرات السلبية للضغط ومن تم فإن الدعم الاجتماعي المدرك وفقا لهذا النموذج يرتبط بالصحة لدى الأفراد الذين يواجهون أحداث مثيرة للضغط.

وهذا ما أثبتته العديد من الدراسات في مختلف المجالات فالدعم الاجتماعي المدرك يعتبر متغير هام للوقاية وتنمية الصحة النفسية والعضوية والرضا عن الحياة والآخرين، ودعم المشاعر والمعاني الايجابية فهو يحسم ويعدل من استراتيجيات المواجهة وإدارة الضغوط.

ونقصد باستراتيجيات المواجهة تلك المجهودات المعرفية السلوكية، الموجهة للتحكم وخفض أو تحمل المتطلبات الداخلية أو الخارجية التي تفوق مصادر الفرد وهي على نوعين رئيسيين إحدهما يشمل استراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكل مثل التخطيط والبحث عن المعلومات وتغيير الأنشطة وبناء علاقات جديدة... والآخر يشمل استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال مثل الهروب وتأنيب ولوم الذات والتجنب.

أما بالنسبة لعامل نوعية الحياة فهو مفهوم قد حضي بالتبني الواسع وارتبط بأكثر من مجال من مجالات الحياة ومن بين التعريفات المهمة تعريف منظمة اليونيسكو، الذي تعتبره مفهوم شاملا يضم كل جوانب الحياة كما يدركها الأفراد بمختلف جوانبها الصحة العامة والجانب الجسمي والنفسي والمحيط والعلاقات الاجتماعية، فهي معتقدات الفرد وتقييمه

لموقعه في الحياة وأهدافه وتوقعاته ومعاييره واهتماماته في ضوء السياق الثقافي ونسقه القيمي الذي يعيش فيه.

فقد توصلت العديد من الدراسات إلى ارتباطه بمتغيرات نفسية عديدة وإلى أهمية المصادر المعرفية والنفسية والاجتماعية ومدى تأثيرها في تحسين نوعية حياة الأفراد بصفة عامة وأمهات الأطفال المرضى بجفاف الجلد المصطبغ بصفة خاصة وفي ظل غياب التكفل والمرافقة من طرف السلطات المعنية وعدم إدراج وتصنيف هذا المرض ضمن قائمة الأمراض المزمنة فهو يبدأ بكونه مرضا نادرا ليتطور ويصبح جامعا لكل السرطانات بكل أنواعها.

ونظرا لما شهدته السنوات الأخيرة من اهتمام كبير وتزايد لأعداد الأبحاث والدراسات حول مختلف الأمراض العضوية المزمنة و مدى تأثيرها على حياة الفرد النفسية والاجتماعية وخاصة الدراسات في مجال علم النفس الصحة إلا أننا لاحظنا غياب تام لهذا الموضوع أو بالأحرى لهذه الفئة من المجتمع حتى أن الأغلبية منا لا يعرفهم، لذلك قررنا التطرق إليه ومحاولة الكشف عن العلاقة والارتباط القائم بين كل من الدعم الاجتماعي المدرك، استراتيجيات المواجهة ونوعية حياة لدى أمهات الأطفال المصابين بجفاف الجلد المصطبغ (Xeroderma Pigmentosum) والذي أدى إلى ظهور سرطانات متعددة. وذلك في إطار تخصص علم النفس الصحة ضمن النموذج الطبي النفسي الاجتماعي والذي أحدث نقلة كبيرة ووسع ميادين البحث بضرورة المساواة بين العناصر البيونفسية والاجتماعية من حيث الأهمية في الصحة والمرض.

وجاءت هذه الدراسة في سبعة فصول، خصصت خمسة فصول للجانب النظري وفصلين للجانب الميداني كما يلي:

الفصل الأول: تضمن إشكالية الدراسة وفرضياتها وتم تحديد المفاهيم إجرائيا بالإضافة إلى التطرق لأهمية وأهداف الدراسة.

أما الفصل الثاني فقد تم فيه التطرق إلى متغير الدعم الاجتماعي المدرك من خلال تحديد مفهومه وأنواعه ومختلف النظريات والنماذج المفسرة له وغيرها من العناوين المدعمة للدراسة.

أما الفصل الثالث فقد تضمن متغير الضغط واستراتيجيات المواجهة من خلال التطرق إلى مفهوم الضغط النفسي والنظريات المفسرة له وأنوعه ومظاهره كما تم التعريف بمفهوم استراتيجيات المواجهة من خلال النماذج المفسرة لها وتصنيفاتها والعوامل المحددة لها وعلاقتها بالدعم الاجتماعي وفعاليتها على الصحة الجسمية.

بالنسبة للفصل الرابع فتناول متغير نوعية الحياة من خلال التطور التاريخي والنماذج المفسرة، ومكونات ومجالات نوعية الحياة وطرق قياسها.

وأخر فصل في الجانب النظري تناول التعريف بمرض جفاف الجلد المصطبغ حيث تم التعريف بداية بمرض السرطان، ثم تعريف مرض جفاف الجلد المصطبغ من حيث كيفية تشخيص المرض ونمط الحياة للمرضى والتكفل النفسي والعلاج والآثار النفسية للمرض.

وأخيرا وفيما يخص الجانب الميداني فقد تضمن الفصل السادس والسابع في الدراسة، أما الفصل السادس تناول الإجراءات الميدانية للدراسة من خلال تقديم خطوات الدراسة الاستطلاعية والمقاييس المستعملة وكذا التعريف بالعينة ومنهج الدراسة والأساليب الإحصائية المستعملة لمعالجة البيانات.

وبالنسبة للفصل السابع والذي اهتم بعرض ومناقشة النتائج فقد تم فيه عرض نتائج كل فرضية من فرضيات الدراسة، وتفسيرها، ثم قدمنا استنتاج عام وفي الأخير خاتمة مع تقديم بعض الاقتراحات والتوصيات.

الجانب النظري

الفصل الأول
الإطار العام لإشكالية الدراسة

1-1- إشكالية الدراسة:

تمثل إصابة الأطفال بالأمراض النادرة مشكلة جسدية نفسية ،اجتماعية وتعليمية بالنسبة للعائلة و المجتمع ككل نظرا لندرة الكفالة الخاصة بهم وما تشهده هذه الأمراض من قلة الأبحاث العلمية و نقص العلاج الفعال وصعوبة وصول المرضى إلى العلاجات المتوفرة (Dagiral & al 2010, p149)، فسميت هذه الأمراض بالنادرة أو اليتيمة لقلّة انتشارها في العالم مقارنة بالأمراض المعدية و المزمنة و هي أمراض معروفة منذ بداية الثمانينيات تصيب أقل من 2000 شخص وتمثل الأمراض الجينية تمثل 80% من الأمراض النادرة وهي ناتجة عن اختلال في الجينات (Leone ,2010,p4).

فمعظم الأمراض النادرة مزمنة، بعضها يبدأ منذ الولادة والكثير منها يظهر قبل سن خمس سنوات و البعض الآخر تظهر متأخرة فغالبا ما تكون هذه الأمراض خطيرة في غياب العلاج والتكفل المناسبين، فإن احتمالات العيش تكون على المحك، (Helard & al, 2003, p4). ومن بين هذه الأمراض نجد مرض جفاف الجلد المصطبغ (Xeroderma Pigmentosum) و الذي يعرف اختصارا ب (XP) ، فهو مرض نادر وراثي اكتشفه لأول مرة الطبيب Motriz Kaposi سنة 1874 بعدما تنبه إلى ظهور بقع أشبه بالنمش على جلد أطفال تعرضوا لأشعة الشمس قبل أن تتطور هذه البقع خلال سنوات قليلة إلى تقرحات قاتلة فهذا المرض يصيب قدرة خلايا الجلد على إصلاح الخلل الناتج عن التعرض للأشعة فوق البنفسجية(UV) ، يظهر هذا المرض في جين متحدي أي أن كلا الوالدين يحملان الجين ويتجلى في أولادهم والزوجان اللذان يلدان طفلا مصابا بمرض جفاف الجلد المصطبغ، يمكن أن يلدوا طفلا آخر مصاب بنفس المرض بنسبة 25% و يؤدي هذا المرض بعد فترة و خاصة إذا لم تكن هناك حماية من الأشعة فوق البنفسجية إلى الإصابة بسرطانات الجلد المتعددة و الخبيثة (Bradford et al, 2011, p 168).

وضح محمد الزغل وهو طبيب متخصص في الأمراض الجلدية أن الطفل المصاب بهذا المرض يولد بصحة جيدة من دون أي علامة إصابة، لكن لدى تعرضه للأشعة فوق البنفسجية تحمر المناطق المعرضة للشمس (الوجه، اليدين...) ويستمر هذا الاحمرار لمدة 4 إلى 5 أيام و يكون مصحوبا بتسلخات جلدية ثم تبدأ بقع بيضاء و أخرى بنية في الظهر ومع مرور الأشهر تتطور هذه البقع إلى سرطان جلدي ولدى بلوغ هذه المرحلة فلا مجال لإيقاف التطور السريع للمرض إلا بالعيش في فضاء خال من الأشعة فوق البنفسجية والعمر المتوقع للأشخاص الذين يعيشون بدون حماية هو أقل من 20 سنة، لهذا يجب على المرضى تجنب التعرض حتى إلى أصغر كمية من أشعة الشمس فوق البنفسجية، بل حتى إلى المصادر الاصطناعية، إذ أدى هذا التجنب إلى تسمية المصابين بهذا المرض بمصطلح " أطفال القمر " لأن حياتهم تقلب ويتحول نهارهم إلى ليل وليلهم إلى نهار، فالشمس تمثل لهم رعبا حقيقيا فلا يستطيعون الخروج إلا بعد الغروب فحياتهم مرتبطة بمدى تجنبهم لأشعة الشمس، مما يؤثر على نوعية حياتهم و يجعلهم يشعرون بالإعاقة التامة وعدم القدرة على الدراسة والتمتع بحقوقهم مثل باقي الأطفال.

تختلف نسبة المصابين بهذا المرض حسب القارات، ففي أوروبا نجد مولود واحد ضمن مليون شخص أما في اليابان والمشرق الأوسط نجد مولود واحد مصاب ضمن مائة ألف شخص و نجد أكبر تجمع في العالم لمرضى جفاف الجلد المصطبغ في منطقة المغرب العربي (الجزائر و ليبيا و تونس و المغرب) إذ ترجح تقديرات أولية نظرا لغياب الإحصائيات الرسمية وجود أكثر من 3000 إصابة بهذا المرض. أما في الجزائر وحسب ما أفاد به الطبيب كمال بوشرمة مختص في أمراض العيون بمستشفى بني مسوس بالعاصمة، فهناك أكثر من 500 حالة على المستوى الوطني كما وضح خلال لقاء تحسيبي للتعريف بهذا المرض ومعاونة الأطفال المصابين أنه لا توجد لحد الآن إحصائيات دقيقة في الجزائر تبين عدد المصابين به لكن الأكيد أن عدد الحالات يتجاوز 500 مصاب على المستوى الوطني وأضاف الطبيب أن هذا العدد تم استقاؤه من عدد الأطفال الذين يزولون العلاج في مختلف

المستشفيات الوطنية معتبرا أن هناك العديد من الأطفال المصابين بهذا المرض في المناطق النائية لم يتم الكشف عنهم لحد الآن.

إن الطفل المصاب بسرطانات الجلد المتعددة و الخبيثة، يغير في حياة الأسرة، حيث يؤثر في الوالدين و الإخوة و الأخوات فتتأثر مشاعرهم و أدوارهم و مسؤولياتهم و تتأثر أيضا العلاقات بين كل أفراد الأسرة (Kazak & al, 2004, p29). إذ يعتبر الإعلان عن تشخيص مرض جفاف الجلد المصطبغ (Xeroderma Pigmentosum) مشكلة وصدمة للأسرة تستمر وتتواصل مع عمر الطفل، فتهيمن الإعاقة على حياة الأسرة وتقيد الطفل من الخروج للدراسة و التمتع بطفولته كباقي الأطفال.

كما أن ميلاد طفل مريض بمرض نادر يكون بعيدا كل البعد عن الطفل المثالي الذي يتخيله الأبوين والأم بصفة خاصة، فيواجه الوالدين خيبة أمل كبيرة عندما يولد الطفل مصابا بشكل أو آخر من أشكال العجز، سواء حدث ذلك بعد الميلاد مباشرة أو جاء في وقت متأخر وفي هذه الحالة يساور الوالدين الشك و القلق و بالتالي يتساءلان عن السبب في مرض الطفل ولماذا حدث ذلك بالنسبة لهما بالذات ، ويتبادلان التهم عن سبب الإعاقة ومثل هذه المشاعر تؤدي إلى الغضب والإحباط والشعور بالذنب والاكنتاب لدى الوالدين (سي بشير، 2008: 7).

وفي هذا الصدد يرى (George Barooff, 1999) أن الآثار المترتبة على وجود طفل معاق في الأسرة تتمثل في الصدمة والشعور بالحزن والأسى ثم يأتي بعد ذلك الشعور بالإثم والمعصية وأنه عقاب من الله وبالتالي تظهر العزلة عن الآخرين وتجنب المشاركة في المناسبات الاجتماعية، والابتعاد عن الأقارب لأنهم يشعرون بالخجل وأكثر ما يحزن هذه الأسر هو المستقبل المجهول الذي سيواجهه أبناءهم.

وقد أكدت دراسة أجريت على الأطفال المصابين بأمراض مزمنة أن المرض المزمن يضيف عددا من الضغوط و المتطلبات فوق طاقة الطفل المصاب وكذلك فوق عائق أسرته و ذلك بالمقارنة بالأطفال الأصحاء و أسرهم (Tripathe & Agarwal, 2000, p42).

إذ تؤدي معرفة الوالدين بتشخيص حالة طفلها إلى استثارة الأفكار التشاؤمية المرتبطة باحتمال حدوث الموت للطفل و يولد التهديد بفقدان الطفل ضغطا و توتر للوالدين و للأسرة بأكملها خلال كفاحها ضد المرض ، ويمثل تعرض الأمهات لتشخيص مرض ابنها واقع مرّ يحطم أحلامها و آمالها حول طفلها المتوقع، فتحاول جاهدة التغلب عليه من خلال ردود أفعال تتراوح ما بين السلبية و الإيجابية تبدأ من إنكار الإصابة والغضب والخجل المرافق للخوف إلى أن تصل إلى تقبل إصابة ابنها و التكيف مع الوضعية الجديدة ، هذه الأخيرة التي تعد أيضا مصدر توتر حاد يؤدي إلى تطوير ردود أفعال انفعالية مختلفة، تتباين في حدتها تبعا للإجراءات الطبية المرتبطة بشدة المرض وما تلقىه بظلالها من آثار على مستقبل الطفل و كفاءته الذاتية و الشخصية و قد تعوق هذه النتائج من قدرة الأمهات على القيام بدورهن المتمثل في رعاية الطفل المريض والعناية به بالإضافة إلى الواجبات الأخرى الملقاة على كاهلهن و هذا ما قد يسهم في شعورهن بالتوتر والأسى والحزن، خاصة عندما يشعرن أن الأمور تفوق عن سيطرتهم و أنهن غير قادرات على التعامل بكفاءة مع الموقف المتعلق بإعاقة طفلهن، وبهذا تواجه الأمهات جملة من المشكلات الخاصة أثناء محاولتهن التكيف و التعايش مع الموقف، في حين نجد أمهات تتكيف مع الموقف جيدا وتكون قادرة على إكمال حياتها بشكل طبيعي وهو ما يسمح برعاية الطفل والاهتمام به (علاء الدين و عبد الرحمن، 2011: 379).

كما خلصت دراسة (Chin et al, 2006) أن أمهات الأطفال المرضى يعانون من ضغوط نفسية مرتفعة مقارنة بالآباء، حيث أن الأم تتحمل عبئا كاملا بالنظر إلى أنها أكثر من يحتك بالطفل مما يجعلها تعايش ضغوط كبيرة تتمثل في رعاية الطفل كالضغوط المالية

والعناية الطبية بالطفل والضغط الأسرية و تحطيم حلم الأم بأن يكون لها طفل سوي والإحراج في المواقف الاجتماعية وتناقض مشاعر الأم فيما يخص حياة ومستقبل ابنها حاجات الطفل إلى الرعاية الدائمة وكذا ردود فعل الأقارب والمعارف نحو الأسرة و قصور معارف الأم فيما يخص تنشئة الطفل (وليد السيد، 2008: 264) وهدفت دراسة الجبالي إلى التعرف على مستوى الضغوط النفسية و استراتيجيات مواجهتها لدى أم الطفل المصاب بمتلازمة داون لدى عينة قدرها 66 أم وقد أشارت النتائج إلى ارتفاع مستوى الضغوط النفسية لدى الأمهات وقد أجريت دراسة كويدميرو آخرون (Koydmir & al, 2009) للتحقيق في أثر وجود طفل معاق على حياة الأم، عن طريق إجراء مقابلات شبه منظمة مع 10 أمهات لأطفال معاقين فأسفرت النتائج عن مجموعة متنوعة من المواضيع ذات الصلة بتجارب الأم، كردود الفعل إثر ولادة الطفل المعاق و مصادر الضغوط و استراتيجيات المواجهة المستخدمة للتعامل مع الضغوط، و قد ذكرت جميع الأمهات المشاركات أنهن يعانين من ضغوط نفسية بسبب المشاكل المالية و المطالب الثقيلة لرعاية الطفل.

و بهذا فإن غياب التكفل بهذه الفئة يزيد من معاناة وضغوط الوالدين فبالرغم من أن حالات الإصابة بمرض جفاف الجلد المصطبغ (XP) والمعروفين "بأطفال القمر" تتضاعف و نظرا للانعدام شبه الكلي للسلطات الوصية فلم تتكفل لحد الآن بهذه الحالات ولم تدرج هذا المرض في خانة الأمراض المزمنة والذي قد يخفف على العائلات غلاء ثمن الأدوية التي أثقلت كاهل العديد منها خاصة وأن معظمها تدرج ضمن مواد التجميل أو شبه الطبية المعروفة بغلائها وعدم تعويضها. كما أن الأغشية الواقية التي يضعها المصابين بشكل قبعات تتقدمها قطعة بلاستيكية تنزل على وجه المريض تتكفل بتوفيرها الجمعيات تضامنا مع أطفال القمر، تعاوننا مع جمعيات خيرية أجنبية بسبب غياب هذا النوع من البلاستيك بالجزائر، بينما تبقى بعض الحالات تسوء حالاتها يوما بعد يوم وسط جهل عائلات المريض خاصة في المناطق النائية حيث يغيب التحسيس والتوعية.

وتبقى الجمعية المهرب الوحيد لهذه الفئة والتي حلت محل السلطات الوصية من خلال السعي لتوفير وسائل الوقاية رغم تكاليفها الباهظة والمتمثلة في أدوية سرطان الجلد، كما تقوم بتنظيم حفلات ترفيهية تمكنهم من الخروج من الظلام الدائم الذي يعيشونه حيث تركز الجمعية على كسر عزلتهم وإرجاع البسمة والأمل المفقودين وإدماجهم في الحياة الاجتماعية. لأن نظرة المجتمع لهم وكأنهم مخلوقات فضائية تخدش كبريائهم وتزيد من بؤسهم وتمنعهم من الاندماج في المجتمع، فيميلون إلى العزلة و الانسحاب، والهروب من الواقع والعيش على هامش الحياة، فتصاب الأسر بالتفكك والتصدع و تظهر المشاكل الأسرية بين الأب والأم وبين الأبناء، والتعرض إلى الصعوبات الاجتماعية بسبب آراء واتجاهات الآخرين السلبية، وبالتالي يشعرون بالإجهاد العام لذلك يجب مساعدة الوالدين في التفاعل الاجتماعي وإخراجهم من العزلة وهذا ما يتطلب توفير الدعم الاجتماعي من جميع مصادره و مختلف أبعاده (القريوتي، 2009: 13).

وفي هذا الصدد يعرف (Cohen & al, 1986) وآخرون الدعم الاجتماعي بأنه يعني متطلبات الفرد التي يطلبها من البيئة المحيطة، سواء كانوا أفرادا أم جماعات تساعد هذا الشخص على اختيار استراتيجيات مواجهة تخفف من أحداث الحياة الضاغطة (مفتاح عبد العزيز، 2010: 82).

وقد أشار (Lipore, 1994) في تعريفه إلى أن الدعم الاجتماعي المدرك يتمثل في الإمكانيات الفعلية أو المدركة للمصادر المتاحة في البيئة الاجتماعية للفرد التي يمكن استخدامها للمساعدة في أوقات الضيق، ويتزود الفرد بالمساندة الاجتماعية من خلال شبكة علاقاته الاجتماعية التي تضم كل الأشخاص الذين لديهم اتصال اجتماعي منتظم بشكل أو بآخر مع الفرد، وتضم في الغالب الأسرة والأصدقاء وزملاء العمل (المومني والزغول، 2009: 342).

ويعمل الدعم الاجتماعي على التوافق النفسي الاجتماعي للأفراد، وتنمية روح الانتماء لديهم حيث يشعرون بأنهم جزء من شبكة اجتماعية قوية ومتماسكة يمكن أن توفر لهم الحماية وأنهم كذلك موضع حب وعناية واحترام وتقدير من طرف الذين يحيطون به (يخلف، 2001: 138).

كما أشار (Zippel, 2004) إلى أن الأطفال المرضى بمرض جفاف الجلد المصطبغ (XP) وآبائهم وخاصة أمهاتهم يحتاجون إلى الدعم والمساندة للوقوف أمام تحديات هذا المرض الخطير فهم يعيشون في خوف دائم من ظهور أورام جديدة وألم متكرر فحياتهم اليومية محدودة لهذا يجب الالتفاف إلى الضغوط التي يتعرضون لها واستراتيجيات المواجهة المستعملة (Zippel & al, 2004, p8).

وحسب (Milota et al, 2011) فإن الدعم الاجتماعي مهم للغاية لعائلات الأطفال المرضى بجفاف الجلد المصطبغ (XP) وذلك من أجل التخفيف من آثار المرض ومساعدتهم على فهم أفضل للحالة وتوفير بيئة آمنة من الأشعة فوق البنفسجية (UV) وتحديد التدابير العملية التي يجب اتخاذها من قبل المرضى وأسرهم وذلك من خلال تبادل المعارف والخبرات للعيش والتكيف مع المرض. ويرى (Turner et Marino) أن الدعم الاجتماعي يؤثر بطريقة مباشرة على سعادة الفرد، وذلك عن طريق الدور المهم الذي يلعبه حينما يكون مستوى الضغوط مرتفعا، أو بالنسبة للصحة النفسية حينما تكون مستقلة عن مستوى الضغوط أو كمتغير وسيط يخفف من الآثار السلبية الناتجة عن ارتفاع مستوى الضغط (Turner et Marino, 1994, p203).

وهدفت دراسة الشقيرات وآخرون (2001) إلى كشف العلاقة بين الدعم الاجتماعي المقدم للمعوقين جسديا من الأسرة والأصدقاء وأفراد المجتمع وبين مفهوم الذات لديهم وكانت النتائج أن الدعم الاجتماعي المقدم من مصادره الثلاثة المختلفة، الأسرة والأصدقاء وأفراد المجتمع، يساعد في تكوين مفهوم إيجابي للذات لدى المعاقين بشكل عام والمصابين

بإعاقات مختلفة. كما أكد هزال روس وماكدونالد (2005) في دراسة الضغوط الوالدية لدى أمهات الأطفال المعاقين وجود ضغوط عالية لدى الأمهات خاصة في مجال التحكم بالذات يرجع إلى المشكلات السلوكية التي يعاني منها الأبناء، كما أظهرت الدراسة بأن الأمهات اللاتي يتمتعن بمستوى عال من الدعم الاجتماعي كانت الضغوط النفسية لديهن متدنية (القيوتي، 2008: 169).

وبهذا يعتبر إدراك الدعم الاجتماعي أحد الوسائل البالغة الأهمية التي يمكن أن يقدمها أفراد الأسرة أو المحيطين بالشخص المريض للتخفيف من حدة الاكتئاب والقلق الذي يعاني منها فالدعم الاجتماعي بمختلف أنواعه المادية و المعنوية والتوجيهية، له أثر كبير وإيجابي على صحة الفرد، حيث اعتبره البعض بمثابة لقاح للوقاية من الأمراض العضوية إذ يسمح بتنمية العلاقات الاجتماعية بين الأفراد والابتعاد عن مشاعر الوحدة والعزلة وكذلك تنمية مشاعر التفاؤل والسعادة والرضا التي يمكن اعتبارها بمثابة مؤشرات إيجابية على الصحة الجسمية للفرد (أرجايل، 2004: 42). كما يلعب الدعم الاجتماعي دور مهما في الوقاية من تأثير المشقة على الصحة الجسمية ويساعد على سرعة الشفاء من مختلف الأمراض.

ومن خلال ما سبق من آراء نظرية ودراسات سابقة يتضح أن للدعم الاجتماعي المدرك أثرا مخففا لنتائج الأحداث الضاغطة، فالأشخاص الذين يعانون من القلق والاكتئاب والتوتر يحتاجون إلى العلاقات الودودة والمساندة، حيث يزداد احتمال التعرض لاضطرابات نفسية كلما نقص مقدار الدعم الاجتماعي كما ونوعا، ومن هنا نجد أن وقوف الإنسان بمفرده أمام ضغوط الحياة دون أن يدرك أن له من يسانده و يعاضده و يهتم به ويرعاه من الأسرة والأصدقاء والجيران، فإن ذلك يزيد من شدة تلك الضغوط، ومن ثم يشعر أنه وحيد، مما قد يترك أثرا في نشأة واستمرار أعراض الاكتئاب واليأس لديه، حيث أن إدراك الفرد أن هناك من يدعمه عند الحاجة له تأثير ملطف لضغوط أحداث الحياة، كما أن الدعم

الاجتماعي يحسم ويعدل من أساليب مواجهة الضغوط والتعامل معها (السيد، 2000: 320).

حسب كلّ من (Lasarus et Folkman , 1984) تعرف استراتيجيات المواجهة على أنها مجموعة من الجهود السلوكية والنفسية والمعرفية يلجأ إليها الفرد ويستعملها بشكل ديناميكي من أجل إدارة وتسيير المتطلبات الداخلية منها والخارجية، يقدرها الفرد على أنها تهدد وتفوق موارده الشخصية، يسعى من خلالها إلى تغيير الوضعية ومعالجتها (زناد، 2013:34).

فأشار (Bouman, 2004) إلى أن إتباع أساليب التعامل من شأنه تخفيف الضغوط النفسية وقد توصل إلى أن المساندة الاجتماعية ولها تأثير مخفف للضغوط التي تواجهها أم الطفل المعاق وقد بيّنت دراسات عديدة مستوى الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المرضى وأساليب التعامل مع الضغوط منها دراسة كل من Flynt & Wood ، 1989، 1997 Olley & Willaim ودراسة Donovan 1988 التي هدفت إلى معرفة الإدراك الأمومي للضغط النفسي الناجم عن مرض الأبناء و طرق مواجهة هذه الضغوط.

وفي السياق نفسه، أكدت نتائج دراسات كلّ من أولي وويليام سنة 1997 وأميرة طه بخش سنة 2001 أن أمهات الأطفال المعاقين يلجأون إلى استعمال استراتيجيات المواجهة إما سلبية كالهروب وتحاشي المشكل، إنكار الإعاقة، لوم الذات وغيرها أو أمها تلجأ إلى استعمال استراتيجيات إيجابية كطلب المساندة الاجتماعية، تقبل مرض ابنها والتحدي لمواجهة الموقف (وليد السيد و آخرون، 2008: 273).

وفي نفس الصدد بينت دراسات كلّ من (Spacpam & Oscamp) سنة 2000 أن المستوى المنخفض للسند الاجتماعي بشكل عام في حياة الفرد إزاء مواجهته للضغط يقلل من درجة التحكم في الوضعية الضاغطة، بينما المستوى المرتفع فيزيد من درجة التحكم في الوضع لتحديد اختياره لاستراتيجيات المواجهة المناسبة كما أن المواجهة ليست من سمات

الشخصية الثابتة بل قابلة للتغيير تخضع لمبدأ الواقع ، تؤثر وتتأثر بعدة عوامل بيئية منها طبيعة الحدث الضاغط فكلما زاد الضغط والتهديد عدّل الفرد من الأساليب المستعملة للمقاومة لحل المشكل و التخفيف من شدة التوتر الانفعالي و اللجوء إلى السند الاجتماعي الذي يؤدي إلى رفع معنوياته ويساعده على مواجهة الوضعيات الضاغطة (مزاوي، 2005: 58).

ومن جهته قام (Junghyn, 2010) بدراسة عن دور الدعم الاجتماعي واستراتيجيات المواجهة في التنبؤ بالصحة الوجدانية (الرفاهة الانفعالية) لدى المصابات بالسرطان عددهن 231 امرأة مصابة تم اختبار صدق نموذج وسائطي يشمل المتغيرات المستقلة و التابعة، ودلت النتائج على أن الدعم الاجتماعي يؤثر في استراتيجيات المواجهة بدعمه للايجابية منها مقابل السلبية.

ومنه فإن استراتيجيات وأساليب مواجهة الضغوط لدى الأفراد تختلف باختلاف التغيرات الشخصية والاجتماعية ومن بينها الدعم الاجتماعي المدرك وطبيعة الموقف الضاغط واختلاف البناء المعرفي للفرد وكيفية تقييمه وتفسيره للمواقف الضاغطة، إذ أن الاستراتيجيات التي تكون فعّالة لدى شخص يمكن أن تكون غير فعّالة لدى شخص آخر وأن الاستراتيجيات التي تكون فعّالة في موقف ما بالنسبة للفرد يمكن أن تكون غير فعّالة مع نفس الفرد في موقف آخر. فالمصادر الجسمية والسيكولوجية والاجتماعية لها تأثير على التقييم المعرفي لقدرة الفرد على التحكم في الوضع لتحديد نوعية الاستراتيجيات حيث تسعى أمهات الأطفال المرضى إلى انتهاج استراتيجيات التعامل في محاولة منها للتخفيف من شدة الضغوط التي تسببها مرض ابنها كالهروب عن طريق إنكار إصابة ابنها أو قد تلقي اللوم على نفسها لتكفر عن مشاعر الذنب التي تعيشها، كما أنها قد تلجأ إلى تقبل مرض ابنها بالرجوع إلى الجانب الديني أو قد تحاول جمع المعلومات الكافية التي تمكّنها من وضع خطط مستقبلية تتناسب ووضعية ابنها المريض.

وقد أكدت العديد من الدراسات على دور الدعم الاجتماعي المدرك في مواجهة الضغوط والعقبات التي تواجه الفرد في حياته و دورها الوقائي والعلاجي ضد الاضطرابات النفسية، كما اهتم الكثير من العلماء بدراسة الدور الذي تلعبه على نوعية حياة الأفراد، فقد أصبحت هذه الأخيرة من الأهداف الصحية للعديد من المنظمات والحكومات ففي الولايات المتحدة الأمريكية مثلا وضعت شعار "أشخاص أصحاء" لتحسين نوعية الحياة بالإضافة إلى السعادة وارتفاع المعنويات والرضا عن الحياة ذلك من خلال إشباع الحاجات نتيجة ثراء البيئة ورفي الخدمات المقدمة للأشخاص على المستوى الصحي والاجتماعي والتعليمي والنفسي كما يلعب التفاعل الاجتماعي في سياق الأسرة والتعليم والمهنة دور في ذلك (عبيرمحمد، 2010: 493).

وتعرف منظمة الصحة العالمية (1994) نوعية الحياة على أنها إدراك الفرد لمكانته في الحياة و ذلك في سياق الثقافة و منظومة القيم التي يعيش فيها، في علاقته بأهدافه وتوقعاته ومستوى استقلاليته، وعلاقاته الاجتماعية، واعتقاداته الشخصية واهتماماته، فقد اكتسب هذا المصطلح أهمية كبيرة في الدراسات بمختلف المجالات و خاصة علم النفس الصحة كونه يدرس العوامل النفسية والسلوكية ذات صلة مباشرة بالصحة والمرض (Bruchon & Schzeitwer, 2014, p40).

ففي دراسة (Déniez, 2006) حول العلاقة بين مواجهة الضغوط النفسية ونوعية الحياة والدعم الاجتماعي على عينة قوامها 492 طالب بالجامعة الأمريكية و التي توصلت إلى أن الدعم الاجتماعي يزيد من نوعية الحياة للطلاب وأن القناعة هي الرضا عن الحياة وهذا يرتبط بالثقة بالنفس والقدرة على صنع القرار (المدهون، 2009).

ومن جهته بيّن في دراسته (Takach, 2011) حول الدعم الاجتماعي ونوعية الحياة، وقد توصلت نتائج الدراسة على أن الأفراد الذين ينتمون إلى جمعيات أو جماعات هم أكثر رضا عن الحياة مقارنة بالآخرين (شقورة، 2012: 52).

وأشار يوسف الجريب (2001) إلى علاقة نوعية عن الحياة ببعض المتغيرات الديموغرافية حيث أجريت الدراسة على عينة مكونة من 214 فردا من عدة مستويات من المجتمع الكويتي، وقد أظهرت النتائج غياب الفروق في الرضا عن الحياة بين الذكور والإناث وكذا بين الطلبة و الموظفين، هذا بالإضافة إلى غياب الفروق في درجة الرضا عن الحياة حسب مستويات التعليم المختلفة والدخل الشهري و كذا نوعية الحياة (عبد الخالق والديب، 2007) ورغم تأكيد العديد من الدراسات على دور الدعم الاجتماعي في مساعدة المرضى في التخفيف من مرضهم و كذلك دوره في تحسين نوعية حياة الأفراد يبقى لبعض الباحثين آراء أخرى بأن الدعم والمساندة الاجتماعية ليس لها فعالية في تحسين الصحة النفسية بل يمكن أن يؤثر على استقرارهم، فقد بينوا من خلال دراساتهم أنه يرجع ذلك إلى نوع السند الاجتماعي أو عدم الرضا عنه رغم توفر عدد الأشخاص الذين يقدمونه (فايد، 2006: 213).

ومنه فإن للدعم الاجتماعي المدرك أهمية كبيرة ومؤثرة فهو يعتبر من أهم العوامل النفسية الاجتماعية التي لها التأثير الايجابي على الجانب النفسي و البيولوجي خاصة هذه الفئة التي تحتاج كل الرعاية و الاهتمام من قبل المجتمع بكل مؤسساته و هيئاته وأفراده، حيث يلعب دورا وقائيا يقي الفرد و يحميه من التغيير السلبي لحياته وتدهور حالته كالانطواء والعزلة و الاكتئاب والسيطرة على المواقف وتجاوز أي أزمة قد تواجهه خاصة إذا تعلق الأمر بهذا المرض، كل ذلك يتم من خلال إدراك الأمهات بأن هناك من يقدم لهن هذا الدعم والذي لا يتم إلا من خلال شبكة من العلاقات الاجتماعية المحيطة بكل هياكلها، ومنه يتضح تأثير الدعم الاجتماعي المدرك في استراتيجيات المواجهة ونوعية حياة الأمهات فهو يعمل على مساعدتهن على مواجهة المواقف الضاغطة والقدرة على التحكم في الوضعية بانتهاج أساليب تساعد على التحدي و التكيف و تقبل ظروف الحياة بالتأقلم و التوافق مع الذات و المجتمع و الرضا عن مرض أبنائهن ووفقا لما سبق فالدعم الاجتماعي المدرك

يلعب الدور الأساسي و العامل الوسيط بين استراتيجيات المواجهة و نوعية حياة و متغيرا هاما في الوقاية و تنمية الصحة بجوانبها الجسمية و النفسية.

مما سبق انبثقت إشكالية الدراسة الحالية للتعرف على مختلف المتغيرات النفسية الاجتماعية و الخصائص المتعلقة بها، وهل لها نفس التأثير و النتائج على عينة دراستنا و من جهة أخرى فإن الاختلافات في نتائج الدراسات السابقة حول طبيعة العلاقة بين الدعم الاجتماعي المدرك و استراتيجيات المواجهة و مدى تأثير كل منهما على نوعية الحياة، و كذا نقص الدراسات في البيئة الجزائرية حول العلاقة بين المتغيرات و انعدامها عند هذه الفئة و من خلال الميدان و الدراسة الاستطلاعية فقد ارتأينا محاولة تسليط الضوء على خطورة هذا المرض و آثاره السلبية على أمهات الأطفال المرضى بجفاف الجلد المصطبغ (XP) و من هذا المنطلق تحاول الدراسة الحالية الكشف عن العلاقة بين الدعم الاجتماعي المدرك و استراتيجيات المواجهة و نوعية حياة لدى أمهات الأطفال المرضى بجفاف الجلد المصطبغ (XERODERMA PIGMENTOSUM) و الذي أدى إلى ظهور سرطانات متعددة و ذلك من خلال الإجابة على التساؤل التالي :

هل توجد علاقة بين الدعم الاجتماعي المدرك و استراتيجيات المواجهة و نوعية حياة لدى أمهات الأطفال المرضى بجفاف الجلد المصطبغ (XERODERMA PIGMENTOSUM)؟

التساؤلات الفرعية:

- 1- ما مستوى الدعم الاجتماعي المدرك لدى أمهات الأطفال المرضى بجفاف الجلد المصطبغ (XP) ؟
- 2- ما مستوى نوعية الحياة لدى أمهات الأطفال المرضى بجفاف الجلد المصطبغ (XP)؟
- 3- ما هي أكثر الاستراتيجيات استعمالا لدى أمهات الأطفال المرضى بجفاف الجلد المصطبغ (XP) ؟

- 4- هل توجد علاقة بين الدعم الاجتماعي المدرك واستراتيجيات المواجهة لدى أمهات الأطفال المرضى بجفاف الجلد المصطبغ (XP)؟
- 5- هل توجد علاقة بين أبعاد استراتيجيات المواجهة و نوعية الحياة لدى أمهات الأطفال المرضى بجفاف الجلد المصطبغ (XP)؟
- 6- هل توجد علاقة بين الدعم الاجتماعي المدرك ونوعية الحياة لدى أمهات الأطفال المرضى بجفاف الجلد المصطبغ (XP)؟
- 7- هل يوجد تأثير للدعم الاجتماعي المدرك و استراتيجيات المواجهة على نوعية الحياة لدى أمهات الأطفال المرضى بجفاف الجلد المصطبغ (XP)؟

1-2- فرضيات الدراسة:

- 1- مستوى الدعم الاجتماعي المدرك لدى أمهات الأطفال المرضى بجفاف الجلد المصطبغ (XP) منخفض.
- 2- مستوى نوعية حياة أمهات الأطفال المرضى بجفاف الجلد المصطبغ (XP) منخفضة.
- 3- تستعمل أمهات الأطفال المرضى بجفاف الجلد المصطبغ (XP) استراتيجيات مواجهة مختلفة.
- 4- توجد علاقة بين الدعم الاجتماعي المدرك واستراتيجيات المواجهة لدى أمهات الأطفال المرضى بجفاف الجلد المصطبغ (XP).
- 5- توجد علاقة بين أبعاد استراتيجيات المواجهة ونوعية الحياة لدى أمهات الأطفال المرضى بجفاف الجلد المصطبغ (XP).
- 6- توجد علاقة بين الدعم الاجتماعي المدرك و نوعية الحياة لدى أمهات الأطفال المرضى بجفاف الجلد المصطبغ (XP).
- 7- يوجد تأثير للدعم الاجتماعي المدرك و استراتيجيات المواجهة على نوعية الحياة لدى أمهات الأطفال المرضى بجفاف الجلد المصطبغ (XP).

1-3- أهداف الدراسة:

- ككل بحث علمي، فإن لهذا البحث أهداف تطمح الباحثة لتحقيقها و أهمها:
- معرفة مستوى الدعم الاجتماعي المدرك ونوعية الحياة لدى أمهات الأطفال المرضى بجفاف الجلد المصطبغ (XP).
- الكشف عن نوع الاستراتيجيات التي تستعملها أمهات الأطفال المرضى بجفاف الجلد المصطبغ (XP).
- التعرف على العلاقة بين الدعم الاجتماعي المدرك و استراتيجيات المواجهة لدى أمهات الأطفال المرضى بجفاف الجلد المصطبغ (XP).
- التعرف على العلاقة بين أبعاد استراتيجيات المواجهة و نوعية الحياة لدى أمهات الأطفال المرضى بجفاف الجلد المصطبغ (XP).
- التعرف على العلاقة بين الدعم الاجتماعي المدرك ونوعية الحياة لدى أمهات الأطفال المرضى بجفاف الجلد المصطبغ (XP).
- التعرف على تأثير الدعم الاجتماعي المدرك و استراتيجيات المواجهة على نوعية الحياة لدى أمهات الأطفال المرضى بجفاف الجلد المصطبغ (XP).
- التعرف بهذه الفئة من المجتمع والتعرف على معاناتهم الجسمية و النفسية و الاجتماعية.
- اختبار صحة العلاقة النظرية بين متغيرات الدراسة.
- الاستفادة من هذه الدراسة وذلك بدراسة متغيرات الدراسة و ربطها بمتغيرات أخرى و وضع برامج صحية هدفها الوقاية ومساعدة العائلات على توفير وسائل الوقاية و العلاج.
- إلقاء الضوء على أهمية الدعم الاجتماعي المدرك لدى أمهات الأطفال المرضى بسرطان الجلد من نوع جفاف الجلد المصطبغ (XP)، من مصادره المختلفة لما له من آثار وانعكاسات على صحتهم.

1-4- أهمية الدراسة :

تتمثل أهمية الدراسة الحالية في عدّة نقاط وهي:

- تسليط الضوء على شريحة مهمة من شرائح المجتمع وهي أمهات الأطفال المرضى بسرطان الجلد المصطبغ (XP) والذين يلقبون بأطفال القمر لأن الأغلبية في مجتمعنا لا يعرفهم وهي فئة تعاني مشكلات و أزمات صحية عديدة .
- لفت نظر الباحثين والعاملين في مجال علم النفس إلى إجراء دراسات أخرى حول هذه الفئة من المرضى و ربطها بمتغيرات أخرى وهذا لعدم وجود دراسات سابقة على حدّ علم الطالبة.
- التعرف على مختلف المشاكل والأعباء النفسية والاجتماعية التي تتكبدها أمهات الأطفال المرضى بسرطان الجلد سببه جفاف الجلد المصطبغ(XP).
- التطرق إلى دراسة حديثة في ميدان الأمراض النادرة و الفئة التي تناولتها الدراسة والتي تمثلت في أمهات الأطفال المرضى بجفاف الجلد المصطبغ وهي فئة تعاني من مشكلات و أزمات صحية و نفسية عديدة و تحتاج إلى عناية واهتمام من جميع المجالات من أجل التأقلم و التكيف مع الوضع المعاش.
- إثراء الجانب البحثي نظرا لندرة البحوث وخاصة البحوث النفسية في ميدان الأمراض النادرة، وقلّة الدراسات والبحوث في هذا الموضوع ليس في الجزائر فحسب بل وفي الوطن العربي في حدود علم الطالبة.

- و بهذا قد تساعد هذه الدراسة الباحثين في هذا الموضوع أو ممن تحدثوا حوله في التعمق أكثر لمعرفة أوجه القصور من حيث الخدمات والدعم المقدم من قبل المجتمع وسبل التغلب عليها من أجل الوصول إلى نوعية أفضل لحياتهم.
- إعطاء مؤشرات لكل المسؤولين والمعنيين والمؤسسات وممن لهم علاقة بهذه الفئة أو ليس لهم علاقة بأن يسخروا كل طاقاتهم وأن يبذلوا كل جهودهم من أجل الوصول إلى نوعية حياة أفضل لهؤلاء المرضى وعائلاتهم.
- دعوة للالتفات إلى هذه الفئة من المجتمع و إدراج مرض جفاف الجلد المصطبغ (XP) في قائمة الأمراض المزمنة لأنه مرض مميت و ليس مزمن فقط و التكفل بالدواء والعلاج.
- توفير البيئة المناسبة لأطفال القمر وخاصة الدراسة والتكفل بهم.
- تعتبر هذه الدراسة فرصة لأمهات الأطفال المصابين بمرض جفاف الجلد المصطبغ (XP) للتعبير عما يعانون من ضغوط نفسية.

1-5-1- تحديد مفاهيم الدراسة:

1-5-1- الدعم الاجتماعي المدرك:

يعرف بأنه مورد نفسي يحدد إدراكات الفرد اتجاه نوعية العلاقات الاجتماعية (Schweitzer,1994)

و في الدراسة الحالية يعرف الدعم الاجتماعي المدرك إجرائيا على أنه ما تحتاجه أم الطفل المريض بجفاف الجلد المصطبغ (Xeroderma Pigmentosum) من شعور وإدراك للدعم الاجتماعي والشعور بكونهن محاطات بالرعاية من طرف العائلة والأصدقاء والآخرين

وهي الأبعاد التي المستعملة في الدراسة الحالية. مقياس الدعم الاجتماعي المدرك لزيمت و كاندي 1990. Zimet & Kandy- Michel.

1-5-2- استراتيجيات المواجهة:

هي مجموع الجهود المعرفية والسلوكية المبذولة من طرف الفرد قصد إدارة وتسيير المتطلبات الخارجية والداخلية والمتغيرة باستمرار، والتي يقيمها الفرد على أنها تهدده وتفقو موارده الشخصية (زناد دليلة، 2013: 34).

و تعرف استراتيجيات المواجهة إجرائيا في الدراسة الحالية على أنها تلك الطرق والإجراءات والأساليب المعرفية والسلوكية والوجدانية التي تستعملها أمهات الأطفال المرضى بجفاف الجلد المصطبغ (XP) من أجل مواجهة والتعامل مع خبرة المرض المزمن و كذلك خبرة العلاج المزمن الذي يتطلب إتباع شروط وتعليمات طبية حتى يستطيع الطفل المريض العيش لمدة أطول، و هي الدرجة التي تحصل عليها الأمهات في اختبار الكوبينغ (CISS) **Endler et parker** ↓ Inventaire de Coping pour situation stressantes والتي تؤخذ فيها الإجابات على بنود الاختبار موزعة على الأبعاد التالية:

- المواجهة المركزة على المشكل:

وهي مجموع الجهود الساعية للتحكم في المشكلة ومعالجتها (كالبحت عن المعلومات الطبية و طرق الوقاية و الحماية من تطور المرض والبحث عن الدعم الاجتماعي).

- **المواجهة المركزة على الانفعال:** وهي مجموع العمليات التي تهدف إلى خفض الضغط و التوتر، وذلك من أجل التنفيس الانفعالي.

- **المواجهة المركزة على التجنب:** وتتمثل في الهروب من الوضعية كالتسلية والإلهاء الاجتماعي وذلك من أجل تجنب و نسيان أو عدم التفكير في خبرة المرض و العلاج المزمن.

1-5-3- نوعية الحياة (Qualité de vie):

يعرفها رينيه وآخرون (Reine et al , 2003) بأنها إحساس الفرد بالسعادة والرضا في ضوء ظروف الحياة الحالية، وأنها تتأثر بأحداث الحياة، وتغير حدّة الوجدان والشعور وأن الارتباط بين تقييم نوعية الحياة الموضوعية والذاتية يتأثر باستبصار الفرد. و تعرف **نوعية الحياة إجرائيا** بإحساس وشعور أمهات الأطفال المصابين بسرطان الجلد من نوع جفاف الجلد المصطبغ (XP) بالرضا والرفاهية في ظل ظروفهن الحالية ، وهي الدرجة التي تحصل عليها الأمهات تبعا لمقياس نوعية الحياة لمنظمة الصحة العالمية و الذي يقيس نوعية الحياة من خلال المحاور التالية: الصحة العامة- الصحة الجسمية- الصحة النفسية - العلاقات الاجتماعية و المحيط (WHOQOL BREF-26).

1-5-4- أمهات الأطفال:

وهن يمثلن عينة الدراسة والتي تضم أمهات الأطفال المصابين بمرض جفاف الجلد المصطبغ (Xeroderma Pigmentosum) والذي أدى المرض بعد تطوره إلى سرطانات الجلد المتعددة والذين يلقبون بأطفال القمر، ويقصد بهن في هذه الدراسة الشخص المسؤول بالدرجة الأولى عن رعاية الطفل المصاب بهذا المرض.

1-5-5- جفاف الجلد المصطبغ (XERODERMA PIGMENTOSUM):

هو مرض نادر وراثي جلدي يصيب قدرة خلايا الجلد على إصلاح الخلل الأنظيمي للحمض النووي (ADN) الناتج عن التعرض للأشعة فوق البنفسجية (UV)، يتسم بحساسية ضوئية وتغيرات في صبغة الجلد ويؤدي إلى تطور السرطانات الخبيثة (Bradford, 2011).

الفصل الثاني
الدعم الاجتماعي المدرسي

تمهيد :

إن بناء علاقات اجتماعية من طرف الفرد يوفر له الدعم الاجتماعي الذي يعتبر ذو أهمية كبيرة في حياته نظرا لارتباطه الايجابي بالصحة النفسية والجسمية، فهو من جهة يعتبر وسيلة للتخفيف من شدة الضغوط التي يعاني منها الفرد مما يجعله يكتسب طابعا نفسيا ايجابيا يتجه نحو تحقيق الصحة النفسية ومن جهة أخرى يعتبر من أهم العوامل الاجتماعية و النفسية لدى الفرد للتخفيف من حدة الآثار السلبية التي قد تحدثها مختلف الاضطرابات على الفرد، وسنتناول في هذا الفصل مفهوم الدعم الاجتماعي وأنواعه، مختلف النظريات والنماذج المفسرة له، شروطه وأبعاده، مصادر الدعم الاجتماعي ووظائفه، إدراكه وعلاقته بكل من الصحة والأمراض المزمنة.

2-1- مفهوم الدعم الاجتماعي:

يعد الدعم الاجتماعي من المتغيرات التي اختلف الباحثون في تعريفه، و ذلك وفقا لتوجهاتهم النظرية إذ ترجع جذور الدعم الاجتماعي إلى علماء الاجتماع، أين تناولوا هذا المفهوم في إطار اهتماماتهم بالعلاقات الاجتماعية عندما قدموا مفهوم العلاقات الاجتماعية و الذي يعتبر البداية الحقيقية لظهور مصطلح الدعم الاجتماعي (فايد، 2001: 337).

كما اقترح كل من (Cassel et Cobb,1976) تصورات لأنواع العلاقات الاجتماعية والأنشطة المختلفة التي تتضمنها عملية الدعم الاجتماعي في تخفيف الآثار السلبية الضارة التي تحدثها أحداث الحياة الضاغطة على الجوانب الجسمية والنفسية للفرد (الشناوي، 1994: 3). وعموما فإن الدعم الاجتماعي يشتمل على مكونين رئيسيين هما:

- **المفهوم الأول:** إدراك الفرد بوجود عدد كافي من الأشخاص في حياته يمكنه أن يرجع إليهم عند الحاجة.

• **المفهوم الثاني:** وجود درجة من الرضا لدى الفرد عن هذا الدعم المتاح له والاعتقاد في كفاية الدعم.

كما يرى بعض الباحثين أن الدعم الاجتماعي يشير إلى وجود علاقات مرضية تتسم بالحب والود والثقة والتقدير وتمثل هذه العلاقات حواجز ضد الضغوط.

(Cutrona & Russel, 1990)

ويعرف (Cohen & al, 1986) الدعم الاجتماعي بأنه عبارة عن متطلبات الفرد التي يطلبها من البيئة المحيطة سواء كانوا أفراداً أم جماعات والتي تساعد الفرد على مواجهة أحداث الحياة الضاغطة.

أما (Sarason & al, 1983) فاعتبروا الدعم الاجتماعي بأنه إحساس الفرد بوجود بعض المقربين منه والذين يثق بهم في الوقوف بجانبه عند الحاجة (مفتاح عبد العزيز، 2010 : 82).

ومن جهته قدم كل من (Chronister & al, 2008) تعريفاً للدعم الاجتماعي على أنه عملية شاملة تمثل قوى ايجابية تعمل بطريقة كلية لتقديم المساعدة لكل شخص محتاج، وأن مفهوم الدعم الاجتماعي يعد مفهوماً شاملاً و معقد التركيب، ويختلف وفقاً لمن يقدم هذا الدعم من العائلة أو صديق أو أفراد آخرين وكيف يقدمه أشياء ملموسة ذات تقنية أو أدواتية أو عاطفية أو معلوماتية.

كما يضيف كرونستر وآخرون بأن مفهوم الدعم الاجتماعي عبارة عن مفهوم يفتقر إلى الموافقة الجماعية من قبل الباحثين السابقين، فيشير إليه البعض من حيث التركيب، وآخرون قد يعرفوه من حيث الملامح الوظيفية، والبعض الآخر يشير إليه من حيث التقييم الشخصي الذاتي. وترى (Barrera, 1981) أن هناك ثلاث معاني أو مفاهيم للدعم الاجتماعي هي:

- **العصر الاجتماعي:** حيث يشير مفهوم الدعم الاجتماعي هنا إلى العلاقات أو الروابط الاجتماعية التي يقيمها الأفراد مع الآخرين ذوي الأهمية في بيئتهم.
 - **المساندة الاجتماعية المدركة:** ينظر إلى المساندة الاجتماعية باعتبارها تقويماً معرفياً للعلاقات الثابتة مع الآخرين.
 - **المساندة الفعلية:** ويشير هذا المفهوم إلى المساندة الاجتماعية باعتبارها تلك الأفعال التي يؤديها الآخرون بهدف مساعدة شخص معين (عبد السلام، 2005: 10).
- أما (حنفي، 2007) فيرى أن الدعم الاجتماعي عبارة عن أساليب المساعدة المختلفة التي يتلقاها الفرد من أسرته وأصدقائه والتي تتمثل في تقديم الرعاية والاهتمام والتوجيه والنصح والتشجيع في كافة مواقف الحياة والتي تشبع حاجاته المادية والروحية للقبول والحب والشعور بالأمان فتجعله يثق بنفسه وبدركها، مما يزيد من كفاءته الاجتماعية .
- ومن جهته عرفه (يخلف، 2001) بأنه الدعم العاطفي الذي يستمده الفرد من شبكة العلاقات الاجتماعية والذي يساعده على التفاعل الفعال مع الأحداث الضاغطة.
- بينما يعرفه (Taylor, 2008) بأنه الحصول على المعلومات من الأشخاص الذين يشعر الفرد نحوهم بالحب والاحترام والتقدير، ويشكلون جزءاً من دائرة علاقاته الاجتماعية و يرتبط معهم بمجموعة من الالتزامات المتبادلة مثل الوالدين و شريك الحياة و الأصدقاء.
- فمن خلال ما تم عرضه من مفاهيم و تعريف للدعم الاجتماعي يمكن القول أن تعدد واختلاف التعاريف راجع لاختلاف وجهات نظر الباحثين و تناولاتهم النظرية، ومهما كان الإطار النظري الذي ينطلق منه مصطلح الدعم الاجتماعي إلا أنه يلعب دوراً هاماً في حياة الفرد، إذ يستطيع من خلاله التغيير من واقع حياته إلى واقع أفضل يتصف بالإيجابية، ويقوده إلى الرضا عن الحياة والثقة بالنفس، كل ذلك يتم من خلال ما يقدمه المجتمع لأفراده

بدءاً من الأسرة والأصدقاء و الجيران والزملاء، وهي عملية دائمة ومستمرة ولا تقف عند حدّ معين، و يعرف الدعم الاجتماعي المدرك على أنه مدى إدراك الفرد لوجود سند مادي أو معنوي، معلوماتي أو توجيهي من خلال علاقاته الاجتماعية في مختلف الأوساط.

2-2- أنواع الدعم الاجتماعي:

يرى كلاً من كوهين و ويلز (Cohen & Wills) من خلال المراجعة الشاملة لنتائج الدراسات والبحوث السابقة التي أجريت على بعد الأثر الواعي، أو المخفف للدعم الاجتماعي على أحداث الحياة الضاغطة التي يمر بها الفرد في حياته اليومية، أنه يوجد عدة أشكال للدعم الاجتماعي كما يلي:

2-2-1- دعم التقدير Esteem Support :

يتمثل هذا النوع من الدعم في تقديم أشكال مختلفة من المعلومات لمساعدة الفرد على تعميق إحساسه بأنه مقبول من الآخرين ولديه مقومات التقدير الذاتي من المحيطين به، وهذا يعطى الإحساس بالقيمة الشخصية و احترام الذات، يطلق على هذا النوع من الدعم الاجتماعي العديد من المسميات الأخرى مثل: المساعدة النفسية Psychological Support والمساعدة التعبيرية Expression Support ومساندة احترام الذات Support Self – Esteem ، والمساندة الوثيقة Document Support (عبد السلام، 2005: 38).

2-2-2- الدعم بالمعلومات Information Support :

وهذا النوع من الدعم يظهر في إمداد متلقي الدعم بالمعلومات التي تفيده في حل مشكلة صعبة يواجهها في حياته اليومية ومن خلال إبداء النصح له أو توجيهه أو إرشاده ويطلق على هذا النوع من المساعدة بعض المفاهيم الأخرى مثل مساندة التوجيه المعرفي والمساندة بالنصح والإرشاد.

2-2-3- الصحبة الاجتماعية Social Companionships :

يرى (oxford,1994) أن مصطلح الصحبة الاجتماعية أدخلت مفهوم الدعم الاجتماعي بفضل كل من كوهين وويلز 1985 وهو يعني قضاء وقت الفراغ مع الآخرين المحيطين بالفرد في ممارسة بعض الأنشطة الترفيهية والترفيهية والمشاركة الاجتماعية في المناسبات المختلفة لإشباع الحاجة إلى الانتماء، والتواصل مع الآخرين ومساعدة الفرد على التخلص من قلقه و همومه والتخفيف عنه في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة، ولقد أشار بعض الباحثين لمصطلح الصحبة الاجتماعية بأنه يمثل الوظيفة الوقائية للدعم الاجتماعي.

2-2-4- الدعم الوجداني Emotional support :

ويقصد بها مشاعر المودة والصدقة والرعاية، ومشاعر الاهتمام، الحب والثقة في الآخرين وكذا الإحساس بالراحة والانتماء، فالفرد يعاني في أوقات المشقة من انفعالات معينة أو يمر بفترة اكتئاب وحزن أو قلق و فقدان تقدير الذات، ومن خلال هذه المساندة الوجدانية المقدمة له من قبل الآخرين يعمل على إعادة تقدير الذات أو التقليل من مشاعر عدم الكفاءة الشخصية عن طريق شعور الفرد بأن له قيمة و أنه محبوب (شويخ، 2007: 88).

2-2-5- المساندة الإجرائية Instrumental Support :

ويشتمل هذا النوع على تقديم المساعدات المادية وقت حاجة المتلقي لها في حل مشكلاته اليومية أو تقديم الخدمات لتخفيف أعباء الحياة عليه ويطلق على هذا النوع بضع مسميات مثل مساعدة العون أو المساعدات المادية أو المساندة الملموسة (عبد السلام، 2005: 39).

2-3- النظريات المفسرة للدعم الاجتماعي:

2-3-1- النظرية الوظيفية :

يرى (Kaplan et al, 1993) أن علماء النظرية أكدوا على وظائف العلاقات المتداخلة في شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة بالفرد، تركز على تعزيز أنماط السلوك المتداخل في شبكة هذه العلاقات لزيادة مصادر المساندة الاجتماعية لدى الفرد (عبد السلام، 2005: 54).

يركز الاتجاه الوظيفي على وظيفة المساندة العاطفية و المعرفية أو المادية وذلك لأنه يعتبر عناصر المساندة الاجتماعية فعالة ووظيفية (بشري إسماعيل، 2004: 34).

2-3-2- النظرية الكلية :

يشير كل من (Duck et Silver, 1995) إلى أن هذه النظرية تؤكد على حاجة الفرد إلى الدعم الاجتماعي خاصة في المواقف الصعبة التي يمكن أن يمر بها الفرد، وتتركز أيضا على الخصائص الشخصية التي يمكن أن تؤثر في شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة بالفرد، والخاضعة للمواقف الاجتماعية التي يواجهها الفرد في حياته اليومية .

2-3-3- نظرية التبادل الاجتماعي:

يرى ايلينور (1990) أن هذه النظرية تتسم باتجاهها النظري الذي يبنى بامتداد شبكة العلاقات الاجتماعية لضعف مستويات الصحة، وعادة ما يكون تقديم المساعدات المادية والنفسية و الأدوات متداخل في العلاقات التبادلية بين الأفراد ولكن الوصول إلى إيجاد التوازن في تلك العلاقات أمر يتسم بالصعوبة، خاصة عندما تزداد حاجة المتلقي إلى المساعدة.

2-3-4- نظرية المقارنة الاجتماعية:

أشار كل (Bunk & al) أن الأفراد يفضلون أحيانا الاندماج مع الآخرين الذين يتساوون معهم أو يفضلوهم حيث يقدم لهم هذا النمط من الاندماج تفاعلات سارة ومعلومات ضرورية تعمل على تحسين موقفهم في البيئة المحيطة بهم (عبد السلام، 2005: 57).

بالرغم من اختلاف وجهات نظر التوجهات النظرية لمفهوم الدعم الاجتماعي ومكوناته، إلا أن جميعها تؤكد دور شبكة العلاقات الاجتماعية في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة والتخفيف من الآثار السلبية التي يمكن أن تحدثها، وبذلك تكامل كل هذه النظريات تساعد الفرد في الوقاية من الوقوع في المرض أو تقادي تفاقم المرض في حالة الإصابة به ومساعدته على مواجهة الأحداث الضاغطة.

2-4- النماذج المفسرة للدعم الاجتماعي: للدعم الاجتماعي نموذجين رئيسيين يفسران

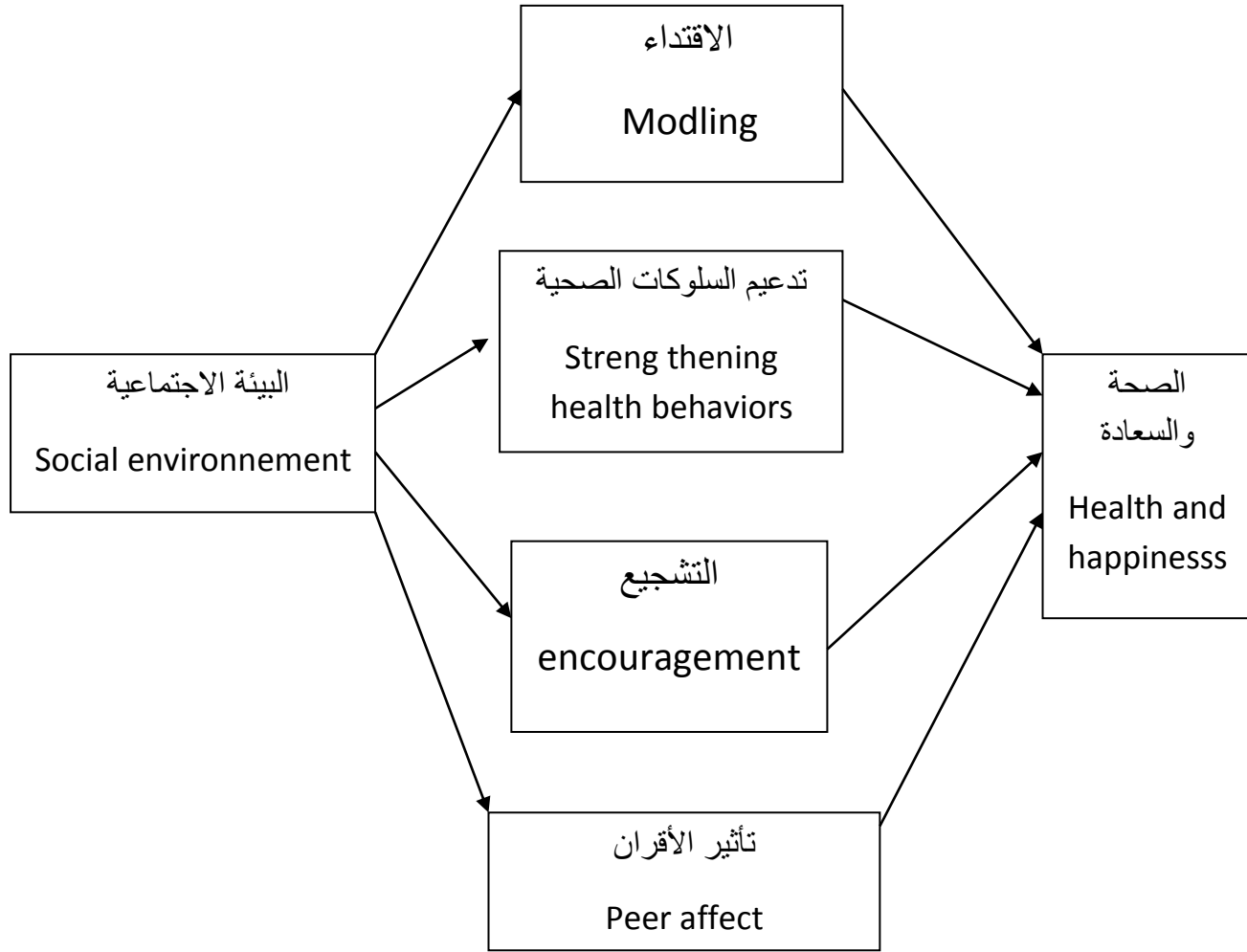
الدور الذي يقوم به في مواجهة الضغوط الصحية وهما مفسران حسب كوهن وويلز (1985) على النحو التالي :

2-4-1- نموذج الأثر المباشر : Modele des effets directs

يرى رواد هذا النموذج ومن بينهم كوهن و ويلز أن الدعم الاجتماعي له أثر مباشر وإيجابي في الصحة وهذا بأوجه مختلفة، فالشبكة الاجتماعية تسمح بتقديم خبرات ايجابية منظمة و جملة من العلاقات الاجتماعية المستقرة و المعززة، وهذا النوع من المساندة يسمح بالحصول على عواطف ايجابية، واستقرار وأمان بحيث يوفر الشعور العام بالصحة الجسدية النفسية. كما يسمح بالاعتراف بالقيمة الشخصية، إن هذه الحالات النفسية الايجابية تكون ذات فائدة على صحة الفرد، ومن بين وظائفه أيضا تسهيل ميكانيزمات تعديل الجهاز الغدي

مما يؤثر كذلك في تبني السلوكيات السوية والرغبة في العناية بالذات بالمدائمة على ممارسة الرياضة وتناول الأدوية بشكل منتظم وإتباع نصائح الطبيب (شويخ 2007: 94).

ويوضح الشكل الموالي نموذج الأثر المباشر :

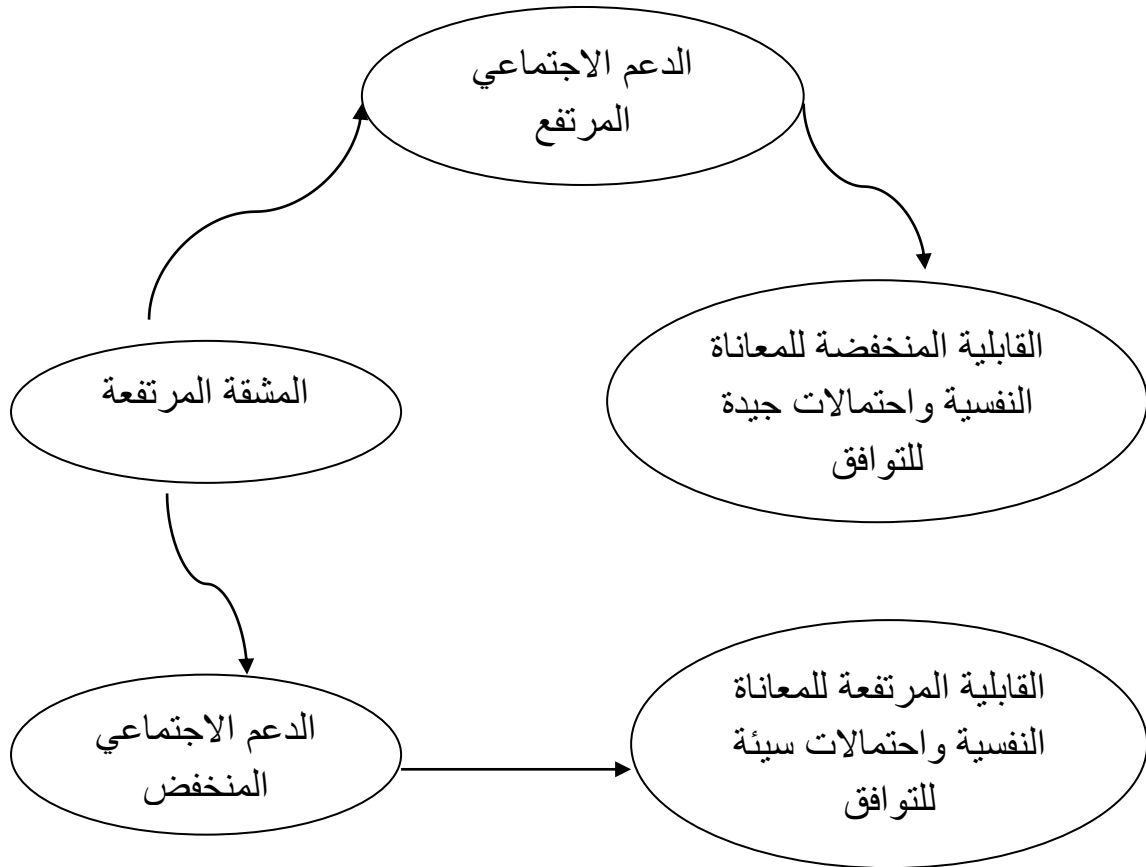


شكل رقم (01) نموذج الأثر المباشر للدعم الاجتماعي (دياب، 2006: 60)

يتضح من خلال الشكل رقم (1) أن للبيئة الاجتماعية أثر واضح على نواتج الصحة، وذلك عن طريق مجموعة من العمليات، كالاقتداء والتدعيم بالسلوكات الصحية وكذا التشجيع والتعزيز وتأثير الأقران عن طريق المحاكاة Simulation والنمذجة .Modeling

2-4-2- النموذج الواقعي أو المخفف للضغط du Modele d'atténuation du stress :

يفترض هذا النموذج أن الأحداث الضاغطة التي يتعرض لها الأفراد في حياتهم اليومية ذات تأثير سلبي على صحتهم النفسية و البدنية، وأن العلاقات الاجتماعية تقي الفرد و تحول دون حدوث هذه التأثيرات السلبية للضغط عليه، ومنه فإن المساندة الاجتماعية وفقا لهذا النموذج ترتبط بالصحة لدى الأفراد الذين يختبرون أحداث ضاغطة، و يوضح الشكل الموالي الفكرة الأساسية التي يقوم عليها هذا النموذج :



شكل رقم (02) نموذج الوقاية من الضغط (تخفيف الأثر) (دياب ، 2006 : 61) .

نلاحظ من خلال الشكل أن درجة الدعم الاجتماعي تتناسب طرذا مع درجة الصحة و درجة التوافق في حالة الضغط النفسي .

2-5-5- شروط الدعم الاجتماعي:

يرى (تايلور، 1995) أن نمط الدعم الاجتماعي الذي يحتاجه الفرد يختلف باختلاف مرحلة الضغط أو المشقة التي يمر بها، فالفرد الذي يحتاج الطمأنينة من الأهل و الأقارب، إذا تلقى من طرفهم النصح و الإرشاد في المرحلة فمن المحتمل أن يصيبه هذا النوع من خيبة الأمل بالرغم من تلقيه نمط الدعم، لذا يؤكد الباحثون مراعاة التوقيت و نمط الدعم اللازمان في وقت المشقة حتى يكون للدعم آثاره الايجابية المتوقعة، لذلك هناك بعض الشروط التي يجب أن تتوافر في عملية الدعم النفسي و الاجتماعي عند تقديمه كما حددها كل من (Wade & Tavris 1987) و تتمثل فيما يلي:

2-5-5-1- كمية الدعم: لا بد أن يكون معدل الدعم الاجتماعي معتدل عند تقديمها للمتلقى حتى لا يجعله أكثر اعتمادية وينخفض تقديره لذاته.

2-5-5-2- اختيار التوقيت المناسب لتقديم الدعم: هذا الشرط يحتاج الكثير من المهارة لدى مانحي الدعم حتى تؤدي إلى نتائج جيدة لدى المتلقي.

2-5-5-3- مصدر الدعم: لا بد أن تتوافر بعض الخصائص لدى مانح الدعم، والتي تتمثل في المرونة والنضج والفهم الكامل لطبيعة المشكلة التي يمر بها المتلقي حتى يساهم بقدر فعال في تقديم الدعم (عبد السلام، 2005: 31).

2-5-5-4- كثافة الدعم: إن تعدد مصادر الدعم الاجتماعي لدى المتلقي تؤدي سريعاً الى حل المشكلات التي يمر بها المتلقي وتساعد على تخطي الأزمات التي يمر بها في حياته.

2-5-5-5- نوع الدعم: ويتمثل هذا الشرط في القدرة و المهارة والفهم لدى مانحي الدعم في اختياره المحكم لنوع الدعم الذي يتناسب مع ما يدركه و يرغبه المتلقي.

2-5-6- التشابه والفهم المتعاطف: أضافت هذا الشرط (Thoits, 1986) والذي يتمثل في أن الدعم الاجتماعي يمكن تقبله في حالة التشابه النفسي و الاجتماعي للمانح والمتلقي، ويكون فعال لدى المتلقي إذا كانت الظروف التي يمر بها المانح و المتلقي متشابهة (عبد السلام، 2005: 32).

2-6- أبعاد الدعم الاجتماعي:

ترى (Cutrona, 1990) أن الدعم الاجتماعي هو مركب متغير ومتعدد الأبعاد، وتشير نتائج الدراسات والبحوث إلى وجود اختلاف في تحديد أبعاد ومكونات الدعم الاجتماعي لاختلاف الأساليب المنهجية واختلاف التعريفات الإجرائية لمفهوم الدعم الاجتماعي، إلا أن بعد الدعم العاطفي وجد اتفاقاً في آراء الكثير من علماء النفس الذين اعتبروا هذا البعد مهماً و أساسياً للدعم الاجتماعي (عبد السلام، 2005: 35).

ولقد أشار (Norbeck, 1985) إلى أن الدعم الاجتماعي بناءً متعدد الأبعاد قائم على مكونين رئيسيين هما: الدعم العاطفي والدعم المادي الملموس، أما الدعم النوعي الموقفي فلقد ظهر لسد حاجات خاصة للفرد، وهذا ما يظهر من خلال إشباع الفرد لحاجاته الخاصة من خلال الدعم الاجتماعي عندما يعاني من حدث ضاغط أو موقف تحدي يواجهه في بيئته.

وقد أكد (Weiss, 1974) وجود ستة أبعاد للدعم الاجتماعي هي: المودة (Intimacy) و التكامل الاجتماعي (Social integration)، والرعاية (Nurturance)، القيمة (Worth) و الترابط (Alliance) والتوجيه و الإرشاد (Guidance).

ويرى (Kaplan, 1975) أن الدعم الاجتماعي يتكون من بعدين رئيسيين هما: الدعم العاطفي (Emotionnel support)، والدعم الملموس (Tangible support).

كما أشار ساراسون وآخرون (Sarason & al, 1987) أن الدعم الاجتماعي يتكون من بعدين أساسيين هما: الدعم المدرك، والرضا عن الدعم (عبد السلام، 2005: 36).

2-7- مصادر الدعم الاجتماعي:

بالرغم من اختلاف وتضارب الآراء حول مصادر الدعم الاجتماعي إلا أنهم أجمعوا على أن أهم مصادره هي كالتالي:

2-7-1- الأسرة والأقارب: تحتل الأسرة المكانة الأولى بالنسبة للفرد والتي يكون لها دوراً فعالاً ورئيسياً كمصدر من مصادر الدعم في التغيير والتخفيف من آلام وهموم أبنائهم، وصولاً بهم إلى الرضا عن الحياة وشعورهم بالحب والتقدير وتعزيز الثقة بالنفس وعدم الخوف من المستقبل. (السيد رمضان، 2002: 25).

2-7-2- الأصدقاء: تعتبر جماعة الأصدقاء من أهم مصادر الدعم حيث يلعب دوراً مهماً في حياة الفرد، فهم بالنسبة له المرجعية التي يلجأ إليها غالباً في حال تعرضه للعديد من المشكلات والعقبات، كما أنه يمكن أن يتأثر بهم ويؤثر فيهم كذلك.

ويشير أيضاً (Rubin & al, 1994) بأن الإنسان كائن اجتماعي بطبعه لا يستطيع العيش بمفرده، فالفرد بحاجة إلى تكوين علاقات وأصدقاء في المجتمع تكون هذه العلاقات قائمة على الحب والاحترام والتقدير و تقبل الآخر.

2-7-3- مؤسسات المجتمع: بما أن للأسرة والأقارب والأصدقاء دوراً مهماً وفعالاً وإيجابياً في حياة الأفراد، كذلك فإن لمؤسسات المجتمع دوراً لا يقل أهميةً عنهما، فمؤسسات المجتمع كونها تمتلك الكثير من الإمكانيات فبالتالي هي الأقدر على توفير وتقديم الكثير من الدعم بأشكاله المختلفة، قد يتمثل هذا الدعم في تكوين علاقات اجتماعية وبناء روابط قوية قائمة على الثقة المتبادلة ما بين المؤسسة والأفراد، وكذلك يمكنها تقديم الدعم النفسي والاجتماعي من خلال أخصائيين يقومون بالعمل على متابعة مشكلات الأفراد وكذلك مساعدتهم على

حليها، ويتمثل دعم المؤسسات أيضا في تقديم كل ما يحتاجونه وكذلك تقديم العديد من أشكال الدعم الأخرى، الاقتصادي والعاطفي وغيره (Rubin & al, 1994, p 431)

تتنوع المصادر المختلفة للدعم الاجتماعي في أبعادها وفي مدى فعاليتها طبقا للظروف المتاحة لها و هناك إجماع و اتفاق بين علماء النفس الذين يشيرون إلى وجود مصدرين أساسيين للدعم الاجتماعي يتمثلان في:

❖ **المصدر الأول:** الدعم الاجتماعي داخل العمل ويمثله رؤساء العمل، زملاء العمل والمحيطين ببيئة العمل.

❖ **المصدر الثاني:** الدعم الاجتماعي خارج العمل ويمثله أفراد الأسرة، الأقارب والأصدقاء والجيران بالإضافة إلى شبكة العلاقات الاجتماعية التي يتفاعل معها الفرد في حياته اليومية (Rocco & al, 1980).

ويلخص (Norbek) مصادر الدعم الاجتماعي على أنها تتمثل في الزوج أو الزوجة والأسرة والأقارب، الجيران، زملاء العمل وزملاء الدراسة، الأفراد الذين يوفران الرعاية الصحية والنفسية، المرشد أو المعالج النفسي ورجال الدين.

ويتفق كل من (House, Cohen, Mckay, 1984) بأن الدعم الاجتماعي مصدر للتوافق النفسي، يمكن أن نطلق عليه المساعدة التي تقوم بتخفيف الآثار النفسية والسلبية التي تحدثها أحداث الحياة الضاغطة التي يواجهها الفرد، وأن الأفراد الذين يريدون الوصول إلى مصادر الأمان والاستقرار في حياتهم، لابد وأن يبحثوا عن الأساليب الإيجابية الفعالة التي تساعدهم على مواجهة الأحداث، وأن يستمدوا مصادر الدعم الاجتماعي من المحيطين والمقربين لهم في شبكة العلاقات الاجتماعية لوقاية أنفسهم من الآثار النفسية السلبية ، من أجل إحداث التوازن النفسي والشعور بالقيمة الشخصية (Mc Cann & al, 1997).

ومنه فإن الدعم الاجتماعي بمصادره المختلفة كالأسرة والأقارب والأصدقاء ومؤسسات المجتمع يعتبر ذو أهمية كبيرة للأفراد، كما أن هذه المصادر قد تبدو منفصلة ولكنها عملية متكاملة ولكل مصدر من هذه المصادر أثر كبير وحيوي وفعال في التغيير في حياة الفرد بشكل إيجابي.

2-8- وظائف الدعم الاجتماعي:

للدعم الاجتماعي أهمية كبيرة في حياة الفرد، حيث يؤثر حجمه ومستوى الرضا عنه في كيفية إدراك الفرد لأحداث الحياة الضاغطة المختلفة وأساليب مواجهتها، وكيفية تعامله مع هذه الأحداث، وقد تتمثل وظيفة الدعم وأهميتها في ما يلي:

2-8-1- حماية الذات: يشير (Breham, 1984) إلى أن الدعم الاجتماعي يقوم بمهمة حماية الفرد لذاته وزيادة الإحساس بفعاليته، بل إن احتمالات إصابة الفرد بالاضطرابات النفسية والعقلية تقل عندما يدرك الشخص أنه يتلقى الدعم الاجتماعي من شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة به ولاشك أن هذا الدعم يؤدي دورا مهما في تجاوز أي أزمة قد تواجه الفرد.

ويذكر (أرجايل، 1993) أن للدعم الاجتماعي تأثيرا فوريا على نظام الذات، حيث يؤدي إلى زيادة تقدير الذات والثقة بها والشعور بالسيطرة على المواقف، كذلك يولد درجة من المشاعر الايجابية والتي تجعل الفرد يدرك الأحداث الخارجية على أنها أقل مشقة.

ويرى (Turner & Marino, 1994) أن الدعم الاجتماعي يؤثر بطريقة مباشرة على سعادة الفرد، وذلك عن طريق الدور المهم الذي يلعبه حينما يكون مستوى الضغوط مرتفعاً و كذلك بالنسبة للصحة النفسية إذا كانت مستقلة عن مستوى الضغوط أو كمتغير وسيط يخفف من الآثار السلبية الناتجة عن ارتفاع مستوى الضغط (Turner & Marino, 1994, p 203).

1994, p 203)

ولقد أوجز كلٌّ من (Cotrona & Russel, 1990) أهمية الدعم الاجتماعي فيما أنه:

- التخفيف من وقع الضغوط النفسية.
- تقوية تقدير الذات لدى الفرد.
- التخفيف من أعراض الاكتئاب والقلق.
- التأثير على الصحة النفسية والجسمية ويزيد من الشعور بالرضا عن ذات هو عن حياته.
- زيادة الجوانب الايجابية مما يساهم في تحسين صحتهم النفسية.
- المساهمة في التوافق الايجابي والنمو الشخصي، ويساعد على حل المشكلات.
- زيادة الارتباط بمصادر شبكة الدعم الاجتماعي الخاصة بهم، والتي تتمثل في الزوجة والزوج والأبناء والأقارب والجيران والأصدقاء (Cutrona & Russel, 1990, p36).

2-8-2- الوقاية من الأمراض والاضطرابات:

يرى ساراسون وآخرون (1983) بأن الدعم الاجتماعي يؤدي دوراً وقائياً حيث أشار الباحثون إلى أن الدعم الاجتماعي يمكن أن يلعب دوراً هاماً في الشفاء من الاضطرابات النفسية والعقلية، كما تسهم في التوافق الايجابي والنمو الشخصي للفرد، بل تجعل الشخص أقل تأثراً عند تلقيه أي ضغوط أو أزمات.

وللدعم الاجتماعي أثر هام على الصحة البدنية والنفسية للفرد حيث أن الشبكات الاجتماعية الكبيرة يمكن أن تزوده بخبرات ايجابية منتظمة، ومجموعة من الأدوار التي تتلقى مكافأة من المجتمع، وهذا النوع يمكن أن يرتبط مع السعادة (الشناوي و عبد الرحمن، 1994: 37).

2-8-3- مواجهة ضغوط الحياة:

للدعم الاجتماعي أثر مخفف لنتائج الأحداث الضاغطة، فالأشخاص الذين يعانون من القلق والاكتئاب والتوتر يحتاجون إلى العلاقات الودية والمساندة، حيث يزداد احتمال التعرض لاضطرابات نفسية كلما نقص مقدار الدعم الاجتماعي كمًا و نوعًا، ومن هنا نجد أن وقوف الإنسان بمفرده أمام ضغوط الحياة دون أن يكون له من يسانده ويهتم به ويرعاه سيزيد من شدة تلك الضغوط، ممّا قد يترك أثرا في نشأة واستمرار أعراض الاكتئاب واليأس لديه، فإدراك الفرد بأن هناك من يدعمه عند الحاجة له تأثير ملطف لضغوط أحداث الحياة، كما أن الدعم الاجتماعي يحسم ويعدل من أساليب مواجهة الضغوط النفسية والتعامل معها (السيد، 2000: 320).

2-8-4 مصدر للتوافق والتكيف الانفعالي:

يشير كلا من (الشناوي وعبد الرحمن، 1994) أن الدعم الاجتماعي يعمل على توفير حالة ايجابية من الوجدان والإحساس بالاستقرار في مواقف الحياة و الاعتراف بأهمية الذات.

ويضيف كلا من (Schumaker & Brownell, 1984) بأن وظيفة الدعم الاجتماعي تظهر في تعزيز الثقة بالنفس، وتعميق روابط المشاركة مع الآخرين، وتنمية الإحساس بالتوافق النفسي و الاجتماعي والشعور بالتطابق مع معايير الجماعة وكذا تنمية قدرة الفرد على مواجهة مطالبه الحياتية، وتعزيز الإحساس بتقدير الذات وزيادة شعوره بالانتماء وتعميق إحساسه بالأمن النفسي والاجتماعي.

2-8-5- إشباع الحاجة إلى الأمن النفسي:

للدعم الاجتماعي دور هام في إشباع الحاجة إلى الأمن النفسي وخفض مستوى المعاناة النفسية الناتجة عن شدة هذه الأحداث الضاغطة و له أثر فعال في تخفيف الأعراض المرضية.

حيث يذكر (عبد الله، 2001) أنه في بعض الظروف التي يشعر فيها الفرد بالخوف والشك وفقدان الثقة، الإحساس بتهديد بالذات كنتيجة لذلك، فإنه يمر بخبرة الحاجة الشديدة لإيضاح ما يحدث، وبالتالي فإنه بحاجة للحصول على دعم الآخرين كي يصل إلى الاطمئنان (معتز السيد، 2001: 125).

ويشير كلا من (Brownell & Schomaker, 1984) إلى أن الدعم الاجتماعي يقوم بعدة وظائف من بينها الحفاظ على الصحة الجسمية والنفسية والعقلية وتشير هذه الوظائف إلى الحفاظ على الوحدة الكلية للصحة الجسمية والنفسية والعقلية للوصول إلى تعزيز ودعم إحساس المتلقي بالراحة النفسية والاطمئنان في حياته والشعور بالسعادة، وتقسم هذه الوظائف إلى:

✓ إشباع حاجات الانتماء:

فالدعم الاجتماعي ينمي أنماط التفاعل الاجتماعي الايجابي بين الأصدقاء ويزيل أي نوع من الخلافات ويحافظ على مقومات الصداقة والمودة من التفكك والانهيال وينمي مشاعر المشاركة الفعالة مع الآخرين، وبالتالي يمكن أن يشبع حاجات الانتماء مع البيئة المحيطة بالفرد ويخفف من الآثار النفسية السلبية التي تحيط بالفرد نتيجة العزلة أو الإحساس بالوحدة النفسية والقلق والاكتئاب.

✓ المحافظة على الهوية الذاتية وتقويتها:

يحافظ الدعم على إحساس الفرد بتأكيد ذاته ويدفعه إلى الشعور بالهوية الذاتية في إطار دعم العلاقات الشخصية بالمحيطين به، من خلال تنمية مصادر التغذية الرجعية المرتبطة بمظاهر الذات للوصول إلى اتفاق في الآراء ووجهات النظر (Schomaker & brownell, 1984)

✓ 8-8- تقوية مفهوم احترام الذات :

يعمل الدعم الاجتماعي على تعزيز مفهوم احترام الذات لدى الفرد داخل الجماعة التي ينتمي إليها وينمي إحساسه بالكفاءة الشخصية، كما أن للدعم الاجتماعي وظيفتين أساسيتين تتمثلان فيما يلي:

❖ **الوظيفة الوقائية:** تعتبر المساندة الاجتماعية مصدرا هاما من مصادر الدعم النفسي الاجتماعي الفعّال الذي يحتاجه الفرد في مواجهة الضغوط، حيث يؤثر نمط ما يتلقاه الفرد من دعم سواء كان عاطفيا أو معلوماتيا أو ذاتيا في شد عضده وإثراء خبرته وجعله أكثر إدراكا وتقديرا ويكون واقعا في تقييمه للحدث، مما يسهم بالتالي في زيادة قدرته ومهارته في مواجهة الضغوط والتعامل معها، وبذلك نجد أنه بمقدار تلقي المساعدة والدعم الاجتماعي يكون التباين في حدوث الضغوط وخطورة تأثيراتها.

❖ **الوظيفة العلاجية:** إن المساندة الاجتماعية بما تتيحه من علاقات اجتماعية تتسم بالدفء والثقة تعمل كحواجز ضد التأثيرات السلبية لضغوط الحياة، ومثل هذه العلاقة بالإضافة إلى أنها تمثل مصدرا للتخفيف من الآثار السلبية الناتجة عن تعرض الفرد للأحداث الضاغطة بما توفره من إشباع لحاجات الفرد، فإنها تزيد من شعوره بهويته وتقديره لذاته وتعمل على شحن معنوياته وترفع من مستوى مواجهته للضغوط

واعتقاده في فاعليته وكفاءته وتعزز ثقته بالنفس وهي كلها عوامل تساعد على الوقاية من هذه الضغوط حيث تساهم كذلك في الشفاء مما يترتب عنها من آثار سلبية على الصحة والنفس. (Schomaker & brownell 1984: 9).

يتضح مما سبق أن للدعم الاجتماعي أهمية كبيرة و مؤثرة في حياة الأفراد وله العديد من الوظائف متمثلة في حماية الذات للفرد، ويمكن اعتباره بمثابة الحاجز الواقي الذي يحمي الفرد من التغيير السلبي لحياته وتدهور حالته، كالانطواء والعزلة والاكتئاب وتتمثل أهمية الدعم الاجتماعي أيضا في دوره في تنشيط الذات والإحساس بفعاليتها والسيطرة على المواقف التي تعترض الفرد أثناء ممارسته حياته اليومية، كما يعمل على إمداد الفرد بالثقة بالنفس وتجاوز أي أزمة قد تواجهه، ويتم ذلك من خلال إدراك الفرد بأن هناك من يقدم له هذا الدعم والذي لا يتم إلا من خلال شبكة من العلاقات الاجتماعية المحيطة فيه، كما أن للدعم الاجتماعي أيضا أهمية تتمثل في العمل على وقاية الفرد من الوقوع في الأمراض والاضطرابات العضوية منها والنفسية، فالدعم الاجتماعي كما يرى الباحث يتم من خلاله المساهمة في التوافق الايجابي للفرد بجميع أبعاده النفسية الاجتماعية، الأسرية والجسدية.

2-9- إدراك الدعم الاجتماعي:

يعتبر الإحساس أول خطوة من خطوات التعرف على مكونات البيئة، فهو أساس المعرفة و الفكر، وعن طريقه نعي ما حولنا و نشعر بما يحيط بنا، ليأتي الإدراك بعد ذلك لإعطاء تلك المثيرات معنى أو تأويل أو تفسير لهذه الإحساسات.

حيث يعتبر الإدراك عملية تمييز بين المنبهات التي تتأثر بها الحواس الاعتيادية المعروفة وتفسير معاني تلك المنبهات، ولإدراك هذا تتدخل عمليات الحواس فيظهر أثره في السلوك، وليس الإدراك مجرد استنساخ ما في البيئة من منبهات عن طريق الحواس فقط إنما هو عملية معقدة يؤديها الدماغ تتضمن الغريلة و التصنيف و التعليل و التفسير لطبيعة تلك

المنبهات، أي أن الإدراك عملية عقلية تتضمن التعرف على المثيرات أو المنبهات الموجودة في بيئة الفرد عن طريق الحواس، ثم القيام بتأويلها ليصبح لها معنى يساعد فيما بعد على التعلم و اكتساب المعارف .ما تجدر الإشارة إليه كذلك، إن الإدراك يعتمد على سابق التعلم و ماضي الخبرة أي أنه عملية تكامل مستمرة في حياة الفرد، و يتأثر الإدراك عنده بما لديه من اتجاهات سبق له أن تعلمها، فتؤثر في طبيعة إدراكه للمؤثرات البيئية.

يتضح مما تقدم ما للإدراك من أهمية في كلّ مجالات حياة الفرد فيعتبر عاملا أساسيا في مساعدة الفرد على ربط علاقاته الاجتماعية التي تصله بمحيطه، فهو يستطيع أن يدرك حاجاته النفسية و الفسيولوجية، كما أن كمية الحاجة و مقدارها ليست هي التي تحدد طبيعة علاقة الفرد بسائر الأفراد الآخرين حوله في المجتمع، وإنما الطريقة و الأسلوب اللذان ينتهجهما لإدراك تلك الحاجة إدراكا حسيا اجتماعيا هما اللذان يحددان منهج سلوكه في الحياة الاجتماعية، وعلى ضوء تصرفه هذا و القائم على حاجته ضمن المجتمع يتعين ما يسعى إليه من أهداف سليمة، فالإدراك عملية عقلية في توضيح معنى الأشياء الموجودة ضمن البيئة بوصفها مثيرات ومنبهات تستقبلها حواس الفرد، كما تسهم في تقييم و تقدير حاجاته انطلاقا من علاقاته بمن يحيطون به ضمن مجاله الاجتماعي و دور ذلك في مساعدة هذا الفرد على التصرف بالطريقة الصحيحة التي تضمن له تحقيق أهدافه بشكل مناسب، فمن الواجب على الأخصائيين في ميدان علم النفس النظر إلى الدعم الاجتماعي على أنه مصدر من المصادر المطلوبة للوقاية الأولية، فمعرفة الطرق التي تزيد من فاعلية الدعم الاجتماعي و تعمل على توفيره من أهل المريض و أصدقائه، يجب اعتبارها من الأولويات حيث يجب العمل على تشجيع الأفراد للتعرف على الإمكانيات الممكنة للدعم التي توفرها البيئة المحيطة بهم، ووجوب تعليمهم كيفية الاستفادة من مصادر الدعم المتاحة بفاعلية أكبر، كالانضمام إلى المجموعات التي تشاركهم الاهتمام مثلا، أو المجموعات الاجتماعية غير الرسمية التي تلتقي بشكل منتظم (تايلور، 2008: 458).

2-10- الدعم الاجتماعي والصحة:

عرف مفهوم الدعم الاجتماعي تطوراً هاماً، حيث اقتحم مجال الصحة الفسيولوجية والجسمية، وأصبح بذلك يكتسي أهمية خاصة في الدراسات الوبائية و الإكلينيكية التي تحاول تشخيص مسببات أمراض العصر المزمّنة، ويرجع الفضل في ذلك إلى كلٍّ من (Cassel, 1970) و (Cobb, 1986) حيث نبها إلى دور الروابط الاجتماعية والمساندة العاطفية في الحفاظ على الصحة و الوقاية من المرض ويعتقد العالم أن التأثير الإيجابي للعلاقات الاجتماعية على الصحة يرجع لعدة أسباب، لعل أهمها تلك التي تتعلق بالدور الأساسي والهام للروابط الأسرية و الاجتماعية في مواجهة ضغوط الحياة الصعبة والتخفيف من المشكلات الصحية الناجمة عنها .

إن الدعم الاجتماعي من أهم المتغيرات في الوقاية و تنمية الصحة بجوانبها النفسية و العضوية حيث أثبتت الدراسات العلمية والطبية والوبائية الحديثة الفوائد الصحية و الوقائية و الإنمائية للدعم الاجتماعي على صحة و سلامة العقل و الجسم (بخلف، 2001: 141).

يمكن للدعم الاجتماعي أن يقلل من إمكانية حدوث المرض و يسرع في حدوث الشفاء لدى التعرض للمرض كما أنه يقلل من معدلات الوفيات الناجمة عن الأمراض الخطيرة.

وقد بيّنت الدراسات التي اهتمت بضبط الحالة الصحية ، بأن الأفراد الذين لديهم علاقات اجتماعية كمية أكثر منها نوعية، تكون معدلات الوفيات بينهم متدنية (تايلور، 2008: 448).

وتشير أحدث التقارير الطبية في هذا الشأن أن الأشخاص الذي لا يقيمون علاقات اجتماعية طيبة مع الآخرين ولا يتلقون دعم اجتماعي هم عرضة أكثر من غيرهم للإصابة باضطرابات فسيولوجية ومشكلات صحية مزمنة، وأن خطورة العزلة الاجتماعية على الصحة

تتساوى في أضرارها مع التدخين و ارتفاع ضغط الدم والكولسترول و السمنة والخمول البدني (يخلف، 2001: 143).

2-11- علاقة الدعم الاجتماعي بالأمراض المزمنة :

لقد أكد العديد من الباحثين على أهمية الدعم الاجتماعي ودوره في التخفيف والتقليل من الآثار السلبية لمختلف المشاكل والأزمات والأمراض بوجه عام وللإشارة إلى ذلك تم الاعتماد على بعض التفسير للعلاقة بين المرض و الدعم الاجتماعي.

- **التفسير الأول:** إن الدعم الاجتماعي يعمل على حماية الفرد من الإصابة بالأمراض الجسمية أو العقلية، و هذا ما أكدته الدراسات التي أوضحت دور الدعم الاجتماعي في تقليل الاستهداف للإصابة بمرض الذبحة الصدرية، و توصلت إلى أن انخفاض العلاقات الاجتماعية يرتبط بشكل ملحوظ مع الإصابة بأمراض القلب (شويخ، 2007).

- **التفسير الثاني:** إن الأفراد يصابون بالمرض بسبب نقص أو تغيير نظام المساندة الاجتماعية التي كانوا يتوافقون معها، و من ناحية أخرى قد تؤدي الإصابة بالأمراض إلى حدوث تغيير في الدعم الاجتماعي.

- **التفسير الثالث:** إن هناك بعض المتغيرات الوسيطة، كالمستوى الاقتصادي والاجتماعي وعوامل الشخصية، التي تؤثر على كل من المساندة الاجتماعية والإصابة بالأمراض حيث توصلت الدراسات إلى أن انخفاض مستوى المعيشة يؤدي إلى اضطراب الدعم الاجتماعي من ناحية، ويصيب الفرد من ناحية أخرى بأمراض القلب، كما أوضحت الدراسات أن الأفراد ذوي نمط (أ) في الشخصية يعانون من انخفاض الدعم، كما أنهم يكونون أكثر عرضة للإصابة بأمراض القلب (شويخ، 2007: 92).

خلاصة الفصل:

يعتبر الدعم الاجتماعي عامل نفسي صحي لما لديه من تأثيرات ايجابية في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة، إذ اقتحم مجال الصحة الفيسيولوجية والجسمية، فقد أكدت العديد من الدراسات على أهمية الدعم الاجتماعي المدرك مقارنة من الدعم الاجتماعي الفعلي، فهو من أهم المتغيرات في الوقاية و تنمية الصحة بجوانبها النفسية و العضوية و التي لها الأثر المباشر و الايجابي في تبني السلوكات السوية و الصحية، إضافة إلى إثراء خبرة الفرد وجعله أكثر إدراكا فيكون الفرد واقعا في تقييمه للحدث مما يسهم في زيادة قدرته ومهارته وفي الأخير فالدعم الاجتماعي المدرك يحسم ويعدل من أساليب مواجهة الضغوط والتعامل معها و هذا ما يعرف باستراتيجيات المواجهة والتي سنتطرق إليه في الفصل الموالي.

الفصل الثالث
الضغط واستراتيجيات المواجهته

تمهيد :

يواجه الإنسان في حياته الكثير من المواقف والأحداث التي تتضمن خبرات غير مرغوب فيها، وتكون مهددة له، باختلاف أنواعها وفي مقدمتها المشاكل النفسية، ومن بين هذه المشاكل والمعاناة فقد نجد فقدان شخص عزيز أو إصابته بمرض مزمن وغيرها من مصادر التوتر والضغط النفسي، التي قد تنال من تفكيره واستقراره النفسي والجسدي، مما جعل العلماء والباحثين في علم النفس يولون اهتماما بالغاً لموضوع الضغط النفسي وآثاره الخطيرة على صحة الفرد النفسية والجسمية والبحث عن الأسباب التي تؤدي إلى التأثير بالضغوط ومصادرها وكيفية مساعدة الأفراد على مواجهتها ومن هذا المنطلق سنركز في هذا الفصل مفهوم الضغط النفسي والنظريات المفسرة له، أنواع ومصادر الضغوط، الأعراض والمظاهر، كيف يمكن تأثير الضغط على الجانب النفسي والجسمي؟ وأساليب إدارة الضغط.

3-1- لمحة تاريخية عن مفهوم الضغط:

يعتبر الضغط من المصطلحات المتداولة على نطاق واسع بين شرائح المجتمع في مواقف وبيئات مختلفة، فهو كلمة مشتقة من الفعل اللاتيني (stringer) والتي تعني حالة ضيق، وقد شاع استخدامها في القرن السابع عشر وفي أواخر القرن الثامن عشر تطور و أخذ المعنى الحديث القوة أو التوتر، الجهد. حيث استعمله الأنجلوسكسونيون لإعطائه معنى الخطر (الطوارئ) في وجود تهديدات (اعتداءات) خارجية (Boudarene, 2005, p 01).

فقد استعمل كوشي (Cauchy) مصطلح الضغط في مجال الفيزياء لدراسة الأجسام الصلبة الذي يمارس على المادة مسبباً تشويهها أو كسرها و هو يعني القوة أو الشدة و الثقل الفيزيائي، أما حديثاً و في مجال العلوم الإنسانية فبدأ استعمال كلمة ضغط (Stress)

ليشير إلى تلك القوة التي تؤثر على الفرد وتسبب له بعض التغيرات النفسية مثل التوتر والضيق، وبعض التغيرات العضوية والفيزيولوجية (خليفة وعيسى، 2008، ص 125).

وقد كان العالم الفيزيولوجي **W.Cannon** من الأوائل و الرواد الذين استخدموا مفهوم الضغط وذلك في نظريته (1914) على أساس أن الضغط استجابة مرتبطة بالانفعال. ليستخدمه بعد ذلك سنة (1928) على أنه استجابة سلوكية للهروب أو المواجهة للاعتداءات كما أكد على ضرورة الاهتمام بالعامل الانفعالي في تطور الأمراض و فكر بمصطلح الضغط بمعنى فيزيولوجي و نفسي في آن واحد (Paulhan, Bourgois,) (1998, p 09).

أما (Hans Selye, 1975) فقد أعطى لمفهوم الضغط صدى علميا، فدرس الاستجابة العضوية للاخصوصية اتجاه الاعتداءات وسماها بالتناذر البيولوجي للضغط، ثم ربط هذا الأخير بعدة استجابات دفاعية للعضوية المسؤولة عن الأمراض التكيفية، ليوسع هذا المفهوم إلى الاعتداءات النفسية الاجتماعية (Boudarene, 2005, p02).

وخلال فترة الستينات اهتم (Lazarus, 1981) بأهمية تأثير المحيط الاجتماعي كعنصر محدد. فاعتبر (الضغط النفسي) نتيجة التفاعل (التعامل) بين الفرد و محيطه وأخذ بعين الاعتبار أن الضغط ينظر إليه من زاويتين حيث يستهدف التوازن الفيزيولوجي للفرد في الوسط الخارجي الفيزيائي المهدد الذي يتواجد فيه الفرد ومن جانب آخر التوازن النفسي في المجتمع و متطلباته و صراعاته (Boudarene, 2005, p03).

3-2- مفهوم الضغط:

تعددت الكتابات حول موضوع الضغط النفسي واختلفت التعاريف في صياغة مفهوم موحد يساهم في الكشف عن الأبعاد المختلفة للضغط، وهذا نظرا لاستخدامه على نطاق واسع في مجالات مختلفة كالطب والفيزياء وعلم النفس وغيرها.

فعره الطبيب هانز سيلبي على أنه استجابة غير محددة يقوم بها الجسم كرد فعل لأي مطلب يواجهه، أما (Cohen,1983) فيعرفه أيضا بأنه علاقة خاصة بين الفرد و البيئة، حيث يتم تقدير هذه البيئة من طرف الفرد بأنها مهددة وأنها تفوق وتتجاوز قدراته الكيفية مما يؤثر على صحته. كما أشار (لازاروس، 1984) إلى العلاقة الخاصة الموجودة بين الشخص والبيئة التي يدركها على أنها شاقة وتفق قدراته وتهدد سلامته وراحته (Cottraux, 2001, p45).

ومن جهته ركز (Merchenbem, 1988) في تعريف الضغط على القوة الخارجية التي تؤثر على الفرد، والتي ينتج عنها توتر أو انزعاج، ترتبط باستجابات الفرد عندما يتعرض لتهديدات بيئية مستمرة، الأمر الذي يؤدي إلى اختلال في التوازن النفسي والفيزيولوجي وينتج عنه الإحساس بالغضب والاستثارة والقلق.

في حين اعتبر (Boom, 1990) الضغط كخبرات انفعالية سلبية مصحوبة بتغيرات فيسيولوجية كيميائية معرفية سلوكية موجهة لتغيير الحدث الضاغط أو العمل على خفض تأثيره، و بدوره كشف دانزر (Danzar) على أنه علاقة تعاملية تتضمن في بدايتها إدراك وتأويل الوضعية ولا استجابة للبقاء التي تحدث بطريقة مقبولة مهما تعدد العامل الضاغط، (Bourgeois, 1998, P 30).

أما بالنسبة (Paul Martin, 2000) فيرى أن الضغط النفسي يعتمد على طريقتنا في تقييم المتطلبات المطروحة علينا وقدرتنا على تحملها، فهو ناتج عن الطريقة التي يتفاعل بها الجسم مع البيئة وفي نفس المنوال أشار (Sarafano) إلى أن الضغط هو نتيجة للتفاعل القائم بين الفرد والمحيط، والذي يؤدي به إلى إدراك عدم توافق حقيقي أو خيالي بين متطلبات الوضعية وإمكانياته وقدراته البيولوجية والنفسية والاجتماعية (Fleurance, 1998, p 95).

3-3- النظرية المفسرة للضغط النفسي:

يعد مصطلح الضغط محل أبحاث نفسية واجتماعية متعددة مما أعطى تنوعاً في النظريات التي تطرقت للضغط.

3-3-1 نظرية هنري موراي (Henry Murray) 1988:

أوضح موراي أن مفهوم الحاجة ومفهوم الضغط مفهومان مركزيان ومتكافآن في تفسير السلوك الإنساني، وأنه لا يمكن الفصل بينهما، كما يلتقي كلٌّ من الضغط والحاجة في وحدة سلوكية كلية تفاعلية تتضمن الموقف الحافز (الضغط) والحاجة.

وقد صنف الحاجات إلى حاجات نفسية المنشأ مثل الحاجة إلى الهواء، والماء والطعام، وحاجات ظاهرة تأتي أو تستثار من البيئة، وهي تمثل ضغوطاً خارجية (عثمان، 2001: 100). فالضغط عبارة عن صفة أو خاصية لموضوع بيئي أو شخصي، تيسر أو تعوق جهود الفرد للوصول إلى هدف معين، وترتبط الضغوط بالأشخاص، أو الموضوعات التي لها دلالات مباشرة تتعلق بمحاولات الفرد لإشباع متطلبات حاجاته (عيسى والسيد خليفة، 2008: 145).

وهكذا و طبقاً لنظريته فإن الحاجات النفسية لها قوى دافعية لا تعمل بمفردها و إنما تتضافر مع القوى البيئية من أجل انبثاق السلوك الإنساني و ميز (موراي) بين نوعين من الضغوط كما يلي :

- ضغوط ألفا: و هي التي توجد في الواقع الموضوعي في بيئة الفرد، أو تشير إلى خصائص الموضوعات و الأفراد و دلالاتها كما توجد في الواقع.
- ضغوط بيتا: تشير إلى دلالة الموضوعات البيئية كما يدركها الأفراد و يرتبط سلوك الفرد غالباً بضغوط بيتا لأن الأهم ليس في الموضوعات ذاتها و لكن في دلالاتها كما يدركها الفرد (الرشيدي، 1999: 65).

تحدث كرد فعل لشكل ما من الضغط، وتبدأ هذه العملية بواسطة مثير خارجي ضاغط. ميّز أيضا بين مفهوم الضغط و التهديد، فالضغط يشير إلى الاختلاف في الظروف والأحوال البيئية التي تتسم بدرجة ما من الخطر الموضوعي، أما التهديد فيشير إلى التقدير والتفسير الذاتي لموقف خاص على أنه خطير أو مخيف (الرشيدي، 1999: 54).

واعتمد سبيلبرجر في تفسيره للضغوط على نظرية الدوافع، حيث تلعب الضغوط دورا في إثارة الاختلافات على مستوى الدوافع كلّ حسب إدراكه لهذه الضغوط، كما تركز على المتغيرات المتعلقة بالموقف الضاغط وإدراك الفرد لها، فقد حدّد سبيلبرجر مفهوم الضغوط من خلال ثلاثة أبعاد و هي : مصدر الضغط الذي يبدأ بمثير يحمل تهديدا أو خطرا ما نفسيا أو جسميا، ثم إدراك الفرد للمثير أو التهديد و ثالثا رد الفعل النفسي المرتبط بالتهديد، ومن هنا ترتبط شدة المثير بمدى إدراك الفرد له. وقد صنف سبيلبرجر القلق إلى نوعين:

1- القلق كسمة: هو استعداد طبيعي، أو اتجاه سلوكي يجعل الفرد يعتمد على الخبرة الماضية، وهو قلق مزمن يشير إلى الفروق الثابتة نسبيا في الميل إلى الاستجابة للمواقف التي يدركها الأفراد على أنها مهددة بحالة متزايدة من شدة القلق.

2- القلق كحالة: هو قلق موضوعي أو موقفي يعتمد على الظروف الضاغطة، وهو حالة انفعالية مؤقتة تختلف في الشدة والتنوع عبر الزمن، وتتميز هذه الحالة بالتوتر والمشقة، وتنشيط الجهاز العصبي الذاتي (عبد الجواد، 1994: 16).

وبذلك يربط سبيلبرجر بين الضغط والقلق كحالة، ويعتبر الضغط الناتج ضغطا مسببا لحالة القلق، بينما حالة القلق موقفية، وتعتمد بصورة أساسية ومباشرة على الظروف الضاغطة.

3-3-2 نظرية هانز سيلبي (Hans. Selye 1976):

يعتبر سيلبي من أشهر الأطباء اللذين فسّروا الضغط تفسيراً فزيولوجياً، وأوضح مدى تأثير الضغط على الإنسان كعملية مرتبطة بالمرض وتكيفه مع الضغط، فانطلقت نظريته من مسلمة ترى أن الضغط متغير غير مستقل، وهو استجابة لعامل ضاغط يميز الشخص ويضعه على أساس استجابته للبيئة الضاغطة، ويعتبر أن أعراض الاستجابة الفسيولوجية للضغط عالمية، وهدفها المحافظة على الكيان والحياة (عثمان يخلف، 2001: 98).

ويرى سيلبي في نموذج متلازمة التكيف العام وهو مفهوم قدمه في نظريته التي أطلق عليها نظرية الضغط للأمراض، والتي تتلخص في الدفاعات الهرمونية التي يقوم بها الجسم عند تعرضه للضغط، وبأنها استجابة الجسم الفسيولوجية للضغط دون الاهتمام بالمشير أو الحدث الضاغط فحسب هذا النموذج فإننا نستجيب تلقائياً إلى مصادر الضغط في ثلاث مراحل :

1- **مرحلة الإنذار أو التنبيه:** وتمثل هذه المرحلة رد الفعل الأول للموقف الضاغط و ذلك عندما نعبئ مصادرها لمواجهة مصدر الضغط أو مقاومته.

2- **مرحلة المقاومة:** و تشمل الجهود المبذولة لمواجهة مصدر الضغط و تكون انعكاساً لمرحلة الإنذار.

3- **مرحلة الإنهاك:** وهي مرحلة تعقب المقاومة، نصل إليها عند التعرض بشكل متكرر للضغوط و تكون الطاقة الضرورية قد استنفدت و تصبح غير قادرين على المقاومة (شويخ، 2012: 133).

3-3-3 نظرية سبيلبرجر (Speilberger ,1979):

تعتبر نظرية سبيلبرجر في القلق مقدمة ضرورية لفهم الضغوط، وقد ميّز بين مفهوم الضغط، مفهوم القلق، فالقلق عملية انفعالية تشير إلى تتابع الاستجابات المعرفية التي

3-3-4 نظرية التقدير المعرفي لريشارد لازاروس (Richard. Lazaruse, 1984):

تعرف نظرية التقدير المعرفي الضغوط بأنها تنشأ عندما يوجد تناقض بين المتطلبات الشخصية للفرد و الذي يؤدي إلى تقييم التهديد وإدراكه في مرحلتين إحداهما تختص بالتهديد ومعرفة أن بعض الأحداث هي في حد ذاتها شيء يسبب الضغوط، والأخرى يحدد فيها الطرق التي تصلح للتغلب عن المشكلات التي تظهر في الموقف و يعتمد تقييم الفرد للموقف على أنه ضاغط لعدة عوامل منها: العوامل الشخصية و العوامل الخارجية الخاصة بالبيئة الاجتماعية، و العوامل المتعلقة بالموقف نفسه (السيد، 2001: 100).

ويعتبر (لازاروس) الضغط نتيجة للتفاعل الديناميكي بين الفرد والمحيط، أي التفاعل بين كل العوامل المتعلقة بالظاهرة، باعتبارها مؤثرا واستجابة، والعمليات العقلية والمعرفية التي يستعملها الفرد والتحكم في الظاهرة لتحديد المؤثر المهدد.

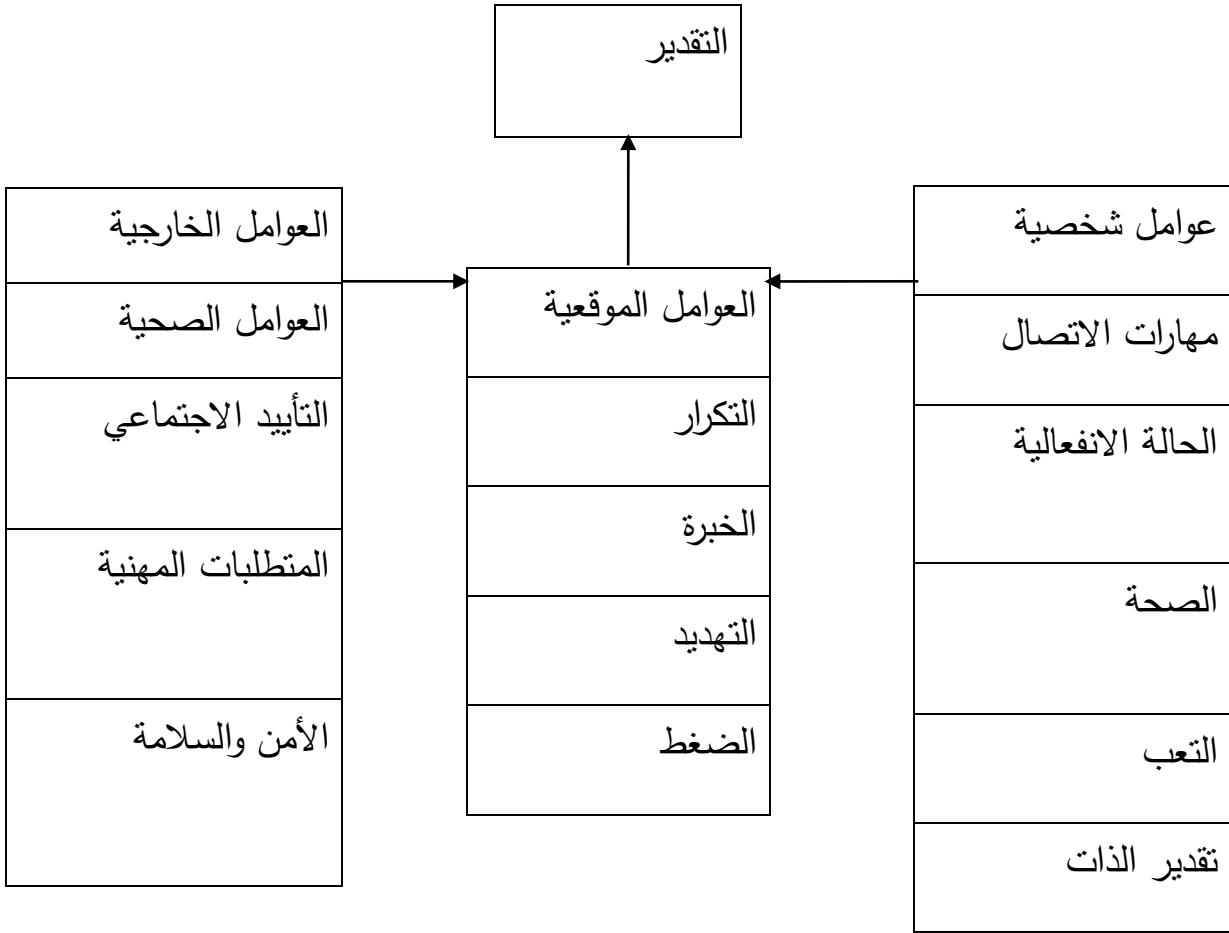
كما أكد (لازاروس) على أن طريقة تفكير الفرد في المواقف التي يتعرض لها هي التي تسبب الضغط له، والأساس في هذه النظرية أن الاستجابة للضغط تحدث فقط عندما يقيم الفرد موقفه الحالي على أنه مهدد أي يحاول الفرد تقييم الموقف بشكل معرفي بصورة أولية لتحديد معنى الموقف ودلالته، فيكون رد فعل الفرد عندما يدرك أن بعض القيم أو المبادئ المهمة تبدو مهددة. ثم بعد ذلك يقوم بعملية تقييم ثانوي لتحديد مصادر المواجهة التي يستند إليها في التعامل مع الموقف، وهو ما سماه لازاروس بعملية التقييم الأولي والثانوي، وكلتا المرحلتين متأثرة بعدد من العوامل التالية: طبيعة المنبه نفسه وخصائص الفرد الشخصية و مستواه الثقافي، الخبرة السابقة له ، إضافة إلى تقييم الفرد لإمكاناته (Lazarus, 1966).

و بما أن عملية التقييم عملية ديناميكية فكل عنصر أو معلومة جديدة من الوضعية تؤدي إلى إعادة تقييم لها، وتؤدي بالفرد إلى استعمال خطة جديدة أو إيجاد مواجهة فعالة تقضي على حالة الانفعال السلبي الذي يولد الموقف (Lassad.D, 2005, p 20).

بذلك أضاف لازاروس إلى عملية التقييم الأولي والثانوي عملية ثالثة وهي إعادة التقييم وهي العملية التي من خلالها يعيد الفرد كيفية إدراكه ومواجهته للموقف. أو تغيّر هذه الأساليب طبقاً لإدراكه لمدى جدواها أو نتيجة لحصول الفرد على معلومات جديدة (طه عبد العظيم، 2006: 57).

وقد فسّر لازاروس الضغط في إطار العلاقة بين الشخص والبيئة والتقييم المعرفي والانفعالي في نفس الوقت واعتبر أن الانفعالات هي الجسر الرابط بين تفاعلات الأفراد مع المحيط، فالمعرفة والانفعالات في تبادل وتفاعل مستمر فكلاهما يؤثر في الآخر (p 29 Lassad.D, 2005).

والمخطط التالي يوضح نظرية (Lazarus) المتمثلة في التقييم المعرفي للضغوط:



الشكل رقم (03): نظرية التقييم المعرفي للضغط النفسي (مفتاح، 2005: 35).

3-4- أنواع الضغوط النفسية:

لقد اختلفت أنواع الضغوط النفسية بين العلماء وهي كما يلي:

3-4-1 من حيث المدّة وتحتوي الأنواع التالية:

- الضغط النفسي المزمن: هو مجموعة الضغوط الصغيرة التي تتراكم لتكون على المدى الطويل مقدار ضغط مفرط يفوق عتبة مقاومة الفرد، ممّا ينتج إنهاك نفسي وحسّي تدريجي مسؤول عن أمراض التكيف. (آيت حمودة، 2006: 93).

- الضغط النفسي المؤقت: وهي الضغوط التي تحيط بالفرد لفترة وجيزة ثم تزول بزوال المواقف الضاغطة (عيسى وخليفة، 2008: 193).

3-4-2 من حيث المصدر وهما نوعان:

الضغط الداخلي: والذي يأتي من خيارات نمط الحياة، والحدث السلبي الذاتي، والأفكار العقلية وسمات الشخصية.

الضغط الخارجي: ويأتي من البيئة والتفاعل معها، وأحداث الحياة الرئيسية والمشاحنات اليومية (شيخاني، 2003: 12).

3-4-3 من حيث الشدة: وهي نوعان:

الضغط النفسي المنخفض: والذي يقلل الأداء ويحدث الملل ويخفض الدافعية والتركيز. (حسين وحسين، 2006: 34).

الضغط النفسي الحاد: هو استجابة الفرد لتهديد فوري مباشر لحياة الفرد وهو ما يسمى بالصدفة (عيسى وخليفة، 2008: 137).

3-4-5 من حيث التأثير ويحتوي على:

الضغط السلبي: وهو الضغط الذي يشعر الفرد بعدم تحمل صعوبات الحياة التي تفوق طاقته، وإن لم يبادر إلى تخفيفه وعلاجه، فيتدرج حينها إلى المرض الجسدي (كيث، 1999: 9).

الضغط الايجابي: قد يعمل الضغط كحافز يساعد على مواجهة وتصدي التحديات اليومية بكل كفاح وتحدي وإلحاح، ويعد غيابه عائق للتمتع بمظاهر الحياة .

الضغط النفسي التكيفي: هو رد فعل بيولوجي نفسي طبيعي وتكيفي، له آثار فيزيولوجية التي تجعل الجسم في غاية الاستعداد للفعل، هذا إضافة إلى الآثار النفسية الثلاثة وهي:

مركز الانتباه، معبئ للطاقة، ومحرض للعمل والفعل (طايبي، 2007 : 14).

الضغط النفسي المتبقي: وهو الضغط الذي يتراكم أو يبقى بعد تجربة الموقف الضاغط.

ومن هذا التباين في أنواع الضغوط، يميل الباحثون إلى التمييز بين ثلاثة أنواع من الضغوط وفقا لتوجهاتهم النظرية:

الضغط الفيزيولوجي: وهو يتصل خاصة باختلال في نظم وخلايا الأنسجة.

الضغط الاجتماعي: ويخص تفكك وحدة اجتماعية معينة أو نظام اجتماعي.

الضغط النفسي: ويتعلق بالمتغيرات المعرفية التي تقف وراء تقدير الفرد للمواقف التي تهدد كيانه وراحته (Cottraux, 2001, p 236).

3-5- أعراض ومظاهر الضغوط النفسية:

عندما يفشل الفرد في التحكم في المصادر التي تسبب له ضيقا وإزعاجا (ضغوط سلبية) فإن جسمه يمرّ بخبرة أو حالة تعرف بالواجهة أو الهرب، وعلى إثر ذلك تقوم أعضاء الجسم بعمليات حيوية غير طبيعية تعود بالضرر على الجسم وتتهكه.

وتظهر أعراض الضغط مع استمرار المصادر المسببة له، إلا أن الأعراض المختلفة لا تظهر جميعها في وقت واحد ولا على جميع الأشخاص، فلكل واحد منا نقطة أو نقاط ضعفه، ولكل واحد إمكاناته الخاصة وعالمه الخاص به، ومن تمّ إدراكه المميز للمواقف الحياتية (عسكر، 2003: 51). وفيما يلي تصنيف لأعراض الضغوط المختلفة:

3-5-1 الأعراض الجسدية: العرق الزائد، التوتر العالي، الصداع بأنواعه (نصفي، دوري، توتري)، ألم في العضلات وخاصة في الرقبة والأكتاف، عدم الانتظام في النوم (الأرق، النوم الزائد، الاستيقاظ المبكر على غير العادة)، تطبيق الفكين واحتكاك الأسنان، الإمساك، آلام الظهر وخاصة في الجزء السفلي منه الإسهال والمغص، التهاب الجلد (طفح جلدي)، عسر

الهضم و القرحة، التعب وفقدان الطاقة والتغير في الشهية، زيادة التعرض للحوادث التي تؤدي إلى إصابات جسمية.

3-5-2 الأعراض الانفعالية: سرعة الانفعال و تقلب المزاج، العصبية و سرعة الغضب، العدوانية واللجوء إلى العنف، الشعور بالاستنزاف الانفعالي أو الاحتراق النفسي، سرعة البكاء و الاكتئاب.

3-5-3 الأعراض الفكرية والذهنية: النسيان والصعوبة في التركيز، الاضطرابات في التفكير ذاكرة ضعيفة أو الصعوبة في استرجاع الأحداث، استحواذ فكرة واحدة على الفرد و تزايد عدد الأخطاء.

3-5-4 الأعراض الخاصة بالعلاقات الشخصية: عدم الثقة غير المبررة بالآخرين و لوم الآخرين، نسيان المواعيد أو إلغائها قبل فترة وجيزة، تجاهل الآخرين و التفاعل مع الآخرين بشكل، آلي غياب الاهتمام الشخصي و تصييد أخطاء الآخرين، تبني سلوك واتجاه دفاعي في العلاقات مع الآخرين (عسكر، 2003: 52).

3-6- كيف يمكن تأثير الضغط على الجانب الجسمي والنفسي؟

يتم تأثير الضغط من خلال منظورين اثنين مختلفين، الجسمي والنفسي و قد ركز الكثير من الباحثين على كيفية تأثير الضغط الذي نشعر به في أجسامنا، وعلى وجه الخصوص استكشاف دور الجهاز العصبي. لأنه انطلاقاً من تعريف الضغط على أنه يشتمل على عامل التفسير، فمن الضروري النظر في الكيفية التي يمكن بها حدوث أثر على الجانب الجسمي و النفسي.

3-6-1 التفسيرات الجسمية: الضغط والجهاز العصبي (Système Nerveux) :

الجهاز العصبي هو شبكة اتصال لأجسادنا، ودوره هو مراقبة الظروف الداخلية والخارجية، فالجهاز العصبي المركزي (Système Nerveux Central) والجهاز العصبي الطرفي (Système Nerveux Périphérique). والجهاز المركزي يتكون من المخ والحبل الشوكي، في حين أن الجهاز العصبي الطرفي يتكون من الأعصاب الحسية والحركية التي تشارك في نقل الموصلات الكيميائية المعروفة باسم المرسلات العصبية، التي تقوم بإرسال عن الظروف الداخلية والخارجية لأجزاء مختلفة من أجسامنا. أما الجهاز العصبي الطرفي، فيتكون من جزأين: الجهاز العصبي الحشوي والجهاز العصبي اللاإرادي. ويقوم الجهاز العصبي الحشوي بنقل الرسائل الصادرة من الجلد والعضلات إلى المخ. أما الجهاز العصبي اللاإرادي فيرى الباحثون أنه هو المشارك في المقام الأول في الاستجابة للضغط.

وينقسم أيضا الجهاز العصبي اللاإرادي إلى نظامين، الجهاز العصبي الودي والباراسيمبتي. ينشط الجهاز العصبي الودي أثناء حالات الطوارئ، أو يدرك أنها حالات طوارئ، ونتيجة لتنشيط الجهاز العصبي الودي تحدث زيادة في اليقظة والاستثارة والتعبئة، وتسمى هذه الاستجابة في كثير من الأحيان بجهاز المحاربة أو المكافحة، حيث تستعد أجسامنا إما إلى محاربة مصادر الضغط. وتشمل الآثار التي نشعر بها عندما ينشط هذا الجهاز زيادة في معدل ضربات القلب و زيادة التنفس، زيادة نشاط الغدد العرقية. وفي المقابل يعمل جهاز الودي على تهدئة استجابة الجسم والاسترخاء ورجوع أنظمتنا الجسمية مرة أخرى إلى التوازن والوظيفة الطبيعية. ويعمل هذا الجهاز أن (الجهاز العصبي الودي والجهاز العصبي الودي) معا على الحفاظ على التوازن من خلال عمل أحدهما وإكمال الآخر (شويخ، 2012: 130).

3-6-2 الضغط و جهاز الغدد الصماء (Système Endocrinien):

جهاز الغدد الصماء هو جهاز الغدد التي تشارك أيضا في الاستجابة للضغط، حيث يفرز جهاز الغدد الصماء الذي يوجد أعلى كل كلية هرمونات مختلفة في الجهاز الدوري، وبالتالي يمكن إرسالها إلى كل أجزاء الجسم.

3-6-3 الضغط و جهاز الغدد النخامية- الغدة الكظرية- Glande Surrénale

(Glande) Pituitaire:

الغدة الكظرية توجد أيضا أعلى كل كلية، جنبا إلى جنب مع الغدد الصماء. وتنتج الغدة الكظرية أيضا هرمونات استجابة للضغط، ويحدث هذا نتيجة للرسائل التي تبدأ من المخ. وعندما نفسر الشيء باعتباره مصدرا للضغط. تنتشر أجزاء في المخ لإرسال الرسائل التي تهيب الجسم للتعامل مع مصادر الضغط. حيث ترسل رسالة في هيئة هرمون من القشرة الأمامية إلى منطقة أخرى في المخ تسمى الغدة النخامية التي ترسل رسالة إلى الغدة الكظرية، وتكون هذه الرسالة في شكل هرمون القشرة الكظرية، وعندما يصل هرمون القشرة الكظرية إلى الغدة الكظرية يتم تنشيطها لإنتاج هرمونات، وأكثرها شيوعا هو ما يسمى "الكورتيزول". ويسمى في بعض الأحيان بهرمون الضغط، حيث يطلق الكورتيزول باعتباره رسالة لتحضير الجسم للتعامل مع مصادر الضغط (شويخ، 2012: 132).

3-7-7 مصادر الضغوط:

على الرغم من أن الفرد قد يتعرض لكثير من الضغوط طوال مراحل حياته إلا أن طبيعة الضغوط التي تفرضها عليه قد تغيرت و كذلك مدى استيعابه لها مع تغيرات الحياة فمن منظور المجتمع فإن هذا التطور قد أدى إلى حدوث مشكلات خطيرة و أصبح عاملا ضاعطا على الفرد و لذلك يبدأ التأثير السلبي لتلك الأحداث على الفرد.

فيعرف عادل الأشول (1993) مصادر الضغوط بأنها عبارة عن مثير له إمكانية محتملة في أن يولد استجابة المواجهة أو الهروب منها (الأشول، 1993: 15).

كما تعتبر مصادر الضغط غير محدودة وغير مرتبطة بنوع معين من المثيرات وهذا ما أدى بالعديد من الباحثين للقيام بمحاولات لتصنيف هذه المصادر، فقد أشار (لازاروس، 1976) إلى مصدرين أساسيين للضغوط واللذان لا يعتبران من العوامل المؤدية للضغوط وهي: العوامل الفسيولوجية للضغوط والظروف البيئية والاجتماعية المؤدية للضغوط. حيث يتضمن العامل الأول على سبيل المثال: الحرارة، البرودة، الميكروبات التي تنتشر في الجسم والأضرار الجسمية والعدوى عن طريق البكتيريا والفيروسات، وفي هذه الحالة تتحرك الآليات الدفاعية للجسم للتغلب عن الضرر الجسمي والاحتفاظ بالصحة الجيدة. أما العامل الثاني فيتضمن العوامل البيئية المؤدية للضغوط النفسية والاجتماعية، تلك العوامل التي تتعلق بالفرد حيث تعتمد على تكوينه النفسي والعضوي و البعض الآخر منها يتعلق بالبيئة الخارجية وغالبا ما تكون ضغوط الحياة عامة لكل الناس (Lazarus, 1976, p 48).

وقد أشار العديد من الباحثين في دراساتهم (كالطيري، 1996) و(شقيير، 1997) و(الزرد، 2000) إلى أن أهم مصادر الضغوط النفسية تتمثل في المشكلات الذاتية للفرد أهمها:

3-7-1 المشكلات النفسية:

حيث أن تعرض الفرد لمستوى عالي من الضغط عادة ما يصاحبه شعور بالقلق والتعب والإرهاق والتوتر والانفعال والأرق، هذا إلى جانب الاحباطات والصراعات اللاشعورية داخل شخصية الفرد ونقص تقدير الذات، ونقص الاستحقاق والشعور بعدم القيمة والقلق والاكتئاب والشعور بالوحدة النفسية (طه عبد العظيم، 2006، ص 39) والخجل وعدم الجرأة، الاحترام، الغضب، اللامبالاة، عدم التعاون، الأنانية، عدم الحماس، ضعف الدافعية (خليفة، 2008: 47).

3-7-2 سمات الشخصية : فترتبط بما يحمله الفرد من قيم أساسية تؤثر في اتجاهاته وبالتالي في سلوكياته وفي هذا الإطار تقسم أنماط الشخصية إلى نمطين:

- **نمط الشخصية النشطة:** غالبا ما تتسم بعدم الصبر، المنافسة، الجدية والشعور الدائم بعدم كفاية الوقت ومحاولة تحقيق عدة أشياء في وقت واحد، ونظرا لما تتصف به الشخصية النشطة من عدم القدرة على الصبر فإنها تبدو عدوانية ومتوترة.

- **نمط الشخصية المرنة:** وهي تمثل الأشخاص الذين يتحلون بالصبر والأسلوب المرن في التعامل مع الآخرين وهم يحافظون على مستوى التناغم والتنسيق، والأشخاص في هذا النمط أكثر افتتاحا للتغذية الرجعية حيث يدركون بحدسهم ما الذي يجب أن يفعلوه في كل موقف (خليفة، 2008: 148).

3-8- أساليب إدارة الضغط:

بعد عرض لمحة عامة عن الضغط واكتشاف بعض الآليات التي لها تأثير على مواجهته، فقد حدد علماء النفس الصحي منهجين رئيسين لإدارة الضغط. يركز الأول على أساليب الاسترخاء، والآخر على أسلوب سلوكي معرفي واجتماعي.

3-8-1 أساليب الاسترخاء:

ترتبط أغلب مصادر الضغط بالتفكير، حيث ذكر "جيرنيج" (2006) ما نعانيه من مصائب يرجع إلى قلقنا من المشكلات وتوقع التهديدات. فتوليد هذه المخاوف والتركيز عليها ينشط استجابتنا للضغط كما تهدف الأساليب المعتمدة على الاسترخاء إلى خفض تركيزنا على هذه الأفكار التي تقلل استجابتنا للضغط.

3-8-2- ممارسة الرياضة: ممارسة النشاط الجسمي تمثل أداة فعالة لمواجهة الضغط، و قد أظهرت الأبحاث أن الأفراد الذين يمارسون الرياضة بشكل منتظم يميلون إلى أن يكونوا

أقل اكتئاباً و شعوراً بالضغط (Salmon,2001) فممارسة الرياضة تساعدنا على مواجهة الضغط.

كما وجد ثروني وزملائه (2000) أن أولئك الذين كانوا يمارسون الرياضة بشكل منتظم كانوا يستجيبون بانخفاض معدلات النبض مقارنة بالذين لا يمارسون الرياضة. كما وجد باحثون آخرون أيضاً أن التمرين يساعد الأفراد على مواجهة المشقة (e.g.babyak et al, 2001, ker and kuk, 2000). واستخلص (جيرنج 2006) أنك عندما تشعر بالضغط في العمل في مرة التالية، فمن المفيد أن تبذل جهداً في ممارسة الرياضة، حتى وإن اقتصر على السير على الأقدام بإيقاع سريع (شويخ، 2012: 160).

3-8-3- الأدوية: تركز أساليب إدارة الضغط على الاستجابات الفسيولوجية التي تحدث في أجسامنا، وذلك استناداً إلى افتراض أنه إذا أمكن تخفيض الاستجابات الفسيولوجية (أعراض الضغط)، فإن تأثير الضغط أيضاً سينخفض. وهكذا فالأدوية التي تركز على الحد من الأعراض الجسمية للضغط. مثل زيادة معدل ضربات القلب، وارتفاع ضغط الدم توصف في بعض الأحيان للذين يعانون من الضغط. وتنتمي الأدوية التي توصف لمواجهة الضغط إلى عائلة البنزوديازيبين Benzodiazepine ، ويؤدي إلى شعور الفرد بأنه أكثر هدوءاً.

ولكن العلاجات بالأدوية للضغط تعالج الأعراض وليست سبب الضغط، ولذلك فهي ربما أكبر فائدة باعتبارها أداة لمساعدة فرد ما خلال موقف شاق ولكنها لا تعرض حلاً طويل الأجل.

ويصبحون الأفراد معتمدين على هذه الأدوية الموصوفة، ومع طول فترة الاستعمال يزداد تحملهم لها، مما يعني أن هناك حاجة إلى زيادة الجرعات من أجل الحد من أعراض الضغط الجسمية، ولهذا يهدف العلاج النفسي على المدى الطويل إلى أن يكون أكثر فعالية في مساعدة الفرد من خلال تطوير استراتيجيات مواجهة مصدر ضاغط لتجنب زيادة جرعات الدواء (شويخ، 2012: 161).

3-8-4- الأساليب السلوكية المعرفية والاجتماعية:

صممت الأساليب السلوكية المعرفية لتساعد على تعليم الأفراد مناقشة المشاعر المرتبطة بهم، وإيجاد طريقة لمواجهته وتوظيف الآليات المستخدمة لتشمل العلاج السلوكي المعرفي على الحد من الضغط.

3-8-4-1 العلاج السلوكي المعرفي Thérapie Cognitive Comportementale :

يؤكد العلاج السلوكي المعرفي على أهمية تغيير المعارف والسلوكيات. ويفترض هذا العلاج أنه بتغيير إدراكات الأفراد وأفكارهم عن مصادر الضغط، فيتجه ذلك ليؤثر على انفعالاتهم و استجاباتهم الفسيولوجية لمصدر الضغط. وهكذا فإن المبدأ الرئيسي في العلاج المعرفي السلوكي هو أن الطريقة التي يفسر بها الأفراد الأحداث والخبرات لها تأثير جوهري على مزاج الأفراد والسلوك، حيث يتصف بعض الأفراد بأنماط التفكير الآلية المشوهة للحقيقة الواقعية، هذه الأنماط ربما تنتج عن حالات الاكتئاب أو القلق أو الضغط

وفي العلاج المعرفي السلوكي، يهدف المعالج إلى مساعدة الأفراد في التعرف على أنماط التفكير المشوهة وكيفية تأثيرها في مزاجهم وسلوكياتهم، فبمجرد تحديد هذه العلاقة، يساعد المعالج الأفراد على التركيز في تغيير الطريقة التي يفسرون بها الأحداث والخبرات. فمثلا استخدم Antoni وزملائه (2009) العلاج المعرفي السلوكي مع سيدات يخضعن لعلاج سرطان الثدي، ولاحظوا أن السيدات يتعرضن للشدائد مثل محاولتهن التوافق مع التشخيص بسرطان الثدي وعلاجه، وقد تبين أن السيدات اللاتي ليدهن ضعف في مهارات المواجهة المعرفية ونظرة سلبية ومصادر اجتماعية قليلة يعانين من خبرات القلق والضغط خلال فترة العلاج الشاقة. فقد أظهر (أنتوني وزملائه، 2009) أن التدخلات النفسية والاجتماعية والمعتمدة على الاسترخاء تكون مفيدة من حيث تحسين التوافق الانفعالي ونوعية الحياة لدى مرضى السرطان الذين يخضعون للعلاجات الطبية ، و بهذا فقد تبث أن

تدخلات العلاج المعرفي السلوكي تخفف من حدة الاكتئاب، والقلق وتحسين من نوعية الحياة لدى مرضى السرطان (شويخ، 2012: 162).

3-8-4-2- التعبير الانفعالي Expression Emotionnelle:

ذكر شولير Schuler وزملائه (2009) أنه توجد أدلة كثيرة توضح أن التعبير عن الانفعالات مرتبطة بالضغط والأفكار تحسن الصحة ونوعية الحياة. وأشاروا إلى أن التعبير الانفعالي يرتبط بتحسين وظيفة جهاز المناعة ويقلل من زيادات الطبيب، ويخفض ضغط الدم (McGuire et al, 2005) ويحسن الصحة النفسية (Sloane & Marc, 2004). وقد وجد Stephens وزملائه (2009) في اكتشاف أن التعبير الانفعالي بوجه عام يزيد من قدرة المشاركين على تحمل الألم.

وانطلاقاً من كل ما سبق فالأفراد يواجهون بشكل متزايد مواقف ضاغطة عدّة ومعقدة، إذ صارت الضغوط أمراً حتمياً في حياة الفرد ونظراً لما تخلفه من آثار على الصحة الجسدية والنفسية للفرد فقد دعا العديد من الباحثين إلى ضرورة الاهتمام بمصادر مقاومة الضغوط النفسية أي تلك المتغيرات النفسية والاجتماعية التي يمكن أن تخفف من الآثار السلبية للضغوط النفسية فتعد استراتيجيات المواجهة بمثابة مصادر مهمة للاحتفاظ بالصحة النفسية والجسدية لذلك سندرس و نركز في هذا الفصل على أصل و مفهوم المواجهة ليتوجه انتباهنا بد ذلك إلى استعراض النماذج المفسرة لها بالإضافة إلى تصنيفات و محددات استراتيجيات المواجهة ثم نختم الفصل بتوضيح العلاقة بينها وبين الدعم الاجتماعي المدرك وفعاليتها على الصحة الجسدية.

3-9- أصل و تطور مفهوم المواجهة:

يعتبر مفهوم المواجهة (Coping) وليد آليات الدفاع و الذي تطور مع نهاية القرن 19 من طرف تيار التحليل النفسي فاستخدم في مجالات عدّة كالبيولوجيا، وعلم النفس الحيواني وبرز بصفة خاصة في نظرية النشوء والارتقاء لداروين. حيث وصف (فرويد، Freud) مختلف الميكانيزمات الدفاعية التي يلجأ إليها الفرد لتغيير، تبديل أو إنكار مشاعر للمحافظة على كيانه و اتزانه النفسي و من ثم ارتبط مفهوم الدفاع بمفهوم الكبت مشيراً إلى الدور الذي يلعبه هذا الميكانيزم و هذا ما أوضحه في كتابه المشهور سنة 1926 (الكف و العرض و القلق) وفي سنوات الستينات والسبعينات خلصت الدراسات المهمة بميكانيزمات الدفاع إلى استخدام مفهوم المواجهة، ومنها الأبحاث التي قام بها (Greer, 1979) حيث توصل إلى أن هناك تفاعل بين ميكانيزمات الدفاع والمواجهة وبهذا أصبح هذا المصطلح مستقلاً عن آليات الدفاع لوجود عدّة اختلافات أهمها أن ميكانيزمات الدفاع هي آليات لاشعورية مرتبطة بصراع نفسي داخلي وبأحداث قديمة في حياة الفرد غالباً ما تشوه الحقيقة بهدف الحد من التوتر و القلق الذي يسببه الموقف السائد، بينما استراتيجيات المواجهة فهي شعورية تختلف من موقف إلى آخر متجهة نحو الواقع سواء داخليا أو خارجياً هدفها التكيف و خفض التوتر من أجل التحكم في الوضعية الضاغطة (Schweitzer, 2014).

3-10- ما هي استراتيجيات المواجهة؟

إن كلمة مواجهة (coping) هو مصطلح أنجلوسكسوني صعب الترجمة، حيث لا يوجد أي مرادف له يوفي بمعناه الصحيح، فمن الناحية اللغوية يعني to cope with و faire avec، أي التعامل مع وقد اقترحت عدّة مصطلحات أخرى منها استراتيجيات التكيف وميكانيزمات الدفاع، استراتيجيات التعامل، وقد تشير إلى التوافق أو التعامل مع المشكلات أو التغلب على الضغوط أو معاشة الضغوط بحيث يخدم كل مصطلح وجهة نظر معينة، أما مصطلح استراتيجيات المواجهة فيشير إلى الجهود النفسية و السلوكية

المحددة التي نتخذها لمحاولة التحكم و التحمل و الحدّ أو التقليل من الأحداث الشاقة (شويخ، 2007 : 138).

لقد تعددت التعريفات و تنوعت من أجل تحديد مفهوم المواجهة، فهناك من اعتبرها إستراتيجية يستخدمها الفرد من أجل خفض شدة الضغط، و البعض الآخر اعتبرها أسلوبا شعوريا لضبط مصدر القلق و التوتر، كما اعتبرت استجابة لأحداث و مواقف مختلفة، وصنفت أيضا على أنّها مجهود يبذله الفرد في تعامله مع بيئته و هناك من وصفها على أنّها عملية واعية هدفها تنظيم استجابة محددة .

وانطلاقا من هذا نستنتج أن تعدد الرؤى لا يعني تعارضها و إنما عند التدقيق فيها نجد أن أغلبها متقارب و أن الهدف منها هو التخلص من الضغط و التقليل من آثاره السلبية وذلك لأنها استندت على تصورات (لازاروس) لمفهوم المواجهة.

فعرّفها كلّ من (فولكمان ولازاروس) بأنها مجموعة الجهود المعرفية والسلوكية المتغيرة باستمرار، والتي تهدف إلى السيطرة، أو التخفيض و تحمل المتطلبات الداخلية أو الخارجية التي تدرك على أنّها تهدد أو تتجاوز قدرات الفرد. ويتركز مفهوم المواجهة على ما يدركه الفرد، وما يفعله في مواجهة الوضعية الضاغطة وكيف يعتقد أنه بإمكانه تغييرها. ولا يعتبر المواجهة بعدا ثابتا في الشخصية (Schweitzer, 2002).

ويمكن أن تعبر استراتيجيات المواجهة عن الكيفية التي نفكر بها والطريقة التي نستجيب بها للأحداث المسببة للتوتر. وكلّ من استراتيجيات السلوكية والمعرفية للمواجهة تكون فعالة في تعديل آثار التوتر (السيد، 2000: 315) .

أما (Endler,1998) فقد عرف استراتيجيات المواجهة على أنّها المحاولات التي يقوم بها الفرد لتغيير العوامل الخارجية والداخلية للمعاناة النفسية أو تنظيمها، وقد تكون هذه المحاولات متوافقة أو غير متوافقة (شويخ، 2007: 56).

ومن جهته أوضح الهريدي بأنها كافة جهود الفرد المعرفية والانفعالية والنفس حركية والبيئة الشخصية التي يسعى الفرد من خلالها إلى التصدي للمواقف الضاغطة والتخلص منها، أو لتجنب آثارها السلبية المادية والمعنوية أو التقليل منها بهدف المحافظة قدر الإمكان على توازنه الانفعالي وتكيفه النفسي والاجتماعي.

وبهذا نستخلص ممّا سبق أن المواجهة هي مجموعة من الأساليب و الاستراتيجيات التي تعمل على إحداث التوازن بين الفرد ومحيطه في حالة التعرض لموقف ضاغط و تعمل على تحقيق الراحة النفسية و الجسدية للفرد من خلال تخفيف حدّة الحدث الضاغط أو القضاء عليه وتختلف طبيعة هذه الأساليب، فقد تكون سلوكية أو معرفية، كما تتسم هذه الأساليب بالتغير وعدم الثبات.

3-11- النماذج المفسرة لاستراتيجيات المواجهة:

هناك العديد من النظريات التي تطرقت إلى مفهوم إستراتيجيات مواجهة الضغط وتفسيرها باختلاف توجهاتها وظهورها و من أهمها:

3-11-1 النموذج الحيواني :

يستند النموذج الحيواني في تناوله لمفهوم المواجهة على نتائج الأبحاث التي أقيمت على الحيوان، وهو تناول تأثر إلى حدّ كبير بالفكر الدارويني حول مبدأ الصراع من أجل البقاء. فحسب هذا النموذج كل فرد يستخدم خاصية المواجهة كاستجابة سلوكية فطرية أو مكتسبة لحماية ذاته من مختلف العوامل المهددة، سواء كانت هذه العوامل داخلية أو خارجية وتعد إستراتيجية مواجهة الضغط على ضوء هذا المنظور تعبير عن مجموعة استجابات سلوكية تهدف للتكيف ومواجهة الفرد للتهديدات الخارجية أو الداخلية التي تعترضه بغرض التخفيف من حدّة الاضطرابات النفسية والفيسيولوجية إذ بيّنت بعض التجارب المخبرية أن استمرارية حياة الحيوانات مرتبطة بقدرتها على التنبؤ والسيطرة من أجل

تجاوز الخطر. أظهر هذا النموذج نقصاً في دراسة المواجهة و يظهر على أنها إستراتيجية تكيفيه يعتمدها الفرد لمواجهة مختلف التهديدات التي تأتي من العالم الخارجي أو للدفاع ضد انفعالات داخلية كآلية التجنب أو الهروب الناتجة عن الخوف وآلية المواجهة أو الهجوم الناتج عن الغضب والمعيار الأساسي لنجاح المواجهة يتمثل في بقائه حيا (Schweitze & Dantzer, 1994, p101).

3-11-2 نموذج دفاعات الأنا :

حسب هذا النموذج تمثل إستراتيجيات المواجهة مجموعة العمليات المعرفية اللاشعورية، التي تهدف إلى تجاوز كل ما يمكن أن يسبب القلق بالتخفيف من حدّته أو إلغائه، فتتلخص الأفكار الأساسية لدراسة المواجهة من وجهة النظر التحليلية النفسية فيما يلي :

إن الدفاع وما يرتبط به من علاقات عبارة عن آليات تحمي الأنا من الصراعات، ويمكن لهذا الصراع أن يأتي من مطالب وطموحات غير محققة داخل الجهاز النفسي أو من تهديدات المحيط ويفترض أن القلق هو المثير الذي يسبب تسخير هذه الآليات.

فقد تم حصر مفهوم المواجهة مع دفاعات الأنا وعرفت أنها مجموع العمليات المعرفية اللاشعورية التي تهدف في الأخير إلى خفض أو حذف كل ما يمكن أن يحدث تطوراً في القلق.

وتم التعرف على عدّة سياقات معرفية تعمل على تقليص أو محو كل ما يبعث على القلق أو يزيد من حدّته، كالإنكار وهو مكانيزم دفاعي يجعل الفرد ينكر بعض عوامل الوضعية المدركة بهدف تحملها والعزل وهو أن ينحصر سياق التفكير في فكرة واحدة، مانعاً الفرد من فهم حقيقة الوضع) بالإضافة إلى ذلك العقلنة أين يبحث الفرد عن تفسير منطقي لما يحدث له (رضوان، 2002: 162).

كما يكمن الفرق أيضا بين ميكانيزمات الدفاع واستراتيجيات المواجهة في أن هذه الأخيرة هي عمليات شعورية، تختلف وتتغير تماشيا مع ما يتطلبه الموقف في حين تكون الميكانيزمات الدفاعية لاشعورية غير قابلة لأن تعطل و تتغير حسب ما يتطلبه الموقف.

3-11-3 نموذج سمات الشخصية :

وجهة نظر أخرى تنبثق من نظرية الدفاعات التي تعتبر المواجهة كسمة شخصية، أي أن بعض الخصائص الثابتة للشخصية كقمع الإحساسات والتحمل، تهيب الفرد لمواجهة الضغط بطرق معينة، غير أنه لم تثبت الفرضية القائلة أن الفرد يسلك نفس الطرق مهما تغير الحدث الضاغط وفي الواقع هناك دراسات وأبحاث عديدة بيّنت أن مقاييس السمة هي منبئات ضعيفة لاستراتيجيات المواجهة وهذا راجع أولا إلى الطبيعة المتعددة الأبعاد للسياق الحالي للمواجهة حيث يواجه الفرد مختلف مصادر الضغط مثل الألم و العجز وضغوطات مختلفة وفي نفس الوقت عليه أن يحاول الحفاظ على الاتزان الانفعالي والصورة الإيجابية للذات مع مراعاة مصادره المالية و علاقاته الجيدة مع العائلة، إذ تتطلب هذه الاهتمامات المتعددة استخدام استراتيجيات مواجهة متنوعة، والتي لا يمكن التنبؤ بها بواسطة مقياس أحادي البعد مثل مقياس السمة.

ثانيا الطابع المتحرك المتغير لسيرورة المواجهة إذ يؤثر السياق الوضعي بشكل كبير على المواجهة، كذلك يمكن لنفس الشخص أن يستعمل في عدد من الوضعيات إستراتيجية مواجهة معرفية تهدف لخفض التوتر، وفي وضعيات أخرى يستعمل استراتيجيات مواجهة سلوكية تهدف إلى حل المشكل و بهذا فتبني الاستراتيجيات المعرفية يكون أكثر في الحالات التي يكون فيها الحدث غير قابل للتحكم مثل الإصابة بمرض خطير، بينما تبني

الاستراتيجيات السلوكية يكون في الحالات أين يمكن للجهد المبذول إحداث تغيير في الوضعية كفقدان العمل مثلا (Schweizer, dantzer, 1994p103).

3-11-4 النموذج المعرفي للمواجهة : فقد طوره (لازاروس و فولكمان، 1984) في النظرية المعرفية لاستراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي، و يظهر هذا النموذج مدى أهمية العمليات المعرفية في تحديد ما هو معاش وتفسير بعض مظاهر الضغط والكشف عن أساليب المواجهة التي يوظفها الفرد عند تعرضه لمواقف ضاغطة. وتتمثل فكرة (لازاروس) الأساسية في أن استعمال الفرد لأساليب مواجهة غير فعّالة هو الذي يترتب عنه معاناته من الضغط النفسي.

وحسب نظرية الضغط والمواجهة لا يمكن فهم الضغط النفسي بدون الرجوع إلى المكون المعرفي الكامن وراء تفسير الفرد للموقف أو الحدث الذي يتعرض له، والعملية المعرفية هذه تمثل حجر الأساس لتحديد طبيعة استجابة هذا الفرد للضغوط المختلفة سواء كانت داخلية أو خارجية.

إذ تعتبر عملية إدراك الموقف وتقييمه هي الأساس في مسألة مواجهة الضغوط الحياتية والتغلب عليها، وعليه فإن العملية المعرفية المسئولة عن تقييم الموقف وتحديد طبيعة استجابة الإنسان له هي التي تعرف بمفهوم المواجهة.

حيث يبيّن نموذج (لازاروس) المتغيرات المعرفية التي يتم على أساسها تقييم الحدث الضاغط ومواجهته للتغلب عليه، وعملية المواجهة تمر بمراحل معرفية مختلفة أهمها:

مرحلة الحدث الضاغط: مبنية على أن الإنسان يواجه في حياته مواقف وأحداث ضاغطة تستدعي الكثير من الجهد لمواجهتها والتغلب عليها، وقد تنطوي عليها صعوبات صحية إذا تم استعمال استراتيجيات معرفية سلوكية غير فعّالة.

مرحلة التقييم الأولي: فيها يقوم الفرد بمحاولة التعرف على الحدث الضاغط ثم يقوم بمحاولة تحديد مستوى التهديد الذي يمثله هذا الحدث بالنسبة له ويعتمد الفرد في هذه العملية التقديرية على أسلوبه المعرفي وخبراته الشخصية (يخلف، 2001: 5).

ففي هذه الحالة يقيم الفرد خصائص الوضعية الضاغطة المتعرض لها، ومدى اعتقاده في القدرة على التحكم، فالتقييم الأولي هو السياق الذي تقيم من خلاله العوامل التي تتدخل في الوضعية، و يمكن أن يتعلق الأمر بفقدان له علاقة بالجسد ويتمثل في المرض أو يظهر في مشكل علائقي كالأصدقاء أو مادي كالمهنة و التجارة أو تهديد أو تحدي.

وقد يكون التقييم الأولي إيجابيا، وهو يشير إلى أن الوضعية الضاغطة لا تغطي ولا تزيد عن إمكانيات الشخص، وقد يكون سلبيا وضاغطا يسبب ضررا أو تهديد أو تحدي يفوق إمكانيات الفرد. وعادة ما يصاحب التقييم السلبي انفعالات سلبية كالغضب، والخوف والاستياء. أما تقديرات التحدي غالبا ما يصاحبها انفعالات سارة، كالأستشارة، التحفز أو التطلع (Schweitzer, dantzer, 2003, p 106).

مرحلة التقييم الثانوي (إعادة التقييم): يقصد بها تقييم آخر لموقفنا ولاستجابتنا له لمواجهة الضغط الحادث، وهكذا عندما يتلاءم كل من تقديرنا لمطالب الموقف وإمكانياتنا على مواجهته لا نشعر بالضغط، وعندما يعكس تقييمنا فجوة بين إمكانياتنا ومطالب الموقف أو المحيط، وخاصة عندما تفوق الإمكانيات المتوفرة لمواجهة الموقف الضاغط نختبر مستوى كبير من الضغط.

كما تتضمن هذه المرحلة محاولة تحديد الآليات المناسبة لمواجهة الموقف والتغلب عليه معتمدا على مجموعة من العوامل بما فيها العوامل الخارجية كطبيعة الحدث، والعوامل الداخلية أي الخاصة بالفرد نفسه كذكائه وشخصيته، خبراته السابقة.

وقد أضاف لازاروس إلى عملية التقييم الأولي و الثانوي عملية ثالثة، وهي إعادة التقييم والتي يعيد من خلالها الفرد تقويم كيفية إدراكه و مواجهته للموقف الضاغط حيث يطور من أساليب مواجهته أو يغير هذه الأساليب طبقاً لإدراكه و منه نستنتج أن الفرد عندما يدرك أن استجابة المواجهة للحدث الضاغط تكون أقل فعالية عما هو متوقع عندئذ يغير تقييمه للموقف أو يعيد النظر في استجابة أخرى أكثر فعالية لمواجهة الموقف.

3-11-5 النموذج الاجتماعي:

خلص ممثلوا النظرية الاجتماعية من خلال الدراسات حول أساليب المواجهة إلى أن شعور الفرد بالنقص يؤثر في سلوكه بشدة وهذا ما يدفعه إلى اللجوء إلى نوعين من التصرفات تتمثل في تقبل أو رفض الواقع، ويتحقق هذان الخياران من خلال تبني عدّة استراتيجيات تتعلق بقدرات الفرد ودرجة طموحه ومدى إدراكه للعلاقات التي يتواجد فيها أثناء تفاعله مع البيئة ومجموعة المكتسبات الاجتماعية وذلك بالوفاء للجماعة وأفرادها، ومن بين الأساليب المستعملة نجد ما يلي :

التطابق: هو سلوك يوحى بالتطابق والتوافق مع القيم الاجتماعية.

الهروب: أسلوب يتميز بالانسحاب والابتعاد عن المقارنة بالغير ثم تجنب الألم.

التعويض: هو إدخال عوامل جديدة وفرضها في الجماعة بغرض جعلها تحضى بالقبول.

سد العجز: محاولة الوصول إلى مستوى الآخرين بتأكيد الذات (Chabrols & Callahan, 2004).

3-11-6 النموذج التفاعلي:

يرى أصحاب هذا الاتجاه أن الفرد والمحيط متغيرين لعلاقة دينامية وثنائية الاتجاه، تركز على التفاعل بين الفرد والبيئة والمتغيرات البيئية وخصائص الفرد وتقييمه للموقف ومجموعة الجهود التي يستعملها في المواجهة.

وقد عرفت استراتيجيات المواجهة في ضوء هذه النظرية على أنها: مجموعة الجهود المعرفية والسلوكية المعرفية المتغيرة باستمرار التي يستخدمها الأفراد لتسيير مجموعة من المتطلبات الداخلية والخارجية، التي يقيّمها على أنها مهددة لموارده ومصادره الشخصية (Schweitzer, 2002).

حيث غير هذا النموذج جذريا في تناولات الباحثين للنظرية، حيث كانت الأنظار متجهة منذ فترة طويلة للمظاهر السلبية للضغط مثل العجز والاضطرابات النفسية المرتبطة بها و قدرات التكيف والمعتقدات الشخصية المتبناة عند مواجهة الموقف الضاغط. إذ بين رواد هذه النظرية في دراساتهم أن قدرات الفرد على المواجهة ومقاومة الضغط النفسي تتطور وتتحسن بالمواجهة الفعالة والمتكررة للمواقف الضاغطة، وأن النجاح في التصدي للمواقف المتأزمة يعتمد على خبرة الشخص في المواجهة، فهذه المواقف من شأنها أن تطور قدرات مواجهة جديدة تؤدي بدورها إلى البحث عن وسائل اجتماعية وشخصية جديدة.

إن المقاربة التفاعلية للمواجهة تختلف عن المقاربات السابقة التي تمحورت حول الميكانيزمات الدفاعية وسيرورة التكيف، فبالنسبة للنموذج التفاعلي لا توجد إستراتيجية مواجهة فعالة بدون الرجوع إلى مميزات الحالة الضاغطة الواجب المواجهة معها (Schweitzer, 2014)

انطلاقاً مما تم تقديمه من نظريات مفسرة نجد أن هناك اختلاف بين النظريات من حيث تناولها لمفهوم المواجهة فقد اعتبرت المواجهة كنظام دفاعي، يتمثل في عمليات لاشعورية تسمح بتحقيق التوازن الانفعالي للفرد و ذلك من خلال تخفيض حدة القلق الذي يسبب الحدث كما تختلف المواجهة عن الدفاع في أنها استراتيجيات تكيفية، تعتمد على

الإدراك الصحيح للوضعية، والتخطيط للقيام بالفعل واعتبرت المواجهة كسمة ثابتة من سمات الشخصية إلا أنها تختلف عن هذه الأخيرة باعتبارها متغيرة و غير ثابتة حيث تهتم المواجهة بأفعال الفرد أمام الأحداث الضاغطة و ليس بسماته الشخصية للتنبؤ بالطريقة التي يستجيب بها لهذه الأحداث.

أما وجهة النظرية المعرفية فتختلف عن سابقتها من حيث أنها تعتبر المواجهة سيرة لا إرادية تتضمن عدّة مراحل مختلفة و ذلك من خلال المجهودات المعرفية والسلوكية التي يبذلها الفرد.

3-12- تصنيفات استراتيجيات المواجهة:

هناك العديد من تصنيفات للمواجهة فحسب كلّ من (Moss & Billings, 1981) فلقد حددا ثلاثة أنواع لاستراتيجيات المواجهة هي:

3-12-1- الاستراتيجيات السلوكية الفعالة: وتشمل مختلف المحاولات والمجهودات السلوكية الظاهرة للتعامل مباشرة مع المشكل.

3-12-2- الاستراتيجيات المعرفية الفعالة: وتتمثل في المجهودات المعرفية لتقدير الحدث بأنه ضاغط.

3-12-3- الاستراتيجيات التجنبية: وتضم المجهودات لتجنب وتفادي مواجهة المشكل أو محاولة مواجهة المشكل بصفة غير مباشرة وتقليص التوتر من خلال سلوكيات مثل الأكل والتدخين بإفراط (آيت حمودة، 2006).

كما توصلت أعمال كل من (Fletcher & suls) إلى تصنيفين أساسيين للمواجهة وهما:

✓ **المواجهة التجنبية :** وهي استراتيجيات سلبية واستسلامية مثل التجنب والتهرب والتقبل.

✓ **المواجهة اليقظة:** وهي استراتيجيات نشطة منها البحث عن معلومات ومخططات حل المشكل والدعم الاجتماعي (Schweitzer & al, 2001, p 75).

حيث يصنف (Cox & Ferguson, 1991) أساليب واستراتيجيات مواجهة الضغوط إلى نوعين وهما أساليب تنشأ من داخل الفرد وأساليب تنشأ بين الأفراد، فالأساليب التي تنشأ من داخل الفرد تستهدف للتعرف على استراتيجيات المواجهة الأساسية التي يستخدمها الفرد في أنواع معينة من المواقف الضاغطة (الفروق الفردية داخل الفرد).

وذلك عن طريق تحديد الأفكار والاستجابات السلوكية لدى نفس الفرد عبر المواقف الضاغطة المتنوعة والمواقف غير الضاغطة، و التي تستند على فكرة أن الفرد لديه حصيلة من الخيارات في مواجهة المواقف الضاغطة، وأنه يختار منها اعتمادا على حاجاته ومطالب الموقف، أما أساليب المواجهة التي تنشأ بين الأفراد فهي تحاول فهم مسألة الاختلاف في عمليات المواجهة وذلك من خلال حاصل جمع درجات المواجهة لنفس الأفراد عبر أنواع مختلفة من المواقف الضاغطة، والهدف الذي يكمن وراء ذلك هو التعرف وتحديد استراتيجيات المواجهة المألوفة لديهم عبر أنواع مختلفة من المواقف الضاغطة. (طه عبد العظيم، 2006: 97).

ويصنف Cohen استراتيجيات المواجهة لعدة أنواع كما يلي:

✓ **التفكير العقلاني:** وهي استراتيجيات تشير إلى أنماط التفكير العقلاني والمنطقي الذي يقوم بها الفرد حيال الموقف الضاغط بحثا عن مصادرة وأساليبه.

✓ **التخيل:** وهي إستراتيجية يحاول الفرد من خلالها تخيل المواقف الضاغطة والتي واجهها فضلا عن تخيل الأفكار والسلوكيات التي يمكن القيام بها في المستقبل في مثل هذه المواقف الضاغطة.

✓ **الإنكار:** وهي إستراتيجية دفاعية لا شعورية يسعى من خلالها الفرد إلى إنكار وتجاهل المواقف الضاغطة وكأنها لم تحدث.

✓ **حل المشكلات:** وهي إستراتيجية معرفية يحاول من خلالها الفرد استنباط أفكار وحلول جديدة ومبتكرة لمواجهة الضغوط.

✓ **الدعاية أو المرح:** هي إستراتيجية تتضمن التعامل مع الخبرات الضاغطة بروح المرح أو الدعاية.

✓ **الرجوع إلى الدين:** وتشير هذه الاستراتيجيات الدينية، رجوع الأفراد إلى الدين أوقات الضغوط وذلك عن طريق الإكثار من الصلاة والعبادة والمداومة عليها كمصدر للدعم الروحي والأخلاقي والانفعالي وذلك في مواجهة المواقف الضاغطة (طه عبد العظيم، 2006: 100).

أما (لازاروس وفولكمان، 1984) فقد حصر هذا التصنيف إستراتيجيات مواجهة الضغوط في قسمين هما:

✓ **المواجهة المتمركزة حول المشكل:**

وفيهما يسعى الفرد إلى تغيير الموقف مباشرة بغرض تعديل أو استبعاد مصدر الضغط، وكذلك التعامل مع الآثار الملموسة للمشكلة، ويأخذ هذا النوع من المواجهة أشكالاً تتمثل في:

- **البحث عن معلومات:** أي البحث عن معلومات أكثر حول الموقف، أو الحصول

على التوجيه من شخص مسؤول، والتحدث مع شخص آخر وطلب المساعدة.

- **اتخاذ إجراء حل المشكلة:** وتشمل إعداد خطة بديلة واتخاذ تصرف محدد للتعامل

مع الموقف، وتعلم مهارات موجهة نحو المشكلة والتفاوض لحل المشكلة، عن طريق

تغيير أنشطة الفرد وإيجاد مصادر جديدة للرضا، كبناء علاقات اجتماعية، استقلالا

ذاتيا، وتنمية وجهة ذاتية (السيد، 2000: 315).

✓ المواجهة المتمركزة حول الانفعال:

يهدف هذا الأسلوب إلى التعامل مع الانفعالات الناتجة عن مصادر الضغوط والاحتفاظ بالتوازن وجداني، وعادة ما يكون هذا النوع من المواجهة مفيد في المواقف التي تتجاوز قدرة الفرد على ضبطها والتحكم فيها، ومن ثم لا يمكن تغييرها من خلال أساليب مناسبة لحل المشكلة، ويأخذ هذا النوع من المواجهة أشكال منها:

- **التنظيم الوجداني:** مثل الضبط الانفعالي، معايشة الانفعالات والتعامل معها، وعدم الانشغال بالانفعالات المتصارعة و تقبل الموقف كالانتظار بعض الوقت مع توقع الأسوء، وتقبل الموقف كما هو والإقرار بأي شيء يمكن عمله والاستسلام للقدر.

- **التفريغ الانفعالي:** يدخل فيه الأساليب المشتملة على التعبيرات الكلامية والبكاء والتدخين وزيادة الأكل والانغماس في أنشطة اندفاعية موجهة إلى الخارج للتفيس عن الانفعالات.

ويضاف إلى ذلك ما أشار إليه لازاروس وهو أن الفصل بين المواجهة المتمركزة حول المشكلة والمواجهة المتمركزة حول الانفعال مثلما جاء في الدراسات حول موضوع المواجهة هو فصل سطحي فقط، كما أن استخدامها يتعرض دوماً مع النتيجة أو الفائدة المرجوة منها، كما أن الاستراتيجيات التي يوظفها الأفراد للتعامل مع أغلب المواقف الضاغطة تتحدر أو تؤدي دور الوظيفتين معاً، بغض النظر عما إذا كانت إحداها تساعد أو تعيق عمل الأخرى.

فنجاح استراتيجيات المواجهة سواء تنتمي إلى الوظيفة الأولى أو الثانية، يعتمد أساساً على العديد من العوامل المتداخلة في الموقف وليس عامل واحد فقط، حيث يستطيع الأفراد تغيير إستراتيجية المواجهة مع نفس الوضعية الضاغطة وهذا يكون برهانا على ليونة في تبني استراتيجيات المواجهة. وعامة هؤلاء الأفراد يتعاملون أحسن مع الضغوط من غيرهم. كما يمكن للفرد عدم اللجوء إلى أي إستراتيجية حسب (Chabrol & Callahan, 2004) تسمى المواجهة السلبية وهذه قد ترتبط بحالة انفعالية سلبية (Schweitzer, 2014).

✓ المواجهة المتمركزة حول البحث عن السند الاجتماعي:

يظهر البحث عن السند الاجتماعي أحيانا كاستراتيجية عامة ثالثة للتعامل، وهي تعكس محاولات ومجهودات الفرد لكسب مساعدة الآخرين وهذا لا علاقة له بالمساندة الاجتماعية أو العلاقات و محيط الاجتماعي، بالنسبة للتعامل بالبحث عن السند الاجتماعي هو محاولات لاكتساب إصغاء ، معلومات أو مساعدات مالية، فهي إذن استراتيجية للتعامل للفرد وليست مصدر مدرك أو موجود (Schweitzer, 2002).

3-13- محددات استراتيجيات المواجهة:

يختلف الأفراد في استخدامهم لاستراتيجيات المواجهة للاستجابة للأحداث الضاغطة، فهي ليست في حد ذاتها جيدة أو سيئة، و لكن الذي يجعل هناك فرقا هو السياق الذي يتم فيه تنفيذها و هذا يعني أنه في حين تكون الاستراتيجيات فعالة في موقف ما، قد لا تكون كذلك ، إضافة إلى أنه عندما نواجه مواقف في حياتنا لا يكون السياق ثابتا، ولكن دينامي ومتغير مما يتطلب إعادة تقييم الفرد انطلاقا من عدة عوامل تتعلق بخصائص شخصية الفرد مثل نمط الشخصية، تقدير الذات، مركز التحكم، فعالية الذات، والصلابة النفسية.

وهناك عوامل أخرى موقفية ونوعية تتعلق بالموقف ذاته وتساهم إلى حد بعيد في تحديد استراتيجيات المواجهة وتتمثل هذه العوامل الموقفية في طبيعة الحدث الضاغط ونوعه من حيث هو مزمن أو حاد، ومن حيث حدثه.

3-14- متغيرات الشخصية و المواجهة:

3-14-1- نمط الشخصية: تختلف استجابة الأفراد للأحداث الضاغطة حسب نمط الشخصية، فالأفراد ذوي الحساسية للتحدي للمتطلبات الخارجية هم أكثر حساسية وشعورا بالضغط، و يتأثرون بمسببات الضغوط بسرعة، ويستعملون أساليب مواجهة أقل فعالية، بينما الأفراد الأكثر استرخاء وصبرا ورضا عن العمل والحياة، وغير العدوانيين يستعملون استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل (Schweitzer, 2002).

3-14-2- مركز الضبط والتحكم: يشير هذا المفهوم إلى كيفية إدراك الفرد للأحداث في حياته، أو إدراكه لعوامل الضبط والسيطرة في بيئته، فالأفراد الذين لديهم مركز تحكم داخلي يربطون إنجازاتهم وإخفاقاتهم بجهودهم الشخصية، ويعتقدون أن لديهم القدرة على التحكم في الأحداث، بينما الأفراد ذوي مركز تحكم خارجي يربطون إنجازاتهم وإخفاقاتهم بالحظ والصدفة وقوة الآخرين، ولديهم مستوى مرتفع من الاكتئاب ومستوى منخفض من الرضا عن الحياة (Schweitzer, 2002).

وفي نفس السياق أكد لازاروس و فولكمان من خلال القدرة على التحكم يتم تحديد و اختيار استراتيجيات التعامل المركزة على المشكل أو المركزة على الانفعال لغرض مواجهة الموقف.

3-14-3- تقدير الذات: يعتبر تقدير الذات مؤشرا هاما في تحديد نوع إستراتيجية المواجهة، إذ أن الاستجابات السلوكية التي تصدر عن الفرد اتجاه المواقف التي يتعرض لها في حياته تعتمد بشكل كبير على تقدير الذات لديه فإدراك رؤية الذات بطريقة إيجابية تمثل مصدرا نفسيا هاما في عملية المواجهة للمواقف الضاغطة التي تواجه الفرد. كما كشفت الدراسات أن الأشخاص ذوي تقدير الذات المرتفع يميلون إلى استخدام استراتيجيات المواجهة الفعالة و الايجابية في مواجهة المشاكل و المواقف الضاغطة في حين الأفراد ذوي تقدير الذات المنخفض يميلون لاستخدام استراتيجيات المواجهة التي تركز على الانفعال مثل الإنكار و الميل إلى الانسحاب و تعاطي العقاقير و المخدرات و التدخين في إدارة الضغوط (طه عبد العظيم، 2006: 126) .

3-14-4- الصلابة النفسية: يشير مفهوم الصلابة النفسية إلى سيطرة الشخصية على الأحداث الضاغطة للحياة، والأشخاص الذين يتسمون بالصلابة النفسية ويعتقدون أن بإمكانهم التأثير على معالجة المشكلات بدلا من الإحساس بالعجز أمامهما، كما أنهم

يدركون الأحداث المختلفة كفرصة للتطور الشخصي، ولديهم قدرة على تحمل الضغوط النفسية والاجتماعية أكثر من الغير.

3-14-5- فعالية الذات: يشير هذا المفهوم إلى اعتقاد الفرد بأن لديه القدرة على التعامل والسيطرة بفعالية على المواقف والأحداث التي يتعرض لها، وهذا يشير إلى أن المواجهة الناجحة للضغوط لا تتطلب مهارات نوعية فحسب، بل تتطلب أيضا اعتقاد الفرد بأن لديه القدرة على التحكم في أحداث الحياة الضاغطة (عبد المعطي، 1994، ص 58).

3-14-6- العوامل الموقفية: تتعلق بالموقف أو الحدث الضاغط في حد ذاته و تتمثل في:

✓ طبيعة الموقف وخصائصه:

إن الأحداث والمواقف الضاغطة التي تتسم بدرجة عالية من الشدة تؤدي إلى ظهور انفعالات سلبية مثل الخوف و القلق وهذه الانفعالات تتعارض مع قدرة الفرد على حل المشكلة، كما أن المواقف الضاغطة التي تمثل تحدي للفرد تستثير لديه أساليب مواجهة تختلف عن الأحداث التي تتسم بالتهديد و الفقدان (الهلال، 2000: 130).

✓ العوامل الديمغرافية :

تختلف استجابات الأفراد للمواقف الضاغطة حسب متغيرات العمر والجنس والمستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي الذي يتمتعون به، حيث توجد دراسات أكدت على مدى تأثير المستوى الاقتصادي والاجتماعي على سيطرة إحدى استراتيجيات المواجهة دون الأخرى، إذ أن الأفراد الذين يتمتعون بمكانة راقية في المجتمع غالبا ما يميلون أكثر لاستخدام استراتيجيات المواجهة النشطة، بالإضافة إلى ذوي المستوى الثقافي المرتفع هذا ما أكدته كل من (Moos & Holahan) كما أكدت الدراسات أن الإناث أكثر استعمالا

لإستراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال من الذكور يميلون إلى استخدام الاستراتيجيات المركزة على حل المشكل (Graziani & Swendse , 2005, p 101).

3-15- استراتيجيات المواجهة والدعم الاجتماعي Stratégies de Coping et de Soutien Social

تتأثر الطريقة التي نواجه بها الضغط في كثير من الأحيان بمدى الدعم التي نتلقاه ممن حولنا. ومن الضروري الإشارة إلى أنه على الرغم من أن مقدار المساندة المتاحة لنا يمثل ضرورة، فإن الأكثر أهمية هو إدراكنا لمستوى المساندة التي نمتلكها، فالأفراد الذين يعتقدون بأن لديهم مساندة اجتماعية يشعرون بالمحبة، والرعاية، والتقدير والقيمة.

وقد أوضح (جيرنيج، 2006) دليلاً وصف من خلاله فائدة المساندة الاجتماعية فهي تمثل ضرورة للحصول على الدعم الوجداني، والمعلوماتي، والأدائي من الآخرين، كما ترتبط بتحسين الصحة وسرعة الشفاء من المرض وتخفيض الكرب النفسي وتحسين نوعية الحياة الوجدانية.

كما سلط (موريسون وبينيت، 2009) الضوء على إدراج المساندة الاجتماعية ضمن نموذج الضغط والمواجهة التي طرحها لازاروس و فولكمان (1984) في شكل المصدر المتغير . وبعبارة أخرى، إذا أدركت المساندة الاجتماعية على أنها متاحة، فسيؤثر ذلك على كيفية تقييم الأفراد مصادر الضغط والاستجابة لها، فالأفراد الذين يدركون مساندهم الاجتماعية بأنها مرتفعة يكونون أكثر ميلاً إلى تقييم الأحداث بأنها أقل ضغط مقارنة بالذين لا يشعرون بأن لديهم مساندة (شويخ، 2012: 156).

ويضاف إلى ذلك ما كشفت عنه أبحاث متعددة من تأثير الدعم الاجتماعي على خبرات المرضى بالأمراض المزمنة والعجز. فعلى سبيل المثال، أظهر (ليفي، Levy) و (هايدن، Heiden، 1990) أن الدعم الاجتماعي لمرضى السرطان يرتبط بتحسين نوعية

الحياة وتحسين نتائج المرض. وعلاوة على ذلك، أوضح (بيرجويني، Burgoyne) و(سوندرز، 2000 Saunders) أن المساندة من الأزواج والرفقاء تؤثر بشكل خاص، لاسيما بين المصابين بأمراض مزمنة.

وكشف (Lichtenthal et al, 2003) أن كثير من الدراسات السابقة اعتمدت في هذا المجال على التقارير الذاتية الخاصة بالمرضى حول المساندة المقدمة لهم من أزواجهم، وعلى الرغم من أن هذا المنهج يعطي معلومات قيمة عن أهمية إدراكنا لمستوى المساندة المتوفرة لنا، فإنه لا يستطيع الاستفادة من مدى التطابق بين إدراك المرضى للمساندة المقدمة من الأزواج وبين ما يريدونه. وبعبارة أخرى على الرغم من أن الأزواج يعتقدون أنهم يقدمون مساندة ممتازة، قد يدركها المرضى بطريقة مختلفة، مما يجعلهم يشعرون بأنها مساندة غير فعالة، لذا فهناك حاجة لأهمية التطابق بين إدراكات الطرفين المقدم للدعم والمستقبل (شويخ، 2012: 157)

وفي اكتشاف العلاقة بين تقارير المريض والشريك في المساندة الاجتماعية، ليشتينشال وزملائه (2003) عدم الاتساق بين تقارير المريض عن المساندة التي قال إنه أدركها وتقارير الشريك عن المساندة التي قال إنه قدمها. وتشير هذه النتيجة إلى أنه في حين أن الشركاء يعتقدون أنهم قدموا المساندة، فإن أزواجهم المرضى يدركون أنهم لا يفعلون شيئاً لهم، فالتركيز على أهمية هذه النتيجة يسلط الضوء على الفوائد المحتملة للمساندة الاجتماعية. وتوفر هذه الدراسات معلومات مهمة كما تشير إلى أن الاتصالات الواضحة بين الأزواج حيث أن أحدهما مريض والآخر يقدم المساندة - أمر بالغ الأهمية، فالشركاء يرغبون في تقديم المساندة المناسبة والمرضى لديهم القدرة على طلب نوع المساندة الذي يحتاجونه إذا ما قدمت لهم مساندة لا تتناسب مع احتياجاتهم.

وقد وصف King وزملائه (2006) الدعم الاجتماعي بأنه أحد أهم العوامل المؤثرة على كيفية توافق الأفراد مع الشدائد. كما اكتشفوا أهميته في أحداث الحياة الحاسمة، فأجروا

مقابلات مع 15 فردا تتراوح أعمارهم بين 30-40 سنة ممن يعانون من اضطرابات مزمنة مثل الإعاقة الجسمية أو اضطراب نقص الانتباه، وخلصوا إلى أن المساندة الاجتماعية تلعب دورا مهما في توافق المشاركين مع الأحداث الخبرات الشاقة في حياتهم.

فالأنماط المختلفة للدعم الاجتماعي تجعلهم يشعرون بالرضا عن أنفسهم (الدعم الوجداني)، وتوفر لهم طرقا واستراتيجيات لمعالجة الموضوعات الخاصة بهم (الدعم الأدائي)، كما تساعدهم على الشعور بأنهم ليسوا وحدهم في أوضاعهم وخبراتهم (الدعم المعرفي).

وبالتالي توفر هذه الدراسات دليلا على أهمية الدعم الاجتماعي المدرك من حيث مواجهة الضغط فضلا عن النواتج الصحية.

3-16- فعالية استراتيجيات المواجهة على الصحة الجسمية:

يشير مفهوم الفعالية إلى التأثير النفسي للمواجهة، يعني النتائج المترتبة عن الطريقة التي يتصرف بها الفرد في الوضعية، والآثار الناتجة على راحته الجسمية والنفسية.

فالمواجهة المتركزة حول المشكل تسمح بتخفيض الضغط المعاش. فقد أظهرت الدراسات أن الأفراد الذين يبحثوا عن المعلومات ويطوروا استراتيجيات فعالة يكونون أقل قلقا، من الذين لجئوا إلى استراتيجيات مواجهة سلبية مثل الاستسلام. غير أن فعالية إستراتيجية المواجهة المتمركزة حول المشكل تعتمد عموما على عدد من العوامل مثل: التحكم في الوضعية. فإذا كانت الوضعية متحكم فيها، يصبح هذا النوع من المواجهة فعال، بينما في الوضعيات غير المتحكم فيها فإن تأثيرها يميل ليصبح سلبيا.

ولقد اكتشف كوهن وهاربت (Cohen & Herbert, 1996) بعد ملاحظتها لمرضى

سرطان طوروا هذا النوع من المواجهة، أنه يمكن أن يكون لهذه المواجهة تأثير منعدم وغير

مناسب خاصة بين أوقات معينة، وذلك بسبب الميزة الدائمة، فغالبا ما تكون ميزة عدم التحكم في هذه الأمراض.

تعتبر المواجهة المتمركزة حول الانفعال عموما أقل فعالية بفعل أشكالها التعبيرية المختلفة، مثل قمع الانفعالات، أو العجز مرتبطان بارتفاع الضيق النفسي. وبينت دراسات أن بعض مظاهر المواجهة المتمركزة حول الانفعال لها أثر ذو فائدة وواق لنوعية الحياة على مدى القصير، حتى لو أن الكثير من أشكالها يبدو عموما لديه أثر سلبي كالعجز، فقدان الأمل، اتهام الذات، الاستسلام... و قد لوحظت هذه النتائج في أمراض مختلفة، وكشفت عن آثار غير وظيفية، التي يمكنها في حد ذاتها أن ترتبط بسلوكات تقريبا ملائمة مثل: عدم التقيد، عدم إدراك الأعراض، وعدم احترام آجال العلاج.

ظلت فعالية المواجهة صعبة التقييم من الناحية الصحية والمرضية، ولكن يمكنها أن تؤثر في الصحة من خلال طريقتين واضحتين. فقد أثبت لازاروس وفولكان (1984) أن المواجهة يمكن أن يكون لها تأثير على الصحة الجسمية، في حالة ما إذا استطاعت التأثير على تواتر، شدة، مدة ردود الفعل الفيسيولوجية عصبية المتعلقة بالضغط، وهذا لاسيما إذا كان الفرد في مواجهة موقف غير متحكم فيه ولا يستطيع التصرف مع الوضعية الضاغطة. أو أن مواجهته غير ملائمة، يمكن للمواجهة عموما التأثير مباشرة وسلبا على الصحة، حيث يكون للفرد أسلوب حياة مرتبط بسلوك خطر (Fischier, Tarquinio, 2006p124).

تأسيسا على ما ذكر آنفا نستنتج وتتضح خصائص تتميز بها استراتيجيات المواجهة تتمثل في:

- إن استراتيجيات المواجهة يتبناها الفرد ذاته.
- تتميز هذه الاستراتيجيات بالوعي من قبل الفرد الذي يستعملها وهو مدرك لأهميتها.
- تتميز بأنها سلوك مقصود وموجه غالبا لتحقيق عدد من الأهداف والتي تؤدي في النهاية إلى خفض شدة المعاناة لدى الفرد، والقيام بواجباته ووظائفه بشكل فعال، كما كان قبل تعرضه لمصدر الضغط.

- تخضع هذه الاستراتيجيات للتحكم، التغيير والتعديل من قبل الفرد.
- تستخدم للتخفيف من الضغط الناتج عن تباين مصادر الفرد والمطالب المدركة سواء كانت داخلية أو خارجية.
- تسعى هذه الإستراتيجيات إما لحل المشكل مباشرة، من خلال التخلص من الضغط بشكل نهائي، على شكل غير مباشر وذلك من خلال التحكم في الانفعالات الناجمة عن مصدر التهديد.
- قد تكون هذه الاستراتيجيات ذات طبيعة معرفية كالتفكير الإيجابي في المشكل أو ذات طبيعة سلوكية كالبعد عن مصدر التهديد هذا يبين التنوع في طرق الاستراتيجيات كاستراتيجيات التخطيط (ذات طابع معرفي)، تفرغ المشاعر (طابع سلوكي)، استراتيجيات طلب السند الاجتماعي (طابع اجتماعي) (شويخ، 2007: 58).

خلاصة الفصل:

يتعرض الفرد لمجموعة من الأحداث الضاغطة والتي يقيّمها على أنها تهدد كيانه واستقراره، فينتج عن ذلك اضطرابات انفعالية تؤثر سلباً على الصحة النفسية والجسدية معاً، فيستجيب الفرد حسب تقيّمه للموقف من جهة وحسب خصائص الموقف من حيث شدته ومدته من جهة أخرى، هذا يتطلب بذل مجهودات معرفية وسلوكية تكون موجهة للتحكم، التقليل أو تحمل الضواغط التي تهدد الفرد وتتخطى موارده. مثلما يختلف الأفراد في إدراك وتقييم المواقف فإن الاستراتيجيات التي يتبعونها في مواجهتهم للضغط تختلف فنجد الاستراتيجيات المركزة على حل المشكل والمركزة حول الانفعال و التجنب. حيث تهدف إلى الطرق التي تمكن الفرد من الحصول على إمكانيات لتغيير الوضعية التي يواجهها، والتقليل من حالة التوتر والضييق الانفعالي أو تفادي مواجهة المشكل المصاحب للضغط وبهذا فإن فعالية هذه الاستراتيجيات لا تعتمد فقط على نوعها بل على السياق المعرفي

وخصائص الموقف والموارد الشخصية المتاحة للفرد فإلى أي مدى تساهم و تؤثر أبعاد استراتيجيات المواجهة في تحسين نوعية حياة.

الفصل الرابع
نوعية الحياة

تمهيد:

يعتبر مفهوم نوعية الحياة من بين المفاهيم الحديثة التي لاقت اهتماما كبيرا من طرف العديد من الباحثين في عدة ميادين ، من بينها علم النفس الصحة و ذلك في سياق الأمراض المزمنة والتي تهدف إلى معرفة مدى إدراك الفرد وتقييمه لحالته في مختلف الأبعاد التي لها علاقة بالصحة و مدى تأثيرها على حياته بهدف الدمج والتكامل بين جوانب صحة الفرد الفسيولوجية والنفسية.

وبهذا حاولنا في هذا الفصل، التطرق إلى التطور التاريخي لنوعية الحياة مع تقديم تعاريف حول هذا المفهوم والتناولات النظرية أهم مؤشرات ومظاهر نوعية الحياة والنماذج والتوجهات المفسرة لنوعية الحياة ومجالاتها ومكوناتها وفي الأخير حاولنا التطرق لأهم المقاييس التي استعملت لقياسها سواء كانت عامة أو خاصة.

4-1 التطور التاريخي لمفهوم نوعية الحياة:

يعد مفهوم نوعية الحياة مفهوم قديم ظهر مع الفلاسفة الإغريق كأرسطو، سقراط...، إذ حاولوا من خلال أعمالهم توضيح الأسباب والعوامل المؤدية إلى الحياة الجيدة والسعيدة، ثم برز هذا المصطلح أكثر مع مطلع الخمسينات، عندما برزت العلاجات في حقل الأمراض المزمنة، واتفق في مجمله على أنه مفهوم ذاتي فردي متعدد الجوانب. إلا أنه وبعد فترة زمنية ظهرت اختلافات عديدة بين العلماء على إعطاء مفهوم محدد لهذا المصطلح، فنجد في الطب مثلا أن مفهوم نوعية الحياة يقاس بالفترة التي يبقى بها الفرد على قيد الحياة بوجود المرض، مع عدم أخذ بعين الاعتبار مسألة المشاكل النفسية والاجتماعية التي يخلفها المرض والعلاج (كالعلاج الكيماوي، الإشعاعي... (شيلي تايلور، 2008: 620).

إلا أنه وبعد دراسات مختلفة، أصبحت المعايير الطبية ضعيفة الارتباط بتقييم حالة المريض والعلاج، وأصبح يفترض أن لنوعية الحياة أبعاد مختلفة والتي تشمل على: البعد

الجسدي الوظيفي (كالاستقلالية الجسدية، الراحة، النوم، التغذية، الألم...)، البعد النفسي السيكولوجي (درجة الحصر والاكنتاب، إدراك الصحة، الرضا العام حول الحياة المعاشة)، البعد البيئي الاجتماعي (كظروف الحياة والمحيط العائلي، النشاطات المرتبطة بالأدوار الاجتماعية...).

ومن هنا بدأ الباحثون بإلقاء الضوء على هذه العناصر والاهتمام بها سواء كانت عند المرضى ذوي الإعاقات أو الذين يعانون من أمراض مزمنة، حيث طورت في هذا الصدد عدة مقاييس لنوعية الحياة مثال: قائمة المشكلات ذات الصلة بالسرطان (the **Cancer Inventory of Problem Situations**)، (L'AIMS) وغيرها من المقاييس.

كما زاد الاهتمام بمفهوم نوعية الحياة، مع تطور مجالات علم النفس، حيث ارتبط هذا المصطلح بعلم النفس الإيجابي، والذي جاء كاستجابة لأهمية النظرة الإيجابية للحياة كبديل للتركيز على النواحي السلبية للحياة وما تحمله من عقبات ومشاكل وغيرها من الأمور السيئة.

أما في الوقت الحاضر فأصبحت نوعية الحياة من الأهداف الصحية للعديد من المنظمات والحكومات، حيث وضعت الولايات المتحدة الأمريكية شعار بعنوان "أفراد أصحاء" لسنة 2010 لتحسين نوعية الحياة وزيادة التوقعات الايجابية لدى الشعوب. (عبير، 2010: 439).

4-2- مفهوم نوعية الحياة:

لقد اختلف الباحثون على اختلاف تخصصاتهم ومجال بحثهم في تعريفهم لنوعية الحياة، وهذا ما أدى إلى تعدد وجهات نظرهم حول المفهوم كما أنهم اختلفوا في ترجمة مفهوم نوعية الحياة لتداخله مع المصطلحات القريبة منه مثل الارتياح (**Bien être**)

والسعادة (Bonheur) والرضا عن الحياة (life satisfaction) والحياة ذات المعنى وهناء العيش (Rapley, 2003).

كما يشيع استعمال مصطلح جودة الحياة في البحوث العربية كترجمة للمصطلح Quality of life غير أن لفظة Quality في الانجليزية تشير إلى مستوى شيء ما بالقياس إلى معيار مماثل له وفي البحث الحالي فضلنا استعمال مصطلح نوعية الحياة.

وحسب منظمة الصحة العالمية (1994) فإن نوعية الحياة تمثل معتقدات الفرد عن موقعه في الحياة وأهدافه وتوقعاته ومعاييره واهتماماته في ضوء السياق الثقافي ومنظومة القيم في المجتمع الذي يعيش فيه.

كما تعرف نوعية الحياة بأنها انطباع الفرد اتجاه حياته، وضمن النسق والمعايير الثقافية في مجتمعه ومستوى العلاقة بين تحقيق أهدافه وتوقعاته، وفق مفاهيم معيارية محدّد له، ومن وجهة نظر أخرى هي عملية الدمج والتكامل بين جوانب صحة الفرد الفسيولوجية والنفسية ومستوى عدم الاعتمادية والعلاقات الاجتماعية وعلاقة ذلك بما يبرّر في المستقبل من أحداث في البيئة (الهمس، 2010: 42).

وفي تعريف آخر لنوعية الحياة بأنها ذلك البناء الكلي الشامل الذي يتكون من مجموعة من المتغيرات المتنوعة التي تهدف إلى إشباع الحاجيات الأساسية للأفراد الذين يعيشون في نطاق هذه الحياة بحيث يمكن قياس هذا الإشباع بمؤشرات موضوعية تقيس القيم المتدفقة وبمؤشرات ذاتية تقيس قدر الإشباع (الجوهري، 1994: 93).

كما يرى (مصطفى الشرقاوي، 2004) أن نوعية الحياة هي كلّ ما يفيد الفرد في تنمية طاقته النفسية والعقلية ذاتيا والتدريب على كيفية حل المشكلات واستخدام أساليب مواجهة المواقف الضاغطة والمبادرة لمساعدة الآخرين، وينظر إلى جودة الحياة من خلال قدرة الفرد على إشباع حاجات الصحة النفسية مثل الحاجات البيولوجية والعلاقات

الاجتماعية الإيجابية والرضا عن العمل والاستقرار الاقتصادي والقدرة على مقاومة الضغوط الاجتماعية والاقتصادية و يؤكد أن شعور الفرد بالصحة النفسية من المؤثرات الفردية الدالة على نوعية الحياة.

بينما (Letzelter, 2000) عرف مفهوم نوعية الحياة بأنها مجموعة من الخصائص التي لها علاقة بانخفاض الحالة الصحية والرفاهية التي تتداخل وتؤثر على الدور الاجتماعي أو تساهم في تغيير الحالة النفسية المزاجية لدى الفرد .

أما (Kahn & Juster, 2002) فيعرف نوعية الحياة بأنها مفهوم يستخدم للتعبير عن الرضا عن الحياة و الصحة و الدور الايجابي في الحياة (Galloway & al, 2005, p 118)

وتمثل نوعية الحياة حسب (زعطوط، 2005) تقييما متعدد الأبعاد لظروف الحياة الحالية للفرد في سياق ثقافته التي يحيا فيها والقيم التي يتبناها، وهي في المقام الأول شعوره الذاتي بالرفاهية وحسن الحال، متضمنة أبعاد جسدية ونفسية واجتماعية وروحية وفي بعض الظروف يمكن أن تسهم المؤشرات الموضوعية في هذا الإدراك والتقييم لتقريب المعنى.

وقد لخص (مهدي كاظم والبادي، 2005) محتوى التعاريف التي تناولت نوعية

الحياة في النقاط التالية:

- القدرة على تبني أسلوب حياة يشبع رغبات واحتياجات الفرد.
- السعادة والرضا عن الذات والحياة الجديدة.
- الاستمتاع بالظروف المادية والبيئية الخارجية والإحساس بحسن الحال.
- إشباع الحاجات والرضا عن الحياة وإدراك الفرد لقوى ومضامين حياته وشعوره بمعنى الحياة إلى جانب الصحة الجسمية الإيجابية.

- حالة شعورية تجعل الفرد يرى نفسه قادرا على إشباع حاجاته المختلفة الفطرية والمكتسبة والاستمتاع بالظروف المحيطة به.

4-3- التناولات النظرية لنوعية الحياة:

أشار (Martin, 1999) إلى وجود أربع تناولات أساسية يمكن اعتبارها مراحل تداول واهتمام بالموضوع حسب الميدان والمنظور الذي تتناول من خلاله نوعية الحياة وهي التناول الفلسفي والنفسي، السياسي والتناول الطبي، وقد تناولت هذه المقاربات نوعية الحياة حسب الاختصاص ومجال الاهتمام.

4-3-1- التناول الفلسفي:

يكشف هذا التناول أن مفاهيم السعادة (Bonheur) واللذة (Desir)، الرغبة والراحة أو الوجود الجيد هي عناصر مكونة ومتداخلة في مفهوم نوعية الحياة، مع ضرورة التفريق والتمييز بينها لضبط المفاهيم.

فقد جلب هذا المفهوم تاريخيا اهتمام العديد من الفلاسفة، فركزوا على مفهوم السعادة الذي كان الموضوع الرئيسي لاهتماماتهم عبر تساؤلات عديدة، ما هي؟ وهل يمكن الوصول إليها وكيف؟

فالسعادة كمفهوم يصعب تحديد تعريف لها، وتكمن الصعوبات في اختلاف نظرة الفلاسفة والمفكرين، إذ اختصره إيمانويل كانط (Kant) في اللذة وآخرون في الشرف والثروة، أما بالنسبة لأرسطو (Aristote) فالسعادة عبارة عن رغبة عليا لأي إنسان لا تكتمل دون الإحساس بالراحة التامة للجسم و التي تظهر في ثنائية (صحة- كمال)، كما أن مفهوم اللذة هو أكثر تغييرا من مفهوم السعادة التي تبقى ناقصة عند الإنسان حتى إن امتلك كل شيء (Schweitzer, 2002).

ومن هنا تميّز مفهوم اللذة عن مفهوم السعادة بإمكانية فهمه و الذي أصبح فيما بعد جزءاً ضمناً منها وقد حاول (Arthur Schopenhauer) بدوره إيجاد علاقة تربط بين السعادة والرغبة بتأكيديه على أنّ السعادة ليست ايجابية أو حقيقية و إنما هي عبارة عن غياب المعاناة، في حين تتحقق الرغبة عند الإشباع، وتفقد السعادة في هذه اللذة، كما تغيب عند وجود المعاناة، ومنه فإن السعادة والرغبة تعبران عن النقص، وقد أدت هذه المفاهيم تدريجياً إلى مفهوم الراحة والوجود الجيد الذي يشكل جزء من السعادة، فاللذة والرغبة متصلان بنوعية الحياة، وهو ما يجرنا إلى مفهوم كانط الذي مفاده أن الوجود الجيد لا ينفصل عن السعادة رغم عدم تفريقه بين مفهومي الوجود الجيد واللذة. (Schweitzer, 2002, p 285)

إذن حسب هذا التناول يمكن القول إنه من المهم عدم الخلط بين الحياة والسعادة وبين اللذة والوجود الجيد، حتى وإن كانوا يشكلون تركيبة هامة، فنوعية الحياة لا تختصر في الصحة كما سيتبين لاحقاً.

4-3-2- التناول النفسو-اجتماعي :

ركز الفلاسفة اهتمامهم على حقيقة نوعية الحياة، بينما اهتم علماء علم النفس الاجتماعي لكن على كيفية إدراك كل فرد لنوعية الحياة، فركزوا على تقدير مدى أو مستوى نوعية الحياة لدى الفرد، ففرّقوا في تناولهم بين مفهوم السعادة ونوعية أو جودة الوجود الذاتي والراحة والوجود المادي الجيد، والرضا عن الحياة (Schweitzer, 2002, p33)

فحسبهم فالسعادة مرتبطة بزمن ما لأنها حالة عابرة متغيرة، في حين يعتبر الرضا مستديم ويشكل الحياة بأكملها، وقد حدّدوا نمطين من العناصر التي يمكن أن تؤثر على الوجود الجيد، أولهم النمط الخارجي كالتغيرات الاجتماعية والديموغرافية والاقتصادية وأحداث الحياة والاندماج الاجتماعي... الخ. والنمط الداخلي كتقديرات الذات والحاجات والرغبات، فعالية الذات المدركة والتوازن الانفعالي... الخ. في حين أهملوا علماء النفس الاجتماعي

المكون السلوكي الذي نال اهتمام علم النفس التجريبي من خلال مفهوم الكفاءات الذي استخدمه أيضا علماء الاجتماع للدلالة على وجود الحياة، حيث شهد الميدان الابتعاد عن مفهوم السعادة، والاهتمام أكثر بمفهوم الوجود الجيد ونوعية الحياة، وميز العلماء بين الصحة الجسمية والصحة العقلية والانفعالية والاندماج الاجتماعي، مما سمح بدراسة مستويات الضغط والرضا عن الأهداف المسطرة في الحياة ووجود العلاقات الاجتماعية والعائلية وكل ذلك مرتبط بالصحة (Schweitzer,2002).

4-3-3- التناول الاقتصادي والسياسي:

أخذ مفهوم الحياة اقتصاديا وسياسيا مرجعية من مستوى أفضل للحياة إلى الشروط والظروف المادية للوجود الجيد والتي ينبغي لأي فرد أن يحققها ويصل إليها حيث اقترح (Flanagan,1982) المكافء بتقدير نوعية الحياة لدى الأمريكيين بالأخذ بعين الاعتبار مؤشرات شروط الحياة من مستوى التعليم والمستوى الاجتماعي والاقتصادي وعوامل أخرى كالوجود الذاتي الجيد للصحة المدركة الآمال، الإحساس بالحرية...

وقد أكد منذ زمن طويل المسؤولون السياسيون في الدول الديمقراطية ذات النمو الاقتصادي الكبير على أن حقوق المواطنين لا ينبغي أن تقتصر على إشباع حاجاتهم المادية فاقترح رئيس الولايات المتحدة سنة 1881 أن يضاف للدستور الحق في السعادة لكل مواطن أمريكي، كل هذا يشير إلى الثنائية المستقبلية لمفهوم الوجود الجيد ونوعية الحياة اللذان لا يمكن حصرهما في عواملها الموضوعية التي يتبادلها المهتمون. (Schweitzer,2002,p42).

4-3-4- التناول الطبي :

يعود الفضل للأطباء والباحثين في الصحة العمومية والمختصين في علم الأوبئة والطب العقلي، في ضمان نجاح وانتشار مفهوم نوعية الحياة الذي انتهى بضمه لمفاهيم

مجاورة كالراحة والصحة والسعادة والرضا، فإن كان الأطباء في السابق يركزون في تقديراتهم على معايير بسيطة و هي الصحة والمرض تحت تأثير النموذج الطبي المسيطر لمدة طويلة فإن ثغرات وانفعالات كثيرة غيرت مجالات البحث من أجل تحليل أكثر دقة وموضوعية، إن التطورات الطبية في مجال علاج الأمراض الإبتنائية خصوصا والمتمثلة في السعي لإطالة عمر المصابين وتخفيض نسبة انتشار بعض هذه الأمراض المزمنة ذات العواقب الجديدة والمتعددة الجسمية أو العقلية أو الاجتماعية والتي تصيب راحة وجود المرضى أكثر من نجاتهم من الموت و هي عوامل أجبرت المختصين على التركيز على الحفاظ وتقدير نوعية الحياة لدى هؤلاء الأشخاص وتكوين وسائل تسمح بتقدير الأثر الجسدي و العقلي والاجتماعي الذاتي لهذه الأمراض وعواقبها وكذا أثر العلاجات والأدوية المتعلقة بها (Schweitzer, 2002).

ومن هذا المنطق طرح التساؤل حول آثار أنماط الأدوية للأمراض المزمنة من منظور كيفي متمثلا في راحة المرضى ومن منظور كمي كالسنوات المكتسبة خصوصا في مجال الأمراض الخطيرة كالسرطان وعلاجاته المعقدة وصعوبة التحمل (أشعة كيميائية، جراحية).

وقد وضح (koch,2000) في دراسة حول مقدمي الصحة والمكفّين بالمصابين بصدمات دماغية، يقدرون أن هؤلاء يتمتعون بنوعية حياة مقبولة فإن تقييم ايجابي للحياة ظهر لدى 92% عند نفس المرضى رغم أن أغليبيتهم لا يستطيعون المشي.

إن التغيرات التي مسّت تناول الطبي مرتبطة أيضا بدرجة الوعي لدى المرضى، الذين يتصرفون كمستهلكين أو مستفيدين مستقلين في أمريكا الشمالية خصوصا، إنهم يطلبون اشتراكهم في القرارات الخاصة بعلاجهم وفي التدخلات الطبية والعلاجية الممكنة.

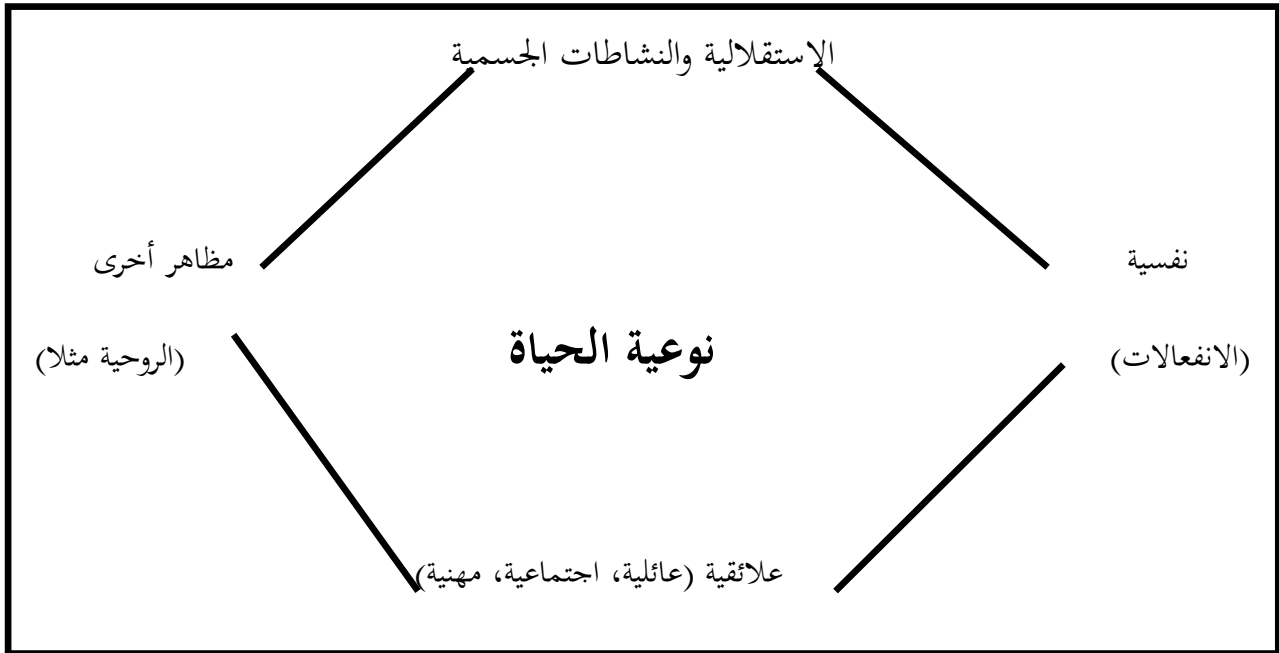
ويتجلى ذلك أيضا في شكوك المرضى حول فعالية الطب، وكذا في معتقدات المرضى والأطباء المتناقضة والمتعكسة أحيانا. إذا فإن تقديرات موضوعية وذاتية لنوعية

الحياة قبل وبعد التدخلات تسمح بتقدير دقيق لتطور العلاجات المرتبطة بدواء ما وتسهل من جهة أخرى التواصل بين الأطباء ومرضاهم.

كما أن الهيئات المكلفة بالتحكم في الكلفة الصحية للتأمين الاجتماعي... تحاول أن تقوم بتسوية وتوازن بين متطلبات جودة خدمات مصلحة ما للمستخدمين والحواجز الاقتصادية، هنا نتحدث على الضرورة والأولوية في تقديرات نوعية الحياة كالراحة والوجود الجيد المرتبط بالصحة أي نوعية الحياة المرتبطة بالصحة. فمنذ عشرات السنين اقتنع العياديون والباحثون في مجال الصحة العمومية بأن نوعية الحياة لا تضم فقط الحالة الوظيفية الموضوعية للمرضى لكن أيضا الراحة الذاتية (Schweitzer, 2002, p47).

4-4- أهم مؤشرات ومظاهر نوعية الحياة:

ويمكن تحديد المميزات الأساسية لنوعية الحياة على أنها ديناميكية ذات مفهوم فردي كما أنها ذاتية (Verdot charlitte, 2008: 5). ويوضح الشكل التالي المظاهر الأساسية لنوعية الحياة:



شكل رقم (04): المظاهر الأساسية لنوعية الحياة (Haute autorité de la santé,

2013, p6)

يتضح ممّا سبق أن نوعية الحياة هي كيفية إدراك الفرد وطريقة تقييمه لحياته والتي تشمل حسب المنظمة العالمية للصحة (2013) مظاهر متعددة ومتفاعلة تتمثل في المظاهر الجسمية كالإحساس بالاستقلالية مثلا ومظاهر نفسية التي تشمل الانفعالات أما المظاهر الاجتماعية فتشمل مختلف العلاقات والتفاعلات، أما باقي المظاهر فتشمل الجانب الروحي مثلا.

4-4-1- المؤشرات الموضوعية :

هي تلك المؤشرات القابلة للقياس الكمي والتي تتعلق بالمتغيرات الأساسية لنوعية الحياة، فالمؤشرات الموضوعية تقوم على التقييم الموضوعي للأحوال والظروف السائدة في المجتمع أي أن هذه المؤشرات تعكس ظروف حياة الأفراد في وحدة ثقافية وجغرافية معينة من خلال قياسها الكمي المحض والحقائق المتعلقة بجوانب البناء الاجتماعي (الجوهري، 1994).

4-4-2- المؤشرات الذاتية :

تشير تلك المؤشرات إلى حجم استفادة الأفراد من الخدمات التي تقدمها الدولة، وما هو قدر الإشباع الذي تحقق للأفراد من خلال هذه الخدمات والمتغيرات كما تمثل درجة رضا الأفراد عن ذلك وبعبارة أخرى هو مدى الإشباع الذي يتحقق للأفراد من حياتهم في ظل واقع اجتماعي معين ويكون ذلك من خلال تقييمهم وإدراكهم لهذا الواقع، كما ينعكس في مستويات رضاهم أو سعادتهم بجوانب هذا الواقع الاجتماعي باعتباره يشكل مكونات نوعية حياتهم.

ويؤكد العلماء أن جوهر دراستهم يتراوح ما بين الاهتمام بقياس الآثار المركبة لجوانب الحياة الواقعية من ناحية وبين تصور هذه الوقائع عند الفرد وحكمه عليها من ناحية أخرى وعلاقة ذلك بالرضا الإنساني، هذا هو التفاعل بين الجانب الموضوعي والجانب الذاتي

(الجوهري، 1994، ص48). ولنوعية الحياة في بعديها الموضوعي والذاتي عدد من المظاهر تتمثل في:

البعد الموضوعي: نجد العوامل المادية، وهذه العوامل نسبية في التعبير عن نوعية الحياة، لأنها ترتبط بثقافة المجتمع ودرجة تخضرمه وتعكس مدى قدرة الأفراد على التوافق مع الثقافة التي يعيشونها، ومع المعايير الثقافية الحضارية التي يوفرها المجتمع، والمظهر الآخر هم إشباع الحاجات بمعنى أن الفرد عندما يتمكن من إشباع حاجاته فإن نوعية الحياة ترتفع وتزداد، والمظهر الثالث هو القوى والمتضمنات الحياتية، فلكي تكون حياة الفرد جيدة لابد من استخدام القدرات والطاقات والأنشطة الابتكارية الكامنة بداخله ويقوم بتنمية العلاقات الاجتماعية، وهي من المؤشرات الدالة على نوعية الحياة وآخر المظاهر هو الصحة والبناء البيولوجي للفرد، إذ أنها تعكس قدرته البيولوجية الكامنة وسلامته وصحته الجسمية.

أما فيما يخص مظاهر **البعد الذاتي** لنوعية الحياة، فنجد حسن الحال فهو مظهر سطحي وعام لنوعية الحياة، فكونك راض عن حياتك تسير كما ينبغي، وهو نابع من إشباع الفرد لكل توقعاته واحتياجاته ورغباته.

والمظهر الآخر هو معنى الحياة فكّما شعر الفرد بانجازاته ومواهبه وقيمه وأهميته للمجتمع وللآخرين وأن غيابه يسبب نقصا أو افتقاده لدى الآخرين كلّما أحسّ الفرد بجودة الحياة التي يحياها، وآخر هذه المظاهر هو السعادة فهو شعور بالرضا والإشباع وطمأنينة النفس، وتحقيق الذات والشعور بالبهجة والاستمتاع واللذة والشعور بالنشوة حينما يدرك الفرد قيمة ومتضمنات حياته مع استمتاعه بالصحة الجسمية ويمكن أن تؤدي كلّ هذه الأمور إلى نوعية الحياة (الهمس، 2010: 45).

فالإحساس بنوعية الحياة حالة شعورية تجعل الفرد يرى نفسه قادرا على إشباع حاجاته المختلفة الفطرية والمكتسبة والاستمتاع بالظروف المحيطة به وتقاس عادة بالدرجة التي يحصل عليها المجيب في المقاييس التي يعدها الباحثون لتقييم نوعية الحياة.

المؤشرات النفسية : تتمثل في شعور الفرد بالقلق والاكتئاب، التوافق مع المرض، أو الشعور بالسعادة والرضا و التي تحتوي على عدّة مؤشرات:

المؤشرات الاجتماعية: تتضح من خلال العلاقات الشخصية ونوعيتها، فضلا عن ممارسة الفرد للأنشطة الاجتماعية والترفيهية.

المؤشرات المهنية: تتمثل بدرجة رضا الفرد عن مهنته وحبها لها، القدرة على تنفيذ مهامه ووظيفته و قدرته على التوافق مع واجبات عمله.

المؤشرات الجسمية والبدنية : تتمثل في رضا الفرد عن حالته الصحية والتعايش مع الآلام و النوم والشهية في تناول الغذاء والقدرة الجنسية (رغداء، 2012: 149) .

وقد اقترح (عبد المعطي، 2005) خمسة مظاهر رئيسية لجودة الحياة ترتبط فيها الجوانب الموضوعية والذاتية وهي كالتالي:

• العوامل المادية والتعبير عن حسن الحال:

والتي تشمل الخدمات المادية التي يوفرها المجتمع لأفراده، إلى جانب الفرد وحالته الاجتماعية و الصحية والتعليمية، حيث تعتبر هذه العوامل عوامل سطحية في التعبير عن نوعية الحياة، إذ ترتبط بثقافة المجتمع وتعكس مدى قدرة الأفراد على التوافق مع هذه الثقافة. أما حسن الحال فيعتبر كذلك مظهرا سطحيا للتعبير عن نوعية الحياة، فكثير من الناس يقولون بأن حياتهم جيدة ولكنهم يختزنون معنى حياتهم.

• إشباع الحاجات والرضا عن الحياة :

وهو أحد المؤشرات الموضوعية لنوعية الحياة ، فعندما يتمكن المرء من إشباع حاجاته فإن نوعية حياته ترتفع وتزداد، وهناك حاجات كثيرة يرتبط بعضها بالبقاء كالطعام، المسكن، الصحة ومنها ما يرتبط بالعلاقات الاجتماعية، كالحاجة للأمن والانتماء، الحب،

القوة والحرية وغيرها من الحاجات التي يحتاجها الفرد والتي يحقق من خلالها نوعية حياته. ويعتبر الرضا عن الحياة أحد الجوانب الذاتية لنوعية الحياة وعندما يشبع الفرد كل توقعاته واحتياجاته ورغباته، يشعر حينها بالرضا.

• إدراك الفرد القوى والمتضمنات الحياتية وإحساسه بمعنى الحياة:

قد يرى البعض أن إدراك القوى والمتضمنات الحياتية بمثابة مفهوم أساسي لنوعية الحياة، فالبشر كي يعيشوا حياة جيدة لا بدّ لهم من استخدام القدرات والطاقات والأنشطة الإبتكارية الكامنة داخلهم، من أجل القيام بتنمية العلاقات الاجتماعية وأن ينشغلوا بالمشروعات الهادفة، ويجب أن يكون لديهم القدرة على التخطيط واستغلال الوقت وما إلى ذلك.

ومعنى الحياة يرتبط بنوعية الحياة، فكلمًا شعر الفرد بقيمته وأهميته للمجتمع وللآخرين، وشعر بانجازاته ومواهبه وأن شعوره قد يسبب نقصا أو افتقاد للآخرين له، فكل ذلك يؤدي إلى إحساسه بنوعية الحياة.

• الصحة والبناء البيولوجي وإحساس الفرد بالسعادة:

تعتبر حاجة من حاجات نوعية الحياة التي تهتم بالبناء البيولوجي للبشر والصحة الجسمية تعكس النظام البيولوجي فأداء خلايا الجسم ووظائفها بشكل صحيح يجعل الجسم في حالة صحية جيدة وسليمة.

كما أن إحساس الفرد بالسعادة يؤدي إلى الشعور بالرضا والإشباع وطمأنينة النفس وتحقيق الذات والبهجة والاستمتاع واللذة وحبّ الشخص للحياة التي يعيشها واستمتاعه بها وتقديره الذاتي لها و هذا عند إدراكه لقيمة حياته مع استمتاعه بالصحة الجسمية. و قد دألت بحوث كثيرة على أن السعادة هي نتاج تفاعل مركب بين الشخص وبيئته (الهنداوي، 2010).

• نوعية الحياة الوجودية:

وهي الوحدة الموضوعية لجوانب الحياة و الأكثر عمقا داخل النفس، فإحساس الفرد بوجوده يؤدي إلى إحساسه بمعنى الحياة إذ أن نوعية الحياة الوجودية هي التي يشعر الفرد من خلالها بوجوده وقيمه من خلال ما يحصل عليه من معلومات مرتبطة بالمعايير والقيم والجوانب الروحية والدينية التي يؤمن بها الفرد والتي يستطيع من خلالها تحقيق وجوده.

تتعدد مظاهر نوعية الحياة لتشمل العوامل المادية وإشباع الحاجات والرضا عن الحياة وإدراك الفرد الإيجابي لمعنى الحياة و مدى إحساس الفرد بالسعادة والصحة النفسية والجسمية و جودة الحياة الوجودية وهي الأعمق تأثيرا، والذي يتضمن الاستمتاع بالظروف المادية في البيئة الخارجية، الإحساس بحسن الحال وإشباع الحاجات، الرضا عن الحياة وإدراك الفرد لقوى ومتضمنات حياته و شعوره بمعنى الحياة إلى جانب الصحة الجسمية الإيجابية وإحساسه بمعنى السعادة وصولا إلى عيش حياة متوافقة بين جوهر الإنسان والقيم السائدة في المجتمع. (الهنداوي، 2010: 41).

4-5- النماذج المفسرة لنوعية الحياة:

يشير (الشرييني، 2007) إلى أن هناك عدّة نماذج مفسرة لنوعية الحياة أهمها:

4-5-1- نموذج ايفانس (Evans, 1994): الذي بني على الأوجه التكاملية للأطر

النظرية التي تتضمن ما يلي :

- سمات الشخصية مثل تقدير الذات و التفاؤل والعصابية والانبساطية وهي سمات نابعة من الداخل وتشمل على الأبعاد المعرفية والانفعالية.
- الهناء الشخصي ويتضمن كلّ من الانفعال الايجابي والسلبى ويكون داخلي المصدر ومكون انفعالي، الرضا العام عن الحياة ويكون داخلي المصدر ومكون معرفي.

- محصلة نوعية الحياة وتتضمن نوعية الحياة السلوكية، ونوعية الحياة المتصلة بالصحة. (السيد، 2009: 57).

4-5-2- نموذج فينوهوفن (Veenhoven,2000): وهو مكون من أربعة مفاهيم مرتبة:

• **فرص الحياة:** و تنقسم إلى بعدين:

- النوعية في البيئة الخارجية وغالبا ما يستخدم مصطلحي جودة الحياة والهناء بهذا المعنى.

- النوعية المنبثقة من الداخل وهي تشير إلى البيئة الداخلية للفرد من إمكانيات وقدرات تعدّه لمجابهة المشكلات الحياتية بطريقة أفضل.

• **نتائج الحياة:** و تنقسم إلى:

- الفائدة أو المنفعة و التي تعني النوعية في البيئة الخارجية ويمكن الحكم عليها في ضوء قيم الفرد والبيئة، أي استغلال البيئة الخارجية، وهي تمثل رؤية الحياة على أنها أكثر من كونها كذلك.

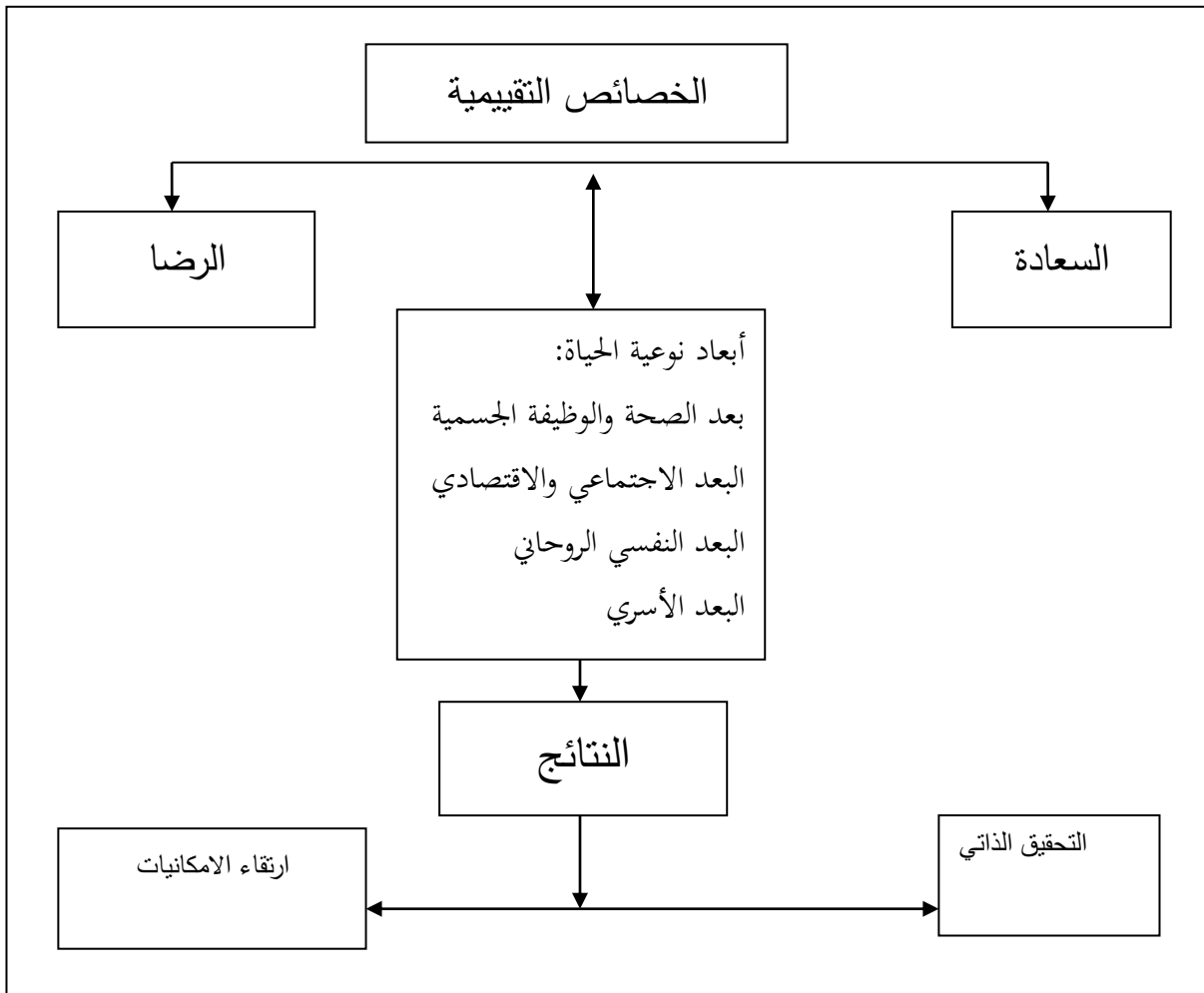
- تقويم أو تقدير الحياة أي النوعية المنبثقة من الداخل ويشير إلى نوعية الحياة كما يراها الفرد من حيث التقرير الذاتي لها مثل الهناء الشخصي، والرضا عن الحياة والسعادة (السيد، 2009)

4-5-3- نظرية فنتجودت وآخرون: وقد وضعت نظرية تفسير نوعية الحياة في ضوء عدّة أبعاد:

- **الحياة الذاتية:** و المتمثلة في الهناء والرضا عن الحياة والسعادة ومعنى الحياة.
- **الحياة الموضوعية أو الخارجية:** والتي تظهر في التنظيم البيولوجي وإدراك الإمكانيات الحياتية و انجاز الحاجات و المعايير الثقافية (الشربيني، 2007: 13).

4-5-4- نموذج الإدراك الذاتي لنوعية الحياة لأوليسون (Olison, 1990):

هذا النموذج يفترض أن نوعية الحياة هي خبرة معرفية تتضح من خلال كل من الرضا عن أبعاد الحياة المهنية للفرد وهذه الخبرة لها عدّة أبعاد حيث يدلّ هذا النموذج على أن النتائج الإيجابية لنوعية الحياة تعتمد على إدراك الفرد لمستويات الرضا والسعادة الناتجة عن أبعاد نوعية الحياة المتمثلة في بعد الصحة و بعد المستوى الاجتماعي و الاقتصادي والبعد النفسي وبعده الأسرة، بالإضافة إلى اهتمام النموذج بكيفية تأثير هذه النتائج الإيجابية في إدراك الفرد لنوعية الحياة التي يشعر بها، حيث أن هذا التأثير يمتد في الاتجاهين معا بين النتائج الإيجابية وأبعاد نوعية الحياة (شويخ ، 2009: 120) . والشكل الموالي يوضح نموذج أوليسون للإدراك الذاتي لنوعية الحياة:



الشكل رقم (05): نموذج أوليسون للإدراك الذاتي لنوعية الحياة (شويخ ، 2009: 121).

كما أكدت التوجهات النظرية الحديثة في تفسيرها لمفهوم نوعية الحياة على دور المحددات النفسية، كما يلي:

✓ التوجه المعرفي:

يرتكز هذا المنظور في تفسيره لنوعية الحياة على فكرتين أساسيتين حيث تشير الفكرة الأولى إلى أن طبيعة إدراك الفرد هي التي تحدد درجة شعوره بنوعية حياته. أما الفكرة الثانية فتؤكد على الاختلاف الإدراكي الحاصل بين الأفراد، فالعوامل الذاتية هي الأقوى أثراً من العوامل الموضوعية في درجة شعورهم بجودة الحياة (Argyle, 1999, p 353).

وفي هذا المنظور يبرز لدينا نظريتان حديثتان في تفسير نوعية الحياة هما:

✓ نظرية لاوتن (Lawten Theory 1996):

طرح لاوتن مفهوم طبعة البيئة ليوضح فكرته عن نوعية الحياة والتي تدور حول إدراك الفرد لنوعية حياته و الذي يتأثر بظرفان هما الظرف المكاني، فالبيئة المحيطة بالفرد لها تأثير على إدراكه لنوعية حياته وطبعة البيئة في الظرف المكاني لها تأثيران أحدهما مباشر على حياة الفرد كالتأثير على الصحة مثلاً، والآخر تأثيره غير مباشر إلا أنه يحمل مؤشرات ايجابية كرضا الفرد على البيئة التي يعيش فيها.

أما الظرف الزمني، فإدراك الفرد لتأثير طبعة البيئة على نوعية حياته يكون أكثر ايجابياً كلما تقدم في العمر فكلما تقدم الفرد في عمره كلما كان أكثر سيطرة على ظروف بيئته، وبالتالي يكون التأثير أكثر ايجابية على شعوره بنوعية الحياة. (Argyle, 1999: 373).

✓ نظرية شالوك (Schalok Teory 2002):

قدم شالوك تحليلاً مفصلاً لمفهوم نوعية الحياة على أساس أنه مفهوم مكوّن من ثمانية مجالات وكلّ مجال يتكوّن من ثلاثة مؤشرات، تؤكد جميعها على أثر الأبعاد الذاتية كونها المحددات الأكثر أهمية من الأبعاد الموضوعية في تحديد درجة شعور الفرد بجودة الحياة، علماً أنه هناك نسبة في درجة هذا الشعور فالعامل الحاسم في ذلك يكمن في طبيعة إدراك الفرد لنوعية حياته (السعيد عبد الرحمن، 2007: 338).

ويوضح المخطط رقم تفصيلات نظرية (شالوك) لهذه المجالات الثمانية ومؤشرات كلّ مجال من هذه المجالات.

جدول رقم (01): مجالات نوعية الحياة ومؤشراتها حسب نظرية شالوك

المجالات							
الحقوق البشرية والقانونية	الاندماج الاجتماعي	تقرير المصير	السعادة البدنية	النمو الشخصي	السعادة المادية	العلاقات الشخصية	السعادة الوجدانية
-الحقوق الفردية	-التكامل	-	-الصحة	-التعليم	- الحالة المادية	-	الرضا
-حقوق الجماعة	-الترايط	الاستقلالية	-الأنشطة اليومية	-الكفاءة الشخصية	العمل	التفاعلات	- مفهوم الذات
-القانون والعمليات	-الأدوار الاجتماعية	- الأهداف الاختبارات	- وقت الفراغ	- الأداء	- المسكن	- العلاقات الاسناد	-انخفاض الضغوط

المؤشرات

من خلال الجدول السابق يمكن استخلاص مؤشرات نوعية الحياة كالآتي:

- **الناحية الذاتية:** التقييم الوظيفي كمقياس المدى مستوى الوظيفة و ملاحظة المشاركة واستبيانات الظروف والأحداث البيئية والتفاعل في الأنشطة اليومية وتقرير المصير والتحكم الشخصي وأوضاع الدور من التعليم و المهنة و السكن.

- **الظروف الخارجية:** والتي تتمثل المنبهات الاجتماعية كمستوى المعيشة و مستوى العمل (السعيد عبد الرحمن، 2007: 340).

✓ التوجه الإنساني:

يرتكز هذا التوجه على أن فكرة نوعية الحياة تستلزم دائما الارتباط الضروري بين عنصرين لا غنى عنهما و هما وجود كائن حي ملائم و وجود بيئة جديدة يعيش فيها هذا الكائن، ذلك لأن ظاهرة الحياة تبرز إلى الوجود من خلال التأثير المتبادل بين هذين العنصرين، فهناك البيئة الطبيعية والتي تتمثل بالموارد الطبيعية التي تشكل مقومات حياة الفرد وهناك البيئة الاجتماعية وهي التي تضبط سلوك الأفراد والجماعات طبقا للمعايير السائدة في المجتمع، فجودة البيئة الاجتماعية تتحقق بمقدار امتثال الأفراد لهذه المعايير وعدم خروجهم عنها. كما أن هناك البيئة الثقافية التي تقاس جودتها بقدرة الفرد على صنع بيئة حضارية ماديا أو معنويا (رضوان، 2006: 96).

لقد أكد هذا المنظور في تفسيره لنوعية الحياة على مفهوم الذات (Self concept) وقد بيّن أن حقيقة الحياة الإنسانية تنطوي على إمكانيات هائلة لتحقيق أفضل المستويات للتطور والارتقاء في الحياة (Rebecca, 2000, p 39).

ومن أكثر النظريات حداثة ضمن هذا المنظور:

✓ نظرية رايف (Ryff Theor 1999):

تتمحور النظرية حول مفهوم السعادة النفسية (Psychological Happiness) ، إذ أن شعور الفرد بنوعية الحياة ينعكس في درجة إحساسه بالسعادة التي حددها Ryff في ستة أبعاد حيث يضم كل بعد صفات تمثل نقاط التقاء لتحديد معنى السعادة النفسية الذي يتمثل في وظيفة الفرد الايجابية في تحسين مراحل حياته كما يلي:

- الاستقلالية Autonomy:

تتمثل صفاتها في قدرة الشخص على أن يقرر مصيره بنفسه و يكون مستقلا بذاته و قادرا على مقاومة الضغوط الاجتماعية والتصرف بطرائق مناسبة، منظم في سلوكه و يقيم ذاته بما يتناسب وقدراته الشخصية.

- التمكن البيئي: Environmental mastery:

ومن صفاته الكفاءة الذاتية للفرد و قدرته على التحكم وإدارة نشاطاته وبيئته والاستفادة من الفرص المتاحة لديه و اتخاذ الخيارات الملائمة لحاجاته النفسية والاجتماعية وقدرته على اختبار قيمته الشخصية والتصرف بما يتناسب ومعايير مجتمعه (Ryff, 1989, p 971).

- النمو الشخصي Personal Growth:

صفاته تتمثل في شعور الفرد بالنمو والارتقاء المستمر و انفتاحه للتجارب الجديدة وإدراكه لتطور وتوسع ذاته، وكذا إحساسه الواقعي بالحياة وشعوره بتحسن ذاته وتطور سلوكه يوما بعد آخر و تغييره بطرائق تزيد من معرفته وفاعليته الذاتية.

- العلاقات الايجابية مع الآخرين :Positive relation with others:

من صفاته رضا الفرد عن علاقاته الاجتماعية، ثقته بالآخرين من حوله و قناعته برفاهية الآخرين و قدرته على التعاطف والتودد للآخرين و اهتمامه بالتبادل الاجتماعي كما أنه يظهر السلوك التواصلي مع الآخرين.

- تقبل الذات Self-Acceptance:

من صفاته إظهار الفرد توجهها ايجابيا نحو ذاته، قبوله بالسلمات أو الخصائص المكونة لذاته السلبية والايجابية و شعوره الايجابي لحياته الماضية و تفكيره الايجابي لذاته المستقبلية ويظهر النقد الايجابي لذاته وخصائصها المميزة .

- الهدف من الحياة Purpose in life:

ومن صفاته امتلاك المعتقدات التي تعطي معنى للحياة الماضية والحاضرة و وضع أهدافا تجعل حياته ذات معنى في تحقيقها و القدرة على توجيهها في الحياة كما أن الفرد يكون قادرا على الإدراك الواضح لأهداف حياته و أن صحته النفسية تكمن في إحساسه بمعنى الحياة.

لقد بيّن Ryff أن جودة حياة الفرد تكمن في قدرته على مواجهة الأزمات التي تظهر في مراحل حياته المختلفة، وأن تطور مراحل الحياة هو الذي يحقق سعادته النفسية التي تعكس شعوره بنوعية الحياة (Ryff, 1989, p 972).

• التوجه التكاملي:

✓ نظرية اندرسون (Anderson Theory 2003)

طرح (Anderson, 2003) شرحا تكامليا لمفهوم الحياة، متخذا من مفاهيم السعادة (Hapiness) ومعنى الحياة (Meaning of life) ونظام المعلومات البيولوجي (The biological information system) والحياة الواقعية

(Realizing life) وتحقيق الحاجات (Fulfillment of needs) فضلا عن العوامل الموضوعية الأخرى إطار نظريا تكامليا لتفسير نوعية الحياة. (Ventegodt & al, 2003, p141)

لقد أشار أندرسون Anderson إلى أن إدراك الفرد لحياته، يجعله يقيم شخصيا ما يدور حوله، كما يمكنه من أن يكون أفكارا كي يصل إلى الرضا عن الحياة (Life satisfaction) كما ذكر أن هناك ثلاث سمات مجتمعة معا تؤدي إلى الشعور بنوعية الحياة.

تتعلق السمة الأولى بالأفكار ذات العلاقة بالهدف الشخصي الذي يسعى الفرد إلى تحقيقه، أما السمة الثانية فتشير إلى المعنى الوجودي الذي يتوسط العلاقة بين الأفكار والأفراد و السمة الثالثة تعبر عن الشخصية والعمق الداخلي (Ventegodt, 2003, p 14).

ومنه فإن النظرية التكاملية وضعت بعض المؤشرات الدالة على نوعية الحياة كما يلي:

1. إن شعور الفرد بالرضا هو الذي يشعره بنوعية حياته و الذي يتحقق بوضع أهداف واقعية يكون قادرا على تحقيقها و أن يسعى إلى تغيير محيطه كي يتلاءم مع أهدافه.
2. إن إشباع الحاجات لا يؤدي بالضرورة إلى رضا الفرد وإلى شعوره بنوعية الحياة، فهو أمر نسبي يختلف باختلاف الأفراد واختلاف الثقافات التي يعيشون فيها.

3. إن استغلال الفرد لإمكانياته في نشاطات إبداعية وعلاقات اجتماعية جيدة وأهداف ذات معنى وبعائلة تَبَثَّ فيه الإحساس بالحياة هو الذي يشعره بنوعية الحياة (Anderson, 2003, p 28).

4-6- مجلات ومكونات نوعية الحياة:

يتفق معظم الباحثين والمختصين في مجال الصحة أن نوعية الحياة هي مفهوم مركب ومعقد، يضم مجالات عديدة جسمية، عقلية واجتماعية وهذه المجالات تقدر حسب معيارين:

- موضوع من طرق الملاحظ، طبيب أو فاحص، تشخيص طبي شمولي، فحوص شبه عيادية، أشعة تخطيط دماغ، تحاليل...
- آخر ذاتي من قبل المريض ذاته أو ما يعرف بالصحة المدركة، وذلك بهدف الوصول إلى تقدير أكثر دقة وموضوعية.

وحسب منظمة الصحة العالمية OMS ترى أن نوعية الحياة تستند إلى أبعاد مقبولة إلى حد ما والتي تتمثل في: الصحة الجسمية، الصحة النفسية الذاتية، العلاقات الاجتماعية والبيئية وهناك أيضا من يصيف الجانب الروحي، ومن أهم مجالات نوعية الحياة ما يلي:

4-6-1- المجال الجسدي لنوعية الحياة:

يضم هذا المجال عناصر عديدة للصحة أهمها الصحة الجسمية والوظيفية، والكفاءات الوظيفية التي تنقسم بدورها إلى مكونات جد دقيقة، فالصحة الجسمية تضم الطاقة الحيوية كالتعب والنوم، الراحة، الآلام والأعراض ومختلف المؤشرات البيولوجية، في حين تشمل القدرات الوظيفية:

الوضعية الوظيفية، حركية الفرد، النشاطات اليومية التي بإمكانه القيام بها ومدى استقلالية أو ارتباطه (حاجته للمساعدة)، لذا يظهر أن فصل الاختلال النفسي عن الجسدي والاجتماعي في تداخلهم وتأثيراتهم المتبادلة، افتراضى أو اصطناعي لتسهيل التداول لا غير.

والأدوات المرتبطة بهذا المجال لا توضح في أغلب الأحيان أن المفهوم يرتبط ب QDVS وفي معظم الأوقات تجدها في تسميات مختلفة كالارتياح والصحة و المرض ونوعية الحياة، كمقياس (Quality of Well being scale) QWB, MOS-SF36، (Sickness IP، Inpact Profile) فهي مقاييس تعطي أهمية كبيرة للاستقلالية الوظيفية كتأدية المهام اليومية والأدوار العائلية، والاجتماعية والمهنية. إذن فنوعية الحياة المرتبطة بالصحة هي مفهوم جد خاص إذ لا تتعلق بالأداء العام للأفراد كما هو الحال بالنسبة لنوعية الحياة العامة.

فالمجال الجسدي لنوعية الحياة يتضمن جانبين: جانب الصحة البدنية كالحالة الصحية التي تضم الطاقة والحيوية، التعب، النوم، الراحة و الألم ومختلف الأعراض والعوامل البيوطبية وكذلك جانب القدرات الأدائية الاستقلالية، وهذين الجانبين يمكن تقييمهما خارجيا من خلال نتائج التحاليل والاختبارات، التشخيص الطبي... أو تقييمهما داخليا من خلال الصحة والقدرات الأدائية الذاتية، وبعد مدة من الزمن، يمكن استعمال البيانات والمعطيات الخارجية في تقييم نوعية الحياة المرتبطة بالصحة، ولكن نعطي الأهمية الكبيرة لجانب التقويم الذاتي (M.Bruchon-schweitzer, 2014, p 49).

4-6-2- المجال النفسي لنوعية الحياة:

هذا المجال يضم مجموعة من الجوانب التي تتميز بالخصوصية فهناك مقاييس عديدة اهتمت بهذا الجانب كمقياس WHOQOL- 100 الذي يحتوي على 6 جوانب بما فيها الصحة النفسية التي تنقسم بدورها إلى خمس مكونات و تتمثل في العواطف الايجابية

والتركيز وقدرات التعلم، صورة الجسد، المظاهر المدركة. وفي معظم الأحيان نجد أن المجال النفسي يضم الجانب الروحاني والمعتقدات الشخصية والجاني الديني كجزء منه.

فالمجال النفسي لنوعية الحياة يضم الانفعالات والحالة العاطفية الإيجابية وكذلك غياب أو ضعف شدة الوجدانيات السلبية كالحصرو الاكتئاب، وهم بذلك يقتربون أكثر من مفهوم الصحة النفسية أو الراحة الذاتية كمفاهيم واسعة نوعا ما، لأنها تضم تفاعلات معرفية كالرضا عن الحياة. أما الكفاءات العصبية النفسية، المعرفية والنفس حركية، فيصفها بعض الباحثين في البعد النفسي، وآخرون ضمن بند الصحة الجسمية والقدرات الوظيفية حيث ترى (Bruchon) نضمن أنه من الأكثر وضوحا تصنيف كل الاختلالات والاضطرابات المتعلقة بالتوظيف النفسي للفرد أو بالعلاجات التي يتلقاها بعض الباحثين، لإضافة مفاهيم ديناميكية فاعلة مثل النمو الشخصي وتحقيق الذات، الإبداع و معنى الحياة الأخلاقية، الحياة الروحية وفهم العالم... في حين يقترح آخرون وضع قيم الإنسان في بعد إضافي خاص. وأخيرا ولضمان تقدير ذاتي جيد للبعد النفسي لنوعية الحياة يقترح المختصون إضافة وسائل تقدير مكملة كالاختبارات التي تقيس فقدان أو الفعاليات المتعلقة بالقدرات العقلية، بواسطة الملاحظة مثلا أو سلالمة تقدير موضوعية من قبل ملاحظين آخرين لتقديم توضيحات وتفسيرات للأعراض أو المشكلات النفسية (Bruchon-schweitzer, 2014, p 50).

4-6-3- المجال الاجتماعي لنوعية الحياة:

تمثل العلاقات والنشاطات الاجتماعية الميدان الثالث لنوعية الحياة والذي يعد من أهم المجالات كذلك. عموما تتعارض الحياة الاجتماعية مع الانعزال والانسجامية.

وهذا في جوانب عديدة (عائلية، صداقات، مهنية....)، هذا اعتبارا من أن التوظيف الاجتماعي يفترض شبكة علاقات كيفية مثل الاندماج الاجتماعي الفعلي وكمية في توفر المساندة الاجتماعية. لهذا الغرض وضعت سلاليم عديدة لتقدير وقياس الصحة الاجتماعية

والتي تعرف بالمشاركة في النشاطات الاجتماعية (عائلية، صداقة، تسلية،....) والأمر يتعلق بسلم (WHOQOL-26 ou 100, le NHP).

نوعية الحياة الاجتماعية تقدر في معظم الأحيان بوسائل عامة، مع وجود وسائل خاصة تبحث عن التوظيف الاجتماعي للأفراد، الذي يمكن تقديره من طرف الشخص نفسه كتقدير ذاتي كما هو الحال في سلم SAS (Social Adjustment Sele) ↓ (Weisman, Bothwell, 1976) أو سلم SFQ (Social Functioning) (Tyrer et al, 2005) ↓ (Questionnaire)

لذا فمن المهم تقدير التوظيف الاجتماعي للأفراد من خلال تكييف التقنيات والوسائل القياس ووجهات النظر المختلفة.

4-7- قياس نوعية الحياة:

إن تعدد الأبعاد والمجالات التي يهتم بها مفهوم نوعية الحياة المتعلقة بالصحة، أدى بالباحثين إلى محاولة إيجاد مقاييس واستبيانات لضبط هذا المفهوم في إطار محدد قدر الإمكان، و لقد حرصوا في بناء أدوات قياس هذا المفهوم إلى تجسيد التعقيد و التعدد في الأبعاد التي يطرحها.

ولهذا فإن الأدوات المتوفرة لقياس نوعية الحياة، تعمل على تقييم هذه الأبعاد أو المجالات من خلال مؤشرات معينة كالصحة الجسدية و القدرة و المهارة الوظيفية الخاصة بالأداء والنشاط البدني إلى جانب المؤشرات الأخرى كتقدير الذات والشعور بالرضا والإبداع وتحقيق الذات وكذا الاهتمامات الأسرية والمشاركة الاجتماعية وغيرها من الأبعاد كظروف الحياة المادية والمحيطية والاعتقادات الخاصة والدينية أو الروحية وعليه فلقد حدد الباحثين نوعين من هذه المقاييس:

4-7-1- المقاييس العامة (Mesure générique):

وتكون هذه المقاييس أو الاستبيانات موجهة لفئة كبيرة من أفراد المجتمع دون مراعاة خصائصهم (عينات مرضى أو عينات عادية)، ويمكن تطبيقها في مجالات مختلفة، كمجال البحث الأكاديمي والطبي وفي مجال علم النفس الصحة، كما يمكن استعمال هذه المقاييس كمؤشر تنبؤي، فهي تغطي جوانب كبيرة فيما يخص الحالة البدنية النفسية والاجتماعية للأفراد، حيث يكون التقييم هنا تقييماً شاملاً، ومن بين أهم المقاييس العامة لتقييم نوعية الحياة و الأكثر استعمالاً نجد:

• **مقياس نوعية الحياة (Le MOS SF-36):**

لقد وضع هذا المقياس من طرف (Ware & Sherbourne, 1992) من خلال دراسة تتبعية (Médicale out come stady) بدأت عام 1986 دامت أربع سنوات متتالية على عينة بلغ عددها 2456 فرداً يعانون من ضغط الدم و داء السكري، عجز قلبي، ذبحة صدرية.

و لقد تم تكيف هذا المقياس في البيئة الفرنسية من طرف (Leplege & al, 1998) في إطار مشروع (IQOLA) واختصار لـ (International Quality of life Assessment Project) أي مشروع التقدير الدولي لنوعية الحياة، و تحتوي الطبعة الفرنسية لهذا المقياس على 36 سؤال تقييم 8 مقاييس فرعية للصحة و هي:

- **Activité physique** النشاط البدني

- **La vie et les relations avec les autres** الحياة و العلاقات مع الآخرين

- **Les douleurs physiques** الألم الجسمي

- **La sante perçue** الصحة المدركة

- الحيوية **La vitalité**

- **Les limitations dues l'état psychique** تحديدات بسبب الحالة النفسية

- **Les limitations dues l'état physique** تحديدات بسبب الحالة الجسمية

- **La sante psychique et l'évolution** الصحة النفسية و تطور الصحة المدركة
de la sante perçue

والإجابات المتحصل عليها من الفحوص تقدم على شكل بروفيل، و يحسب المجموع الكلي لكل مقياس فرعي.

وقام (Lamping, 1993) بالتحقق من صدق الأداة بتطبيقها على عينة تتكون من 81 مصاب بفيروس نقص المناعة، و خلص إلى أنها تتمتع بصدق و ثبات جيد لتقييم نوعية الحياة عند هؤلاء الأفراد (Schweitzer & al, 2001, p160).

• مقياس نوعية الحياة (WHOQOL- 100):

وضع مقياس (World Health Organisation Quality of life) من طرف منظمة الصحة العالمية، وبالنسبة للخصائص السيكمومترية لهذا المقياس فقد تم التأكد من جودتها من خلال عدة دراسات كدراسة (Bonomie & Al, 2000) على النساء الحوامل في الولايات المتحدة الأمريكية ودراسة (Skevington & Wright, 2001) التي أجريها على عينة من المكتئبين في بريطانيا وكذلك دراسة (Skevington, 2001) المقامة على عينة من المصابين بالأمراض المزمنة في بريطانيا أيضا، وتجدر الإشارة إلى أن مقياس (WHOQOL- 100) متوفر في (40) دولة ومترجم إلى أغلب اللغات العالمية، كما توجد نسخة منه لتقييم الظروف الخاصة التي يمكن أن يشملها مفهوم نوعية الحياة (Leplege & al, 2000). والجدول الموالي يوضح مجالات وأوجه نوعية الحياة (WHOQOL- 100)

جدول رقم (02): مجالات وأوجه نوعية الحياة لأداة منظمة الصحة العالمية - (WHOQOL)

(Krageloh & al, 2011). 100

المجال (1)	الصحة الجسدية
(1)	الألم و عدم الشعور بالراحة.
(2)	الطاقة و التعب.
(3)	النوم و الراحة.
المجال (2)	الصحة النفسية
(4)	المشاعر ايجابية.
(5)	التفكير، الذاكرة، التعلم و التركيز.
(6)	تقدير الذات.
(7)	الصورة الجسدية و المظهر.
(8)	المشاعر السلبية.
المجال (3)	مستوى الاستقلالية
(9)	الحركة.
(10)	الأعمال اليومية.
(11)	الإقبال على العلاج.
(12)	القدرة على العمل.
المجال (4)	العلاقات الاجتماعية
(13)	العلاقات الشخصية.
(14)	السند الاجتماعي.
(15)	الجنس.
المجال (5)	البيئة و الوسط
(16)	السلامة و الأمن الجسديين.
(17)	الوسط العائلي.
(18)	مصادر المال أو الدخل.
(19)	توفر العناية الصحية و الاجتماعية و نوعيتها.
(20)	فرص الحصول على المعلومات الجيدة.
(21)	التنزه، المشاركة في النشاطات الترفيهية و إيجاد الفرص لذلك.
(22)	الوسط المادي.
(23)	التنقل.
المجال (24) و (26)	الحياة الروحية، الدين و المعتقدات الخاصة
طريقة الحياة الكلية / و (25)	نمط الحياة العام و إدراك الصحة العامة

كما أن هناك تصنيفات مختلفة لهذه الأدوات و هو ما يؤكد مرة أخرى التعقيد الذي يطرحه مفهوم نوعية الحياة فطبيعة مفهوم نوعية الحياة هي التي تحتم على الباحثين الأخذ بعين الاعتبار البعد الذاتي في القياس و تفسح المجال لوجود تعدد في الأبعاد والعوامل التي تبنى عليها تعاريفها وتبرر إلى حد ما التعقيد الموجود في المقاييس والاختبارات التي يضعونها لقياس جودة الحياة.

✓ التصنيف الأول لأدوات قياس جودة الحياة:

اعتمد الباحثون التصنيف الأول لأدوات قياس نوعية الحياة على 4 أنواع من الأدوات تتمثل في:

- بطارية المؤشرات Batteries d'indicateurs حيث وضعت مؤشرات متعددة الأبعاد والتي تمثل أوجه الحياة المتفق على أنها تكوّن مفهوم نوعية الحياة، و من الأمثلة الشهيرة على هذا النوع الأداة التي وضعها فريق عمل المنظمة العالمية للصحة.

- ملصح الصحة Profil de Santé والذي يركز على استعمال استبيان واحد فقط، تتم الإجابة عليه للتعرف على تأثير الإصابة بالمرض عموماً على نوعية حياة الفرد، في جانبي الأداء البدني والنفسي (Fonctionnement physique et psychique).

- مقاييس الفعالية Mesures de L'utilité تركز على توظيف مفهوم الشعور بالسعادة من خلال الرضا عن طريقة الحياة للفرد كما يقيّمها هو بنفسه. و يلاحظ بأن هذا النوع من المقاييس يفيد أكثر في مجال التعرف على توقعات الأفراد، بهدف تحسين أساليبهم الحياتية، و من بين الأمثلة الشائعة من مقاييس الفعالية يمكن ذكر (Psychological (PGWB (General Well- Being).

4-7-1 - المقاييس النوعية (Echelles Specifiques)

والتي صممت أساسا لمعرفة مدى تأثير الإصابة بمرض معين على جودة حياة المرضى، وكيف يحد هذا المرض من مستوى أدائه في مجالات الحياة المختلفة، ذلك فإن المقاييس النوعية و التي يتوفر العديد منها، تقوم على فكرة وضع ملمح خاص بتأثير وضعية مرض محدد على جودة الحياة.و يمكن على سبيل المثال لا الحصر ذكر مقياس تأثير الإصابة بالتهاب المفاصل الروماتيزمي المتعدد على جودة الحياة (Leplege & al, 2001).

✓ التصنيف الثاني لأدوات قياس نوعية الحياة:

يعتمد هذا التقسيم على مجال التطبيق في تصنيفه لأدوات قياس نوعية الحياة، فيصنفها إجمالاً إلى: مقاييس عامة (Mesures Générique) ومقاييس خاصة أو نوعية (Mesures Spécifique).

بالنسبة للمقاييس العامة يمكن تطبيقها على عينات واسعة و متنوعة من الأفراد و في مجالات مختلفة، كمجال البحث الأكاديمي و الطبي، و في مجال علم نفس الصحة أين يتم استخدام نوعية الحياة كمؤشر تنبؤي، و من بين أهم المقاييس العامة لجودة الحياة و أكثرها استعمالاً، المقياس الذي وضعته منظمة الصحة العالمية (World Health Organisation of life) والمعروفة اختصاراً بـ (WHOQOL- 100) والنسخة المختصرة منه (WHOQOL- 26) والمكيفة على البيئة الفرنسية (Leplège & al, 2001).

هناك أيضاً المقياس الذي وضعه (Ware & Sherboune, 1992) من خلال دراسة تتبعية دامت أربع سنوات على عينة قدرها 2456 فرداً Medical Outcom Study, 36 Item (shot- Form) و المعروف اختصاراً باسم (Mos- Sf- 36) بالإضافة إلى مقياس (Nodenfelt, 1994) و المقياس الذي وضعه (Leplège, 1999)

أما بالنسبة للمقاييس النوعية و لأنها مصممة من أجل قياس مدى تأثير الإصابة بمرض معين على نوعية حياة الأفراد فإنها تطبق بشكل أساسي في مجال الوصف و التقدير الدقيقين لهذا الأثر على جوانب حياة المريض لمعرفة مدى الضرر الذي يلحقه المرض بها، و للتعرف على الكيفية التي يحد بها المرض من مستوى أداء المصابين في تلك المجالات بالإضافة إلى تحديد المسار التطوري الذي يأخذه المرض مع مرور الوقت (Schwitzer,2002: 26).

وكأمثلة على المقاييس النوعية يمكن ذكر استبيان نوعية حياة مرضى السرطان (QLQ-C-30) (Quality of life Questionnaire for Cancer patients) الذي صمته المنظمة الأوروبية للبحث و علاج السرطان (EORTC).

✓ التصنيف الثالث لأدوات قياس نوعية الحياة:

يضع هذا التصنيف أدوات قياس نوعية الحياة في أربعة أنواع اعتماداً إما على نمط تقدير درجات و في مجال التطبيق و على نمط الإجابة على أسئلة المقياس، و إما على المصدر المعتمد في وضع الأسئلة (Leplége, 1999).

رغم اختلاف المعطيات والمبادئ المعتمدة في عملية تصنيف هذه الأدوات إلا أن جميعها يشير إلى تعدد نماذج هذه الأدوات و اختلافها حسب الأفراد المصممة من أجلهم و حسب الأهداف الموضوعية من أجلها، و حسب التعريف المعطى مسبقاً لمفهوم نوعية الحياة.

نخلص مما سبق أن نوعية الحياة وتعريفها يعتمد على محددات موضوعية تشمل الوظيفة العضوية و النفسية والاجتماعية و العوامل الاقتصادية، كما تعتبر نوعية الحياة خبرة ذاتية ولا يمكن تقديرها إلا من خلال المفحوص، حيث استخدمت للتنبؤ بالنتائج المختلفة للأفراد، وكذلك لتقييم فعالية البدائل والطرق العلاجية التي تم استخدامها (زناد دليلة، 2008: 190).

كما أن تقييم و عمل قياس نوعية الحياة من الممكن أن يكون له العديد من الاستخدامات المختلفة في مساعدة العلاج السريري الروتيني حيث يساعد الأطباء في وضع المشاكل صاحبة الأولوية والتخاطب بصورة أفضل مع المرضى و البحث واكتشاف المشاكل المحتملة و كذلك معرفة الأشياء و الأمور التي يفضلها المريض (Berlin & Fleck, 2003).

ولهذا فإن الأدوات المتوفرة لقياس نوعية الحياة، تعمل على تقييم هذه الأبعاد أو المجالات من خلال مؤشرات معينة كالصحة الجسدية و القدرة و المهارات الوظيفية الخاصة بالأداء والنشاط البدني إلى جانب مؤشرات أخرى كتقدير الذات و الشعور بالرضا والإبداع و تحقيق الذات وكذا الاهتمامات الأسرية والمشاركة الاجتماعية وغيرها من الأبعاد كظروف الحياة المادية والمحيطية والاعتقادات.

خلاصة الفصل:

تأسيسا على ما سبق يتضح أن نوعية الحياة واحدة من أهم القضايا في حياة الفرد والمجتمع نظرا لكونها قاعدة أساسية لتقادي الكثير من المشكلات.

فهو مفهوم واسع الاستعمال يستخدم في العديد من التخصصات العلمية، وقد برز بشكل كبير في المجال الصحي حيث جمع بين الجوانب الموضوعية والذاتية وعليه فإن نوعية الحياة المتعلقة تهتم بالصحة الجسمية والنفسية والعلاقات الاجتماعية والعلاقات مع البيئة.

الفصل الخامس
مرض جفاف الجلد المصطبغ

تمهيد:

تعددت أمراض العصر الحديث فتعقدت وتشابكت فأصبح من السهل تطورها من مرض غير خطير إلى خطير يصعب تشخيصه وعلاجه، بل في بعض الأحيان لا يوجد لها علاج، وتتطور أيضا من أمراض نادرة إلى أمراض سرطانية تنتشر في كامل الجسم وتمس جميع أعضائه، ومن بينها مرض جفاف الجلد المصطبغ Xéroderma Pigmentosum الذي يؤدي بعد تطوره إلى مرض السرطان، أو بالأحرى إلى أمراض سرطانية تتغلغل في الجسم من خلال الجلد.

5-1- تعريف السرطان :

مرض السرطان يعرف على أنه مجموعة من الأمراض الناجمة عن الانقسام العشوائي للخلايا التي تستمر في الانقسام وتفقد القدرة على تكاثرها اللامتناهي، مما يتسبب في عرقلة الوظائف المفيدة للعضوية التي تنتمي إليها (Caillier & Verreman, 2004)

فهو مرض ينشأ انطلاقا من مجموعة من الخلايا المجردة من الآليات الفيزيولوجية للتحكم في التضاعف الخلوي لذلك تنمو بطريقة غير منتظمة، بدءا من خلية واحدة يمكنها التطور انطلاقا من أي نسيج وداخل أي عضو، لتتضاعف المشكلة إلى نسيج ورمي يعرف بالسرطان. ويمكن لهذه الخلايا الورمية الانتشار من موضعها الأولي إلى سائر الجسد عبر ما يعرف بالإنبثاث أو النقائل، فهي عملية هجرة الخلايا السرطانية من الورم الأصلي عبر الأوعية الدموية أو اللمفاوية مشكلة أورام ثانوية في باقي أعضاء الجسم (Beers, 2008)

قد استعملت كلمة سرطان في البداية لوصف الأنواع المختلفة من الأورام، بالرغم من أنه في أغلب الأحيان يعتقد أن السرطان هو عبارة عن مرض واحد إلا أنه يصف ما يزيد عن أكثر من 200 مرض مختلف. فيمكن لأي نوع من خلايا جسم أن تتمرد، وتتكاثر بسرعة غير عادية وتصبح خلايا سرطانية ويوصف نوع السرطان بالنسبة إلى الخلايا التي تأتي منها فتصيب أحد أعضاء الجسم وتبتعد عن مراقبة العضوية (Nezu & al, 2003, p.265).

5-2- الخلية السرطانية وآلية الإصابة بالسرطان:

إن حدوث خلل في المادة الوراثية الجينية (DNA) يؤدي إلى تسارع زائد في نموها وانقسامها، ومن المعروف أن الخلية السرطانية لا تفيد الجسم كما في الحالة الطبيعية التي يستدعيها نمو النسيج من أجل تضميد الجروح وإنما تستنزف طاقته وإمكانياته (تايلور، 2008: 812)

ويكون تصنيف السرطانات بناء على التشابه بين الخلية السرطانية، والخلية السليمة كما يلي:

سرطانة Carcinoma: وهي سرطانات تتبع من الخلايا الظهارية Epithelial cells، وهي تشكل أكبر مجموعة من السرطانات عامة وخصوصا سرطان الثدي، والبروستات والرئة والبنكرياس.

ساركومة Sarcoma: وهي سرطانات تتبع من النسيج الضام connective Tissue، أو من خلايا اللحمة المتوسطة Mesenchymal Cells.

ميلوما Myeloma: وهو خبيث، ينشأ في خلايا البلازما للنخاع العظمي.

ليمفوما Lymphoma: هو سرطان ينبع من الجهاز اللمفاوي.

الليكيميا Leukemia: وهو سرطان ينبع من الخلايا المكونة للدم Hemapoietic

(Nezu & al, 2003, p 268)

كما أن الخلية السرطانية لا تشبه الخلية العادية في مظهرها فحجمها كبير وكذلك حجم نواتها ويصبح مظهر صبغياتها غير عادي ويضاعف عددها وتتقسم الخلية إلى قسمين غير متشابهين لا حجما ولا شكلا، تعتمد على عملية التخمر لضمان عملية إنتاج طاقتها، بينما تحتاج الخلية العادية إلى الأوكسيجين، كما إنها تنمو أسرع من الخلية المجاورة لها.

5-3- الفرق بين الورم السرطاني الحميد والورم السرطاني الخبيث:

5-3-1- الورم الحميد : تكون بنية النسيج السرطاني الحميد نموذجية قريبة من النسيج الأصلي ولا تتكاثر ولا تتوسع على حساب باقي الأنسجة المجاورة فهو يتركز في موضع واحد دون تخريب النسيج الآخر كما أن تطوره بطيء، وحدوده واضحة و يتخذ شكل كبسولة.

وهو لا ينتشر ولا يرتكز، أي لا يعطي امتدادات كما أنه يتوقف عن النمو ويتراجع وليس له مضاعفات خطيرة.

5-3-2- الورم الخبيث : الاختلاف الأساسي بينه وبين الورم الحميد هو أنه ذو بنية نسيجية غير نموذجية ويتميز بقابلية الانتشار والتسرب السريع للأنسجة المجاورة حيث أنه يجتاح تدريجياً العضو الذي نشأ فيه، ثم ينتشر في الأعضاء المجاورة وبعد ذلك يعمم كلياً إذا لم يتم علاجه في وقت مبكر.

هذا التعميم (Métastases) أو الانتقال التوسعي هو ميزة السرطان في المرحلة النهائية، حيث تتفصل الخلايا السرطانية من الورم الخبيث الأولي وتتوغل في الأوعية للمفاوية أو الدموية حيث ينقلها الدم إلى أعضاء أخرى، فتنمو تلك الخلايا المنتقلة وتعطي ما يسمى بالأورام الثانوية، ويصعب التحكم فيه فيؤدي إلى الموت.

5-4- العوامل التي تزيد من خطر الإصابة بالسرطان:

من بين العوامل التي تؤدي إلى خطر الإصابة بمرض السرطان نجد:

5-4-1- التبغ (التدخين): إن ممارسة التدخين أو تعاطي التبغ أو التعرض لدخان التبغ بشكل مستمر التدخين السلبي هو السبب في ثلث الوفيات من السرطان سنوياً. فالتدخين هو أكثر أسباب الموت التي يمكن تجنبها.

ويعتبر التدخين المسؤول عن عدد كبير من الوفيات بسبب سرطان الرئة وتزداد خطورة التعرض للإصابة بسرطان الرئة مع كمية التبغ المستهلكة يومياً. وعدد السنوات التي قضاها في ممارسة عادة التدخين ونوع التبغ المستعمل، كما أن المدخنين أكثر عرضة من غير المدخنين للإصابة بأنواع أخرى من السرطان كسرطانات الفم والحنجرة والمريء والبنكرياس والمثانة والكلية والرحم. بالإضافة إلى أن التدخين يزيد من خطر التعرض لسرطانات المعدة والكبد والبروستات والقولون والشرج. ويبدأ خطر الإصابة بالسرطان بالانخفاض بعد الإقلاع عن التدخين بفترة قليلة ويستمر بعد ذلك بالانخفاض كل سنة تدريجياً.

وتدل الدراسات أيضاً على أن التعرض لبيئة الدخان والتبغ والتي تسمى بالتدخين السلبي تزيد من مخاطر الإصابة بسرطان الرئة لغير المدخنين.

5-4-2- النظام الغذائي: درس الباحثون كيف يمكن لعوامل الغذاء أن تلعب دوراً بتطوير السرطان

وأشارت بعض الأدلة إلى وجود رابط بين الأغذية عالية الدهون وبعض أنواع السرطان مثل سرطان القولون والرحم والبروستات والسمنة الشديدة قد تكون مرتبطة بسرطان الثدي عند النساء المتقدمات في السن وسرطانات البروستات، والبنكرياس والرحم، والقولون والمبيض. ومن جهة أخرى. تشير بعض الدراسات إلى أن الأطعمة التي تحتوي على الألياف وبعض المغذيات المحددة قد تساعد على الوقاية من بعض أنواع السرطان.

ومنه يمكن للأشخاص أن يخفضوا من مخاطر الإصابة بالسرطان من خلال الاختيارات الغذائية الصحية، فالغذاء المتوازن يتضمن كميات وفيرة من الأطعمة الغنية بالألياف والفيتامينات والمعادن ويحتوي على نسبة قليلة من الدهون، وهذا يشمل تناول الكثير من الفواكه والخضروات وخبز القمح مع النخالة والحبوب كل يوم مع التخفيض من تناول البيض واللحوم الغنية بالدهن ومشتقات الحليب الدسمة والدهنيات النباتية وزيت الطبخ (مهاأرناؤوط، 2005: 4).

5-4-3- الأشعة فوق البنفسجية: إن الأشعة فوق البنفسجية الصادرة عن الشمس تسبب التقدم المبكر في عمر الجلد، كما تسبب تلفاً بالجلد قد يؤدي إلى السرطان، كما أن المصادر الصناعية للأشعة فوق البنفسجية مثل الإضاءة التي تستعمل للشمس قد تسبب هي أيضاً تلفاً بالجلد وربما احتمالات أكبر للإصابة بالسرطان. وللمساعدة في التخفيف من خطر الإصابة بسرطان الجلد الذي تسببه الأشعة فوق البنفسجية فإنه من الأفضل التقليل من التعرض لأشعة الشمس في وسط النهار.

إن ارتداء قبعة ذات حافة عريضة والنظارات الشمسية التي تمتص الأشعة فوق البنفسجية والسرراويل والأكمام الطويلة قد توفر الحماية اللازمة. ويعتقد الأطباء أنه بالإضافة إلى تجنب الشمس وارتداء الألبسة الواقية. فإن استعمال المراهم الواقية من الشمس خصوصاً تلك التي تعكس أو تمتص أو تبعثر الأشعة فوق البنفسجية قد يساعد في الوقاية من بعض أنواع سرطان الجلد، وتتفاوت هذه المراهم وتندرج في قدرتها على الوقاية من الشمس.

5-4-4- الكحول: إن الأشخاص الذين يشربون الكحوليات بكثرة معرضون أكثر للإصابة بسرطانات الفم و الحلق و المريء والحنجرة والكبد، فالأشخاص الذين يدخنون ويشربون الكحول بكثرة معرضون لخطر الإصابة بهذه السرطانات بشكل أكبر.

5-4-5- الأشعة المؤينة: قد تتعرض الخلايا للتلف من التعرض للأشعة المؤينة مثل صور أشعة اكس (الأشعة السينية) و المواد المشعة ومصادر أخرى فعند التعرض لها بجرعات كبيرة جداً قد تسبب الأشعة المؤينة السرطان وأمراضاً أخرى. وقد بينت بعض الدراسات التي أجريت على ناجين من القنبلة النووية التي أقيمت على اليابان أن الأشعة المؤينة تزيد من مخاطر الإصابة بسرطان الدم (اللوكيميا) وسرطانات الثدي والغدة الدرقية والرئة والمعدة وأعضاء أخرى من جسم الإنسان (مهاأرناؤوط، 2005).

5-4-6- الكيماويات: يزداد خطر الإصابة بالسرطان عند التعرض لبعض المواد الكيماوية أو المعادن أو المبيدات الحشرية والمواد المسرطنة المعروفة والتي تشمل الأسبستوس النيكل والكادميوم اليورانيوم والرادون وكلوريد الفينيل والبنزين والبنزين، إن هذه المواد قد تعمل لوحدها أو بالتعاون مع عوامل أخرى مثل السجائر لتزيد خطر السرطان، وعلى سبيل المثال فإن استنشاق ألياف الأسبستوس يزيد خطر الإصابة بأمراض الرئة بما فيها السرطان، ويكون

عامل الخطر عالياً جداً لمن يستنشق ألياف الأسبستوس باستمرار في مجال عمله وفي نفس الوقت يتعاطى التبغ، لذلك فمن المهم جداً الامتثال لتعليمات الحماية أثناء العمل لتجنب أو تقليل خطر التعرض للمواد الخطرة.

5-4-7- العلاج الهرموني البديل: يوصي بعض الأطباء أحياناً بالعلاج الهرموني البديل باستخدام الأستروجين لوحده أو مع البروجسترون للسيطرة على بعض الأعراض التي قد تحدث في سن اليأس، لكن بعض الدراسات أظهرت أن استخدام الأستروجين لوحده يزيد من مخاطر الإصابة بسرطان الرحم، لذلك فإن معظم الأطباء يستخدمون في العلاج الهرموني البديل البروجسترون مع كميات قليلة من الأستروجين لمنع النمو الزائد لبطانة الرحم. والذي يرتبط بتعاطي الأستروجين لوحده. وقد ظهرت دراسات أخرى حول زيادة احتمال الإصابة بسرطان الثدي للنساء اللواتي استخدمن الأستروجين لمدة طويلة. وأن الخطر يكون أعظم للنساء اللواتي استخدمن البروجسترون مع الأستروجين.

5-4-8- الأقرباء الحاملون لأنواع معينة من السرطان: إن بعض أنواع السرطان ومنها سرطان صبغة الجلد وسرطانات الثدي و المبيض و البروستات والقولون تميل للحدوث في بعض العائلات أكثر من بقية الناس وفي أغلب الأحيان يكون من غير الواضح إن كان السرطان يعود بشكل رئيسي للعوامل الوراثية أو لعوامل في بيئة العائلة أو نمط حياتها.

وقد اكتشف الباحثون أن السرطان يحدث بسبب تغيرات تسمى طفرات في الجينات التي تتحكم في نمو وموت الخلايا بشكل طبيعي.

إن معظم الطفرات في الجينات التي تتسبب بالسرطان تحدث بسبب عوامل في نمط الحياة أو البيئة ومع ذلك فإن بعض الطفرات المسببة للسرطان مورثة، أي أنها تمرر من الآباء إلى الأبناء ولكن حصول الابن على مثل هذه الجينات لا يعني بالضرورة إصابته بالسرطان ولكن قد يزيد من خطر الإصابة به (مهاأرناؤوط، 2005: 7).

5-5- أنواع السرطان:

يوجد أنواع كثيرة من السرطان والتي تتم تسميتها حسب العضو أو الخلية التي تبدأ منها فمثلا السرطان الذي يبدأ بالرئة يسمى بسرطان الرئة و السرطان الذي يبدأ بخلايا الجلد

يسمى سرطان الجلد، وعندما يستفحل السرطان فإن الخلايا السرطانية يمكن إيجادها بالقرب من الورم أو في العقد الليمفاوية وتسمى أحيانا بالغدد الليمفاوية المجاورة. وإذ وصل السرطان إلى هذه العقد فهذا يعني أن الخلايا السرطانية انتشرت في أعضاء أخرى مثل الكبد أو العظام أو الدماغ. وعندما ينتشر السرطان وينتقل من المنطقة الأصلية إلى جزء آخر من الجسم فإن الورم الجديد يحتوي على نفس النوع من الخلايا الشاذة ويحمل نفس اسم الورم الأساسي فعلى سبيل المثال فإن سرطان الرئة لو انتشر ووصل إلى الدماغ فإن الخلايا السرطانية في الدماغ هي خلايا سرطان الرئة وبالتالي فإن المرض يحمل اسم سرطان الرئة وليس سرطان الدماغ.

5-6- جفاف الجلد المصطبغ (Xéroderma Pigmentosum) :

وُصف مرض جفاف الجلد المصطبغ لأول مرة سنة 1874 من طرف طبيب أمراض الجلد المجري (Moritz Kaposi) على أنه مرض صبغي جسدي متنحي نادر، يتميز بحساسية جد قوية للأشعة فوق البنفسجية و لضوء الشمس و في حالة عدم تتوفر الحماية الكاملة والناجعة ضد ضوء الشمس سيتعرض جلد المرضى إلى الشيخوخة المتسارعة والحروق واضطرابات في المادة الملونة كما يتعرض العينين والبشرة إلى تلف حتمي يمكن أن يؤدي إلى ظهور أورام سرطانية أخرى.

ومن جهة أخرى، يتعرض حوالي 25 % من المرضى إلى تلف عصبي تدريجي يتمثل في تقلص عدد العصبونات والذي قد يكون ناجما عن إتلاف الحمض النووي (A.D.N) الناتج عن الأيض المؤكسد ما يتسبب في قتل خلايا الجهاز العصبي المختلفة (Kenneth & al, 2012).

ومن الملاحظ في العالم بأسره أن مرض جفاف الجلد المصطبغ يصيب الرجال والنساء على السواء و تتراوح نسبة الإصابة به في وقت معين و في مجموعة سكانية ما من حالة واحدة إلى أربع حالات في المليون (1 إلى 1.000.000/4) في أوروبا

والولايات المتحدة الأمريكية، و من حالة واحدة إلى حالة من أصل 100.000 مولود في اليابان و في بلدان المغرب و الشرق الأوسط.

وتحدث الأشعة فوق البنفسجية تلفا في جزيئات الحمض النووي و تعتبر أمراض الجلد هذه نتيجة لإصلاح غير ناجع للحمض النووي التالف؛ فالأشخاص المصابين بداء جفاف الجلد المصطبغ (XP) هم حاملين لتحولات الجينات المشفرة للبروتينات التي تدخل في إصلاح تلف الحمض النووي الناجم عن الأشعة فوق البنفسجية.

وفي الحقيقة، يشكل داء جفاف الجلد المصطبغ مجموعة أمراض، حيث تشترك عدة بروتينات ومن ثمة عدة جينات في آلية إصلاح الحمض النووي، لاسيما في آلية إصلاح الحمض النووي وهي آلية فاشلة عند المرضى الذين يعانون من جفاف الجلد المصطبغ، فحسب الجين المتحول وبالنتيجة حسب البروتين الفاشل، هناك ثمانية مجموعات تكملية هي: XP A ، XP B ، XP C ، XPD ، XP E ، XP F ، XP G ، و XP V (Kenneth & al, 2012).

جفاف الجلد المصطبغ هو مرض نادر يصيب ما بين 30 إلى 50 شخصا في فرنسا وبين 3000 إلى 4000 شخص في العالم و بصفة عامة فقد تم الكشف عن هذا المرض بجميع القارات و في كل المجموعات العرقية، وهو مرض وراثي صبغي جسدي متنحي يمس طفل واحد من أصل كل 250.000 طفل في العالم والنساء والرجال على حد سواء.

وترتفع نسبة الانتشار في بلدان أفريقيا الشمالية مثل تونس و الجزائر و المغرب و ليبيا ومصر وفي الشرق الأوسط مثل تركيا، فلسطين و سوريا. كما ترتفع نسبة انتشار هذا الداء في المجتمعات حيث يكثر زواج الأقارب (Kenneth & al, 2012).

إن تأثير المرض حسب عدد الحالات الجديدة التي يتم ملاحظتها خلال فترة معينة، كان يقدر في السنوات 1970 بمعدل 1/250.000 ولادة في الولايات المتحدة الأمريكية و 1/20.000 باليابان. و حسب دراسة حديثة أجريت سنة 2008 فإن هذه النسبة أصبحت تقدر بـ 2.3 مريض من أصل 1.000.000 من المواليد بأوروبا (Kraemer & al, 2008).

5-7- تشخيص المرض :

رغم أن هذا الداء نادر، فإنه من الضروري إجراء فحص دقيق في سن جد مبكرة، فهو يركز على أعراض صحية و على السوابق العائلية و اختبارات التشخيص و تحليل الحمض النووي. في البداية يكون الفحص عياديا، و يتم على أساس الحساسية القصوى للأشعة فوق البنفسجية و في بعض الأحيان يكون ذلك تبعا لظهور نمش على الوجه في سن جد مبكرة، حينها يتم تأكيد التشخيص باختبارات خلوية تسمح بكشف فشل جهاز التصليح للحمض النووي (Alan R & al, 2011,p83).

5-7-1- طرق التشخيص:

حين تظهر علامات صحية تشير إلى داء جفاف الجلد المصطبغ، كحروق في الجهات المعرضة للأشعة فوق البنفسجية أو اضطرابات جلدية كالنمش، عند المرضى قبل سن السننتين يجب فوراً اتخاذ تدابير الحماية من الأشعة فوق البنفسجية. و بطبيعة الحال يكون تشخيص الداء في البداية تشخيصاً عيادياً، إذ قد يتعذر تأكيده عن طريق البيولوجيا الجزيئية أو قد يتم ذلك في وقت متأخر وبعد ذلك تكون المرحلتين اللتين تسمحان بالحصول على تشخيص جيني جزئي و ذلك بإجراء اختبارات وظيفية للتصليح الحمض النووي و إجراء اختبار جيني جزئي بتحليل تسلسل الجينات XPA ، XPC ، ERCC2 ، ERCC4 ، ERCC5 ، ERCC1 و ERCC3. ففي البداية يتم اختبار التحولات الأكثر تكراراً حسب المنطقة الجغرافية، و هو ما يمكن أن يكون مهم بالنسبة للمرضى (Barbara, 2013).

وفي الأخير، فإن الكشف عن الوالدين البيولوجيين غير المصابين يتطلب التعرف المسبق على التحولات المسؤولة عن المرض لدى العائلة. وبما أن هذا المرض وراثي ونادر فإن حامله غير المصابين هم غير متجانسين و لا توجد أي احتمال لديهم في تطور هذا الداء. و بهذا فإن إجراء الفحص قبل الولادة والفحص الجيني قبل عمليات الزرع بالنسبة للنساء الحوامل الحاملات للتحوّل غير المصابات بالداء يتطلب الكشف المسبق على التحوّل.

5-7-2- التشخيص العيادي:

يتم طرح التشخيص العيادي لداء جفاف الجلد المصطبغ (XP) من خلال ظهور المرض في ثلاث مناطق كبرى من الجسم التي تميّز المرضى و هي منطقة الجلد و العينين والجهاز العصبي. كما يمكن أن تُشكّل أورام السرطان متزايدة الوتيرة، مؤشرا عند المرضى عند التشخيص.

✓ الجلد:

قام المعهد القومي للصحة وهو هيئة حكومية أمريكية مكلفة بالبحث في مجال الطب والطب الحيوي، بدراسة على المدى الطويل على 106 مصاب بداء XP، من سنة 1971 إلى 2009 تبين من خلالها أنه من الممكن إجراء التشخيص في غالب الأحيان خلال السنوات الأولى من الحياة (Bradford & al, 2011).

فحوالي 60 % من الأطفال المصابين كانوا يبدون حساسية أثناء تعرّضهم للشمس في أوجّها، فيصابون بضربات الشمس مع فقعات وطفح جلدي دائم رغم تعرّضهم المحدود للشمس. و لم يتعرّض الأطفال الآخرين لحروق بمثل هذه السهولة، لكن كانت تظهر عليهم اضطرابات في لون البشرة من نوع النمش في الأماكن المعرضة للشمس. هذا النمش غير

المعتاد عندما يظهر قبل سن السنتين فهذا يعني الإصابة بداء XP ولا يلاحظ إلا نادرا لدى الأطفال الذين لديهم آلية إصلاح الحمض النووي عادية (Ruenger & al, 2008,p13)

✓ العينين:

تصاب العينان مثل الجلد بهذا الداء بسبب تعرضهما لضوء الشمس، و من ثمة فإن اختلالات البصر على العموم تنحصر في الجهة الخلفية للعين، المنطقة المعرضة للأشعة فوق البنفسجية من الملتحمة و القرنية و الجفن.

ومن جهة أخرى يعاني المرضى من تضايق إزاء الضوء يمكن أن يصحبه سيلان حاد. يمكن أن يؤدي تعرّض العين باستمرار إلى الأشعة فوق البنفسجية إلى التهاب حاد في القرنية يمكن أن يؤدي بدوره إلى عتامتها. إذ تُصاب الجفون باصطبغ متزايد و تفقد رموشها؛ و يمكن لضمور الجلد أن يُسبب حجز الضوء أو في الحالات أكثر خطورة فقدان التام للجفن (Kenneth & al, 2012).

✓ الجهاز العصبي:

خلال الدراسة التي أجريت سنة 2011 على 106 مريض، تبين أن 25% من الأشخاص لديهم أعراض عصبية ، إذ تتطور هذه الاضطرابات تدريجيا و تشتد خطورتها ببطء حيث يمكن أن تظهر بعد الاضطرابات الجلدية. و من بين الاضطرابات العصبية الممكن ملاحظتها لدى المرضى، نقص أو غياب انعكاس تمدد و ارتخاء الأوتار العميقة وفقدان السمع العصبي الحسي تدريجيا. حيث يمكن لمقياس السمع الكشف المبكر نسبيا عن فقدانه، بالإضافة إلى تقلص الجهاز العصبي ويتم الكشف عنه بواسطة التصوير بالترددات المغناطيسية و أخيرا الاضطرابات المعرفية التدريجية (Kenneth & al, 2012).

5-8- مضاعفات المرض

تبيّن في نفس الدراسة التي تمت سنة 2011 على 106 مريض أن الأشخاص المصابين بداء جفاف الجلد المصطبغ البالغين أقل من عشرين سنة من العمر أكثر عرضة للإصابة بالسرطان لاسيما الأورام التالية:

سرطان الجلد وهو نمو الأورام في الجلد، حيث يتكون الجلد من عدة طبقات مختلفة وهناك أنواع مختلفة من سرطان الجلد تعتمد على نوع الخلايا الجلدية التي ينشأ بها الورم. فالأنواع الأكثر شيوعاً لسرطان الجلد هي سرطان الجلد الميلاني الذي ينشأ في الخلايا الصبغية التي تمنح الجلد لونه و سرطان الخلايا الصدفية، ينشأ في الخلايا الصدفية المسطحة التي تشكل الطبقة العليا من الجلد و سرطان الخلايا القاعدية: الموجودة في الطبقة العليا من الجلد أسفل الخلايا الصدفية. (مركز الحسين للسرطان، 2005)

فسرطان الجلد غير الميلانوما وهو سرطان غدّي في الخلية الأساسية الحرفشية، بالأجزاء المعرضة للأشعة فوق البنفسجية، حيث تشكّل نسبة الخطر 10.000 مرة أكثر ارتفاعاً عندما تتم الإصابة بالسرطان في سن متوسط في التاسعة من العمر وتكون الإصابة بالتلون الجلدي 2000 أكثر ارتفاعاً لدى المرضى في متوسط العمر (Kenneth & al, 2012).

5-9- الاختبارات البيولوجية:

لم يتم ملاحظة أي خلل لدى المصابين بداء جفاف الجلد المصطبغ في التحاليل البيولوجية، غير أنه يمكن لتحاليل خاصة أن تحدد و تكشف الخلل في إصلاح الحمض النووي لكنها غير متاحة دوماً. و يتعلق الأمر باختبار قياس شدة الحساسية المفرطة للأشعة فوق البنفسجية على الخلايا الحية، و بما أن جفاف الجلد المصطبغ سببه تحولات في الجينات المبرمجة و المهياة لبروتينات إصلاح الحمض النووي، فمن الممكن إجراء اختبارات جينية نووية من أجل تحديد الجين المتحول، ويمكن تحديد المجموعة التكاملية التي ينتمي إليها المصاب (StefaniniM & al, 2008, p92).

5-10- نمط الحياة عند المصابين:

يحتم المرض الجسدي على المرضى مسايرة مرضهم و المخاطر التي تواجههم في الحياة اليومية، بحيث أن الحساسية المفرطة للأشعة فوق البنفسجية التي يعانون منها تمنعهم من التعرض لأشعة الشمس و لكل إشعاع فوق بنفسجي عموماً، و إلا فسوف يصابون بأورام جلدية نتيجة تعرضهم لهذه الأشعة، و لهذا فإن هذا المرض يسبب تأثيرات كبيرة لدى المصاب ومحيطه العائلي.

ومن ثمة يتعين على العائلة اتخاذ تدابير لتنظيم الحياة اليومية ما يؤدي إلى اضطراب نمط الحياة لدى المحيط العائلي للمريض، إضافة إلى الأثر الوخيم على ميزانية العائلة عند استعمال الدهون الواقية من الشمس و الألبسة الخاصة و غيرها، و هي باهظة الثمن و لا يعوّضها الضمان الاجتماعي (Barbara, 2013).

5-11- التكفل العلاجي:

لا يوجد حالياً أي علاج لهذا الداء، فالتكفل يركز أساس على معايير وقائية تتمثل في الحماية الجيدة من الأشعة الضوئية (Photophobie) و الاكتشاف المبكر للمرض و علاج الأورام الجلدية بهدف تأخير تأثيرات المرض و الجروح الناتجة عنه، إذ أنه من المستحيل عدم التعرض للأشعة فوق البنفسجية مائة بالمائة، كما نجد أن العلاج لهذه الجروح الجلدية متوفر لكنه غير مخصص لها إلا أنها تساهم نوعاً ما في تحسين نمط حياة المصابين. بالرغم من اعتبار أن المرض نادر، فثمة بحوث كثيرة عبر العالم تهدف إلى تصحيح خطأ إصلاح الحمض النووي، سواء من خلال نظام الإصلاح الوظيفي أو بتعويض الجينات المريضة عن طريق العلاج الجيني (Bouadjar, 2016).

✓ تقييم الجروح أو الصدمات:

الجلد هو العنصر الأول الذي يتم فحصه من أجل تحديد مدى تطور المرض عند المصاب لتحديد عمق الجروح و طرق العلاج الناجمة عن التعرض للأشعة فوق البنفسجية مثل اضطرابات الاصطباغ الجلدي، الجروح السرطانية، سرطانات الجلد و الشفتين و اللسان و الجفون و القرنية. فلضمان تشخيص مبكر لكل جرح جديد يجب متابعة المختص في أمراض الجلد كل ثلاث أشهر أو حسب خطورة الإصابة. كما يتعين توعية الوالدين و المريض بكيفية متابعة المرض و مراقبته، و يتعين على المختص في العلاج أخذ صور للجلد المصاب بهدف معرفة إن كانت الجروح جديدة أم لا (Bouadjar, 2016).

✓ الحماية ضد الجروح والعلاج الوقائي:

يرتكز علاج مرض جفاف الجلد المصطبغ على الكشف المبكر و تجنب التعرض للأشعة فوق البنفسجية قدر الإمكان، وكذا أشعة الشمس والمصابيح و النار، مع حماية أطراف الجسد منها بارتداء لباس طويل و قفازات و قبعة و نظارات تقي من هذه الأشعة ، كما يتعين قياس الأشعة فوق البنفسجية في البيت و في جميع أماكن تواجد المصاب ، مع استعمال دهون الحماية الكاملة من الشمس على الوجه واليدين و الظهر و عنق و الأذنين والشفاة و المنطقة الأمامية للصدر عند التعرض للشمس. ويوجد نوعين من هذه الدهون المضادة لأشعة الشمس منها الفيزيولوجية ومنها الكيميائية و التي تحتوي على أكسيد التيتان و أكسيد الحديد الأحمر، حيث تمنع الأشعة من المرور.

✓ التكفل بالجروح الجلدية:

1- الجراحة:

العلاج الجراحي هو أساس علاج الأورام الجلدية الخبيثة، على أن يكون مبكراً قدر الإمكان حتى يحد من عمق و امتداد الندبات.

2- العلاج بالأشعة:

نادرا ما تستعمل الأشعة كطريقة للعلاج عندما تكون الجراحة ممكنة ومع ذلك يجب على المختص بالعلاج بالأشعة أن يأخذ رأي المختص لتحديد الأشعة الواجب استعمالها بما أن المصابين جد حساسين للأشعة.

3- العلاج الكيميائي العام:

يتم اللجوء إلى هذا العلاج عندما يكون العلاج بالأشعة السينية غير مجد، و ذلك من أجل إنقاص حجم الورم، ويتم تحديد كمية الأشعة أو الجرعة بالتشاور بين المختص في أمراض الجلد و مختص الأمراض السرطانية (Arlett & al, 2006).

✓ التكفل بإصابة العينين:

يتم ذلك بالفيتامينات و الدموع الاصطناعية و بعض المراهم لإبقاء العين رطبة و تفادي جفافها، مع القيام بعمليات جراحية لإعادة الرؤية و علاج أورام القرنية و القرنية.

✓ التكفل بالمشاكل السمعية:

يمكن للساعات أن تساعد المصابين الذين يعانون من فقدان سمعي عصبي حسي مع صعوبة التعلم في المدرسة.

لقد تم حاليا التعرف على الجينات الثمانية المسؤولة على أشكال هذا المرض، حيث أصبح الباحثون اليوم قادرين على إعادة تشكيل الجلد المصاب بجفاف الجلد المصطبغ في المخبر، بفضل هذا التقدم التكنولوجي يمكن تحليل الآليات النووية والخلوية التي تتدخل في المرض بالتفصيل، أما العلاج الجيني هو الآن في مرحلة نظرية تجريبية وقد تم تجريب العديد من الاختبارات على الحيوانات و الإنسان بهدف تغيير جينات خلايا المصاب و التي هي مصابة بجينات أخرى (Yarosh & al, 2002,p221).

5-12- التكفل النفسي:

يؤثر مرض جفاف الجلد المصطبغ على المصابين و عائلاتهم، فتكون تنقلات المصاب محدودة حيث يقوم بممارسة النشاطات خارج البيت في الليل فقط و هذا الأمر معرقل للسير العادي للحياة و يتطلب الدعم النفسي للمصاب ولعائلته. فعندما يتم إخبار الوالدين بالمرض عند التشخيص يحس كلاهما بالذنب خاصة عند إخبارهم أن المرض وراثي و أنهم هم السبب في إصابة ابنهم؛ و لهذا لا بد من توفير التكفل النفسي للوالدين و لباقي الأبناء لتشخيص احتمال حدوث اضطرابات الإحباط النفسي لديهم؛ فالمصاب بهذا الداء يعيش ليلا و لا يمكنه الخروج من البيت في النهار و هذا أمر صعب خاصة وأنه من الضروري الحفاظ على الاتصال مع المحيط الخارجي قدر الإمكان. وعلى الأولياء أن يضمنوا التمدرس في ظروف عادية للطفل المصاب و إدماجه في المجتمع حتى يحقق النمو النفسي العادي، و لا بدّ من توفير مصفيات الأشعة فوق البنفسجية في البيت والمدرسة ووسائل النقل و المستشفى... والحرص الشديد خاصة الأطفال الصغار المصابين حتى لا يتعرضوا للأشعة فوق البنفسجية و حتى بعض أنواع المصابيح، إذ يتعين فحصها و تحديد كمية الأشعة فوق البنفسجية بها خلال 24 ساعة، و ملاحظة ما إذا ظهرت على الطفل المصاب بقع أو طفح جلدي جديد، مما يشكل خطرا على صحته. وعلى الأولياء استشارة الطبيب أيضا قبل إعطاء ابنهم المصاب أي دواء كان.

ومن المزعج لهؤلاء الأطفال المصابين أيضا أنهم إذا تابعوا مصارا دراسيا عاديا فنجدهم لا يخرجون للمرح و الاستراحة مع زملائهم إلى الساحة و هذا يشكل نوعا آخر من الحرمان الذي يعيشونه حيث يجب مرافقتهم بتأطير خاص عند بقائهم في القسم.

ومن جهة أخرى يجب إرغامهم على طلي الدهن الواقي من الشمس بصفة منتظمة كل ساعتين، و هو ما يستدعي تأطيرا خاصا، حيث أنهم معزولون في المجتمع ولا يتحملوا البقاء في البيت. ويضاف إلى كل ذلك الأثر الجمالي لأن المرض يتسبب في ظهور البقع

والجروح و الندبات لا سيما منها على مستوى الوجه و هو ما يتسبب في عواقب وخيمة من الناحية النفسية خاصة في سن المراهقة (Barbara, 2013).

ولم يتم التوصل إلى تحديد متوسط العمر الذي يمكن أن يعيشه المصابون بهذا المرض إلى حد الساعة، عندما يستفيدوا من الحماية القصوى ضد الأشعة فوق البنفسجية. و من ثمة يتعين التكفل بهؤلاء المصابين و متابعتهم لدى مصلحة خاصة أمراض الجلد ، للقيام بفحوصات دورية بمعدل ثلاث مرات في السنة عند غياب التعقيدات، بهدف التشخيص المبكر للأورام السرطانية الجلدية في بداية الإصابة المحتملة، و كذا المراقبة الدورية لدى طبيب العيون كل ثلاثة أو ستة أشهر، و هذه المراقبة تسمح بتشخيص مشاكل عصبية محتملة كما يتعين فحص السمع بانتظام.

فلا بد من توفير التكفل النفسي للمصاب و لعائلته بصفة منتظمة من أجل تشخيص بعض الاضطرابات المحتملة، فكلما زادت التعقيدات والإصابات العصبية توجب عزل المصاب عن محيطه، مع توفير التكفل بالترويض الحركي والتربية النفسية و الأطفونية، خاصة بعد علاج الإصابات أو الجروح الورمية (Haute Autorite de Sante, 2007).

5-13- الآثار النفسية لمرض السرطان:

يحمل تعبير الآثار النفسية لمرض السرطان جانبين: من جهة الآثار النفسية للمرض لحظة اكتشافه، ومن جهة أخرى آثار العلاج، وطرق تكيف المرضى مع العلاجات الشاقة والطويلة المدى.

وفي هذين المستويين فإنه يمكن أن تؤدي الاضطرابات النفسية والتكيف غير المناسب إلى ارتفاع المعاناة التي يعبر عنها المريض عن طريق كلمة ألم وتقيد سيء بالعلاج الذي يعرض فرص شفاء المريض للخطر ويمكن أن تجتمع الاضطرابات لتهدد مريض السرطان في ما يلي:

✓ **الخوف من المعاناة:**

يظهر الخوف مرتبطا بمفهوم أن مرض السرطان هو مرض قاتل، ويتدعم هذا الخوف باستمرار الآلام مما يولد صعوبات مع المحيط، إذ إن المريض لا يحتمل رؤية معاناة عائلته، مما يولد عدة سلوكيات دفاعية، ويعيش المعالجون من جهتهم شعور بالفشل والإخفاق والعجز والذنب نتيجة عدم التحكم في آلام مرضاهم، حيث يظهرون شعورا بالإحباط في العلاقة مع المريض، الذي فقد الثقة في المعالج نتيجة واستمرار الآلام بالإضافة إلى المعلومات التي تصل إلى المريض عن حالته خلال مرحلة العلاج إما تساعده أو تحمل له معاناة إضافية.

✓ **الخوف من البتر أو القطع:**

يتمثل أساسا أثناء القيام بعملية جراحية، فتظهر الآثار النفسية الناجمة عن فقدان عضو ما وصعوبات التكيف و نقص قيمة الذات الذي سيواجهه مريض السرطان.

✓ **الخوف من تغيير صورة الجسم:**

يتأثر المريض بالعبارات والكلمات التي توجه إليه، والمتعلقة بتأثير العلاج الكيميائي والعلاج بالأشعة على جسمه، فتضطرب شخصية المريض بصورة خطيرة بسبب تغيرات صورته الجسمية، وتؤدي إلى رفض العلاج الكيميائي كما يمس مرض السرطان الدور الاجتماعي، لاسيما العائلي والمهني للمريض ، مثل التراجع في الدور الحياتي الذي كان يؤديه المريض، كأب، ابن، أم... كما يفقد المريض سيطرته على حياته، ويصبح جزءا كبيرا منها خاضع لمقتضيات المرض والعلاج، ويتبعه فقدان السيطرة وفقدان الاستقلالية بما يعني تزايد اعتماده على الآخرين.

وأیضا فقدان القدرة على ذواتهم وعلى محيطهم، وفي الواقع يؤثر مرض السرطان غالبا على الوضعية الاجتماعية والمشاكل المالية، ويؤدي التوقف عن العمل وفقدان الدور العائلي بالمريض إلى الإحساس بعدم الجدوى والنفق (Salamagne, 1994, p 17).

بالإضافة إلى ما يعيشه المريض من إحساس بالفقد، فقد ينتابه إحساس آخر وهو عدم الأمان بسبب الخطر الداهم والمستقبل المجهول، فعدم الثقة في المستقبل من المشاعر

التي تتولد لدى مرضى السرطان، وغالبا ما يترافق هذا الإحساس العام بالضيق، مع صعوبة إيجاد معلومات تسمح له بفهم مرضه، فمحاولات المريض لإيجاد سببية منطقية تؤدي إلى الإحساس بالذنب وبالتالي يدرك المريض المرض على إنه عقوبة لخطأ وغالبا ما تكون وجهة الإدراك هذه في السرطانات المرتبطة بالتدخين.

يترافق مرض السرطان بتغير عميق في الحياة اليومية، حيث يفقد المريض الاهتمام بما كان يجلب له المتعة قبل المرض، أو يمثل أعماله الاعتيادية، فيظهر المريض لا مبالاة نحو الغير، فهو لا يهتم إلا بنفسه ومرضه وألمه حيث يصبح المريض عدوانيا بالنسبة للأقارب و المعالجين أو من خلال السلوك السلبي و الذي يتمثل في اللامبالاة والصمت ووضعيات الانسحاب، كما أن فقدان الاهتمام بالمحيط وبالنفس ذاتها وفقدان الثقة في المستقبل ونقص قيمة الذات يؤدي إلى الاكتئاب وبالتالي فشل العلاج وعدم تقبله (Salamagne, 1994, p 17).

ويحدث التشاؤم بنسبة عالية لدى مرضى السرطان، وذلك من خلال تركيز اهتماماتهم وحصرها على الاحتمالات السلبية للأحداث القادمة، وتخيل الجانب السلبي وهذا التشاؤم أو التوقع السلبي للأحداث قد يثبط عزائمهم.

وفيما يخص، وذلك يشمل الجميع باختلاف أعمارهم ومستوياتهم الثقافية والاجتماعية وهو شعور طبيعي جدا.

بالإضافة إلى هذا يتعامل بعض المرضى مع المرض بالإنكار و الرفض كالاعتقاد بأنه خطأ في التشخيص أو خطأ في نتائج الفحص وعدم القدرة على التفكير، فيصبح المريض بعد التشخيص غير قادر على الفهم ولا يمكنه استيعاب المعلومات التي يستقبلها ممن حوله سواء الطبيب المعالج أو أفراد العائلة (Mayou & al, 2003).

خلاصة الفصل:

بالرغم من آثار مرض السرطان بصفة عامة و مرض جفاف الجلد المصطبغ (Xéroderma Pigmentosum) بصفة خاصة على الحياة النفسية والاجتماعية للمريض، والتي تؤثر عليه بصورة سلبية، فإن هذا الأخير يجد نفسه أمام وضعيات تدفعه إلى التعامل مع هذه الآثار وخاصة المرافقين للمرضى والذين يمثلون في هذا البحث أمهات لأطفال مرضى بجفاف الجلد المصطبغ، فهو مرض خطير و معقد لكونه شامل لمختلف السرطانات فالى أي مدى يمكن للعوامل النفسية و الاجتماعية ومن بينها الدعم الاجتماعي المدرك واستراتيجيات المواجهة ونوعية الحياة أن تساعد الأمهات على تقبل مرض الابن و التكيف معه.

الجانب الميداني

الفصل السادس
الاجراءات الميدانية للدراسة

تمهيد:

لا يتسنى لأية معرفة أن تكون علمية إلا إذا كانت قائمة على براهين علمية، مما يجعلها تتميز بالموضوعية والدقة وعليه فقد عمدنا إلى اختيار المنهجية المناسبة لتحقيق الغرض العلمي، حيث تهدف الدراسة الحالية إلى معرفة العلاقة بين الدعم الاجتماعي المدرك و استراتيجيات المواجهة و نوعية الحياة لدى أمهات الأطفال المرضى بجفاف الجلد المصطبغ (Xeroderma Pigmentosum). وللتحقق من فرضيات البحث، خصصنا فصلا كاملا تطرقنا فيه إلى الدراسة الاستطلاعية ثم التعريف بمنهج الدراسة وكذا عينة الدراسة وكيفية اختيارها ثم أدوات القياس المستعملة وقد قمنا بتعريف مكان إجراء الدراسة وفي الأخير قمنا بالمعالجة الإحصائية للبيانات.

6-1- مكان إجراء البحث:

لقد بدأت فكرة البحث في موضوع علاقة الدعم الاجتماعي المدرك بإستراتيجيات المواجهة ونوعية الحياة لدى أمهات الأطفال المرضى بجفاف الجلد المصطبغ (Xeroderma Pigmentosum) والذي أدى إلى ظهور سرطانات متعددة، وانطلاقا من السؤال الجوهرى لماذا لا نعرفهم ولا يوجد تكفل بهم رغم أن عدد الأطفال المصابين بهذا المرض في تزايد مستمر مع أنه من الأمراض النادرة بالإضافة إلى قلة الدراسات والأبحاث أو بالأحرى ندرتها عن هذا الموضوع وبالخصوص العينة التي تناولها البحث الحالي وهكذا وبعد عدّة ملاحظات واستشارات ميدانية واتصالات مع كل الأشخاص الذين لديهم علاقة بالعينة وبهذا تبلورت فكرة وهدف البحث.

فقد أجريت الدراسة الأساسية خلال السنة الدراسية 2016/2017 مع أمهات الأطفال المرضى بجفاف الجلد المصطبغ (XP) وتمثل مكان إجراء البحث في مجموعة من المؤسسات الإستشفائية المتخصصة مستشفى مايو بباب الواد، مستشفى الدويرة، مستشفى مصطفى باشا، مستشفى كانستال بوهران. وذلك بمساعدة جمعية السعادة في الجزائر بدأ

عملها سنة 2012 والتي تشرف على التكفل ومرافقة الأطفال المرضى و عائلاتهم مع تقديم الدعم و المساعدة المادية والمعنوية لهذه الفئة من المجتمع كما قدمت لنا الجمعية كلّ التسهيلات للاتصال بالأمهات وأطفالهم وكذلك إجراء عدّة اتصالات بالأطباء الأخصائيين في أمراض الجلد والسرطانات وأمراض العيون والنفسانيين وذلك من أجل جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات حول الموضوع ولكن واجهت الباحثة صعوبات منها عدم قدرة المرضى وأوليائهم البقاء لوقت طويل في المستشفى بسبب طبيعة مرضهم والخوف من التعرض لأشعة الشمس (UV) وذلك بسبب غياب الإمكانيات في مراكز الاستشفاء الخاصة بهذه الفئة من المرضى.

2-6- الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية وسيلة تهدف للكشف عن الظروف المحيطة بالظاهرة موضوع الدراسة والتعرف على أهم الفروض التي يمكن إخضاعها للبحث العلمي الدقيق حتى يتمكن الباحث من أخذ صورة واضحة على ميدان بحثه بهدف التمكن من دراسة المشكلة (سامي محمد، 2000).

وقد تمكنا من خلال الدراسة الاستطلاعية التي قمنا بها من التعرف على الظروف الميدانية، وكذا الاحتكاك بأمهات الأطفال المرضى عن قرب، مما ساعد على الكشف عن اهتماماتهم وانشغالاتهم والعوائق التي تواجههم وبالتالي كسب ثقتهم قبل الشروع في تطبيق أدوات الدراسة. كما أن الدراسة الاستطلاعية مرحلة مهمة من مراحل الدراسة لا يمكن الاستغناء عنها، فمن خلالها يتسع الطريق أمام الباحث وأمام الصعوبات التي تصادفه، فيتسنى له القيام بالمراجعة النهائية لخطوات الدراسة حتى يكون مطمئنا لسلامة التنفيذ (سامي، 2000) و قد تم تطبيق المقاييس على عينة متكونة من 30 أم لطفل مريض بجفاف الجلد المصطبغ (XP) والذي أدى بعد تطوره إلى ظهور سرطانات الجلد المتعددة .

وكان الهدف الأساسي من الدراسة الاستطلاعية هو التأكد من وضوح وفهم بنود وعبارات المقاييس والتأكد من مدى فهم التعليمات لأفراد العينة، وكذلك لمعرفة إمكانية تعديل بنود المقاييس أو استبدالها بمقاييس أخرى تخدم موضوع الدراسة وكذلك المدة المستغرقة في تطبيق المقاييس ومدى صعوبة أو سهولة التعامل مع أفراد العينة.

ومن خلال هذه الدراسة تبين لدينا أهمية تطبيق المقاييس عن طريق وعلى شكل مقابلة محددة بالمقاييس لأن معظم الأمهات لم يفهمن التعليمات والعبارات التي كانت مصاغة في المقاييس مما استوجب التطبيق الفردي المباشر لضمان فهم العبارات وتسجيل الإجابات ومعلومات عن الأمهات تشمل السن والمستوى التعليمي وسن الطفل، وسوف نتطرق إلى النتائج المتعلقة بالثبات والصدق بالنسبة للأدوات التي تم تطبيقها في الدراسة الحالية والتي تمثلت في:

✓ مقياس الدعم الاجتماعي المدرك Perceived Social Support Scale .

✓ مقياس استراتيجيات المواجهة (C/SS) Coping Inventory for Stressful Situation 1990

✓ مقياس نوعية الحياة WHOQOL BREF26.

فقد تم تطبيق المقاييس الثلاثة في نفس الحصة كانت في تناول الأمهات من حيث فهم البنود وذلك بقراءة التعليمات وبنود المقاييس وشرح طريقة الإجابة مع إعطاء تعليمات إضافية شفوية عند الحاجة دون التدخل في الإجابات وتوضيح الغرض العلمي من هذا التطبيق. إذ استغرق التطبيق مدة تراوحت من 30 إلى 40 دقيقة وذلك لأن معظم أفراد العينة يريدون التعبير عن مشاعرهم والمشاكل التي يواجهونها من جراء مرض أبناءهم.

6-3- منهج الدراسة:

تختلف مناهج البحث باختلاف المواضيع المدروسة وللكشف عنها والوصول إلى النتائج لابد من إتباع منهج علمي يعرف بأنه عبارة عن مجموعة من العمليات والخطوات التي يتبعها الباحث لهدف تحقيق بحثه، ولقد اقتضت الدراسة الحالية الاعتماد على المنهج الوصفي باعتباره مناسباً لأغراض الدراسة التي تهدف إلى الكشف عن العلاقة بين كلٍّ من الدعم الاجتماعي المدرك واستراتيجيات المواجهة ونوعية الحياة لدى أمهات الأطفال المرضى بجفاف الجلد المصطبغ (XP) ففي هذا المنهج يركز الباحث على ما هو كائن في وصفه وتفسيره للظاهرة موضوع الدراسة ويعمل على جمع البيانات والمعلومات باستخدام أدوات وتقنيات البحث العلمي وتحليلها وتفسيرها وبهذا فإنه المنهج الذي يوضح العلاقة بين الظواهر المختلفة ويعبر عنها كفيًا وكما ويوضح خصائصها وارتباطها مع ظواهر أخرى (سامي محمد، 2000).

6-4- العينة وخصائصها:

تتألف عينة الدراسة من أمهات الأطفال المرضى بجفاف الجلد المصطبغ (XP)، تم تحديدهن بإتباع جملة من الإجراءات، وعليه فإنه تم اختيار هذه العينة بطريقة قصدية غير احتمالية، حيث يقوم الباحث وفق هذا النوع من العينة باختيار الأفراد حسب سمات محددة ويستبعد من لا تتوفر فيهم هذه السمات ويكون الباحث على علم أن العينة القصدية أو العمدية لا تمثل المجتمع الذي تسحب منه تمثيلاً صادقاً ولكنها تمثل فقط شريحة محددة أو مجموعة محددة في هذا المجتمع.

بلغ أفراد العينة 60 أما تم اختيارهن طبقاً لشروط ومواصفات تم تحديدها كما يلي:

✓ رغبة الأمهات في المشاركة بالبحث.

✓ أن يتراوح سن الطفل من (5 سنوات إلى 16)

✓ أن تكون الأم قادرة على القراءة وفهم المقاييس.

✓ من حيث مرض الطفل أن يكون مصاب بسرطانات على مستوى الوجه والذي سببها مرض جفاف الجلد المصطبغ.

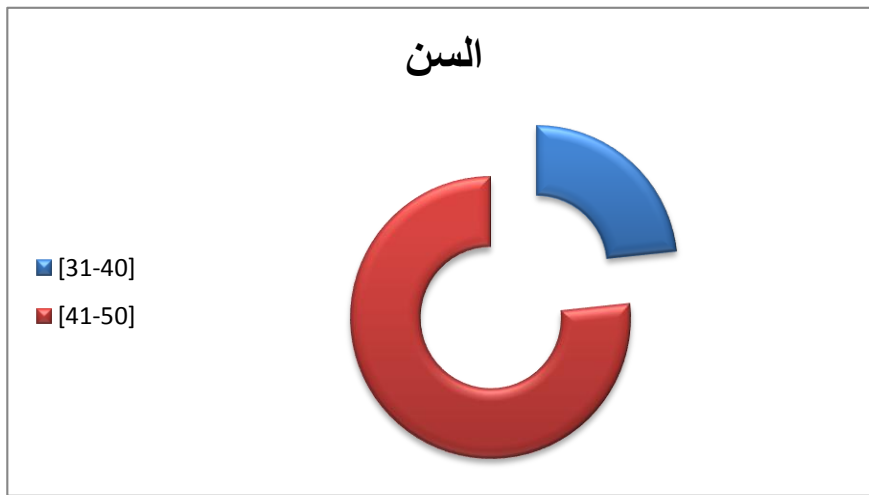
وبهذا تكونت عينة الدراسة النهائية من 60 أم لطفل مريض بجفاف الجلد المصطبغ (Xeroderma Pigmentosum) وقد تم دراسة خصائص العينة من حيث السن والمستوى التعليمي حتى يتسنى الاستفادة منها في تحليل النتائج:

جدول رقم (03) : توزيع أفراد العينة حسب السن

العينة	التكرار	النسبة
[40-31]	14	%23.33
[50-41]	46	%76.66
المجموع	60	%100

يظهر من الجدول أن النسبة الأكبر من العينة تمثل الفئة (41 - 50) سنة بنسبة %76.66 ثم تليها فئة (31 - 40) سنة بنسبة %23.33 و يظهر ذلك في المنحنى البياني

التالي:

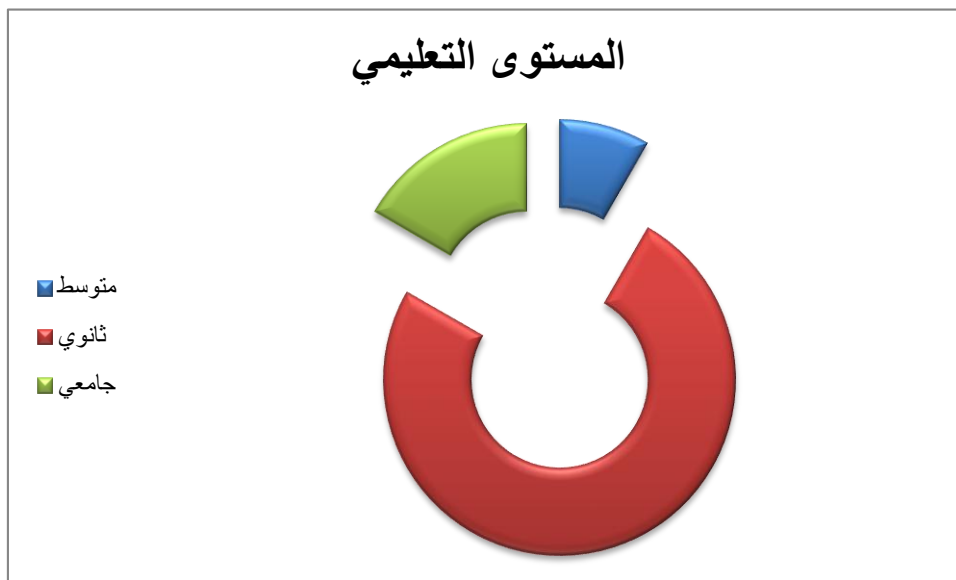


شكل رقم (06) : توزيع أفراد العينة حسب السن

جدول رقم (04): توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي

النسبة	التكرار	العينة
8.33%	5	متوسط
75.00%	45	ثانوي
16.66%	10	جامعي
100%	60	المجموع

يظهر من خلال الجدول أن عينة البحث شملت المستويات الدراسية بنسب متفاوتة فكانت نسبة ذوي المستوى الثانوي 75.00% أكثر تمثيلاً عن باقي المستويات .



شكل رقم (07): توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي.

6-5- أ أدوات الدراسة:

6-5-1- مقياس الدعم الاجتماعي المدرك لـ (Zimet et Candy et Michel 1990)

هو مقياس متعدد الأبعاد يهدف إلى التعرف على مدى إدراك الدعم الاجتماعي من حيث المصادر التالية وهي العائلة والأصدقاء والأشخاص المميزين في حياة الفرد، وقد قام الباحث (زعطوط، 2005) في دراسة تحت عنوان نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين وعلاقتها ببعض المتغيرات بترجمة المقياس من لغته الانجليزية و الفرنسية إلى العربية.

6-5-1-1- وصف المقياس:

يتكون المقياس من 12 بندا تتوزع على 3 أبعاد للدعم الاجتماعي المدرك ويحتوي كل بعد على 4 عبارات وكانت أرقام عبارات الأبعاد كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (05) : أرقام عبارات مقياس الدعم الاجتماعي المدرك

أبعاد الدعم الاجتماعي المدرك	رقم عبارات البعد
الدعم من العائلة	3 -4 -8-11
الدعم من الأصدقاء	6- 7- 9 - 12
الدعم من الآخرين	1-2-5-10

6-5-1-2- تصحيح المقياس:

يجيب المبحوث على مقياس الدعم الاجتماعي المدرك (دائماً، كثيراً، مرات، قليلاً، لا) في ضوء مقياس خماسي يحتوي على 5 بدائل، حيث تبلغ أدنى درجة على هذا المقياس 12 أما أقسامها 60 ثم جمع درجات الإجابات لمعرفة الدرجة الكلية .

6-5-1-3- الخصائص السيكومترية لمقياس الدعم الاجتماعي المدرك :

تم التأكد من صدق المقياس وثباته في الدراسات السابقة حيث وصل معامل الارتباط بطريقة إعادة التطبيق إلى 0.76 ثم التأكد من صدقه عن طريق التحليل العلمي (Zimet 1990).

وفي دراسة زعطوط رمضان 2005 حول نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين وعلاقتها ببعض المتغيرات على عينة قدرت بـ 200 فرد، بلغ معامل الارتباط بين التطبيق الأول والثاني 0.60 وهو دال عند مستوى الدلالة 0.01 كما وصلت قيمه (ت) المحسوبة في المقارنة الطرفية إلى 12.9 وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01 ودرجة الحرية 26 مما يدل على الصدق التمييزي للمقياس.

أما في الدراسة الحالية فقد تم التأكد من الخصائص السيكومترية لمقياس الدعم الاجتماعي المدرك كما يلي:

✓ **صدق المقياس:** تم حساب معامل الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي للفقرات و كانت النتائج كما يلي:

جدول رقم (06): معامل الارتباط بين درجات كل فقرة مع الدرجة الكلية لمقياس الدعم الاجتماعي المدرك.

الرقم	معامل الارتباط مع الدرجة	الكلية	الدلالة الإحصائية
1	,937**		دال
2	,944**		دال
3	,924**		دال
4	,842**		دال
5	,928**		دال
6	,891**		دال
7	,890**		دال
8	,602**		دال
9	,891**		دال
10	,953**		دال
11	,672**		دال
12	,855**		دال

** مستوى الدلالة 0.01

ومن خلال الجدول أعلاه يظهر من دراسة الصدق باستخدام طريقة الاتساق الداخلي، أن فقرات مقياس المتكونة من 12 بند تتمتع بصدق بناء واتساق داخلي مرتفع ودال إحصائياً عند مستوى دلالة 0.01، مما يدل على أن مقياس الدعم الاجتماعي المدرك صادق في قياس ما وضع لقياسه.

✓ الثبات:

تم التأكد من ثبات المقياس باستخدام طريقة التجزئة النصفية حيث بلغ معامل الارتباط بين الجزء الأول و الثاني للمقياس 0.96 و هي قيمة دالة عند مستوى دلالة 0.01 مما يدل على ثبات المقياس.

6-2-2- مقياس استراتيجيات المواجهة CISS لـ (Endler et parker, 1990)

6-2-1 وصف المقياس:

مقياس استراتيجية المواجهة أو قائمة المواقف الضاغطة **Coping Inventory for Stressful Situation** تم إعداده من طرف M.A. Parker & S.Endler . ترجمه إلى الفرنسية J.Pierre Roland حيث احتوى في بادئ الأمر على 120 فقرة تشمل مختلف الأساليب السلوكية لمواجهة الموقف الضاغط ليتم تقليصها إلى 70 فقرة بعد استبعاد ما تبقى لكونه لا يخدم المقياس، وتم تطبيق المقياس بشكله هذا على 559 طالب (284 أنثى، 275 ذكر) ليعتمد في تفرغته على سلم ليكرت: نقطة واحدة غير موافق تماماً إلى خمس نقاط موافق تماماً وبعدها تم عزل 26 عبارة ليشمل 44 فقرة موزعة على الأبعاد بالنحو التالي: العمل 19 عبارة، الانفعال 12 عبارة، التجنب 13 عبارة وبعد ذلك اشتمل المقياس على 66 عبارة بإضافة 12 لبعد الانفعال و 13 لبعد التجنب تم تطبيقه على 394 طالب (119 ذكر، 275 أنثى) ليتم عزل في النهاية 18 عبارة لا تستوفي الصدق الكافي من أجل الاحتفاظ بها، ليصبح عدد عبارات المقياس في صورته النهائية 48 عبارة.

يسمح هذا المقياس بتقدير خصائص تعدد أبعاد المواجهة Coping، المقياس عبارة عن تقرير ذاتي وطريقة تطبيقه رائجة وسهلة جدا (زناد، 2013: 252) إضافة إلى أن الهدف الأول للباحثين من هذا المقياس هو التمكن من التفرقة بين البعدين المواجهة المركزة على الانفعال و المواجهة المركزة على المشكل، وقد أعطى نتائج ثابتة مهما كان سن وجنس وثقافة الأفراد فهي أداة تتمتع بخصائص سيكومترية مرتفعة. (Bruchon, Schweitzer 2002:366).

وللمقياس خصائص عديدة، إذ أنه تم إعداده وبنائه من خلال الاعتماد على معطيات نظرية و تطبيقية، كما أنه مقياس متعدد الأبعاد وهي حل المشكل، الانفعال و التجنب. وهذا ما يسمح بالتنبؤ بأنواع الاستراتيجيات المختارة، تشكل الأبعاد في مجموعها فقرات المقياس الأصلي الذي يحتوي على 48 بندا وهناك مقياسان فرعيان لقياس التجنب هما التسلية 8 بنود و الإلهاء الاجتماعي 5 بنود و هي موزعة كالآتي:

جدول رقم (07): توزيع فقرات مقياس استراتيجيات على أبعاده (48 فقرة)

المجموع	الفقرات	الأبعاد
16	1,2,6,10,15,21,24,26,27,36,39,41,42,43,46,47	حل المشكل
16	5,7,8,13,14,16,17,19,22,25,30,28,33,34,38,45	الانفعال
16	3,4,9,11,12,18,20,23,29,31,32,35,37,40,44,48	التجنب
48		المجموع

تم أخذ النسخة الموجودة في كتاب الدكتورة زناد دليلة تحت عنوان علم النفس الصحي وهو تناول حديث للأمراض العضوية المزمنة، العجز الكلوي المزمن وعلاجه الهيمودياليز نمودجا قامت الباحثة بترجمة وتقنين المقياس إلى البيئة الجزائرية واختباره صدقه عن طريق الصدق الظاهري وذلك من خلال استطلاع رأي الحكام (صدق المحكمين) اختبار ثبات المقياس بطريقة تطبيق وإعادة تطبيق الاختبار وتم معامل Person للارتباط جاءت قيمته

من 0.84 إلى 0.99 عند مستوى الدلالة الإحصائية 0.001 لمجموع المقاييس الفرعية المكونة للمقياس الكلي مما يدل على ارتباط قوي.

كما أنه استخدم في العديد من البحوث والدراسات الجزائرية و يمكن تمرير اختبار (CISS) في حوالي 10 دقائق وتتمثل التعلّيمية في الطلب من المفحوص تحديد من 1 إلى 5 تعامله مع الوضعيات الضاغطة .

5-2-2 الخصائص السيكومترية للمقياس: صدق وثبات المقياس على العينة الجزائرية :

تم تقنين اختبار **Coping (CISS)** من قبل مجموعة من الأساتذة بجامعة وهران في مركز البحث في الأنثروبولوجيا الاجتماعية و الثقافية على عينة مكونة من 888 فردا (479 نساء، 409 رجال) بمتوسط قدر ب 33,39 و انحراف معياري 9,71، بمعدل عمر (15 سنة كأصغر سن، و 64 سنة كأكبر سن)، وتم تطبيقه بطريقة فردية حيث أشارت معاملات الصدق و الثبات إلى ما يلي:

✓ صدق الارتباطات المتعددة:

تم التأكد من صدق مقياس استراتيجيات المواجهة عن طريق حساب الارتباطات المتعددة بين مختلف الأبعاد حيث بينت النتائج وجود ارتباطات دالة إحصائية ما بين الأبعاد الثلاثة للاختبار والكوبينغ عند مستوى دلالة 0,01، حيث كانت قيمة بيرسون بين بعد حل المشكل و الكوبينغ 0,634، وبين بعد الانفعال والكوبينغ 0,701 وبين التجنب والاختبار 0,700. بينت الارتباطات أيضا ضعف العلاقة بين المشكل والانفعال $r=0,283$ مما يفسر استقلالية البعدين في حين ارتبط البعدين الفرعين التسلية والدعم الاجتماعي مع بعضهما البعض $r=0,420$ ، لأنهما يشتركان من بعد واحد وهو بعد التجنب (كبداني وآخرون، 2006: 52).

✓ الثبات:

للتأكد من ثبات المقياس في البيئة الجزائرية قامت الباحثة (كبداني خديجة وآخرون، 2006) بحساب معامل التناسق الداخلي باستخدام ألفا كرومباخ للأبعاد الأساسية فكانت كالتالي:

جدول رقم (08): معامل ثبات ألفا كرومباخ

الأبعاد	معامل ألفا كرونباخ
حل المشكل	0.819**
الانفعال	0.817**
التجنب	0.812**

** مستوى الدلالة 0.01

كما تم استخدام طريقة التجزئة النصفية حيث بلغ معامل الارتباط بين الجزء ين 0.79 مما يفسر ارتفاع معاملات الثبات. أما في الدراسة الحالية فقد تم التأكد من الخصائص السيكومترية كما يلي:

✓ صدق المقياس: تم حساب صدق الاتساق الداخلي لمقياس استراتيجيات المواجهة (CISS) و كانت النتائج كما يلي:

جدول رقم (09): معامل الارتباط بين درجات كل بند مع الدرجة الكلية لمقياس استراتيجيات المواجهة .

الرقم	معامل الارتباط مع الدرجة الكلية	الدلالة الإحصائية	الرقم	معامل الارتباط مع الدرجة الكلية	الدلالة الإحصائية
1	,615**	دال	25	-,405*	دال
2	,834**	دال	26	,478**	دال
3	,537**	دال	27	,404*	دال
4	,727**	دال	28	,094	غير دال
5	-,167	غير دال	29	,314	غير دال
6	,819**	دال	30	,868**	دال
7	,751**	دال	31	,819**	دال
8	-,650**	دال	32	,494**	دال
9	,522**	دال	33	-,269	غير دال
10	,737**	دال	34	-,039	غير دال
11	-,459*	دال	35	,584**	دال
12	,591**	دال	36	,872**	دال
13	-,242	غير دال	37	,610**	دال
14	-,072	غير دال	38	-,096	غير دال
15	,533**	دال	39	,487**	دال
16	-,237	غير دال	40	,621**	دال

دال	,657**	41	دال	,672**	17
دال	,915**	42	غير دال	,335	18
دال	,807**	43	غير دال	,307	19
غير دال	,149	44	غير دال	,106	20
دال	-,491**	45	دال	,692**	21
دال	,891**	46	دال	,657**	22
دال	,817**	47	دال	,589**	23
دال	,693**	48	غير دال	,337	24

* مستوى الدلالة 0.05 ** مستوى الدلالة 0.01

يتضح من الجدول رقم (09) أن معظم فقرات المقياس تتمتع بصدق بناء واتساق داخلي مرتفع ودال إحصائياً عند مستوى دلالة 0.01 و 0.05، مما يدل على أن مقياس استراتيجيات المواجهة (C/SS) صادق في قياس ما وضع لقياسه.

جدول رقم (10) : معامل الارتباط بين درجات كل بعد مع الدرجة الكلية للمقياس استراتيجيات المواجهة

الأبعاد	معامل الارتباط مع الدرجة الكلية	الدلالة الإحصائية
الانفعال	,921**	دال
التجنب	-,416*	دال
حل المشكل	,890**	دال
التسلية	,672**	دال
الإلهاء الاجتماعي	,876**	دال

* مستوى الدلالة 0.05 ** مستوى الدلالة 0.01

نلاحظ من خلال الجدول أن معاملات الارتباط بين كل بعد والدرجة الكلية للمقياس دالة إحصائياً مما يعني أن هذه المقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق، بلغ معامل الارتباط بين بعد الانفعال والدرجة الكلية 0.92 عند مستوى الدلالة 0.01 وهو دال إحصائياً، كما ارتبط بعد حل المشكل مع الدرجة الكلية فتراوح 0.89 وهو دال إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.01 وبالنسبة لبعد التجنب مع الدرجة الكلية -0.416 وهو دال إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.05 ومن جهته ارتبط بعد التسلية مع الدرجة الكلية للمقياس 0.67 وهو دال إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.01 و بعد الإلهاء الاجتماعي مع الدرجة الكلية بقيمة 0.87 وهو دال إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.01 و بهذا اتضح من خلال قيم معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس و الدرجة الكلية مرتفعة و دالة و هذا يشير إلى صدق البنود لما وضعت لقياسه.

✓ ثبات المقياس :

تم حساب معامل الثبات باستخدام طريقة التجزئة النصفية حيث بلغ معامل الارتباط بين الجزء الأول والثاني للمقياس باستخدام معامل ألفا كرومباخ 0.63 وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة 0.01 مما يدل على ثبات المقياس.

3-6- مقياس نوعية الحياة: WHOQOL BREF-26 لمنظمة الصحة العالمية

3-6-1- وصف المقياس:

مقياس WHOQOL يقيم نوعية الحياة من خلال المواقف وقد طبق في 23 دولة في إطار بحث عن مقارنات دولية لخصائص نوعية الحياة وهذا على فئات مختلفة من المجتمع وحسب تعريف منظمة الصحة العالمية WHO للصحة على أنها حالة من الرفاهية الكاملة البدنية والعقلية والاجتماعية، ليس فقط غياب المرض.

حيث أنشأت مقياسا عالميا يتكون من 100 بند والذي اختصر فيما بعد إلى 26 بند وبالتعاون مع 15 مركز حول العالم لتطوير هذا المشروع وجمع البيانات حول تحليل المفهوم وتقديم تعريف خاص لنوعية الحياة حسب الثقافات المختلفة وتحديد الأبعاد نوعية الحياة ومجالاتها. تم تطبيق الاستبيان الأصلي يحتوي على 300 بند على عينات من المرضى والأصحاء، وبعدها اختصر إلى 180 بند ثم إلى 150 بند ليستقر في الأخير إلى 100 بند. و بهذا توصل مشروع البحث لتعريف نوعية الحياة على أنها:

إدراك الفرد لمكانته في الوجود في سياق ثقافته ونظامه القيمي الذي يعيش في علاقته بأهدافه، توقعاته معايير ومخاوفه (زعطوط، 2005).

جدول رقم (11): توزيع عبارات مقياس نوعية الحياة

المجال	الأوجه	رقم السؤال
الصحة العامة	نوعية الحياة العامة	1
	الصحة العامة	2
الصحة الجسدية	الألم وعدم الراحة	3
	الإقبال على التداولي بالعلاج	4
	الطاقة والتعب	10
	إمكانية التنقل	15
	النوم والراحة	16
	نشاطات الحياة اليومية	17
	القدرة على العمل	18
الصحة النفسية	المشاعر الايجابية	5
	الروحانية والدين والمعتقدات الخاصة	6
	التفكير والتعلم، الذاكرة والتركيز	7
	صورة الجسم والمظهر	11
	تقدير الذات	19

	الشعور السلبي	26
العلاقات الاجتماعية	العلاقات الشخصية	20
	الدعم الاجتماعي	21
	الجنس	22
نوعية الحياة البيئية (المحيط)	الحرية والسلامة البدنية والأمن	8
	البيئة المادية التلوث، الضوضاء، المرور، المناخ)	9
	الموارد المالية	12
	فرص لتعلم المعلومات والمهارات الجديدة	13
	المشاركة في وفرص الترفيه/الأنشطة الترفيهية	14
	البيئة	23
	الرعاية الصحية والاجتماعية والنوعية	24
	النقل	25

(Krageloh & al, 2011)

6-3-2- الخصائص السيكومترية للمقياس:

تم التأكد من صدق وثبات المقياس على العينة الجزائرية من خلال حساب معامل الاتساق الداخلي في دراسة زعطوط رمضان تحت عنوان نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين و علاقتها ببعض المتغيرات حيث قام بتطبيق المقياس على عينة استطلاعية من 60 مريضا تم حساب الصدق بواسطة الاتساق الداخلي للاختبار و ذلك بحساب الارتباط بين درجة البند و الدرجة الكلية للمقياس حيث وصل إلى 0.67 أما الثبات فقد تم استعمال التجزئة النصفية حيث وصل معامل الارتباط بعد التصحيح إلى 0.94 وبطريقة ألفا كرومباخ حيث وصلت قيمة المعامل إلى 0.74 وبهذا فالمقياس يتمتع بصدق و ثبات مرتفع (زعطوط، 2005: 112)

أما في الدراسة الحالية فقد تم التأكد من الخصائص السيكمترية كما يلي:

✓ **صدق المقياس:** تم استخدام طريقة الاتساق الداخلي لل فقرات عن طريق معامل الارتباط

بين كل فقرة والدرجة الكلية لمقياس نوعية الحياة و كانت النتائج كما يلي:

جدول رقم (12): معامل الارتباط بين درجات كل فقرة مع الدرجة الكلية للمقياس نوعية الحياة.

الرقم	معامل الارتباط مع الدرجة الكلية	الدلالة الإحصائية	الرقم	معامل الارتباط مع الدرجة الكلية	الدلالة الإحصائية
1	,670**	دال	14	,884**	دال
2	,593**	دال	15	,764**	دال
3	,585**	دال	16	,911**	دال
4	,413*	دال	17	,910**	دال
5	,461*	دال	18	,850**	دال
6	,673**	دال	19	,837**	دال
7	,424*	دال	20	,941**	دال
8	,669**	دال	21	,918**	دال
9	,905**	دال	22	,724**	دال
10	,707**	دال	23	,774**	دال
11	,872**	دال	24	,374*	دال
12	,842**	دال	25	,780**	دال
13	,950**	دال	26	,700**	دال

* مستوى الدلالة 0.05 ** مستوى الدلالة 0.01

يظهر من خلال الجدول رقم (12) وباستخدام طريقة الاتساق الداخلي، أن معاملات الارتباط بين كل فقرة و الدرجة الكلية للمقياس قوية و دالة إحصائياً عند مستويات الدلالة 0.01 و 0.05 مما يدل على صدق بناء واتساق داخلي مرتفع. بالإضافة إلى الارتباط بين أبعاد نوعية الحياة و الدرجة الكلية للمقياس و كانت النتائج كما يلي :

جدول رقم (13): معامل الارتباط بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية

الأبعاد	الارتباط مع الدرجة الكلية	الدلالة الإحصائية
الصحة العامة	,659**	دال
الصحة الجسمية	,956**	دال
الصحة النفسية	,855**	دال
المحيط	,953**	دال
العلاقات	,936**	دال

** مستوى الدلالة 0.01

يظهر من خلال الجدول رقم (13) أن قيم معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية مرتفعة و دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.01 مما يدل على أن أبعاد مقياس نوعية الحياة صادقة في قياس ما وضعت لقياسه.

✓ ثبات المقياس:

تم استخدام طريقة التجزئة النصفية للتأكد من ثبات المقياس وقد بلغت قيمة معامل الارتباط بيرسون بين الجزء الأول والثاني 0.92 وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.01 مما يدل على ثبات المقياس .

6-6- الأساليب الإحصائية المستعملة:

تم علاج البيانات باستخدام الأساليب الإحصائية، الهدف منها التوصل إلى مؤشرات كمية تساعدنا على التحليل والتفسير وتمثلت في الدراسة في البرنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية و قد تم استعمال برنامج SPSS باعتباره برنامج يساعد على إدخال و معالجة المعلومات بأسلوب دقيق.

- **المتوسط الحسابي:** وهو أحد مقاييس النزعة المركزية، يستخدم لمعرفة مدى تمركز درجات المقياس من أجل مقارنة مجموعتين، بمقارنة متوسطهما الحسابي في نفس الاختبار
- **الانحراف المعياري:** من أهم و أفضل مقاييس التشتت ويفيد في معرفة مدى تشتت درجات المقياس حول المتوسط و يعرف على أنه الجذر التربيعي للتباين و يرمز له بالرمز S
- **معامل الارتباط كارل بيرسون:** لقياس العلاقة الارتباطية بين متغيرات الدراسة، حيث استخدم للتعرف على الثبات بطريقة التجزئة النصفية.
- **معامل الارتباط المتعدد:** يرمز له ب R لدراسة العلاقة بين المتغيرات الكمية.
- **النسب المئوية:** استخدمت في الإحصاء الوصفي للعينة المدروسة.
- **كا تربيع:** يستخدم لقياس دلالة الفروق في حالة البيانات الكيفية، حيث استعمل لدراسة الفروق بين المستويات الدعم الاجتماعي المدرك و نوعية الحياة لدى أمهات الأطفال المرضى.
- **معامل فريدمان:** لدراسة الفروق في متوسط الرتب.

خلاصة الفصل :

تعرضنا في هذا الفصل لأهم الإجراءات الميدانية والمنهجية للدراسة، انطلاقاً من الدراسة الاستطلاعية وذلك من أجل التأكد من وجود عينة الدراسة وتحديد خصائصها ومن صحة المقاييس المستخدمة وهذا طبعاً باختيار منهج مناسب لها يقتضيه البحث، وكان اختيارنا للمنهج الوصفي لمعالجة موضوع البحث واختيار عينة الدراسة وفقاً لشروط تم تحديدها ومن ثم عرض لأدوات البحث المتمثلة في مقياس الدعم الاجتماعي المدرك، ومقياس استراتيجيات المواجهة ومقياس نوعية الحياة وذلك بعد اختبار مدى صلاحيتها من خلال الدراسة الاستطلاعية وفي الأخير انهينا الفصل بعرض للأساليب والمعالجة الإحصائية المستخدمة في تحليل نتائج البحث للتأكد من صحة الفرضيات وهذا ما سيتم مناقشته في الفصل الموالي.

الفصل السابع
عرض ومناقشة النتائج

تمهيد:

بعد تعرضنا للخلفية النظرية لمشكلة الدراسة، ودراسة مفصلة للمفاهيم التي تتضمنها بالإضافة إلى الخطوات المنهجية لاختبار فرضياتها، سنتطرق لعرض النتائج المتوصل إليها و مناقشتها من حيث قبولها أو رفضها وكذلك تفسيرها خروجاً بأهم النتائج المتوصل إليها متبوعة ببعض الاقتراحات.

7-1- عرض ومناقشة النتائج الخاصة بالفرضية الأولى:

تنص الفرضية الأولى على أن مستوى الدعم الاجتماعي المدرك لدى أمهات الأطفال المرضى بجفاف الجلد المصطبغ (Xéroderma Pigmentosum) منخفض ولدراسة هذه الفرضية و الإجابة على تساؤل البحث المرتبط بهذه الفرضية استخدمت الطالبة اختبار كا2 لدراسة دلالة الفروق في مستويات الدعم الاجتماعي المدرك (منخفض، متوسط، مرتفع) وفيما يلي عرض لمختلف النتائج:

جدول رقم (14): الفروق بين المستويات الثلاثة للدعم الاجتماعي المدرك

الدالة الإحصائية	كا2 المجدولة	درجة الحرية	قيمة كا2 المحسوبة	النسبة المئوية	التكرار	الدعم الاجتماعي المدرك
*دال	9.21	2	13.90	55%	33	منخفض
				28.33%	17	متوسط
				16.66%	10	مرتفع
				100%	60	المجموع

* مستوى الدلالة 0.01

يظهر من خلال الجدول رقم (14) أنه توجد فروق دالة إحصائية عند 0.01 حيث أن قيمة كامربع المحسوبة تساوي 13.90 أكبر من قيمة كا مربع الجدولة و التي تساوي 9.21 و هذا يعني أن نسبة إدراك أمهات الأطفال المرضى بجفاف الجلد المصطبغ (XP) للدعم الاجتماعي منخفضة بنسبة 55% أكبر من اللواتي لديهم دعم اجتماعي مدرك متوسط بنسبة 28.33% في حين نجد نسبة الدعم الاجتماعي المرتفع بنسبة 16.66%.

وبالتالي توجد فروق دالة إحصائية بين المتوسطات الثلاثة للدعم الاجتماعي المدرك، مما يدل على تحقق فرضية البحث الأولى أي أن أغلب أمهات الأطفال المرضى بجفاف الجلد المصطبغ (XP) لديهم مستوى الدعم الاجتماعي المدرك منخفض.

ومن خلال ما لاحظناه أثناء إجراءنا الدراسة الميدانية والظروف المحيطة بالمرضى وعائلاتهم، تفسر الطالبة هذه النتيجة بغياب التكفل وتوفير الخدمات وتجاهل السلطات المعنية للمرضى ولهذه الفئة، فبالرغم من خطورته لم يصنف ضمن قائمة الأمراض المزمنة، مما جعل الأطفال المرضى وعائلاتهم في دائرة التهميش، فمعظم المرضى من أسر فقيرة لا يستطيع الآباء استيعاب وطرق الوقاية منه، فمن الصعب إقناعهم بأن الأشعة فوق البنفسجية هي المسؤولة عن تدمير الجلد و ظهور السرطانات خاصة وأن معظمهم يعيش في بيئة غير محمية من أشعة الشمس فوق البنفسجية وهذا ما يؤكد غياب السند والدعم لهذه الفئة، خاصة من طرف مؤسسات المجتمع لتبقى جمعية السعادة وغيرها من الجمعيات المهرب الوحيد لهذه الفئة.

وقد اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة زعطوط رمضان سنة 2005 حول نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين وعلاقتها ببعض المتغيرات ومن بينها متغير الدعم الاجتماعي المدرك على عينة قدرت بـ 100 فرد حيث توصل إلى أن المرضى لديهم دعم اجتماعي مدرك منخفض مقارنة بالأصحاء (زعطوط، 2005).

أما Dupertius فقد اهتم بالعلاقة بين أنواع مصادر الدعم الاجتماعي وأثرها على الصحة النفسية والجسدية ، وذلك من خلال دراسة على عينة قدرت بـ 1386 مريضاً، تم تصنيفهم إلى أربع مجموعات حسب شبكة التفاعل الاجتماعي والدعم المدرك إلى مرتفعي الدعم من طرف العائلة والأصدقاء، ثم مرتفعي الدعم من طرف العائلة فقط ومرتفعي الدعم من طرف الأصدقاء فقط، وباستعمال تحليل التباين اتضح أن الذين يتمتعون بدعم اجتماعي مرتفع من طرف العائلة والأصدقاء يعانون أقل من غيرهم من الاكتئاب، كما أن وضعهم الصحي أفضل من غيرهم (Dupertius, 2004).

2-7 عرض ومناقشة النتائج الخاصة بالفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية على أن مستوى نوعية الحياة لأمهات الأطفال المرضى بجفاف الجلد المصطبغ (XP) منخفضة، و لدراسة هذه الفرضية استخدمنا اختبار كا مربع لدراسة دلالة الفروق في المستويات (المنخفضة، المتوسطة، المرتفعة) وفيما يلي عرض لمختلف النتائج:

جدول رقم (15) : الفروق بين مستويات نوعية الحياة.

نوعية الحياة	التكرار	النسبة المئوية	قيمة كا2 المحسوبة	درجة الحرية	كا2 المجدولة	الدلالة الإحصائية
منخفضة	31	51.66%	11.10	2	9.21	*دال
متوسطة	19	31.66%				
مرتفعة	10	16.66%				
المجموع	60	100%				

* مستوى الدلالة عند 0.01

يظهر من خلال الجدول رقم (15) وجود فروق بين مستويات نوعية الحياة فروق دالة إحصائياً عند 0.01 حيث أن قيمة كا مربع المحسوبة تساوي 11.10 أكبر من قيمة كا مربع الجدولة و التي تساوي 9.21 وكما أن نسبة 51.66% من أمهات عينة الدراسة لديهن نوعية حياة منخفضة، في حين أن 31.66% لديهن نوعية حياة متوسطة كما بلغت نسبة الأمهات اللواتي يتمتعن بنوعية حياة مرتفعة 16.66%.

وعليه نرفض الفرضية الصفرية وبالتالي توجد فروق دالة إحصائياً بين المتوسطات الثلاثة لنوعية الحياة ومنه تحقق الفرضية الثانية للبحث .

ويمكن تفسير هذه النتيجة بارتباط نوعية الحياة بإدراك و انطباع الأمهات اتجاه مكاتهن في الحياة من مختلف الجوانب الصحية والجسمية والنفسية إضافة إلى المحيط والعلاقات، ويعود ذلك إلى حالة أطفالهن الصحية المتدهورة وطبيعة المرض الذي يعانون منه والذي قد يقف عائقاً أمام تحقيق طموحاتهن وأهدافهن وكذا ممارسة حياتهن بشكل طبيعي حيث أن إزمان هذا المرض الذي يفرض عليهن نمط حياة خاصة و متابعة مستمرة للوقاية والعلاج مما يؤدي إلى إعاقتهن ومنعهن نهائياً فهو يؤثر في استقلالية الأمهات وعاداتهن اليومية وسلوكياتهن في العمل و في المحيط العائلي والاجتماعي حيث صرحن خلال تطبيق المقاييس بأنهن لا يستطعن القيام بأدنى النشاطات اليومية مما جعل حياتهم مقيدة بالمرض فقط.

وقد اتفقت الدراسة مع دراسة Letzelter (2000) حيث أكد أن نوعية الحياة هي مجموعة من الخصائص التي لها علاقة بانخفاض الحالة الصحية و الدور الاجتماعي وتساهم في تغيير الحالة النفسية، فكلما شعرت الأمهات بقيمتهن وأهميتهن في المجتمع زاد إحساسهن بنوعية الحياة.

وفي دراسة محمد وجورجيس سنة (2005) حول نوعية الحياة لدى المصابين بالأمراض المزمنة الخطيرة في الأردن، والتي هدفت إلى تقييم نوعية حياة المرضى والتعرف

على المؤشرات والجوانب البيئية والجسمية والنشاطات اليومية والأدوية والعلاجات وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية. على عينة قدرت بـ 100 مريضا من مراجعي قسم الطوارئ والعيادات الخارجية، توصلت النتائج إلى تأثير نوعية الحياة لدى هؤلاء المرضى في جوانبها الجسدية والنفسية والاجتماعية.

في حين قام Kreiller وزملاءه سنة (2007) باستكشاف العلاقة بين الضغط النفسي ونوعية الحياة لدى مرضى السرطان، وذلك باختبار نموذج تفاعلي يعتمد متغيرين وسيطين هما الكرب المدرك، والكفاءة الذاتية حيث تكونت العينة من 60 مريضا، وفرق الباحثون بين الكرب الصحي والكرب الاجتماعي، وقد أشارت النتائج على أن مؤشر الكرب الصحي يؤثر في نوعية الحياة عبر الكرب المدرك، وأن الكفاءة المدركة تساعد في خفض الكرب المدرك وبالتالي يرفع من مستوى نوعية الحياة وكذلك فإن نوعية الحياة تتأثر سلبا بالكرب الاجتماعي.

7-3 عرض ومناقشة النتائج الخاصة بالفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة للبحث على أن أمهات الأطفال المرضى بجفاف الجلد المصطبغ تستعملن استراتيجيات مواجهة مختلفة وللإجابة على التساؤل ودراسة هذه الفرضية قامت الباحثة بحساب متوسطات الرتب لمختلف استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال وحل المشكل و التجنب و ذلك باستعمال معامل فريدمان ثم دراسة دلالة الفروق باستعمال معامل كا مربع و فيما يلي عرض لمختلف النتائج:

جدول رقم (16) : الفروق بين متوسطات مختلف استراتيجيات المواجهة

استراتيجيات المواجهة	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معامل فريدمان	الرتب	كا2 المحسوبة	درجة الحرية	كا2 المجدولة	الدلالة الإحصائية
الانفعال	60	51.20	10.81	4.32	2	220.38	4	13.27	*دال
حل المشكل	60	33.28	7.99	3.09	3				
التجنب	60	55.77	7.22	4.59	1				
التسلية	60	16.05	3.47	1.93	4				
الإلهاء الاجتماعي	60	11.92	3.58	1.08	5				

* مستوى الدلالة 0.01

من خلال الجدول رقم (16) وحسب نتائج معامل فريدمان لدراسة دلالة الفروق بين متوسطات رتب مختلف استراتيجيات المواجهة، تبين أنه توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.01، حيث أن قيمة كامربع المحسوبة والتي تساوي 220.38 أكبر من قيمة كامربع المجدولة والتي تساوي 13.27 مما يدل أن أمهات الأطفال المرضى بجفاف الجلد المصطبغ (XP) والذي أدى إلى تطور المرض إلى سرطانات مختلفة، تبين الاستراتيجيات المركزة على التجنب بالدرجة الأولى حيث بلغ المتوسط الحسابي للأمهات اللواتي يستعملن هذه الاستراتيجية 55.77، تليها استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال بمتوسط حسابي 51.20 وجاءت استراتيجيات حل المشكل في المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي 33.28 لتليها استراتيجيات التسلية بمتوسط 16.05 وفي الأخير الاستراتيجيات المتمركزة حول الإلهاء الاجتماعي بمتوسط حسابي 11.92، فمن خلال هذه النتائج تم التحقق من الفرضية وكجواب يمكن القول أن أمهات الأطفال المرضى بجفاف الجلد المصطبغ تستعملن استراتيجيات مواجهة مختلفة مركزة بالدرجة الأولى على التجنب والانفعال لتليها استراتيجيات حل المشكل ثم التسلية وأخيرا الإستراتيجية المركزة على الإلهاء الاجتماعي.

وعليه فقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع ما أجمعت عليه العديد من الدراسات باستخدام الأمهات لمختلف استراتيجيات المواجهة حيث توصلت دراسة دابروكسا سنة 2008 إلى أن الآباء والأمهات يستخدمون استراتيجيات متنوعة للتعامل مع الضغط النفسي المترتب على رعاية الأطفال والاستراتيجيات الأكثر استعمالاً في الدراسة الحالية والتي أخذت الترتيب الأول هي الإستراتيجية المركزة على التجنب وتتمثل هذه الإستراتيجية في اعتقاد الأمهات بأن الوضعية الضاغطة قد تزول عن طريق التجنب بطرق مختلفة سواء على شكل وظائف تعويضية بتعبيرات سلوكية أو معرفية تسمح بالتقليل من التوتر والشعور بالراحة وتفرغ الضغط الانفعالي.

وقد بينت العديد من الدراسات والأبحاث كدراسة لازاروس وفولكمان أن هذا النوع من المواجهة يكون مصحوباً بأعراض القلق والاكتئاب بالإضافة إلى الاضطرابات السيكوسوماتية.

واتفقت هذه النتيجة مع دراسة Ridder وآخرون والتي توصلت نتائجها إلى أن المصابين بالأمراض المزمنة و الخطيرة يميلون إلى استعمال استراتيجيات التجنب. كما توصل Econ سنة 1992 إلى أن استراتيجيات التجنب تكون الأنسب في المواجهة مع مرض مجهول المآل ولا نستطيع التحكم فيها وفي تطوره وهذا يتوافق مع مرض جفاف الجلد المصطبغ فهو مرض مميت شامل لمختلف السرطانات و لا علاج له. أما دراسة Grotti سنة 2009 درسوا العلاقة ما بين المميزات النفسية وتأثيرها في اختيار استراتيجيات المواجهة و تأثيرها على نوعية حياة المصابين أظهرت نتائجها أن هناك استعمال كبير لاستراتيجيات المواجهة التجنبية (Motel & Burnenger,2008).

كما تبنت الأمهات الاستراتيجيات المركزة على الانفعال التي تسعى من خلالها الأمهات إلى تنظيم الانفعالات السلبية كقلق والغضب والاكتئاب والاحتفاظ بإتزان وجداني وذلك بتأنيب الذات والعزو الداخلي والإحساس بالمسؤولية فعادة ما يكون هذا النوع من

المواجهة مفيد في المواقف التي تتجاوز قدرة الفرد على ضبطها والتحكم فيها ومن ثم لا يمكن تغييرها من خلال أساليب مناسبة خاصة إذا تعلق الأمر بمرض مميت.

ويمكن تفسير هذه النتيجة والتي تمثلت في استخدام الأمهات لإستراتيجيتي التجنب والانفعال بنفس الدرجة بأن الحدث يحتوي على عدد من المشكلات تحتاج إلى طرق مختلفة للمواجهة وليس هناك انفصال بين أبعاد استراتيجيات المواجهة وليس هناك طريقة أفضل من الأخرى في تحقيق المواجهة لكن بالرغم من ذلك اتضح أنه كلما كان العجز في السيطرة والتحكم في المشكلة فإن المواجهة المركزة على التجنب والانفعال هي الأكثر استخداما في مواجهة المشكلات وخاصة إذا تعلق الأمر بهذا المرض المميت (شويخ، 2007: 84)

وقد بيّنت دراسة Schilling وآخرون سنة 1985 حول الفروق في أساليب المواجهة بين الأمهات و الآباء الذين لديهم أطفال معاقين وأن الأمهات لديهن نزعة أقوى نحو أساليب المواجهة السلبية التي ركزت على الانفعال.

كما اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة Dukmak سنة 2009 على عينة من أولياء الأطفال المعاقين في دولة الإمارات لمعرفة استراتيجيات المواجهة الأكثر استعمالا لديهم حيث أشارت النتائج إلى أن الأولياء يستعملون استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعالات كالتعبير عن المشاعر بالإضافة إلى استخدام الاستراتيجيات المركزة على المشكل.

وفي نفس الصدد توصل Beatty وآخرون سنة 1998 في إطار فرقة بحث إلى أن المرضى يستعملون استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال عندما يتواجدون في وضعية ضاغطة لها علاقة مع المرض مقارنة بالوضعيات الضاغطة اليومية، حيث أبرزت نتائج هذه الدراسة علاقة ارتباطية بين استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال والحصص النفسي وتوصل الباحثون إلى وجود علاقة بين مهارات المرضى وقدرتهم على

التكيف مع المشاكل اليومية و الاستعمال الانتقائي لاستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل (Coupe, 2010).

وجاءت الإستراتيجية المركزة على حل المشكل في المرتبة الثانية وذلك بميل الأمهات لمواجهة مشكلاتهن بأساليب عقلانية من خلال تحديد جوانب المشكلة والتفكير فيها بطريقة منطقية و إتباع خطوات منظمة في حلها كافتراض عدد من الحلول و المقارنة فيما بينها ومن تم إتباع الأفضل منها، والاستفادة من الخبرات السابقة في مواجهة المشكلات.

وقد اتفقت هذه النتيجة مع نتائج دراسة الخفش سنة 2001 إلى أن إستراتيجية حل المشكل استعملت كإستراتيجية أساسية لدى أولياء الأطفال سواء كان أطفال مرضى أو بصحة جيدة، وقد فسرت هذه النتيجة بأن الأمهات تسعى إلى تغيير الموقف الضاغط بغرض التعديل أو استبعاد مصدر الضغط وذلك بالبحث عن معلومات أكثر حول المرض وطلب النصيحة والمساعدة للحصول على توجيهات واتخاذ مجهودات وإجراءات وقائية لمنع تفاقم المرض والتي تتمثل في منع الأشعة فوق البنفسجية من الوصول إلى الابن.

بينما نجد استراتيجيات المواجهة المركزة على التسلية والإلهاء الاجتماعي في الأخير فالبحث عن السند الاجتماعي يظهر كإستراتيجية ثالثة للمواجهة وهي تعكس محاولات ومجهودات الأمهات لكسب مساعدة الآخرين و هذا لا علاقة له بالمساندة الاجتماعية أو العلاقات والمحيط الاجتماعي، أما بالنسبة للتعامل بالبحث عن السند الاجتماعي فهو محاولات لاكتساب إصغاء ومعلومات (Schweitzer, 2002).

7-4 عرض ومناقشة النتائج الخاصة بالفرضية الرابعة:

تنص الفرضية الرابعة للبحث على أنه توجد علاقة بين الدعم الاجتماعي المدرك واستراتيجيات المواجهة ولدراسة هذه الفرضية قامت الطالبة بتفريغ نتائج إجابات أفراد العينة على مقياس الدعم الاجتماعي المدرك ونتائجهم على مقياس استراتيجيات المواجهة ثم حساب و استخراج المجموع الكلي على المقياسين لكل فرد من أفراد العينة و لدراسة العلاقة تم استعمال معامل الارتباط بيرسون كما يلي:

جدول رقم (17) : العلاقة الارتباطية بين الدعم الاجتماعي المدرك واستراتيجيات المواجهة.

المتغيرات	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الارتباط	الدلالة الإحصائية
الدعم الاجتماعي	60	68.87	19.40	0.53	*دال
استراتيجيات المواجهة	60	140.25	15.60		

* مستوى الدلالة 0.01

يظهر من خلال الجدول رقم (17) أن قيمة معامل الارتباط 0.53 وهي تشير إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الدعم الاجتماعي المدرك و استراتيجيات المواجهة مما يدل على تحقق الفرضية الرابعة للبحث.

وقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع دراسة موريس و بنيت سنة 2009 والذي سلط فيها الضوء على إدراج الدعم الاجتماعي ضمن نموذج الضغط و المواجهة التي طرحها لازاروس و فولكمان سنة 1984 في شكل المصدر المتغير، وبعبارة أخرى إذا أدركت الدعم

الاجتماعي على أنه متاح فسيؤثر ذلك في كيفية تقييم الأفراد لمصادر الضغط و الاستجابة لها، فالأفراد الذين يدركون الدعم الاجتماعي على أنه مرتفع يكونون أكثر إلى تقييم الأحداث بأنها أقل ضغط مقارنة بالذين لا يدركون الدعم (شوخ ، 2012).

كما أثبتت دراسة Junghyun وزملائه سنة 2010 حول دور الدعم الاجتماعي واستراتيجيات المواجهة في التنبؤ بالعافية الوجدانية والانفعالية لدى المصابات بسرطان الثدي بإعتباره من الأمراض الخطيرة على عينة قدرت بـ 231 امرأة ، حيث تم اختبار صدقية نموذجٍ وسائطي يشمل المتغيرات المستقلة والتابعة، دلّت النتائج على أن الدعم الاجتماعي يؤثر في استراتيجيات المواجهة بدعمه للإيجابية منها مقابل السلبية مما يؤثر في التكيف الوجداني مع المرض الخطير.

أما دراسة Carpenter وزملائها سنة 2010 على عينة قدرت بـ 260 امرأة مصابة بسرطانات، والتي ركزت على دور الدعم الاجتماعي كعامل لامتصاص الضغط والضيق حيث يلعب دورا وسيطا بين النشاط البدني وبين العافية النفسية (الصدمات و الاكتئاب)، وقد دلت النتائج على أن الوضع الصحي والإحساس بالعافية مرتبطة بالكرب والضيق النفسي، كما أن الذين يتلقون دعما اجتماعيا مرتفعا هم الأكثر قدرة على التعامل مع ذلك الكرب مما يرفع لياقتهم النفسية.

وفي نفس الاتجاه تشير نتائج بعض الدراسات إلى أن النساء اللواتي تتوافر لديهن مستويات عالية من الدعم الاجتماعي أقل تعرضا للمضاعفات أثناء المرض و يظهرن تكيفا أفضل لدى التعرض لأمراض كالسكري والروماتيزم وأمراض القلب والرئة والسرطان (شيلي تايلور، 2008: 449).

كما جاءت نتائج دراسة (Ganiline & Blatti) سنة 1984 والتي أشارت نتائجها في نفس سياق نتائج الدراسة الحالية إلى أن الدعم الاجتماعي يقوي المصادر النفسية ويزيد من شعور الفرد بالقيمة و الأهمية و قدرته على التحدي ممّا يجعله أكثر نجاحا في مواجهة الضغوط.

ومنه فإنّ للدعم الاجتماعي أهمية كبيرة في حياة الأمهات بشكل خاص في تقوية المصادر النفسية وزيادة شعورهن بالقيمة والأهمية، مما يساعدهن في مواجهة الصعاب وتقبل حالتهم والتكيف معها بشكل ملائم.

5-7 عرض و مناقشة النتائج الخاصة بالفرضية الخامسة :

تنص الفرضية الخامسة للبحث على أنه توجد علاقة ارتباطية بين أبعاد استراتيجيات المواجهة ونوعية الحياة ولدراسة هذه الفرضية قامت الطالبة بتفريغ نتائج إجابات أفراد العينة على مقياس استراتيجيات المواجهة ونتائجهم على مقياس نوعية الحياة ثم حساب واستخراج المجموع الكلي على المقياسين لكل فرد من أفراد العينة ولدراسة العلاقة تم استعمال معامل الارتباط بيرسون وفيما يلي عرض للنتائج:

جدول رقم (18) : العلاقة الارتباطية بين أبعاد استراتيجيات المواجهة و نوعية الحياة.

الدلالة الإحصائية	معامل الارتباط	نوعية الحياة أبعاد استراتيجيات المواجهة
دال	0.51	نوعية الحياة إستراتيجية الانفعال
دال	0.52	نوعية الحياة إستراتيجية حل المشكل
دال	0.40-	نوعية الحياة إستراتيجية التجنب
دال	0.36	نوعية الحياة إستراتيجية التسلية
دال	0.48	نوعية الحياة إستراتيجية الإلهاء الاجتماعي

* مستوى الدلالة 0.01

يظهر من خلال الجدول رقم (18) أن هناك علاقة ارتباطية قوية موجبة بين الاستراتيجيات المتمركزة على الانفعال ونوعية الحياة لدى أمهات الأطفال المرضى حيث بلغ معامل الارتباط 0.51 وهو ارتباط دال عند مستوى الدلالة 0.01. كما تم التوصل إلى علاقة ارتباطية موجبة بقيمة 0.52 لمعامل الارتباط بين الاستراتيجيات المتمركزة على حل المشكل ونوعية الحياة. وقد بلغ معامل الارتباط بين الاستراتيجيات المركزة على التجنب و نوعية الحياة -0.40 وهي علاقة متوسطة عكسية فكلما انخفض استعمال هذه الاستراتيجيات كلما ارتفعت وتحسنت نوعية حياة أمهات الأطفال المرضى، ويظهر أيضا من خلال النتائج علاقة ضعيفة موجبة بين الاستراتيجيات المركزة على التسلية و نوعية الحياة حيث بلغ

معامل الارتباط 0.36، كما بلغ معامل الارتباط بين الاستراتيجيات المركزة على الإلهاء الاجتماعي و نوعية الحياة 0.48 وهي قيمة دالة عند مستوى الدلالة 0.01 مما يدل على علاقة ارتباطية متوسطة وموجبة.

ومنه فكلما استعملت الأمهات استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال وحل المشكل كلما ارتفع مستوى نوعية الحياة وانخفض الارتباط بين الاستراتيجيات المركزة على التسلية والإلهاء الاجتماعي. وبالنسبة لاستراتيجيات المركزة على التجنب وعلاقتها بنوعية الحياة وبهذا فكلما انخفض استعمال هذه الاستراتيجية كلما ارتفع مستوى نوعية حياة أمهات الأطفال المرضى بجفاف الجلد المصطبغ (XP).

وقد بيّنت بعض دراسات أن مظاهر المواجهة المتمركزة حول الانفعال لها أثر ذو فائدة وقائية لنوعية الحياة على المدى القصير (Schzeitwer, 2014).

وقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع ما أوضحه Lode سنة 2007 فالمصابين الذين تكون لديهم ادراكات حسنة ومرضية للمعلومات المقدمة في أول المرض يستعملون أقل الاستراتيجيات التجنبية ويميلون أكثر للاستراتيجيات المتمركزة حول حل المشكل والتي تتمثل في البحث عن المعلومات وتخطيط النشاطات (Coupe, 2010).

وقد بيّنت دراسة كل من (Aikens & al, 1997) و (Pakenhan & al, 1999) و (jean & al, 1999) علاقة موجبة بين استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل و نوعية الحياة الجيدة على عكس استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال التي تؤدي إلى نوعية حياة سيئة، أما دراسة (McCabe & al, 2004) فقد بيّنت أن استراتيجيات المواجهة التجنبية ترتبط بدرجات ضعيفة لنوعية الحياة.

كما اختلفت نتائج هذه الدراسة مع دراسة (Motel & Burnenger) سنة 2007 حول مقارنة استراتيجيات المواجهة ونوعية الحياة للمرضى فأظهرت النتائج أن بعض

استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال مثل الإنكار والتجنب وتأنيب الذات تدل على تعامل سيء ونوعية حياة متدهورة خاصة فيما يخص البنود المتعلقة بالحياة الاجتماعية (Montel & Burnenger, 2008).

وبهذا فالتركيز على التدخلات التي تهدف إلى تحسين نوعية الحياة من خلال تحسين أساليب المواجهة لذلك فإن استراتيجيات المواجهة الأكثر فعالية تؤدي إلى نواتج صحية أحسن (Gurung, 2006).

6-7 عرض و مناقشة النتائج الخاصة بالفرضية السادسة:

تنص الفرضية السادسة للبحث على أنه توجد علاقة بين الدعم الاجتماعي المدرك ونوعية الحياة و لدراسة هذه الفرضية قامت الطالبة بتفريغ نتائج إجابات أفراد العينة على مقياس الدعم الاجتماعي المدرك ونتائجهم على مقياس نوعية الحياة ثم استخراج المجموع الكلي على المقياسين لكل فرد من أفراد العينة ولدراسة العلاقة تم استعمال معامل الارتباط برسون و فيما يلي عرض للنتائج:

جدول رقم (19) : العلاقة الارتباطية بين الدعم الاجتماعي المدرك ونوعية الحياة.

المتغيرات	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الارتباط	الدلالة الإحصائية
الدعم الاجتماعي	60	68.87	19.40	0.39	*دال
نوعية الحياة	60	30.17	13.26		

* مستوى الدلالة 0.01

يظهر من خلال الجدول رقم (19) أن قيمة معامل الارتباط 0.39 وهي تشير إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة عند مستوى الدلالة 0.01 بين الدعم الاجتماعي المدرك ونوعية الحياة ومنه نرفض الفرضية الصفرية مما يدل على تحقق الفرضية السادسة للبحث.

وقد اتفقت هذه النتيجة مع العديد من الأبحاث والدراسات التي توصلت إلى أن الأفراد الذين أظهروا معدلا مرتفعا في نوعية الحياة أظهروا كذلك ارتفاعا في معدل الدعم الاجتماعي المدرك كما ارتبط انخفاض معدل الدعم الاجتماعي بانخفاض معدل نوعية الحياة.

وقد توصلت دراسة Schulz سنة 1996 على عينة قدرت بـ5201 فردا إلى وجود علاقة ارتباطية بين الدعم الاجتماعي المدرك ونوعية الحياة وانخفاض النشاط الجسمي.

وفي نفس السياق توصل كل من Cheung & Wong في دراسة لهما إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الدعم الاجتماعي ونوعية الحياة وحسب الإطار النظري فالدعم الاجتماعي المدرك يهدف إلى تحسين نوعية الحياة.

كما توصلت دراسة Astrom & al حول نوعية الحياة والدعم الاجتماعي إلى نتيجة مفادها أن قلة العلاقات الاجتماعية وانخفاض الدعم الاجتماعي ارتبط بانخفاض معدل نوعية الحياة وكما أظهرت أيضا دراسة Ilhan Yalcin حول الدعم الاجتماعي المدرك والتفاؤل كمنبئين بنوعية الحياة، وجود ارتباط بين الدعم الاجتماعي المدرك و نوعية الحياة.

ومن جهته أشار كل من Edward & Lopez سنة 2006 إلى أن الدعم العائلي المدرك هو مؤشر نوعية الحياة هذا بالإضافة دراسة Henry & Chang سنة 2003 التي توصلت إلى الارتباط الايجابي بين الدعم العائلي و نوعية الحياة.

كما بينت دراسة (Mallinckrodt & al) سنة 2012 عن اختبار نموذج يجمع بين الدعم الاجتماعي ونوعية الحياة بعد تلقي العلاج على عينة تتكون من 154 امرأة مصابة بالسرطان وكانت النتيجة وجود ارتباط دال بين الدعم الاجتماعي ودرجة الضيق والكرب النفسي في المرحلة الأولى وبين الدعم الاجتماعي والتكيف في المرحلة الثانية وهذا ما يؤكد

دور الدعم الاجتماعي المدرك في مواجهة الضغوط والعقبات التي تواجه الفرد في حياته مما يسهل عليه عملية التوافق مع الوضعية الضاغطة وبالتالي تحسين نوعية الحياة .

وفي نفس الإطار قام Dimatteo وزملاءه سنة 2004 بمسح نظري للبحوث التي تناولت الدعم الاجتماعي ما بين سنة 1948 إلى 2001، وباستعمال تقنية ما بعد التحليل لما يزيد عن 120 دراسة، ظهرت علاقة دالة بين الدعم الاجتماعي والتماسك العائلي، كما توصلت الدراسة إلى أن الذين يشعرون بالتماسك العائلي يمثلون 1.74 مرة أفضل من غيرهم ممن يشعرون بالتمزق العائلي مما يؤثر على نوعية حياتهم.

كما تعتبر دراسة Berkman و Symen (1979) من الدراسات الرائدة في استكشاف العلاقة بين الدعم الاجتماعي وآثاره الصحية، حيث شملت العينة 7000 فرد من سكان كاليفورنيا، تراوحت أعمارهم ما بين 30 إلى 69 عاما وتم تتبعهم لمدة تسعة سنوات ثم تقييم العلاقات الاجتماعية حسب 4 مؤشرات سميت "مؤشر الشبكة الاجتماعية"، كما تم تقسيم العينة إلى ثلاثة فئات حسب تلقيها للدعم، منخفضة الدعم ومتوسطة الدعم ومرتفعة الدعم وحسبت نسبة الوفيات في السنة التاسعة. حيث أظهرت النتائج الدور الواقي للدعم الاجتماعي حيث وصلت نسبة الوفيات لدى فئة منخفضة الدعم الاجتماعي من 1.8 إلى 4.6 أضعاف في مرتفعي الدعم الاجتماعي (Schweitzer, 1994).

أما لدى المرضى المزمنين فإن الدعم الاجتماعي يلعب دورا كبيرا بسبب مآل المرض ومدته وتكاليفه، ففي دراسة Symister وزملاءه على عينة تكونت من 86 مريضا بقصور الكلية تم قياس الدعم الاجتماعي وتقدير الذات وكذا الأعراض الاكتئابية والتفاؤل، حيث دلت النتائج على العلاقة بين الدعم الاجتماعي وتقدير الذات مما يؤثر على نوعية الحياة في ظهور الأعراض الاكتئابية (Symister, 2003).

وفي دراسة Zhon وزملائه (2010) عن دور الكرب المدرك كمتغير وسيط بين الدعم الاجتماعي وبين نوعية الحياة بالصحة لدى المصابين بسرطان البروستاتا على عينة

تكونت من 175 مريضا وهي دراسة تتبعية لمدة عامين، فقد دلت النتائج على أن الدعم الاجتماعي المرتفع في بداية البحث ينبئ بنوعية حياة مرتفعة وذلك عبر التعديل من إدراك الكرب.

كما بينت دراسة Mallinckrodt وزملائها سنة 2012 من خلال اختبار نموذج يجمع الدعم الاجتماعي والتكيف والكرب النفسي بعد تلقي العلاج بسبب السرطان على عينة قدرت بـ154 امرأة، استعملت فيها مقياس الدعم الاجتماعي المدرك ومقياس نوعية الحياة والتكيف والكرب النفسي، ثلاثة أسابيع بعد العملية الجراحية، ثم 8 إلى 16 شهرا بعد ذلك باستعمال تحليل الانحدار المتعدد، وجد ارتباط دال بين الدعم الاجتماعي ودرجة الضيق والكرب النفسي في المرحلة الأولى ثم بينه وبين التكيف في المرحلة الثانية.

وفي نفس الصدد و في الدراسة المسحية ل Mallinckrodt وزملائه سنة 2012 حول علاقة الدعم الاجتماعي الفعلي والمدرك ومخرجات الصحة بين الماضي والحاضر والتي شملت البحوث المنشورة خلال ثلاثين سنة ما بين 1980 إلى 2010. حيث أن أهم نتيجة توصل إليها المسح النظري هي أن ارتباط الدعم الاجتماعي بالصحة ثابت على مدار ثلاثين سنة الماضية.

وقد أثبتت دراسة Ell et Coll ارتفاع مؤشر الحياة لدى النساء المصابات بالسرطان بعد استفادتهن من الدعم العاطفي، ودراسة كل من Giese Daves et Coll سنة 2000 ودراسة Cohen et Syme سنة 1985 اللتان تؤكد أن مرضى السرطان في المرحلة الأخيرة يقومون بمحاولة تكيف أكبر عندما يتسنى لهم الاعتماد على أفراد لدعمهم.

بينما أتت نتائج دراستنا متعارضة مع نتائج دراسة شعبان جاب الله و عادل محمد الهريدي سنة 2001 حول العلاقة بين الدعم الاجتماعي وكل من مظاهر الاكتئاب وتقدير الذات ونوعية الحياة والتي توصلت إلى غياب الارتباط بين الدرجة الكلية الدعم الاجتماعي

ونوعية الحياة .

إن الدعم الاجتماعي المدرك يساعد على تحسين أداء الفرد لأعماله المختلفة، ويساهم في زيادة الرفاهية والسعادة لديه فهو يرتبط ايجابيا بنوعية الحياة بمختلف أبعادها الصحة الجسمية و النفسية وإقامة علاقات ايجابية مع الآخرين.

7-7 عرض و مناقشة النتائج الخاصة بالفرضية السابعة :

تنص الفرضية السابعة للبحث على أنه يوجد تأثير للدعم الاجتماعي المدرك واستراتيجيات المواجهة على نوعية الحياة وللإجابة على التساؤل ودراسة هذه الفرضية قامت الطالبة باستعمال معامل الارتباط المتعدد وفيما يلي عرض للنتائج:

جدول رقم (20): تأثير الدعم الاجتماعي المدرك واستراتيجيات المواجهة على نوعية الحياة

المتغيرات	معامل الارتباط	قيمة ف المحسوبة	قيمة ف المجدولة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
الدعم الاجتماعي المدرك	0.47	8.46	4.98	2	*دال
استراتيجيات المواجهة					
نوعية الحياة					

* مستوى الدلالة 0.01

يظهر من خلال الجدول رقم (20) أنه توجد علاقة ارتباطية موجبة بين المتغيرات الثلاثة بقيمة 0.47 وهي الدعم الاجتماعي المدرك واستراتيجيات المواجهة ونوعية الحياة و لدراسة دلالة العلاقة حولنا قيمة معامل الارتباط إلى قيمة فائية (F) وتساوي 8.46 فهي أكبر من القيمة المجدولة 4.98 عند مستوى دلالة 0.01 و استنادا للنتائج توصلنا إلى رفض الفرضية الصفرية و التأكد مع احتمال الخطأ 1% بأن هناك علاقة ارتباطية دالة

إحصائياً متعددة بين المتغيرات الثلاثة وهي الدعم الاجتماعي المدرك واستراتيجيات المواجهة ونوعية الحياة .

وحسب (Rascale, 2000) تفسر هذه النتيجة بأن غياب الدعم الاجتماعي المدرك يؤدي إلى استراتيجيات مواجهة تجنبية وهذا ما يزيد من الضغط ويقلل من نوعية الحياة.

ومن خلال ما لاحظناه أثناء إجراء الدراسة الميدانية فإن مرض الابن بجفاف الجلد المصطبغ (XP) والعواقب التي يسببها المرض يفرض على الأسرة وضع صعب خاصة الأمهات فيؤدي بهن إلى عدم القدرة على القيام بدورهن والمتمثل في رعاية الطفل المريض والعناية به، بالإضافة إلى الواجبات الأخرى الملقاة على كاهل الأمهات مما يزيد من شعورهن بالأسى والحزن وهذا ما لاحظناه من خلال اللقاءات مع الأمهات بالإضافة إلى سيطرت الأفكار التشاؤمية عليهن، فالأمهات غير قادرات على التكيف و التعايش والتعامل مع الموقف و هذا ما توصلت إليه النتائج والتي تمثلت باستخدامهن استراتيجيات التجنب والانفعال في المرتبة الأولى وهذا راجع لطبيعة المرض فهو مرض لا علاج له، لهذا تعد هذه الفئة أكثر حاجة للدعم الاجتماعي بمختلف أبعاده ومصادره سواء من العائلة أو الأصدقاء أو الآخرين من مؤسسات المجتمع.

فالدعم الاجتماعي المدرك له الدور الوقائي من تأثير الضغط على الصحة الجسمية والنفسية فمدى إدراك الأمهات للدعم الاجتماعي بكل أنواعه من أفراد الأسرة والأصدقاء ومختلف الشبكات الاجتماعية، فهذا يخلق لديهن أثر ايجابي على الجانب البيولوجي والنفسي فهو ينمي المشاعر الايجابية ويؤدي إلى تبني استراتيجيات المواجهة الايجابية والفعالة وهذا حسب الإطار النظري فالدعم الاجتماعي المدرك يسمح بمواجهة متطلبات الضغوط وذلك بتسهيل فهو يحسم ويحدد من استعمال استراتيجيات المواجهة وبالتالي يحسن من نوعية حياة الأمهات .

فحسب (Milota et al, 2011) فإن الدعم الاجتماعي مهم للغاية لعائلات الأطفال المرضى بجفاف الجلد المصطبغ (XP) وذلك من أجل التخفيف من آثار المرض ومساعدتهم على فهم أفضل للحالة وتوفير بيئة آمنة من الأشعة فوق البنفسجية (UV) وتحديد التدابير العملية والاستراتيجيات التي يجب اتخاذها من قبل المرضى وأسرهم وذلك من خلال تبادل المعارف والخبرات للعيش والتكيف مع المرض.

وفي نفس الصدد يرى كل من Turner et Marino أن الدعم الاجتماعي يؤثر بطريقة مباشرة على سعادة الفرد، وذلك عن طريق الدور المهم الذي يلعبه حينما يكون مستوى الضغوط مرتفعاً، أو بالنسبة للصحة النفسية حينما تكون مستقلة عن مستوى الضغوط أو كمتغير وسيط يخفف من الآثار السلبية الناتجة عن ارتفاع مستوى الضغط (Turner et Marino, 1994).

ومنه فإن للدعم الاجتماعي المدرك تأثير وأهمية كبيرة لدى أمهات الأطفال المرضى بجفاف الجلد المصطبغ (XP) فهو يعتبر من أهم العوامل النفسية الاجتماعية التي لها التأثير الإيجابي على الجانب النفسي والبيولوجي خاصة هذه الفئة التي تحتاج كل الرعاية والاهتمام من قبل المجتمع بكل مؤسساته وهيئاته وأفراده، حيث يلعب دوراً وقائياً يقي الفرد ويحميه من التغيير السلبي لحياته وتدهور حالته كالانطواء والعزلة والاكنتاب والسيطرة على المواقف وتجاوز أي أزمة قد تواجهه خاصة إذا تعلق الأمر بهذا المرض، كل ذلك يتم من خلال إدراك الأمهات بأن هناك من يقدم لهن هذا الدعم والذي لا يتم إلا من خلال شبكة من العلاقات الاجتماعية المحيطة بكل هياكلها، ومنه يتضح تأثير الدعم الاجتماعي المدرك في تحديد و تبني استراتيجيات المواجهة و نوعية حياة الأمهات فهو يعمل على مساعدتهن على مواجهة المواقف الضاغطة و القدرة على التحكم في الوضعية بانتهاج أساليب تساعدنا على التحدي والتكيف وتقبل ظروف الحياة بالتأقلم والتوافق مع الذات والمجتمع والرضا عن مرض أبنائهن ووفقاً لما سبق فالدعم الاجتماعي المدرك يلعب الدور الأساسي والعامل الوسيط بين

استراتيجيات المواجهة ونوعية حياة فهو متغيرا هاما في الوقاية وتنمية الصحة بجوانبها الجسمية والنفسية.

استنتاج عام:

في ضوء ما سبق من عرض للنتائج تبين انخفاض مستوى الدعم الاجتماعي المدرك لدى أمهات الأطفال المرضى بجفاف الجلد المصطبغ Xéroderma Pigmentosum، كما تبين أن لديهم مستوى منخفض في نوعية الحياة، وفيما يخص استراتيجيات المواجهة السائدة لدى الأمهات فهي إستراتيجية المواجهة المتمركزة حول التجنب والانفعال وهذا راجع لطبيعة المرض.

وأسفرت النتائج على وجود علاقة ارتباطية بين الدعم الاجتماعي المدرك واستراتيجيات المواجهة فإدراك الأمهات للدعم يؤثر في كيفية تقييمهن للوضعية الضاغطة،

وأظهرت النتائج علاقة ارتباطية موجبة بين أبعاد استراتيجيات المواجهة ونوعية الحياة، فكلما استعملت الأمهات استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال وحل المشكل ارتفع مستوى نوعية الحياة، وكلما انخفض استعمال استراتيجيات التجنب كلما ارتفع مستوى نوعية الحياة لدى الأمهات.

وتوصلت النتائج كذلك إلى وجود علاقة ارتباطية متوسطة بين الدعم الاجتماعي المدرك ونوعية الحياة، فالدعم الاجتماعي يساعد على تحسين أداء الأمهات ويساهم في تحسين نوعية حياتهن بأبعادها الصحية والجسمية والنفسية والعلاقات الاجتماعية.

وفي الأخير تبين وجود علاقة ارتباطية متعددة موجبة بين الدعم الاجتماعي المدرك واستراتيجيات المواجهة ونوعية الحياة، فالتفاعل بين الدعم الاجتماعي واستراتيجيات المواجهة يؤثر على نوعية حياة الأمهات.

خاتمة

خاتمة:

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن مستوى الدعم الاجتماعي المدرك لدى أمهات الأطفال المرضى بجفاف الجلد المصطبغ (Xeroderma Pigmentosum) وعن مستوى نوعية الحياة لديهم ومعرفة أكثر الاستراتيجيات استعمالاً لدى الأمهات، كما هدفت الدراسة إلى البحث في العلاقة بين الدعم الاجتماعي المدرك وأبعاد استراتيجيات المواجهة ونوعية الحياة لدى الأمهات واعتمدنا في الدراسة على المنهج الوصفي، حيث شملت العينة 60 أم، تم تطبيق المقاييس التالية: مقياس الدعم الاجتماعي المدرك لـ zimet، مقياس استراتيجيات المواجهة (CISS) لـ Endler ومقياس نوعية الحياة WHOQOL-BREF 26 لمنظمة الصحة العالمية OMS.

وأُسفرت نتائج الدراسة على أن مستوى الدعم الاجتماعي المدرك لدى الأمهات منخفض، ومستوى نوعية الحياة منخفض، كما توصلت الدراسة إلى ترتيب استراتيجيات المواجهة كالتالي: المتمركزة حول التجنب والانفعال لتليها الاستراتيجيات المتمركزة حول حل المشكل وقد أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطيه قوية موجبة بين الدعم الاجتماعي المدرك واستراتيجيات المواجهة، وأن هناك علاقة ارتباطيه قوية موجبة بين الاستراتيجيات المتمركزة على الانفعال وحل المشكل ونوعية الحياة وهناك علاقة عكسية متوسطة بين الاستراتيجيات المتمركزة على التجنب ونوعية الحياة.

كما أشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطيه قوية موجبة بين الدعم الاجتماعي المدرك واستراتيجيات المواجهة وبين أبعاد استراتيجيات المواجهة ونوعية الحياة؛ وتوصلت النتائج كذلك إلى وجود علاقة ارتباطيه متوسطة بين الدعم الاجتماعي المدرك ونوعية الحياة. وتوصلنا إلى وجود علاقة ارتباطيه متعددة قوية موجبة بين الدعم الاجتماعي المدرك واستراتيجيات المواجهة ونوعية الحياة.

وفي ضوء هذه النتائج يمكننا تقديم بعض الاقتراحات وخاصة التوصيات التي جاءت على لسان أولياء الأطفال المرضى أهمها:

- ✓ كإضافة للبحث العلمي نقترح دراسة الخصائص النفسية لهذه الفئة من المرضى و عائلاتهم وتكثيف البرامج الوقائية والعلاجية في إطار المتغيرات الفاعلة في تحسين مستوى نوعية الحياة بمختلف محدداتها ومجالاتها.
- ✓ توعية أفراد المجتمع بخصوصية المرض نظرا للصعوبة البالغة في التواصل مع الطفل.
- ✓ ضرورة تصنيف المرض ضمن الأمراض المزمنة من طرف السلطات المعنية وهو من أهم الأهداف لهذه الدراسة.
- ✓ تكييف المحيط من خلال الحماية من الأشعة فوق البنفسجية وتهيئة الظروف اللازمة لتمدرس هؤلاء الأطفال.
- ✓ توفير وتنظيم وسائل النقل المناسبة من أجل المراجعة الطبية.
- ✓ توفير مركز يحتوي على كل التخصصات الطبية كطب العيون والأعصاب والجلد، طب الأسنان والأخصائي النفسي...
- ✓ ضرورة إجراء مسح وطني شامل لضبط الإحصائيات حتى يتم التكفل بهذه الفئة.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

باللغة العربية:

- 1) اسماعيل بشرى (2004): **المساندة الاجتماعية والتوافق المهني**، الطبعة الأولى، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر.
- 2) آيت حمودة حكيمة (2005-2006): **دور سمات الشخصية واستراتيجيات المواجهة في تعديل العلاقة بين الضغوط النفسية والصحة الجسدية والنفسية**، دراسة ميدانية بمدينة عنابة، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر2.
- 3) الجوهري هناء، (1994). **المتغيرات الاجتماعية الثقافية المؤثرة في نوعية الحياة في المجتمع المصري في السبعينات**. كلية الآداب:جامعة القاهرة،مصر.
- 4) حسين فايد (2006): **دراسات في الصحة النفسية**، مؤسسة طبية للنشر والطباعة، القاهرة.
- 5) دياب، مروان عبد الله (2006): **دور المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط بين الأحداث الضاغطة والصحة النفسية للمراهقين**، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
- 6) رضوان سامر جميل (2002): **الصحة النفسية**، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى.
- 7) رضوان، فوقية حسن عبد المجيد (2006): **علم النفس التطبيقي وجودة الحياة**، وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس، (17-19) ديسمبر.
- 8) رغداء علي نعيسة (2012): **جودة الحياة لدى طلبة جامعة دمشق**، مجلة دمشق، المجلد 28، العدد 1.
- 9) رمضان زعطوط (2005): **نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين وعلاقتها ببعض المتغيرات**، رسالة دكتوراه، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.
- 10) زناد دليلة (2013): **علم النفس الصحي**، تناول حديث للأمراض العضوية، الطبعة الأولى، دار الخلدونية للنشر و التوزيع، القبة القديمة، الجزائر.
- 11) سمير شيخاني (2003): **الضغط النفسي (طبيعته وأسبابه) المساعدة الذاتية**، المداولة، دار الفكر العربي. بيروت.
- 12) سي بشير كريمة (2008): **فعالية برنامج إرشادي محدد بتقنية النمذجة في تغيير اتجاهات الأمهات الجزائريات نحو الأطفال المعوقين حركيا**.

- 13) السيد رمضان (2002) : إسهامات الخدمة الاجتماعية في مجال الأسرة والسكان. دار المعرفة الجامعية : الاسكندرية.
- 14) السيد عبد الرحمن محمد (2000) : موسوعة الصحة النفسية، علم الأمراض النفسية، العقلية، الأسباب والأعراض والتشخيص والعلاج. دار قباء: القاهرة.
- 15) السيد كامل الشربيني (2007): جودة الحياة وعلاقتها بالذكاء الانفعالي وسمة ما وراء المزاج والعوامل الخمسة الكبرى في الشخصية والقلق. المجلة المصرية للدراسات النفسية، مجلد 17، العدد 57 أكتوبر.
- 16) الشناوي محمد محروس، ومحمد السيد عبد الرحمن (1994) : المساندة الاجتماعية والصحة النفسية مراجعة نظرية ودراسات تطبيقية. القاهرة: الأنجلو المصرية.
- 17) شويخ أحمد هناء (2007): أساليب تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن الأورام السرطانية مع تطبيقات على حالات أورام المثانة السرطانية، ايترك للنشر والتوزيع. القاهرة.مصر.
- 18) شويخ أحمد هناء (2009): برنامج تطبيقي لتحسين المتغيرات النفسية والفيزيولوجية لنوعية الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي، دار الوفاء الدنيا للطباعة والنشر،مصر.
- 19) شويخ أحمد هناء (2012): علم النفس الصحي. القاهرة المكتبة الأنجلو مصرية.
- 20) شيلي تايلور (2008): ترجمة وسام درويش وفوزي شاكر داود طعيمة، علم النفس الصحي، الطبعة الأولى ، دار حامد للنشر والتوزيع، عمان.
- 21) صالح اسماعيل عبد الله الهمس (2010): قلق الولادة لدى الأمهات في المحافظات الجنوبية لقطاع غزة وعلاقته بجودة الحياة ، الإسلامية ، غزة".
- 22) طه عبد العظيم حسن سلامة عبد العظيم حسين (2006): استراتيجيات إدارة الضغوط النفسية. الطبعة الأولى. دار الفكر، عمان. الأردن.
- 23) عادل أشلو (1993): الضغوط النفسية والإرشاد النفسي للأطفال المتخلفين عقليا، مركز الإرشاد النفسي. القاهرة.
- 24) عبد الجواد وفاء محمد (1994): فعالية برنامج إرشادي في خفض الضغوط لدى عينة من المعلمين، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين الشمس، القاهرة.
- 25) عبد الرحمن، سعيد عبد الرحمن محمد (2007) : استخدام بعض استراتيجيات التعايش في تحسين جودة الحياة لدى المعوقين سمعيا، الندوة العلمية الثامنة للاتحاد العربي للهيئات العاملة في رعاية الصم، تطوير التعليم والتأهيل للأشخاص الصم وضعاف السمع.

- (26) عبد السلام علي (2005): **المساندة الاجتماعية وتطبيقاتها العملية في حياتنا اليومية**، الطبعة الأولى، مكتب النهضة، القاهرة.
- (27) عبد العزيز مجيد محمد (2005): **سيكولوجية مواجهة الضغوط في المجال الرياضي**. مركز الكتاب للنشر والتوزيع. القاهرة.
- (28) عبد الكريم المدهون (2009): **فاعلية برنامج إرشادي لخفض الضغوط النفسية وتحسين مستوى الرضا عن الحياة لدى طلبة جامعة غزة فلسطين، جامعة فلسطين،**.
- (29) عبد الله، معتز سيد (2001): **الإيثار والثقة والمساندة الاجتماعية كعوامل أساسية في دافعية الأفراد للجماعة**، مجلة علم النفس العدد (57)، السنة 159، الهيئة المصرية.
- (30) عبد المعطي حسن مصطفى (1994): **ضغوط أحداث الحياة وأساليب مواجهتها**، مكتبة الأنجلو، القاهرة.
- (31) عبير محمد أنور (2010): **دور التسامح والتفاؤل في التنبؤ بنوعية الحياة، دراسات عربية في علم النفس**، المجلد9، العدد3.
- (32) عسكر علي (2003): **ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها**. ط 3. دار الكتاب الحديث. القاهرة.
- (33) علاء الدين جهاد، عبد الرحمن عز الدين (2011): **فاعلية برنامج إرشاد جمعي في خفض التوتر والتشاؤم لدى أمهات الأطفال الأردنيين المصابين بالسرطان**، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، المجلد7، العدد4.
- (34) عيسى علي مراد، وليد السيد خليفة (2008): **الضغوط النفسية والتخلف العقلي في ضوء علم النفس المعرفي**، دار الوفاء، الإسكندرية، الطبعة الأولى.
- (35) القريوتي إبراهيم (2008): **تقبل الأمهات الأردنيات لأطفالهن المعاقين**، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، المجلد4، العدد3.
- (36) القريوتي إبراهيم (2009): **دعم أسرة الشخص المعاق نفسيا واجتماعيا**، المجلة الأردنية في العلوم التربوية.
- (37) كبداني، خديجة قويدري، مليكة شعبان الزهراء، فراحي فيصل (2006): **اختبار الكوبينج على المجتمع الجزائري مركز البحث في الأنثروبولوجيا الاجتماعية الثقافية**.
- (38) كيث كيان (1999): **السيطرة على الضغوط النفسية**. الدار العربية للعلوم ط1.
- (39) محمد السيد عبد الرحمن (2009): **نظريات شخصية**، القاهرة، دار قباء للطباعة والنشر.

- (40) محمد حامد ابراهيم الهنداوي (2010): **الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركيا بمحافظة غزة، جامعة الأزهر.**
- (41) مزايي نسيم (2005): **إستراتيجيات المقاومة ومرض السرطان- دراسة مقارنة-رسالة لنيل شهادة الماجستير غير منشورة في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر.**
- (42) مفتاح محمد عبد العزيز (2010): **مقدمة في علم النفس الصحة، مفاهيم-نظريات- نماذج- دراسات، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر، الأردن.**
- (43) ملحم سامي محمد (2000): **المختصر في الشخصية والارشاد النفسي، ايترال للنشر والتوزيع الطبعة الأولى، القاهرة.**
- (44) المومنيي فواز أيوب، الزغول رافع عقيل (2009): **الدعم الاجتماعي لدى ضحايا وأسر تفجيرات فنادق عمان الإرهابية،المجلة الأردنية في العلوم الاجتماعية، المجلد2، العدد3.**
- (45) نعيمة طايبي (2007): **التعامل مع الضغط النفسي عند المصابات بداء القلب والمصابات بداء السكري، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا جامعة الجزائر.**
- (46) هارون توفيق الرشيد (1999): **الضغوط النفسية طبيعتها نظرياتها، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر.**
- (47) الهلال محمد عبد الغني (2000): **مهارات إدارة الضغوط، السيطرة والتحكم في الضغوط، مركز تطوير الأداء، القاهرة.**
- (48) هما أرناؤوط (2005): **مركز الحسين للسرطان، ما الذي يجب أن تعرفه عن السرطان اكتشافه، أعراضه وعلاجه الطبعة الثالثة.**
- (49) وليد السيد خليفة مراد عيسى (2008): **الضغوط النفسية والتخلف العقلي في ضوء علم النفس المعرفي. الطبعة الأولى. دار الوفاء لدنيا النشر والطباعة. الإسكندرية.**
- (50) يحيى عمر شعبان شقورة: **المرونة النفسية وعلاقتها بالرضا عن الحياة لدى طلبة الجامعات الفلسطينية بحافظات غزة، رسالة ماجستير في علم النفس كلية التربية جامعة الأزهر، غزة فلسطين 2012.**
- (51) يخلف عثمان (2001): **علم النفس الصحة الأسس النفسية والسلوكية للصحة، دار الثقافة للطباعة والنشر، ط1، الدوحة، قطر.**

- 52) Alan R. et al (2011) : **Xeroderma Pigmentosum**. Orphanet journal of rare diseases, 2011.
- 53) Anderson, S. (2003) : **Quality of life theory. The IQol Theory** , quality of life reasearch centrer, Copenhagenk, Denmark.
- 54) Argyle .m.(1999) : **Causes and correlates of happiness** nD.kahneman E.diener et N.schwarz (eds),well-being.the foundations of hedonic psychology.
- 55) Arlett CF, Plowman PN, Rogers PB, Parris CN, Abbaszadeh F, Green MH, McMillan Tj, Bush C, Foray N, Lehmann AR 2006.**Clinical and cellular ionizing radiation sensivity in a patient with xeroderma pigmuntosum**.Br J Radiolm,
- 56) Bakar Bouadjar (2016) : The society for inventigative derimatology ,original article, journal of investigative.
- 57) Barbara ozoux (2013), These pour le diplôme en pharmacie, **xeroderma pigmentosum actualisation des connaissances sur la maladie et les traitement associes**.
- 58) Beers M-H (2008) : **Encyclopédie médicale**. Italties edition la tipografica varese.
- 59) Berlin and fleck (2003) :**Quality of life a brun new concept research and practice in psychiatry**, université of rio grand dosul, vol 25,n°4.
- 60) Boudarene,M (2005) : **Les stress entre bien etre et souffrance**. berti edition alger Tamura D, DiGiovanna JJ, Kraemer KH.
- 61) Bradford PT, Goldstein AM, Tamura D et al (2011) : **Cancer and neurologic degeneration in xeroderma pigmentosum: long term follow-up characterises the role of DNA repair**. j Med Genet.
- 62) Brownwell, A, & S. Shumaker . (1984) : **Social support An insroduction to a acomplex phenomenon**. Journal of social, issues , vol. (40).NO.(4).
- 63) Bruchon -Schweitzer (2002) : **Psychologie de la santé : concepts, méthodes et modèles**, paris,dunod.

- 64) Bruchon- Schweitzer .M, Boujut.E (2014) : **Psychologie de la santé : concepts, méthodes et modèles**, paris, 2ed, dunod.
- 65) Bruchon-Schweitzer et autres (2001) : **Psychologie de la santé :stress, coping et ajustement**, paris,dunod.
- 66) Bruchon-Schweitzer M. Dantzer R.(1994) : **Introduction a la psychologie**,paris,PUF(psychologie daujourd'hui)
- 67) Bruchon-Schweitzer M. Dantzer R.(2003) : **Introduction a la psychologie**, prentice – Hall.
- 68) Cabrol. H, Callahan.S (2004) : **Mecanismes de defense et maladies**, avenue de l'Europe, edition lamarre.
- 69) Caillier J-C, verreman k (2004) : **Dictionnaire de biologie cellulaire et moléculaire**. France : edition elipses marketing.
- 70) Chabrol.h.callahan.s.(2004) :**Mecanisme de defense et coping**. paris. dunod.
- 71) Cottraux,j, blachburn,L.M ,(2001), **Thrapies cognitive de la dépression**,2éme edition,masson,paris.
- 72) Coupè.c (2010) : **Etude des liens entre troubles émotionnels et cognitifs, stratégies de « coping » et qualité de vie dans la sclérose**.
- 73) Cutrona, C. & Russell (1990) : **Type of social support and specific stress : Towards a theory of optimal matching**, in : **B.R.Sarason, et al (eds) social support : An interact ional view**, New York, wiley. Dermatologue,Docteur philippe abimelec Dermatologues.
- 74) Dagiral E, Peerbaye A (2010), **La construction et la diffusion de l'information sur les maladies rares**,In Romeyer H, la santé dans l'espace public, Presses de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.
- 75) Dimatteo M.R (2004) : **social support and patient adherence to medical treatment : A meta-analysis**.health psychology.
- 76) Fisher G-N, Tarquino C (2006) : **Concepts fondamentaux de la psychologie de la santé**, dunod, paris.
- 77) Fleurance philippe (1998) : **Entrainement montal et aport de haut performance**, les cahiers de INSEP.N°22.

- 78) Galloway et al (2005) : **Well-being and quality of life measuring the benefits of culture ab sport**, scotish escecutive social recherche.
- 79) Grazian et swendsen (2005) : **Les stress emotion et stratégies d'adaptaion**, France,armon colin,2 em edition.
- 80) Gurung,b.a (2006) : **Health psycology a cultural aproach**. thomson wadsworth belmont,ca.
- 81) Haute autorité de la santé (2013) : **Qualité de vie et infarctus de myocare**, service documentation publics, France.
- 82) Ira.tripathi, A. agarwal(2000): **Chronic Illness, symptoms and efficacy in children as related to some psychological characteristics of mothers**.
- 83) Kazak, A, Alderfer,M, Rourke, M, Simns, S, Strisand, R et Grossman,(2004): **Posttraumatic stress Symptoms(PTSD) and Posstraumatic Stress Disorder(PTSD) in families of Adolescent Cancer Survivors**. Journal of Pediatric Psychology, 29.
- 84) Kenneth et al (2012) : **Xeroderma pigmentosum**, Genereviews,
- 85) Kraemer KH, Ruenger TM. **Genome instability DNA repair and cancer** In: Wolff K, Goldsmith LA,Katz SI, Gilcrest BA, Paller AS, Leffell DJ, eds. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. New York: McGraw Hill , 2008.
- 86) Krageloh C U henning m a, Hawken S J ,Zhao Y, Shepherd D, Billington R. validation of the WHOQOL-BREF(2011): **Quality of life quetionnaire for use with medical students**. Eduction health.
- 87) Lassad (2005) : **Stress société, publication du laboratoires de psychologie appliqué**. Vol 02. P :20.
- 88) Lazarus. R.S (1966) : **Psychological stress appraisal and coping** springer. New York.
- 89) Leone, M, (2010) : **Maladies rares en réanimation**, Paris, Springer.
- 90) Leplége a (2001) : **Introduction,définitions,enjeux** in a leplége et j coste mesure de la santé perceptuelle et de la qualité de vie méthodes et application, paris estem.

- 91) Leplège alain (1999) : mesure de la santé perreptual et de la qualité de vie et de santé.marseille système SLENARL.
- 92) Mayou, richard & al (2003) : **ABC psychological medecin**, BMJ publishing group U,K.
- 93) Mc.cann et al (1997) : **Hostility, social support and perception of work.** journal of occupational health psychology, vol McGraw Hill. 13, 2008
- 94) Montel,s et bungener,c (2008) : **Coping et qualité de vie dans la sclérose en plaques, la maladie en parkinson : une réflexion clinique**, paris laboratoire de psychologie et de neuroosychologie clinique, institut de psychologie, université paris descartes.Neurocutaneous Diseases. NewYork: Springer, 2008
- 95) Nezu, Arthur M & al (2003) : **Handbook of psychology**, john wiley and sons ins, vol 9, new jersey.
- 96) Paulhan bourgeois (1998) : **stress et coping :les stratégies ajustement à l'adversité.**2 eme edition,nodule,P.U.F.
- 97) Radiation.mutation research.V. 2002.
- 98) Rapley.M (2003) : **Qualité of life research** : A critical introduction. London. Sage publications.
- 99) Rebecca, R (2000) : **Quality of life research unit**, [http// : www. U Toronto. Ca](http://www.UToronto.Ca) (910) unit htm.repair. In: WolffK,
- 100) Rocco, et al. (1980) : **Social support occupational stress and health.** Journal of health and social behavior, vol.(48).
- 101) Rubin et al (1994) : **Peer Relationship and influences in childhood. In ramachan- dran,v. encyclopedia of horman behavior**, san diego : Academic press Ins. Vol .3.
- 102) Ruenger et al (2008) : Hereditary Diseases of genome instability and DNA.
- 103) Ruff, c, d (1989) : **Happines in everything or is it exploration on the meaning of psychological well being.** journal of personnalité and social psychologie vol 14 n°4).

- 104) Salamagne, M. H(1994) : **La douleur cancéreuse et son traitement. Approche globale et soins palliatifs**, ed frisonnoche,paris.
- 105) Sonia Pellegrin (2005) : **Analyse comparative des méthodes économiques d'évaluation de la qualité de vie**. Thèse présenté pour l'obtenir le grande de docteur, université de Neuchâtel.
- 106) Sonya Vengrova 2011 (ed).available from [www.intechopen .com](http://www.intechopen.com),.
- 107) 108) Stefaninie M Kraemer KHK.(2008) **Xeroderma Pigmentosum**. Ruggieri M . Pascual-Castroviejo I. Di Rocco C.end
- 108) 109) Symistrer P et friend R(2003) :**The influence of social support and problematic support on optimism and depression in chronic illness : a prospective study evaluating self-esteem as a mediator**.health psychology .
- 109) Turner, R. & Marino, F.(1994) : **Social support and social structure : a descriptive epidemidogy**. Journal of health & social behavior, vol.(35).
- 110) Ventegodt ,c ,et all (2003) : **Mesurment of quality of life**, the scientific word journal ,no (3),pp/.30-/.4.
- 111) Yarosh,D,B, (2003): **Enhanced DNA repair of cyclobutane pyrimidine dimers changes the biological reponse to UV-B.radiation**. Mutation research.v.509. N 1-2
- 112) Zippel heinrich, munchen (2004):**Xeroderma pigmuntosurnn**, psychistre and social flogen.